

Meníme tvar, nie tvár

Milí čitatelia, dvojčíslo 11-12/2008 newslettera *Into Balance* je posledným, ktoré vychádza ako mesačník a v súčasnej grafickej podobe. Tolko zlá správa – a teraz tá dobrá: namiesto jedného mesačníka v podobe časopisu budeme pripravovať dva nové typy pravidelných informačných zdrojov.

- Newsletter v podobe e-mailového upozornenia na nové články a analýzy**, ktoré Health Policy Institute zverejňuje na svojej webovej stránke, doplnené odkazmi na ďalšie zaujímavé články na internete. Frekvencia newslettera by mala byť vyššia než raz mesačne – dúfame, že sa nám podarí nabehnúť na dvojtýždňovú periodicitu. Anglická verzia newslettera bude obsahovať len anotácie jednotlivých článkov. V prípade záujmu sme schopní zabezpečiť ich preklad do angličtiny.
- Štvrťročník Into Balance, elektronický ako aj tlačený zborník analýz a komentárov.**

Zmeny v newsletteri nie sú izolované: nadväzujú na pripravovanú zmenu internetovej stránky www.hpi.sk a na facelifting loga HPI, ktorého novú verziu si môžete pozrieť na našom novoročnom prianí (viď nižšie). Na webe a v našich materiáloch sa *štvorcové* logo namiesto *obdĺžnikového* objaví v prvých mesiacoch roku 2009.

Veríme, že nám zanecháte čitateľskú priazeň aj v novom roku. Prijemné čítanie newslettera Vám želá

TOMÁŠ SZALAY

Trh práce: veľký skok pred nárazom

V makroekonomickom komentári označuje **Karol Morvay** údaje o trhu práce za tretí štvrtrok 2008 za posledné optimistické údaje pred plným prejavom sa ekonomickej recesie

Európska zdravotná poisťovňa: zlyhanie regulátora

Peter Pažitný popisuje nečinnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri zániku EZP. Pažitný tiež komentuje nejasnosti okolo výdavkov EZP na prevádzkové činnosti vo vzťahu na limit správneho fondu.

Zdravotníctvo v roku 2008

Stručný súhrn udalostí roka. Až na výmenu ministra nedošlo k žiadnej zásadnej zmene: pokračovalo posilňovanie postavenia štátu rovnako ako rástol dlh. Pozitívom je zavedenie degresívnej marže na lieky; takisto je dobré, že po dvoch rokoch nečinnosti sa na ministerstve začínajú pripravovať potrebné „technické“ normy.

Minimálna sieť: odklon od programového vyhlásenia vlády

Tomáš Szalay prepočítal schválenú novú minimálnu sieť: normatív pre lekárov prvého kontaktu bol zredukovaný o 20 %, koncept pevnej a koncovej siete by bolo najlepšie opustiť a normatív LSPP prinesie veľa nejasností.

Zlúčenie VŠZP a SZP? Až keď financie zvíťazia nad byrokraciou

Ministerstvo zdravotníctva pripravilo analýzu zlúčenia VŠZP a SZP. Z materiálu je zrejmé, že ministerským úradníkom sa do zlučovania nechce, obávajú sa rôznych problémov počas procesu zlučovania. Pritom riešenie je podľa **Petra Pažitného** jednoduché: namiesto zlučovania zvoliť techniku prevodu poisťného kmeňa.

Predsudky, voliči, novinári. A čo s tým má zdravotníctvo?

Uverejňujeme ďalšiu zo záverečných prác prvého ročníka Health Management Academy od **Zuzany Horníkovej**.

Maďarsko: Zdravotná politika v kríze

Nielenže na Maďarsko dolieha kríza. Na budúci rok bude Fond zdravotného poistenia deficitný, píše **K. Orbán**.



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



P. F. 2009

1. októbra schválila vláda návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach. Podľa nej by vláda mala schvaľovať rozpočty súkromných zdravotných poisťovní.

MONITORING OKTÓBER 2008

1. októbra vzala vláda na vedomie informáciu o vývoji pohľadávok Sociálnej poisťovne. Celkový objem pohľadávok SP voči zdravotníckym zariadeniam dosiahol k polroku 2008 1,104 mld. Sk (36,65 mil. €), čo predstavuje medziročný nárast o 20 mil. Sk (663,9 tis. €).

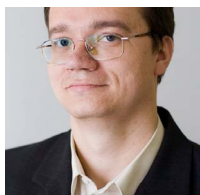
6. októbra začal Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou správne konanie voči ZP Union za porušenie zákona o zdravotných poisťovniach. Ako uviedla hovorkyňa poisťovne, ZP Union zákon neporušila, dodržiava platobnú schopnosť a svoje záväzky vrátane platieb poskytovateľom zdravotnej starostlivosti hradí načas.

9. októbra predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania novelu vyhlášky o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach.

10. októbra predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh novely zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

21. októbra informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že vydal rozhodnutie o bezodplatnom prevode poisťencov Európskej zdravotnej poisťovne, ktorá sa nachádza v likvidácii, do štátnej Spoločnej zdravotnej poisťovne a to k 1. januáru 2009.

Trh práce: Veľký skok pred nárazom



Štatistický úrad ponúkol údaje o trhu práce za tretí štvrťrok 2008. Ide o veľmi priaznivé hodnoty. Pravdepodobne však ide o posledné optimistické údaje pred plným prejavom sa ekonomickej recesie (tá sa prvýkrát odzrkadlí v údajoch za štvrtý kvartál, ešte výraznejšie potom v údajoch za rok 2009).

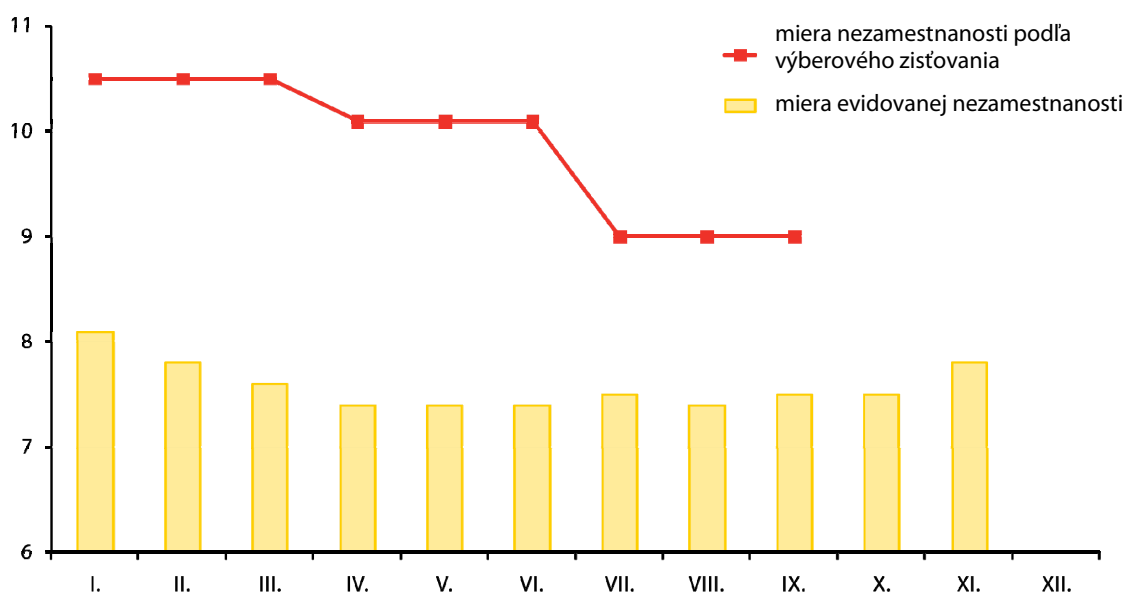
Podľa výberového zisťovania pracovných síl klesla v treťom štvrťroku miera nezamestnanosti na 9 % (**Graf 1**). Je to o 2,2 percentuálneho bodu menej ako v rovnakom štvrťroku predchádzajúceho roka (11,2 %). Potiaľto je táto správa veľmi priaznivá. Tieň recesie vidno, ak tento údaj konfrontujeme s údajmi úradov práce o tzv. evidovanej nezamestnanosti. Tieto údaje sú totiž k dispozícii už aj za október a november 2008. A tu už vidno **zastavenie medziročného poklesu miery nezamestnanosti**. Hlavne v prvej polovici roka bola miera evidovanej nezamestnanosti výrazne nižšia ako v rovnakých mesiacoch predchádzajúceho roka. Ale v novembri 2008 dosahuje miera evidovanej nezamestnanosti tých istých 7,8 % ako v novembri 2007. Pritom sa uzatvára medzera medzi mierou nezamestnanosti podľa výberového zisťovania a mierou evidovanej nezamestnanosti. Znamená to ústup kategórie osôb, ktoré v dotazníkovom prieskume (teda vo výberovom zisťovaní) uvádzajú, že sú bez práce, pritom úrady práce ich neevídujú medzi uchádzačmi o zamestnanie.

Na prvý pohľad by sa mohlo zdať, že novembrová miera evidovanej nezamestnanosti 7,8 %

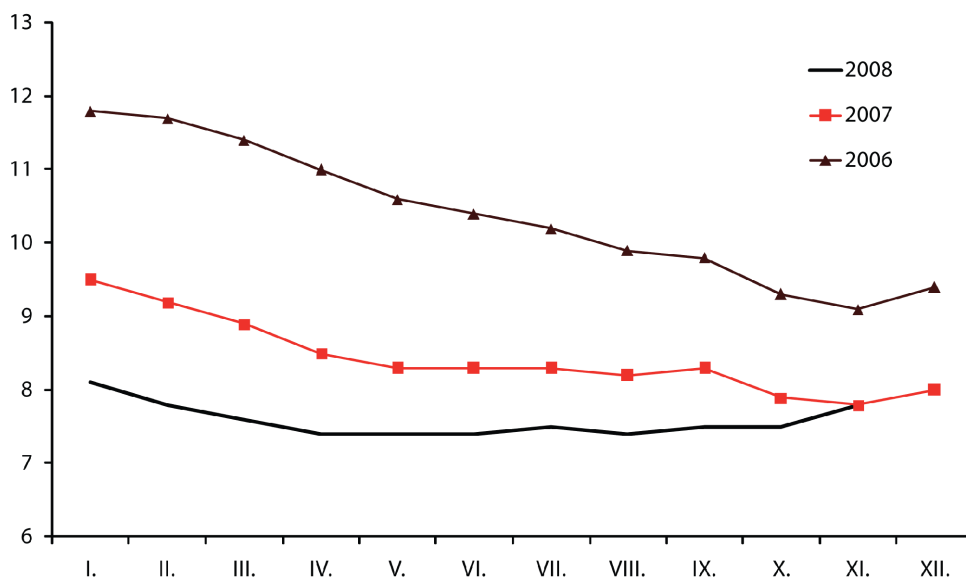
je na dlhodobé slovenské pomery veľmi dobrým výsledkom a že tu žiadny prejav recesie ešte nevidno. Ale prvý nenápadný prejav recesie je prítomný dokonca už v údajoch za október (**Graf 2**). V rokoch 2006 a 2007 (ale aj vždy predtým) bol október mesiacom výrazného sezónneho poklesu miery nezamestnanosti. V októbri 2008 sa tak už nestalo. Medziročná diferenciacia sa zmenšila: kým v januári a februári sme mohli konštatovať medziročný pokles miery nezamestnanosti o 1,4 percentuálneho bodu, v októbri už len o 0,4 bodu a v novembri už medziročný pokles miery nezamestnanosti absentuje. Spomalenie v ústupe nezamestnanosti sa očakávalo aj pred prejavom sa krízy (čím nižšia miera nezamestnanosti, o to ťažšie sa dosahuje ďalšie zníženie), ale tento výsledok sa aj tak vymyká trendom.

V ďalších mesiacoch očakávame skomplikovanie situácie so stagnáciou miery nezamestnanosti alebo aj s jej rastom (zatiaľ predpokladáme mieru nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl v roku 2009 na úrovni tesne okolo 10 %). Tendencia poklesu miery nezamestnanosti, ktorá je prítomná od roku 2002, sa veľmi pravdepodobne naruší.

Graf 1: Miera nezamestnanosti v roku 2008 podľa mesiacov (v %)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 2: Miera evidovanej nezamestnanosti podľa mesiacov (v %)

Zdroj: Štatistický úrad SR

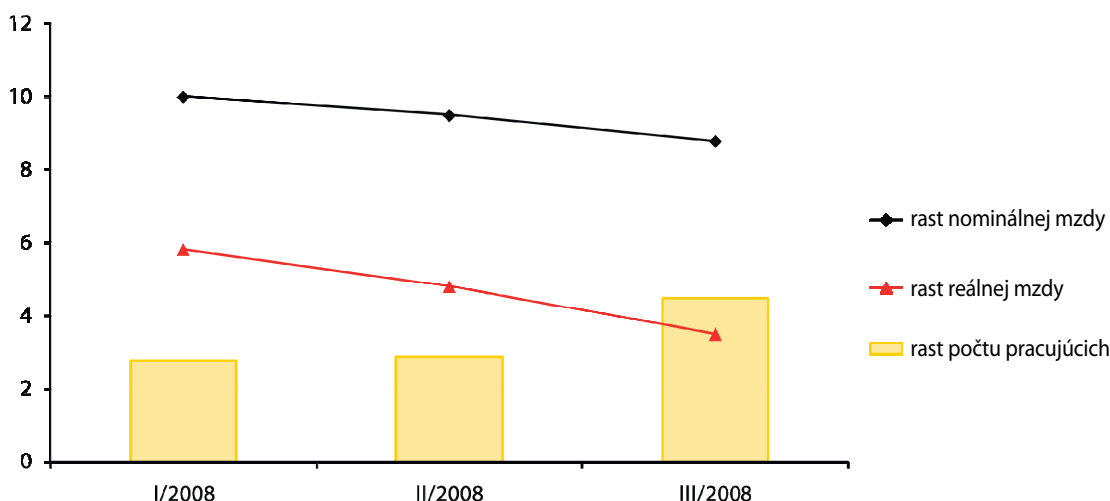
Veľmi priaznivý vývoj miery nezamestnanosti v treťom štvrtroku bol spojený s neobvyklým medziročným nárastom počtu pracujúcich. Počet pracujúcich sa medziročne zvýšil o 4,5 %, čo je na pomery slovenského trhu práce priam šokujúca hodnota. Pravdepodobne však ide o reakciu na dlhodobo veľmi vysoké tempo rastu HDP. Podľa minulých skúseností zamestnanosť reaguje na dynamiku HDP s časovými oneskoreniami. Predbežne prijímame hypotézu, že tento efekt sa prejavil aj v treťom štvrtroku 2008. Podobne ako v minulosti, aj teraz zohrala rolu expanzia počtu podnikateľov. V celkovej mase pracujúcich sa počet zamestnancov zvýšil v treťom štvrtroku „len“ o 3,6 % (aj to je mimoriadne priaznivý údaj), počet podnikateľov však expandoval tempom 12,1 %. **Pokračuje tak štruktúrna zmena v počte pracujúcich: narastá podiel podnikateľov a klesá podiel zamestnancov.** Ťažko voči tejto štruktúrnej zmene namietajú, je

to dôsledok odvodovej politiky a celkovej regulácie trhu práce. Nie je však v súlade so zámermi súčasnej vlády.

V treťom štvrtroku sa mierne spomalil rast priemernej mzdy. Priemerná mesačná hrubá mzda dosiahla 21 226 Sk (705 €), čo je o 8,8 % viac ako v rovnakom štvrtroku 2007. Keďže tempo rastu nominálnej mzdy v roku 2008 mierne klesalo (**Graf 3**) a miera inflácie mierne narastala, musel sa nutne spomaliť rast reálnej mzdy. Jej rast dosiahol v treťom štvrtroku hodnotu 3,5% (v prvom štvrtroku ešte 5,8 %). Aj táto hodnota je však ešte priaznivá.

Po týchto priaznivých hodnotách možno očakávať zásadnú zmenu tendencií v dôsledku globálnej recesie (pri ktorej ešte neberieme do úvahy možnú energetickú krízu). Pre rok 2009 očakávame približne nulový rast počtu pracujúcich.

KAROL MORVAY

Graf 3: Medziročný rast počtu pracujúcich a rast priemernej mzdy (v %)

Zdroj: Štatistický úrad SR

6. novembra zverejnil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou definitívne čísla prestupov poistencov medzi zdravotnými poisťovňami k 1. januáru 2009. Pre zmenu zdravotnej poisťovne sa rozhodlo celkovo 178 916 poistencov.

MONITORING NOVEMBER 2008

12. novembra vzala vláda na vedomie návrh riešenia stavu investície bratislavskej nemocnice Rázsochy, ktorý vypracovalo ministerstvo zdravotníctva. Rázsochy teda čaká projektový, medicínsky a technický audit, ktorého záverom by mal byť projekt zariadenia, ktoré by poskytovalo ústavnú zdravotnú starostlivosť vo viacerých medicínskych odboroch a súčasne by zohľadňovalo aj požiadavku zabezpečenia výučby poslucháčov medicíny a ošetrovateľstva.

25. novembra rozhodlo ministerstvo zdravotníctva, že návrh nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pôjde na rokovanie vlády. Ministerstvo sa tak rozhodlo aj napriek tomu, že odborári a zamestnávateľia uvedený materiál neodporučili prijať.

25. novembra schválil parlament novelu zákona o zdravotných poisťovniach bez sporného ustanovenia o schvaľovaní rozpočtov zdravotných poisťovní vládou. Štát bude od nového roka platiť odvody za svojich poistencov vo výške 4,9 % z priemernej mzdy.

27. novembra zverejnilo ministerstvo zdravotníctva návrh nových indikátorov kvality.

Európska ZP: zlyhanie regulátora

5. decembra predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania projekt zlúčenia dvoch štátnych poisťovní - Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne. Rezort pritom v materiáli tvrdí, že by sa týmto krokom zefektívnil a stabilizoval celý systém verejného zdravotného poistenia, zároveň však priznáva, že by bol náročný a nepriniesol by finančný efekt a teda ho neodporúča. Viac o téme zlúčenia VŠZP a SZP nájdete na str. 11.

MONITORING DECEMBER 2008

11. decembra informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že ročné zúčtovanie zdravotného poistenia za rok 2007 by malo podľa predbežných výsledkov prinesť do verejného zdravotného poistenia približne 900 mil. Sk.

17. decembra schválila vláda nové nariadenie o verejnej minimálnej sieti. Ministerstvo zdravotníctva v ňom stanovilo pevnú sieť ako zhluk 37 okresov a koncovú sieť, ktorá obsahuje okrem štátnych zariadení aj jedno súkromné: Onkologický ústav sv. Alžbety. Viac o novej minimálnej sieti nájdete na str. 7.

23. decembra informovalo ministerstvo zdravotníctva, že systém odporúčacích lístkov od všeobecného lekára, ktoré potrebujú pacienti pri návšteve špecialistov ostane zachovaný. V budúcom roku by však mali byť zavedené určité výnimky, napríklad u vyššetrení u očného lekára pri predpisovaní okuliarov, u psychiára a pri následnej zdravotnej starostlivosti u špecialistu.

Fakty zo Správy ÚDZS a z výročnej správy EZP za rok 2007

EZP podľa Správy úradu dosiahla hospodársky výsledok (HV) -234 mil. Sk, čo podľa úradu predstavuje 66 % vlastného imania (VI).

Úrad vyčíslil vlastné imanie poisťovne na 354 mil. Sk, avšak výročná správa EZP jasne hovorí, že vlastné imanie bolo 120 mil. Sk. Domnievame sa, že **úrad zle vyčíslil vlastné imanie.**

Ak je však VI len 120 mil. Sk a HV bolo -234 mil. Sk (údaje zo Správy úradu a výročnej správy EZP sú zhodné), tak podiel HV na VI dosiahol -195% VI.

K 31.12.2007 tak bola výška VI 120 mil. Sk a výška základného imania 100 mil. Sk.

K 31.12.2007 bolo VI len 120 mil. Sk a záväzky voči poskytovateľom k tomu istému dátumu 167 mil. Sk (údaj zhodný v oboch dokumentoch).

EZP mala v roku 2007 celkovo 71 103 poistencov, pričom v obchodno-finančnom pláne ráatala s počtom poistencov 200 000. Plán sa naplnil na 35,55% (zdroj: výročná správa EZP za rok 2007).

Túto informáciu však ÚDZS mal už v priebehu roku 2007, lebo spravuje centrálny register poistencov.

EZP plánovala v roku príjmy z výberu poistného na úrovni 1,23 mld. Sk, pričom skutočnosť bola 0,73 mld. Sk (nahodnotenie o 68%!).

EZP plánovala výdavky 1,23 mld. Sk a skutočnosť bola 0,97 mld. Sk (nahodnotenie o 26%!).

Kľúčovým argumentom ÚDZS na to, že nezaviedol nútenú správu je, že na to nemal zákonný dôvod. Toto tvrdenie nie je pravdivé. Úrad argumentuje, že je povinný nútenú správu zaviesť len vtedy, ak poisťovňa neplní platobnú schopnosť počas troch za sebou nasledujúcich mesiacov. Podľa § 52 ods. 3 však úrad môže zaviesť nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou, **ak zdravotná poisťovňa**

Čo hovorí zákon č. 581/2004 Z. z.

§ 39, ods. 2, písm. b)
Úrad môže zrušiť povolenie, ak zdravotná poisťovňa dosiahla stratu prevyšujúcu 50 % vlastného imania v jednom kalendárnom roku.

§ 51, ods. 1 písm. a)
Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie ozdravný plán, ak vzniknutá situácia môže ohroziť schopnosť zdravotnej poisťovne plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia.

§ 51, ods. 1 písm. a)
Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie ozdravný plán, ak zdravotná poisťovňa závažným spôsobom neplní schválený obchodno-finančný plán.

§ 51, ods. 1 písm. a)
Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie ozdravný plán, ak zdravotná poisťovňa závažným spôsobom neplní schválený obchodno-finančný plán.

Čo urobil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Nič, čakal čo sa bude diať

Argument, že úrad čakal na konečné účtovné výkazy a výrok audítora (27. 6. 2008) neobstoja.

Úrad mal po získaní údajov z predbežnej účtovnej závierky vykonať dohľad na mieste a po potvrdení údajov mal zrušiť ZP povolenie.

Ak nekonal v dôsledku zlého výpočtu podielu HV na VI, tak je to výsledok nedostatočnej odbornej kapacity úradu.

Nič, čakal čo sa bude diať

Argument o znižovaní záväzkov zo 167 mil. Sk na 134 mil. Sk neobstojí, lebo 134 mil. Sk je stále viac ako 120 mil. Sk.

Argument o zdĺhavom procese ozdravného plánu je zo strany úradu účelový. Lehoty totiž určuje úrad samotný a následne má na schválenie 10 dní. Celé sa to teda dá spracovať menej ako 10 dní.

Nič, čakal čo sa bude diať

Úrad zrejme nedostatočne kontroloval, čo má EZP napísané v obchodno-finančnom pláne.

Nič, čakal čo sa bude diať

Úrad zrejme nedostatočne kontroloval, čo má EZP napísané v obchodno-finančnom pláne.

nesplnila opatrenia ozdravného plánu podľa § 51 alebo úrad ozdravný plán zamietol.

Ak by teda úrad postupoval profesionálne, tak nútenú správu zaviesť mohol a to dokonca veľmi rýchlo tak, že by EZP dal vypracovať ozdravný plán do 7 dní, ktorý by nasledujúci deň odmietol a v ten istý deň mohol zaviesť nútenú správu. Postupoval by zákonne podľa § 52 ods. 3 zákona 581/2004.

PETER PAŽITNÝ

EZP dosiahla stratu vyššiu ako 50 % vlastného imania (dokonca -196 % VI a nie -66 % VI ako tvrdí úrad)

Úrad môže **zrušiť povolenie**, ak zdravotná poisťovňa dosiahla stratu prevyšujúcu 50 % vlastného imania v jednom kalendárnom roku.

EZP závažným spôsobom neplní obchodno-finančný plán

(výrazne nižšie počty poistencov – len 36 % plánu, nadhodnotenie príjmov o 68 %! a výdavkov o 26 %)

Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie **ozdravný plán**, ak zdravotná poisťovňa závažným spôsobom neplní schválený obchodno-finančný plán ... a vzniknutá situácia môže ohroziť schopnosť zdravotnej poisťovne plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia.

Predstavenstvo a DR schvália ozdravný plán a predložia ho úradu v lehote ním určenej (napr. 7 dní).

Úrad je povinný do 10 dní od doručenia ozdravného plánu ozdravný plán schváliť alebo zamietnuť (ale môže to rozhodnúť za 1 deň).

Situácia ohrozuje schopnosť ZP plniť záväzky

(VI je 120 mil. Sk a záväzky voči poskytovateľom k tomuto istému dátumu sú 167 mil. Sk.)

Úrad **môže zaviesť nútenú správu** nad zdravotnou poisťovňou, ak zdravotná poisťovňa nespĺnila opatrenia ozdravného plánu podľa § 51 alebo úrad ozdravný plán zamietol, alebo ak nedostatky v činnosti zdravotnej poisťovne ohrozujú bezpečné fungovanie verejného zdravotného poistenia a akcionári zdravotnej poisťovne neurobili potrebné kroky na ich odstránenie.

7. októbra schválili sereďskí poslanci predaj 100 % podielu Mestskej polikliniky Sereď, s.r.o. firme ProCare za 16 miliónov korún (531 103 €).

BIZNIS MONITORING 4Q 2008

13. októbra informovala zdravotná poisťovňa Dôvera, že k polroku 2008 hospodárila so ziskom 369,4 mil. Sk (12,26 mil. €). Za 6 mesiacov dosiahli výnosy 8,423 mld. Sk (279,6 mil. €) a náklady 8,053 mld. Sk (267,3 mil. €).

2. decembra bola zverejnená informácia, že ZP Dôvera sa rozhodla znížiť svoje základné imanie o 1,9 mld. Sk (63,07 mil. €). Dôvodom pre tento krok sú podľa vyjadrení riaditeľa ZP zmeny v legislatíve.

5. decembra predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh na zvýšenie základného imania Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb o 400 mil. Sk (13,28 mil. €), na ktoré odhaduje náklady na výstavbu pavilónu detského kardiocentra.

11. decembra bola zverejnená informácia o víťazovi súťaže vypísanej ministerstvom zdravotníctva. Procesný a organizačný audit v 40 organizáciách v pôsobnosti ministerstva, vykoná spoločnosť Centire, s.r.o. za vyše 15,4 mil. Sk (511,2 tis. €) bez DPH.

19. decembra nadobudlo právoplatnosť rozhodnutie Protimonopolného úradu SR, ktorým schválil predaj minoritného podielu skupiny Penta Investments v spoločnosti Falck Záchraná, a.s. jej väčštinovému vlastníčkovi, firme Falck SK, ktorý je ovládaný materskou spoločnosťou Falck Danmark A/S.

EZP a výdavky na prevádzkové činnosti

• FAKT Č. 1

Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotných poisťovní reguluje § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. Podľa tohto ustanovenia môže zdravotná poisťovňa v príslušnom kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti výdavky najviac do výšky 3,5 % z úhrnu poistného pred prerozdelením poistného za príslušný kalendárny rok, ktorým sa rozumie súčet preddavkov na poistné splatných v príslušnom kalendárnom roku, nedoplatkov z ročného zúčtovania poistného splatných v príslušnom kalendárnom roku a úrokov z omeškania splatných v príslušnom kalendárnom roku znížený o preplatky z ročného zúčtovania poistného splatné v príslušnom kalendárnom roku.

• FAKT Č. 2

Podľa výročnej správy EZP za rok 2007 dosiahli jej výdavky na prevádzku a správu v roku 2007 výšku 260 mil. Sk, čo predstavuje 35 % z poistného pred prerozdelením (736 mil. Sk). Táto suma mnohonásobne prevyšuje povolený limit.

• FAKT Č. 3

Akcionár EZP vytvoril v priebehu roka 2007 formou vkladu mimo základného imania ostatné kapitálové fondy zdravotnej poisťovne vo výške 291 mil. Sk s cieľom zachovať minimálnu platobnú schopnosť a posilniť vlastné imanie zdravotnej poisťovne. Vklady akcionára boli vo výške 203 mil. Sk.

• VÝKLAD ZÁKONA NIE JE JEDNOZNAČNÝ

Ustanovenie § 6a ods. 5 dnes umožňuje vykrytý vzniknutý rozdiel medzi zákonným limitom a skutočnou výškou prevádzkových výdavkov:

1. zdrojmi získanými za predaj nepotrebného majetku (písm. b) alebo
2. úsporou prevádzkových výdavkov v minulých obdobiach (písm. c).

Nejednoznačný je však výklad použitia vlastných zdrojov zdravotnej poisťovne podľa § 6a ods. 5 písm. a). Ustanovenia § 6a odseky 1 až 4 sa totiž nevzťahujú na použitie vlastných zdrojov zdravotnej poisťovne ako takých, ale len pri zabezpečení minimálnej miery platobnej schopnosti. Miešanie obmedzenia prevádzkových výdavkov s dodržiavaním minimálnej miery platobnej schopnosti vnáša do uvedenej problematiky zmätok.

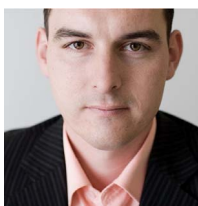
• ZÁVER

Podľa nás práve táto nejednoznačnosť ods. 5 písm. a) dnes **nepriamo** umožňuje použitie vlastných zdrojov zdravotnej poisťovne na úhradu tej časti prevádzkových výdavkov, ktorá prevyšuje zákonom stanovený limit.

Zdravotná poisťovňa nevie generovať z 3,5%ného limitu z poistného pred prerozdelením dostatok zdrojov na prevádzku (v prípade EZP to malo byť 26 mil. Sk), takže akcionár navýšil vlastné imanie (+ 291 mil. Sk cez kapitálové fondy), z cieľom posilniť mieru platobnej schopnosti a z týchto zdrojov hradí dodatočné výdavky na prevádzku.

PETER PAŽITNÝ

Zdravotníctvo v roku 2008



Aké bolo zdravotníctvo v roku 2008? Podľa 48 % verejnosti sa situácia v zdravotníctve od parlamentných volieb zhoršila, podľa 35 % sa nezmenila a iba podľa 15 % sa zlepšila. Vyplýva to z novembrového prieskumu Inštitútu pre verejné otázky.

Zrušenie poplatkov dokázalo síce vytvoriť ilúziu riešenia situácie v zdravotníctve, ale len dočasne. S rastom zdrojov rastú súčasne aj dlhy štátnych nemocníc. Od júna 2006 do júna 2008 vzrástol dlh štátnych nemocníc z 2,9 mld. Sk na 5,9 mld. Sk, pričom zdravotníctvo malo v roku 2006 k dispozícii 81,2 mld. Sk a v roku 2008 dokonca 98,4 mld. Sk.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa vplyvom zavedenia výmenných lístkov zhoršila. Pacienti sú nútení stráviť viac času v čakárňach a zbytočne cestovať k všeobecnému lekárovi pred návštevou špecialistu. Text ako i prevedenie mnohých výmenných lístkov potvrdzuje, že ich zavedenie nie je nadbytočnou byrokraciou pre pacienta, ale i pre lekárov.

Dostupnosť bola ovplyvnená aj **redukciou limitov a zmlúv na nákup lôžkovej starostlivosti zo strany VŠZP a ZP Dôvera** od júla 2008. **Selektívny kontraktng je podľa nás správny krok – mal by však byť podporený dôslednou argumentáciou.** Kým ZP Dôvera prezentovala rebríček hodnotenia zariadení na základe definovaných kritérií, VŠZP postupovala jednoduchším spôsobom – redukcia limitov a zmlúv sa týkala výlučne neštátnych a súkromných zariadení. **Potenciál geograficky spravodlivejšej redukcie kapacít znemožňuje predovšetkým súčasné nastavenie minimálnej siete.** V nej sú jednoznačne prioritizované štátne zariadenia a tak aj súkromné poisťovne musia povinne nakupovať drahšie v štátnych zariadeniach ako by mohli v neštátnych alebo súkromných nemocniciach.

Rušný rok zažili aj poisťenci EZP potom, ako **akcionár EZP oznámil vstup do likvidácie** v máji 2008. Veľmi nešťastne v celej kauze vystupoval Úrad pre dohľad, ktorý najprv reagoval veľmi pomaly, keď na EZP neuválil nútenú správu. Následne komplikoval celý proces prevodu poisť-

ho kmeňa, aby ho nakoniec bezodplatne odviedol na Spoločnú ZP. **Úrad tým pripravil poskytovateľov, ktorým EZP dlžila o niekoľko desiatok miliónov korún.**

Distributéri liekov mali ťažký rok – od začiatku roka začala platiť **degresívna marža, ktorej zavedenie považujeme za doteraz najlepší krok novej vlády v zdravotníctve.** Na záver roka sa im však podarilo potvrdiť svoju ziskovú orientáciu. Zisk distributérov novému ministrovi nevaďí, avšak zdravotné poisťovne sú podľa neho iný prípad, aj keď na začiatku svojho mandátu ich zisk pripúšťal.

Vláda svojimi návrhmi aj naďalej pokračovala v pláne vyhánania súkromných zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia. Návrh schvaľovania ich rozpočtov kritizovalo aj MF SR a nakoniec bude vláda ich rozpočty len brať na vedomie bez možnosti akéhokoľvek zásahu. **Akcionári dvoch zdravotných poisťovní (Dôvera, Union) potvrdili svoje odhodlanie súdiť sa so Slovenskom na arbitrážnom súde ohľadom ohrozenia ich investícií.** Stalo sa tak na základe zákona z roku 2007, ktorý všetky zdravotné poisťovne núti od roku 2008 použiť kladný hospodársky výsledok na nákup zdravotnej starostlivosti.

Príchod nového ministra Richarda Rašiho síce neposilnil slabú pozíciu ministra v rezorte, avšak konečne sa dokončili viaceré technické normy ako indikátory kvality a materiálne a personálne štandardy pre poskytovateľov.

Degresívna marža a plošné zníženie cien liekov o 7,4 % v dôsledku posilňovania koruny voči euru boli kľúčovými opatreniami na stabilizáciu rastu výdavkov na lieky – predpokladáme, že v roku 2008 budú lieky rásť do 5 %. O to viac rástli zdroje do nemocníc. Kým v roku 2006 to bolo len 18,8 mld. Sk, tak v roku 2008 to bolo už 26,3 mld. Sk. Medziročne tak rástli o 20 %.

Vítazom roka sú zdravotníci v štátnych nemocniciach. Ich platy už druhý rok rastú dvojciferne a najrýchlejšie v rámci celej ekonomiky. Dnes už pamätná Valentovičova veta, že „ak odrátame to, čo sa vynaložilo na platy, tak možno s prevapením zistíme, že dlh nám vôbec nerastie, okrem dlhu, čo nám vytvárajú platy“ len konštatuje, kde všetky dodatočné zdroje štátnych nemocníc skončili. **Za viac zdrojov tak pacienti nedostali nič navyše. Teda okrem rastúcich dlhov.**

PETER PAŽITNÝ

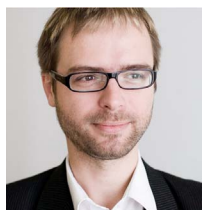
Tabuľka 1: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2005	2006	2007	2008 predikcia	2009 predikcia
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	6,6	8,5	10,4	7,0	3,0
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	6,5	5,9	7,1	7,1	3,2
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	0,5	4,1	0,7	3,5	2,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	17,6	8,4	7,9	7,1	5,0
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-4,5	-4,0	-0,5	-1,0	-2,0
Miera medziročnej inflácie	%	2,7	4,5	2,8	4,5	3,8
Miera nezamestnanosti (výberové zisťovanie)	%	16,2	13,3	11,0	9,9	10,1
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	9,2	8,0	7,2	9,0	8,0
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	6,3	3,3	4,3	4,5	4,2
Zmena počtu pracujúcich	%	2,1	3,8	2,4	1,9	0,0

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia Health Policy Institute, 2008

Redukcia normatívu pre lekárov prvého kontaktu u 20 % a zníženie motivácie nemocníc ku kvalite a efektívnosti

Minimálna sieť: odklon od programového vyhlásenia vlády



V posledný deň roka 2008 vyšlo nariadenie vlády, ktoré od Nového roku definuje minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Kritériá pre jej tvorbu zostali verejnosti neznáme, za čo ministerstvo zožalo kritiku v pripomienkovom konaní. Filozofia nariadenia sa nezmenila: naďalej nepredstavuje nástroj na zabezpečenie dostupnosti pre pacientov, ale nástroj na manipuláciu s trhom poskytovateľov. Aj za cenu odchýlenia sa od vládneho programu.

Normatív naďalej nezohľadňuje zdravotné potreby obyvateľstva. Návrh ministerstva vnútra, aby sa minimálna sieť prehodnocovala aj podľa údajov z NCZI o chorobnosti rezort zdravotníctva odmietol.

Pozitívom je, že sa z nariadenia vypustili niektoré chyby, preklepy a omyly spred štyroch rokov. Neplatí to však absolútne: úprava minimálnej siete lekárskej služby prvej pomoci chaotickú situáciu okolo LSPP ešte viac zamotáva.

INTERPRETAČNÁ NEJASNOSŤ: PREPOČET NORMATÍVU?

Platí normatív minimálnej siete pre všetky poisťovne rovnako, alebo sa prepočítava podľa podielu poisťovní na trhu? Nariadenie ani zákon sa o prepočte nezmiňujú, z čoho ministerstvo zdravotníctva vyvodzuje, že normatív platí pre všetkých rovnako. Naproti tomu menšie zdravotné poisťovne považujú takúto interpretáciu za diskriminačnú a nesprávnu. Administrácia kontraktov s poskytovateľmi v oblasti, v ktorej zdravotná poisťovňa nepôsobí, znamená zbytočné investície, ktoré zvyšujú neefektívnosť zdravotného systému. Upozorňujeme, že tento interpretačný problém môže byť jedným z bodov konfliktu medzi súkromnými poisťovňami a štátom.

„Za základný prvok v zdravotníctve považuje vláda lekárov prvého kontaktu.“

Programové vyhlásenie vlády SR august 2006

AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ: REDUKCIA PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

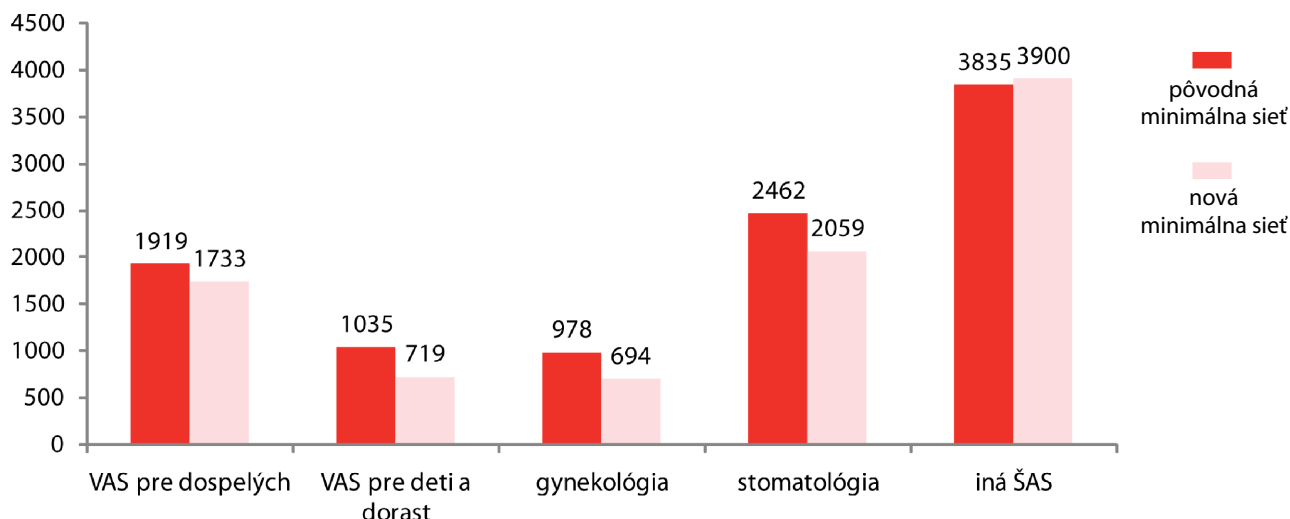
Nové nariadenie prináša prvú redukciu normatívu ambulantnej starostlivosti od zavedenia minimálnej siete v roku 2004. Počet lekárskejších miest v minimálnej sieti sa od januára 2009 znižuje o 11 %, z 10 230 na 9 105. **Redukcia sa odohrala prakticky výlučne v primárnom kontakte (o 20 %), normatív pre špecialistov sa naopak mierne zvýšil.**

Všeobecní lekári pre dospelých majú normatív znížený o 10 %, všeobecní lekári pre deti a dorast o 31 %, gynekológia o 29 % a stomatológia o 16 % (**Graf 1**).

Oproti pôvodnému návrhu sa už sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS) neurčuje pre okresy, ale pre samosprávne kraje. Prečo vlastne, ak majú všeobecní lekári automatický nárok na zmluvu s poisťovňou?

Kým VAS je určovaná na kraje, gynekologická a stomatologická sieť je predpisovaná na jednotlivé okresy. Normatív pre stomatológov je rovnomernejší v závislosti od počtu obyvateľov okresov než normatív pre gynekológov (najviac gynekológov na počet obyvateľov má byť v Senci, najmenej na Myjave a v Čadci).

Graf 1: Zmeny v minimálnej sieti ambulantnej starostlivosti (v lekárskejších miestach)



Zdroj: nariadenia vlády o minimálnej sieti (pôvodné: 751/2004 Z. z., nové: 640/2008 Z. z.)

Z minimálnej siete vypadli niektoré špecializácie SVaLZ (patologická anatómia, klinická biochémia, klinická farmakológia), niektoré „omyly“ (medicínska štatistika, ambulancia nazvaná „popáleninové oddelenie“), ako aj niektoré odbory (Tabuľka 1). V pripomienkovom konaní bola opravená aj chyba s normatívom pre radiačnú onkológiu, ktorý bol posunutím desatinnej čiarky pôvodne zväšený na desaťnásobok.

Pôvodný návrh ministerstva zdravotníctva navrhoval redukciiu aj v normatíve pre špecialistov. Nepočítalo sa s minimálnou sieťou pre hematológiu a transfuziológiu (nakoniec má 53,4 LM), ortopedickú protetiku (6 LM), nukleárnu medicínu (3 LM). V pripomienkovom konaní ministerstvo ustúpilo i od návrhu na 30%-nú redukciiu normatívu pre klinických psychológov (zo 167 LM na 117 LM).

Pozitívne hodnotíme, že viaceré odbory dosiahli rovnomernejšie nastavenie siete v porovnaní s doterajšou sieťou: znamená to zvyčajne pokles počtu LM v bratislavskom a košickom kraji a ich nárast v iných regiónoch (Tabuľka 2). V niektorých prípadoch to však buď neplatí alebo je takýto prístup v rozpore s regionálnou chorobnosťou. Napr. sieť ambulantnej geriatrickej v bratislavskom kraji nastavená dvojnásobne oproti zvyšku Slovenska. V prípade medicíny drogových závislostí je zrejme dôvodom najvyšší výskyt závislostí v tomto regióne, hoci to nevysvetľuje, prečo je potom normatív nastavený vysoko aj v regiónoch s najnižším výskytom závislostí (Prešovský kraj). Podobne to platí i pre diabetológiu, ktorej sieť neodráža zdravotné potreby obyvateľstva. Najvyšší výskyt DM na Slovensku je v Nitrianskom kraji (6,8 na 100 obyvateľov), ale najviac diabetológov má byť podľa nariadenia v Prešovskom kraji. V ňom je pritom chorých na diabetes najmenej, 3,9 na 100 obyvateľov. Takéto plánovanie kapacít nie je spôsobom zlepšovania dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Do minimálnej siete sa zaradili i špecializácie, ktoré v nej dosiaľ neboli: čelustná ortopédia (100 LM), maxilofaciálna chirurgia (9,7 LM) a liečebná pedagogika (8 LM).

Súhrnné porovnanie zmien v normatíve pre jednotlivé špecializácie je v Tabuľke 3.

ÚSTAVNÁ STAROSTLIVOSŤ: ZMENA LEN V KLINICKEJ ONKOLÓGI

Normatív pre počet lôžok sa prakticky nezmenil od ostatnej novely minimálnej siete z roku 2007. Jedinú zmenu predstavuje nárast normatívu lôžok pre klinickú onkológiu, +48 v Bratislave a +5 v Košiciach.

PEVNÁ A KONCOVÁ SIEŤ: DEMOTIVUJÚCI KONCEPT

Do zdravotníckej legislatívy pribúdajú nové pojmy. Po rozdelení špecializovanej ambulantnej starostlivosti na špecializovanú a špecializovanú inú sa pojem minimálnej siete rozšíril o koncovú sieť a pevnú sieť.

V pevnej sieti ministerstvo konkretizovalo nemocnice, ktoré majú nárok na zmluvu s poisťovňou bez toho, aby ich explicitne vymenovalo. Pevná sieť stanovuje 37 zhlukov okresov (Mapa 1), v ktorých musí poisťovňa kontrahovať aspoň jednu nemocnicu so základnými oddeleniami, neurológiou, nemocničnou lekárnou a urgentným príjmom.

Tabuľka 1: Odbory vylúčené z minimálnej siete ŠAS

odbor	počet LM v pôvodnej minimálnej sieti
anestéziológia a intenzívna medicína	35,78
materno-fetálna medicína	7,86
telovýchovné lekárstvo	3,93
klinická farmakológia	3,87
sexuológia	3,80
medicínska informatika a bioštatistika	2,94
audiológia	2,64
klinická biochémia	2,31
korektívna dermatológia	1,51
popáleninové oddelenie	1,38
letecké lekárstvo	0,43
patologická anatómia	0,17
Spolu	66,62

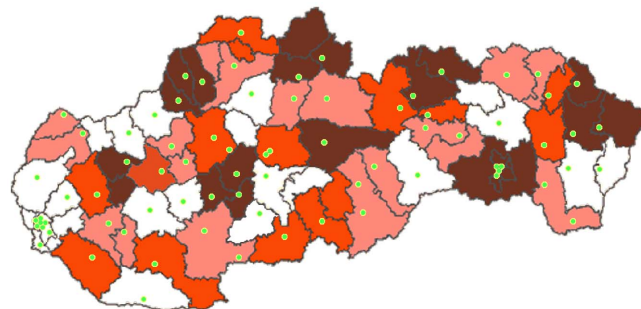
Zdroj: nariadenia vlády o minimálnej sieti (pôvodné: 751/2004 Z. z., nové: 640/2008 Z. z.)

Tabuľka 2: Regionálne zmeny v minimálnej sieti ŠAS

kraj	pôvodná minimálna sieť	nová minimálna sieť	rozdiel v LM	rozdiel v %
BA	710,92	443,10	-267,82	-37,7 %
BB	430,71	466,80	36,09	8,4 %
KE	638,06	550,20	-87,86	-13,8 %
NR	433,02	503,10	70,08	16,2 %
PO	506,80	569,00	62,20	12,3 %
TN	296,30	427,00	130,70	44,1 %
TT	340,35	394,70	54,35	16,0 %
ZA	479,34	495,20	15,86	3,3 %
spolu	3835,48	3900,00	64,52	1,7 %

Zdroj: nariadenia vlády o minimálnej sieti (pôvodné: 751/2004 Z. z., nové: 640/2008 Z. z.)

Mapa 1: Zhluky okresov pevnej siete a sídla nemocníc



Zdroj: vizualizácia Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 3: Zmeny normatífov v minimálnej sieti pre jednotlivé špecializácie

odbor	pôvodná minimálna sieť	nová minimálna sieť	rozdiel	
			v LM	v %
čelustná ortopédia	-	100,00	100,00	
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	100,24	126,70	26,46	26,4 %
endokrinológia	62,36	80,90	18,54	29,7 %
psychiatria vrátane detskej a gerontopsychiatrie	246,50	262,60	16,10	6,5 %
angiológia	3,92	18,00	14,08	359,2 %
radiačná onkológia	12,08	23,10	11,02	91,2 %
urológia	104,13	114,30	10,17	9,8 %
maxilofaciálna chirurgia	-	9,70	9,70	
kardiológia	160,71	170,40	9,69	6,0 %
neurochirurgia	6,14	14,50	8,36	136,2 %
liečebná pedagogika	-	8,00	8,00	
algeziológia	5,86	13,50	7,64	130,4 %
kardiouchirurgia	2,03	9,00	6,97	343,3 %
medicína drogových závislostí	9,58	14,60	5,02	52,4 %
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	110,37	114,50	4,13	3,7%
hematológia a transfúziológia	49,41	53,40	3,99	8,1 %
oftalmológia	288,50	292,20	3,70	1,3 %
lekárska genetika	8,41	11,90	3,49	41,5 %
plastická chirurgia	11,70	15,10	3,40	29,1 %
klinická onkológia	89,03	92,10	3,07	3,4 %
pediatria	35,43	38,10	2,67	7,5 %
ortopedická protetika	3,65	6,00	2,35	64,4 %
chirurgia	251,15	253,40	2,25	0,9 %
nukleárna medicína	2,10	3,00	0,90	42,9 %
gastroenterológia	107,89	108,40	0,51	0,5 %
klinická logopédia	118,49	118,50	0,01	0,0 %
klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	13,92	13,50	-0,42	-3,0 %
infektológia	35,60	35,00	-0,60	-1,7 %
foniatria	17,39	16,70	-0,69	-4,0 %
neuroológia	257,65	256,10	-1,55	-0,6 %
geriatria	23,90	22,20	-1,70	-7,1 %
úrazová chirurgia	33,34	31,30	-2,04	-6,1 %
dermatovenerológia	226,00	223,70	-2,30	-1,0 %
reumatológia	71,54	66,90	-4,64	-6,5 %
cievna chirurgia	16,03	9,70	-6,33	-39,5 %
klinická psychológia	166,96	160,00	-6,96	-4,2 %
otorinolaryngológia	212,81	203,20	-9,61	-4,5 %
pneumológia a ftizeológia	146,34	134,80	-11,54	-7,9 %
klinická imunológia a alergológia	154,76	134,80	-19,96	-12,9 %
ortopédia	183,28	159,00	-24,28	-13,2 %
nefrológia	56,07	30,70	-25,37	-45,2 %
vnútorné lekárstvo	363,59	330,50	-33,09	-9,1 %
všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých	1 919,25	1 733,30	-185,95	-9,7 %
gynekológia a pôrodnictvo	978,07	693,60	-284,47	-29,1 %
všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast	1 035,06	718,50	-316,56	-30,6 %
stomatológia	2 461,78	2 059,40	-402,38	-16,3 %
SPOLU	10 163,02	9 104,80	-1 058,22	-10,4 %

Zdroj: nariadenia vlády o minimálnej sieti (pôvodné: 751/2004 Z. z., nové: 640/2008 Z. z.)

Vo väčšine určených zhlukov sa nachádza práve jedna nemocnica, ktorá spĺňa uvedené podmienky a má tým pádom garantovanú zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Nie je tak nijako motivovaná k zlepšovaniu kvality či k efektívnosti. Tento dôsledok pevnej ako aj koncovej siete nemocníc považujeme za najhoršie rozhodnutie tejto vlády v oblasti regulácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Nastavenie hraníc jednotlivých zhlukov okresov („úradnícka kartografia“) v niektorých oblastiach rozhodlo o zvýhodnení konkrétnych nemocníc. Zhluky pritom nie sú rovnocenné z hľadiska geografickej dostupnosti. Prísľub z programového vyhlásenia, že vláda vytvorí podmienky pre transparentnú súťaž poskytovateľov, sa končí utajovaním metodiky, ktorou ministerstvo súťaž „upravilo“.

O koncepte pevnej siete nemocníc sme v newsletteri písali v čase, keď bol materiál v pripomienkovom konaní (viď *IntoBalance 07/2008*). V niektorých regiónoch vtedy žiadna z nemocníc nespĺňala podmienky zaradenia do pevnej siete. Znamenalo to potrebu vybudovania nových oddelení. Návrhu chýbal odhad výšky investícií a aj toho, kto ich bude znášať.

Časť z týchto otázok vyriešilo ministerstvo úpravou materiálu. Znížilo nároky na nemocnice, oproti pôvodnému návrhu nebudú musieť mať ortopedické alebo traumatologické oddelenie (minimálne 9 zhlukov okresov takéto oddelenie nemá). Chýba ešte dobudovanie neurologického oddelenia* v Piešťanoch. Odhadovaných 365 tisíc eur (11 miliónov Sk) si má podľa MZ nemocnica zaplatiť zo svojho. Nie je to však jej povinnosť...

Zdravníctvu škodí neexistencia konzistentnej, čitateľnej a dlhodobu predvídateľnej zdravotnej politiky. Kto garantuje poskytovateľom návratnosť ďalších investícií vyvolaných týmto nariadením vlády, ak sa o rok zasa zmení minimálna sieť a nemocnice z pevnej siete vypadnú?

Koncová sieť predstavuje menný zoznam 39 zariadení, ktoré musia mať zmluvu s každou poisťovňou. Do siete boli v roku 2007 zaradené na pokyn predsedu vlády výlučne štátne zdravotnícke zariadenia. Nová sieť tento zoznam aktualizuje o centrá pre liečbu drogových závislostí a o Nemocnicu pre obvinených a odsúdených v Trenčíne. **Priamo na rokovaní vlády 17. decembra bola koncová sieť doplnená o Onkologický ústav sv. Alžbety v Bratislave, jediné neštátne zariadenie v zozname.** Tento krok mal zrejme tvoriť alibi, zakrývajúce skutočnosť, že zdravotná politika vlády je založená na systematickom zvýhodňovaní štátnych poskytovateľov a štátnych zdravotných poisťovní.

Ministerstvo zdravotníctva ešte nedávno na otázku, prečo sú v koncovej sieti len štátne zariadenia odpovedalo, že „štát dokáže garantovať len zdravotnú starostlivosť poskytovanú v štátnych zdravotníckych zariadeniach.“ Zaradením OÚSA do koncovej siete sa však tento argument poprel. **Diskriminácia neštátnych poskytovateľov je teraz o to zreteľnejšia.**

Názor, že koncová sieť nemocníc je v rozpore s trhovou súťažou, tlmočil ministerstvu v pripomienkovom konaní Protimonopolný úrad (PMÚ), ktorý nedávno skúmal kauzu kartelovej dohody fakultných nemocníc. Vláda tak materiál schvaľovala s rozporom PMÚ.

Podľa ministerstva, nemocnica, ktorá je zaradená v koncovej sieti môže byť zároveň aj nemocnicou v pevnej sieti. Z 37 nemocníc v pevnej sieti tak až 12 môžu tvoriť štátne nemocnice z koncovej siete.

Znamená to, že minimálna sieť stanovuje, že Slovensku stačí 64 nemocníc (39 v koncovej sieti + 37 v pevnej sieti - 12 v oboch sieťach)? Nie. Nemocnice v koncovej a pevnej sieti nemajú dostatok lôžok v správnej regionálnej štruktúre, aby to stačilo na naplnenie normatívu. Z porovnania dát o lôžkovom fonde nemocníc s novou minimálnou sieťou vychádza, že **poisťovne budú musieť kontrahovať 6 500 lôžok v nemocniciach mimo koncovej alebo pevnej siete.**

Kedže tie disponujú spolu cca 10 tisíc

lôžkami, redukcia sa môže týkať najviac tretiny ich lôžok.

LEKÁRENSKÁ POHOTOVOSTNÁ SLUŽBA: CHÝBA ZÁKONNÉ SPLNOMOCNENIE

Zlepšenie dostupnosti lekárskej pohotovostnej služby, ktoré si od novej minimálnej siete ešte v lete sľubovalo ministerstvo zdravotníctva, sa neuskutočnilo. **Lekárnici ministerstvo upozornili na platný zákon, podľa ktorého sa minimálna sieť nemôže týkať lekárskej starostlivosti.** Prvá Zajacova novela zákona o poskytovateľoch z roku 2005 (pozn.: po odchode reformného tímu) totiž vylúčila lekáreň z minimálnej siete. Zajac dôvodil, že lekáreň majú automatický nárok na zmluvu. **Výsledkom je, že dnes nejestvuje predpis, ktorý by regulátorovi umožňoval prikázať zabezpečiť nepretržitú dostupnosť lekárskej starostlivosti.**

Rezort má v pláne túto situáciu v budúcnosti riešiť, povedal v deň schvaľovania minimálnej siete riaditeľ sekcie zdravia ministerstva zdravotníctva Adam Hochel. V návrhu novely zákona o poskytovateľoch, ktorý vláda schvaľovala v rovnaký deň ako minimálnu sieť, sa riešenie zatiaľ neobjavilo – hoci o probléme vie rezort minimálne od júla 2008. Oprava sa dá presadiť aj v druhom čítaní v parlamente, ak má regulátor skutočný záujem na garantovaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

LEKÁRSKA SLUŽBA PRVEJ POMOCI: NAMIESTO RIEŠENIA ĎALŠIE PROBLÉMY

LSPP nemá svojho pána a je to vidieť aj na normatíve minimálnej siete. Zákonná úprava LSPP je výsledkom viacerých svojvoľných poslaneckých iniciatív, čomu zodpovedá výsledná chaotická legislatíva a z nej vyplývajúce organizačné i finančné problémy. Situácia sa nezlepší ani po zásahu ministerstva zdravotníctva. **Nová minimálna sieť zhorší problémy s LSPP a bude viesť k potrebe ďalších legislatívnych zmien.**

**) Druhú chýbajúcu neurológiu (v Starej Ľubovni) otvorili v auguste 2008. Ide mimochodom už o štvrté neurologické oddelenie na Spiši.*

Chyby v úprave LSPP sú dve:

1. **Sieť pre LSPP nie je definovaná počtom lekárskejších miest (ako v prípade ambulatnej starostlivosti), ale počtom poskytovateľov na 100 tisíc obyvateľov.** Neumožňuje to napr. poskytovateľovi LSPP, aby svojimi lekármi pokrýval potreby LSPP na celom území samosprávneho kraja.
2. **Minimálna sieť LSPP vôbec nestanovuje geografickú dostupnosť.** Čo konkrétne znamená pre pacienta norma, podľa ktorej na území Slovenska pripadá jeden poskytovateľ LSPP na 100 tisíc obyvateľov (u detí na 50 000 a u zubných lekárov na 400 000 obyvateľov)? Kde sa tá LSPP nachádza? Vymáhanie tejto normy bude zložité, keďže nariadenie nestanovuje spádové územia, dojazdové vzdialenosti či iné parametre dostupnosti. Poistovní tak vôbec nemusí zabezpečiť LSPP na väčšine územia Slovenska, pričom formálne dodrží minimálnu sieť.

ODPORÚČANIA

Odporúčame koncept minimálnej siete založiť na efektívnej dostupnosti, nie na územnosprávnom členení. Podobne postupujú aj iné krajiny (napr. Rakúsko). Spôsob stanovenia dostupnosti cez dojazdový čas, dojazdovú vzdialenosť alebo cez maximálnu výšku cestovného verejnou dopravou umožní jasne definovať vymáhateľný nárok poistenca.

Demotivujúci koncept pevnej a koncovej siete nemocníc, založený na preferovaní štátnych zariadení, odporúčame v súlade s odporúčaním PMÚ opustiť.

V prípade LSPP odporúčame prípravu LSPP ucelenej koncepcie a jej predloženie na verejnú diskusiu. Bezvládie v tejto oblasti škodí všetkým.

Lekárenskú pohotovostnú službu odporúčame riešiť v minimálnej sieti. Na to je potrebná novelizácia § 5 zákona o poskytovateľoch, ktorého novela je práve otvorená v parlamente.

TOMÁŠ SZALAY

Zlúčenie VŠZP a SZP? Až keď financie zvíťazia nad byrokraciou



Na základe uznesenia vlády č. 462 z mája 2007 (bod C3) ministerstvo zdravotníctva vypracovalo „Projekt vytvorenia jednej verejnoprávnej zdravotnej poisťovne zlúčením Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. a Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s.“.

Pripomíname, že súčasťou tohto uznesenia boli aj body B1, B2, C1 a C2, ktoré významným spôsobom zmenili podmienky na trhu zdravotného poistenia v SR. V bode B1 vláda chcela dosiahnuť „maximálne využitie finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti“. V bode B2 špecifikovala, že tento cieľ mieni dosiahnuť „takými legislatívnymi, inštitucionálnymi a ekonomickými nástrojmi, ktoré budú postupne viesť k vytvoreniu jednej verejnoprávnej zdravotnej poisťovne“. Minister zdravotníctva mal navyše v rámci úlohy C1 „predložiť návrh právnej úpravy vylučujúcej tvorbu zisku z verejného zdravotného poistenia“ a v rámci úlohy C2 „predložiť návrh zákona, ktorý zníži výšku správneho fondu zdravotných poisťovní zo 4 % na 3 %.“

V tomto kontexte nebola úloha C3 na vytvorenie jednej verejnoprávnej poisťovne izolovaným projektom, ale súčasťou vládneho plánu na zrušenie pluralitného systému zdravotného poistenia a vytlačenia súkromných zdravotných poisťovní z trhu. MZ SR sa v projekte opiera práve o celý kontext vládneho uznesenia, ktorý zlúčenie poisťovní spája s vytvorením verejnoprávnej poisťovne. **Z predloženého materiálu je citelná snaha o nezlučovanie a hľadanie argumentácie ako zlúčeniu predísť.** Najlepším je dôvod typu „preto by bolo vhodné posúdiť aj potrebu doplnenia legislatívneho riešenia a zakotvenia typológie organizácií vo verejnej správe osobitným zákonom o týchto organizáciách, ktorý by jednoznačne definoval inštitucionálny systém verejnej správy.“

Myslíme si, že zlúčenie VŠZP a SZP by malo byť logickým krokom vlády. Technicky sa dá uskutočniť veľmi jednoducho – a to prevodom poisťného kmeňa SZP do VŠZP podľa § 61 zákona 581/2004. VŠZP už takýto veľký kmeň mala v roku 2005 a prípadná veľkosť kmeňa teda nemôže byť argumentom proti prevodu. Po prevode poisťného kmeňa by SZP zanikla. Táto technika navyše ušetrí množstvo komplikácií, ktorým sa pri zlučovaní nedá predísť – ide najmä o otázku kompatibility informačných systémov a otázku integrácie dvoch organizačných štruktúr a obsadenia postov jednotlivými ľuďmi. V tomto scenári navyše nie je nutné meniť legislatívu a operácia je vykonateľná v priebehu niekoľkých týždňov. Taktiež nie je potrebné vytvárať úplne zbytočné sponzorské skupiny, riadiace tímy, či analytické tímy ako to v materiály navrhuje MZ. Úlohu by mal prevziať zdatný manažér „zmeny“ s malým implementačným tímom.

Aj keď zatiaľ na zlúčení neexistuje vládna zhoda (názor ministra zdravotníctva nie je v tomto prípade relevantný) **scenár spojenia VŠZP a SZP môže byť podľa nás vynútený zmenou prerozdelenia mechanizmu z 85,5 na 95% poisťného, ktorý spôsobí značný odliv disponibilných zdrojov zo SZP do VŠZP.** Čo teda nebolo možné presadiť „byrokraticky“, môže byť zrealizované cez finančný tlak.

PETER PAŽITNÝ

Predsudky, voliči, novinári. A čo s tým má zdravotníctvo?

Na tomto mieste prinášame v publikovanej verzii ďalšiu zo záverečných prác absolventov vzdelávacieho programu Manažér, akademický rok 2007/2008, ktorý organizuje akadémia HMA. Jej autorkou je **ZUZANA HORNÍKOVÁ**, PR manažérka zdravotnej poisťovne Dôvera.



• ZHRNUTIE

Voliči nielen volia. Oni aj čítajú noviny, surfuju na webe, počúvajú rádio a najmä sledujú televíziu. A v rámci toho konzumujú spravodajstvo a publicistiku, produkt práce novinárov. Voliči v priemere nerozumejú základným ekonomickým princípom a podliehajú predsudkom. Hovorí o tom americký profesor ekonómie Bryan Caplan v knihe *Mýtus o racionálnom voličovi*. Na účely tejto práce sledujeme jeden z predsudkov, anti-market. Z prieskumov verejnej mienky a výpovedí sociológov možno vyhlásiť, že hlúpi voliči, ktorí o trhu a jeho prínosoch tvrdia opak ako teoretici ekonómie, sú aj na Slovensku.

Zdravotníckych novinárov s ekonomickým vzdelaním je málo, hoci diplom ešte nič neznamená. Viac už však záväži, že im najmä na začiatku pôsobenia v médiách chýba dostatočný prehľad či teoretický odborný základ. Sú mladí, nadšení, neskúsení. A je ich veľa, pretože fluktuácia v médiách je vysoká. Česť výnimkám. Neexistuje žiaden komplexný prieskum politických preferencií, názorov ani hodnotových princípov (zdravotníckych ani ostatných) novinárov v slovenských médiách. V USA sú ich desiatky. Podľa nich americké médiá inklinujú k demokratom vyznávajúcim liberalizmus (čo je v Európe koncept chápaný predovšetkým ako sociálny liberalizmus v podaní strán sociálnej demokracie). Cítia to konzumenti a deklarujú to i novinári. Tí však bránia vlastnú novinársku nezávislosť a objektivnosť. Inými slovami, zďaleka menej je takých, ktorí priznajú, že sa pri práci nechajú ovplyvniť liberálnym pohľadom na svet, ako tých, čo náklonnosť k demokratom priznajú.

Autorka sa pokúsila zistiť, aké preferencie a názory majú slovenskí zdravotníckí novinári a čo ovplyvňujú to, o čom a ako píše. Vychádzala pritom z definície (ktorá nemusí byť politologicky korektná, no je účelná pre túto prácu), že pravica preferuje nízku mieru prerozdelenia zdrojov, uznáva význam trhových princípov, individuálnu (finančnú) participáciu jednotlivca a potláča význam štátu. Ľavica opak. Podľa vyplnených dotazníkov to takto chápu aj novinári. **Z ich odpovedí vyplýva, že tí, ktorí sa venujú zdravotníctvu, sú fanúšikmi „pravicových“ názorov a pravicu aj volili. Že by pravicové vnímanie sveta ovplyvňovalo médiá, priznáva len šesť z nich.** Medzi mediálnymi elitami (vplyvní novinári, výskumníci, opinion lídri) neprevláda akceptácia vplyvu politickej orientácie na mediálny obsah ani nálepkovanie médií na pravicové a ľavicové. **Za kľúčové považujú elity skôr nedostatočnú erudovanosť novinárov, nadbiehanie čitateľom a prílišné zjednodušovanie.**

Priemerný zdravotnícky novinár si myslí, že pluralita, súťaž a konkurencia v zdravotníctve sú väčšinou

prínosom pre občanov. Že rozvoj súkromného sektora znamená vyššiu kvalitu, šetrenie a nižšiu korupciu. Štát má podľa neho najmä regulovať, už menej vlastniť. Súhlasí so zvýšením finančnej spoluúčasti poistencom – pacientov pod podmienkou zvyšovania kvality, podporuje rušenie lôžok. Nemá ekonomické ani medicínske vzdelanie.

Poznámka č. 1:

Autorka je bývalá reportérka týždenníka Trend. Štyri roky písala o zdravotníctve, z toho dva aj dešifrovala zákulisie toho, o čom píše. A to najmä vďaka Martinovi Filkovi a Petrovi Pažitnému, ktorému preto patrí poďakovanie nielen za trpezlivosť ako školiteľovi tejto práce. Autorka nemá diplom z ekonómie. Rozmýšľať a písať o nej ju učil v súčasnosti najlepší ekonomický novinár na Slovensku Rado Baťo. Život, príbehy a zaujímavosti jej pomáhal odhaľovať a chápať najlepší investigatívce spomedzi novinárov Gabo Beer. Autorka verí, že trhové princípy a prirodzené motivácie v zdravotníctve fungujú napriek tomu, že ju desiatky lekárov a politikov roky presviedčali o opaku. Niektorým uverila, že to mysleli úprimne. Politici k nim nepatrili. Nikdy nezobrala úplatok, ani od tých, čo verejnosť zvykla označiť za jej skrytých financovateľov – exministra Rudolfa Zajaca a private equity skupinu Penta. Od tej berie peniaze až od februára 2007. Ako full-time zamestnankyňa Penta Investments, resp. zdravotnej poisťovne DÔVERA.

Poznámka č. 2:

Autorka sa ospravedľňuje, ak sa niekoho touto prácou dotkla. Medzi novinármi má veľa dobrých kamarátov, ich prácu si váži a obdivuje ich. Z vlastnej skúsenosti vie, aké ťažké je napísať dobrý a vyvážený článok. Ani jej sa to vždy napriek snahe nepodarilo. Ďakuje tým, ktorí jej s touto prácou pomohli.

• AKO JE TO V USA

Cenová konkurencia je zlá pre spotrebiteľov, zisk aj úroky sú darom pre bohatých. Úspešné firmy zarábajú na úkor zamestnancov. Sprostredkovatelia a dodávatelia sú nenásytní monopolisti, ktorí len pekne zabalia nakúpený tovar a predajú ho niekoľkokrát drahšie. Znižovanie kvality a zvyšovanie ceny vedie k vyšším ziskom pre firmy. Poľnohospodárske dotácie sú dobré. Takto rozmýšľa priemerný Američan. Nerozumie základným ekonomickým princípom. Podlieha predsudkom. Tvrdí to americký profesor ekonómie Bryan Caplan v diele *Mýtus o racionálnom voličovi*. Opiera sa aj o prieskum z roku 1996 *Američania a ekonómia o ekonomii*.

Podľa neho bežní Američania výrazne podceňujú užitočnosť trhov (**anti-market bias** – predsudok). Majú tendenciu podceňovať aj prínosy zahraničného obchodu a ekonomickej interakcie s cudzincami (**anti-foreign bias**). Prepádajú ilúzii, že zdrojom ekonomického pokroku sú nové pracovné miesta, prepúšťanie vnímajú ako príčinu biedy (**make-work bias**). Trpia silným, podľa ekonómov neodôvodneným pesimizmom (**pessimistic bias**).¹⁾

Ako sumarizuje Dalibor Roháč pre Trend, „niekto by mohol tvrdiť, že názory ekonómov sú podmienené tým, že sú bohatší a vzdelanejší než priemer populácie. Ich názory by tak mohli byť 'buržoázne predsudky'. No ak by to bola pravda, názory ekonómov by mali byť v priemere rovnaké ako názory bohatých a vzdelaných častí populácie. No aj po zohľadnení vzdelania a príjmu systematický rozdiel medzi ekonómami a neekonómami zostáva.“²⁾

Známy ekonóm Joseph Schumpeter o anti-market bias predpokladal, že to nie je len dočasná odchýlka. Je to hlboko zakorenený vzor ľudského zmyšľania. Frustraval celé generácie ekonómov. Tí totiž vo svojich teóriách predpokladajú, že priemerný človek ekonómii rozumie a podľa toho aj koná a volí. Realita je iná.³⁾

Prieskumy existujú nielen o tom, ako rozmyšľajú americkí voliči, ale aj novinári. Za ostatné štvrtstoročie ich zosumarizoval inštitút Media Research Center. Pre úplnosť, sám seba označuje za konzervatívny. Zhrnul desiatky prieskumov za ostatných 25 rokov a vyčítal z nich, že zamestnanci amerických médií sú oveľa väčší liberáli ako väčšina americkej populácie.⁴⁾ Liberalizmus preferujú v USA demokrati. Konzervativizmus zas republikáni. Od roku 1964 do roku 2004 vyhralo prezidentské voľby sedem republikánov a štyria demokrati. Nechať to na novinárov, republikánov do Bieleho domu nevkočí. Vo voľbách 2004 získal republikán George W. Bush 19 % hlasov od 300 respondentov z médií, demokrat John Kerry 52 %. Iný prieskum z roku 2004 odhalil, že liberálne „jadro“ je najmä medzi novinármi referujúcimi práve o dianí v Bielom dome. Iná sada prieskumov, z obdobia 1978 až 2005, novinárov usvedčuje, že viac inklinujú k liberalizmu ako verejnosť. A to nielen pri vhadzovaní volebných lístkov do urien, ale aj pri odpovediach na dôležité celospoločenské otázky – potraty, práva homosexuálov a pod. Príklad: Vyše 70 % zo 72 elitných novinárov považovalo v roku 2005 vojnu proti Iraku za zlé rozhodnutie. Rovnaký názor malo 45 % Američanov. Väčšina novinárov však odmieta, že by ich názory ovplyvnili ich prácu.

To, že verejnosť vníma názorový posun v médiách, je podľa Media Research Center fakt. Takisto ako to, že tento posun je v prospech liberálneho vnímania sveta. „Takmer deväť z desiatich Američanov si myslí, že médiá často alebo občas podľahnú pri informovaní osobným názorom reportérov a že tieto názory väčšinou favorizujú liberálov. Dokonca to priznávajú aj respondenti – liberáli,“ hodnotí Media Research Center.⁵⁾ „Pozri sa, Bernie. Samozrejme, že spravodajstvo je liberálne zaujaté. Všetky veľké televízne stanice sú ľavicovo orientované,“ povedal reportérovi CBS Bernardovi Goldbergovi v roku 1993 šéfredaktor publicistickej relácie na CBS Z očí do očí Andrew Heyward. „Ak niekomu prezradíš, čo som teraz povedal, všetko popriem,“ dodal. B. Goldberg je jedným z reportérov, ktorí o ľavicovej zaujatosti amerických médií napísal článok do Wall Street Journal aj knihu, ktorá sa stala bestsellerom. Znepriatelil si mnohých kolegov a zo CBS odišiel.⁶⁾

• PREČO SKÚMAŤ, AKO JE TO NA SLOVENSKU? PREČO ZDRAVOTNÍCTVO?

Je dobré poznať, ako rozmyšľajú slovenskí voliči. Takisto je dobré poznať zákulisie a názory novinárov a elit, ktorí ovplyvňujú výslednú podobu titulnej stránky novin či večerných televíznych správ. Z pohľadu B. Caplana a jeho teórie je zaujímavé sledovať najmä vzťah k anti-market bias. Prečo?

Do vzťahu občan – zdravotná poisťovňa – lekár najmenej prenikli trhové princípy. Občania sa nevedia vyrovnat s fenoménom „zdravie nie je tovar“ a „starostlivosť nie je zadarmo“. Nechcú za zdravie platiť. Odmietali zavedenie poplatkov exministrom Rudolfom Zajacom, kritizujú vysoké poplatky za lieky.

Občania i politici prehliadajú prirodzené motivácie subjektov v zdravotníctve. Neziskové zdravotné poisťovne a ziskoví lekári nie sú v rovnováhe. Občan je v ambulancii i nemocnici odtrhnutý od finančných dôsledkov svojich rozhodnutí. Zákulisie zdravotníctva je neprehľadné. Regulácia výrazná, nie vždy správne nastavená. V zdravotníctve sa točia obrovské peniaze a pre mnohých je to ziskový biznis. Pretrvávajú informačná asymetria.

Reforma R. Zajaca sa zamerala na zavádzanie trhových princípov, otváranie dverí súkromnému sektoru i vyrovnanie motivácií (najmä medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi). Takisto na odbúranie politických vplyvov, oslabenie pozície štátu ako vlastníka a vymedzenie jeho priestoru ako regulátora. Zdôrazňovala potrebu zvýšiť spoluúčasť (finančnú, rozhodovaciu a morálnu) jednotlivcov na rozhodovaní o svojom zdraví. Išla proti zaužívanej skúsenosti. Otvorila úplne nové témy, zväčša kontroverzným a živelným spôsobom komunikácie R. Zajaca. Vyslúžil si búrlivú, skôr odmietavú reakciu verejnosti aj médií. Politickým zadaním jeho nástupcu Ivana Valentoviča bolo zrušiť najcitlivejšie opatrenia reformy. Bol menej kontroverzný, no neoblúbený.⁷⁾

• AKO JE TO NA SLOVENSKU

A: AKÍ SÚ VOLIČI/OBČANIA

K dispozícii sú názory sociológov a prieskumy verejnej mienky, väčšinou staršie niekoľko rokov. Je možné usudzovať, že prezentované výsledky by mohli byť v súčasnosti mierne posunuté v prospech trhových princípov, individualizmu a menšieho etatizmu. Názorové stereotypy a predsudky sú však tak silné, že v mysliach ľudí prevládajú doteraz, najmä u starších a konzervatívnejších. Prejavuje sa dlhodobá zotrvačnosť a nízka dynamika zmeny názorov. „Ludia sú v priemere skôr skeptickí, konzervatívni, pasívni a chcú vodcu. Pod tým si mnohí predstavujú štát. Nerozumejú ekonomickým princípom a nevedia odhaliť, kedy politici rozprávajú v rozpore s ekonomickými teóriami. Výsledkom je súčasná vláda a jej preferencie. Ľudia sú proti zmene a o to viac, ak ide o ich zdravie. Nevedia, čo dobré im prináša súkromník v zdravotníctve, pretože tieto prínosy sa ešte nevyprofilovali. A tak radšej veria štátu,“ tvrdí Michal Vyšinský z TNS Aisa Slovakia.

Spoliehame sa na falošný pocit istoty prameniacy z neprimeraných paternalistických a egalitaristických očakávaní značnej časti, prevažne staršej a menej vzdelanej populácie, ale aj u značnej časti firiem, organizácií, rezortov, či

inštitúcií, ktoré „predsa štát nemôže nechať padnúť!“. Prevažujú medzi nami takí, ktorí sa odmietajú uskromniť v prospech budúcej generácie. Hovoríme o nedostatku peňazí v zdravotníctve a viníme z toho skúpu vládu. Náš krátkodobý úžitok je nadradený dlhodobým.⁸⁾ Nepoznáme makroekonomický vývoj ani jeho základné ukazovatele, hovorí inštitút INEKO. Preceňujeme výšku inflácie a podceňujeme výšku príjmov. Pritom náš príjem, myslíme si, rastie pomalšie ako ostatným. Nadhodnocujeme nezamestnanosť. Preukázala sa silná korelácia medzi výškou príjmu, stupňom vzdelania a reálnosťou odhadov. Napriek tomu neplatí, že najbohatší a najvzdelanejší sa mýlia najmenej.⁹⁾ Sme proti ekonomickým reformám, no niektorí viac a iní menej. Najviac proreformní sú voliči SDKÚ a KDH.¹⁰⁾ Za éry R. Zajaca sme odmietali ním navrhované trhové zásahy do zdravotníctva, prevažovala nedôvera v prínosy reformy. Proti boli skôr zdravotníci ako verejnosť, skôr sestry ako lekári.¹¹⁾ Za I. Valentoviča však trhové princípy ako súťaž a konkurencia, ak sú vzťahované na náš osobný benefit, podporujeme. Potvrdzujú to prieskumy verejnej mienky či petícia za pluralitné zdravotníctvo s vyše 150-tisíc podpismi občanov.¹²⁾

B. AKÉ SÚ MÉDIÁ

Autorka nenašla prieskum, ktorý by podrobne mapoval názory slovenských novinárov na celospoločenské témy, úroveň médií, vplyvy, ktorým podliehajú. O čitateľoch a ich názoroch predsa len vypovedajú prieskumy *Market Media and Lifestyle* agentúry Median SK a prieskumy redakcií. Z dostupných dát možno odvodiť, že denník Pravda má stále povest ľavicových novín, pričom 47 % jeho čitateľov naozaj volí SMER. Na druhej strane, štvrtina sú voliči SDKÚ. Pravda má tiež väčší podiel čitateľov vykonávajúcich duševnú prácu ako konkurenčný denník SME a má vyšší podiel u ľudí nad 30 rokov aj vysokoškolákov – čo na ľavicovú orientáciu denníka ani jeho čitateľov nepoukazuje. Tú nevnímajú ani v Pravde a ani oslovení novinári a elity. Naopak, viac vyprofilovaný je denník SME – ako pravicový. Mimochodom, vzdelanie jeho čitateľov je ako vzdelanie čitateľov Nového času.

Autorka prináša názory elít (sociológ, mediálni analytici, kľúčoví ľudia z médií) na zákulisie médií aj v súvislosti s reportovaním o zdravotníctve. Sú to ľudia, ktorí rozumejú médiám, pracovali v nich alebo ich spoluvytvárajú.

Michal Vyšinský, výskumník TNS Aisa Slovakia

Médiá nie sú až tak politicky vyhranené. Nedá sa povedať, že niektorý denník je ľavicový a iný pravicový. Skôr sa dá zovšeobecniť, že sú spravodajské, plytké. Je málo opinion lídrov, ktorí formujú verejnú debatu. Opakujú sa tí istí, je to jednotvárne.

Gabriel Šípoš, mediálny analytik INEKO

Anti-market bias je dosť silný impulz, najmä v TV. Zdravotníckym novinárom zväčša chýba ekonomické vzdelanie. Nepomáha im, ak patria do domácej nie ekonomickej redakcie. Nevnímam u nich dostatok teoretických poznatkov, aby sa na zdravotníctvo pozerali ako na sektor, v ktorom platia všeobecné ekonomické poučky a princípy. Najväčší vplyv má snaha brániť občana a predať sa. Z toho vyplýva dôraz na krátkodobosť. No nie je to inak ani vo svete. Ľudia sa nechcú niečoho vzdať v prospech tretej strany alebo budúcnosti. Neuvedomujú si vzťahy a motivácie. Zdravie je pre nich najvyššia hodnota a keď ide o život, peniaze sa musia nájsť, za každú cenu. Ekonomia má na to iný názor a novinári by mali na to upozorňovať. Nedeje sa tak. Menší vplyv na mediálny obsah má (politické) presvedčenie novinárov.

Miroslav Kollár, analytik Inštitútu pre verejné otázky

Pre médiá je typická prirodzená úloha "strážneho psa demokracie". Z toho môže prameniť pocit prehnanej kritickosti voči vláde. Takisto tu je imperatív negatívnej správy. V moderných učebniciach žurnalistiky je prioritou informácií a udalostí zafinancovaná presne: prvá je katastrofa, nasleduje škandál, tretia je vojna atď. To ochudobňuje pluralitu, dezinformuje konzumentov. Informácia podaná racionálne ostáva v ľudskej pamäti rádovo kratšie než informácia obalená emóciou. Existuje aj reprodukcia existujúcich mýtov a stereotypy vo vnímaní reality, nadbiehanie masovému vkusu. Vnímam klesajúcu úroveň slovenskej žurnalistiky, absenciu kvalitného a efektívneho mediálneho vzdelávania. Nastupujúca generácia mladých žurnalistov často trpí nedostatočnou profesionálnou a intelektuálnou vybavenosťou.¹³⁾

Peter Papánek, hovorca a poradca exministra financií Ivana Mikloša

Médiá nie sú podľa ich obsahu pravicové ani ľavicové, je v nich skôr neporiadok. A sú prirodzene proti vláde. Týka sa to aj zdravotníckych tém.

Oto Lanc, šéf vydavateľstiev Perex (denník Pravda) a Avízo

Pravda sa podľa výskumov verejnej mienky nachádza niekde naľavo a my sa chceme dostať do stredu. Nechceme byť vnímaní ani ako ľavicový, ani ako pravicový denník. Nemyslím, že naši čitatelia sú jednoznačne ľavicovo orientovaní, noviny kupujú skôr zo zvyku. Vnímanie Pravdy ako ľavicového denníka je paradoxné, vychádza skôr od ľudí, ktorí ju nečítajú. Preto sa nechceme tlačiť do pozície SME, ktorí čítajú ľudia viac orientovaní pravicovo.¹⁴⁾

Juraj Javorský, bývalý redaktor denníkov SME a Hospodárske noviny, šéf etrend.sk

Médiá nie sú politicky vyprofilované. Sú iba viac a menej profesionálne. Mladí novinári často ani nevedia, čo je pravicová a ľavicová politika, nemajú na to jasný názor a teda nemôžu mu podliehať, keď spracúvajú informácie.

Dušan Deván, šéf týždenníkov ECHO, vydavateľstvo Petit Press

Médiá sú všeobecne mierne pravicové, vedenie redakcií výrazne pravicové. Oveľa väčší vplyv na mediálny obsah ako politické zmýšľanie má sklon k povrchnosti, nevyhnutnému dôsledku preferencií čitateľov a divákov. Noviny nemajú samy od seba názory ani politické zafarbenie. Majú ich len ľudia, ktorí ich v daný deň tvoria. Ambiciózni a schopní ľudia sú vo všeobecnosti viac pravicoví, vedia sa lepšie stotožniť s uprednostnením individuálnej zodpovednosti pred solidaritou. Preto je nielen väčšina kvalitných ekonomických novinárov, ale aj všetci špičkoví politickí komentátori orientovaná skôr pravicovo. Zdravotnícki novinári v lepšom prípade trochu pochopili Zajacovu reformu, no nikto im nevysvetlil, prečo je nevyhnutná a z čoho vychádza. Ani jeden nepochopil, že lekári sú dôležití (nie viac ani menej) ako robotníci vo fabrike. Teda je dôležitá kvalita a cena ich práce, nie názory na riadenie fabriky (zdravotníctva). Napriek tomu ich (ekonomicky) primitívne názory prebrali novinári, politici, ľudia. To, že pár novinárov obhajuje súkromné zdravotné poisťovne, lebo majú pocit, že im je ubližované, ešte neznamená, že niektorý z nich je schopný pochopiť, akceptovať a stotožniť sa s normálnymi princípmi fungovania sveta, ktorým sa časť zdravotníctva pod ochranou štátu vytrvalo bráni. Rovnako ako každý neefektívny systém chránený štátom.

Rado Bačo, šéfredaktor týždenníka Trend

To, čo a ako prinášajú médiá o zdravotníctve, nie je o politickom názore alebo predsudkoch. 70% toho, čo je v médiách o zdravotníctve, ovplyvňuje inteligencia novinárov.

Štefan Hríb, šéfredaktor týždenníka .týždeň

Médiá sú pod vplyvom názorov redaktorov aj vedenia redakcie, to je prirodzené. Neverím na neutrálnu správu, čo však neznamená, že správa nemá byť vyvážená a má strániť niekomu. Nesúhlasím s chorobnou snahou o objektivitu a obavu vysloviť vlastný názor. Čitateľ nemá čas ani možnosti skúmať vec, novinár je zodpovedný za to, aby mu povedal, ako má veci vnímať. No v súčasnosti to novinári urobia tak, že nepovedia názor sami, ale zatelefonujú analytikom ako tretej nezávislej strane. Ale žiaden analytik nie je nezávislý. Profesionalita novinárov je problém, rovnako ako profesionalita politikov. Novinárčina prestala byť vážene zamestnanie, nie je poslaním a neexistuje motivácia sa vzdelávať a robiť túto prácu stopercentne. Politici nad novinármi často vyhrávajú, môžu si často hovoriť, čo chcú. V zdravotníctve sa slepo verí inštinktom, ktoré napríklad hovoria, že zrušiť nemocnicu je zlé. Zdravotnícki novinári sú nekonzistentní – najprv bol pre nich R. Zajac revolučný až protiludový, teraz sa na neho odvolávajú. Kritizovali ho, no nemali argumenty. Nemajú ich ani teraz, keď kritizujú vládu. Pravda nie je ľavicová, SME je nekonzistentné.

Juraj Porubský, zástupca šéfredaktora denníka Pravda

Médiá nepodliehajú politickým tlakom, médiá nie sú ľavicové alebo pravicové. Ani súčasná vláda nie je ľavicová, je populistická. Na to, čo vyjde v novinách, má skôr vplyv prehľad a odbornosť novinárov, v akom časovom strese článok pripravujú, aké kvalitné odpovede dostanú. Ja denník Pravda nevnímam ako ľavicové noviny, náš obsah to nepotvrzuje.

Konštantín Čikovský, zástupca šéfredaktora denníka SME

Mladý začínajúci reportér nemá skúsenosti a často ani teoretické znalosti, editor má skúsenosti a vyprofilovaný názor. Článok je taký, aké zadanie dostane reportér od editora. V médiách dlho žiadne vypestované ekonomické názory neboli, až potom prišli jednotlivé školy (R. Bačo, M. Vavřínek, V. Tvaroška, M. Jaroš, J. Javorský). Trh pritom nie je o tom, ako zarobiť, ale ako urobiť optimálne rozhodnutie a toto si ľudia pletú. Je chyba, ak sa na zdravotníctvo nepozera očami ekonóma, no postupne sa to mení – napríklad už je menej emotívnych príbehov v zdravotníctve podaných cez chudáka občana. Historicky bol denník SME pravicový a Pravda ľavicová, no potiera sa to už. Na mnohé témy máme rovnaké názory, odlišujeme sa napríklad vo výbere tém na titulku. Nadbiehanie čitateľom a bulvarizovanie je pochopiteľné. V článkoch o zdravotníctve zohrávajú rolu emócie a nedostatočná odbornosť novinárov.

Ivan Trávníček, vedúci ekonomickej redakcie agentúry SITA

Médiá mierne podliehajú pravicovým politickým vplyvom, badať aj občasný tlak vydavateľov a PR agentúr. V slovenských médiách pracujú skôr pravičiar. Momentálne sú ich názory na etatické snahy vlády skôr nesúhlasné. Že novinári boli za éry R. Zajaca viac proti jeho reforme ako v súčasnosti, mierne súhlasím. No môže to vyplývať z toho, že novinári sú vždy aspoň voči krokom vlády kritickí, takže ak sa otočí situácia, podporujú to, čo predtým kritizovali. Reportovanie o zdravotníctve je silne ovplyvnené neskúsenosťou a nedostatočným prehľadom a teoretickými poznatkami novinárov, česť výnimkám. To isté platí aj pre exekutívne a legislatívne sily, ktoré rezort vedú. Skúsenosti v práci editora sú dôležité, predsudky v nej nemajú čo robiť. Reportér má šancu prísť s novou témou aj typom jej spracovania. Ekonomické názory v médiách vypestované neboli. Zmenila to nová generácia (aj M. Pintér, D. Deván, K. Félová). No aj ona i jej „potomkovia“ sú z médií vo veľkej miere mimo. V médiách vládne skôr amaterizmus.

Róbert Žitňanský, redaktor týždenníka týždeň

O politických vplyvoch veľa neviem, ale viditeľný je často iný vplyv – aby správy boli čo najľahšie konzumovateľné, treba zjednodušovať. Výsledok: totálna povrchnosť a nevedomosť novinárov. Téza „pravicovosti“ novinárov generálne neplatí. Takí sa koncentrujú v niektorých médiách. Ale keďže majú vyhranené názory, možno zaujmú viac ako beznázorová väčšina. Zdravotníctvo dopláca na to, že ho novinári aj občania stále vnímajú skôr ako službu pacientom a nie ako sektor, v ktorom fungujú prirodzené motivácie a ekonomické pravidlá. Je to dôsledok deformácie myslenia, ktorá je viditeľná aj inde, ale vzhľadom na prítomnosť „fatálnosti“ a emócií ju v zdravotníctve viac cítiť. Reportovanie o zdravotníctve je silne ovplyvnené neskúsenosťou, nedostatočným prehľadom a teoretickými poznatkami novinárov. Ale možno je to aj chyba policy makerov, pretože novinári nemajú na vzdelávanie veľa motivácie.

Igor Güttler, šéfredaktor spravodajstva rádia Expres

V slovenských médiách neprevládajú pravičiar ani ľavičiar. Médiá skôr podliehajú vplyvu „globálnej kretinizácie“ ľudstva. Zdravotníctvo dopláca na tých, ktorí na ňom bezhlavo zarábajú. Som za to, aby zarábali (inak to nejde), ale nech v tom je aspoň systém a nech bežných ľudí má kto dobre liečiť. Reportovanie o zdravotníctve je v priamej úmere neporiadku, v ktorom zdravotníctvo je. Súhlasím, že médiá sú viac za Zajacovu reformu a jej princípy teraz, keď ju obhajujú, ako za éry M. Dzurindu.

Ján Füle, hovorca bývalého prezidenta R. Schustera, glosátor denníka Pravda

Slovenské médiá podliehajú mnohým vplyvom. Verejnoprávne finančným a personálnym tlakom, súkromné elektronické vlastníckym tlakom, tlakom inzerentov, sledovanosti a počúvanosti. Tlačené médiá sú pod tlakom internetu, starnutia populácie, inzerentov, distribúcie. Na pravicové a ľavicové sa už nedelia ani médiá a často ani politické strany. Žiaden mienkotvorný denník si nemôže dovoliť byť ľavicový alebo pravicový na trhu, kde takého vnímanie roky nebolo, lebo bola jedna strana. Iné je to vo Veľkej Británii, Francúzsku... Jediné médium, ktoré bez výhrad obhajovalo reformu Rudolfa Zajaca, bol a je .týždeň. A bude tak dovedy, kým bude R. Zajac jeho majiteľom.

C: AKO ROZMÝŠĽAJÚ NOVINÁRI

Autorka oslovila formou dotazníka zdravotníckych novinárov, ktorí formujú mediálny obsah v tomto segmente. Pôsobia v agentúrach, denníkoch, týždenníkoch, rozhlas aj televízii. Do termínu odovzdania práce dostala 15 vyplnených dotazníkov. Z prieskumu vyplynulo nasledovné:

- 1. 12 z 15 deklaruje osobnú pravicovú politickú orientáciu** a rovnaký počet pravíc aj volilo.
- 2. 7 respondentov súhlasí, že médiá podliehajú politickej orientácii.** Podľa 6 pravicovej. Spomedzi iných vplyvov sa objavujú tlaky vydavateľa, povrchnosť, zjednodušovanie.
- 3. Najčastejšie menovaným ľavicovým médiom je Slovo, pravicovými SME, TREND a .týždeň.**
- 4. Na otázku, či sú pluralita, súťaž a konkurencia v zdravotníctve prínosom pre občanov, sedem novinárov odpovedalo „vždy“, osem „väčšinou“.** Odpoveď „nemajú vplyv“ či „škodia“ sa neobjavila.
- 5. 11 z 15 respondentov vidí význam súkromných investorov, ak na trhu súťažia s ostatnými hráčmi.** Nikto nepovedal, že význam súkromníkov nevidí.
- 6. Približne dvakrát viac je tých (9 z 15), čo by štátu v zdravotníctve zverilo iba rolu regulátora ako tých, čo mu priznávajú aj rolu vlastníka (5 z 15).** Žiaden novinár nevidí štát ako jediného vlastníka.
- 7. Polovica (7 z 15) tvrdí, že štátna organizácia zväčša poskytuje horšie služby ako neštátna.**
- 8. Nikto z opýtaných sa nevyslovil, že by rozvoj súkromného zdravotníctva nebol prospešný.** Najčastejšie identifikovaným prínosom bol tlak na vyššiu kvalitu, následne šetrenie zdrojov a znižovanie korupcie. Medzi spontánnymi odpoveďami sa objavili zvýšenie dostupnosti a ponuky služieb, lepší prístup ku klientom, lepšie platy pre zdravotníkov a vyššia transparentnosť prostredia.
- 9. 11 súhlasí, že finančnú spoluúčasť občanov treba zvyšovať so zvyšovaním kvality.** Päťina tvrdí, že za každú cenu. Jeden respondent by ju nezvyšoval.
- 10. Pravdepodobnosť, že novinár nepodporuje rušenie lôžok v nemocniciach, je 13 percent.**
- 11. Traja z 15 novinárov majú ekonomické vzdelanie. Žiaden nemá medicínske vzdelanie**

Novinári s ekonomickým vzdelaním nemajú zásadne odlišné názory ako ich kolegovia – neekonómovia. Výnimkou je ich zhoda v tom, že médiá nepodliehajú vplyvom politickej orientácie, skôr zjednodušovaniu obsahu. U novinárov – ekonómov badať trochu silnejšie presvedčenie ako u celej vzorky o tom, že pluralita je vždy prínosom pre občanov a že treba rušiť lôžka v nemocniciach. Názor na štát ako regulátora a vlastníka sa medzi týmito dvoma skupinami neodlišuje, rovnako tak vnímanie prínosov súkromného sektora. Súboj štátne verzus neštátne organizácie o vyššiu kvalitu služieb vyšiel u „ekonómov“ bez jednoznačného záveru. Na rozdiel u celej vzorky, u ktorej dvakrát toľko novinárov preferuje neštátne organizácie. Prekvapivo, táto skupina len mierne viac ako celá vzorka podporuje zvyšovanie finančnej spoluúčasti pacientov za každú cenu.

Druhou zaujímavou skupinou sú novinári, ktorí deklarovali, že sú bez politickej orientácie. Ich odpovede sú v porovnaní s celou vzorkou v zásade podobné, nebadáť žiadne výrazné rozdiely. Mierne odchýlky však áno. Ani jeden nepodporuje zvyšovanie finančnej spoluúčasti pacientov za každú cenu – dvaja za podmienky zvyšovania kvality, jeden vôbec. Viac vidia štát aj ako vlastníka, nielen regulátora. Mierne vyššiu podporu má u nich tvrdenie, že neštátne organizácie poskytujú lepšie služby ako štátne. Naopak, majú menšie zastúpenie takých respondentov, ktorí vidia prínos plurality vždy. Nemajú homogénny názor na vplyv na médiá. V oboch skupinách treba brať do úvahy malú vzorku.

D: AKO PÍŠU NOVINÁRI

Autorka urobila kvantitatívnu a/alebo kvalitatívnu mediálnu analýzu¹⁵⁾ a skúmala, ako médiá pokryli témy obmedzenie slobodnej voľby zdravotnej poisťovne a trhových princípov a rušenie nadbytočných lôžok.

- 1. Pluralita zdravotných poisťovní nebola médiami spochybnená za R. Zajaca ani za I. Valentoviča.** Médiá podporovali aj transformáciu poisťovní na a.s., opatrnejšie boli v otázke vyplácania dividend akcionárom. Mediálny súboj o reformné princípy odštartovalo zverejnenie zámeru Ministerstva zdravotníctva SR poistiť klientov štátu povinne v štátnych zdravotných poisťovniach v denníku SME 15. novembra 2006. V najbližšom mesiaci nasledovalo 146 mediálnych výstupov, prevažne

spravodajských. Novinári sa postavili na stranu slobodnej voľby a tému brali ako súčasť širšej témy pluralita a súťaž na trhu. Návrhy smerujúce proti týmto princípom kritizovali. 126 (86 %) výstupov bolo v prospech plurality. Hlavným spikom sa stalo Združenie zdravotných poisťovní SR. Novinári mu dávali rovnaký až väčší priestor ako zástancom návrhu (môže to súvisieť celkovo s úrovňou komunikácie s médiami zo strany združenia, ministerstva zdravotníctva i premiéra), argumenty združenia si prisvojili, najmä v publicistike. K tomuto mediálnemu obrazu prispel aj fakt, že analytici, formálne oslovení ako nezávislá tretia strana (HPI, Iness, INEKO), vystupovali spravidla v prospech plurality a súťaže. Tak vyznievali aj prieskumy verejnej mienky. Preto iba 6 príspevkov (4 %) bolo proti týmto princípom. Najmenej jasnú podporu získalo zachovanie zisku zdravotným poisťovňam, no aj v tejto téme médiá (najmä v publicistike) prevažne podporovali zachovanie zisku. Mediálnym víťazom zdravotníckych tém o slobodnej voľbe, pluralite aj zisku sa v roku 2007 stalo Združenie zdravotných poisťovní. Vystupovalo v 523 kľúčových príspevkoch: 380 (72 %) bolo pre neho pozitívnych, 117 (22 %) neutrálnych, 35 (6 %) negatívnych.

Pravda, kvalitných, vyvážených, originálnych analýz negatív i pozitív obmedzenia plurality, zrušenia zisku či zavedenia systému jednej zdravotnej poisťovne bolo minimum. Najsvetlejšou výnimkou je týždenník Trend. Naopak, objavili sa analýzy, ktoré preferovali výhody plurality bez toho, aby venovali rovnakú pozornosť a priestor jej nevýhodám (SME, Hospodárske noviny).¹⁶⁾ Argumenty sa opakovali. Novinári sa napríklad nezaoberali tým, aké by boli transakčné náklady prechodu na jednu zdravotnú poisťovňu, čo by sa ušetrilo/získalo, čo stratilo, ako by sa zmenili motivácie, či by bola vládna garnitúra schopná urobiť takú zmenu, čo všetky by si vyžiadala a pod.

- 2. Idea rušenia lôžok a selektívneho kontraktingu bola za éry R. Zajaca kritizovaná a spochybňovaná.** Mala a priori negatívny mediálny náboj. **Pod vplyvom jej rozvíjania, pribúdajúcich podporných analýz a odporúčaní domácich aj zahraničných odborníkov (Svetová banka, OECD, MMF) ju médiá postupne prijímajú a tvrdenie, že treba rušiť lôžka, podávajú oveľa vecnejšie a triezvejšie.** Platí to však hlavne vtedy, ak sa to netýka konkrétnych zariadení, pacientov, lekárov. V roku 2008 sa k nepodpisaniu zmlúv odhodlali Všeobecná zdravotná poisťovňa a DÔVERA. Všeobecná dosiahla negatívnu medializáciu, pretože proces nezvládla. DÔVERA konala proaktívne. Zverejnila hodnotenie nemocníc, metodiku, dôvody nezmluvnenia aj odporúčania pre pacientov. Nevyhla sa chybám, no medializácia bola pozitívnejšia než u Všeobecnej. Článok ako na titulke denníka Pravda „*Poisťovne nútia pacientov cestovať*“ bolo podstatne menej ako pri štátnej poisťovni, z celkového počtu mediálnych výstupov tvorili menšinu. V celoslovenských médiách vyznela medializácia napriek istej miere zjednodušenia, bulvarizácie a negativizmu (t. j. koľko nemocníc príde o zmluvu) zväčša neutrálne. Mediá vecne zdokumentovali rebríček nemocníc, zreprodukovali

hlavné posolstvá DÔVERY. Tretie strany aj úspešné nemocnice poisťovňu podporili. V regionálnych médiách, zatažených väzbami, vzťahmi v regióne a nižšou úrovňou poznania zdravotníctva, bola publicita skôr nepriaznivá. Prejavili sa emócie a tendencia zachrániť nemocnicu za každú cenu, bez ohľadu na fakty. Viac priestoru dostali lekári a pacienti, ktorí nemohli byť nestranní a objektívni. Príkladom je článok v regionálnej mutácii jedného denníka. Predstavitel redakcie uznal, že článok nebol argumentačne zvládnutý a chyba nastala už pri zadaní od editora. Celkovo, zo sto mediálnych výstupov od 6. mája do 13. júna 2008 bolo 52 % neutrálnych, 29 % negatívnych a 19 % pozitívnych. Pritom aj negatívna publicita je pri tejto téme úspech.

• ZÁVERY

Aj slovenská verejnosť vykazuje známky hlúpych voličov, platí to aj pre anti-market bias. Prieskumy verejnej mienky odhaľujú našu statickosť, inklináciu k štátu, preferenciu krátkodobých vplyvov pred dlhodobými. Sme skôr konzervatívni, nedôverujeme trhovým princípom v zdravotníctve ani súkromníkom v ňom pôsobiacim. Ako konzumenti médií navyše chceme počuť niečo negatívne (okrem tých správ, čo sa týkajú ich priamo), podané emocionálne a jednoducho. Mediá sa tomu prirodzene snažia vyhovieť, inak prídu o sledovanosť aj peniaze z inzercie. Práve nezdravé nadbiehanie tomuto vkusu, bulvarizácia, prílišné zjednodušovanie sú faktory, ktoré majú podľa mediálnych elít vplyv na obsah slovenských médií. Čo sa týka zdravotníckych tém, ešte častejšie ako tieto sú spomínané nedostatky odborné znalosti a background často mladých a neskúsených novinárov. Približne tretina elít hovorí, že v médiách pracujú skôr pravičiar, resp. že mediá podliehajú pravicovému politickému vnímaniu. No väčšina politické vplyvy nevidí a mediá nerozdeľuje na pravicové a ľavicové. Elity pripúšťajú, že čo mediá za éry R. Zajaca kritizovali, v súčasnosti obraňujú. Zhodujú sa, že chýba tradícia kvalitnej ekonomickej žurnalistiky, na čo dopláca aj zdravotníctvo, v ktorom tiež fungujú ekonomicke pravidlá a motivácie.

Tvrdenie, že politická orientácia, konkrétne pravicová, je v médiách viditeľná, je častejšie u reportérov ako u elít, ale ani u nich nie je väčšinové. Reportéri pritom sami seba považujú za pravičiarov. Podporujú pluralitu, súťaž a konkurenciu v zdravotnom poistení (hoci len 7 tvrdí, že ich prínosy prichádzajú vždy, 8 si vybralo možnosť „väčšinou“) a vidia význam súkromného sektora v zdravotníctve. Podporujú rušenie lôžok. Už umiernennejšie podporujú zvýšenie finančnej spoluúčasti pacientov za každú cenu a obmedzenie úlohy štátu len na regulátora. Polovica tvrdí, že štátne organizácie ponúkajú horšie služby ako neštátne. Mierne odchyľky, no žiaden výrazný rozdiel, badať u novinárov s ekonomickým vzdelaním a tými, čo nedeklarovali politickú orientáciu.

Pri skúmaní dvoch zdravotníckych tém vyplynulo, že v prípade plurality, súťaže a konkurencia na trhu verejných zdravotných poisťovní existuje korelácia medzi tým, čo si reportéri myslia a ako vyznieva mediálny obsah. Autorka

tým netvrdí, že sú novinári pri tejto téme ovplyvnení vlastnými názormi. Dôvody môžu byť druhotné (kvalita komunikácie so zdrojmi vrátane premiéra, názory analytikov a zahraničných inštitúcií). Rušenie lôžok a selektívny kontraktning zostáva citlivou témou. 13 z 15 novinárov ju osob-

ne podporuje, korelácia s mediálnym vyznením témy je však podstatne menšia ako pri téme pluralita. Veľa závisí však od toho, ako aktívne, otvorene a kvalitne komunikuje túto tému konkrétna zdravotná poisťovňa. ■

• POZNÁMKY

- 1) ROHÁČ Dalibor, *Temná strana demokracie*, Trend, 27. júla 2007
http://www.etrend.sk/generate_page.php?page_id=106099
- 2) ROHÁČ Dalibor, *Temná strana demokracie*, Trend, 27. júla 2007
http://www.etrend.sk/generate_page.php?page_id=106099
- 3) CAPLAN Bryan, *The 4 Boneheaded Biases of Stupid Voters*, október 2007
<http://www.reason.com/news/show/122019.html>
- 4) Korene liberalizmu siahajú do osvietenstva a jeho centrom je občan a jeho sloboda. V 20. str. si v USA začali označenie liberalizmus privlastňovať politici preferujúci sociálny štát, konštatuje Wikipedia. Liberalizmus je tak synonymom ľavicovej politiky, ktorú presadzujú demokrati. Jednotlivé smery a prúdy liberalizmu sa viac menej zhodujú v prístupe k otázkam osobnej slobody jednotlivca. Odlišnosti nachádzame hlavne v prístupe k ekonomickým otázkam. Preto dnes môžeme deliť liberálov hlavne podľa viac ľavicovej alebo pravicovej orientácie. Republikáni sú naopak vyznávačmi konzervativizmu, ktorý podporuje tradičné hodnoty, je proti náhlym zmenám a preferuje celospoločenské, nie individuálne záujmy.
- 5) *The Liberal Media Exposed*, Media Research Center, 2007
- 6) GOLDBERG Bernard, *Jak novináři manipulují*, IDEÁL, Praha 2005
- 7) HABRMANOVÁ Slávka, *Ministrom „na odstrel“ ľudia neveria*, Hospodárske noviny, 28. mája 2008
- 8) http://www.government.gov.sk/cis/prieskum_klima.php
<http://www.ineko.sk/?id=39>
http://www.ineko.sk/files/Slovenska_verejnost_a_transformacia.pdf
- 9) http://www.ineko.sk/files/ekon_dosledky_pesimizmu.pdf
- 10) http://www.ineko.sk/files/Slovenska_verejnost_a_transformacia.pdf
- 11) <http://www.government.gov.sk/cis/zdravotnictvo.php>
- 12) Prieskumy verejnej mienky agentúr Focus, GfK pre Združenie zdravotných poisťovní, 2007
- 13) CZWITKOVICZ Tomáš, MÚČKA František, *Pravda: Od ľavice k oddychu*, Trend, 30. mája 2008
- 14) <http://www.ineko.sk/?id=26>
- 15) Kvantitatívna analýza vychádza z mediálnych výstupov zachytených v monitoringu pre Združenie zdravotných poisťovní SR. Kvalitatívna analýza hodnotí celkové vyznenie mediálneho výstupu. Zohľadňuje sa vyznenie titulku, prexexu, priestor pre argumenty oboch strán, názory nezávislých tretích strán, prítomnosť názorov a komentatívnych prvkov v autorských výpovediach novinára a pod.
- 16) www.etrend.sk/generate_page.php?page_id=113588

• LITERATÚRA

- GOLDBERG Bernard, *Jak novináři manipulují*, IDEÁL, Praha 2005
- *The Liberal Media Exposed*, Media Research Center, 2007
- CZWITKOVICS Tomáš, MÚČKA František, *Pravda: Od ľavice k oddychu*, Trend, 29. mája 2008
- ROHÁČ Dalibor, *Temná strana demokracie*, Trend, 27. júla 2007
- CAPLAN Bryan, *The 4 Boneheaded Biases of Stupid Voters*, október 2007

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach.



health management academy

hmad

Rozpočet zdravotníctva bude v roku 2009 krátený o 240 miliónov eur

Maďarsko: Zdravotná politika v kríze



Všetky ekonomiky musia čeliť globálnej kríze, recesii a ich dôsledkom: otázkou však je, ako silno je daná ekonomika postihnutá a aké inštrumenty a opatrenia bude daná vláda implementovať s cieľom zotavenia ekonomiky v čo najkratšom čase.

Maďarská ekonomika vzrástla v treťom kvartáli 2008 o 0,7 %. Je to extrémne málo, ak sa pozrieme na štruktúru HDP: vďaka vyrovnávaciemu efektu počasia (v minulom roku zlého a v tomto roku optimálneho), je hodnota HDP tlačena silno nahor viac ako 50%-ným nárastom maďarského poľnohospodárskeho sektora. Výkon tohto sektora celkovo zvýšil HDP o 2 %, čiže „výkon“ hospodárstva by bol býval v roku 2008 okolo -1 %.

Pri pohľade späť na dáta z minulého roku môžeme vidieť, že to boli hlavne dva faktory, ktoré pomohli vyprodukovať viac ako 4%-ný nárast: na jednej strane je to masívny nárast štátneho dlhu; na strane druhej je to enormná expanzia dlhového zataženia občanov. Od roku 2007 pokračovala korekcia dlhu a v nasledujúcich rokoch sa očakáva nárast spoločného efektu expanzie dlhov a samotnej krízy. Problémy sú veľké a nanešťastie sa nedá povedať, že sú spôsobené výlučne externou situáciou.

Pozrime sa na návrh maďarskej stratégie krízového manažmentu. Ako odpoveď na ekonomickú krízu v roku 1997 viaceré vlády devalvovali národné meny. Pokles dôvery investorov vtedy nebol taký veľký ako dnes a generovaný dopyt mal priamy pozitívny efekt na finančné trhy. Aktuálne sme svedkami niečoho veľmi rozdielného: takmer každý deň sa objavuje nejaká informácia o tom, že centrálna banka znižuje úrokové sadzby o určité percento: zdá sa, že takmer všetky vlády sa rozhodli pre túto cestu investičnej stimulácie ako zvládnuť krízu, a to aj keď riziká špekulatívnych hrozieb a útokov sú ešte vyššie.

Na základe už spomenutého je ešte viac zaujímavý pohľad na fakt, že najdrastickejší nárast základných úrokových sadzieb v Maďarsku sa udial 22. októbra 2008. Hodnota 11,5 % mala mierne pozitívny efekt na výmenný kurz HUF/EUR.

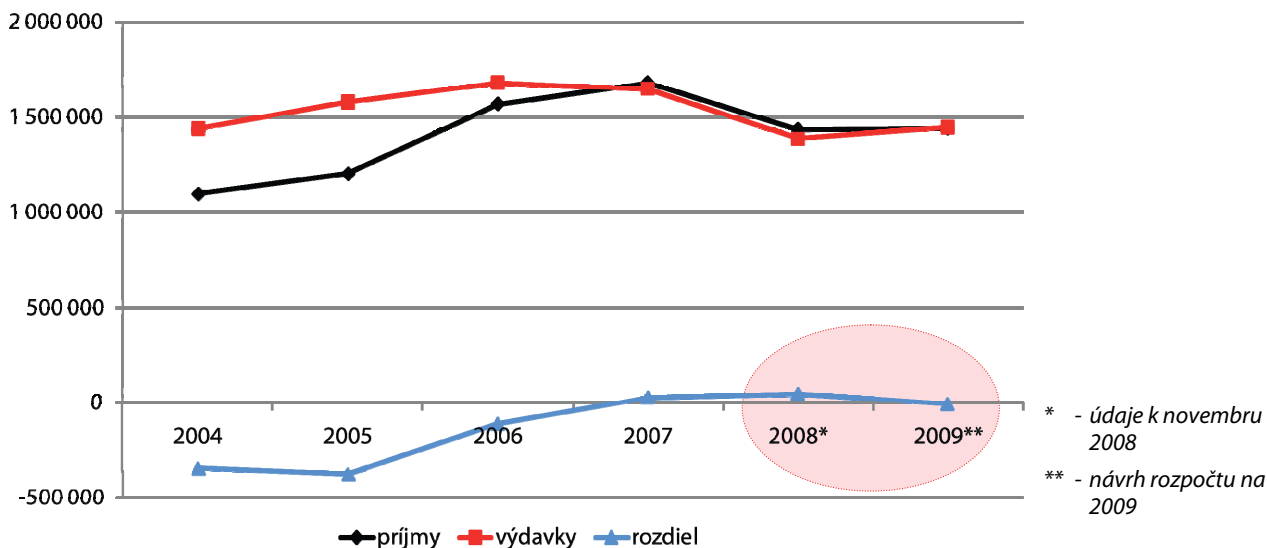
Myslím si však, že dopyt po HUF nebol nízky kvôli nízkej sadzbe. Výmenný kurz bol pozitívny už aj pri úrokovej sadzbe 8,5 %, problém je skôr, že investori majú strach z relatívne vysokého externého dlhu a očakávania znižujúcich sa externých zdrojov, čo môže ohroziť udržateľnosť financovania dlhu. Podľa expertov by bolo viac efektívne, vyrovnávať nižšie riziko spojené s investovaním do inštrumentov založených na forinte s fiškálnymi krokmi a redukciami externého dlhu.

Pozrime sa, ako sa aktuálna ekonomická situácia dotýka zdravotného sektora: návrh rozpočtu na rok 2009 bol upravený z dôvodu finančnej krízy – množstvo zmien bolo vykonaných práve v časti o zdravotnej starostlivosti, avšak ani v novej verzii sa nepodarilo napraviť slabé body tej predošlej. Na jednej strane, prebytok zo zdravotného poistenia nebude prerozdelený na účely zdravotnej starostlivosti, na strane druhej, **po dvoch rokoch pozitívneho hospodárskeho výsledku sa opäť očakáva deficit vo Fonde zdravotného poistenia.**

Pomerne vysoké poisťné odvody mali byť podľa návrhu štátneho rozpočtu zo začiatku októbra znížené; podľa názorov odborníkov by však vláda nebola schopná kompenzovať nižšie príjmy spôsobené znížením odvodov. Zdalo sa, že zdravotnícky sektor tak nebude môcť počítať s úsporami zo zdravotného poistenia.

Podľa zmenenej, poslednej verzie štátneho rozpočtu (detailná debata bola ukončená 2. decembra 2008) nedôjde k zníženiu odvodov zdravotného poistenia. Vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu, maďarská vláda nie je jediná, ktorá sa odkláňa od nižších zatažení. Zámery na krátenie rôznych daní a poplatkov boli nahradené rozhodnutiami s cieľom dosiahnuť stabilitu. A tu narážame na bod, ktorý je veľmi ťažko pochopiteľný: Napriek absencii zníženia príjmov očakáva nový rozpočet vyšší deficit pre oblasť zdravotného poiste-

Tabuľka: Hospodárenie Fondu zdravotného poistenia (v mil. HUF)



nia, než tomu bolo v predošlej verzii. Experti len nerozumejú, prečo hlavné čísla jedného z najväčších rozpočtových fondov nereflexujú ambíciu vlády vytvárať stabilitu. Novú situáciu to robí ešte bizarnejšou, táto stabilita bola vytvorená v minulom roku a musí byť už len udržaná.

Dá sa namietat, že nárast v príjmoch spôsobený odložením zníženia odvodov za zdravotné poistenie môže len ťažko ovplyvniť výdavky na zdravotnú starostlivosť. Predošlá verzia rozpočtu obsahovala výdavky na úrovni 1 450 miliárd HUF (5,25 mld. EUR); v novom rozpočte boli tieto výdavky prekalikulované na 1 475 miliárd HUF (5,34 mld. EUR). Nie, v číslach nebol urobený preklep: **nárast vo výdavkoch je len 25 miliárd HUF (90 mil. EUR), ale príjem fondu bez redukcie odvodov sa očakáva vyšší o 60 miliárd HUF (217 mil. EUR).**

Taktiež môžeme poznamenať, že centrálny rozpočet už nebude prispievať na výdavky Fondu zdravotného poistenia na príspevky pre detskú starostlivosť. Ide o určitý druh rodinného príspevku a je teda len „virtuálne“ súčasťou zdravotného poistného systému: tento fakt bol vždy rešpektovaný, teda centrálny rozpočet vždy prispieval na tieto výdavky fondu. Nestačí, že tento príspevok vo výške 45 miliárd HUF (163 mil. EUR) z nového návrhu rozpočtu zmizol, ale po analýze čísel je jasné, že fond má platiť aj penzijné poplatky za tieto rodinné príspevky vo výške 21 miliárd HUF (76 mil. EUR)!

V novembri avizoval minister zdravotníctva Tamás Székely, že rozdelenie kapacít ústavnej a ambulantnej starostlivosti bude viac flexibilné. **Nevyužitú kapacitu by mohli byť presunutú do iných zariadení.**

Ako sa minister ďalej zmienil, že jednou z najdôležitejších vecí je novela Zákona o zlepšení systému platieb za zdravotnú starostlivosť (tzv. nemocničný zákon). V kostre tohto návrhu budú oznámené minimálne hodinové sadzby špecializovanej starostlivosti: to znamená, že bude stanovený najnižší limit, ktorý musí byť zabezpečený poisťovateľom ako minimálny nárok. Platby budú mať aj maximálny strop.

Platby by mali byť každý rok prerozdelené na základe odporúčaní poisťovateľa. Odporúčania môžu dávať aj regionál-

ne zdravotníckej rady, záverečné rozhodnutie však robí hlavný zdravotník regiónu. Manažéri zdravotníckych zariadení môžu iniciovať prerozdelenia platieb vnútri medzi svojimi zariadeniami a to u hlavného zdravotníka regiónu.

Dlhodobu nevyužívané kapacity budú monitorované zo strany Fondu zdravotného poistenia; fond môže odporučiť ich presun do tých zariadení, ktoré ich postrádajú a potrebujú. Fond by mal taktiež kontrolovať vymáhanie regulácie platieb. Ak poisťovateľ zistí akékoľvek nedostatky, môže modifikovať alebo vypovedať zmluvu týkajúcu sa danej špecializácie a môže premiestniť platbu do inej prioritnej alebo teritoriálnej inštitúcie.

Podobne ako v nemocniciach, regionálne platby budú zavedené aj v ambulantnej starostlivosti: poskytovatelia sú zaviazaní poskytovať zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov svojho regiónu pôsobenia.

Opozícia vyslovila silne kritický názor na opatrenia v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Hovorca najväčšej, pravicovo orientovanej, opozičnej strany (FIDESZ) povedal, že v súčasnosti je zdravotná starostlivosť charakterizovaná nedostatkom peňazí a zväzovaním operačnými zlyhávami. Sektor čelí podhodnoteniu viac ako 50 miliárd HUF (181 mil. EUR), čo je za súčasných podmienok neakceptovateľné, keď tento objem redukcie zdrojov fundamentálne ohrozuje schopnosť fungovania zdravotnej starostlivosti. Podľa názoru hovorca spôsobili limity na výkony najväčšie problémy s nefunkčnosťou platieb a mali by byť teda čo najskôr odstránené.

Posledné mesiace roka boli plné prekvapujúcich udalostí. Na jednej strane sa zdá, že niektoré vládne iniciatívy zvýšia kvalitu platieb za zdravotnú starostlivosť, avšak na strane druhej, ak súčasná verzia zákona nadobudne účinnosť, Fond zdravotného poistenia pôjde do deficitu a sektor príde o 66 miliárd forintov (239 mil. EUR). Ba čo viac, zdá sa, že kríza má omnoho silnejší dopad na maďarskú ekonomiku a očakávaná sú teda veľmi nepriaznivé.

K. ORBÁN

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?



Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY

PRE ROKY 2008 - 2011



Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníckeho sektora
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

DOBRY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?



Publikácia o selekcii rizika a kompenzácií rizikovej
štruktúry v zdravotnom poistení
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 439 Sk / € 14,57 za tlačенú verziu
237 Sk / € 7,87 za elektronickú verziu

KONTAKT PRE OBJEDNÁVKY:

e-mail: hpi@hpi.sk
fax: +421 2 54 643 053
telefón: +421 2 54 643 051
pošta/osobne: Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

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

Into Balance 11-12/2008

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: hpi@hpi.sk).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Sivá