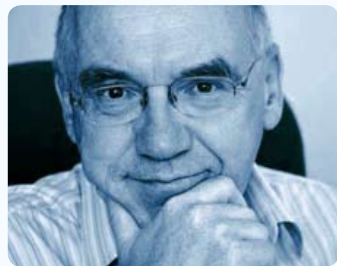


Proměnit podtatranskou černou ovci ve středoevropského tygříka s téměř dvouciferným ekonomickým růstem pomohla Dzurindově vládě nejen vlastní



odborná a politická zdatnost, ale hlavně velikost maléru, ke kterému Slovensko nezadržitelně špelo. Kombinace protichůdných pocitů, že ztratit už není co, nebo naopak, že tentokrát jde o všechno, má silný motivační náboj. Dluh ve výši 41 % obrátu veřejných výdajů ve zdravotnictví, výpadky v poskytování péče a kvetoucí korupce zařadily zdravotnictví mezi kandidáty reformy, společně s daňovou soustavou, sociálním systémem a justicí.

Po zahřívacím kole, které zavedlo poplatky při čerpání zdravotních služeb, bylo přijato sedm zásadních zákonů – vznikl Úřad pro dohled nad zdravotní péčí, změnila se právní forma zdravotních pojišťoven, zcela nově se nastavil proces kategorizace léčiv a restrukturalizovala se záchranná služba. Naopak se nepodařilo rozdělit zdravotní péči na tu, o kterou se postará veřejné zdravotní pojištění, a na tu, o kterou se bude muset každý starat sám, což je nutnou podmínkou faktické konkurence pojišťoven. Stejně tak se nezdařilo změnit právní formu státních nemocnic a způsob,

jakým se kontrahuje zdravotní péče. Nedodělky ale nemohou za to, že právě výsledky zdravotnické reformy zanechaly u veřejnosti tak mizerný umělecký dojem, že jenom slib její negace přinesl Ficovi laciné body při volbách v roce 2006.

Kde tedy udělali naši přátelé chybu? Asi největší byla v otevření boje na příliš široké frontě s vírou, že dobrá myšlenka je silnější než přízemní ekonomické zájmy, a v uskutečňování změn v rychlejším sledu, než je veřejnost stačila trávit. Reforma není odpracována přijetím reformních zákonů, ale až když vstoupí do našeho každodenního chování a to trvá. Setrvačnost a konzervatismus, které nás chrání před dopady různých nepovedených zákonů, fungují i v opačném směru. Na mediální rovině se na malé oblíbě reformy podepsaly zvěsti o současném i budoucím prospěchu těch, kteří se na jejím prosazování podílejí, o monopolním vlivu jedné finanční skupiny, o rozporu mezi tím, co hlásá ministerstvo a co se děje v každodenní realitě. Ve skutečnosti je přijatá legislativa daleko lepší než odezva, kterou vyvolala, snad jen ten Úřad pro dohled nad zdravotní péčí mohl být daleko štíhlejší.

Slovenská reforma si natloukla nos, ale i přes zrušení poplatků u lékařů pokračuje dál a světe div se – jak jí přestali tlačit z ministerstva, má najednou kamarády. 29. května 2007 došlo v jejím duchu ke shodě mezi všemi významnými skupinami ve zdravotnictví na 48 prioritách zdravotnictví. Inu, dění na Slovensku se vyplatí sledovat.

*Přijemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Slovenská zkušenost?

úhel pohledu



Tomáš
Julínek

Henrieta
Maďarová



Janko
Gajdoš

Andrej
Jančo



Viliam
Novotný

Tomáš
Szalay



dokument

48 aktuálních
priorit
slovenského
zdravotnictví

Causa Občan



Ondřej
Dostál



úhel pohledu >

**MUDr. Tomáš Julínek, MBA,
ministr zdravotnictví ČR**

Specifický přístup české reformy zdravotnictví

Není sporu o tom, že v současném systému veřejného zdravotního pojištění je co zlepšovat. Základním rozdílem mezi reformami, které prováděl tým Rudolfa Zajace na Slovensku v letech 2002 až 2006, a reformami, jež právě začínáme realizovat my, je výrazně odlišná výchozí situace obou systémů.

Slovenské zdravotnictví v roce 2002 bylo na pokraji ekonomického krachu, celkové zadlužení se odhadovalo na 25,3 mld. Sk, což představovalo 36 % celkových ročních příjmů zdravotnictví, lhůty splatnosti závazků zdravotních pojišťoven byly delší než 150 dnů, a některé nemocnice dokonce přestaly být schopny platit své závazky vůbec, což nevyhnutelně vedlo k zastavení dodávek i nejdůležitějších léků. V České republice jako by na první letný pohled žádný důvod k reformám nebyl.

Skutečnost je ovšem jiná: korupce ve zdravotnictví je Transparency International odhadována až na 20 mld. Kč (tedy 10 % všech finančních prostředků v systému). Občané netuší, jaká mají práva a povinnosti. Pojišťovny nehájí zájmy svých klientů. Čekací doby na potřebnou péči jsou v různých zdravotnických zařízeních odlišné i o stovky procent a stále se prodlužují. Za neprůhledný systém stanovování cen a úhrad léků nám hrozí miliardová pokuta od Evropského soudního dvora. V celém systému existují rozsáhlé rezervy a dochází k plýtvání.

To vše v situaci, kdy se průměrný věk stále zvyšuje a náklady na nejmodernější péči astronomicky stoupají. Tyto výzvy jsou přitom společné pro Česko i Slovenskou republiku.

Reforma zdravotnictví, kterou jsme připravovali ještě před loňskými volbami, a v těchto týdnech v rámci zákona o stabilizaci veřejných financí předkládáme její první krok, přitom není revolucí, nýbrž dokončením a vylepšením systému veřejného zdravotního pojištění, tak jak byl nastaven na počátku 90. let.

Zásadním paradigmatem české i slovenské

reformy je orientace na pacienta jako na nejdůležitějšího aktéra celého systému. Za klíčovou z hlediska ochrany a garance ústavních práv pacienta i z hlediska finanční stability zdravotnictví považujeme definici nároku pojištěnce, tedy definici dostupnosti zdravotní péče. Cílem je také posílit postavení pacienta při rozhodování o poskytování zdravotních službách.



Tomáš Julínek

Akcent je kladen na správnou definici rolí všech subjektů (státu, zdravotních pojišťoven i zdravotnických zařízení), zabránění plýtvání a odklon od etatismu a státního dirigismu, tedy zdravotnictví řízeného státem, ke státu jako tvůrci pravidel a regulátoru.

Do popředí klademe důraz na osobní odpovědnost pacienta jako spotřebitele. Proto zavádíme jako první z mnoha kroků reformy právě regulační poplatky. Na rozdíl od slovenského modelu však spolu s poplatky výrazně posilujeme i solidaritu mezi zdravými a nemocnými zavedením limitu 5 000 Kč ročně vztaženého na regulační poplatky i doplatky na léky. Platba při návštěvě lékaře či pobytu v nemocnici je zcela zásadní pro reálný i psychologický odklon od pojetí role pacienta jako příjemce bezplatné „charitativní“ péče k pacientovi – svěprávnému konzumentovi zdravotních služeb.

Conditio sine qua non pro tento posun je přirozené flexibilita a dobré fungování zdravotních pojišťoven i zdravotnických zařízení prostřednictvím standardního manažerského řízení a omezení vlivu státu na jejich přímé řízení a dohled nad dodržováním jasných pravidel, jako byl i původní slovenský záměr.

Zásadním paradigmatem české i slovenské reformy je orientace na pacienta jako na nejdůležitějšího aktéra celého systému.

Pro dohled nad zdravotními pojišťovnami bude zřízen nový ústřední orgán státní správy, který na rozdíl od obdobného slovenského orgánu nebude dohlížet na celý systém zdravotnictví, ale právě na kvalitu, finanční transparentnost a efektivitu práce zdravotních pojišťoven, podobně jako tomu je u regulačních a dohledových orgánů v jiných odvětvích.

Z dlouhodobého hlediska je pro správné nastavení rolí všech aktérů nezbytná i změna vysoce formalizovaného dohodovacího řízení se současnou významnou státní ingerencí ve standardní jednání o platbách a jejich podmínkách mezi poskytovateli a pojišťovnami. Na Slovensku se bohužel reformy v této oblasti nepodařilo v minulém volebním období dotáhnout do konce, přesto však došlo k deregulaci cen a platebních mechanismů ve zdravotnictví, regulovaný zůstává způsob kontraktace.

Přes všechny rozdíly mezi startovacími čarami, ekonomickými prognózami i koncepčními záměry zůstává jeden fakt nezpochybnitelný: tým ministra Zajace odvedl obrovský kus práce, která je dnes pro nás velmi inspirativní.

Mgr. Henrieta Madarová, MSc.,
členka bývalého reformního týmu MZ SR
a poradkyně ministra zdravotnictví ČR

Hlavné črty reformy zdravotníctva na Slovensku v rokoch 2002–2006

Zdravotníctvo predstavuje súhrn nástrojov, ktorých aplikácia má viesť najmä k zlepšovaniu alebo aspoň udržaniu zdravotného stavu účastníkov tohto systému. Nevyhnutným predpokladom je, aby tento systém bol efektívny a funkčný a vyvíjal sa v súlade s meniacimi sa potrebami jeho účastníkov – poisťencov. Tento dokument predstavuje veľmi stručné zhrnutie reformy zdravotníctva na Slovensku, ktorá prebiehala v rokoch 2002 až 2006.

Dôvody na reformu

Zdravotný systém na Slovensku bol v čase nástupu Rudolfa Zajaca na post ministra zdravotníctva v októbri 2002 v katastrofálnom stave. Časť pro-

blémov bola pomerne presne zdokumentovaná a kvantifikovaná. Napriek niekoľkým jednorazovým finančným injekciám zo štátneho rozpočtu, narástol k 31. 12. 2002 dlh zdravotníctva v podobe nesplatených záväzkov po lehote splatnosti na 12,1 mld. Sk u zdravotných poisťovní a na 13,2 mld. Sk u zdravotníckych zariadení. Spolu táto čiastka predstavovala 41% z celkových verejných výdavkov na zdravotníctvo v danom roku (t. j. 61,7 mld. Sk).

Mnohé ďalšie problémy bolo možné popisovať len nepriamo. Postupne dochádzalo k zhoršovaniu efektívnej dostupnosti k zdravotnej starostlivosti najmä v dôsledku nedefinovaného rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z (deficitného) verejného zdravotného poistenia a neexistencie transparentných čakacích zoznamov. Racionalizácia prístupu k zdravotnej starostlivosti sa diala nepriamo v ordináciách lekárov. V prieskume verejnej mienky, ktorý vykonala Svetová banka v roku 2000, bolo zdravotníctvo označené viac ako polovicou respondentov ako rezort s najčastejším výskytom korupcie.

Problémy sa dotkli aj kvality, efektívnosti a štruktúry poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Sieť poskytovateľov zdedená z predchádzajúceho režimu bola úspešná v boji s infekčnými chorobami ale nedokázala reagovať na meniace sa zdravotné potreby obyvateľstva – nárast úmrtnosti a chorobnosti na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia, nedostatočne riešené požiadavky na dlhodobú a chronickú starostlivosť.

Postupnosť reformných krokov

Minister Zajac spolu s hlavným poradcom Petrom Pažitným prišli na ministerstvo zdravotníctva s jasnou predstavou, ktorú publikovali ešte pred voľbami roku 2002 v knihe „Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana“. Reforma bola rozdelená do troch krokov.

Prvým krokom reformy zdravotníctva boli **stabilizačné opatrenia**, ktorých cieľom bolo zastaviť rast dlhu a obmedziť nadmerný dopyt po zdravotnej starostlivosti. Tieto opatrenia boli zavedené s účinnosťou od 1. júna 2003:

1. oddelenie zdravotnej starostlivosti od služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti – napr. zdravotná doprava, ubytovanie a strava v lôžkových zariadeniach.
2. zavedenie poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti – 20 Sk za návštevu a vydanie liekov na recept, 50 Sk za deň

¹ Korupcia na Slovensku, Svetová banka a USAID, http://www.vlada.gov.sk/bojprotikorupcii/korupcia_na_slovensku.php

hospitalizácie (max. za 21 dní), 50 Sk za návštevu lekárskej služby prvej pomoci. Okrem množstva výnimiek z platenia, bol súčasne zavedený príspevok na zdravotníctvo pre ľudí v hmotnej núdzi vo výške 50 Sk mesačne na každého člena domácnosti.

3. opatrenia v liekovej politike – zavedenie klasiifikácie liečiv do 122 anatomicko-terapeutických skupín, zavedenie fixného percenta doplatku pacienta z maximálnej ceny liečiv ako prevencia proti nadmernému dopytu v dôsledku umelého znížovania doplatkov na liečivá po kategorizácii, dvojkolový proces kategorizácie pre stanovenie úhrad liečiv.

Napriek predchádzajúcemu širokému nesúhlasu ako zdravotníckych pracovníkov tak pacientov a napriek zavedeniu veľkého počtu výnimiek z platenia, splnili poplatky očakávania. V prvom rade došlo k skutočnému poklesu návštev. V druhom polroku 2003 poklesol počet návštev u praktických lekárov o 10% a u lekárskej služby prvej pomoci o 13% oproti rovnakému obdobiu v roku 2002. Naopak, len minimálne poklesli návštevy u špecialistov – o 2% (pacienti platili za návštevu s tou istou diagnózou len raz a to u praktického lekára, ktorý im dal odporúčanie k špecialistovi) a v nemocniciach – taktiež o 2%. Zároveň, podľa reprezentatívneho prieskumu agentúry Focus z januára 2004 nedošlo k zhoršeniu dostupnosti k zdravotnej starostlivosti. Len 1,5% respondentov uviedlo, že zavedenie poplatkov natoľko ovplyvnilo ich správanie, že k lekárovi prestali chodiť úplne. Na druhej strane, až 58,4% opýtaných svoje správanie nezmenilo a k lekárovi chodili rovnako často ako predtým.

Druhým dôležitým prínosom poplatkov bolo prelomenie psychickej bariéry, že bezplatné zdravotníctvo znamená „zadarmo“. Definitívne miesto poplatkov v zdravotnom systéme potvrdil aj Ústavný súd SR, ktorý 17. mája 2004 rozhodol o ich ústavnej legitímnosti.

Po zavedení poplatkov nasledoval druhý krok reformy v podobe **systémových opatrení**. Tie pozostávali zo siedmich navzájom prepojených zákonov, ktoré parlament schválil na jeseň 2004:

- zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostli-

- vosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve,
- zákon o záchrannej zdravotnej službe,
- zákon o zdravotnom poistení,
- zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou,
- zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Schválené zákony vychádzali z ústavou garantovaného solidárneho a univerzálneho systému verejného zdravotného poistenia. Na trh zdravotníctva zaviedli

regulovanú súťaž medzi jednotlivými subjektmi, pričom jasne stanovili zodpovednosť, povinnosti a práva jednotlivých subjektov. Zároveň sa postupne začalo s prípravou na posledný krok reformy zdravotníctva – implementáciu. Vláda schválila a alokovala finančné prostriedky na systematické oddlženie zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení. Oddlžovanie bolo vykonané prostredníctvom spoločnosti Veriteľ, a. s., ktorá po prísnych kontrolách a auditoch odkupovala pohľadávky voči uvedeným subjektom. Celkovo tak bolo na vyplatenie veriteľov použitých 20,1 mld. Sk a celkový zlikvidovaný dlh dosiahol viac ako 23,0 mld. Sk, pričom rozdiel predstavovali zľavy z istiny a odpustenie penále.

Posledným krokom reformy zdravotníctva bola **implementácia** novej legislatívy a **transformácia** sektora zdravotníctva. V rámci implementácie bolo prvým krokom založenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako nezávislého regulátora, ktorý najmä:

- vydáva a odoberá licencie zdravotným poisťovniam a kontroluje ich finančné zdravie, efektívnosť a hospodárnosť,
- kontroluje, či zdravotné poisťovne zabezpečujú dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov (princíp minimálnej siete a zmluvná politika zdravotných poisťovní),



Henrieta Maďarová

– prešetruje, či bola zdravotná starostlivosť poskytnutá lege artis a ak nie, môže podať trestné oznámenie.

V priebehu roka 2005 došlo postupne k transformácii všetkých existujúcich zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti. Predchádzajúce verejnoprávne postavenie umožňovalo zdravotným poisťovniam zanedbávať potreby poistencov. Zavedená zmena na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými pravidlami, transparentným vlastníckymi a manažérskymi vzťahmi, štandardným účtovníctvom a externým auditom vedie ku skutočnému posilneniu záujmov poistencov/pacientov a oveľa vyššej zodpovednosti zdravotných poisťovní voči vlastníkom, podnikateľskému prostrediu a svojim klientom.

Ďalšie dôležité opatrenia boli implementované v liekovej politike a v oblasti budovania systému rýchlej záchranej služby. Nový systém záchraniek bol budovaný tak, aby sa výrazne zvýšila dostupnosť. Vyše 77 % obyvateľov by malo byť dosiahnuteľných do 10 minút, 99 % obyvateľov do 15 minút a 1 % v priemere do 20 minút. V oblasti liekovej politiky boli prijaté okrem fixného percenta doplatku pacienta a poplatku za recept ďalšie opatrenia, ktoré viedli k zníženiu výdavkov zdravotných poisťovní na lieky v roku 2004 o 4,3 %, bez zvyšovania DPH by tento pokles bol až 9,3 %:

1. Personálne zmeny v štruktúre kategorizačnej komisie s uprednostnením ekonómov pred lekármi.

2. Cenové rokovania cez internet formou transparentného trhového mechanizmu s presne definovanými pravidlami.

3. Zmena v maržiach pre veľkoobchodníkov a lekárne pre „veľmi drahé lieky“, pričom definícia je skôr flexibilná ako fixná (v závislosti od veľkosti balenia) a približne zodpovedá liekom, ktorých cena je vyššia ako 20 000 Sk mesačne.

4. Vyššia frekvencia kategorizácií. Kým do roku 2004 bolo približne raz za 12 mesiacov, tak v roku 2004 prebehla kategorizácia až šesťkrát. Zároveň Slovensko dosiahlo výrazný pokrok v implementácii Transparency Directive 89/105/EEC.

5. Predstavenie režimu „fast track“ pre zaraďovanie generík (rýchlejší administratívny postup cez kategorizačnú komisiu) viedlo k zreteľnému poklesu cien. Do tohto špeciálneho režimu môže byť zaradený produkt len vtedy, ak farmaceutická firma zníži cenu o 10 % a viac v porovnaní s najlacnejším liekom v clustri.

Silné a slabé stránky reformy

Reforma v rokoch 2002–2004 znamenala výrazný posun pre slovenské zdravotníctvo. Jej úspech je treba pripísať najmä silnej osobnosti ministra Rudolfa Zajaca, ktorý ako jediný z ministrov bývalej višegrádskej štvorky vydržal vo svojom kresle celé volebné obdobie. Okrem toho mal jasnú víziu v podobe „Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana“. Nemalú zásluhu na realizácii jeho vízie mala aj celková pro-reformná nálada vtedajšej vlády, ktorá paralelne realizovala zásadné zmeny nielen v zdravotníctve, ale aj v sociálnom a daňovom systéme, či súdnictve.

Rozsah realizovaných zmien a dotknutých subjektov spôsoboval, že reforma nebola prijímaná pozitívne a dokonca sa stala nástrojom predvolebného boja v roku 2006. V dôsledku toho, niektoré opatrenia boli implementované len čiastkovo alebo aj vôbec, čo znásobilo jej kontroverzné vnímanie. To ešte umocnil nástup novej vlády zloženej najmä z radov bývalej opozície, ktorá kritizovala a odmietala reformu ako celok. Medzi zásadné kroky, ktoré sa nepodarilo realizovať je možné zaradiť:

- nedokončená transformácia zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti vo vlastníctve štátu,
- nevyhovujúce a neopravené nariadenie o minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré by umožnilo zdravotným poisťovniam selektívne kontrahovať zdravotnú starostlivosť a vykonať nevyhnutnú redukciu siete,
- nedokončenie prác na explicitnej definícii a prispôbení rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia objemu disponibilných prostriedkov; tým zároveň nebolo možné zaviesť individuálne zdravotné poistenie.

Napriek všetkým vyhláseniam súčasnej vlády SR, hlavným cieľom reformy bolo posilnenie postavenia pacienta, ktorý sa mal stať klientom dostávajúcim kvalitnú, bezpečnú a efektívnu zdravotnú starostlivosť. Všetko ostatné boli a sú len nástroje na dosiahnutie tohto cieľa.

Upravené z Pažitný, P., Szalay, T., Szalayová, A., Maďarová, H.: Zdravotníctvo 2005 in:

Súhrnná správa o stave spoločnosti, IVO 2005;

http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=32

² Cluster je založený na: účinné latke, spôsobe podania, farmaceutickej forme a sile (posledné dve nie sú povinné zložky).

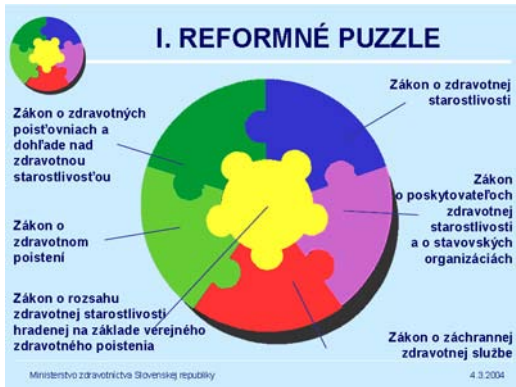
MUDr. Janko Gajdoš,
bývalý predseda ÚZDS

Roľa Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

So zdvorilým poďakovaním externému poradcovi Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou firme Sanigest Slovakia si dovoľujem prezentovať v stručnosti základné úlohy, oblasti pôsobenia a procesy úradu.

Reforma zdravotníctva na Slovensku vychádza z predpokladu, že pravidlá trhovej ekonomiky možno vo všeobecnosti aplikovať tak, aby sa súčasný spôsob financovania zdravotnej starostlivosti a systémy jej poskytovania (väčšinou verejné) zefektívnili a spriehľadnili. Bol prijatý súbor šiestich zdravotníckych zákonov, ktoré by sa mali stať právnym a inštitucionálnym rámcom realizácie reformy.

Slovensko: Zákonný rámec reformy



Kritickým prvkom reformy je zriadenie (1. novembra 2004) Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Úrad) ako hlavnej regulačnej organizácie dohľadu nad trhom.

Úloha Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je dozorná a regulačná úloha nad financovaním zdravotníctva z verejných zdrojov a zabezpečovanie vo všeobecnosti.

ÚZDS sa vytváral ako verejný subjekt s nasledovnými kompetenciami:

1. dohľad nad verejným zdravotným poistením
 2. dohľad nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (Zákon č. 581/2004 Z. z.)
- Zákon udeľuje ÚZDS zákonné a inštitucionálne nástroje, aby sa mohol priamo zúčastňovať na

regulácii financovania zdravotnej starostlivosti a jej poskytovaní, najrôznejšími regulačnými normami, udeľovaním povolení, informáciami, dohľadom, obmedzenou intervenčnou kontrolou, sankcionovaním, a Úrad môže vo vzťahu ku všetkým účastníkom trhu (Ministerstvo zdravotníctva, VÚC, profesné komory, záujmové skupiny, pacienti, atď.) zohrávať úlohu interinštitucionálneho koordinátora.

Úloha ÚZDS v systéme zdravotníctva SR



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Ako ukazuje predchádzajúci obrázok, Úrad má rolu dohľadu nad verejným zdravotným poistením a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zákon ustanovuje ÚZDS nasledovné základné úlohy:

Vo vzťahu k verejným zdravotným poisťovniam

- Vydávanie povolení / súhlasu (reštrukturalizácia/zánik) verejných zdravotných poisťovní
- Vedenie databázy verejných zdravotných poisťovní (vrátane zoznamu licencovaných zdravotných poisťovní a všetkých databáz s informáciami, ktoré sú potrebné pre dohľad, reguláciu a kontrolu)
- Vedenie registra poistencov
- Vedenie registra osôb a subjektov, ktorí platia príspevky na zdravotné poistenie
- Dohľad nad finančnou výkonnosťou verejných zdravotných poisťovní
- Hodnotenie rizikovosti verejných zdravotných poisťovní, vrátane platobných mechanizmov a preozdovovania poistného
- Stanovenie základných indikátorov pre meranie výkonnosti / kvality zdravotnej starostlivosti, vrátane monitorovania poradovníkov
- Poskytovanie vedenia pri kupovaní / zmluvňovaní zo strany zdravotných poisťovní
- Kontrola procesu výberu poistného na zdravotné poistenie zdravotnými poisťovňami (ZP)
- Vybavovanie nárokov zo zdravotného poistenia vo vzťahu k zahraničným subjektom

Vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

- Vedenie databázy licencovaných / akreditovaných / certifikovaných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- Riadenie Súdnolekárskej služby
- Stanovenie základných indikátorov na meranie výkonnosti / kvality zdravotnej starostlivosti, vrátane monitorovania poradcov
- Navrhovanie a požadovanie monitorovania švrťročných indikátorov výsledkov
- Poskytovanie informácií pacientom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti
- Požadovať "Osvedčenie o potrebe" (toto zatiaľ zákon nedefinuje)
- Požadovať iné opatrenia vo vzťahu k nákladovej účinnosti
- Dohľad nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti

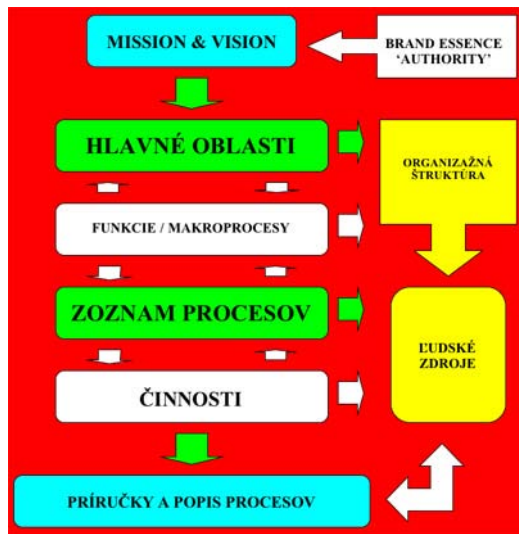
Vo vzťahu k pacientom (úloha ombudsmana)

- Poskytovanie informácií pacientom o poskytovateľoch (zákaznícke telefonické centrum a letáky)
- Poskytovanie informácií pacientom o poisťovniach (dávky a výkonnosť)
- Riešenie sťažností

Iné potenciálne funkcie (budúcnosť)

- Rozhodovanie sporov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.
- Spolučasť s MZ na analýze zdravotného stavu /situácie obyvateľstva.
- Prispievanie k definovaniu základného balíka tovarov a služieb, ktoré budú financované verejnými zdravotnými poisťovňami.

Z hľadiska základných úloh a funkcií tak, ako ich definuje zákon, bolo potrebné ustanoviť pre Úrad nový rámec. Tento rámec, ktorý je postavený na samotnej podstate pojmu „Úrad“ začína poslaním a víziou ÚZDS a vzťahuje sa teda na hlavné funkcie a makroprocesy, ktoré zafinujú operácie ÚZDS. Makroprocesy zastrešujú jednotlivé procesy a činnosti. Ak sme chceli zafinovať, ustanoviť a vypracovať správnu organizačnú štruktúru, museli sme detailne popísať tieto procesy a činnosti v procesných príručkách a popise prác. Celý systém je dynamickým subjektom, čo znamená, že všetky preddefinované procesy a činnosti sa musia príslušne podrobiť revízií a donastavovať.

Skladačka ÚZDS**Návrh poslania a vízie ÚZDS**

Úrad pre dozor nad zdravotnou starostlivosťou musí ponúkať „najvyššiu záruku“ a „kódex správania“ za účelom správnej realizácie zákonných povinností zdravotného poistenia, poisteného obyvateľstva a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súlade s politikou verejného zdravotného poistenia. Ťažiskom tohto všetkého je zabezpečenie dostatočnej, dostupnej dobrej zdravotnej starostlivosti, ktorú si poisťenci môžu dovoliť.

Vízia Úradu by sa mala pohybovať v blízkosti „dosahovania maximálneho sociálneho blaha pre obyvateľstvo – prospech zo spoločného blaha prostredníctvom facilitácie konkurenčného trhu zdravotného poistenia, so zachovaním komunitného hodnotenia, otvorenej účasti a celoživotného pokrytia.“

Zriaďovateľ Úradu vypracoval nasledovné výrocky o poslaní a vízii:

- Zdravie je jedna z najvyšších priorit občanov aj štátu, ktorý v roku 2004 prijal novú modernú legislatívu, založenú na princípoch kvality, efektivity a všeobecnej, dlhodobu udržateľnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti s cieľom zlepšiť zdravie občanov.
- Úrad vykonáva dohľad nad všetkými kľúčovými aspektmi nového systému zdravotníctva. Vykonáva tak službu občanom s cieľom, aby boli naplnené všetky ich práva garantované ústavou a zákonmi SR a aby sa občania – poisťenci – stali nielen plnohodnotnou súčasťou ale hlavne stredobodom systému zdravotníctva.

- Úlohou úradu je taktiež anticipácia, predchádzanie a riešenie sporných otázok.
- Cieľom úradu je udržiavať konkurenčné prostredie, finančnú stabilitu, výkonnosť a solidárnosť systému a jeho orientáciu na skutočné potreby občanov, ako aj zvyšovať úlohu občanov, zabezpečiť ich rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti a účinne vymáhať ich práva.
- Definovaním povinných ako aj odporúčaných štandardov úrad zároveň plní aj významnú normatívnu funkciu v systéme zdravotníctva.
- Úrad vykonáva svoju širokú právomoc s vysokou autoritou vyplývajúcou z kompetentnosti organizácie a jej ľudí, nezávisle, včas, korektne a dôsledne.

Princípy a charakteristika ÚDZS

Cieľom ÚDZS je vytvoriť dôveru v spoločnosti v to, že politika verejného zdravotného poistenia sa realizuje legitímnym a účinným spôsobom. ÚDZS sa sústreďuje na nasledovné charakteristiky, ktoré sú významné z hľadiska naplnenie tohto cieľa:

NEZÁVISLOSŤ

- nezávislý riadiaci orgán
- dohľad a usmerňovanie

DYNAMIKA A PRO-AKTIVITA

- monitorovanie politiky vhodnosti dohľadu a dozoru
- pretavovanie socio-demografického vývoja do metód práce
- pozorovanie
- rýchla odozva resp. upriamenie pozornosti verejnosti v prípade nehôd
- výstražné mechanizmy

EXPERTNOSŤ

- menovanie odborných pracovníkov
- riadenie siete a vzťahov
- vedecká hĺbka
- zber a šírenie poznatkov

SILA/ MOC

- dostatočná presvedčivosť a asertivita
- prirodzená autorita
- právomoc zasahovať
- doporučnosť

OTVORENOSŤ

- stretávanie sa a komunikácia s verejnosťou
- zverejňovanie výsledkov a výstupov dohľadu
- verejná zodpovednosť

PROCESNÁ ORIENTÁCIA

- diaľkový dohľad a dozor na mieste
- viac monitorovania, usmerňovania, vedenia ako kontroly

- zásady správneho riadenia a podnikateľskej etiky
- viera v realizáciu

SPOLAHLIVOSŤ

- integrita (vrátane stretu záujmov)
- dôsledná politika a konanie

Snahou ÚDZS je udržiavať odborné a praktické vzťahy s organizáciami, na ktoré dohliada. Za týmto účelom ÚDZS investuje do účinnej komunikácie, vzájomných vzťahov a prístupu. Za tým istým účelom ďalej uplatňuje aktívnu personálnu politiku s cieľom rozvíjať potrebné zručnosti a kompetencie svojich pracovníkov.



Janko Gajdoš

ÚDZS si vytvára svoj vlastný nezávislý názor na základe informácií o realizácii verejného zdravotného poistenia. ÚDZS získava tieto informácie od organizácií, na ktoré dohliada, zo svojho vlastného nezávislého prieskumu a z námetov, ktoré mu poskytujú tretie strany (záujmové skupiny, združenia pacientov, profesné spoločnosti a komory, atď.). ÚDZS tiež poskytuje verejné odporúčania a poukazuje na postup implementácie. ÚDZS tiež proaktívne monitoruje stupeň možného dozorovania plánovanej politiky alebo predpisov.

S posilňovaním trhových mechanizmov a s rozširovaním rámca tvorby implementačnej politiky zo strany implementačných organizácií sa presúva ťažisko dozoru zo striktnej kontroly na bdelé sledovanie (monitoring). K takémuto posunu ťažiska dochádza tiež pri modernizácii procesov dohľadu a dozoru. Pri plnení svojich povinností musí byť ÚDZS schopný zdôvodniť stupeň konkrétnosti legislatívy a predpisov a rozsah tvorby politiky, ktoré z toho vyplývajú pre implementujúce organizácie (menovite zdravotné poisťovne a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti). ÚDZS musí dôrazne zvažovať ciele legislatívy a predpisov. Dozorná a dohľadná úloha ÚDZS sa nedotýka priamo po-

skytovateľov zdravotnej starostlivosti v zmysle zmluvných povinností. ÚDZS má však právomoc vydávať a presadzovať usmernenia pre uzatváranie zmlúv medzi všetkými stranami, ktoré sú súčasťou využívania verejnej zdravotnej starostlivosti, ale len v intenciách definovaných zákonom.. V týchto zmluvách teda musia byť špecifikované prinajmenej objem (cena), rozsah a kvalita kontrahovanej zdravotnej starostlivosti. Týmto spôsobom ÚDZS zahrnuje do svojich funkcií dozoru a dohľadu aj ponuku zdravotnej starostlivosti a jej kvalitu.

Hlavné oblasti pôsobnosti ÚDZS

ÚDZS má explicitne zadefinované štyri oblasti pôsobnosti (ako je to v súčasnom zákonom rámci) a jednu vnútornú oblasť (definovanú implicitne – oblasť organizačného správania a prevádzkového riadenia – ktorá pokrýva interné funkcie a procesy). Hnacou silou dvoch zo štyroch externých oblastí sú sily trhu zdravotnej starostlivosti na strane ponuky (politika zdravotnej starostlivosti / normy a uplatňovanie zabezpečovania kvality; verejné zdravotné poisťovne; súkromní ziskoví a neziskoví a štátni poskytovatelia zdravotnej starostlivosti), zatiaľ čo posledná – občania (klienti – pacienti / verejnosť) predstavuje súbor funkcií a procesov na strane dopytu. Vnútorná oblasť pokrýva všetky funkcie a procesy, ktoré sú potrebné pre ustanovenie, riadenie a vykonávanie všetkých explicitne zadefinovaných hlavných funkcií a makroprocesov, ktoré predstavujú už spomenuté externé oblasti.

Koncepcia oblastí pôsobnosti pomáha jasnému rozlišovaniu medzi funkciami na strane dopytu

Hlavné oblasti pôsobnosti ÚDZS



(ktoré predstavujú procesy dohľadu nasmerované na zdravotné poisťovne, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a účastníkov / tvorcov politiky a realizátorov kvality) a funkciami na strane ponuky (ktoré teda predstavuje proces ombudsmana, ktorý je zameraný hlavne na pacientov a širokú verejnosť, teda všeobecne hovoriac, na občanov).

V každej jednotlivéj uvedenej oblasti môžeme definovať viacero hlavných funkcií a makroprocesov.

Funkcie a procesy ÚDZS

Zákon navyše upravuje jasne viacero hlavných funkcií – makroprocesov, ktoré zveruje ÚDZS. Tieto makroprocesy sú všeobecne priradené do jednej alebo viacerých oblastí.

EVIDENCIA (registre) je zaradená a spravovaná v internej oblasti – D 5, súvisí však – a má priamy resp. nepriamy dopad aj na všetky externé oblasti; rozoznávame Register zdravotných poisťovní, Register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, Centrálny register poistencov a Štátnu zdravotnú resp. liekovú politiku, ktorá súvisí so všetkými uvedenými „registrovanými“ skupinami záujmov a štátom).

DOHĽAD NAD POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI (PZS) sa zaraďuje do oblasti poskytovateľov – D 3, avšak ako sme spomenuli predtým, existujú aj vzťahy s viacerými inými oblasťami.

DOHĽAD NAD ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI (ZP) sa zaraďuje do oblasti poistenia – D 2, avšak dotknuté sú minimálne oblasť systémovej politiky a interná oblasť.

PREROZDEĽOVANIE sa zaraďuje do oblasti poistenia – D 2, vyššie uvedená poznámka platí aj pre tento makroproces.

SŤAŽNOSTI sa zaraďujú do oblasti občania a tam sa aj spravujú – D 4; týka sa to predovšetkým sťažností pacientov a záujmových skupín. Okrem toho by mala byť oblasť občanov prislúšná pre predvídanie, prevenciu a riešenie sťažností všetkých účastníkov, vrátane zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Takže aj makroproces SŤAŽNOSTI má prierezovú dimenziu.

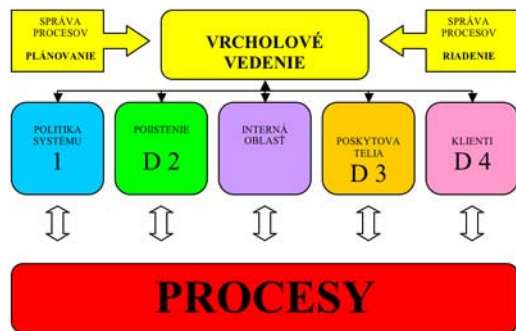
ZAHRAŇIČNÉ NÁROKY sa riadia v rámci oblasti poistenie. Musia však byť monitorované na úrovni poskytovateľov a evidované v rámci vnútornej oblasti.

INFORMÁCIE O ZP, PZS sa zaraďujú do oblasti občania – D 4, a táto slúži prevažne verej-

nosti. Okrem toho na základe rozsahu a obsahu môže tento makroproces slúžiť (na požiadanie) všetkým účastníkom, ktorí sú predstavovaní aj ostatnými oblasťami.

ROZHODOVANIE SPOROV MEDZI ZP a PZS sa zaraďuje do oblastí poistenie a poskytovatelia, pričom Úrad funguje predovšetkým ako sprostredkovateľ riešenia sporov resp. presadzovateľ rozhodnutia.

Makroprocesy ÚDZS a ich vzťahy k jednotlivým oblastiam



ZÁVERY

- Kontinuálne hodnotenie výrokov o poslaní a vízií, ohodnotenie a potvrdenie hlavných charakteristík organizácie.
- Permanentne hĺbkovo analyzovať uvedené funkcie a procesy pre každú jednotlivú oblasť, zväziť, čo „potrebujú a čo si želajú“, príslušne navrhnúť, popísať, vypracovať a monitorovať všetky relevantné procesy. Dopracovať procesy na základe stáleho zlepšovania monitorovania a interného prieskumu resp. štúdií, spätnej väzby účastníkov a hodnotenia výkonnosti.
- Dynamicky dopĺňať podrobné príručky funkcií a procesov, štandardných operačných postupov a balíkov orientačných nástrojov.
- Zaviesť pravidelné školenia a priebežné vzdelávanie, riadenie poznatkov a usmerňovanie v nástrojoch a technikách úspechu.
- Zdokonaľovať komunikačný program (predvídať, predchádzať a riešiť), vypracovať povinné prístupy k organizačnému správaniu a kultúre podstaty značky „Úradu“.
- Inicovať aktivity súvisiace s rozvojom kapacít pre výskum a analýzu, pracovať na priebežnom hodnotení a skvalitňovaní zdravotného trhu, verejného poistného krytia zdravotnej starostlivosti a kvality produktov zdravotníctva a poskytovaných služieb.

- Budovať schopnosti sieťovania (networking) so všetkými relevantnými účastníkmi okolo každej oblasti tak, aby sa dosiahli vopred zadané charakteristiky a aby sa Úrad stal aktívnym miestom rozhodovania a tvorby politiky.

MUDr. Andrej Janco,
prezident Výboru pre zdravotníctvo

Dialógom k zmene – slovenská skúsenosť.

Súhrnný text: Skúsenosti zo 17ročného pôsobenia privátnej špecializovanej ambulancie sféry v SR. MUDr. Andrej Janco, MUDr. A. Jancová, Slovenská lekárska únia špecialistov, Košice

Splnenie zákonných požiadaviek na úroveň zdravotníctva predpokladá vyváženosť základných funkcií zdravotníctva a to aj v podmienkach významných zmien prostredia, ktoré podmieňujú ekonomické, sociálne, právne a v slovenských podmienkach predovšetkým politické vplyvy ako relatívne nezávislý faktor. Tento je možné na základe doterajšieho vývoja systému hodnotiť ako nadmerný. Mohlo k tomu dôjsť len v dôsledku významného podielu verejných financií, ktoré v slovenskom zdravotníctve pôsobia a sú kontrolované politikou a súčasne relatívne nízkej rozpočtovosti systému. Obidva tieto faktory zvyšujú destabilizačný dopad finančných zásahov na zdravotníctvo a zároveň zvyšujú aj jeho závislosť na politike, podmieňujúcej tieto zásahy. Pri hodnotení 17 rokov pôsobenia privátnej špecializovanej ambulancie starostlivosti (ďalej ŠAS) v SR sa preto nezaobídeme bez rozlíšenia etáp, ktorých charakteristika bola určovaná politikou.

1. Obdobie pred reformou zdravotníctva. Máme na mysli obdobie „transformácie“ a opakovaných, viac-menej formálnych pokusov o reformu, ktoré stroskotali na prirodzenej snahe o zachovanie pomerov, ktoré umožňovali veľkej časti systému (štátny sektor) ekonomicky prežívať aj pri neustálom zadlžovaní v dôsledku pravidelného oddlžovania systému zo strany štátu.

2. Obdobie reformy. Máme na mysli reformu, ktorá bola presadená počas pôsobenia ministra Zajaca. Išlo o reformu slovenského zdravotníctva, ktorá mala ekonomický charakter a preto zasahovala do podstaty problematiky systému.

3. Obdobie tesne pred parlamentnými voľbami v r. 2006, keď sa začali prejavovať niektoré dôsledky reformy, čiastočne pretrvávajúce dodnes.

4. Obdobie po parlamentných voľbách 2006, ktoré je charakterizované návratom zdravotnej politiky štátu k princípom, platným pred reformou.

Prívatná ŠAS pred reformou

Financie

- Výlučne jednozdrojové financovanie z poisťovní
- Limitované financovanie za výkon (ako jediný segment zdravotníctva).
- Neoveriteľnosť proklamovaných údajov o nakladaní financií v zdravotníctve.
- Žiadna pomoc zo strany štátu a súčasne nevytvárania dlhu.
- 5 rokov trvajúca stagnácia príjmov pri sústavnom raste nákladov.
- Znevýhodňovanie financovania privátnych ambulancií ŠAS v porovnaní s inými segmentami (Štátne: príspevky z fondov MZ, iných fondov a nadácií Rezortné z rezortov (ŽSR, MV, MO). Nákup techniky bol realizovaný z iných zdrojov, ako z príjmov od poisťovní, napriek tomu dochádzalo k ich pravidelnému oddlžovaniu. PAS: z financovania za výkon prechod na paušálne platby bez limitu + navýšenie za preventívne prehliadky bez limitu).
- Zo zákona znemožnený sponzoring privátnej ŠAS

Vzťahy s poisťovňami

- Limitované platby za výkony od zdravotných poisťovní, čo sa odvíjalo od nedostatočných platieb zo strany štátu za svojich poistencov.
- Zmluvné podmienky jednostranne určované poisťovňou pod hrozbou vypovedania zmluvy.
- Zmluvné podmienky boli určované často nad rámec zákona, obchádzajúce, alebo dokonca porušujúce zákony SR, ústavu.
- Neovplyviteľnosť zmluvných vzťahov zo strany poskytovateľa.
- Retroaktivita diktovaných zmien zmluvných vzťahov zo strany poisťovní.

Politika

- Snaha o funkčné zdravotnícke posty na základe stránickej nominácie.
- Absencia reálneho reformného programu.
- „Reformné programy“ bez reformného obsahu (chýbala ekonomická podstata reformy).
- Rozsah reformy nedohodnutý s občanom a neodsúhlasený občanom.

- Uprednostňovanie politických a skupinových finančných záujmov pred všeobecným záujmom.
- Prenos zodpovednosti za nesprávne politické rozhodnutia na lekára.
- Politický populizmus na úkor dobrého mena slovenských zdravotníkov.

Iné aspekty

- Média: Malá znalosť problematiky zo strany médií, názorová závislosť, nízka snaha o objektivitu.
- Verejnosc: Neinformovanosc, nízka občianska angažovanosc, vnímanie bezplatnosti zdravotníctva ako poslednej sociálnej istoty, snaha vyhnúť sa akejkolvek finančnej účasti.
- Pacientske organizácie: Lojalita s každou vládno u politikou v záujme skupiny, prípadne osobných výhod.
- Zdravotníci: Neinformovanosc, nízke právne vedomie, nízka angažovanosc, neúčast na zdravotno-politických rozhodnutiach, protichodnosť záujmov, nejednotnosť postupu, lojalita s každou vládno u politikou v záujme úzke skupinových a osobných záujmov.
- Zvýšenie vymožitelnosti práva (práva na zisk, občianskeho, obchodného práva.
- atď.).



Andrej Janco

Čo ŠAS očakávala od reformy:

- Vytvorenie štandardných podmienok pre činnosť (porovnateľné s EÚ) a ich stabilizácia.
- Uplatnenie reálnych cien za výkony v zdravotníctve.
- Uplatnenie jasných zákonných pravidiel pri dojednávani zmlúv a pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. (Obchodný zákonník, zákon o cenách a pod. a supervízia cez nezávislý orgán

- ÚDPZS).
- Rovnoprávne postavenie na trhu práce.
- Partnerské vzťahy s poisťovňami (namiesto direktívnych vzťahov).
- Objektívna informovanosť o stave zdravotníctva a zdravotnom stave obyvateľstva.

Privátna ŠAS po reforme – dopad reformy na ŠAS

Financie:

- Ostáva prevažne jednozdrojové financovanie, presadená bola len malá účasť pacienta.
- Ostáva limitované financovanie za výkon.
- Výrazne sa zlepšila kontrola a priehľadnosť použitia financií v zdravotníctve (externý audit hospodárenia v zdravotných poisťovniach, v zdravotníckych zariadeniach, ktoré sa transformovali na akciové spoločnosti).
- Naďalej žiadna pomoc zo strany štátu.
- Pretrvávala snaha o zavedenie ďalších zdrojov financovania – spoluúčasť pacienta.
- Rovnaký princíp financovania všetkých ambulancií ŠAS, súvisiaci so zastavením oddžovania štátnych zariadení.

Poisťovne:

- Naďalej limitované platby za výkon od ZP.
- Zmluvné podmienky sa už začali prejednávať vopred, pretrvávala snaha o ich určovanie zo strany ZP.
- Pretrvávala snaha ZP dosiahnuť zmluvné podmienky nad rámec zákona, ale zákon už stanovuje mantinely (vstup ÚPDSZ).
- Zmluvné podmienky sú ovplyvniteľné, najmä u súkromných poisťovní.
- Retroaktivita zmien zmluvných vzťahov zo strany poisťovní už nie je diktátom.
- Pre vzťah oboch strán platí obchodný zákonník (po prechode ZP na a. s.).
- Podsúvanie nevýhodných podmienok pretrvávala.

V politike pretrvávali:

- Stranícke nominácie do zdravotníckych funkcií.
- Prenos zodpovednosti za politické rozhodnutia na lekára.
- Politický populizmus na úkor dobrého mena slovenských zdravotníkov.

Hlavný prínos reformy pre ŠAS

- **Nové zákony rozdelili zodpovednosť za poskytovanie ZS medzi poskytovateľa, poisťovňu a sčasti aj pacienta**

- **Došlo k sprehľadneniu vzťahov v poskytovaní ZS a jej financovaní.**
- **Došlo k zavedeniu externého auditu hospodárenia ZP a osobnej zodpovednosti za rozhodnutia.**
- **Jednanie poskytovateľa so ZP prebiehalo na základe obchodného zákonníka a zákona o cenách.**
- **Zastavenie zadlžovania štátnych zariadení, ktoré znevýhodňovalo privátnu ŠAS.**
- **Padol umelo udržiavaný mýtus o bezplatnosti zdravotníctva**

Porovnanie stavu ŠAS pred reformou a po parlamentných voľbách 2006 (financovanie)

- Zrušená spoluúčasť občana.
- Ostáva, pribudli limity na lieky a pomôcky (vo VP poisťovniach, nie privátnych).
- Ostáva Pokus o zrušenie kontroly hospodárenia s financiami verejného zdravotného poistenia, mantinelov pri jednaniach s poskytovateľmi transformáciou štátnych poisťovní na VP inštitúcie
- Ostáva jednozdrojové financovanie ŠAS.
- Žiadna pomoc zo strany štátu (technika, oddžovanie).
- Navyše však bolo jasne proklamované uprednostnenie štátnych zdravotníckych zariadení.
- Pretrvávala limitované financovanie za výkon. Došlo však k reálnemu poklesu príjmov ambulancií zrušením spoluúčasti pacienta

Poisťovne

- Limity na výkon + neustála snaha o limity na lieky a pomôcky vo VP ZP.
- Zmluvné podmienky neprejednané vopred vo VP ZP (zavádzanie, zľahčovanie za účelom eliminácie odporu odbornej aj laickej verejnosti).
- Zmluvné podmienky s retroaktivitou vo VP!
- Zmluvné podmienky s VP ZP neovplyvniteľné.
- Politické argumenty, nie odborné.
- Snaha o zneplatnenie obchodného zákonníka.
- Likvidačné podmienky zo strany VP ZP (tvorba cien, násilný presun činností...)

Hlavné problémy ŠAS a ich dôsledky

Hlavné problémy:

- Ďalší pokles ceny práce v privátnej ŠAS.
- Uprednostňovanie štátneho sektora.
- Presun činností na PAS a koncové zariadenia, spojený s presunom financií ale hlavne presun

- neúnosnej zodpovednosti.
- Redukcia siete ŠAS pri ďalšej redukcii nemocničných lôžok (o 20%).
- Rušenie platnosti obchodného zákonníka a zákona o cenách vo vzťahoch medzi poskytovateľmi a ZP.
- Popieranie možnosti tvorby zisku v zdravotníctve!

Očakávané dôsledky na privátnu ŠAS:

- Znerovnoprávnenie postavenia privátnej ŠAS.
- Potlačenie vymožitelnosti práva.
- Destabilizácia systému.
- Protekcionalizmus a tlak na rast korupcie.
- „Proletarizácia“ ŠAS.
- Zánik veľkej časti ambulancií ŠAS.
- Odchod špecialistov do zahraničia.
- Prepad dostupnosti ZS.
- Katastrofálny a nenapraviteľný prepád kvality poskytovanej ZS vo všetkých sektoroch zdravotníctva (neúnosné zataženie jedného sektora, likvidácia iného).

Na záver mi dovoľte vyjadriť naše presvedčenie, že neexistuje reforma, ktorá nie je založená na zmenách ekonomických pomerov v systéme. Ich podstatou je princíp ohodnocovania na základe reálnych cien zdravotníckych výkonov, zabránenie tvorby dlhov a vytvorenie rovnosti podmienok pre činnosť zdravotníckych zariadení, ako aj vytvorenie zoznamu výkonov, hradených z verejných financií, ako podmienky definovania spoluúčasti pacienta na hradení zdravotnej starostlivosti. Je nutné zabrániť politickému populizmu na úkor reformných krokov.

- Za každú prácu (aj za prácu v zdravotníctve!) musí byť podľa ústavy SR zaplatené!
- Naším tovarom nie je zdravie, našim tovarom je práca, služby v zdravotníctve!

MUDr. Viliam Novotný, poslanec NR SR (SDKÚ – DS), predseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo

Prečo nebola úspešná slovenská cesta?

Dzurindová druhá vláda (2002–2006) sa právom označuje za najreformnejšiu vládu v dejinách Slovenska. Veľmi odvážne sa pustila aj do refor-

my jedného z najkomplikovanejších a politicky najcitlivejších rezortov vôbec – do zdravotníctva. Reformou zdravotníctva naštartovala ekonomická stabilizácia systému. Na oddĺženie rezortu použila vláda viac ako 20 mld. SK a medziročné zadlžovanie sa znížilo z 8–9 mld. na 1,5 mld. v roku 2005. Urobili sa tiež zásadné kroky, aby sa systém nezaďžoval vôbec.

Reforma priniesla rad systémových zmien, ktoré sú odbornou verejnosťou považované za skôr správne a smerujúce k riešeniu páčivých problémov zdravo

tníctva. Vytvoril sa mechanizmus inteligentnej schémy spoluúčasti pacienta na čiastočnom hradení liečby v neprioritných diagnóz, ktorý ale zatiaľ nevošiel do života. Transformácia poskytovateľov a poisťovní na akciové spoločnosti vyvolala snáď najostrejšiu kritiku, ale nikto nevyvrátil skutočnosť, že tieto dokážu vďaka tvrdým rozpočtovým kritériám transparentnejšie a efektívnejšie hospodáriť so zdrojmi ako príspevkové organizácie resp. verejnoprávne fondy. Štát má v nemocniciach a poisťovniach vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti 100% podiel a tak všetky hlasy o privatizácii v prospech finančných skupín sú len prejavom absolútnej neznalosti procesov v slovenskom zdravotníctve. Vytvoril sa Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako nezávislý kontrolný orgán. Bol prijatý celý rad opatrení v liekovej politike, ktoré viedli k stabilizácii výdavkov na lieky. Poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti zas

viedli k čiastočnej eliminácii nadspotreby zdravotnej starostlivosti. Výber zdravotného poistenia



Viliam Novotný

Realizované reformné kroky mali napriek svojmu racionálnemu jadrú a reálnej finančnej stabilizácii rezortu veľmi nízku podporu v širokej laickej verejnosti.

dostal jasnejšie pravidlá predovšetkým väzbou odvodov štátu za svojich poistencov na priemernú mzdu. Realizoval sa nový model fungovania záchranej zdravotnej služby. Posilnil sa inštitút slobodného výberu lekára a zdefinovali sa pojmy verejná sieť a verejná minimálna sieť. Realizované reformné kroky, mali napriek svojmu racionálnemu jadru a reálnej finančnej stabilizácii rezortu veľmi nízku podporu v širokej laickej verejnosti. Bolo to spôsobené nie najoptimálnejšou komunikáciou celej reformy s verejnosťou, ako aj masívnu protikampaň zo strany vtedajšej opozície s množstvom zavádzajúcich a tendenčných tvrdení. Vláda a ani minister zdravotníctva nedokázali uspokojivo vysvetliť zdravotníkom a pacientom, že nutné zmeny sú v ich prospech a nie neprospech. Druhým faktom zostáva, že reforma zdravotníctva minimálne jeden rok meškala. Reformné zákony neboli schvaľované v prvom, ale až na sklonku druhého roka vládnutia. Platíť začali v roku 2005 a od januára 2006 už vláda, vo výrazne menšinovom postavení, len čakala predčasné parlamentné voľby. Nedokončila sa preto napr. transformácia štátnych zdravotníckych zariadení na a. s. Pravdou je, že pozitívne efekty reformy sa v praxi ani nestihli prejavíť. Pacienti ani zdravotníci ešte zmenu k lepšiemu nepocítili. Nedá sa to samozrejme paušalizovať. V mnohých nemocniciach viditeľne rástla kvalita. Dostupnosť zdravotníckych služieb sa po liberalizácii skôr zvýšila. Nešťastím ale je, že skôr ako sa pozitívne kroky stihli prejavíť, skôr ako sa reformné zákony naplno uviedli do praxe, prišli parlamentné voľby a po nich úplná zmena vládnej garnitúry a tým aj smerovania zdravotníctva. Niežeby nová slovenská vláda mala akúsi jasnú koncepciu, ale rušením jednotlivých prvkov reformy (ako prvé boli zrušené 20 a 50 koronové platby u lekára, resp. v nemocnici) sa situácia v systéme zdravotnej starostlivosti postupne zhoršuje. Nedokončená aplikácia reformy v spojení s jej postupnou deštrukciou podľa môjho názoru nemôže viesť ku kvalitnému a efektívnemu zdravotníctvu.

MUDr. Tomáš Szalay,
poradca bývalého ministra zdravotníctví SR, HPI

**Ak chýba vízia, výsledkom je
bezradné prešľapovanie na
mieste**

Slovensko: poučenie z vývoja po Zajacovej reforme

Zdravotníctvo je rezort, na ktorom sa dnes lámu parlamentné voľby vo väčšine vyspelých krajín. Zdravotníctvo môže byť dôvodom porážky vlády rovnako ako dôvodom pre víťazstvo opozície. Najsilnejšia slovenská vládna strana Smer-SD stojí pred rovnakým problémom – nemôže sa stať zdravotníctvo príčinou jej porážky v ďalších voľbách? Nie je totiž ťažké hrať z opozičných lavíc na strunu emócií, ak ide o život alebo o zdravie. Ťažké je však prejsť na konštruktivnosť vo chvíli, keď sa posty medzi vládou a opozíciou po voľbách vymenia. Táto situácia nastala na Slovensku po parlamentných voľbách 2006.

Slovenská reforma zdravotníctva z rokov 2002–2006 znamenala zmenu smerovania rezortu. Kľúčoví hráči – pacienti, poskytovatelia i poisťovne – dostali okrem práv aj povinnosti, teda zodpovednosť. Transformáciou zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti sa vyrovnali motivácie v sektore – nielen dodávatelia, ale i nákupcovia (poisťovne) majú právo dosahovať zisk a tak sa navzájom kontrolovať. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dohliada, aby na honbu za ziskom nedoplátil pacient. Kontroluje, či poskytovatelia poskytlí zdravotnú starostlivosť lege artis a či poisťovne nakúpili pre svojich poistencov všetko to, na čo majú nárok. Poriadok v liekovej politike priniesol pokles nákladov na lieky. Zavedenie poplatkov za recepty, návštevu ambulancie či pobyt v nemocnici prinieslo zníženie nadbytočného dopytu. Transparentné oddĺženie rezortu prostredníctvom štátnej akciové spoločnosti Veriteľ ušetrilo štátnemu rozpočtu odhadom 10 miliárd korún.

S blížiacimi sa voľbami 2006 sa už nestihla dokončiť transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti, čím by sa tieto zariadenia dostali do tzv. tvrdých rozpočtových obmedzení a nemohli by beztretno zvyšovať svoju zadlženosť. Taktiež sa nestihla prijať norma o minimálnej sieti poskytovateľov a nebola politická vôľa ani na redukcii rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti. Na rad malo prísť zavádzanie diagnostických a terapeutických protokolov, pravidlá kódovania a vykazovania ako predpoklad zavedenia DRG, indikátory kvality, eHealth. Tieto projekty dnes stoja už dvanásť mesiac na mieste.

Politici dnešnej slovenskej vládnej koalície vyhrali voľby najmä na absolútnej a nekonštruktívnej kritike reformy zdravotníctva predošlej vlády.

Lekárom, ktorí pred voľbami štrajkovali, sľúbili, že hneď po voľbách začnú robiť poriadky. Ak sú lekári dnes opäť v štrajkovej pohotovosti, znamená to, že očakávania sa nespĺnili. Terčom kritiky už nie je exminister Rudolf Zajac, ale minister Ivan Valentovič. Dodnes – teda ani rok po voľbách – totiž nie je vôbec jasné, čo chce vláda v zdravotníctve robiť. Čas a energiu márne na zbytočných frontoch.

Je celkom pravdepodobné, že vládni politici dodnes reformu zdravotníctva nepochopili. Preto sa sústredili na jej symboly – začali poplatkami, ktoré zrušili krátko po vymenovaní vlády. Teda, nezrušili všetky, naďalej sa platí 60 korún za pohotovosť, 5 korún za recept a 150 až 220 korún za každý deň pobytu v kúpeľoch. Výsledkom je rast dopytu po zdravotnej starostlivosti, stúpa počet predpísaných balení liekov. Vláda tento svoj jediný hmatateľne splnený predvolebný sľub obhajuje absurdným tvrdením, že za problémy v zdravotníctve boli zodpovedné poplatky a ich zrušením sa zdravotníctvo vymanilo z krízy.

Okrem zrušenia poplatkov sa uskutočnilo pár nesystémových krokov – odklad transformácie nemocníc (zatiaľ o rok, ale zrejme na neurčito), zníženie DPH na lieky zavedením druhej sadzby dane z pridanej hodnoty (pacientom to prinieslo mesačnú úsporu vo výške 4 koruny) či schválenie ochrany štátnych nemocníc pred exekútormi. Posledne spomenuté opatrenie však vzápätí pozastavil Ústavný súd SR.

Kategorizácia liekov stratila pravidlá – prestal sa dodržiavať referenčný systém úhrad, vôbec sa neporovnávajú ceny s referenčnými krajinami. Výsledkom je prudký nárast (17 %) výdavkov na lieky, ktorý je opticky tlmený zníženou DPH. Nedodržiavanie referenčného systému úhrad odradzuje výrobcov liekov znižovať ceny, pretože viac sa oplatí vylobovanie vyššej úhrady. Návrhy, aby sa kategorizácia robila zriedkavejšie než raz za kvartál, budú znamenať oslabenie tlaku generík na znižovanie nákladov na lieky. V skratke – táto vláda je pharma-friendly. (Je zaujímavé sledovať, že kým zavádzanie pravidiel transparentnosti v minulom volebnom období farmaceutické firmy vehementne pripomienkovali, odklon k netransparentným rozhodnutiam mlčky tolerujú. Bodaj by nie, keď sa biznisu darí.)

Okrem opatrení, ktorých výsledkom malo byť zmäkčovanie pravidiel hospodárenia, koalícia pristúpila i k centralizačným krokom. Parlament schválil právomoc vlády predčasne odvolať predsedu Úradu pre dohľad aj bez udania dôvodu. Sotva toto ustanovenie nadobudlo účinnosť, vláda

odvolala Jána Gajdoša z funkcie a nahradila ho zakladajúcim členom strany Smer-SD Richardom Demovičom. Výmeny sa uskutočnili vo vedení všetkých štátnych poisťovní a na tlak odborárov aj v riaditeľských funkciách väčšiny fakultných nemocníc. Sme svedkami deja vu: štátne nemocnice opäť objednávajú predraženú techniku (týždenník Trend zistil, že na prelome rokov 2006 a 2007 boli nakúpené mikroskopy za desiatky miliónov korún, pričom predražené boli najmenej o tretinu), dlhy nemocníc rastú a odborári pripravujú štrajk za zvýšenie miezd.



Tomáš Szalay

Exministra Zajaca je možné kritizovať za mnoho vecí, ale rozhodne nie za to, že nemal víziu. Nová vláda však okrem uvedených čiastkových mocenských ťahov nemá v zdravotníctve ani víziu, ani program. Svoju bezradnosť prekrýva rôznymi protichodnými a nedobornými vyhláseniami, ktoré slúžia ako testovacie balóniky. Väčšina z nich zakrátko spľasne a ministerstvo zdravotníctva dostáva do stále trápnejšieho svetla. Aj preto zostáva kostra Zajacovej reformy zatiaľ nedotknutá.

Veľa sme v minulom volebnom období diskutovali, či je možné prijať také legislatívne poistky, ktoré by zabránili návratu zdravotníctva do socializmu. Zrejme je však takýto cieľ ilúziou. Nič nie je nezvratné. Ak jestvuje nová parlamentná väčšina, môže legálne presadiť iný model zdravotníctva. Istú ochranu status quo však predstavuje ústavný rámec.

Pár príkladov: najprv bolo cieľom vlády retransformovať poisťovne na verejnoprávne inštitúcie. Potom nasledoval návrh na povinné prepoistenie všetkých poistencov štátu (60 % populácie) do štátnych zdravotných poisťovní. Originalitou vynikal návrh na vyvlastnenie súkromných zdravotných poisťovní. Dnes sa hovorí o premene poisťovní na správčovské spoločnosti. Minister zdravotníctva sa netají tým, že chce dosiahnuť

systém jednej poisťovne tým, že všetky ostatné znechtí nevýhodne nastavenými parametrami systému (obmedzením prevádzkových výdavkov alebo zákazom zisku). Každý z uvedených návrhov sa stretol s odbornou kritikou renomovaných odborníkov na ústavné právo. Tie, ktoré sa dostali až na úroveň vlády zmietla zo stola Legislatívna rada vlády SR. Tragikomická perlička na záver: minister Valentovič tvrdí, že má k dispozícii právnu analýzu potvrdzujúcu ústavnosť ním navrhovaných zmien. Na žiadosť, aby ju zverejnil odpovedal, že ju ne-

zverejní, pretože si ju objednal ako súkromná osoba... Je preto celkom pochopiteľné, že sa minister vyhýba väčšine odborných diskusií a konfrontácií a o svojich zámeroch informuje verejnosť cez platené inzeráty v dennej tlači.

Žiadne zmeny nie sú nezvratné. Odborne dobre pripravené a uskutočnené zmeny však môže zvrátiť len rovnako dobre odborne pripravená opozícia. Hoci na úspech vo voľbách stačí aj deštruktívna kritika, na udržanie sa vo vládných pozíciách aj po ďalších voľbách to stačiť zrejme nebude.

48 aktuálnych priorit slovenského zdravotníctví, na ktorých se shodlo reprezentatívni zastoupení slovenské zdravotnícké veřejnosti dne 29. května 2007 v Bratislavě

Strategické ciele

1. Zabezpečovať občanom zvyšovanie kvality a bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
2. Presadzovať orientáciu zdravotníctva na prevenciu a včasnú diagnostiku.
3. Dodržiavať vytýčené dlhodobé celospoločenské programy starostlivosti o zdravie.
4. Umiestňovať a využívať vzácné finančné zdroje tak, aby všetci občania mali rovnakú šancu na poskytnutie dostupnej, medicínsky účinnej a nákladovo efektívnej zdravotnej starostlivosti.
5. Dosiahnuť finančnú udržateľnosť systému z hľadiska tvorby zdrojov, ich štruktúry a použitia pri rešpektovaní princípu solidarity.
6. Pre tieto ciele zabezpečovať ekonomické, organizačné a regulačné podmienky.

Financovanie

7. Trvalo realizovať platby poisťného za skupiny občanov kde je platiteľom štát minimálne 5% z priemernej mzdy tak, aby zdroje zdravotníctva vyjadrené percentom z HDP

sledovali dynamiku rastu HDP, s cieľom naplniť princíp konvergencie k členským štátom EÚ.

8. Transparentný projekt oddĺženia musí byť základom zdravej reštrukturalizácie zdravotníckych zariadení. Jeho realizácia musí byť previazaná s organizačnými a regulačnými zmenami v štruktúre a výkone zdravotníckych zariadení.
9. Disponibilný objem zdrojov si z hľadiska dlhodobého rozvoja poskytovateľov vyžaduje existenciu základného rámca intersektorálneho členenia finančných zdrojov zdravotníctva na ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ústavnú zdravotnú starostlivosť, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, lieky a zdravotnícke pomôcky a na ostatnú zdravotnú starostlivosť.
10. Umožniť viacdrojové financovanie zavedením ekonomicky a sociálne udržateľnej spoluúčasti na vybrané typy zdravotnej starostlivosti s vytvorením podmienok pre rozvoj nepovinného zdravotného poistenia.

Organizácia

11. Podporovať len také kroky zdravotnej politiky, ktoré zachovávajú pluralitný model zdravotníctva s princípmi slobodnej voľby a rovnocennosti štátnych a neštátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a štátnych a neštátnych zdravotných poisťovní.
12. Pre zvyšovanie kvality je potrebné aktualizovať minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe podmienok efektívnej dostupnosti.
13. Stanoviť základnú kostru ústavnej zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti MZ SR – pevnej siete nemocníc vrátane špecializovaných nemocníc.
14. Definovať vhodnú právnu formu pre jednotlivé zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá bude garantovať zabezpečenie transparentnosti hospodárenia, tvrdé rozpočtové obmedzenia, prehľadné účtovníctvo, transparentné výberové konania a povinnosť auditu.

15. Vytvoriť resp. aktualizovať personálne a materiálne-technické kritériá pre výkon zdravotnej starostlivosti a vykonať audit ich plnenia.
16. Vypracovať systém komplexného monitorovania siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
17. Vytvoriť podmienky pre dostupnosť, kvalitu a efektivitu siete spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek.
18. V záujme zabezpečenia vyváženosti motívácií v celom sektore zdravotníctva pokračovať v krokoch, ktoré zabezpečia právo dosahovať primeranú a spravodlivú maržu pre všetky subjekty zdravotníckeho sektoru.

Regulácia a Lieková politika

19. Redukovať rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného verejného poistenia: bezodkladne realizovať práce na kategorizácii chorôb a katalogizácii výkonov (ktoré sú definované platnou legislatívou) ako nevyhnutnej podmienky pre praktickú aplikáciu nepovinného (individuálneho) zdravotného poistenia.
20. Implementovať platobnú metódu DRG, s cieľom objektivizácie financovania ústavnej zdravotnej starostlivosti.
21. Vo všetkých sektoroch zdravotnej starostlivosti bezodkladne začať s celoplošným používaním ukazovateľov kvality, efektivity a bezpečnosti aj napriek ich súčasnej zjednodušenej a nedokonalšej podobe.
22. Definovať relevantné kri-

- tériá efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre transparentnú súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. S využitím hodnotenia podľa týchto kritérií diferencovať poskytovateľov pri uzatváraní zmlúv so zdravotnými poisťovňami.
23. Na základe transparentných kritérií určiť tie zdravotnícke zariadenia, ktoré budú mať výlučné právo poskytovať vopred definované medicínsky a finančne vysoko náročné výkony zdravotnej starostlivosti.
24. Zoptimalizovať spoluúčasť pacienta ako regulačného nástroja dopytu zdravotnej starostlivosti, súčasne s finančnou kompenzáciou pre definované (ohrozené) sociálne skupiny.
25. Dodržiavať pravidlá farmakoekonomiky a racionálnej farmakoterapie.
26. Zaviesť regresívnu maržu pre lieky a zdravotnícke pomôcky.
27. Striktne dodržiavať referenčný systém stanovovania úhrad za lieky, hradené z verejného zdravotného poistenia.
28. Presadzovať opatrenia na racionálnu indikáciu vyšetrení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek.

Zdravotná starostlivosť a verejné zdravotníctvo

29. Čo najrýchlejšie zapracovať do aktuálnej legislatívy stavovskými, profesijnými a odborovými organizáciami už definované legislatívno-technické úpravy existujúcich zákonov, ktoré zlepšia organizáciu zdravotnej starostlivosti a bezod-

- kladne znížia administratívnu záťaž zdravotníckych pracovníkov.
30. Vytvoriť a zaviesť záväzné štandardné diagnostické a liečebné postupy a rozšíriť používanie štandardizovaných postupov diagnostiky a liečby najčastejších ochorení.
31. Implementovať najnovšie trendy v manažmente zdravotnej starostlivosti.
32. V novej „Štátnej politike zdravia“ podporiť a realizovať len prioritné programy verejného zdravotníctva (Matka a dieťa; Starostlivosť o seniorov; Onkologický program; Kardiovaskulárny program; Mentálne zdravie).
33. Prioritným programom garantovať dlhodobú kontinuitu. Sústrediť na nekapacity finančné, ľudské, motivačné a to tak zo strany štátu, poskytovateľov, zdravotných poisťovní a občanov. Finančné zdroje vynakladané na štátnu politiku zdravia musia byť adresné a len pre realizovateľné programy s preukázateľnými výstupmi.

Zdravotnícki pracovníci

34. Stanoviť dlhodobú stratégiu zdravotníctva, ktorá prispeje k stabilizácii a sebestačnosti stavu zdravotníckych pracovníkov a vytvoreniu podmienok pre adekvátne ohodnotenie ich práce.
35. Táto stratégia musí definovať konkrétne opatrenia na motiváciu a stabilizáciu kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov (zlepšenie mzdového ohodnotenia, vytváranie lepších pracovných podmienok a adekvátnej kariérny postup).

36. V spolupráci s relevantnými organizáciami sektoru zdravotníctva predložiť kroky na zrealizovanie cien zdravotníckych výkonov a stanovenie ceny kvalifikovanej práce zdravotníckych pracovníkov.
37. Vypracovať dlhodobú prognózu potrebného počtu zdravotníckych pracovníkov a tomu prispôbiť výučbu v pregraduálnych a postgraduálnych výučbových zariadeniach.
38. Vyžadovať plnenie kvalifikačných predpokladov na funkčné miesta v zdravotníctve.

eHealth a informačný systém

39. Urýchliť informatizáciu zdravotníctva s dobudovaním národného zdravotného informačného systému (NZIS) a implementáciu národnej eHealth stratégie (ťažiskových eHealth aplikácií).
40. Zabezpečiť harmonizáciu údajov a možnosť ich jednotného zberu a spracovania na makroúrovni za účelom vytvorenia informácií umožňujúcich efektívne a účinné rozhodnutia v rámci realizácie aktuálnych priorít.
41. Priority rozvoja musia byť: štandardizovanie informačného systému zdravotníctva (ISZ); rozvíjanie informačno-komunikačnej štruktúry; budovanie NZIS a inštitucionálnych a personálnych kapacít.
42. Pripraviť sektorovú dohodu, ktorá zabezpečí transparentné manažovanie a financovanie projektov pod gesciou riadiaceho tímu a zabezpečí koordinovaný postup rezortu, NCZI, zdravotných

poisťovní za spoluúčasti dotknutých subjektov.

Zdravotné poistenie

43. Rozšíriť kompenzáciu rizikovej štruktúry poisťencov (tzv. prerozdeľovacieho mechanizmu) o kritériá zdravotného stavu so zahrnutím finančne náročných výkonov.
44. Bezodkladne definovať ukazovatele efektivity a kvality výkonu zdravotných poisťovní a zabezpečiť o nich informovanie verejnosti v pravidelných intervaloch.
45. Zlepšiť účinnosť výberu poisťného rozšírením kompetencií zdravotných poisťovní zjednodušením administratívneho mechanizmu.
46. Zmenou zákona o zdravotnom poistení zabezpečiť spravodlivejšie odvodové zaťaženie (odvodovú neutralitu príjmov), čím sa umožní zjednodušenie ročného zúčtovania poisťného.

Veda a výskum

47. Vytvoríť dlhodobú stratégiu vedy a výskumu v zdravotníctve pre horizont najmenej 10 rokov v súčinnosti s MŠ SR, MZ SR, SAV, SZU a lekáorskými fakultami.
48. Koncentrovať vzdelávacie a vedecko-výskumné kapacity SAV, SZU, lekáorských fakúlt a ostatných vedeckých aj mimorezortných inštitúcií do spoločných výskumných tímov, aby nedochádzalo k duplicitě výskumu a k čiastkovým riešeniam na viacerých pracoviskách.

účastníci stretnutia „Stanovenie aktuálnych priorít slovenského zdravotníctva“ 29. 5. 2007, Bratislava

z autorského kolektívu publikácie Návrh koncepcie racionálneho rozvoja systému zdravotníctva, apríl 2006 Dragula M., Jarábek K., Kováčik M., Milán M., Ondrejka J., Šebová I., Turán J.

z autorského kolektívu publikácie Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007–2010, január 2007 Dorčák I., Frisová S., Kováč E., Pažitný P., Szalay T., Szalayová A.

autorský kolektív publikácie Slovenské zdravotníctvo – súčasný stav, problémy, návrhy riešení, apríl 2007 Štencel J., Šagát T., Labaš P., Krištúfek P., Kováč G.

ADL Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok, Vasil, Hajdúch J.

AFN SR Asociácia fakultných nemocníc Slovenskej republiky, Haško T.

ANS Asociácia nemocníc Slovenska, Petko M., Ottinger P.

APOSS Asociácia poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti Slovenska, Mikulička Z. Bušová Z.

APZZS Asociácia poskytovateľov záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky, Hencel J., Bahelka

ASL SR Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky, Dzurillová E.

AVLDD Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast, Prúchová K.

GENAS Asociácia generických výrobcov, Svoreňová A., Novák I., Černák

LFUK Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Labaš P.

SKIZPALT

SKVVZP Sekčná komora vysokoškolsky vzdelaných zdravotníckych pracovníkov, Trechová M., Farkaš M.

SKZT Sekčná komora zubných technikov, Šaár J., Neischl J.

SKMTP Sekční komora medi-
cínsko-technických pracovní-
kov, Mazániová R.
SKP Sekční komora psycho-
lógov, Skokan F.
SK+MED Slovenská asociácia
dodávateľov zdravotníckych
pomôcok, Magula, Štefucová
O., Popovič J.
SKSaPA Slovenská komora ses-
tier a pôrodných asistentiek,
Lévyová M., Jarabová
SKZL Slovenská komora zub-
ných lekárov, Gašič J. Boro-
šová I.

SLK Slovenská lekárska komora,
Dragula M., Olajoš P., Tere-
mová Z.
SLeK Slovenská lekárska
komora, Valjan J.
SLS Slovenská lekárska spoloč-
nosť, Krištúfek P.
SLÚŠ Slovenská lekárska únia
špecialistov, Janco A., Jan-
cová A.
SOZZaSS Slovenský odborový
zväz zdravotníctva a soci-
álnych služieb, Szalay A.,
Kučinský A.
SZU Slovenská zdravotnícka

univerzita, Štencl J.
VŠZP Všeobecná zdravotná
poisťovňa, Špaček J.
ZZP SR Združenie zdravotných
poisťovní Slovenskej republi-
ky, Dorčák I., Kováč E.

Konzultanti:
Gajdošík J., Gajzdica M., Hru-
biško J., Kleskeň P., Petrovič J.,
Švec P., Zárecký L.

Causa Občan

„Mám diabetes a chystáme se s rodinou v létě autem do Francie. Všiml jsem si, že mám na druhé straně průkazu své zdravotní pojišťovny také Evropský průkaz zdravotního pojištění. Opravdu platí mé zdravotní pojištění v celé Evropě, nebo je v tom nějaký háček?“

Karel H., Praha

Aby chybějící zdravotní péče nebyla překážkou ve svobodném pohybu osob v rámci EU, stanovil Brusel závazné podmínky pro to, kdy péče poskytnutá v zahraničí musí být proplacena z občanova „domácího“ zdravotního pojištění. Základním pramenem práva je nařízení 1408/71/EHS ve znění pozdějších předpisů a judikátů Evropského soudního dvora, které jeho ustanovení vykládají.

Vynecháme-li osoby, které jsou v jiné zemi EU dlouhodobě za účelem práce či studia, mají nárok na proplacení péče poskytnuté v jiném státě zejména dvě kategorie pacientů:

- Osoby, které na území jiného státu EU, kde ani nepracují, ani trvale nebydlí, nutně potřebují okamžitou zdravotní péči. V takovém případě je péče proplacena domácí pojišťovnou automaticky, bez nutnosti předchozího schválení, ve stejném rozsahu, v jakém by byla proplacena v domovském státě.
- Osoby, které mají souhlas udělený jejich domácí zdravotní pojišťovnou s poskytnutím zdravotní péče odpovídající jejich zdravotnímu stavu v jiném členském státě EU. Zde se jedná o osoby, které plánovaně vyjíždějí do zahraničí za účelem čerpání zdravotní péče. Aby se však chránila finanční stabilita národních systémů zdravotnictví, musí pojišťovna pacientovi provedení zákroku v cizině předem odsouhlasit.

Ve Vašem případě by se patrně jednalo spíše o první případ, tedy neplánované čerpání bezodkladně nutné péče – například pokud byste utrpěl ve Francii úraz nebo pokud by došlo k náhlému zhoršení Vašeho zdravotního stavu v souvislosti s diabetem. V takovém případě máte nárok na zdravotní péči na účet své (české) zdravotní pojišťovny, a to za stejných podmínek jako místní



**na dotazy čtenářů odpovídá
JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

(francouzští) pojištěnci. Budete tedy muset zaplatit i stejnou spoluúčasť jako Francouzi. Dále je důležité, že musíte čerpat zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních, která jsou financována z veřejných zdrojů, u zařízení „mimosmluvních“ se Vám může stát, že byste musel zaplatit plnou cenu péče sám.

Počítejte s tím, že ve většině států se za péči připláci v hotovosti, i když předložíte Evropský průkaz zdravotního pojištění. Dále zpravidla není kryt případný převoz zpět na území ČR, ten byste též musel uhradit přímo. Pokud se chcete vyhnout tomu, abyste na svůj účet nesl náklady na spoluúčasť nebo převoz do vlasti, doporučuji uzavřít před odjezdem komerční cestovní zdravotní přípojištění.

Přes celoevropskou závaznost výše uvedených principů platí, že mechanismus úhrady nákladů péče v různých státech EU je různý. Tak například ve Francii si ambulantní ošetření musíte nejdříve uhradit sami. Stanovená cena konzultace je cca 21 EUR u praktických lékařů, 25 až 37 EUR u specialistů. Od lékaře obdržíte potvrzení o ošetření. S tímto potvrzením, s účty za ošetření a s Evropským průkazem zdravotního pojištění se obrátíte na nejbližší pobočku místního nositele zdravotního pojištění – Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) a požádáte o refundaci vynaložených nákladů. Zde udáte spolu se žádostí číslo svého bankovního účtu, případně adresu, na kterou má být úhrada zaslána. Pokud jste nestihli navštívit pobočku CPAM, obrátíte se s účty a se žádostí o úhradu až po návratu na svou českou zdravotní pojišťovnu.

Konečně, před každou cestou doporučuji navštívit webovou stránku Centra mezistátních úhrad (<http://www.cmu.cz>), kde jsou uváděny aktuální informace o postupu při čerpání péče v jednotlivých zemích EU.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

**o. s. Občan děkuje za podporu
Nadaci Open Society Fund Praha**

