Health Policy Institute

Into Balance

THERE IS ALWAYS AN ALTERNATIVE SOLUTION

ROČNÍK 2 DECEMBER 2007

OBSAH

Rok 2007: Chaos menom „štátne zdravotníctvo“

Prišlo vytriezvenie?

Zrušené úlohy

K niektorým aspektom právnej úpravy informovaného súhlasu

Potenciálne riziká na trhu zdravotného poistenia v Maďarsku

Do nového roku s novelizovaným zákonom o zdravotnej starostlivosti

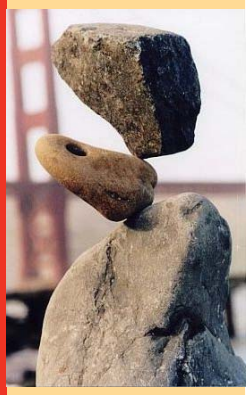


Foto: www.rock-on-rock-on.com Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

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

Rok 2007: Chaos menom „štátne zdravotníctvo“

Zdravotníctvo v roku 2007 najvýznamnejšie ovplyvnil premiér Robert Fico, a to napriek tomu, že zdravotníctvu nerozumie. Zdravotná politika tak pod taktovkou Roberta Fica nadobudla rozmery ideológie pod heslom budovania „štátneho zdravotníctva“.

Takto ideologicky poňatá zdravotná politika nie je uchopiteľná štandardným rámcom cieľov a nástrojov zdravotnej politiky. Navyše, súčasnej vláde na jasné definovanie cieľov a nástrojov nechýba len know-how, ale najmä kapacita vzdelaných ľudských zdrojov.

Napriek tomu sa koalícii podarilo presadiť zásadnú novelu zákona č. 581/2004 o zdravotných poisťovniach, ktorou sa snaží obmedziť rozdelenie zisku zdravotných poisťovní. To, že novela je zrejme protiústavná (siaha na základné ústavné právo – súkromné vlastníctvo) neprekvapí, prekvapí však to, že bola prijatá ako retroaktívna a nespĺňala základné legislatívno-technické náležitosti.

Tento amatérsky legislatívny postup však nebol výnimočný. Legislatívny proces bol počas celého roka zmätočný. Ministerstvo nedodržiavalo lehoty na medzirezortné pripomienkové konanie, odmietlo právoplatnú hromadnú pripomienku občanov a zákon na dvakrát pretlačilo cez legislatívnu radu vlády, v ktorej sediaci docenti práva pokojne na vládu posunuli zrejme protiústavný zákon.

Ani koncept „štátneho zdravotníctva“ nemal počas roka konzistentné kontúry. Fico najprv ohlásil vznik jednej zdravotnej poisťovne, aby následne oznámil, že pluralita sa neruší a že chce len súkromné poisťovne vytlačiť z trhu. Vo finále už oznamoval, že ich vytlačiť nechce, len im zakáže dosahovať a vyplácať zisk. Celý tento chaos sa odrazil na kvalite novely. Podľa Združenia zdravotných poisťovní SR je zákon nielenže zlý, ale aj prakticky nevykonateľný. Ako sa cítia ľudia na sekcii legislatívno-právnej?

Druhá časť skladačky do štátneho zdravotníctva malo byť optimalizovanie siete nemocníc. Ak sa povznesieme nad fakt, že minimálna sieť bola celkovo predložená päťkrát vždy rozličnou metodikou a číslami, tak nemôžeme nepripomenúť, že v závere žiadna metodika potrebná nebola – oznámil ju Fico na tlačovej besede – štátne zariadenia sú „in“ a všetky ostatné sú „out“. Otázkou zostáva, načo je ministerstvu zdravotníctva sekcia zdravia...

Pocit bezradnosti ešte viac umocňuje neplnenie ani štandardných úloh. V posledných mesiacoch roka 2007 si minister Valentovič nechal zrušiť viaceré úlohy. Medzi nimi aj analýzu zlúčenia VšZP a SZP, analýzu finančne náročnej liečby a vytvorenie štandardov účtovníctva pre zdravotné poisťovne a výkazníctvo pre nemocnice. Je prebytočná aj sekcia financovania?

Celkovo pozícia ministra zdravotníctva je pri riadení systému až treťoradá. O osude (zo)smerovania zdravotníctva rozhoduje Fico, o fungovaní ministerstva a nemocníc rozhoduje predseda parlamentu Paška a ministrovi tak zostávajú hry na úrovni nešťastného helicobactera. Ešteže mu na tú hru skočili aspoň opoziční poslanci na čele s SDKÚ-DS.

PETER PAŽITNÝ

health management academy hma

Začíname v Žiline 26. januára v hoteli Holiday Inn

1. modul: Zdravotná ekonómia pre ambulantných lekárov. Viac info: **www.hma.sk**

7. novembra zverejnil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou údaje o prepoistení poistencov zdravotných poisťovní k 30. septembru 2007. Pre zmenu zdravotnej poisťovne sa rozhodlo 232 145 poistencov.

MONITORING NOVEMBER 2007

7. novembra zverejnilo ministerstvo zdravotníctva návrh Stratégie liekovej politiky do roku 2010. Ministerstvo v návrhu uvádza, že tempo rastu nákladov na lieky aké bolo v roku 2006 (17%) je privysoké a plánuje znížiť toto tempo rastu do roku 2010 na 10%.

9. novembra uverejnilo ministerstvo zdravotníctva na svojej internetovej stránke Správu o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva k 30. júnu 2007. K tomuto termínu dosiahla celková zadlženosť zdravotníckych zariadení 7,324 miliárd korún.

13. novembra informovala Spoločná zdravotná poisťovňa o návrhu svojho rozpočtu na rok 2008. Poisťovňa predpokladá príjmy vo výške 14,813 mld. Sk, celkové výdavky by mali dosiahnuť 14,364 mld. Sk.

13. novembra Slovenská lekárska únia špecialistov protestovala proti zavedeniu povinných poukazov od obvodného lekára na vyšetrenie k špecialistovi. Kritizovala tiež plánované povinné služby špecialistov v iných zdravotníckych zariadeniach.

Prišlo vytriezvenie?

Štatistický úrad SR pravidelne publikuje výsledky svojich súhrnných konjunkturálnych indexov, ktoré sú metodicky zosúladené s konjunkturálnymi indexami vykazovanými v rámci EÚ. Takéto indikátory zvyčajne dobre odrážajú stav očakávaní v ekonomike. Jeden z nich, **index spotrebiteľskej dôvery** (pozri **Rámček 1**), sa v poslednom období zachoval nezvyčajne: **najprv sa vyvíjal až príliš pozitívne, následne až príliš negatívne.** Ostatné konjunkturálne indexy sa vyvíjali v podstatne menších výkyvoch.

FÁZA PREHNANE OPTIMISTICKÁ

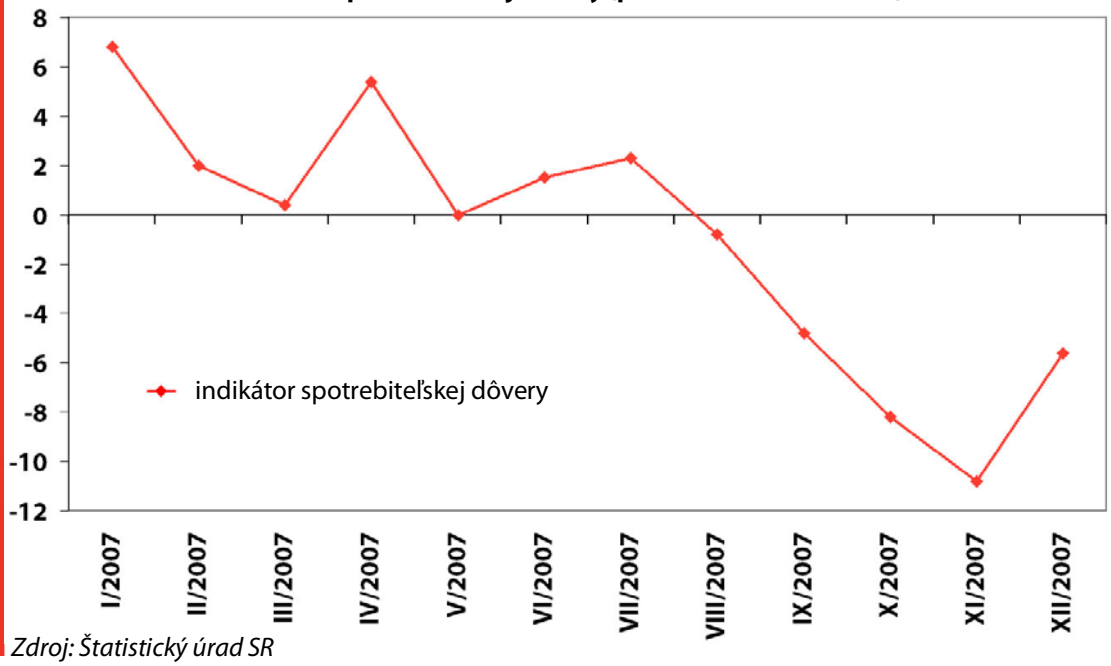
Trvalý pokles miery nezamestnanosti a nárast reálnej mzdy sa postupne sa začal v druhej polovici roka 2006 odrážať v posilňovaní pozitívnych očakávaní domácností 2006 pozoruhodne priaznivé úrovne. Indikátor spotrebiteľskej dôvery, ktorý odráža očakávania domácností ohľadne svojej kúpnej sily a budúcej spotreby, dosiahol vtedy najvyššie hodnoty za posledných 9 rokov. Indikátor vychádza zo subjektívnych názorov respondentov. Preto jeho výsledky môžu byť ovplyvnené náladami v spoločnosti a inými masovopsychologickými javmi. Indikátor je výsledkom číselného bodovania subjektívnych názorov občanov na predpokladaný vývoj ekonomiky, na vývoj nezamestnanosti, na predpokladaný vývoj finančnej situácie a vývoj úspor vo vlastnej domácnosti. Respondenti v jesenných mesiacoch roka 2006 podstatne pozitívnejšie oproti minulosti hodnotili vývoj predpokladanej nezamestnanosti a trochu pozitívnejšie vnímali očakávanú finančnú situáciu v domácnosti. Je pravdepodobné, že pod mimoriadne dobrý výsledok tohto indikátora sa podpísali jednak objektívne vývojové tendencie v ekonomike (dlhodobo klesajúca miera nezamestnanosti, rast reálnej mzdy), ale aj masovopsychologické javy súvisiace s konaním vlády (odmietanie zvyšovania cien v energetike, sľuby vlády v sociálnej oblasti a paternalistické postoje).

Mimoriadne pozitívne vnímanie vlastnej situácie pretrvalo v prvej polovici roka 2007, potom prišlo k zvratu.

FÁZA PREHNANE PESIMISTICKÁ (?)

Optimizmus respondentov konjunkturálneho dotazníka akoby vyprchal (pozri v **Grafe 1**). Tak, ako neodôvodnene expandoval v druhej polovici 2006, tak neodôvodnene aj opadol v druhej polovici 2007. Nastala zvláštna situácia,

Graf 1: Hodnota indikátora spotrebiteľskej dôvery (priemer roka 2005=100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

keď pri rekordne silnom ekonomickom raste a rekordne nízkej miere nezamestnanosti narástol pesimizmus domácností. Je tu značný nesúlad medzi vývojom merateľných makroekonomických veličín a vývojom tohto konjunkturálneho indexu. Aká je naša interpretácia? **V druhej polovici roka 2007 ide o kompenzáciu neoprávnených pozitívnych očakávaní z obdobia druhého polroku 2006 a prvého polroku 2007.** Zrejme spotrebitelia na základe osobnej skúsenosti prestali podliehať prehnane pozitívnym predstavám vyvolaným paternalizmom politickej elity a posilnil sa pesimizmus. A to aj napriek priaznivému vývoju rozhodujúcich makroekonomických parametrov.

Konjunkturálne indexy sa obyčajne využívajú na krátkodobé predpovedanie vývoja ekonomiky. Index spotrebiteľskej dôvery by sa normálnych okolností dal využiť na predpovedanie vývoja konečnej spotreby domácností, maloobchodných tržieb či úspor domácností. Tento index sa však zachoval tak, že by mohol viesť k chybným prognózam. Prepad úrovne indexu spotrebiteľskej dôvery nebude pravdepodobne znamenať dramatické zhoršenie súvisiacich objektívnych parametrov.

KAROL MORVAY

Rámček 1: Čo je „indikátor spotrebiteľskej dôvery"?

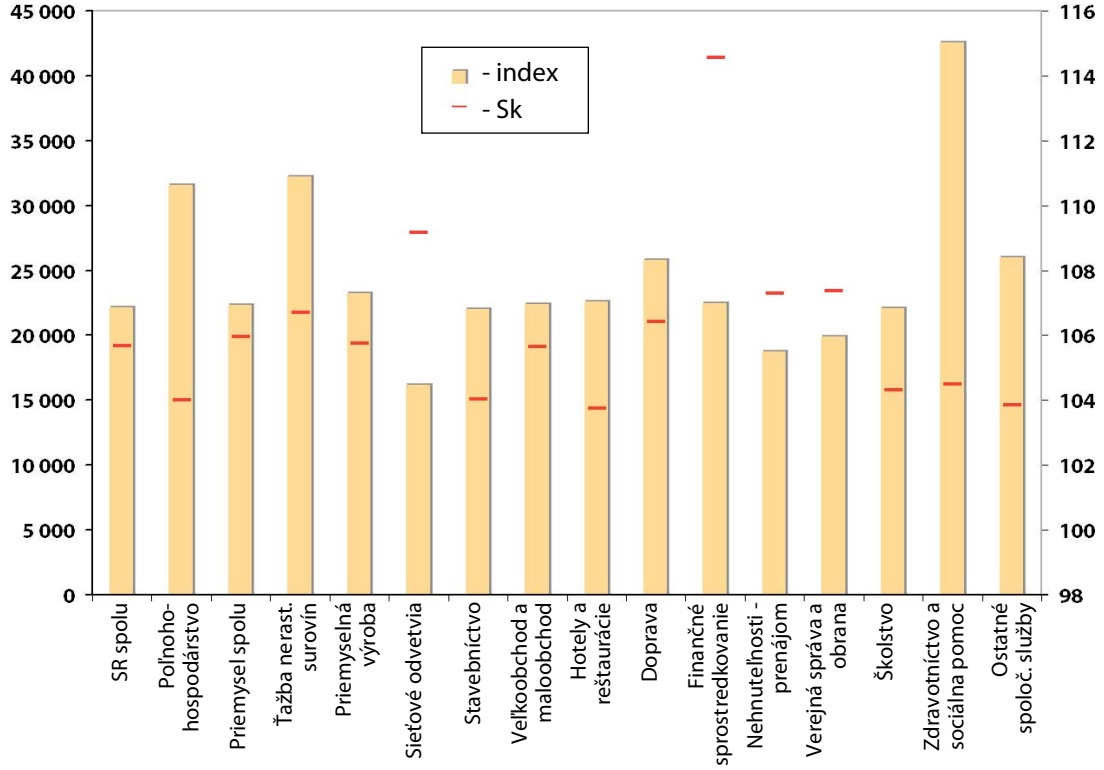
Indikátor spotrebiteľskej dôvery je súhrnná charakteristika, ktorá približuje celkovú očakávanú spotrebiteľskú dôveru obyvateľstva. Tento súhrnný ukazovateľ je vypočítaný ako aritmetický priemer sáld predpokladaného vývoja ekonomiky, nezamestnanosti a predpokladaného vývoja finančnej situácie a úspor vo vlastnej domácnosti, (nezamestnanosť je s opačným znamienkom). Všetky štyri zložky majú rovnakú váhu.

Zdroj: Štatistický úrad SR

Krátko o aktuálnych tendenciách I.

Mzdy v zdravotníctve a sociálnej pomoci rástli najrýchlejšie zo všetkých odvetví. Zatiaľ sú k dispozícii dáta o mzdách podľa odvetví za prvé tri štvrťroky 2007. Vyplýva z nich, že odvetvie zdravotníctvo a sociálna pomoc bolo odvetvím s najsilnejším medziročným rastom priemernej mzdy. Medziročné tempo rastu priemernej mzdy v tomto odvetví (15,0 %) bolo značne vyššie ako v priemere za hospodárstvo (6,9 %). Priemerná mzda v odvetví zdravotníctva a sociálnej pomoci (16 223 Sk) však ešte aj tak výrazne zaostáva za priemerom ekonomiky SR (19 208 Sk).

Graf 2: Úroveň miezd a ich dynamika v odvetviach hospodárstva v prvých troch štvrťrokoch 2007



Vysvetlivka: Úroveň miezd zobrazuje ľavá os, index zobrazuje pravá os (ide o priemerné hodnoty za prvé tri štvrťroky 2007). Index zobrazuje medziročnú zmenu (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100).

Zdroj: Vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR.

14. novembra rozhodla vláda SR, že minister zdravotníctva nebude musieť predložiť kabinetu správu o stave poskytovania finančne mimoriadne náročnej liečby, ktorá mala byť vyhotovená v októbri.

16. novembra informovala Slovenská lekárnická komora, že nie je spokojná so zavedením degresívnej marže v podobe, ako má platiť od januára 2008.

19. novembra oznámil Výkonný výbor Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb, že schválenú verejnú minimálnu sieť nemocníc považuje za nedostatočnú. Výbor žiada vládu, aby túto sieť, v ktorej sa ocitli iba štátne zdravotnícke zariadenia, prehodnotila.

19. novembra podpísal Prezident SR novelu Zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá určuje poisťovniam použiť kladný výsledok hospodárenia z verejného zdravotného poistenia výlučne na úhradu zdravotnej starostlivosti.

20. novembra vydala Asociácia súkromných lekárov vyhlásenie, v ktorom žiada vládu a parlament, aby odstránili zo Zákona o zdravotnej starostlivosti povinnosť praktických lekárov slúžiť v rámci lekárskej služby prvej pomoci.

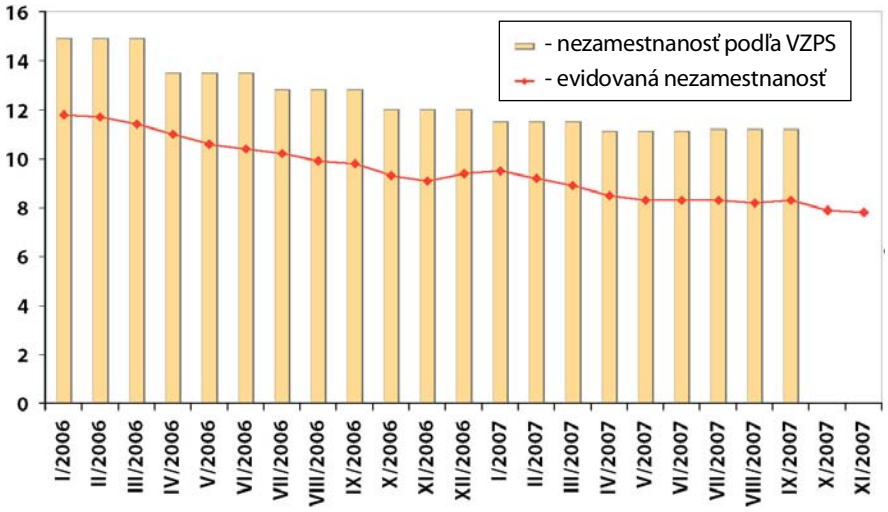
23. novembra informovala finančná skupina Penta, že pripravuje podnet generálnej prokuratúre pre podozrenie z neústavnosti novely zákona o zdravotných poisťovniach.

Krátko o aktuálnych tendenciách II.

Obe miery nezamestnanosti klesajú, ale stále sú vzájomne vzdialené. Úrady práce hlásia z mesiaca na mesiac stále nižšiu mieru nezamestnanosti. V októbri prvýkrát klesla miera evidovanej nezamestnanosti pod 8 % (konkrétne 7,9 %), v novembri klesla ešte ďalej – na 7,8 %. V decembri Štatistický úrad SR zverejnil aj výsledky výberového zisťovania pracovných síl (VZPS) za tretí štvrťrok 2007. Z neho takisto vyplýva ústup nezamestnanosti (11,2 % oproti 12,8 % pred rokom), ale namerané hodnoty sú ešte stále významne odlišné od tých, ktoré poskytujú úrady práce. Tento jav pretrváva od roku 2003, keď sa sprísnili pravidlá pre evidenciu na úradoch práce. Odvtedy je miera nezamestnanosti podľa VZPS podstatne vyššia ako tá sprostredkovaná úradmi práce. Ironické na tom je, že predstavitelia súčasnej vládnej koalície vyjadrovali v čase svojho opozičného pôsobenia nedôveru voči nižším mieram nezamestnanosti vykázaným úradmi práce a hovorili o potrebe zreálnenia týchto čísel. Teraz však už pretrvávajúca diferencia medzi mierami nezamestnanosti neprekáža... Pritom nemožno ani jednu z týchto mier nezamestnanosti vyzdvihovať ako správnejšiu, len ich treba správne interpretovať.

KAROL MORVAY

Graf 3: Miera nezamestnanosti v %, podľa dvoch metód jej vykazovania



Poznámka: údaj za VZPS je štvrťročný
Zdroj: Vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR.

Zrušené úlohy

Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR) predložilo v závere roka návrhy na zrušenie ďalších dvoch úloh, ktoré vláda uložila ministrovi zdravotníctva v januári a máji tohto roku. Predmetom úloh bolo **vypracovanie správy o poskytovaní finančne náročnej liečby** (FNL) a **vytvorenie jednotnej osnovy výkazníctva a účtovníctva záväznú pre všetky zdravotné poisťovne a zdravotnícke zariadenia**. Podobne ako v prípade zrušenia úlohy, na základe ktorej malo MZ SR vypracovať projekt zlúčenia VšZP a SZP (pozri *IntoBalance* č. 8/2007), **je aj v tomto prípade rušenie zmysluplných úloh neopodstatnené a na škodu dobrej veci.**

Pri prvej úlohe zdôvodnilo MZ SR návrh na jej zrušenie tvrdením, že: *„Definícia finančne mimoriadne náročnej liečby nie je legislatívne upravená a zdravotné poisťovne ju preto osobitne neevidujú a nevykazujú a majú rozdielne kritériá jej posudzovania.“* Podľa MZ SR je *„vypracovanie správy o poskytovaní finančne mimoriadne náročnej liečby, ktorá by objektívne a komplexne podala informáciu o tejto oblasti vzhľadom na nejednotnosť a nehomogénnosť vstupných údajov nerealizovateľné.“*

Uvedené zdôvodnenia sú však nezmyselné a vyjadrujú neochotu MZ SR sa uvedenou témou zaoberať. Na to, aby mohlo MZ SR vypracovať správu o FNL určite nepotrebuje žiadnu legislatívnu definíciu. Obsahový význam „finančne náročnej liečby“ vyplýva priamo z tohto slovného spojenia. **Ide o taký typ zdravotníckych intervencií, ktoré sú náročné na finančné zdroje. Akú hodnotu má liečba, ktorá je mimoriadne finančne náročná malo určiť v správe ministerstvo, a nie zdravotné poisťovne. MZ SR bežne používalo ekvivalenty pojmu finančne náročná liečba vo svojich materiáloch** (viď **Rámček**). Je preto neopodstatnené tvrdiť, že na vypracovanie správy je potrebné ukotvenie definície FNL v legislatíve. **K tomuto názoru sa priklonil aj podpreseda vlády Dušan Čaplovič, ktorý v pripomienkovom konaní zásadne nesúhlasil so zrušením úlohy** a uviedol: *„Neexistencia presnej normatívnej definície „finančne mimoriadne náročnej liečby“ nemôže byť prekážkou vypracovania materiálu informačnej (t.j. nelegislatívnej povahy). MZ SR sa práve v takejto správe malo pokúsiť vytvoriť aspoň pracovnú definíciu tohto pojmu a na záver správy odporúčať vypracovanie a prijatie právneho predpisu, ktorý by poskytol aj jeho právnu definíciu.“* K uvedenej pripomienke ešte uviedol, že: *„Ak vláda uložila ministrovi zdravotníctva ako úlohu vypracovať takúto správu, musíme predpokladať, že otázku tzv. finančne náročnej liečby považuje za istý spoločenský problém, ktorý treba analyzovať a navrhnúť vhodné kroky na jeho riešenie.“*

Je irelevantné, či FNL zdravotné poisťovne evidujú a vykazujú resp. aké majú kritériá pre jej posudzovanie. MZ SR malo požiadať zdravotné poisťovne, aby rozdelili náklady na liečbu svojich poistencov podľa takých kritérií, aké ono považuje za správne (napríklad podľa nákladových intervalov, veku, pohlavia, diagnózy, bydliska a pod.), a nie čakať, čo mu zašlú poisťovne. **Homogenizáciu a zjednotenie údajov mohlo MZ SR bez problémov uskutočniť správnym zadaním požadovaných vstupných údajov, a nie spoliehaním sa na to, že mu poisťovne samé poskytnú dáta v zjednotenom formáte.**

Napriek tomu, že zdravotné poisťovne sú najlepším zdrojom informácií o FNL, ministerstvo zdravotníctva mohlo pri analýze využiť aj informácie a údaje od zdravotníckych zariadení v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti. Práve v týchto zariadeniach dochádza podľa informácií ministerstva zdravotníctva uvedených v *„Správe o programe racionalizácie v systéme zdravotníctva SR“* ku koncentrácii finančne náročných prípadov.

Samotné zdôvodnenie návrhu na zrušenie úlohy si vnútorne odporuje. MZ SR v predkladacej správe tvrdí, že zdravotné poisťovne FNL neevidujú a nevykazujú, ale zároveň majú rozdielne kritéria pre jej posudzovanie, čo je nezmysel. Ak totiž zdravotné poisťovne niečo neevidujú a nevykazujú, potom nemôžu mať stanovené kritéria pre to, ako to neevidovať a nevykazovať.

Správa o FNL mohla byť výborným podkladom pre zlepšovanie prerozdeľovacieho mechanizmu zdrojov zdravotných poisťovní. Poistné sa stále prerozdeľuje len podľa vekovo-pohlavných skupín, čo je aj podľa samotného ministerstva nedostačujúce. Bolo to MZ SR, ktoré vo svojom materiáli *„Aktuálny vývoj v slovenskom zdravotníctve“* tvrdilo, že ***„prerozdeľovací mechanizmus nie je správne nastavený, lebo nezohľadňuje skutočné náklady zdravotnej poisťovne na ekonomicky náročných pacientov,*** *čím vzniká nepomer medzi nákladmi Všeobecnej zdravotnej poisťovne (najväčšia zdravotná poisťovňa) a objemom finančných prostriedkov, ktoré táto poisťovňa získa v rámci prerozdeľovacieho mechanizmu od iných zdravotných poisťovní“*. Otázne je, prečo v máji 2007 MZ SR informovalo, že distribúcia ekonomicky náročných pacientov (t. j. pacientov s FNL) vytvára nepomer medzi nákladmi a zdrojmi VšZP, ak zdravotné poisťovne tento typ informácie neevidujú resp. nevykazujú. Rovnako otázne je, **prečo MZ SR potrebovalo až 9 mesiacov na to, aby nakoniec požiadalo o zrušenie úlohy bez poskytnutia čo i len jediného záveru k problematike FNL**. Vláda totiž zadala úlohu ministrovi zdravotníctva 17. 1. 2007, návrh na jej zrušenie predložilo MZ SR v skrátenom legislatívnom konaní 22. 10. 2007. Za uvedený čas by sa dal určite bezproblémovo vypracovať kvalitný metodický dokument pre zber potrebných údajov ako aj podrobná správa o FNL.

Rámček: Použitie ekvivalentov pojmu „finančne náročná liečba“ v materiáloch MZ SR

SPRÁVA O AKTUÁLNOM VÝVOJI V SLOVENSKOM ZDRAVOTNÍCTVE (uverejnená na webe MZ SR 6. 7. 2007)

*„Prerozdeľovací mechanizmus nie je správne nastavený, lebo nezohľadňuje skutočné **náklady** zdravotnej poisťovne **na ekonomicky náročných pacientov**“.*

„Ako hlavné príčiny zadlžovania najmä vo fakultných nemocniciach je možné uviesť:

- *neuhrádzanie poskytnutej **finančne náročnej zdravotnej starostlivosti** ako jedinej terapeutickej alternatívy poskytnutej pacientovi vo výnimočných prípadoch v plnej výške.“*

SPRÁVA O PROGRAME RACIONALIZÁCIE V SYSTÉME ZDRAVOTNÍCTVA SR (schválená vládou SR 23. 5. 2007)

*„**Finančne nároční poistenci** zostávajú v štátnych zdravotných poisťovniach, ktoré im garantujú zabezpečenie plnohodnotnej zdravotnej starostlivosti.“*

*„Súčasne fungujúci systém prerozdeľovania zdrojov nezohľadňuje skutočné **náklady** zdravotnej poisťovne **na ekonomicky náročných poistencov**.“*

*„Preto hlavným opatrením, ktoré by umožnilo finančné úspory vo viacerých oblastiach (redukcia siete, cenová politika, **dostatočné krytie finančne náročných výkonov**....) je návrh na vytvorenie modelu jednej zdravotnej poisťovne na princípe verejných zdrojov“*

*„Dôsledkom nedostatku zdrojov na financovanie takéhoto neprimerane rozsiahleho systému nemocníc z verejného zdravotného poistenia je v súčasnom období najmä zadlžovanie koncových (fakultných) nemocníc, kde dochádza ku koncentrácii **finančne náročných prípadov“***

„Dôvody zvyšovania zadlženosti zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR:

- *ide o „koncové“ zariadenia, ktoré poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť s prevahou **finančne náročných výkonov**.“*

Návrh na zrušenie druhej úlohy (*Vytvorenie jednotnej osnovy výkazníctva a účtovníctva záväznú pre všetky zdravotné poisťovne a zdravotnícke zariadenia*) odôvodnilo MZ SR okrem iného aj tým, že: *„Hospodárenie organizácií pôsobiacich v sektore zdravotníctva je rôzne, vychádzajúce z rôznych právnych predpisov, na základe ktorých sú zriadené, a preto nie je vhodné realizovať daný zámer.“* **Nebola však táto skutočnosť zrejmá už pri zadávaní úlohy?** V žiadnom prípade však nie je dôvodom preto, aby sa úloha rušila. Všetky zdravotné poisťovne hospodária podľa rovnakých pravidiel a postupujú podľa rovnakých právnych predpisov, preto je uvedené zdôvodnenie relevantné len pre zdravotnícke zariadenia. Je síce pravda, že rôzne právne formy zdravotníckych zariadení vyžadujú niektoré rozdiely v osnovách účtovníctva a výkazníctva, tieto rozdiely ale nie sú také zásadné, aby nebolo možné vytvoriť jednotnú osnovu s malými odchýleniami od základného štandardu. Účtovné osnovy a výkazníctvo rôznych právnych foriem sa stále približujú k sebe a zásadné rozdiely možno badať len v účtovnej triede vlastného imania a nákladových a výnosových účtoch, na ktorých sa účtujú transfery zo štátneho rozpočtu (štátnej pokladne). Hoci MZ SR v návrhu na zrušenie úlohy konštatovalo, že *„za čiastočné splnenie úlohy C6 uznesenia môžeme považovať vydanie Opatrenia Ministerstva financií Slovenskej republiky (MF SR) č. MF/20414/2007-31, ktorým sa ustanovuje usporiadanie, obsahové vymedzenie, spôsob, termín a miesto predkladania informácií z účtovníctva a údajov potrebných na účely hodnotenia plnenia rozpočtu verejnej správy“*, ani toto opatrenie nemožno považovať za dostatočné. Spomenuté opatrenie slúži primárne pre potreby MF SR, nie však pre potreby MZ SR. Zároveň sa týka len zdravotných poisťovní a tých zdravotníckych zariadení, ktoré majú formu príspevkových organizácií.

MZ SR pravdepodobne nepochopilo účel úlohy, ktorú vláda uložila ministrovi zdravotníctva. Zmyslom jednotnej osnovy výkazníctva a účtovníctva zdravotníckych organizácií je definovanie účtovného a výkazníckeho štandardu, ktorý zohľadňuje špecifické postavenie týchto organizácií, možnosť vzájomnej porovnateľnosti vykazovaných údajov za jednotlivé subjekty a jasné stanovenie termínov pre predkladanie výkazov. Zachovanie výkaznického *status quo* znamená, že ekonomické informácie o príspevkových a neziskových zdravotníckych zariadeniach smerujú zo zákona len k štátnymi inštitúciám, pričom nie sú všeobecne dostupné. Ich vyžiadanie v zmysle zákona o slobodnom prístupe k informáciám neraz pripomína hru mačky s myšou, keď žiadateľ je často odkázaný na milosť a dobrú vôľu zdravotníckeho byrokrata.

Súčasný systém účtovníctva a výkazníctva zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení poskytuje nedostatočnú hĺbku a rozsah vykazovaných informácií. Ak by boli údaje dostatočne podrobné, vzájomne porovnateľné a poskytované v primeranom čase MZ SR by mohlo získať dobrú a včasnú údajovú databázu pre zlepšovanie celého zdravotného systému. Príkladom môže byť **sledovanie technických rezerv zdravotných poisťovní** (položky, ktorými sa tvorí rezerva na náklady, ktoré ešte neboli vyúčtované ale existuje titul na základe ktorého nastanú – napr. technická rezerva na poskytnutú ale ešte nefakturovanú zdravotnú starostlivosť). Táto oblasť potrebuje štandardné pravidlá a postupy (tak pre účtovanie ako aj pre vykazovanie), ktoré musí upraviť MZ SR alebo MF SR. Súčasný stav, v ktorom existuje len stručný regulačný predpis MZ SR resp. všeobecné pravidlá uplatňované v komerčnom poistení je nedostatočný. Účtovanie a vykazovanie technických rezerv len na sumárnom syntetickom účte nestačí. A nestačí ani nejednoznačná metodika tvorby a rozpúšťania technických rezerv, ktorá môže viesť k skresľovaniu skutočného hospodárskeho výsledku zdravotných poisťovní.

Príkladom zlepšenia účtovníctva zdravotníckych zariadení je sledovanie a vykazovanie nepredpísaného penále za záväzky zariadení. K 31. 10. 2007 dlžili zdravotnícke zariadenia Sociálnej poisťovni (SP) 1,33 mld. Sk, v tejto sume však nie je zahrnuté nepredpísané penále v hodnote 1,62 mld. Sk (k 31. 8. 2007). Spôsob výpočtu ako aj výška penále je jasne definovaná v zákone o sociálnom poistení. Túto informáciu však neevidujú zdravotnícke zariadenia vo svojom účtovníctve, ale len SP vo svojej vnútornej evidencii. Ak v sume dlhu zdravotníckych zariadení voči SP nie je zahrnuté nepredpísané penále, opticky sa môže zdať, že dlh zdravotníckych zariadení sa nevyvíja nijako dramaticky. Opak je však pravdou. Aj preto má obrovský zmysel pracovať na zlepšovaní jednotných pravidiel účtovníctva a výkazníctva v zdravotníckych zariadeniach.

Zrušenie obidvoch úloh je nesprávnym krokom. Zlepšovanie zdravotného systému na Slovensku je podmienené kvalitnými dátami, ktorých zdrojom sú zdravotné poisťovne a zdravotnícke zariadenia. Preto sa úloh z tejto oblasti netreba báť. MZ SR si musí uvedomiť, že zdravotníctvo sa na Slovensku nezlepší samo resp. čiastkovými opatreniami. Progres je podmienený dlhodobou analytickou prácou s údajmi, ktoré majú vypovedaciu schopnosť o jednotlivých prvkoch zdravotného systému. **Bez dobrých údajov niet dobrých analýz, bez dobrých analýz niet dobrých rozhodnutí a bez dobrých rozhodnutí niet lepšieho zdravotníctva.** Kľúče od miešačky nikomu z neba nespadnú.

MICHAL GAJDZICA

Tabuľka: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2004	2005	2006	p2007	p2008
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	5,4	6,1	8,3	9,0	6,8
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	3,8	7,2	6,3	7,7	5,8
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	2,0	0,5	4,1	0,8	2,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	5,0	13,8	7,3	7,4	5,1
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	2,7	-4,5	-4,0	1,0	1,0
Miera medziročnej inflácie	%	7,5	2,7	4,5	2,7	2,4
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	18,1	16,3	13,6	11,3	11,0
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	10,2	9,2	8,0	7,1	6,9
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	2,5	6,3	3,3	4,3	4,4
Zmena počtu pracujúcich	%	0,3	2,1	3,5	2,1	0,8

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI

K niektorým aspektom právnej úpravy informovaného súhlasu

Informovaný súhlas je významným pilierom moderného ponímania zdravotníctva a výrazným spôsobom zapája pacienta do procesu liečby, pričom zvyšuje jeho právne aj zdravotnícke povedomie. Autor poukazuje na praktické nedostatky jeho súčasnej slovenskej úpravy. Článok, ktorý bol publikovaný v časopise Via Practica uverejňujeme s láskavým súhlasom vydavateľstva Solen.

ÚVOD

Historickým vývojom vo vzťahu lekára a pacienta sa došlo k poznaniu, že pre efektívnu liečbu je potrebná vzájomná komunikácia. Tento poznatok bol podstatný pre zavedenie v súčasnosti všeobecne akceptovanej a aj právne kodifikovanej doktríny informovaného súhlasu. Informovaný súhlas je významným pilierom moderného ponímania zdravotníctva a výrazným spôsobom zapája pacienta do procesu liečby, pričom zvyšuje jeho právne aj zdravotnícke povedomie.

Základná právna úprava informovaného súhlasu v právnom poriadku slovenskej republiky je obsiahnutá v **Dohovore o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny**[1)] a v **zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti**, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej iba „zákon o zdravotnej starostlivosti"). Dohovor ako medzinárodná zmluva, s ktorou vyslovila súhlas Národná rada Slovenskej republiky a ktorá bola ratifikovaná prezidentom má podľa článku 7 odsek 5 Ústavy Slovenskej republiky prednosť pred zákonmi. Vnútroštátna úprava je realizovaná v zákone o zdravotnej starostlivosti. Viac ako dva roky praktickej aplikácie zákona ukázali, že v niektorých situáciách súčasná úprava nezodpovedá praktickým potrebám bežnej lekárskej praxe.

SÚČASNÁ ÚPRAVA POUČENIA PACIENTA A JEJ NEDOSTATKY

Úprava poučenia pacienta a jeho súhlasu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je obsiahnutá v § 6 zákona o zdravotnej starostlivosti. **Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.** Okruh osôb, ktorým sa poskytuje poučenie je určený taxatívne v § 6 ods. 1 a § 6a zákona o zdravotnej starostlivosti.

Poučenie sa poskytuje predovšetkým osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, ak je spôsobilá na udelenie informovaného súhlasu. Zákon rieši spôsobilosť na udelenie informovaného súhlasu iba nepriamo tým, že definuje okruh osôb, ktoré nie sú spôsobilé na udelenie informovaného súhlasu. V súlade s ustanovením § 6 ods. 1 písm. b) sú osobami nespôsobilými udeliť informovaný súhlas:

1. maloleté dieťa
2. osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony
3. osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony

A contrario je potom osobou spôsobilou udeliť informovaný súhlas plnoletá osoba spôsobilá na právne úkony. V prípade osôb nespôsobilých udeliť informovaný súhlas je zdravotnícky pracovník povinný poučiť namiesto takejto osoby jej zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka, inú fyzickú osobu ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobu, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti, alebo štatutárneho zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannej výchovy. V prípadoch, keď sa poučenie poskytuje zákonnému zástupcovi osoby nespôsobilej udeliť informovaný súhlas je stanovená povinnosť vhodným spôsobom poučiť aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas. Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.

Osobitne je upravené v § 6a zákona o zdravotnej starostlivosti poučenie v prípade ženy, ktorá požiadala o utajenie svojej totožnosti v súvislosti s pôrodom. Toto ustanovenie je špeciálne vo vzťahu ku všeobecnej úprave v § 6, takže aj v prípade že ide o osobu, ktorá je inak nespôsobilá udeliť informovaný súhlas (napríklad 13-ročné tehotné dievča pred pôrodom), bude poučená takáto osoba, nakoľko zákonodarca v poslednej vete § 6a vylúčil použitie ustanovení § 6 ods. 1 zákona o zdravotnej starostlivosti.

Obsah poučenie zákon definoval iba veľmi rámcovo a obmedzil sa na atribúty uvedené v prvej vete § 6 ods. 1 (účel, povaha, následky a riziká poskytnutia zdravotnej starostlivosti, možnosť voľby navrhovaných postupov a riziká odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti). Zastávam názor, že súčasná úprava poučenia pacienta nerieši dostatočne niekoľko okruhov problémov.

Prvým problémom je **iba rámcové určenie obsahu poučenia** v zákone o zdravotnej starostlivosti. Určité spresnenie obsahuje **Etický kódex zdravotníckeho pracovníka**, ktorý je prílohou zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej iba „zákon o poskytovateľoch"). Dodržiavanie etického kódexu je povinnosťou uloženou zdravotníckemu pracovníkovi v § 80 ods. 1 písm. d) *in fine* zákona o poskytovateľoch. Etický kódex stanovuje, že *„zdravotnícky pracovník je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných postupoch vrátane rizík o uvažovanej prognóze a o ďalších dôležitých okolnostiach, ktoré môžu nastať v priebehu diagnostiky a liečby."* Iba v určitých prípadoch je *ex lege* stanovený obsah poučenia. Zákon o zdravotnej starostlivosti stanovuje presnejší obsah poučenia iba pri biomedicínskom výskume (§ 27 ods. 2) a sterilizácii (§ 40 ods. 3). Keďže žiaden podzákonný predpis ďalej nespresňuje obsah poučenia, možno pri jeho určení vychádzať iba z bežnej medicínskej praxe a zvyklostí.

V zásade by poučenie pacienta malo obsahovať nasledovné informácie:

1. zdravotný stav a diagnózu pacienta
2. podstatu navrhované zákroku, najmä
   i. druh
   ii. rozsah
   iii. závažnosť
   iv. predpokladaný priebeh
   v. následky
   vi. konkrétne so zákrokom spojené riziká a pravdepodobnosť ich výskytu
   vii. možnosť zhoršenia stavu po zákroku
3. možnosť navrhovaný zákrok kedykoľvek odmietnuť
4. prípadné rovnocenné alternatívy ku navrhovanému zákroku,
5. predpokladaný vývoj zdravotného stavu po zákroku a bez zákroku[2)]

Poučenie pacienta je nedostatočné, ak neobsahuje informácie podstatné pre rozhodnutie o prijatí rizika zákroku. Obsah poučenia nesmie byť zavádzajúci alebo dokonca nepravdivý. Pacienta treba pravdivo informovať aj o tom, ako navrhovaný zákrok zasiahne do jeho organizmu, najmä z hľadiska funkcii jednotlivých orgánov a organizmu ako celku.

Všeobecne je známa skutočnosť, že lekárom chýbajú elementárne vedomosti o právnych normách upravujúcich zdravotnú starostlivosť. To viac-menej oprávňuje predpokladať, že v rámci poskytovania poučenia pacientovi existuje veľký priestor pre chyby.[3)]

Ďalším problémom, ktorý súčasný zákon nerieši dostatočne a ktorý sa tiež vzťahuje k obsahu poučenia je **možnosť aplikovať tzv. „terapeutické privilégium"**. Terapeutické privilégium je možnosť lekára samostatne zvážiť, či bude pacienta informovať o jeho zdravotnom stave úplne. V niektorých prípadoch totiž môže úplná informácia o zdravotnom stave pacienta viesť prípadne aj ku rozhodnutiu ukončiť svoj život. Predchádzajúca právna úprava v zákone č. 277/1994 Z. z. toto privilégium obsahovala v § 15 ods. 1 druhej vete, ktorá stanovovala, že *„Obsah vhodného poučenia určuje lekár v každom prípade individuálne tak, aby bolo urobené ohľaduplne a eticky a aby u pacienta nenarúšalo liečebný proces."* Zo znenia tejto úpravy je zrejmé, že lekár musel starostlivo zvažovať či konkrétnemu pacientovi prípadne niektoré skutočnosti v jeho záujme zamlčí, nakoľko pacient mal právo na poučenie a bezdôvodné zamlčovanie skutočností by bolo zásahom to tohto práva. Možnosť odvodiť existenciu terapeutického privilégia zo znenia § 6 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti existuje, keďže poučenie má byť poskytnuté *„... ohľaduplne ... a primerane .... zdravotnému stavu osoby,"* ktorá sa má poučiť. Pojem terapeutického privilégia uznáva nemecká[4)] i rakúska[5)] právna teória a prax. Treba konštatovať, že panuje všeobecná zhoda, že terapeutické privilégium nie je použiteľné všeobecne. Je určené iba pre výnimočné situácie, v ktorých je fakticky dôležitejší medicínsko-etický princíp beneficiencie (*salus aegroti suprema lex*) a non-maleficiencie (*primum non nocere*) pred právom na sebaurčenie pacienta. Aj v takýchto situáciách má však pacient právo na informáciu o svojej diagnóze. V súčasnej právnej úprave chýba jednoznačné obmedzenie terapeutického privilégia na takéto situácie, keďže použitá formulácia necháva zdravotníckemu pracovníkovi pomerne značný priestor na úvahu, čo zvyšuje možnosť pochybenia. *De lege ferenda* by bolo vhodné v záujme jednoznačnejšej formulácie terapeutického privilégia zdôrazniť individuálny charakter poučenia a jeho nutnosť formulovať ho tak, aby to nenarúšalo liečebný proces pacienta.

Súčasná úprava nevyžaduje, aby poučenie pacienta bolo úplné. Predchádzajúca právna úprava v zákone č. 277/1994 Z. z. predpisovala úplné poučenie pacienta pri :

1. výkonoch neliečebnej povahy (napríklad vloženie prsných implantátov)
2. postihnutí pohlavnou chorobou, AIDS alebo iným prenosným ochorením, ktoré si vyžaduje osobitné opatrenia na zabránenie jeho šíreniu
3. ak si to pacient výslovne želá a ak sa mal pacient podrobiť závažnému liečebnému výkonu alebo jeho ochorenie je podľa súčasných poznatkov lekárskej vedy nevyliečiteľné

V súčasnosti je úplné poučenie pacienta povinné prakticky iba v prípadoch, v ktorých si takéto poučenie pacient sám vyžiada. **Bolo by však vhodné, aby sa úplné poučenie poskytovalo povinne prinajmenšom v prípadoch prenosných ochorení**, pretože by potom bolo jednoducho preukázateľné, že takýto pacient vedome porušil obmedzenia, ktoré musel strpieť v súvislosti s jeho zdravotným stavom.[6)]

Predchádzajúca právna úprava tiež, na rozdiel od súčasnej, výslovne ukladala povinnosť poskytnúť pacientovi vhodné poučenie, pokiaľ pacient odmietol úplné poučenie a zapísať obsah takéhoto poučenia do zdravotnej dokumentácie.

Spôsob poučenia vo všeobecnosti nie je zákonom o zdravotnej starostlivosti stanovený, v praxi bude najčastejšie ústne poskytnuté poučenie. Používajú sa aj písomne sformulované poučenia, ku ktorým môže zdravotnícky pracovník poskytovať ústne doplňujúce informácie.

Poskytnutie poučenia je povinnosťou zdravotníckeho pracovníka, avšak pre pacienta a jeho prípadného zákonného zástupcu ide o právo, s ktorým môže slobodne disponovať. V tejto súvislosti treba upozorniť, že poučiť treba každého pacienta, teda aj lekára, ktorý je v danom konkrétnej situácii v postavení pacienta. **Práva na poučenie sa pacient alebo jeho zákonný zástupca môže vzdať**, pričom o vzdaní sa práva na poučenie treba podľa § 6 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti urobiť záznam. To, že tento záznam musí byť písomný a treba ho urobiť do zdravotnej dokumentácie vyplýva až z § 6 ods. 9 v spojení s § 21 ods. 1 písm. b) zákona, kde sa upravuje obsah zápisu do zdravotnej dokumentácie.

V každodennej praxi vzniká absurdná situácia v dôsledku formulácie použitej v § 21 ods. 1 písm. b) zákona o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorej zápis do zdravotnej dokumentácie zapisuje okrem iného aj *„spôsob poučenia a obsah poučenia."* **Zákonodarca takto *de facto* uzákonil písomnú formu poučenia.** Uvedená formulácia kladie na zdravotníckeho pracovníka povinnosť, ktorú fakticky nie je možné splniť kvôli časovým nárokom na zapísanie obsahu poučenia. Lekári povinnosť zapísať obsah poučenia do zdravotnej dokumentácie buď celkom ignorujú, alebo riešia situáciu formuláciou *„pacient poučený"* zapísanou do zdravotnej dokumentácie. To však nemožno považovať za splnenie zákonom uloženej povinnosti. *De lege ferenda* jednoznačne treba zmeniť obsah zápisu do zdravotnej dokumentácie takým spôsobom, aby zdravotnícky pracovníci neboli nútení porušovať zákonnú povinnosť, ktorá je v praxi absurdná a nesplniteľná.

INFORMOVANÝ SÚHLAS A S NÍM SPOJENÉ PROBLÉMY

Informovaný súhlas je definovaný v § 6 ods. 4 ako **preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie.** Vzhľadom na možnosť súhlasiť s poskytnutím zdravotnej starostlivosti aj po odmietnutí poučenia sa za informovaný súhlas považuje aj súhlas so zdravotnou starostlivosťou po odmietnutí poučenia.

Preukázateľnosť udelenia informovaného súhlasu znamená, že v prípade sporu dôjde k faktickému **obráteniu dôkazného bremena v neprospech zdravotníckeho pracovníka**. Takýto pracovník bude musieť preukázať splnenie zákonnej povinnosti, teda získanie informovaného súhlasu v preukázateľnej forme. Pochopiteľne, že **najväčší stupeň právnej istoty v takejto situácii poskytuje písomný informovaný súhlas.**

Každý má právo slobodne sa rozhodnúť o prijatí alebo odmietnutí akéhokoľvek medicínskeho zákroku, s výnimkou situácii, keď takýto súhlas nie je potrebný. Vyšetrovacie a liečebné výkony vrátane ústavnej zdravotnej starostlivosti možno vykonať bez informovaného súhlasu vtedy, ak od pacienta vzhľadom na jeho zdravotný stav alebo od jeho zákonného zástupcu nemožno súhlas vyžiadať, ale ho možno predpokladať. Rovnako sa informovaný súhlas nevyžaduje, pokiaľ ide o ochrannú liečbu nariadenú súdom. Do ústavnej starostlivosti možno prevziať osobu bez informovaného súhlasu len v prípadoch, ak:

- šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jej okolie
- v dôsledku duševnej choroby, alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie zdravotného stavu postihnutého

Zákonodarcom použitá formulácia „preukázateľný súhlas" implikuje, že súhlas nemá predpísanú formu, teda možno použiť prakticky každú formu, ktorá zaručuje že v prípade potreby bude môcť zdravotnícky pracovník získanie súhlasu preukázať. V zásade by teda bolo možné súhlas udeliť akýmkoľvek spôsobom – písomne, ústne alebo konkludentne (napríklad sprístupnením žily na odber krvi). Písomná forma súhlasu je predpísaná zákonom o zdravotnej starostlivosti iba v prípade účasti na biomedicínskom výskume (§ 27 ods. 1), odber orgánov a tkanív a buniek od živého darcu (§ 36 ods. 2), prenosu orgánov, tkanív a buniek do tela príjemcu (§ 38 ods. 1) a sterilizácie (§ 40 ods. 2).

Dôvodová správa k zákonu o zdravotnej starostlivosti uvádza, že *„informovaný súhlas musí byť preukázateľný (odsek 4), čo nemusí bezpodmienečne znamenať písomnú podobu"*[7] S týmto tvrdením nemôžem súhlasiť, keďže už spomínaný § 21 ods. 1 písm. b) zákona o zdravotnej starostlivosti jednoznačne stanovuje, že zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje *„informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu."* V súčasnosti je teda v Slovenskej republike uzákonená výhradne iba písomná forma informovaného súhlasu, aj keď to zrejme nebolo pôvodným zámerom zákonodarcu. Takáto situácia je nelogická, nepraktická a dlhodobo neudržateľná. Ako príklad uvediem celkom bežný odber krvi na laboratórne vyšetrenie. Ak by mal lekár, alebo iný zdravotnícky pracovník dodržať všetky zákonom o zdravotnej starostlivosti uložené povinnosti, potom by mal pre vlastným vykonaním odberu krvi (čo trvá zhruba 1 minútu) pacienta poučiť o význame odberu krvi, rizikách spojených s týmto zákrokom, možnosti odber krvi odmietnuť a o tom, že alternatívy ku odberu krvi neexistujú. Potom by mal do zdravotnej dokumentácie zapísať, že pacienta poučil ústne (forma poučenia), mal by zapísať obsah poučenia a zapísať aj informovaný súhlas pacienta. Som presvedčený, že zdravotnícke zariadenie, ktoré by dodržiavalo takúto zákonom uloženú absurdnú povinnosť zrejme neexistuje. ***De lege ferenda*** **treba jednoznačne odlíšiť poučenie a súhlas pri bežných a častých zdravotníckych výkonoch a výkonoch ktoré závažným spôsobom menia doterajší spôsob života pacienta.** Predošlá právna úprava požadovala písomný alebo inak preukázateľný súhlas (pozitívny reverz) na osobitne závažné vyšetrovacie alebo liečebné výkony alebo na výkony závažne meniace spôsob ďalšieho života.[8]

Súhlas zásadne udeľuje osoba, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť. Ak však ide o osobu nespôsobilú udeliť informovaný súhlas, informovaný súhlas dáva zákonný zástupca takejto osoby. Osoba, ktorá je nespôsobilá dať informovaný súhlas sa podieľa podľa § 6 ods. 5 písm. b) zákona o zdravotnej starostlivosti na rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti. Ak informovaný súhlas dal zákonný zástupca, súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie je aj vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. V súčasnom znení zákon o zdravotnej starostlivosti nerieši komplexne situáciu, keď zákonný zástupca a osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas nemajú rovnaký názor na poskytnutie alebo neposkytnutie zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na formuláciu, že súhlas dáva zákonný zástupca a osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti bude mať vždy prednosť súhlas zákonného zástupcu. Nie je však doriešené, čo sa stane, keď osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas nebude súhlasiť s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

Pre prípad, že zákonný zástupca odmietne dať informovaný súhlas, poskytovateľ môže (ale nemusí) dať návrh na súd, ak je to v záujme osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť. **V tomto prípade súhlas súdu s poskytnutím zdravotnej starostlivosti nahrádza informovaný súhlas zákonného zástupcu.** Do rozhodnutia súdu možno vykonávať § podľa 6 ods. 6 zákona o zdravotnej starostlivosti len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života tejto osoby. Toto ustanovenie sa uplatní napríklad v prípade, že pre záchranu života dieťaťa je nevyhnutne potrebná transfúzia krvi, ale rodičia ako zákonní zástupcovia na takýto postup odmietajú udeliť súhlas, napríklad z dôvodu ich náboženského presvedčenia. Lekár je v takomto prípade oprávnený a povinný transfúziu podať.

Problém vzniká aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti maloletým. Tento špecifický problém sa týka bez výnimky všetkých praktických lekárov pre deti a dorast, gynekológov, prípadne aj iných špecialistov. Vo všeobecnosti a teda aj v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti platí ustanovenie § 8 Občianskeho zákonníka, podľa ktorého spôsobilosť na právne úkony vzniká v plnom rozsahu plnoletosťou. Tá sa nadobúda dovŕšením osemnásteho roku. Pred dosiahnutím tohto veku sa plnoletosť nadobúda len uzavretím manželstva. Inak platí, že maloletí majú spôsobilosť len na také právne úkony, ktoré sú svojou povahou primerané rozumovej a vôľovej vyspelosti zodpovedajúcej ich veku. To by teoreticky umožňovalo dávať súhlas so zdravotnou starostlivosťou aj dostatočne rozumovo vyspelým maloletým. Kto je zákonným zástupcom maloletého upravuje podľa § 27 Občianskeho zákonníka zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine.

Nanešťastie zákon o zdravotnej starostlivosti obsahuje na udeľovanie súhlasu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti osobitnú úpravu, teda medzi ním a občianskym zákonníkom je vzťah *lex specialis* a *lex generalis*. To vylučuje použiť ustanovenia občianskeho zákonníka na udeľovanie súhlasu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Súčasná úprava na rozdiel od predchádzajúcej neobsahuje ustanovenie podobné § 13 ods. 4 druhá veta zákona č. 277/1994 Z. z., podľa ktorej *„ak maloletý pacient starší ako 16 rokov alebo pacient s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je podľa posúdenia lekára natoľko rozumovo a vôľovo vyspelý, aby vyšetrovací alebo liečebný výkon posúdil a rozhodol o jeho vykonaní, môže dať súhlas na tento výkon sám."* Neprítomnosť takéhoto ustanovenia v praktickom živote vedie k ďalším situáciám, v ktorých nie je možné dodržať zákon.

V praxi je časté, že starší maloletí (napríklad študenti stredných škôl) chodia k lekárovi samostatne, bez sprievodu rodičov. Určitú možnosť na poskytovanie zdravotnej starostlivosti maloletému (hoci nie je prítomný jeho zástupca) teoreticky otvára ustanovenie § 6 ods. 8 písm. a) zákona o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého možno poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať Neodkladná zdravotná starostlivosť je v § 2 ods. 3 definovaná ako zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií a bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Takého prípady však sú iba výnimočné a preto nie je možné vo všeobecnosti takto vyriešiť neprítomnosť zákonného zástupcu. **V zmysle zákona by teda maloletým bez zákonného zástupcu, ak by sa mal dodržiavať zákon o zdravotnej starostlivosti, nemala byť poskytnutá zdravotná starostlivosť s výnimkou neodkladnej zdravotnej starostlivosti.**

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo forme pravidelných prehliadok školopovinným deťom, ktoré prichádzajú v sprievode pedagóga je taktiež možným zdrojom problémov. Teoreticky je možné argumentovať, že pedagóg je osobou, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti a preto môže udeliť súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane však pedagóg nie je zákonným zástupcom maloletého v zmysle zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine.

Jedným z možných riešení je vyššie uvedených situácii je napríklad získanie súhlasu od zákonného zástupcu prostredníctvom telefónu či iného obdobného komunikačného prostriedku. Tu však možno oprávnene namietať, že problémom je preukázateľnosť takto poskytnutého informovaného súhlasu.

Osobitný problém môže vzniknúť v prípade, že maloletá staršia ako 15 rokov bude požadovať predpísanie antikoncepcie. V niektorých prípadoch nie je problém udelenie súhlasu zo strany rodiča, avšak niekedy maloletá rodičov informovať nechce, prípadne rodič s predpísaním antikoncepcie z rozličných dôvodov už vopred nesúhlasí. V takých prípadoch vzniká neriešiteľný problém, nakoľko nepôjde o žiadnu zo situácii keď možno zdravotnú starostlivosť poskytovať bez informovaného súhlasu, čo fakticky znamená bez súhlasu rodiča. Maloletá tak bez použitie antikoncepcie môže otehotnieť.

Ak by sa však tá istá maloletá, v prípade že by bola tehotná, rozhodla pre utajenie svojej totožnosti v súvislosti s pôrodom, podľa § 6a zákona o zdravotnej starostlivosti je ošetrujúci zdravotnícky pracovník povinný poskytnúť poučenie iba jej. Aj informovaný súhlas dáva žena, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom a nie jej zákonný zástupca. Keďže zákon o zdravotnej starostlivosti v prípade utajeným nestanovuje žiadne vekové obmedzenie pre tehotnú ženu, môže informovaný súhlas udeliť aj v prípade, že je maloletá. Táto situácie je exemplárnym príkladom legislatívnej absurdnosti – maloletá bez súhlasu rodičov nemôže mať predpísanú antikoncepciu, môže však udeľovať súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pri pôrode – napríklad na epidurálnu anestézu.

***De lege ferenda* je nevyhnutne potrebné vyriešiť prijateľným spôsobom udeľovanie súhlasu so zdravotnou starostlivosťou dostatočne rozumovo vyspelým maloletým a osobám čiastočne pozbaveným spôsobilosti na právne úkony.** Súčasný právny stav, pri ktorom lekár pre deti a dorast porušuje poskytovaním zdravotnej starostlivosti zákon nie je dlhodobo akceptovateľný.

V súvislosti s informovaným súhlasom obsahuje zákon o zdravotnej starostlivosti ešte jednu doslova „právnu perlu". Podľa ustanovenia § 40 ods. 2 *in fine*, upravujúcom informovaný súhlas v prípade sterilizácie osoby nespôsobilej udeliť informovaný súhlas, treba získať informovaný súhlas zákonného zástupcu takejto osoby doplnený o písomnú žiadosť *„a informovaný súhlas osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas a rozhodnutie súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu."* Keďže od osoby nespôsobilej získať informovaný súhlas nie je možné, ak uvažujeme logicky, získať informovaný súhlas, nemožno splniť podmienky, ktoré zákon stanovuje pre sterilizáciu osoby nespôsobilej udeliť informovaný súhlas. Slovné spojenie *„informovaný súhlas osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas"* nebolo v pôvodnom znení § 40 ods. 2 vládneho návrhu doručeného do Národnej rady Slovenskej republiky,[9] a teda musí byť výsledkom poslaneckej legislatívnej iniciatívy. Túto nelogickosť odstránila až zatiaľ posledná novelizácia zákona (č. 662/2007 Z. z.) s účinnosťou od 1. 1. 2008. Žiaľ, oprava ustanovenia nebola dôsledná: súd tu nehrá úlohu zamýšľanej „poistky" pred potenciálnym zneužitím sterilizácie osôb nespôsobilých udeliť informovaný súhlas, pretože jeho súhlas nie je nevyhnutný na uskutočnenie takéhoto výkonu.

ZÁVER

Súčasná úprava poskytovania informovaného súhlasu obsiahnutá v zákone č. 576/2004 Z. z. je zdrojom problémov v každodennej praxi. Zdravotníckym pracovníkov ukladá v praxi nesplniteľné povinnosti takého rázu, že tieto vážne ohrozujú plynulé poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zákon nerieši možnosť udelenia informovaného súhlasu dostatočnej rozumovo vyspelými osobami, ktoré sú schopné robiť rozhodnutia o zdravotnej starostlivosti. Nemožnosť dodržiavať povinnosti uložené zákonom vedie nakoniec k ich hromadnému porušovaniu a ignorovaniu.

Riešením do budúcnosti by mohol byť návrat k úprave, ktoré umožňovala rozumovo primerane vyspelým maloletým starším ako 16 rokov rozhodovať o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj bez nutnosti informovaného súhlasu zákonného zástupcu.

PETER KOVÁČ
Katedra trestného práva a kriminológie,
Právnická fakulta Trnavskej univerzity, Trnava
a
Ústav súdneho lekárstva
Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

1) Dohovor bol zverejnený v Zbierke zákonov ako oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 40/2000. Dohovor nadobudol platnosť pre Slovenskú republiku 1. decembra 1999
2) Kováč P. a kol: Súdne lekárstvo pre právnikov. Bratislava, IURA EDITION 2005, s. 278
3) Tóth, K.: Právne vedomie zdravotníckych pracovníkov v procese transformácie zdravotníctva v SR. Medicínsky Monitor 5/1999, s. 18 – 22
4) Deutsch: Das Therapautisc Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten, NJW 1980, 1380.
5) Prutsch, K.: Die Ärztliche Aufklärung. Handbuch fűr Ärzte, Juristen und Patienten. 2. Auflage. Wien, WUV Universitätsverlag 2004. s 128-135
6) K tomu pozri napr. § 34 zákona č. 126/2006 Z. z. o verejnom zdravotníctve
7) k tomu pozri dôvodovú správa k § 6 zákona č. 576/2004 Z. z., číslo parlamentnej tlače 638 (3. volebné obdobie)
8) k tomu pozri § 13 ods. 2 zákona č. 277/1994 Z. z.
9) k tomu pozri vládny návrh zákona č. 576/2004 Z. z., číslo parlamentnej tlače 638 (3. volebné obdobie)

Potenciálne riziká na trhu zdravotného poistenia v Maďarsku

Maďarsko prechádza významnou transformáciou systému zdravotného poistenia z monopolu jednej zdravotnej poisťovne na pluralitný model viacerých nákupcov zdravotnej starostlivosti. Takýto model organizácie zdravotného poistenia je oveľa náročnejší na dohľad a reguláciu a preto je nevyhnutné tejto oblasti venovať osobitnú pozornosť.

Cieľom štúdie, ktorú HPI v decembri 2007 vypracovalo pre maďarského regulátora zdravotného trhu – Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) je **návrh modelu hodnotenia rizík** (podľa modelu holandského regulátora NZa) **vrátane identifikácie rizík**, ktorými bude môcť účinne monitorovať výkonnosť systému zdravotného poistenia v Maďarsku.

Štúdia pozostáva zo štyroch častí:

- Prvá časť sumarizuje **základné východiská reformy zdravotného poistenia v Maďarsku** a vychádza z návrhu zákona o zdravotných poisťovniach
- Druhá časť sa zameriava na **skúsenosti dohľadu nad zdravotným poistením v Holandsku a na Slovensku**
- Tretia časť predstavuje **vzorový model hodnotenia rizík** (podľa vzoru holandského regulátora NZa)
- Štvrtá časť identifikuje **potenciálne riziká na trhu zdravotného poistenia v Maďarsku** na základe skúseností z Holandska a zo Slovenska, pričom zohľadňuje špecifiká schvaľovanej maďarskej legislatívy

Tabuľka 1: Riziká na trhu zdravotného poistenia po prijatí reformy v Maďarsku

Riziko	CH & B	ND	Spolu
Systém aukcií cez župy v budúcnosti znemožní vstupovať novým poisťovniam na trh, čím sa konkurencia obmedzuje – zákon neumožňuje vstúpiť na trh po vykonaní aukcií inak ako kúpou minoritného podielu v už existujúcej pokladnici zdravotného poistenia (PZP)			
Väčšinový podiel štátu vo všetkých PZP neumožňuje štandardné corporate governance – štát je 51-percentný vlastník a jeho podiel je neobchodovateľný			
Riziko zneužívanie informácií o konkurencií – existuje vysoké riziko kompromitácie dát – legislatíva nerieši spôsob ochrany údajov u väčšinového akcionára			
Riziko selekcie poistencov – prerozdelenie je založené len na veku a pohlaví, čo sú nedostatočné prediktory – avšak regionálna monopolizácia toto riziko mierne znižuje			
Nesprávny výpočet platby zo zdravotného fondu v systéme prerozdelenia			
Vytváranie lokálnych monopolov zdravotného poistenia – riziko zneužívania dominantného postavenia na relevantnom trhu (ktorým je župa) – absencia konkurencie neprinesie želané výsledky			
PZP si neplní informačné povinnosti voči úradu			
PZP si neplní podmienku predbežného súhlasu od úradu			
Implementačné problémy: The „triangle" problem, faktúra – clearing – cash			
Neplnenie kritéria solventnosti, pričom štát ako 51-percentný akcionár môže vždy zasiahnuť a solventnosť zvýšiť – aj keď to môže mať dopady na konkurenčné prostredie (problém so štátnou pomocou)			
Neplnenie oznamovacích povinností v procese registrácie poistenca pri zmene PZP – dopad je veľmi negatívny, ak PZP nedoručí včas potrebné dokumenty a poistencovi bude odmietnutá zdravotná starostlivosť			
Postup pri prekročení horného limitu počtu členov PZP: ktorí členovia budú z PZP vylúčení a do ktorej PZP pôjdu?			
Riziko nesprávneho ocenenia majetkových hodnôt zodpovedajúcich sume minimálneho vlastného imania			
Riziko, že PZP neuzavrie zmluvy s dostatočným počtom poskytovateľov (časová dostupnosť) a v primeranom objeme (kapacitná priepustnosť), čím bude ohrozená dostupnosť zdravotnej starostlivosti			
Riziko, že PZP nebude kontrahovať zákonom predpísaný rozsah zdravotnej starostlivosti (hrozí undertreatment poistenca)			
Riziko, že stanovovanie cien bude netransparentné a centrálne (bez možnosti lokálnej liberalizácie na úrovni župy) spôsobí, že očakávania z hľadiska zvýšenia efektívnosti nákupu zdravotnej starostlivosti nebudú naplnené			

Vysvetlivky: CH and B (checks and balances): Ako dané riziko ošetruje legislatíva, ND: Negatívny dopad na spotrebiteľa
Zelená – nízke riziko, oranžová – stredné riziko, červená – vysoké riziko
Zdroj: Health Policy Institute, 2007

V tomto zhrnutí sa zameriame na výsledky štvrtej časti (celá štúdia je dostupná na www.hpi.sk), ktorej cieľom je na základe skúseností z Holandska a Slovenska identifikovať potenciálne riziká v prvých rokoch fungovania nového systému zdravotného poistenia. Samozrejme, výpočet týchto rizík, nie je a ani nemôže byť úplný. Je úlohou EBF monitorovať vývoj na trhu zdravotného poistenia, identifikovať nové riziká, nachádzať riešenia na ich elimináciu, prípadne na ne upozorňovať tvorcov zdravotnej politiky aby na ich eliminácií spolupracovali. Taktiež je veľmi dôležité prehodnocovať dnes identifikované potenciálne riziká a podľa potreby ich preklasifikovať.

Pri identifikácií rizík sme vychádzali z nasledovných predpokladov:

- prvoradou úlohou nového systému je ochrana spotrebiteľa a zabezpečenie vyššej kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti
- cieľom nového systému je vniesť do systému prvok súťaživosti tak, aby zdravotné poisťovne bojovali o poistencov efektívnym nákupom zdravotnej starostlivosti

PETER PAŽITNÝ, MICHAL GAJDZICA, TOMÁŠ SZALAY, ANGELIKA SZALAYOVÁ SIMONA FRISOVÁ, LUCIA LENÁRTOVÁ

Tabuľka 2: Riziká pri ochrane spotrebiteľa po prijatí reformy v Maďarsku

Riziko	CH & B	ND	Total
Chybná prihláška – Poistenec môže mať problémy pri doručení preukazu, informácií, prípadne dočasne nemusí byť ošetrený u svojho poskytovateľa			
Falošná prihláška – poistenec je prepoistený násilím a podvodom			
Vymyslená prihláška – Poistenec neexistuje, takže nemá byť na koho negatívny efekt			
Ponúkanie výhod, ktoré nemôžu byť splnené, alebo sú v rozpore so zákonom – zavádzajúca reklama			
Spotrebiteľovi nebude dodaný preukaz poistenca - má dočasný problém s dostupnosťou k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti			
Spotrebiteľovi nebudú dodané od PZP správne informácie podľa zákona			
Neakceptovaná, správne a načas podaná prihláška, ktorú PZP nestihla zadministrovať a načas doručiť úradu pre dohľad			
Spotrebiteľ bude mať sťažený odchod z PZP			
PZP si neplní informačné povinnosti voči poistencom			
Riziká súvisiace s čakacími zoznamami			
Konflikt „bydlisko“ – „práca“ pri určení PZP			
Zneužitie preukazu poistenca			
Odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti členovi PZP napriek tomu, že PZP a PZS majú uzavretú platnú zmluvu			

Vysvetlivky: PZP – pokladnica zdravotného poistenia; CH and B (checks and balances): Ako dané riziko ošetruje legislatíva, ND: Negatívny dopad na spotrebiteľa
Zelená – nízke riziko, Oranžová – stredné riziko, Červená – vysoké riziko
Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Tabuľka 3: Kategorizácia prihlášok podľa správnosti údajov a správnosti podpisu

		Podpis	
		Správny	**Falošný**
Dáta	**Správne**	Správna prihláška	Falošná prihláška
	Nesprávne	Chybná prihláška	Vymyslená prihláška

Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Do nového roku s novelizovaným zákonom o zdravotnej starostlivosti

Parlament schválil na sklonku roku 2007 novely väčšiny zdravotníckych zákonov. V nasledujúcom článku sa budem venovať podrobnejšie novele zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá pod číslom 662/2007 Z. z. nadobudla účinnosť 1. januára 2008 (s výnimkou rajonizácie, ktorá začína od 31. marca 2008). V jednotlivých okruhoch popíšem svoje výhrady k schváleným zmenám.

Na úvod: väčšina nových ustanovení je nadbytočná, niektoré sú nejednoznačné či protirečivé (napr. porovnaj znenie § 2 ods. 25 so znením § 7 ods. 1 písm. a) druhý bod a znením § 8 ods. 4). V niekoľkých prípadoch pritom cítiť snahu o zlepšenie právneho stavu, ide však skôr o formálne drobnosti, než o zásadné veci. **Dôvodová správa k zákonu je úradnícky paškvil, ktorý sa namiesto vysvetľovania príčin navrhovaných zmien venuje len ich deskriptívnemu popisu.**

ZDRAVOTNÉ OBVODY

Zákon opätovne zavádza zdravotné obvody. Hlavná otázka znie, čo má byť cieľom tohto opatrenia, t. j. aký problem sa tým rieši. Aké sú dôkazy o existencii tohto problému a kto/ako bude vyhodnocovať, či sa zavedením opatrenia problém vyriešil resp. zmiernil? Jediný uchopiteľný argument je, že rajonizáciu má vláda vo svojom programovom vyhlásení a jej schválením si Ivan Valentovič odškrtol aspoň jednu splnenú úlohu (viď článok Zrušené úlohy na str. 4).

Schválené znenie je benígnejšie než ministerstvo pôvodne navrhovalo, ale napriek tomu obsahuje niektoré potenciálne zneužiteľné ustanovenia. Implementáciu zdravotných obvodov totiž nebude robiť MZ SR, ale samosprávne kraje. **V schválenom zákone napríklad chýbajú akékoľvek pravidlá pre stanovovanie zdravotných obvodov.** V pôvodnom návrhu ministerstvo počítalo aspoň s vyhláškou, ktorá by upresnila tieto pravidlá. Prideľovanie obvodov tak bude na úplnej ľubovôli VÚC, čo predstavuje nezanedbateľný potenciál zneužitia či korupcie. **MZ SR sa nemalo zbaviť zodpovednosti za dôsledky zavedenia inštitútu zdravotných obvodov presunom celej agendy na samosprávne kraje bez aspoň rámcovej regulácie.**

Naviac, nie je zaručené, že každá časť územia Slovenskej republiky bude v niektorom zdravotnom obvode – VÚC môže napríklad nezaradiť" rómske osady do žiadneho obvodu a nič tým neporuší. Taktiež chýba ustanovenie, že poskytovateľ bude mať určené geograficky najbližšie územie. **Skrátka, schválené ustanovenia nenapĺňajú nepochybne úprimne mienený zámer garantovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti cez rajonizáciu.**

Zákon nerieši ani ďalší aspekt takejto rajonizácie: ako bude možné meniť hranice zdravotných obvodov? Čo bude procesne relevantným podnetom na zmenu? Budú sa o „hraničné" územia odohrávať „boje" na kraji? Na aké dlhé obdobie má rajonizácia platiť?

Úplne nové znenie § 7 (Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti) je na jednej strane nadbytočné, na druhej strane prinajmenšom nedôsledné. Pozrime sa na formuláciu odseku 2: *„všeobecná ambulantná starostlivosť... sa vykonáva v určenom zdravotnom obvode."* Lekár má pritom miesto poskytovania zdravotnej starostlivosti definované v povolení. V prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti v domácnosti pacienta je zasa irelevantné, kde pacient býva, a teda či je „za hranicou" zdravotného obvodu alebo nie. Znenie zákona navodzuje dojem, že mimo svojho rajónu lekár svojho pacienta nemôže ošetriť, pretože tam sa všeobecná ambulantná starostlivosť nevykonáva.

Celá podstata rajonizácie sa skrýva až v § 12 ods. 4, podľa ktorého lekár nemôže odmietnuť pacienta s trvalým alebo prechodným pobytom vo svojom obvode, aj keby tým mal prekročiť svoje únosné pracovné zaťaženie. Výsledné znenie je však bezzubé, pretože ak lekár pacienta (hoci aj zo svojho obvodu) ošetriť nebude chcieť, tak ho prosto neošetrí. A môže to byť v súlade so zákonom: § 12 ods. 2 písm. b) umožňuje lekárovi odmietnuť pacienta, ak by jeho osobný vzťah k nemu neumožňoval objektívne zhodnotenie zdravotného stavu.

ODPORÚČACIE LÍSTKY

Od januára platia v slovenskom zdravotníctve opäť odporúčacie lístky na vyšetrenie u špecialistu (§ 12 ods. 13). Oproti pôvodnému návrhu ministerstva sa odporúčanie vyžaduje už len pri úhrade z verejného zdravotného poistenia (pôvodne ministerstvo požadovalo odporúčací lístok aj pri zdravotnej starostlivosti plne hradenej pacientom). Výnimku predstavuje náhla zmena zdravotného stavu do 24 hodín a dispenzarizácia.

Spomeňme najprv legislatívnu nečistotu. **Ustanovenie sa nachádza v nesprávnom zákone**: zákon o zdravotnej starostlivosti (č. 576/2004 Z. z.) upravuje zdravotnú starostlivosť vo všeobecnosti, bez ohľadu na jej finan-

covanie. Zákonodarca podmienil odporúčacím lístkom len zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia – a tú upravuje zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu hradenej starostlivosti.

Táto „formálna" chyba v podobe zakotvenia odporúčacích lístkov do nesprávneho zákona nesie so sebou niektoré nezamýšľané vedľajšie dôsledky. Čo sa stane pri porušení zákona? **Ak lekár-špecialista ošetrí pacienta bez odporúčacieho lístka, v neakútnom stave a vyúčtuje to poisťovni, hrozia mu dve polmiliónové pokuty.** Paradoxne, nie od poisťovne, ale od samosprávneho kraja a od lekárskej komory (viď §79 ods. 1 písm. a), §82 ods. 1 písm. d) a ods. 2 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z.). Ani jedna z týchto inštitúcií pritom nemá motiváciu takúto ministerskú reguláciu presadzovať, práve naopak. Navyše nebude jednoduché dokázať neakútnosť stavu v čase ošetrenia.

Dodatočným naplnením ambulancií praktických lekárov sa skráti čas, ktorý má lekár na ošetrenie jedného pacienta, čo môže ohroziť doterajšiu úroveň kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Dá sa tiež predpokladať zvýšené riziko infekcie pobytom v čakárni s ľuďmi trpiacimi akútnymi infekčnými ochoreniami. Toto sú všetko aspekty, ktoré musí regulátor vyhodnotiť pred zavedením samotnej regulácie, ktorej cieľom je... **čo je vlastne cieľom odporúčacích lístkov? A ako zistíme, či sme ho už dosiahli?**

Ministerstvo zdravotníctva komentovalo zmeny veľmi stroho. Administratívnym opatrením hodlá obmedziť prístup k špecialistom v snahe znížiť objem duplicitných výkonov poskytovaných v tejto ambulantnej sfére. Koordinátorom predpísaných liekov a vyšetrení by mal byť všeobecný lekár. Zrejme je otázkou času, keď niektorá z poisťovní zavedie do zmlúv so všeobecnými lekármi limity na počet odporúčacích lístkov.

Zákonom sa rieši problém, ktorý nebol podrobený dôkladnej analýze. Chýba odhad objemu nadbytočných výkonov a nie je jednoznačné, že po zavedení odporúčacích lístkov dôjde k jeho poklesu.

Pre ilustráciu: v Nemecku sa platia poplatky za návštevu ambulancie všeobecného lekára 10 eúr raz za kvartál. Ak chce poistenec navštíviť ambulanciu špecialistu bez odporúčacieho lístka, platí u špecialistu za každú návštevu 10 eúr. S odporúčacím lístkom je to zadarmo. Skúsenosti nemeckých zdravotných poisťovní i zdravotníckych analytikov sú, že počet návštev a výkonov u špecialistov po zavedení takéhoto režimu – stúpol. Jedným z vysvetlení tohto javu je: ak už pacient zaplatil desaťeurovú kvartálnu „vstupenku" do systému, tak to chce využiť a nechá sa poslať aj na také vyšetrenia, kam by inak nešiel.

Na Slovensku môže navrhované prvoplánové opatrenie dopadnúť rovnako. **Otázkou je, aké ukazovatele úspešnosti opatrenia sa budú na ministerstve vyhodnocovať – a aké hodnoty musia dosiahnuť, aby ministerstvo navrhlo povinnosť odporúčacích lístkov zasa zrušiť.**

Platba vlastným časom pri čakaní na odporúčací lístok bude znamenať pre ekonomicky aktívnych poistencov väčšiu stratu než zrušené dvadsaťkorunové poplatky: pri priemernej mzde 100 korún na hodinu je už aj štvrťhodinové čakanie drahšie.

Pri komunikácii tejto zmeny mi chýba zo strany ministerstva presvedčivá argumentácia, ktorá by sa dotkla okruhov, ako napríklad:

- **je objem výkonov u špecialistov naozaj neprimerane vysoký?** Výdavky na ambulantnú sieť sú u nás porovnateľné so zahraničím (cca 15 % celkových výdavkov zdravotných poisťovní); špecificky slovenský problém tvoria lieky, na ktoré míňame neproporcionálne veľa zdrojov (u nás 36 %, v Nemecku 15 %) – tam je zároveň najvyšší potenciál úspor.
- za predpokladu, že časť výkonov je výsledkom indukovaného dopytu, **nie je príčinou miestami predimenzovaná sieť špecialistov?** V takom prípade je riešením napr. **redukcia normatívu minimálnej siete špecialistov a priestor pre selektívny kontrakting poisťovní**.
- za predpokladu, že časť výkonov je výsledkom nadbytočného a medicínsky neindikovaného dopytu, **riešením je znovuzavedenie poplatkov za návštevu ambulancie resp. stanovenie sociálne primeranej spoluúčasti.** Pre pacientov je to menej rizikové, zrejme i lacnejšie, a do zdravotníctva sa dostanú reálne zdroje. Kým pacienti „platia" len časom, zdravotníkom sa platy príliš nezvýšia.
- k efektívnejšiemu použitiu zdrojov v ŠAS by prispelo i **prijatie a vymáhanie štandardných diagnostických a liečebných postupov**.
- všeobecný lekár, ktorý má viesť zdravotnú dokumentáciu pacienta ako celok, býva pri priamom prístupe pacientov k špecialistom „opomínaný" a nedostáva informáciu o výsledku odborného vyšetrenia, čo vedie k prípadnej duplicite vyšetrení a preskripcie. **Ak je teda podstatou problému neinformovanie všeobecného lekára, riešením je vymáhanie dodržiavania platného zákona o zdravotnej starostlivosti (§24 ods. 3), ktorý stanovuje povinnosť špecialistu poslať lekársku správu na vedomie všeobecnému lekárovi.** Alebo konečne treba začať robiť na projekte eHealth.

LEKÁRSKA SLUŽBA PRVEJ POMOCI

Lekárska služba prvej pomoci má dnes jeden veľký problém: nemá pána. Je totiž výsledkom série rôznych poslaneckých iniciatív. Zajacova reforma zdravotníctva pôvodne s LSPP nepočítala. „Majiteľom procesu" sa stali poslanci, ktorí krížom cez politické spektrum postupne poschvaľovali sériu nekoncepčných ustanovení o LSPP.

Treba povedať, že v aktuálnej novele poslanci zmenili návrh ministerstva k lepšiemu, **stále však chýba jasná koncepcia: čo je to LSPP? Potrebujeme ju? Kto ju má poskytovať a ako má byť financovaná?**

LSPP sa poskytuje *„v rámci všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti"*, a to *„v zdravotníckom zariadení poskytovateľa, ktorý je oprávnený na základe vydaného povolenia prevádzkovať lekársku službu prvej pomoci"* (§ 7 ods. 3 a 6). Do ústavnej pohotovostnej služby môžu nastupovať aj ambulantní špecialisti **po vzájomnej dohode** s nemocni-

cou (pôvodne ministerstvo navrhovalo **povinné** služby ambulantných špecialistov).

Naďalej chýba definícia času, kedy má byť LSPP poskytovaná (po pracovnom čase, cez víkendy a sviatky) a či majú všeobecní lekári nárok na nejakú odmenu, keďže LSPP poskytujú v rámci starostlivosti, ktorá je hradená kapitáciou.

Rovnako je dôležitý argument všeobecných lekárov, ktorí namietajú, že lekárska pohotovosť nemá pre pacienta dostatočný zmysel, ak nie je povinná pohotovostná služba v lekárňach. Takýto návrh však zatiaľ ministerstvo zdravotníctva nepredložilo.

Mimochodom, všeobecní lekári a zubní lekári majú poskytovať LSPP najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov: ale v nariadení vlády o minimálnej sieti č. 751/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov nie je nijaká zmienka o LSPP. To by mohlo znamenať, že zdravotné poisťovne nie sú povinné s poskytovateľmi LSPP uzatvárať zmluvy.

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Zmeny v oblasti informovaného súhlasu vyvolávajú rozpačité pocity. Na jednej strane sa zavádza **povinnosť písomného súhlasu pred vykonaním invazívnych zákrokov sprevádzaných anestézou**, čo by malo prispieť k vyššej bezpečnosti tak pacientov ako i zdravotníkov (v zákone je dokonca uvedený vzor príslušného formulára, čo je rozhodne pozitívny krok). Ale povinnosť, aby pacient dal svoj súhlas písomne *„pri zmene diagnostického postupu alebo liečebného postupu, ktorý nebol obsahom predošlého informovaného súhlasu“* (§ 6 ods. 5 písm. c) povedie k tomu, že **takmer každý súhlas pacienta bude musieť byť písomný**. Zmena v postupe diagnostiky a liečby sa v zdravotníctve deje neustále, keďže zdravotnícki pracovníci sa rozhodujú na základe doplňaných a neúplných informácií, ktoré sa navyše priebežne menia. Ak by každá takáto zmena mala byť sprevádzaná písomnou formou informovaného súhlasu, zdravotníkom zostane podstatne obmedzený čas na samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Podobne s rozpakmi vnímam opravu § 40 ods. 2 o sterilizácii osôb nespôsobilých na udelenie informovaného súhlasu. Pôvodné absurdné a nevykonateľne znenie (ako výsledok poslaneckej kreativity) bolo nahradené síce vykonateľným znením, ktorému však chýba hlavná myšlienka. Poistkou pred zneužitím sterilizácie nesvojprávnych osôb mal byť súhlas súdu na základe žiadosti zákonného zástupcu. Dnes je možná sterilizácia týchto osôb aj bez toho, aby sa zákonný zástupca obrátil na súd.

PÍSOMNÁ VÝPOVEĎ DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje na základe zmluvného vzťahu medzi lekárom a pacientom. Tieto právne vzťahy upravuje § 12 zákona. Ustanovenie o ukončení zmluvného vzťahu (§ 12 ods. 10) bolo novelou zmenené a nedá sa povedať, že k lepšiemu. Stanovuje, že výpoveď zmluvy zo strany pacienta musí byť písomná a stanovuje mesačnú výpovednú lehotu od prvého dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

Pôvodné znenie zákona upravovalo zánik dohody o poskytovaní **všeobecnej** ambulantnej starostlivosti. Novela zvýraznené slovo vynechala a príslušný odsek upravuje zánik dohody o poskytovaní **akejkoľvek** zdravotnej starostlivosti.

Rozdiel medzi všeobecnou a akoukoľvek inou zdravotnou starostlivosťou je v tom, že kým prvá sa poskytuje na základe **písomnej** dohody (§ 12 ods. 6), pre druhú to neplatí. V druhom prípade ide často o konkludentne uzatvorenú dohodu – príchod pacienta do ambulancie a výzva lekára „vyzlečte sa“ je uzatvorením dohody. **Prečo však ukončenie tejto dohody má byť písomné? Schválené znenie spôsobí, že ukončenie každej návštevy lekára-špecialistu by malo byť sprevádzané písomnou výpoveďou s mesačnou výpovednou lehotou.** Táto absurdnosť sa dokonca týka i ústavnej starostlivosti: ak pacienta prekladajú z jedného zariadenia do druhého, podľa zákona by mal pacient napísať jednej nemocnici výpoveď a najmenej mesiac počkať.

Zákonné stanovenie výpovednej lehoty narušuje právo na zmluvnú voľnosť. Okamžitému odchodu od lekára, s ktorým je pacient nespokojný, je takto postavená bariéra: pacienta núti ešte aspoň mesiac využívať služby poskytovateľa, ktorému nedôveruje alebo s ktorým nie je spokojný. To priamo kompromituje jeden zo základných cieľov zdravotnej politiky (spokojnosť klienta).

Na druhej strane, pacientovi nikto nebráni, aby mal uzatvorených viacero dohôd s viacerými lekármi, ak tieto dohody nie sú exkluzívne. Z tohto pohľadu je potom povinná písomná výpoveď iba byrokratickou šikanou. Takýto názor podporuje i ďalší fakt: za porušenie zákona (t. j. nedoručenie písomnej výpovede) nie je pacient nijako sankcionovaný. **Povinnosť bez sankcie ako keby ani nebola**: takáto regulácia je bezzubá, nezmyselná a zbytočná.

NÁRODNÉ REGISTRE

Zákon zavádza nové národné registre (Národný register prijímateľov zdravotnej starostlivosti a Národný register základných zdravotných údajov). Ide o nevyhnutnú legislatívnu prípravu na projekt informatizácie zdravotníctva (eHealth), zatiaľ však chýbajú jeho ostrejšie kontúry (aj legislatívne).

Vo verzii zákona, ktorú ministerstvo predkladalo legislatívnej rade vlády bolo ustanovenie, ktoré občanom umožňovalo nesúhlasiť so zhromažďovaním svojich údajov v takomto registri. Na vlastnú zodpovednosť tak mohli uprednostniť slobodu svojho súkromia pred potenciálnymi výhodami národných registrov. Šlo teda o obdobné právo ako je právo odmietnuť pitvu či darovanie orgánov. **Schválená verzia zákona však, žiaľ, už takúto možnosť občanom nedáva.**

SILOVÉ REZORTY

Žiaden poskytovateľ nemôže odmietnuť pacienta, ak bol pacientovi určený služobným orgánom/úradom armády, polície, tajnej služby, hasičov či železničiarov. Zákon dokonca ani nestanovuje, že to služobný orgán alebo služobný úrad musia dopredu s poskytovateľom dohodnúť.

Schválené znenie presúva časť právomocí v zdravotnej politike na silové rezorty. Polícia, armáda či železnice môžu donútiť akéhokoľvek poskytovateľa k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, a to aj keby to malo byť v rozpore s výhradou vo svedomí, prekročením únosnej záťaže či pri konflikte záujmov.

EŠTE JEDEN PRÍKLAD NADBYTOČNÉHO USTANOVENIA

Novela zákona je naplnená nadbytočnými ustanoveniami od úradníkov, ktorí sa v zdravotníckej legislatíve príliš nevyznajú. Príkladom môže byť zmena v § 9 ods. 1 zákona. Doterajšie znenie upravovalo, že

„Ústavná starostlivosť sa poskytuje na základe

a) ***odporúčania ošetrujúceho lekára**, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín, alebo*

b) ***rozhodnutia súdu**.“*

Ktosi na ministerstve navrhol doplniť tretí dôvod, ktorý prešiel celým legislatívnym procesom nerušene až do Zbierky zákonov:

*„c) **žiadosti osoby** aj bez odporúčania ošetrujúceho lekára, ak si zmena zdravotného stavu osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.“*

Ustanovenie je nadbytočné. Neznamená, že pacienti budú o hospitalizácii rozhodovať sami. Posúdenie, či si *„zmena zdravotného stavu osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín“* robí lekár pri príjme pacietna. Z definície (§ 2 ods. 4) je takýto lekár **ošetrujúcim lekárom** a jeho odporúčanie je upravené v existujúcom § 9 ods. 1 písm. a).

OSLABENIE PRÁV PACIENTOV

Schválená novela oslabuje práva pacientov. Ak má pacient pocit, že mu nebola správne poskytnutá zdravotná starostlivosť, môže podať žiadosť o nápravu. Doterajšie znenie zákona zaväzovalo poskytovateľa, aby túto žiadosť vybavil *„bezodkladne“*. Toto slovíčko bolo v novele nahradené formuláciou *„najneskôr do 30 dní od podania žiadosti žiadateľom, ak z obsahu žiadosti nevyplýva nutnosť konať bezodkladne alebo v kratšej lehote“* (§ 17 ods. 2). Až potom má pacient právo obrátiť sa na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (§ 17 ods. 3).

Zmena lehoty na vybavenie žiadosti o nápravu z „bezodkladnej“ na 30-dňovú je krokom proti záujmom pacientov na rýchlom a korektnom prešetrení žiadosti. **Predlžovaním lehoty sa zvyšuje riziko manipulácie s dôkazmi a odkladá sa možnosť obrátiť sa na Úrad pre dohľad.** Vágna formulácia *„...ak z obsahu žiadosti nevyplýva nutnosť konať bezodkladne...“* situáciu nerieši, keďže posúdenie, čo z obsahu žiadosti vyplýva má v kompetencii samotný poskytovateľ, voči ktorému pacient namieta nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti. **V takomto konflikte záujmov nie sú motivácie aktérov rovnaké.**

ZÁVER

Schválená novela zákona o zdravotnej starostlivosti je amatérska a pôsobí bezradne. Po poldruha roku príprav to veru nie je dobrá vizitka práce ministerstva zdravotníctva. Pritom by stačilo, keby začali svojich kritikov pozornejšie počúvať. Podčiarkujem, že uvedené výhrady nie sú politického, ale najmä technického charakteru.

TOMÁŠ SZALAY

health management academy hma

VZDELÁVANIE PRE AMBULANTNÝCH LEKÁROV

Po vlaňajšom úspešnom štarte vzdelávacieho programu pre ambulantných lekárov v Bratislave a Košiciach ponúka spoločnosť Health Management Academy tento program aj v Žiline a v Banskej Bystrici. Lekárom umožní počas krátkeho časového úseku získať ucelené praktické informácie o zdravotnej ekonómii, legislatívnom prostredí, zmluvných vzťahoch s poisťovňami a vytváraní hodnoty pre pacienta. Program sa skladá z troch samostatných modulov, pričom každému je venované jedno sobotňajšie predpoludnie:

- **Úvod do ekonómie a zdravotná ekonómia**
- **Legislatívny rámec a zmluvy so zdravotnými poisťovňami**
- **Základy marketingu a tvorba hodnoty pre pacienta**

Účastnícky poplatok je 5 000,-Sk + DPH. Viac informácií nájdete na **www.hma.sk** a na telefónnom čísle 02 / 5464 3052. Prvý modul sa uskutoční **už 26. januára 2008** v žilinskom hoteli Holiday Inn!

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.

Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na www.hpi.sk.

Into Balance 12/2007

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, 2007 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná