

OBSAH

Údaje OECD potvrdzujú, že zdravie je luxusný statok

Ministerstvo chce odložiť rozhodovanie o zlúčení VŠZP a SZP

Prvé kroky reformy zdravotníctva v Česku schválené

Riziká maďarskej reformy zdravotníctva

Nemocnice čaká ťažký rok

Pripomienky HPI k návrhom noviel zdravotníckej legislatívy

Inovatívne vzdelávanie zdravotníkov a manažérov v zdravotníctve



Foto:
www.rock-on-rock-on.com
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance
newsletter
o zdravotnej politike

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

Tel: +421 2 5464 3051
Fax: +421 2 5464 3053
E-mail: newsletter@hpi.sk

Je prevencia lacná?

Ministerstvo zdravotníctva navrhuje v novele zákona o rozsahu (č. 577/2004 Z. z.) zaradenie troch nových preventívnych výkonov do úhrady zo zdravotného poistenia. Návrh nie je podložený zdôvodnením a ani analýzou prínosov a nákladov.

Populárny mýtus tvrdí, že „najlacnejšou liečbou je prevencia“, pretože náklady na jedno preventívne vyšetrenie alebo zákrok sú spravidla nižšie než liečba jedného vzniknutého ochorenia. Takéto porovnanie je však nesprávne, pretože preventívne vyšetrenie alebo zákrok sa vykonáva na ďaleko väčšej skupine ľudí než je skupina ľudí, ktorí dostanú dané ochorenie. Ak stojí jedno vyšetrenie 100 Sk, vyšetříme 1 milión obyvateľov a zabránime tak nákladom na liečbu 10 prípadov s cenou 100 000 Sk, tak sme neušetrili, ale prerobili 99 miliónov z použitých 100 miliónov Sk.



Každé zaradenie zdravotných postupov (výkonov, techniky, liekov, pomôcok...) do rozsahu hradenej starostlivosti – prevenciu nevynímajúc – malo sprevádzať zhodnotenie nákladovej efektívnosti, najmä v porovnaní s inými postupmi, ako aj dopadu na celkové výdavky v zdravotníctve a rozhodnutie, či ide o naozaj o najvhodnejšiu alokáciu vzácnych zdrojov v zdravotníctve, či nie je výhodnejšie tieto peniaze investovať inde (kde je napr. lepší pomer vynaložených nákladov k prínosom) a zároveň, odkiaľ sa majú potrebné zdroje získať (presunom z iného menej efektívneho postupu alebo navýšením zdrojov v zdravotníctve).

K žiadnej z troch nových preventívnych prehliadok, ktoré ministerstvo navrhuje, však analýzu nepredložilo. V prípade vyšetrenia prítomnosti infekcie *Helicobacterom pylori* raz za život medzi 18. a 46. rokom nie je zrejmy ani medicínsky benefit. Podľa údajov Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti bola **prevalencia infekcie *Helicobacterom pylori* na Slovensku v roku 2003 u dospelých 40-52 %**. Infekcia *H. pylori* je spojená s výskytom niektorých ochorení (najmä gastroduodenálna vredová choroba), avšak väčšina infikovaných nikdy žiadnu chorobu nedostane a ani nemá žiadne príznaky. Niektoré teórie dokonca predpokladajú účasť *H. pylori* pri fyziologických procesoch u istej skupiny ľudí. V každom prípade sa však táto infekcia bez ďalších príznakov nelieči a eradikácia *H. pylori* neznamena, že pacient sa touto infekciou už nenakazí. Z tohto dôvodu je plošné vyšetrenie prítomnosti *H. pylori* z medicínskoho hľadiska absolútne zbytočnou procedúrou. Ak by v prvom

roku využili možnosť vyšetrenia všetci poistenci, ktorí naň majú nárok (2,5 milióna), **náklady by dosiahli 5,9 mld. Sk!**

Ďalším zo skriningových vyšetrení, ktoré navrhuje ministerstvo zaradiť do hradenej zdravotnej starostlivosti, je preventívne vyšetrenie hrubého čreva endoskopom raz za 10 rokov u pacientov nad 50 rokov. V súčasnosti je hradené zo zdravotného poistenia vyšetrenie na prítomnosť krvi v stolici u rovnakej skupiny poistencov, a to v rámci preventívnej prehliadky u všeobecného lekára raz za dva roky. V tomto prípade existujú štúdie (Collins et al. 2005), ktoré poukazujú na to, že kolonoskopia dokáže zachytiť nádorové útvary vo väčšom percente než jednorazové vyšetrenie na prítomnosť krvi v stolici. V zahraničí (napr. USA, Kanada) sa preto odporúča vykonávať buď vyšetrenie na prítomnosť

krvi v stolici pravidelne raz za jeden alebo dva roky alebo kolonoskopiu raz za 10 rokov. Obe tieto metódy totiž preukázali zníženie úmrtnosti na rakovinu hrubého čreva a v podmienkach USA sa preukázali ako porovnateľne nákladovo efektívne s miernou výhodou pre vyšetrenie prítomnosti krvi v stolici (tj. náklady na jeden zachránený život boli nižšie ako 30 000 USD, čo je v USA hranica, do ktorej sa medicínska intervencia považuje za nákladovo efektívnu). Tieto výsledky však vzhľadom na rozdielne pomery v zdravotníctve nemusia u nás platiť. Navyše, **ministerstvo namiesto toho, aby urobilo nákladovú analýzu, porovnálo obe metódy a vybralo tú výhodnejšiu, navrhuje robiť obe vyšetrenia zároveň**. Keďže zavedenie preventívnej kolonoskopie by znamenalo nárast nákladov o približne 230 miliónov Sk ročne (pri rovnomernom rozložení vyšetrení medzi nasledujúcich 10 rokov; ak by išli na vyšetrenie všetci poistenci, ktorí majú na vyšetrenie nárok, v jednom roku, boli by náklady v prvom roku 2,3 mld. Sk), ministerstvo by malo okrem zdôvodnenia nákladovej efektivity povedať, odkiaľ sa sem tieto prostriedky majú presunúť a vykonať potrebné kroky (napr. vyraďiť iné intervencie z úhrady).

Väčšinou nie je pravda, že prevencia je lacnejšia než liečba. Cena za prevenciu je buď primeraná alebo neprimeraná. **A keďže nie všetky benefity sú meraťelné finančne, treba povedať, či je pomer prínosov k vynaloženým nákladom akceptovateľný.** To je legitímna téma na verejnú diskusiu, ktorú by mal predkladateľ zákona rozšíriť na celý balík hradenej zdravotnej starostlivosti. Tadiaľ totiž vedie cesta k racionálnej redukcii rozsahu.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

2. júla bola slávnostne zahájená výstavba nového Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb v Košiciach. Výstavba tohto ústavu by mala stať okolo jednej miliardy korún. Ústav bude mať kapacitu 170 lôžok. Plánovaný termín dokončenia je rok 2009.

MONITORING JÚL 2007

3. júla informoval Inštitút finančnej politiky ministerstva financií o finančnom výsledku ročného zúčtovania za rok 2005. Ako sa v uvádza v správe, zúčtovanie prinieslo do verejnej správy celkovo 869 miliónov korún.

10. júla schválila legislatívna rada vlády návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach. Novelou chce ministerstvo zdravotníctva okrem iného znížiť objem prostriedkov, ktoré môžu poisťovne použiť na vlastnú správu, a stanoviť im povinnosť použiť kladný výsledok hospodárenia na úhradu zdravotnej starostlivosti.

11. júla vyjadrila Slovenská lekárska únia špecialistov svoj nesúhlas s návrhom novely zákona o zdravotných poisťovniach. Dôvodom je podľa únie faktická likvidácia zdravotných poisťovní, čo únia považuje za koniec skutočnej demokracie na Slovensku.

13. júla zverejnila Všeobecná zdravotná poisťovňa svoj návrh rozpočtu na rok 2008. Poisťovňa predpokladá kontinuálny úbytok poisťencov v horizonte

Údaje OECD potvrdzujú, že zdravie je luxusný statok

Pravidelná správa OECD o vývoji zdravotníctva v krajinách OECD za rok 2007 prináša empiricky pozorovaný jav o luxusnej povahe zdravia ako statku. Za luxusné statky označujeme tie statky, na ktoré vydávame so zvyšovaním príjmov relatívne väčšiu časť príjmu. Zdravie za luxusný statok po prvýkrát označil Kleinman v roku 1974.

Výdavky na zdravotníctvo v krajinách OECD rastú rýchlejšie ako bohatstvo krajiny. Kým v 70.-tych rokoch podiel výdavkov na zdravotníctvo v krajinách OECD tvoril približne 5 % HDP, tak v deväťdesiatych rokoch to bolo už 7 % z HDP. Dnes sa tento podiel vyšplhal už na 9 % HDP (**Tabuľka 1**).

Správa OECD zároveň upozorňuje, že ak rast výdavkov na zdravotníctvo bude aj naďalej rýchlejší ako rast hrubého domáceho produktu, tak jednotlivé krajiny budú musieť zvýšiť dane, alebo odvody na sociálne zabezpečenie, znížiť výdavky v iných oblastiach, alebo zvýšiť podiel súkromných zdrojov na financovaní zdravotníctva.

VÝDAVKY SKRESĽOVALO ODDLŽENIE CEZ VERITEĽ, A. S.

Správa OECD uvádza dramaticky vyzerajúci rast výdavkov na zdravotníctvo od roku 2002 (6,4 % z HDP) do roku 2005 (7,0 % z HDP). Tento rast je však len optický. Skresľujú ho výdavky vlády na oddĺženie zdravotníctva cez spoločnosť Veriteľ, a. s. vo výške 20 mld. Sk, ktoré boli použité v rokoch 2003 až 2005. Po očistení od zdrojov na oddĺženie je možné vidieť, že zdroje v tomto období klesli až na 6,1 %, resp. 6,2 % a svoju pôvodnú hodnotu na úrovni 6,5 % HDP nadobudli až v roku 2005 (**Graf 1**).

Príčinou tohto výpadku bolo spomalenie platieb od ekonomicky aktívneho obyvateľstva, ako aj veľmi nízky nárast zdrojov za poisťencov štátu, ktoré sa až do roku 2004 počítali tzv. zbytkovým spôsobom. To spôsobilo pokles zdrojov zdravotných poisťovní na 4,7 % HDP. O rast celkových zdrojov sa však významným spôsobom pričínili súkromné výdavky obyvateľstva. Tie vzrástli z 0,8 % HDP v roku 2002 na 1,4 % HDP v roku 2005 (**Graf 2**).

O prekvapivý nárast v tomto období sa tak postarali zdroje Veriteľ, a. s. v celkovom objeme 1,4 % HDP, ktoré boli použité v rokoch 2003 – 2004 – 2005 v proporcií 0,4 % – 0,6 % – 0,4 % HDP.

Samozrejme, pripočítanie zdrojov Veriteľ, a. s. k týmto konkrétnym rokom nie je celkom správne, lebo dlh bol síce splatený v tomto období, ale v skutočnosti vznikol v období predchádzajúcom, najmä v rokoch 2000 až 2002. Korektne by sa teda mali zvýšiť výdavky na zdravotníctvo v rokoch 2000 až 2002 a znížiť výdavky v období 2003 až 2005. Uplatnil by sa tak správnejší akruálny princíp (kedy dlhy vznikli) oproti hotovostnému princípu (kedy boli dlhy zaplatené).

Z hľadiska metodiky založenej na hotovostnom princípe sú údaje OECD o slovenských výdavkoch na zdravotníctvo za rok 2005 správne. Výrazný rast výdavkov, ktorý by predbiehal ekonomický rast však v krátkodobom horizonte (do roku 2010) určite nehrozí z nasledovných dôvodov:

1. naďalej bude pretrvávajúť silný rast HDP na úrovni 6 až 8 %, ktorý bude predbiehať rast reálnych zdrojov na zdravotníctvo
2. vláda vo svojom rozpočte na roky 2008 – 2010 neuvažuje s nárastom platby za poisťencov štátu
3. zrušenie poplatkov v zdravotníctve spôsobuje pokles súkromných zdrojov – kým v roku 2005 bol ich podiel 1,4 % HDP, tak v roku 2010 predpokladáme len 1,2 %.

Tabuľka 1: Výdavky na zdravotníctvo ako % z HDP, krajiny OECD, r. 1990 a 2005

Krajina	1990	2005
USA	11,9	15,3
Švajčiarsko	8,3	11,6
Francúzsko	8,4	11,1
Nemecko (1)	9,6	10,7
Belgicko	7,2	10,3
Rakúsko	7,0	10,2
Portugalsko	5,9	10,1
Grécko	5,8	10,1
Kanada	8,9	9,8
Austrália (2)	7,5	9,5
Island	7,8	9,5
Holandsko	8,0	9,2
Dánsko	8,3	9,1
Nórsko	7,6	9,1
Švédsko	8,3	9,1
OECD (+)	6,9	9,0
Nový Zéland	6,9	9,0
Taliansko	7,7	8,9
Luxembursko (3)	5,4	8,3
Veľká Británia	6,0	8,3
Španielsko	6,5	8,2
Maďarsko (4)	7,0	8,1
Japonsko (3)	6,0	8,0
Turecko	3,6	7,6
Fínsko	7,7	7,5
Írsko	6,1	7,5
Česká republika	4,7	7,2
Slovensko		7,1
Mexiko	4,8	6,4
Poľsko	4,8	6,2
Kórea	4,3	6,0

Zdroj: OECD Health Data, 2007

Poznámky: (+) Priemer OECD je bez údajov SR; (1) 1992; (2) 1990/91 a 2004/2005; (3) 2004; (4) 1991 a 2004

Tabuľka 2: Dlž v zdravotníctve v mld. Sk

	k 31.12. 2005	k 31.12. 2006
Zdravotnícke zariadenia spolu	4,417	6,710
v pôsobnosti MZ SR	2,033	4,435
transformované na akciové spoločnosti	—	0,014
delimitované na obce a VÚC a transformované na n. o.	2,384	2,275
Zdravotné poisťovne spolu	1,217	0,097
Zdravotníctvo spolu	5,634	6,821
HDP	1 472,000	1 618,000
Dlž ako podiel z HDP v %	0,38 %	0,42 %

Zdroj: MZ SR, 2007 a prepočty Health Policy Institute, 2007

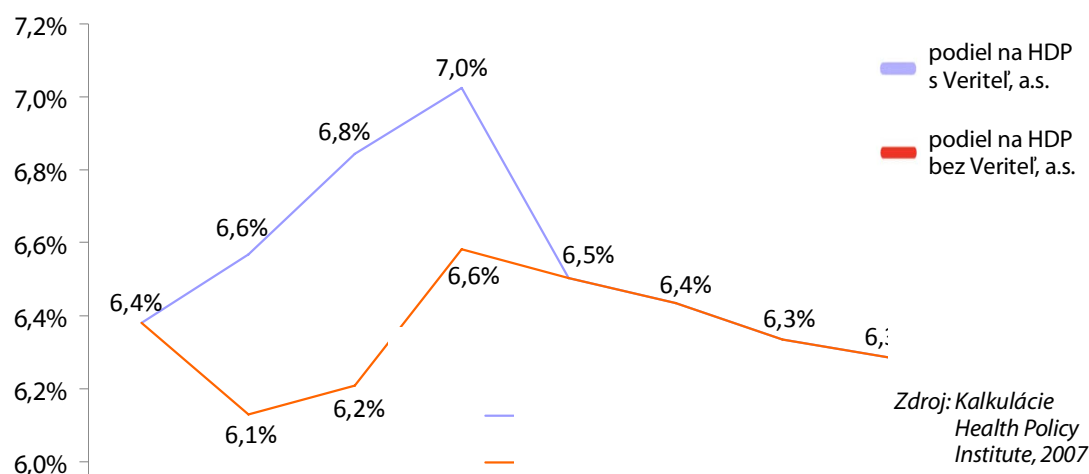
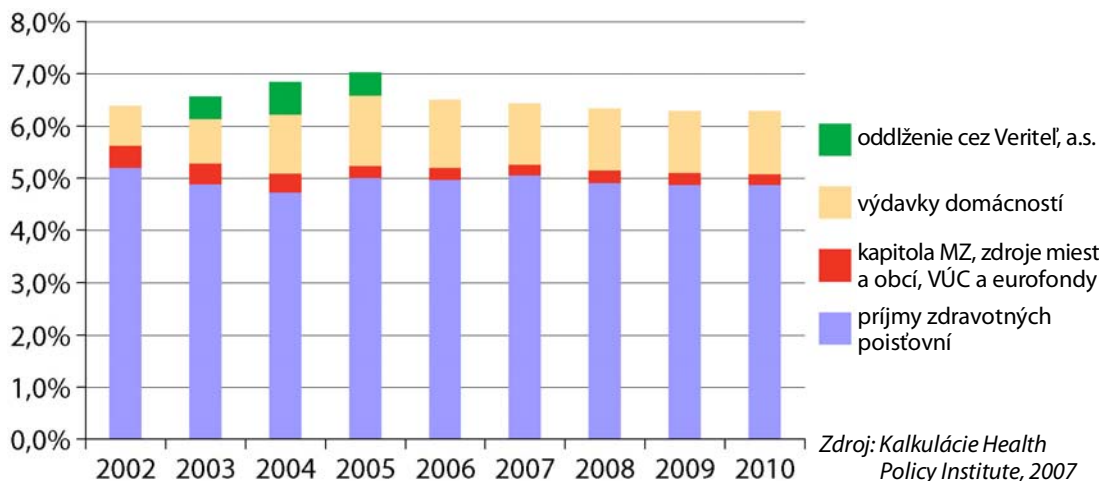
DLH NEMOCNÍC OHROZUJE EURO

Závažným rozpočtovým rizikom do roku 2010 a háčikom prijatia eura však zostáva dlh zdravotníckych zariadení vo výške 6,8 mld. Sk, resp. 0,42 % HDP (**Tabuľka 2**), ktorý vláda do svojho deficitu dnes nezapočítava. Predpokladáme, že k 31.12.2007 môže dlh v zdravotníctve dosiahnuť 7,5 mld. Sk. Ministerstvo financií však na roky 2008 až 2010 nevyčlenilo žiadnu finančnú rezervu na splatenie tohto dlhu.

Európska centrálna banka aj Európska komisia už naznačili, že pri hodnotení Slovenska nebudú brať do úvahy len mechanické plnenie kritérií pre prijatie eura, ale zamerajú sa na udržateľnosť

základných makroekonomických agregátov. Pri takomto pohľade však vyvstávajú podozrenia o dlhodobej udržateľnosti inflácie, ktorá je dnes umelo tlmená vládou cez reguláciu cien energií a administratívnym znížením DPH na lieky a najmä o udržateľnosti deficitu verejných financií. Ten ohrozuje nielen záväzky železníc, ale aj nedávno prijaté rozhodnutie o dostavbe diaľnic do roku 2010 a vládou nepriznaný dlh nemocníc. Ten však bude musieť vláda v budúcnosti priznať a splatiť. V tom momente sa dlh „pod čiarou“ stane súčasťou riadneho deficitu verejných financií. A v OECD sa budú opäť čudovať, ako „rýchlo“ výdavky na Slovensku rastú.

PETER PAŽITNÝ

Graf 1: Zdroje na zdravotníctvo ako % z HDP**Graf 2: Celkové výdavky na zdravotníctvo podľa zdroja financovania, v %**

najbližších troch rokoch, počet poistencov by v roku 2008 mal klesnúť o 166 tisíc na 2,8 miliónov poistencov.

23. júla informovalo ministerstvo zdravotníctva o odvolaní generálneho riaditeľa štátneho podniku Slovthermae SLK Ľubomíra Erdziaka. Od 1. júla je povereným riadiť kúpele Milan Kamenský.

24. júla informovala fakultná nemocnica v Bratislave, že v súvislosti s novým Zákoníkom práce, ktorý nadobúda účinnosť od septembra, prijala 100 nových atestovaných lekárov i absolventov.

25. júla zverejnilo ministerstvo zdravotníctva návrh novely vládneho nariadenia o minimálnej sieti, ktorým navrhlo pevnú sieť 42 nemocníc pre zabezpečenie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Do pripomienkového konania bol predložený aj návrh novely zákona o poskytovateľoch, ktorou chce ministerstvo zastaviť transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti. Ministerstvo navrhlo aj novelizáciu zákona o zdravotnej starostlivosti.

30. júla predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrhu novely zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Táto novela okrem iného upravuje proces kategorizácie liekov a zavádza nové preventívne prehliadky.

31. júla oznámilo Združenie zdravotných poisťovní začiatok petičnej akcie za zachovanie pluralitného systému zdravotných poisťovní. Ambíciou organizátorov je nazbierať viac ako 100 tisíc podpisov, aby sa petíciou musela zaoberať Národná rada Slovenskej republiky.

Ministerstvo chce odložiť rozhodovanie o zlúčení VŠZP a SZP

Ministerstvo zdravotníctva SR („MZ SR“) navrhuje, aby vláda zrušila úlohu, ktorú mu pridala 23. mája tohto roku. Na jej základe malo MZ SR vypracovať projekt zlúčenia Všeobecnej zdravotnej poisťovne („VŠZP“) a Spoločnej zdravotnej poisťovne („SZP“). Projekt mal posúdiť pozitíva a negatíva zlúčenia uvedených poisťovní do jednej verej-

noprávnej poisťovne a preskúmať jeho dopad na systém verejného zdravotného poistenia. Argumentácia, ktorou sa MZ SR rozhodlo zdôvodniť zrušenie úlohy, je sklamaním nielen pre odbornú, ale aj pre laickú verejnosť. Namiesto zdôvodnenia zrušenia úlohy, ktorou bolo vypracovanie hodnotiaceho projektu zlúčenia VŠZP a SZP, MZ SR v návrhu na zrušenie úlohy rovno zdôvodňuje prečo nezlučovať VŠZP a SZP. Zdô-

vodenie je pritom odborné veľmi zle pripravené, bez relevantných argumentov, jasnej kvantifikácie dopadov a zároveň vedie k mnohým chybným, vnútorne si odporujúcim a neúplným záverom.

Hlavným dôvodom návrhu na zrušenie úlohy má byť skutočnosť, že vláda Slovenskej republiky schválila na svojom zasadnutí 8. augusta 2007 novelu zákona č. 581/2004 Z.z., ktorou bola zachovaná pluralita zdravotných poisťovní. Predmetnú novelu, ale vypracovalo MZ SR a na rokovanie ju predložil minister zdravotníctva. Navyše, novela v predloženej podobe neobsahovala návrh resp. ustanovenia, ktorými by sa rušila pluralita zdravotných poisťovní. **Úloha spracovať projekt zlúčenia VŠZP a SZP nebola nikdy podmienená zrušením plurality systému zdravotného poistenia.** Preto je nepochopiteľné prečo sa MZ SR opiera o rozhodnutie, ktoré malo v plnej miere pod kontrolu a samo ho navrhlo.

Podľa návrhu na zrušenie úlohy MZ SR vykonalo analýzu dopadov vytvorenia jednej zdravotnej poisťovne, z ktorej vyplynulo, že v súčasnosti nie je vhodné realizovať daný zámer. K návrhu na zrušenie úlohy však nie je priložená žiadna analýza dopadov (pokiaľ sa za ňu nepovažuje dvojstranový text predkladaného materiálu).

Rezort zdravotníctva bez použitia akýchkoľvek argumentov tvrdí, že zlúčenie VŠZP a SZP by spôsobilo porušenie stability systému výrazným posilnením neštátnych poisťovní, vnieslo by do systému nestabilitu a chaos, zneprehľadnilo by finančné toky medzi poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zneistilo poisťencov. Zlučovací proces je dnes bežným fenoménom vo všetkých oblastiach ekonomiky, sektor verejného zdravotného poistenia nevynímajúc. **Skúsenosť so zlúčením poisťovní Dôvera a Sidéria len potvrdzuje, že ak je**

zlúčenie poisťovní pripravené dobre, nevedie ani k nestabilite, ani k chaosu, ani k zneprehľadneniu finančných tokov a zneisteniu poisťencov. Nedôvera MZ SR v schopnosť neštátnych poisťovní manažovať väčší počet poisťencov ako administrujú dnes nie je na namieste.

Podľa MZ SR by zlúčenie SZP a VŠZP neprinieslo významné finančné efekty a to bez toho aby ich ministerstvo kvantifikovalo. Zlúčenie (spočívajúce v spojení dvoch právnych subjektov) je proces organizačne aj finančne náročný, pokiaľ ale nie je vypracovaný projekt, ktorý by jasne kvantifikoval prínosy a náklady zlúčenia, nie je možné vysloviť záver o finančných prínosoch fúzie.

Veľmi sporné je tiež tvrdenie MZ SR, že v dôsledku zlučovania VŠZP a SZP by sa mohol očakávať jednoznač-

ný úbytok poisťencov VŠZP a SZP z titulu aktívneho ovplyvňovania poisťencov, aktívnym náborom ostatných zdravotných poisťovní a nejednoznačnými informáciami z médií. Každá zdravotná poisťovňa vrátane VŠZP a SZP sa dnes snaží aktívne ovplyvniť poisťencov a dosiahnuť ich prepoistenie k sebe. Je úplne irelevantné, či sa nejaké zdravotné poisťovne zlučujú alebo nie (pokiaľ je zlučovací proces vedený dobre). Zlúčenie ZP Sidéria a ZP Dôvera potvrdzuje opak. **Neexistuje dôkaz na základe, ktorého by dnes mohol niekto tvrdiť, že by iné zdravotné poisťovne masívne využívali vo svoj prospech informáciu o zlučovaní ZP Sidéria a Dôvera s cieľom získať ich poisťencov.** Rovnako sa nepotvrdilo, že by média o zlúčení uvedených poisťovní informovali nejednoznačne. Ak by boli uvedené argumenty naozaj pravdivé, potom by v podmienkach pluralitného systému zdravotného poistenia nebolo nikdy možné pristúpiť k zlúčeniu SZP a VŠZP.

Pri vypracovaní novely zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá okrem iného znižuje limit prevádzkových výdavkov, obmedzuje použitie zisku (ak je dosiahnutý musí byť použitý na úhradu zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom roku), zavádza bezodplatný prevod poisťného kmeňa, bolo ambíciou MZ SR zneatraktívniť súkromným zdravotným poisťovňám podnikanie vo verejnom zdravotnom poistení. MZ SR však v odôvodnení návrhu na zrušenie úlohy argumentuje, že súkromné zdravotné poisťovne by aj napriek tomu aktívne ovplyvňovali poisťencov s cieľom ich náboru ku sebe. Z toho vyplýva, že buď MZ SR dnes nie je presvedčené, že novelou sa mu podarí zneatraktívniť verejné zdravotné poistenie pre súkromné poisťovne, alebo používa nekonzistentnú argumentáciu.

MZ SR sa oprela vo svojej argumentácii aj o poznatky z predchádzajúceho spájania VŠZP a ZP Perspektíva, ktoré



bolo organizačne nezvládnuté a neorganizované, spôsobilo rozpad poisťného kmeňa Perspektívy do iných poisťovní a značné finančné straty, ktoré sa riešia dodnes a zostávajú nedoriešenou otázkou a problematikou pre VŠZP. Prečo k obdobnému scenáriu musí dôjsť aj v prípade zlúčenia SZP a VŠZP už materiál neuvádza. Spomenutú skúsenosť by malo MZ SR využiť vo svoj prospech a neuspokojiť sa s konštatovaním, čo sa v minulosti udialo. Z chýb ktoré sa stali sa treba poučiť a pri zlučovaní VŠZP a SZP sa im vyvarovať. **Navyše z dostupných informácií vyplýva, že ani VŠZP ani SZP nie sú (na rozdiel od ZP Perspektíva) v stave, ktorý by mal ochromiť finančné hospodárenie nástupníckej resp. preberajúcej organizácie.**

Podľa stanoviska MZ SR zlúčenie zdravotných poisťovní so stopercentnou majetkovou účasťou štátu môže byť výrazným pozitívnym krokom v oblasti verejného zdravotného poistenia **len v tom prípade, ak verejné zdravotné poistenie bude vykonávať len jedna poisťovňa.** Podľa MZ SR predovšetkým vtedy možno očakávať úsporu v systéme jednak výraznou redukciou a zefektívnením činností Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou („ÚDZS“), sprehľadnením dlžníkov na poisťnom a úhrad zdravotnej starostlivosti. Očakávané prínosy zlúčenia ale nemožno stavať na argumentoch odvodených len od ÚDZS, dlžníkov a úhrad zdravotnej starostlivosti. **Zlúčenie SZP a VŠZP by nepochybne prinieslo úspory aj v nákla-**

dovosti administrácie verejného zdravotného poistenia a to napríklad v podobe redukcie stavu zamestnancov, odpredaja nepotrebných nehnuteľností a zníženia dlhodobých nákladov na informačný systém. Aj tu platí, že bez podrobnej analýzy kvantifikujúcej náklady a výnosy zlúčenia, nie je možné urobiť jednoznačný záver o finančných prínosoch uvažovaného spojenia. Ministerstvo ho napriek tomu urobilo.

V závere zdôvodnenia k návrhu na zrušenie úlohy sa uvádza, že SZP a VŠZP budú po znížení limitu prevádzkových výdavkov z dnešných 4 % na 3 % z ročného úhrnu poisťného potrebovať určitý čas na zastabilizovanie. Nevidíme však dôvod prečo by VŠZP a SZP mali potrebovať v súvislosti s nižším limitom na prevádzkové výdavky čas na stabilizáciu. MZ SR bolo pri predkladaní novely zákona 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov presvedčené, že zdravotné poisťovne budú vedieť fungovať aj s prevádzkovými výdavky na úrovni zníženého limitu a argumenty o ohrození činnosti poisťovní odmietalo ako nepodložené.

Odborné rezervy uvedených argumentov odhaľujú, že návrh neobsahuje skutočné odôvodnenie. O skutočnej motivácii ministerstva navrhnúť zrušenie úlohy tak môžeme len špekulovať. Namiesto je preto i zamyslenie, či má štát aj naďalej zostať vlastníkom oboch štátnych poisťovní. Možno by bolo lepšie, ak by štát namiesto zlučovania obe poisťovne predal.

MICHAL GAJDZICA

Chcete dostávať newsletter klasickou poštou vo vytlačenej podobe?

Cena výtlačku vrátane poštovného: 150 Sk v rámci Slovenska, 200 Sk do zahraničia.
Celoročná objednávka (12 výtlačkov): 1500 Sk resp. 2000 Sk. V prípade záujmu nás kontaktuje na e-mailovej adrese: newsletter@hpi.sk alebo na telefónnom čísle **+421 - 2 - 5464 3051**.

DRŽME SA FAKTOV

Čo vlastne chcú signatári petície za zavedenie jednej zdravotnej poisťovne?

Ked' jedna nie je jedna

V minulom mesiaci sa na Slovensku rozbegli 2 petičné akcie za zavedenie systému jednej zdravotnej poisťovne. Jedna z hlavných signatárov Vlasta Pinterová zdôvodnila cieľ petičnej akcie výrok, že: „Ak štátom, ako je Kanada, Holandsko alebo Dánsko stačí jedna poisťovňa, myslíme si, že môže stačiť aj Slovensku.“ Autorka uvedeného tvrdenia si zrejme neoverila ako fungujú zdravotné systémy v uvedených krajinách. Ani jedna zo spomenutých krajín totiž nemá systém jednej zdravotnej poisťovne.

Kanada má daňový systém (pochádza z neho 70 % zdrojov zdravotníctva) s veľmi silným doplnkom vo forme priamych platieb (15 % zdrojov) a súkromného poistenia (12 % zdrojov). Systém je organizovaný na troch úrovniach (federálnej, provincionalnej a municipálnej) s veľkou mierou lokálnej autonómie. Každá provincia má svoje vlastné ministerstvo a vlastnú jurisdikciu. Kľúčovú úlohu pri alokácii zdrojov zohrávajú tzv. RHA (Regional Health Authority), ktoré sú zodpovedné za organizáciu zdravotníctva ako aj platby poskytovateľom. RHA sú nákupcami zdravotnej starostlivosti a vytvárajú hierarchickú integráciu s poskytovateľmi.

V **Holandsku** funguje systém založený na konkurujúcich si súkromných zdravotných poisťovniach. Dnes ich je viac ako 30 a všetky môžu dosahovať zisk. Holandský model je založený na 4 základných podmienkach fungovania pluralitného modelu:

1. poistenec má garantovaný slobodný výber poisťovne
2. zdravotná poisťovňa nemôže odmietnuť poistenca
3. na vyrovnanie rozdielov v kmeni je zavedený systém kompenzácie rizík
4. zdravotné poisťovne môžu medzi sebou súťažiť službami, produktmi a výškou poisťného

Dánsko má typický daňový model financovania zdravotníctva (82 % zdrojov pochádza z federálnych, regionálnych a municipálnych daní), v ktorom kľúčovú úlohu zohrávajú regióny (14) a municipality (275), ktoré sú zodpovedné za organizáciu, financovanie a vlastníctvo nemocníc a niektorých poskytovateľov. Súkromný sektor má svoje miesto len v oblasti lekárov prvého kontaktu, špecialistov, zubárov a lekárníkov.

PETER PAŽITNÝ

Prvé kroky reformy zdravotníctva v Česku schválené



Tesným pomerom 101:99 pretlačila vláda Mirka Topolánka poslaneckou snemovňou zákon o stabilizácii verejných rozpočtov, ktorého súčasťou sú aj prvé kroky reformy zdravotníctva. Intenzívna príprava a rokovania prebiehali už od apríla. Napriek tomu, že reforma získala po začlenení niekoľkých pozmeňovacích návrhoch podporu dvojice bývalých sociálnych demokratov Miloša Melčáka a Michala Pohanku, koalíčný poslanec Ludvík Hovorka (KDU-ČSL) za ňu nezahlasoval.

Okrem oblasti daní a sociálneho systému, prináša reforma zásadné zmeny aj v sektore zdravotníctva. A to v piatich hlavných oblastiach.

1.

STABILIZÁCIA VEREJNÝCH FINANCIÍ

a obmedzenie extenzívnych sociálnych výdavkov zavedených predchádzajúcou vládou je ústredným cieľom schváleného zákona. V oblasti zdravotníctva sa to prejavilo v podobe dočasného **zmrazenia platby za poistencov štátu pre roky 2008 a 2009** na úrovni roka 2007 pri súčasnom zachovaní finančnej stability systému (**Tabuľka 1**). Toto zbrzdzenie rastu nasleduje po prudkom navýšení platieb zo štátneho rozpočtu v rokoch 2006 a 2007, kde rast platby štátu bol 3,5-krát a 1,8-krát rýchlejší ako rast priemernej mzdy (**Graf 1**).

2.

ZEFEKTÍVNIENIE FUNGOVANIA SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA

pozostáva z viacerých opatrení. V prvom rade je to zrušenie zákazu neprijíť úhradu od poistenca v súvislosti s poskytovaním zdravotných služieb a zavedenie **regulačných poplatkov** vo výške:

- 30 Kč za návštevu u praktického lekára, špecialistu, zubného lekára, klinického psychológa a klinického logopéda,
- 30 Kč za návštevnú službu praktického lekára,
- 30 Kč za vydanie liečivého prípravku alebo potraviny pre zvláštne lekárske účely, ktoré sú aspoň čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia, bez ohľadu na počet balení,
- 60 Kč za deň hospitalizácie, pričom deň prijatia a prepustenia sa rátajú ako jeden deň,
- 90 Kč za lekársku službu prvej pomoci a ústavnú pohotovostnú službu.

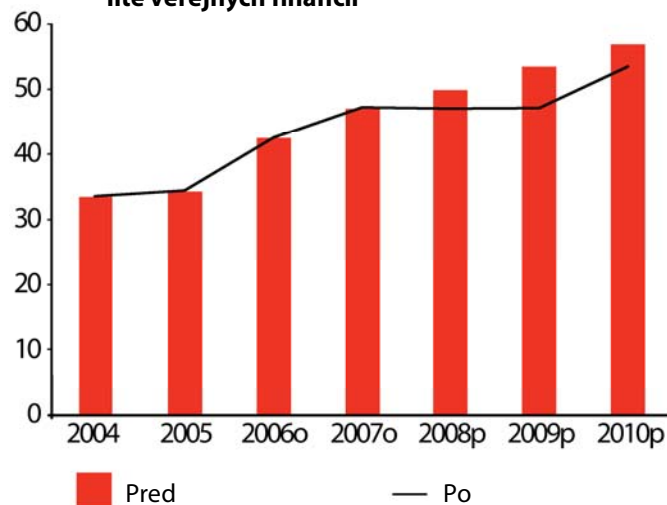
Predpokladá sa, že regulačné poplatky povedú k obmedzeniu nadmerného počtu návštev ambulantných lekárov a zníženiu predpisovania a spotreby nepotrebných liekov. V súčasnosti je v Českej republike evidovaný najvyšší počet kontaktov u ambulantného lekára v Európe (13,1 návštev na obyvateľa za rok) a jeden z najvyšších počtov predpísaných receptov (9 receptov alebo poukazov na obyvateľa za rok, pričom český senior užíva v priemere súčasne 9 liekov). Ušetrené prostriedky majú byť alokované na liečenie ťažko chorých prípadov, ktorých počet a finančná náročnosť narastá v súvislosti so zavádzaním nových technologických postupov a starnutím populácie.

Z dôvodu zachovania dostupnosti zdravotných služieb, boli niektoré skupiny obyvateľstva oslobodené od platenia poplatkov. Regulačné poplatky nebudú platiť vôbec:

- deti v detských domovoch a školských zariadeniach pre výkon ústavnej výchovy alebo ochrannnej výchovy,
- osoby, ktorým súd nariadil ochranné liečenie,
- osoby pri liečení infekčného ochorenia,
- osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi.

V pôvodnom návrhu boli oslobodené aj deti do 3 rokov, pričom vek dieťaťa bol jednou z najviac diskutovaných tém. Hovorilo sa o oslobodení všetkých detí do 18 rokov, alebo do 15 rokov, či 6 rokov. V posledný deň rokovaní bola táto výnimka úplne vypustená a bude nahradená zvýšením príspevku štátu na deti.

Graf 1: Vývoj platby štátu do verejného zdravotného poistenia pred a po schválení zákona o stabilite verejných financií



Zdroj: prepočty autora na základe príslušnej legislatívy, údajov MZ ČR, zdravotných poisťovní a MF ČR (Makroekonomická predikce 01/2007)

Tabuľka 1: Finančná bilancia prijatých zmien v sektore zdravotníctva v roku 2008

	mld. Kč
Zmrazenie platby štátu	-3,0
Regulačné poplatky po predpokladanom znížení spotreby, odpočítaní výnimiek, administratívnych nákladov a nákladov na vrátenie nad limit 5 000 Kč	4,4
Maximálny vymeriavací základ	-1,8
Rozšírenie vymeriavacieho základu	1,0
Netto bilancia	0,6

Zdroj: dôvodová správa k časti zdravotníctvo v návrhu zákona o stabilizácii verejných financií

Regulačný poplatok za návštevu a návštevnú službu ambulantného lekára nebudú platiť:

- poistenci pri preventívnej prehliadke,
- deti od jedného roku, ktoré sú chronicky choré alebo ohrozené poruchami zdravotného stavu v dôsledku nepriaznivého rodinného alebo iného spoločenského prostredia, pri návštevách s tým súvisiacich,
- tehotné ženy pri preventívnych návštevách súvisiacich s tehotenstvom,
- poistenci pri hemodialýze,
- poistenci pri laboratórnom a diagnostickom vyšetrení,
- poistenci pri ošetrovaní v súvislosti s odberom krvi, plazmy alebo kostnej drene.

Poplatky budú **príjmom zdravotníckeho zariadenia**, ktoré ich vybralo.

Druhým dôležitým opatrením je umožnenie **generickej substitúcie**, keď na požiadanie pacienta a ak to predpisujúci lekár na recepte nevylúčil, môže lekárnik vydať i iný liečivý prípravok s rovnakou liečivou látkou, rovnakou cestou podania, rovnakou liekovou formou a nižším doplatkom ako ten uvedený na recepte.

Tretia skupina dôležitých opatrení sa týka **možnosti zefektívnenia činnosti v zdravotných poisťovniach**, najmä v najväčšej Všeobecnej zdravotnej poisťovni (VZP). Schválený zákon zjednocuje úpravy činnosti správnej a dozornej rady a mechanizmus jej hlasovania s úpravou dovtedy platnou pre ostatné zdravotné poisťovne. Okrem toho bol schválený prenos voľby a odvolania riaditeľa VZP z Poslaneckej snemovne na správnu radu poisťovne.

3.

POSILNENIE POSTAVENIA A OCHRANY PRÁV PACIENTA V SYSTÉME ZDRAVOTNÍCTVA

je jeden z hlavných cieľov pripravovanej reformy zdravotníctva. Jedným z prvých opatrení po už spomínaných výnimkách z platenia regulačných poplatkov je tzv. **stop-loss limit na celkovú sumu regulačných poplatkov a doplatkov za lieky a potraviny pre zvláštne lekárske účely vo výške 5 000 Kč ročne**. Príslušná zdravotná poisťovňa je povinná do 60 dní po skončení kalendárneho štvrtroka preplatiť sumu regulačných poplatkov a doplatkov, ktorú poistenec zaplatil nad stanovený limit. Do limitu sa okrem doplatkov na lieky alebo potraviny pre zvláštne lekárske účely v plnej výške započítavajú regulačné poplatky za návštevu ambulantného lekára alebo vydanie lieku alebo potraviny pre zvláštne lekárske účely a nezapočítavajú sa regulačné poplatky za deň hospitalizácie a návštevu pohotovostnej služby.

4.

TRANSPARENTNÝ SYSTÉM STANOVOVANIA CIEN A ÚHRAD LIEČIV Z VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

sa stal súčasťou zákona o stabilizácii verejných financií v posledných kolách koalíčných rokovaní pred hlasovaním v druhom čítaní. Tento krok bol nevyhnutný najmä v súvislosti s rozhodnutím Ústavného súdu č. 57/2007 Sb., ktorý

s účinnosťou od 31. 12. 2007 zrušil ustanovenia zákona č. 48/1997 Sb. o verejnom zdravotnom poistení, ktoré oprávňovali ministerstvo zdravotníctva stanovovať výšku a podmienky úhrady liečiv vyhláškou bez **správneho konania** a možnosti preskúmania rozhodnutia nezávislým orgánom. Zákon by mal tiež naplniť požiadavky európskeho právneho poriadku, najmä smernice o transparentnosti. Jeho súčasťou je aj prevod právomoci cenovej regulácie v oblasti zdravotníctva z ministerstva financií na ministerstvo zdravotníctva. V prípade liečiv tak dochádza k **prepojeniu procesu stanovovania konečných cien a úhrad z verejného zdravotného poistenia**. Zákon ďalej špecifikuje objektívne kritéria stanovovania maximálnych cien prostredníctvom referenčného koša a úhrad z verejného zdravotného poistenia, vrátane úhrady inovatívnych liečiv.



5.

ÚPRAVA VYMERIAVACÍCH ZÁKLADOV

sa týkala **rozšírenia inštitútu maximálneho vymeriavacieho základu** zo samostatne zárobkovo činných osôb aj na zamestnancov a zamestnávateľov a súčasne jeho **prepojenie na aktuálnu výkonnosť ekonomiky**. Maximálny vymeriavací základ pre rok **t**, ktorý bol u samostatne zárobkovo činných osôb stanovený ako pevná čiastka vo výške 486 000 Kč, sa bude od účinnosti zákona stanovovať nasledovne:

$$48 \times \frac{\text{priemerná mzda v hospodárstve za obdobie } t-2}{\text{prepočítací koeficient}}$$

kde *prepočítací koeficient* predstavuje predpokladaný nárast priemernej mzdy za obdobie **t-1**.

Ďalším schváleným opatrením v oblasti stanovovania vymeriavacích základov je **nová úprava vymeriavacieho základu a okruhu osôb považovaných za zamestnancov**. Zdravotné poistenie je svojím charakterom bližšie daniam ako nemocenskému a dôchodkovému poisteniu. Schválená úprava preto odpája definovanie vymeriavacieho základu a okruhu zamestnancov od nemocenského poistenia a definuje povinnosť platiť poistné väčšine osôb, ktorý majú príjem zo závislej činnosti bez ohľadu na to v akom právnom vzťahu bol tento príjem nadobudnutý. Do okruhu zamestnancov sa tak podľa novej úpravy započítavajú napr. členovia štatutárnych a iných orgánov, ktorí doteraz za nich neboli považovaní z dôvodu neexistencie pracovnoprávného, služobného alebo členského vzťahu s platiteľom odmeny a nemali povinnosť platiť poistné na verejné zdravotné poistenie z tohto príjmu. Nová definícia tak zvyšuje horizontálnu spravodlivosť pri platení odvodov za zamestnancov, keď osoby s rovnakým príjmom zo závislej činnosti majú rovnakú povinnosť platiť poistné.

Reformu ešte čaká schválenie v Senáte, kde má samotná koalíčná ODS väčšinu a podpis prezidenta a čestného predsedu ODS Václava Klauza.

HENRIETA MAĎAROVÁ

Riziká maďarskej reformy zdravotníctva



V júlovom čísle *Into Balance* sme priniesli informáciu o zavedení pluralitného systému zdravotného poistenia v Maďarsku. Model navrhnutý maďarskou vládou spĺňa základné podmienky zavedenia pluralitného modelu:

1. poistenec má garantovaný slobodný výber poisťovne
2. zdravotná poisťovňa nemôže odmietnuť poistenca
3. na vyrovnanie rozdielov v kmeni bude zavedený systém kompenzácie rizík
4. zdravotné poisťovne môžu medzi sebou súťažiť službami a produktami

V návrhu sa však nachádzajú niektoré kontroverzné opatrenia, ktoré budú podľa môjho názoru môžu výrazne skomplikovať (ak nie priamo znemožniť) fungovanie pluralitného modelu. Je to predovšetkým:

1. návrh, aby v každej zdravotnej poisťovni mal štát majoritný podiel
2. návrh na obmedzené použitie zisku

VLASTNÍCKA SCHIZOFRÉNIA

Majoritný vlastnícky podiel štátu v každej poisťovni je výsmechom pravidiel corporate governance (*Rámček 1*).

Podľa vládneho návrhu by malo byť na trhu 5 až 8 zdravotných poisťovní. Každá z nich sa bude snažiť vytvoriť vlastnú víziu a stratégiu. Každá sa bude orientovať na svoje cieľové skupiny. Môžu mať rôzne preferencie čo sa týka veľkosti, ziskovosti, či regionálneho pôsobenia.

Štát ako majoritný akcionár však bude mať prístup do každej jednej poisťovne a ako majoritný akcionár môže zásadne ovplyvňovať dianie v poisťovni. Ako bude zástupca štátu hlasovať na valnom zhromaždení zdravotnej poisťovne? Proti stratégii inej zdravotnej poisťovne, alebo sa bude tváriť, že nepozná stratégiu konkurenta? Je to ako hrať šach sám so sebou. Najprv bude hrať za bielych, a potom si sadne na opačnú stranu a potiahne za čiernych? A ako bude chcieť štát zabrániť korupcie pri vykonávaní akcionárskych práv samotnými nominantmi štátu?

Ešte paradoxnejšia situácia vznikne, keď niektorá zdravotná poisťovňa bude čeliť riziku bankrotu. Bude ju štát zachraňovať navýšením základného imania? Navýši zároveň svoje imanie aj v iných poisťovniach, aby sa vyhol podozreniu z neoprávnenej štátnej pomoci a diskriminácie ostatných účastníkov trhu?



Rámček 1: Princípy corporate governance

PRINCÍPY CORPORATE GOVERNANCE

1. Kľúčovou úlohou akcionárov je výber eticky zrelého a odborne kompetentného predstavenstva.
2. Kľúčovou úlohou dozornej rady je z poverenia akcionárov dohliadať na predstavenstvo pri riadení spoločnosti.
3. Zodpovednosťou predstavenstva je riadiť spoločnosť efektívne, eticky a s cieľom produkovať hodnoty pre akcionárov. Predstavenstvo nikdy nemôže postaviť osobné otázky zoči-voči alebo v konflikte so záujmami spoločnosti!
4. Zodpovednosťou predstavenstva pod dohľadom dozornej rady je:
 - predkladať finančné výkazy, ktoré spravodlivo odzrkadľujú finančný stav a výsledky operácií spoločnosti a
 - pripravovať pravidelné informácie pre akcionárov na vyhodnotenie finančného a obchodného zdravia ako aj rizík spoločnosti.
5. Zodpovednosťou dozornej rady je:
 - najatť nezávislú účtovnú spoločnosť na vykonanie auditu finančných výkazov pripravených predstavenstvom a
 - zverejniť názor na tieto výkazy na základe všeobecne akceptovaných účtovných štandardov.
6. Zodpovednosťou nezávislej účtovnej firmy je informovať dozornú radu, o akýchkoľvek obavách o:
 - primeranosti alebo kvalite signifikantných účtovných operácií a obchodných transakcií, ktoré ovplyvňujú bezúhonnú prezentáciu finančnej kondície spoločnosti,
 - slabínach interného kontrolného systému.
7. Spoločnosť má zodpovednosť zachádzať so svojimi zamestnancami poctivo a spravodlivo.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006 podľa "Principles of Corporate Governance", A White Paper from The Business Roundtable, May 2002

A do tretice, ako sa na celú vec bude pozerat' Proti-monopolný úrad? Môže hospodárska súťaž fungovať, ak jeden vlastník (v tomto prípade štát) vlastní zo zákona majoritné podiely vo všetkých subjektoch trhu? Nebude potom dlho očakávaná demonopolizácia zdravotného poistenia v Maďarsku v podstate iba čiastočnou dekoncentraciou moci s navonok atraktívnymi, avšak reálne nefungujúcimi súkromnými poisťovňami?

FÓBIA ZO ZISKU

Fóbia zo zisku zdravotných poisťovní je celoeurópsky úkaz a zatiaľ sa ho podarilo prelomiť jedine v Holandsku, Slovensku, Rusku, Švajčiarsku a čiastočne v Nemecku. Potenciálne sa o zavedení ziskovo orientovaných zdravotných poisťovní uvažuje v Maďarsku a v Čechách.

Zisk v zdravotnom poistení v podmienkach tvrdých rozpočtových obmedzení je odmenou poisťovne za znáša-

Rámček 2: Regulácia tvorby zisku

Z = V ± KRŠ - NZS - O - PP - AN - R1 - R2	
Z	Zisk
V	Výnosy
KRŠ	Kompenzácia rizikovej štruktúry
NZS	Náklady na zdravotnú starostlivosť
O	Odpisy
PP	Povinné platby (napr. regulátorovi)
AN	Administratívne náklady
R1	Rezervy na odsúhlasenú, ale neuhradenú zdravotnú starostlivosť (čakacie zoznamy)
R2	• Rezervy na neznáme alebo nenahlásené poistné udalosti • Ich výška klesá s postupným zlepšovaním kompenzácie rizikovej štruktúry poistencov a rastúcou schopnosťou zdravotnej poisťovne predikovať budúce náklady • Ich výška rastie pri akvizícii neznámeho kmeňa, alebo pri klesajúcej schopnosti zdravotnej poisťovne predikovať budúce náklady

nie časového rizika (poisťovňa nevie kedy bude mať poistenec poistnú udalosť) a nákladového rizika (poisťovňa nevie akú výšku budú mať náklady spojené s plnením voči poistencovi), ktorým poisťovňa chráni poistenca pred vznikom tzv. katastrofických nákladov.

Maďarský vládny návrh sa však už vopred opiera o regulované použitie zisku, najmä na rozvoj zdravotníctva. Takéto ponímanie je však od základu chybné. Vláda by sa nemala orientovať na obmedzenie použitia zisku – to je plne v kompetencii vlastníka zdravotnej poisťovne. Čo maďarská vláda urobiť môže, je regulovanie dosahovania zisku.

Pri fixnej sadzbe poistného pre každého a definovanej kompenzácií rizika je to možné jedine dôsledným dohľadom nad kontraktingom a nákladovými položkami s cieľom predchádzať podliečovaniu pacientov a presným definovaním pravidiel tvorby rezerv s cieľom zamedziť kumulovaniu zisku na úkor tvorby čakacích zoznamov.

Mechanizmus regulácie dosahovania zisku musí zohľadňovať schopnosť zdravotnej poisťovne znášať časové a nákladové riziko jej poistného kmeňa (**Rámček 2**) a kladie nároky na regulátora aby dôsledne kontroloval tvorbu a rozpúšťanie povinných rezerv.

ALIBIZMUS POLITIKOV NIE JE NAMIESTE

Prehnatý alibizmus politikov vo forme majoritného podielu štátu v zdravotných poisťovniach a obmedzovania použitia zisku nie je dnes v Maďarsku namieste. Úloha štátu v modernej zdravotnej politike by sa mala koncentrovať na efektívnu a rozumnú reguláciu systému a nie jeho denno-dennú prevádzku. Výrazne sa tak zníži miera politického vplyvu, neefektívnej alokácie zdrojov a korupcie.

Ak má Maďarsko ambíciu vybudovať moderný pluralitný systém zdravotného poistenia a dať v ňom šancu súkromným poisťovňam, malo by tak urobiť po vzore Holandska, kde použitie na trhu súperí viac ako 30 poisťovní, pričom ani v jednej z nich štát nemá ani jednu akciu. Má však 7 regulačných orgánov, ktoré dozerajú na férovosť súťaže v zdravotnom poistení.

PETER PAŽITNÝ

HPI: Nemocnice čaká ťažký rok

Návrh štátneho rozpočtu predpokladá, že v roku 2008 bude štát za svojich poistencov platiť 4 % z priemernej mzdy. Štát plánuje do poisťovní odvieť 27,1 mld. Sk. V porovnaní s plánom na rok 2007 (27,2 mld. Sk) to bude menej o 0,1 mld. Sk. V porovnaní s programovým vyhlásením vlády (záväzok 5 % z priemernej mzdy) je to menej o 6,5 mld. Sk.

Health Policy Institute preto upozorňuje, že medziročný rast zdrojov zdravotných poisťovní by tak v roku 2008 dosiahol len 5,2 %, oproti 11,7 % rastu v roku 2007. Primerane sa taktiež zníži tempo rastu výdavkov na zdravotníctvo. Rast výdavkov pre nemocnice o 22 %, ktorého svedkami sme boli v roku 2007 sa v roku 2008 určite nebude opakovať.

Podľa prepočtov HPI budú môcť zdravotné poisťovne v roku 2007 zvýšiť svoje platby nemocniciam o 2 až 3 %. **Vyššiemu nárastu bráni nielen pokles platby štátu, ale aj dynamický rast výdavkov na lieky spôsobený menej prís- nou liekovou politikou ministerstva zdravotníctva.**

Nemocnice tak budú bojovať s roztvárajúcimi sa nožnicami. Na jednej strane sa im spomalí rast výnosov od poisťovní. Na druhej strane sa im rýchlo zvyšujú náklady, ťahané vyššími mzdami (v dôsledku tlaku odborov) a vyššou náročnosťou na personál (v dôsledku prijatého zákonníka práce).

Zároveň budú štátne nemocnice aj naďalej bojovať s nedostatkom kapitálu na obnovu vlastných aktív, pretože ministerstvo zdravotníctva ako ich vlastník do nich plánuje vložiť len minimálne peniaze na obnovu (menej ako 200 mil. Sk). Jediným zdrojom rozvoja tak zostáva súkromný kapitál. A ten je možné pritiahnúť jedine do štandardných spoločností akými je napr. akciová spoločnosť. **Plánované zastavenie transformácie štátnych nemocníc na akciové spoločnosti tak spôsobí nielen ich ďalšie zadlžovanie, ale definitívne im odoprie aj šancu na modernizáciu.**

HEALTH POLICY INSTITUTE

Pripomienky Health Policy Institute k návrhom noviel zdravotníckej legislatívy

V poslednej júlovej dekáde predložilo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na pripomienkové konanie návrhy noviel 4 zdravotníckych zákonov a jedného nariadenia vlády. Health Policy Institute (HPI) k využitiu tejto príležitosti a v predpísanej lehote zaslal ministerstvu k návrhom týchto právnych predpisov svoje pripomienky. Pripomienky k najdôležitejším navrhovaným zmenám uvádzame na nasledujúcich stranách. **Všetky pripomienky HPI sú dostupné na webovej stránke HPI (www.hpi.sk).**

č. 576/2004 Z. z. K návrhu novely zákona o zdravotnej starostlivosti

ÚPRAVA INFORMOVANÉHO SÚHLASU JE V ROZPORE S MEDZINÁRODNÝM DOHovorOM

Podľa čl. 5 Dohovoru o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Dohovor o ľudských právach a biomedicíne), ktorý ratifikovala aj Slovenská republika: „Zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať **iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyjadrila súhlas**. Pred zákrokom musí byť osoba primerane informovaná o jeho účele a povahe, ako aj o následkoch a rizikách zákroku. Príslušná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť.“

Predložený návrh zákona v bodoch 5, 6 a 7 mení znenie zákona tak, že sa dostáva do rozporu s citovaným Dohovorom.

V bode 5 definuje informovaný súhlas ako „*písomný súhlas osoby uvedenej v odseku 5 písm. a) a b) s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie*“.

Informovaný súhlas teda podľa návrhu nemôže mať inú formu než písomnú.

Podľa bodu 6 sa informovaný súhlas vyžaduje „*pri výskyte nových závažných zdravotných ťažkostí a pri zdravotných stavoch, ktoré si vyžadujú nové diagnostické a liečebné postupy, vrátane každej ich závažnej zmeny*“, pričom tieto skutočnosti podľa bodu 7 „*posudzujú ošetrojúci lekári*“.

Znamená to, že závisí len od uváženia ošetrojúceho lekára, ktoré prípady uzná za hodné vyžadovania informovaného súhlasu a ktoré si podľa neho informovaný súhlas nevyžadujú. Navyše, formulácia bodu 6 zásadne zužuje rozsah zásahov v oblasti zdravia, pri ktorých je potrebný informovaný súhlas – dohovor o ľudských právach a biomedicíne však vyžaduje informovaný súhlas pri **každom** zásahu v oblasti zdravia.

Navrhnuté znenie zákona ale obsahuje jedno pozitívum – a to prílohu 1, stanovujúcu vzor náležitostí písomného informovaného súhlasu.

Kedže doterajšie znenie zákona vyžaduje **preukázateľný** informovaný súhlas, čo môže byť aj napr. súhlas vyslovený pred svedkom, navrhovaná zmena zvýši administratívnu záťaž poskytovateľov. Dôvodová správa neuvádza argumenty pre uvedenú zmenu, ale obsahuje sadu zmätočných viet, ktoré nemajú žiaden vzťah k platnému zneniu zákona. Ak bolo záujmom predkladateľa zvýšiť mieru právnej ochrany pacienta i poskytovateľa v prípade zákrokov, ktoré sú spojené s vyššou mierou rizika, táto skutočnosť sa dá riešiť špecifikáciou, v ktorých prípadoch má mať informovaný súhlas špecifickú, písomnú podobu (napr. v prípade invazívnych zákrokov v celkovej alebo lokálnej anestéze, definíciu možno upraviť).

HROZBA UZATVORENIA SIETE PRE VŠEOBECNÝCH LEKÁROV, STOMATOLÓGOV, GYNEKOLÓGOV A NEMOCNICE CESTOU TZV. RAJONIZÁCIE

Návrhu zákona chýba vecné, t.j. odborné odôvodnenie zavedenia rajonizácie. Jediným dôvodom je politický dokument, Programové vyhlásenie vlády. Ten pritom neobsahuje ustanovenie o rajonizácii ústavnej starostlivosti.

Zavedenie rajonizácie má podľa dôvodovej správy zabezpečiť, aby pacient nebol v mieste svojho trvalého alebo prechodného bydliska odmietnutý poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Podotýkame však, že nemôže byť odmietnutý ani pri súčasnom znení zákona! Výnimku predstavujú tri prípady uvedené v § 12 ods. 2 (neúnosné pracovné zaťaženie, konflikt záujmov a výhrada svedomia). Návrh zákona vypúšťa výhradu svedomia – z nepochopiteľných a v dôvodovej správe ani nevysvetlených dôvodov – neúnosné pracovné zaťaženie i konflikt záujmov však naďalej umožňujú poskytovateľovi odmietnuť pacienta. Dá sa predpokladať, že i výhrada svedomia sa v praxi zaradí pod konflikt záujmov. **Výsledkom teda bude nezmenený stav z pohľadu pacienta, bez ohľadu na jeho trvalý či prechodný pobyt.** Nástroj rajonizácie preto nevedie k cieľu, ktorý je predkladateľom deklarovaný.

Na druhej strane má však takto koncipovaná rajonizácia iný efekt: **hrozí uzatvorenie siete a z toho vyplývajúca indukcia korupcie na úrovni subjektov, rozhodujúcich o pridelení zdravotného obvodu.** Návrh zákona totiž všeobecnú ambulantnú starostlivosť (o dospelých, o deti a dorast), stomatologickú ambulantnú starostlivosť a gynekologickú ambulantnú starostlivosť pozná výlučne ako „územnú“, t.j. s priradeným územím. Bez priradeného územia nemôžu poskytovatelia uvedenej ambulantnej starostlivosti vykonávať svoju činnosť! **Spôsob administratívneho určovania rozsahu územného zdravotného obvodu poskytovateľom, ktorý podľa návrhu má určiť až vykonávací predpis ministerstva, je elementárnou súčasťou podmienok vstupu na trh a mal by byť preto explicitne uvedený v zákone. Inak je možné cez vyhlášku ministerstva zdravotníctva rozhodnúť o uzatvorení siete.**

Navrhujeme celú stať o rajonizácii z návrhu zákona vypustiť. Ak je politický príslub daný v programovom vyhlásení vlády natoľko dôležitý, aby prevážil odbornú argumentáciu, tak na zabezpečenie liberálneho charakteru zákona a pokračovania zásady voľného vstupu na trh navrhujeme explicitne doplniť, že rajonizácia neznamena uzatvorenie siete.

ZNOVUZAVEDENIE POVINNOSTI ODPORÚČANÍ NA VÝŠETRENIE U ŠPECIALISTOV

Zásadne nesúhlasíme so zavedením povinnosti odporúčania na vyšetrenie u špecialistov. Dôvodová správa neobsahuje nijaké argumenty pre tento krok, ktorý obmedzuje priamy prístup špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Podmieňovanie vyšetrení u špecialistu odporúčaním všeobecného lekára (stomatológa, gynekológa) by malo zosťat' v kompetencii zdravotných poisťovní a nebyť zásahom do všeobecného zákona o zdravotnej starostlivosti. Takéto ustanovenie sa totiž týka aj nezmluvných lekárov, súkromných kliník a centier. Obmedzujúco zasahuje taktiež do práv občanov.

Zavedením uvedenej povinnosti budú byrokraticky preháňaní nielen pacienti, ale neprimerane zaťažovaní najmä všeobecní lekári.

CENTRALIZÁCIA CITLIVÝCH OSOBNÝCH ÚDAJOV V NCZI

Navrhované ustanovenia (najmä v bode 25 návrhu zákona) zavádzajú sústreďovanie obrovského množstva citlivých osobných údajov v rukách jednej štátnej inštitúcie, ktorá nepredstavuje žiadnu garanciu dôvernosti týchto údajov. Takáto zákonom len veľmi povrchne ošetrovaná koncentrácia osobných údajov je neopodstatnená a potenciálne zneužívateľná. Podľa našich informácií nefunguje takto rozsiahly systém zberu a sústreďovania obdobných dát nikde v Európe. Občania navyše nemajú možnosť toto povinné monitovanie odmietnuť (ako môžu odmietnuť napr. pitvu alebo darcovstvo orgánov).

Nie je dôvod, aby štátna inštitúcia sústreďovala informácie o zdravotnom stave každého konkrétneho občana. Riziká, vyplývajúce z možného úniku citlivých a zneužívateľných informácií zo štátnej inštitúcie, ktorá nie je schopná zabezpečiť ani len aktualizáciu vlastnej webovej stránky, značne prevyšujú potenciálne prínosy z centralizovanej databázy. Na jej analyzovanie navyše nemá NCZI ani Ministerstvo zdravotníctva SR žiadne odborné kapacity, pôjde teda o byrokratizáciu celého procesu.

Kritizované ustanovenia sú navyše v rozpore čl. 16 ods. 1 a čl. 22 ods. 1 **Ústavy Slovenskej republiky**, čl. 8 **Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd** (č. 209/1992 Zb.), čl. 17 **Medzinárodného paktu o občianskych a politických právach** (č. 120/1976 Zb.).

Taktiež považujeme za nadbytočné zbierať na NCZI informácie, ktoré zbiera Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Takáto duplicita povedie len k ďalšej zbytočnej byrokratickej záťaži sektora.

Pre zodpovedné a koncepčné zavádzanie eHealth je potrebné prijať samostatný zákon, ktorý bude upravovať problematiku komplexne. Zákon by mal vzniknúť po rozsiahlej odbornej celospoločenskej diskusii, ktorá stanoví transparentný rámec pre eHealth vyzerajúci s vyriešením otázok autorizovanej komunikácie, bezpečnosti a zdieľateľnosti. Presadzovanie parciálnych a neodôvodnených zmien, ktoré predstavuje zásadné riziko pre slobodu jednotlivcov, považujeme za nebezpečné.

Č. 577/2004 Z. z. K návrhu novely zákona o rozsahu

Dôvodová správa k návrhu zákona sa obmedzuje na popis navrhovaných zmien inými slovami, avšak neuvádza žiadne vecné či analytické argumenty, pre ktoré sa jednotlivé legislatívne zmeny navrhujú.

PREVENTÍVNE PREHLIADKY

V návrhu zákona sa navrhuje rozšíriť rozsah preventívnych prehliadok, a to o klinicko-logopedickú prehliadku, o vykonanie dychového testu na *Helicobacter pylori* a gastroenterologickú prehliadku kolonoskopom. Rozširovanie prevencie však nesmie byť samoučelné a malo by viesť k nákladovej efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Včasný záchyt ochorení, ktorému by mali navrhované prehliadky slúžiť, je podľa platnej legislatívy v kompetencii všeobecného lekára (pre dospelých/pre deti a dorast). Nie je preto dôvod pre drahý plošný skrining u vybraných špecialistov.

• Klinická logopédia

Je povinnosťou všeobecného lekára pre deti a dorast zachytiť problematické dieťa, ktoré vyžaduje odbornú klinicko-logopedickú starostlivosť. Obsahom 11. preventívnej prehliadky v 3. roku veku dieťaťa je podľa platnej legislatívy (príloha č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z.) aj „*vyšetrenie reči, slovnej zásoby, vyšetrenie sluchu*“, pričom vyšetrenie sluchu je súčasťou prehliadky aj u 5-ročných detí (12. preventívna prehliadka).

Navrhovaný plošný skrining sa bude každý rok týkať vyše 100 000 detí. Klinickí logopédi, ktorých sú rádovo desiatky, tak budú vyťaženi suplovaním činnosti všeobecných lekárov pri odhadovaných dodatočných nákladoch 10 miliónov Sk ročne a spornom prínose: čas, ktorý venujú duplicitnému skriningu nebudú môcť venovať kvalitatívnej starostlivosti o skutočných pacientov.

• *Helicobacter pylori*

Zavedenie plošného skriningu v podobe dychového testu na zistenie *Helicobacter pylori* je medicínsky absolútne neodôvodniteľný návrh. 2/3 svetovej populácie je infikovaných touto baktériou, pričom drvivá väčšina infikovaných je po celý život asymptomatická. Pri nezanedbateľnej investícii sa pacienti nedozvedia nijakú relevantnú informáciu o svojom zdravotnom stave. Pozitívnosť testu totiž nie je indikáciou na antibiotickú liečbu. Liečba infekcie *H. pylori* sa odporúča len ako súčasť liečby peptického vredu, nie plošne. Úloha *H. pylori* pri etiopatogenéze ochorení tráviaceho traktu je dodnes predmetom výskumov, v niektorých prípadoch (gastroezofageálny reflux, rakovina

pažeráka) má infekcia podľa viacerých štúdií dokonca ochranný charakter. Plošné vyšetrenie považujeme za zbytočné mrhanie solidárnymi zdrojmi.

• Kolonoskopia

Podobne je plošná kolonoskopia neefektívnym používaním solidárných zdrojov (náklady nie sú v dôvodovej správe vyčíslené, odhadujeme ich na rádovo stovky miliónov korún ročne). Súčasťou preventívnych zdravotných prehliadok u všeobecných lekárov je každý druhý rok vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici u poistencov starších ako 50 rokov a u poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka.

Vo všeobecnosti vychádza tento test pozitívne u 1 až 5 % populácie, z ktorých 2 až 10 % majú rakovinu hrubého čreva. Kolonoskopia je teda podstatne efektívnejšie indikovaná v prípade pozitívneho testu na okultné krvácanie v stolici – a tento mechanizmus je dnes súčasťou prevencie hradenej z verejného zdravotného poistenia. Namiesto skriningu je ďaleko efektívnejšia depistáž a nevidíme dôvod na zmenu tohto nastavenia.

KATEGORIZÁCIA

Návrat konštrukcie zákona pred rok 2004 nepovažujeme za krok, ktorý by prospel efektívnej a racionálnej liekovej politike. Zlúčenie procesu kategorizácie s procesom zaraďovania/vyraďovania liekov do/zoznamu liekov presúva kategorizáciu opäť pod správne konanie.

Kategorizácia je jedným z dôležitých nástrojov zdravotnej politiky, ktorou sa reguluje použitie solidárných zdrojov. Takéto rozhodovanie je výsostným právom regulátora. Zariadením kategorizácie do režimu správneho konania sa otvára priestor jednému typu komerčných dodávateľov na priame ovplyvňovanie štátnej regulácie a zdravotnej politiky. Subjekty, ktoré profitujú zo solidárných zdrojov tak znova získajú priamy vplyv na nastavenie regulácie. Túto motiváciu pritom nevyrovnáva nijaká iná ekonomická protiváha (návrhom novely zákona č. 581/2004 Z. z. ministerstvo plánuje zakázať zisk zdravotným poisťovním, ktoré majú beztak menšinu v kategorizačnej komisii). Prečo možnosť zasahovať do kategorizácie v správnom konaní nemajú potom aj všetci daňoví a odvodoví poplatníci či pacienti?

Problematickým prvkom zlúčenia procesu kategorizácie s procesom tvorby zoznamu liekov je rozpor so zákonom č. 71/1967 Zb. o správnom konaní. Rozhodovanie v správnom konaní s ktorýmkoľvek žiadateľom o zaradenie/vyradenie/zmenu zaradenia liečiva a lieku sa totiž priamo dotýka aj ostatných

výrobcov, ktorých lieky sú zaradené do zoznamu liekov. Účastníkom konania je podľa §14 Správneho poriadku „ten, o koho právach, právom chránených záujmoch alebo povinnostiach sa má konať alebo koho práva, právom chránené záujmy alebo povinnosti môžu byť rozhodnutím priamo dotknuté.“ Znamená to, že pri každom konaní s konkrétnym výrobcom by mali byť účastníkmi konania jeho konkurenti, prinajmenšom výrobcovia rovnakej účinnej látky. Tento v praxi ťažko predstaviteľný postup nie je v návrhu zákona upravený – a v prípade jeho nedodržania sa nepostupuje v súlade s pravidlami transparentnosti (Smernica Rady Európskych spoločenstiev č. 89/105/EHS).

Spojenie pojmov *liek* a *liečivo* vedie ďalej vďaka nesprávnej aplikácii k logickým chybám. Ak sa napríklad skončí platnosť registrácie lieku, podľa navrhovaného § 17 ods. 3 zo zoznamu liekov vypadne nielen samotný liek, ale aj liečivo – teda i všetky generiká, hoci ich registrácia nemusela stratiť platnosť. Z návrhu zákona vyplýva podstatne viac podobných príkladov – ich neodladenie môže byť zneužívané a pri dôslednom dodržiavaní zákona môže zásadným spôsobom obmedziť dostupnosť liekov hradených z verejného zdravotného poistenia.

Návrh zákona ruší dosiaľ používanú metódu tzv. fast-tracku, ktorá umožňovala urýchliť zaradenie tých liekov, ktorých výrobcovia výrazne znížili cenu oproti konkurencii. Ak ministerstvo nebude mať zákonnú povinnosť zaradiť takýto liek do zoznamu liekov v zrýchlennom konaní, výrobcovia stratia motiváciu na výraznejšie znižovanie cien. Zníženie konkurenčného tlaku sa prejaví na rýchlejšom raste celkových výdavkov na lieky.

Rozšírenie možnosti odlišne kategorizovať liečivo v rôznych indikáciách (bod 9) má výhody i nevýhody. Dôvodová správa nepredkladá analýzu dopadov, a nedá sa jednoznačne posúdiť, či prevážia pozitíva alebo negatíva. Pozitívom môže byť napr. umožnenie čiastočnej úhrady z verejného zdravotného poistenia v prípade, ak pacient síce nespĺňa indikácie plnej úhrady, má však nárok na úhradu terapeutického substitútu. Negatívom môže byť motivácia k úprave stanovenej diagnózy, aby zodpovedala výhodnejšie uhrádzanej indikácii.

Medzi pozitívne zmeny, ktoré navrhujeme v návrhu zákona ponechať, patrí nahradenie pozitívneho zoznamu generickej substitúcie negatívnym zoznamom.

Č. 578/2004 Z. z. K návrhu novely zákona o poskytovateľoch

Najzásadnejšia zmena, ktorú prináša návrh zákona, je zrušenie povinnosti štátnych zdravotníckych zariadení transformovať sa na akciové spoločnosti. Kritický komentár k tomuto návrhu (*Koniec transformácie*) sme uverejnili v júlovom vydaní *Into Balance*.

Dôvodová správa tento krok neodôvodňuje. Ide pritom o zásadnú zmenu rozhodnutia o smerovaní slovenského zdravotníctva, ktorá by preto mala byť presvedčivo podložená odbornými argumentami. **Ministerstvo preto žiadame, aby dôvodovú**

OČKOVANIE

Návrh zákona priznáva Úradu verejného zdravotníctva SR kompetenciu stanovovať časť rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia (bod 6 - §11 ods. 2, bod 13, bod 52, bod 62). Úrad pritom neznáša dôsledky svojho rozhodovania a nie je ani limitovaný objemom disponibilných zdrojov. Rozhodovanie úradu nemá stanovené pravidlá a ako také je preto v rozpore so smernicou o transparentnosti č. 89/105/EHS. Nie je dôvod odchyliť sa v prípade očkovacích látok od doterajšieho mechanizmu kategorizácie a stanovovania rozsahu.

KÚPELE

Návrh presunu indikácií kúpeľnej starostlivosti do „vyššej“ kategórie úhrad z verejného zdravotného poistenia je síce na prvý pohľad v prospech občanov, ide však o dvojsečné opatrenie. Keďže zdravotné poisťovne nezískavajú na takto rozšírený rozsah hradenej starostlivosti dodatočné zdroje, výsledkom bude len presun finančných prostriedkov medzi jednotlivými typmi starostlivosti a indikáciami. To, čo získajú pacienti s takto zvýhodnenými indikáciami, o to prídu pacienti s inými ochoreniami alebo pacienti v iných typoch zdravotníckych zariadení.

Hlavným účelom zákona o rozsahu je stanovenie prioritných oblastí, ktoré majú byť hradené zo solidárnych zdrojov. Rozširovanie definovaného rozsahu vedie k rozriadeniu zdrojov a k útlmu financovania dôležitejších medicínskych algoritmov. Rozšírenie okruhu lekárov, ktorí môžu indikovať kúpeľnú starostlivosť o všeobecných lekároch vedie taktiež k relativizácii priorit. **Odporúčame preto prehodnotiť navrhovaný zoznam indikácií pre kúpeľnú starostlivosť a koncentrovať solidárne zdroje na skutočné spoločenské a medicínske priority.**

DOLOŽKA VPLYVOV

Doložka finančných, ekonomických, environmentálnych vplyvov a vplyvov na zamestnanosť v rozpore so skutočnosťou popiera finančné dopady návrhu zákona, ktoré podľa našich prepočtov dosahujú stovky miliónov korún. **Žiadame preto ministerstvo o vypracovanie a predloženie dopadovej analýzy návrhu zákona.**

správu doplnilo o ekonomicko-právnu analýzu, ktorá by podporila výhodnosť právnej formy štátnych príspevkových organizácií pred právnou formou akciových spoločností.

Zároveň sa nedomnievame, že zrušenie transformácie nebude mať finančné dopady alebo vplyvy na zamestnanosť a podnikateľské prostredie, ako to uvádza príslušná doložka. **Ministerstvo preto žiadame, aby dôvodovú správu doplnilo o odhad nákladov na takúto zmenu v reforme zdravotníctva.**

Č. 580/2004 Z. z. K návrhu novely zákona o zdravotnom poistení

Podľa dôvodovej správy má predložený návrh zákona ambíciu naplniť Programové vyhlásenie vlády SR v záväzku „zjednodušiť ročné zúčtovanie poistného“. Je pravdou, že pre časť poistencov, ktorým odpadne povinnosť podávať ročné zúčtovanie, sa tento inštitút naozaj „zjednoduší“. Pre všetkých ostatných (zamestnancov, živnostníkov,...), ktorí tvoria absolútnu väčšinu zúčtovateľov i platiteľov odvodov však zostáva ročné zúčtovanie nezmenené, a teda rovnako komplikované ako dosiaľ.

Na skutočné zjednodušenie ročného zúčtovania je potrebná zásadná novelizácia nielen zákona o zdravotnom poistení, ale i ďalších zákonov (o sociálnom poistení, o dani z príjmov, o správe dani a poplatkov), a to aj bez zmeny základnej filozofie „sociálneho zdravotného poistenia“, v ktorom je výška poistného závislá od výšky príjmu poistenca.

Je potrebné zjednotiť v prvom rade terminológiu medzi vyššie spomínanými zákonmi, zrušiť výnimky na platenie odvodov a následne:

1. **zjednodušiť byrokráciu** (zjednotením vymeriavacích základov pre daň z príjmu FO, sociálne a zdravotné odvody s následným jednotným výberom na daňových úradoch)
2. **zvýšiť mieru spravodlivosti solidárneho systému** (zrovnoprávniť príjmy - zaviesť odvodový neutralitu)

Návrh zákona obsahuje len kozmetické zmeny, ktoré v niektorých ohľadoch prehĺbujú rozdiely medzi odvodovým zatažením niektorých druhov príjmov. Zavedenie výnimiek z povinnosti platiť poistné (napr. vyňatie príjmov z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru) je motiváciou na legálnu optimalizáciu príjmov a prehĺbuje deformáciu dnešného systému.

č. 751/2004 Z. z. K návrhu nariadenia vlády o minimálnej sieti

Materiál má ambíciu zlepšiť normu o minimálnej sieti. Je pozitívne, že znižuje celkový počet lôžok v minimálnej sieti, keďže „zdravotnícka technika skrátila čas diagnostiky a liečby a umožnila presun jednoduchých výkonov do ambulantnej zložky a zmeny medicínskych algoritmov a ekonomická náročnosť technického zabezpečenia si vynútili reštrukturalizáciu nemocníc a typizáciu nemocničnej zdravotnej starostlivosti s redukciou fondu akútnych postelí.“^{*)}

Konkrétne čísla normatívu však trpia problémom nedôslednej metodiky, ignorujú rozdiely v zdravotných potrebách obyvateľstva, v niektorých prípadoch nelogicky centralizujú zdravotnú starostlivosť z regiónov do Bratislavy či rozširujú kapacity, ktoré nie sú ani dnes dostatočne využité. Tieto parametre navrhujeme prehodnotiť skôr, než by nevhodným nariadením vlády došlo buď k nežiaducemu zrušeniu niektorých lôžok alebo by sa naopak zrealizovali neefektívne investície do nových avšak nepotrebných kapacít. Predložený materiál kompromituje aj formálne chyby (nesprávne súčty riadkov a stĺpcov, **Tabuľka 1**).

Celú časť týkajúcu sa pevnej siete neodkladnej zdravotnej starostlivosti navrhujeme vypustiť. Navrhnutý koncept obsahuje viacero zásadných nejasností, vyžaduje vybudovanie podľa nášho názoru príliš hustej siete niektorých špecializácií, pričom efektivita takto vzniknutej siete neodkladnej starostlivosti je prinajmenšom sporná. Uvedený centralistický koncept stanovenia siete je navyše veľmi málo odolný voči neodborným tlakom, čo v konečnom dôsledku budú negatívne znášať pacienti, zdravotnícki pracovníci i daňovní poplatníci.

Súhlasíme s navrhovaným postupom stanovenia pevnej siete koncových nemocníc, je však nevyhnutné upresniť podrobnosti fungovania takejto siete – t. j. stanovenie hierarchie zdravotníckych zariadení, definovanie obsahu pojmu „koncová nemocnica“ v zákone, formulovanie povinnosti vlastníka takejto nemocnice zabezpečiť jej špičkové personálne a materiálnotechnické vybavenie a stanovenie rozsahu kontraktnej povinnosti poisťovní voči takýmto poskytovateľom.

Nie je známy dôvod, pre ktorý sa navrhuje nahradiť doterajší prístup k minimálnej sieti pevnou sieťou 44 pracovísk v 42

nemocniciach. Liberálny model, v ktorom o zmluvných poskytovateľoch rozhoduje zdravotná poisťovňa na základe vopred známych kritérií sa nahrádza centralistickým modelom, kde o zmluvných poskytovateľoch rozhoduje úradník na základe neznámych kritérií.

Ak je hlavnou motiváciou stanovenia pevnej siete garancia dostupnosti, tento problém sa dá riešiť rozšírením normatívu o parameter fyzickej dostupnosti v časových jednotkách. Na zabezpečenie dojazdového času slúži hustá sieť bodov záchranej zdravotnej starostlivosti, čo bol nevyhnutný predpoklad radikálnejšej redukcie nadbytočných lôžkových kapacít.

Ak je však hlavným dôvodom navrhovanej siete zabezpečenie dostupnosti, prečo sú do siete zaradené zariadenia v Levoči i Spišskej Novej Vsi, vzdialené od seba 10 km? Sú naozaj obe nemocnice potrebné v sieti garantujúcej dostupnosť neodkladnej starostlivosti?

Nastavenie siete záchranej zdravotnej starostlivosti umožňuje poskytnutie neodkladnej starostlivosti do 15 minút. Pre neodkladnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu, nastavenom zoznamom potrebných oddelení, je možné kalkulovať s hodinovou dojazdovou vzdialenosťou, čo umožňuje robiť väčšie „kružnice“ okolo nemocníc a vybrať tak podstatne menší počet zdravotníckych zariadení, do ktorých sa môžu efektívnejšie sústreďovať zdroje na budovanie centier neodkladnej starostlivosti.

Napríklad podľa neurologických štandardov je potrebné pri neodkladnej starostlivosti (NCMP) ukončiť diagnostiku a začať trombolytickú terapiu do 3 hodín. Z tohto pohľadu je navrhovaná sieť lôžkových neurológií príliš hustá. Zdroje, ktoré by sa mali použiť na vybudovanie týchto oddelení sa dajú využiť lepšie v prospech pacientov – napríklad skvalitnením vybavenia zostávajúcich neurologických oddelení.

Keďže zdroje na vykrytie vzniknutého investičného deficitu v jednotlivých lôžkových zariadeniach sú značne limitované, paralelný rozvoj príliš veľkého počtu nemocníc prinesie nižšie efekty ako rozvoj užšieho počtu strategických zariadení. Vývojovým trendom je koncentrácia multidisciplinárnej zdravotnej starostlivosti do územných nemocníc pre spád 100 000 – 500 000 obyvateľov,^{*)} čo pre územie Slovenska znamená potrebu cca 20 takýchto kľúčových nemocníc.

Tabuľka 1: Počet lôžok a minimálna sieť lôžkových zariadení

Kraj	Počet lôžok k 31.10.2006	Platné nariadenie vlády	Návrh Kamenský bez migrácie	Návrh Kamenský s migráciou	Súčasný návrh MZ
BA	5 487	4 818	3 445	5 630	4 878
BB	4 554	3 810	3 808	3 673	3 535
KE	5 872	5 069	4 406	4 596	4 246
NR	4 341	3 831	4 103	3 840	3 550
PO	6 297	5 863	4 543	4 309	4 154
TN	3 265	2 879	3 483	2 563	2 659
TT	2 733	2 285	3 169	2 372	2 329
ZA	4 256	3 663	3 982	3 928	3 824
SK	36 805	32 336	30 938	30 938	28 691
Kontrolný súčet*	36 805	32 218	30 938	30 911	29 175

Poznámky: Návrh Kamenský je návrh Ing. Kamenského z MZ SR z prelomu rokov 2006 a 2007. V jednom modeli tento návrh metodicky nesprávne zohľadňoval migráciu pacientov za zdravotnou starostlivosťou (viď *Into Balance* 1/2007 a 3/2007)

*.- kontrolný súčet je súčtom normatívov pre jednotlivé kraje; ak sa líši od normatívu pre celé Slovensko, je to výsledok nedôslednosti príslušných predkladateľov a spracovateľov

Zdroj: Health Policy Institute, 2007

*) VOLEKOVÁ, M.; Fond postelí v cieti nemocničných zariadení, *Into Balance* 7/2007, www.hpi.sk

Z navrhnutého prístupu definície pevnej siete uvedenej v prílohe 5 vyplýva mnoho nejasností, ktoré možno preukázať položením niektorých elementárnych otázok:

- Bude môcť prevádzkovateľ zavrieť nemocnicu, zaradenú do pevnej siete?
- Bude môcť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou resp. VÚC odňať povolenie zariadeniu v pevnej sieti?
- V akom rozsahu budú zdravotné poisťovne povinné uzatvárať s týmito zariadeniami zmluvy?
- Budú zdravotné poisťovne povinné uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi v pevnej sieti aj vtedy, ak títo nebudú spĺňať minimálne kritériá zdravotných poisťovní (kvalita a efektívnosť)?
- Aké finančné dopady bude mať vybudovanie oddelení, ktoré dnes tieto zariadenia nemajú a nariadenie vlády ich zaväzuje ich vybudovať do roku 2010? Kto bude tieto štátnou reguláciou indukované dodatočné náklady znášať?
- Bude obrát pacientov na takýchto novovybudovaných oddeleniach dostatočný, aby sa naplnili indikátory kvality a efektivity?
- Kto a akým sankciám bude čeliť, ak poskytovatelia tieto oddelenia do roku 2010 nevybudujú?

Zriaďovanie nových odborných oddelení v menších nemocniciach (napr. 7 nových neurológií) v situácii, keď existujúce oddelenia vo väčších zariadeniach majú problémy s personálnym a materiálnotechnickým vybavením zvyšuje neefektívnosť systému. **Vzácné zdroje je potrebné sústrediť na menší počet poskytovateľov, nie ich plošne riediť. Výhodu zvýšenej fyzickej dostupnosti preváži znižovanie kvality, ku ktorému bude takéto rozhodnutie viesť.**

Upozorňujeme, že podľa platných legislatívno-technických pravidiel nemôže vláda svojím nariadením ukladať povinnosti, ku ktorým nie splnomocnená zákonom. Konkrétne máme na mysli navrhované prechodné ustanovenie § 12a, podľa ktorého sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uvedení v prílohe č. 5, ktorí nemajú zriadené pracoviská podľa § 9 ods. 3, povinní zriadiť tieto pracoviská najneskôr do 1. januára 2010.

POLITICKÉ RIZIKÁ

Liberálny koncept minimálnej siete, v ktorej regulátor (ministerstvo) stanoví len normatívy a neurčuje konkrétnych poskytovateľov, je robustný. Konkrétnu organizáciu poskytovania zdravotnej starostlivosti dáva do rúk zdravotných poisťovní, ktoré disponujú ďaleko podrobnejšími a aktuálnejšími informáciami o sektore než ministerstvo zdravotníctva a taktiež priamo znášajú dôsledky svojich rozhodnutí.

Takýto koncept takisto umožňuje ministerstvu zdravotníctva nedostať sa pod korporatistický tlak sektora, ktorému z podstaty politiky nie je možné plnohodnotne odolať odbornou argumentáciou či apelom na zodpovednosť a efektívnosť narábania s verejnými zdrojmi. Ak ministerstvo preberie na seba kompetenciu určovať, kto bude v pevnej sieti, nikdy nebude schopné transparentne preukázať, že jeho rozhodnutie nebolo ovplyvnené inými než čisto odbornými kritériami.

Navyše štát ako stopercentný akcionár dvoch zdravotných poisťovní má možnosť uskutočniť redukciu siete aj bez určenia pevnej siete nemocníc v legislatívnej norme.

Centralistickým rozhodovaním, ktorí poskytovatelia majú garantované právo na zmluvu so zdravotnou poisťovňou sa ministerstvo zdravotníctva úplne zbytočne necháva vtiahnuť do konfrontácie so sektorom. Svedčia o tom petície občanov v rôznych kútoch Slovenska na zachovanie miestnej nemocnice; navrhnutá pevná sieť vytvára regionálnym politikom atraktívnu agendu.

Zavedenie pevnej siete nemocníc bude precedens, na ktorý sa budú zrejme odvolávať aj ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti – napr. ambulantní lekári, ktorí požadujú „mennú minimálnu sieť“. **Takéto stanovovanie minimálnej siete zhorší prístup poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na trh a zvýši podozrenia z klientelizmu a korupcie v štátnej správe a zníži konkurenciu medzi poskytovateľmi.**

KONCOVÉ NEMOCNICE

Slovenskému zdravotníctvu chýbajú jasné podmienky hierarchie zdravotníckych zariadení, navzájom zladené koncepcie jednotlivých odborov ako aj minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení. Stanovenie siete koncových nemocníc považujeme za dôležitý prvok pri budovaní kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nemôže však ísť o osamotený a z kontextu vytrhnutý krok. Koncové nemocnice by mali mať okrem svojej výsadnej pozície v hierarchii zdravotníckych zariadení i povinnosť byť skutočnými centrami excelentnosti, so stanovenými špičkovými personálnymi a MTZ kritériami, indikátormi kvality a efektivity, parametrami vedeckej a pedagogickej činnosti, porovnanie so zahraničím...).

Pojmu „koncová nemocnica“ však chýba definícia a vymedzenie jej postavenia, práv i povinností v zákone o poskytovateľoch. Odporúčame preto najprv upraviť zákon č. 578/2004 Z.z. a až následne premietnuť súvisiace zmeny do vykonávacích právnych predpisov.

K DOLOŽKE VPLYVOV

Nie je pravdou, že „návrh nariadenia vlády nezakladá zvýšené nároky na štátny rozpočet, rozpočty obcí alebo vyšších územných celkov; nemá finančný, ekonomický, environmentálny vplyv, vplyv na zamestnanosť a podnikateľské prostredie.“ Povinnosť nemocníc vybudovať oddelenia vymenované v bode 1 ods. (3) do 1. 1. 2010 bude predstavovať nároky na financovanie, ktorého vyčíslenie a ani krytie návrh nariadenia neobsahuje. Porovnanie oddelení v navrhovanej pevnej sieti s realitou pritom ukazuje, že **do 1. 1. 2010 bude potrebné vybudovať 65 plne personálne i materiálno-technicky vybavených oddelení (Tabuľka 2)!** Ak by zdroje na budovanie týchto oddelení mali pochádzať z verejného zdravotného poistenia, tieto potom budú chýbať na úhradu zdravotnej starostlivosti na iných oddeleniach a u iných poskytovateľov. Počet potrebných biochemických a hematologických laboratórií ako aj nových CT nevieme na základe dát NCZI odhadnúť, pôjde však o ďalšie indukované náklady.

Tabuľka 2: Zoznam oddelení, ktoré je potrebné vybudovať v pevnej sieti nemocníc

Oddelenie	Chýbajúci počet	Zoznam zariadení v pevnej sieti, ktoré musia oddelenie vybudovať do 1. 1. 2010
urgentný príjem	44	všetky
ortopédia alebo úrazová chirurgia	13	Malacky, Myjava, Dunajská Streda, Komárno, Zvolen, Žiar nad Hronom, Veľký Krtíš, Rimavská Sobota, Levoča, Spišská Nová Ves, Svidník, Humenné, Vranov nad Topľou
neurológia	7	Bratislava – Petržalka, Malacky, Piešťany, Myjava, Veľký Krtíš, Stará Ľubovňa, Svidník
neonatológia	1	Malacky

Zdroj: Health Policy Institute, 2007, na základe návrhu novely nariadenia vlády č. 751/2004 Z.z.

Inovatívne vzdelávanie zdravotníkov a manažérov v zdravotníctve

Spoločnosť **Health Management Academy** pripravila od septembra ojedinelý projekt nemedicínskeho vzdelávania lekárov a manažérov v zdravotníctve.

Zdravotníctvo je charakteristické premysleným systémom medicínskeho vzdelávania, avšak nemedicínske vzdelávanie je podcenené. Cieľom tohto projektu je preto doplniť chýbajúce možnosti vzdelávania nemedicínskeho charakteru, keďže systém zdravotníctva okrem hlavnej medicínskej funkcie pôsobí ako zložitý mechanizmus ekonomických, organizačných, právnych a ľudských vzťahov.

Health Management Academy spúšťa pre školský rok 2007/2008 dva vzdelávacie programy:

- vzdelávanie pre ambulantných lekárov
- vzdelávanie pre manažérov v zdravotníctve

VZDELÁVANIE PRE AMBULANTNÝCH LEKÁROV

Pre **ambulantných lekárov**, ktorí sú v dennodennom kontakte s pacientom, je pripravený vzdelávací program, ktorý im umožní počas krátkeho časového úseku získať ucelené praktické informácie o zdravotnej ekonomii, legislatívnom prostredí, zmluvných vzťahoch s poisťovňami a vytváraní hodnoty pre pacienta.

Vzdelávací program sa skladá z troch samostatných modulov:

Úvod do ekonomie a zdravotná ekonomia

– v rámci tohto modulu získajú účastníci základné informácie o ekonomii, ekonomických súvislostiach fungovania systému zdravotníctva, o základných metódach vyhodnocovania lekárskeho postupu a prehľad o cieľoch a nástrojoch zdravotnej politiky.

Legislatívny rámec a zmluvy – tento modul poskytne účastníkom prehľad v komplikovanom systéme platných

zákonov, nariadení vlády, vyhlášok a metodických usmernení týkajúcich sa práce ambulantného lekára a súčasne rozoberie zmluvné vzťahy medzi ambulantným lekárom a poisťovňou – štruktúru zmluvy, obsah a jej riziká.



Základy marketingu a tvorba hodnoty pre pacienta

– účastníci budú oboznámení s výsledkami najrozsiahlejšieho slovenského socio-ekonomického prieskumu *Slovenský spotrebiteľ* zameraného na zdravotníctvo a pripravovaného spoločnosťou *Publicis-Knut*. Zároveň bude vysvetlená dôležitá funkcia marketingu ako nástroja pre poskytovanie vysokej hodnoty pre pacienta. Súčasťou modulu bude skutočná prípadová štúdia marketingu ambulantného lekára vrátane finančného rozpočtu a reálnych výsledkov.

Účastnícky poplatok je 5 000,-Sk + DPH.

Vzdelávanie ambulantných lekárov bude prebiehať v mestách a termínoch uvedených v nasledujúcej **Tabuľke 1**:

Tabuľka 1: Miesta a termíny vzdelávacích modulov pre ambulantných lekárov

Mesto	Modul	Termín
Košice	1. Ekonomia a zdravotná politika	29. 09. 2007
	2. Legislatíva, právny systém a zmluvy	03. 11. 2007
	3. Hodnota pre pacienta a marketing	01. 12. 2007
Bratislava	1. Ekonomia a zdravotná politika	13. 10. 2007
	2. Legislatíva, právny systém a zmluvy	10. 11. 2007
	3. Hodnota pre pacienta a marketing	08. 12. 2007
Žilina	1. Ekonomia a zdravotná politika	26. 01. 2008
	2. Legislatíva, právny systém a zmluvy	23. 02. 2008
	3. Hodnota pre pacienta a marketing	29. 03. 2008
Banská Bystrica	1. Ekonomia a zdravotná politika	26. 04. 2008
	2. Legislatíva, právny systém a zmluvy	24. 05. 2008
	3. Hodnota pre pacienta a marketing	21. 06. 2008

Pre **stredný a vyšší manažment** je pripravený ucelený rozsiahly vzdelávací program zameraný na komplexné znalosti o fungovaní systému zdravotníctva, najmä jeho ekonomických súvislosti a súčasne na rozvoj manažérskych zručností účelovo zameraných na sektor zdravotníctva.

Vzdelávací program sa skladá z desiatich modulov:

1. Úvod, metodika, ciele a nástroje zdravotnej politiky, ekonomika zdravotníctva
2. Úvod do manažmentu a etika v zdravotníctve
3. Systém financovania zdravotníctva a kompenzácia rizikovej štruktúry poisťencov
4. Platobné mechanizmy a regulácia zdravotníctva
5. Finančný manažment a informačné systémy v zdravotníctve
6. Organizácia systému zdravotníctva
7. Vodcovstvo a personálny manažment
8. Strategický manažment
9. Marketing a komunikácia v zdravotníctve
10. Medzinárodné porovnanie systémov zdravotníctva a slovenský systém zdravotníctva v kontexte cieľov a nástrojov zdravotnej politiky

Program je určený tým manažérom pôsobiacim v sektore zdravotníctva, ktorí pri svojom rozhodovaní potrebujú komplexné znalosti o fungovaní systému, nesú zodpovednosť za rozhodnutia o významných objemoch finančných prostriedkov, manažujú a názorovo ovplyvňujú ďalšiu skupinu pracovníkov.

Prínosom vzdelávania je poskytnutie informácií moderným spôsobom využitím názorných prezentácií, prípadových štúdií, príkladov, e-learningu a prednáškami hostí z praxe. Veľký dôraz sa bude klásť na riešenie problémov a diskusiu medzi prednášajúcimi a účastníkmi ale aj medzi účastníkmi samotnými, ktorej prínosom bude vzájomná výmena skúseností.

Každý modul sa vyučuje dva dni, pričom na mieste vzdelávania bude pre účastníkov zabezpečená strava a ubytovanie v Piešťanoch. Vzdelávanie stredného a vyššieho manažmentu bude prebiehať v termínoch uvedených v **Tabuľke 2**.

Účastnícky poplatok je 80 000,-Sk + DPH.

Podrobnejšie informácie o oboch vzdelávacích programoch a prihlášky na vzdelávanie nájdete na **www.hma.sk**.

JANKA ČERVENÁKOVÁ

Tabuľka 2: Termíny vzdelávania stredného a vyššieho manažmentu v Piešťanoch

Termín	Modul
4.10.2007 5.10.2007	1. Úvod, metodika, ciele a nástroje zdravotnej politiky, ekonomika zdravotníctva
8.11.2007 9.11.2007	2. Úvod do manažmentu a etika v zdravotníctve
6.12.2007 7.12.2007	3. Systém financovania zdravotníctva a kompenzácia rizikovej štruktúry poisťencov
26.6.2008 11.1.2008	4. Platobné mechanizmy a regulácia zdravotníctva
7.2.2008 8.2.2008	5. Finančný manažment a informačné systémy v zdravotníctve
6.3.2008 7.3.2008	6. Organizácia systému zdravotníctva
3.4.2008 4.4.2008	7. Vodcovstvo a personálny manažment
24.4.2008 25.4.2008	8. Strategický manažment
29.5.2008 30.5.2008	9. Marketing a komunikácia v zdravotníctve
26.6.2008 27.6.2008	10. Medzinárodné porovnanie systémov zdravotníctva a slovenský systém zdravotníctva v kontexte cieľov a nástrojov zdravotnej politiky

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako *.pdf súbor) si môžete bezplatne objednať na e-mailovej adrese **hpi@hpi.sk**, kde radi prijímame aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

Newsletter vychádza v slovenskej i anglickej jazykovej mutácii.

Na stránke www.hpi.sk/rss-sk.xml si môžete zapísať **RSS feed** správ publikovaných na **www.hpi.sk**.