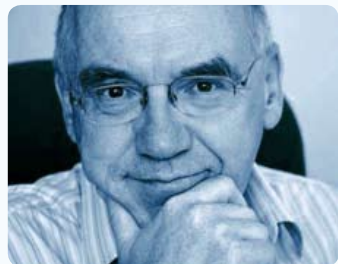


Ve slovenském zdravotnictví to na politické rovině opravdu vě. Zahraniční investoři, kteří vložili své prostředky do některých zdravotních pojišťoven, chys-



tají arbitráž proti státu měnícímu pravidla hry za pochodu, Asociace nemocnic Slovenska (ANS) se chystá obrátit na Ústavní soud SR s žalobou proti diskriminaci nestátních zařízení a významní představitelé exekutivních funkcí se snaží být neviditelní a čekají, jak ta mela dopadne.

Viděno z české kotliny se zdá, že ve slovenském zdravotnictví zuří poslední bitva mezi zlým kapitálem a hodným státem či naopak mezi obhájcí státního dirigismu a těmi, kdo chtějí do zdravotnictví vpustit zdravý rozum a normální motivace, to podle naturelu a politické orientace diváka. Realita bude jistě daleko střídlivější, za dramaticky nasvícenou scénou žije slovenské zdravotnictví problémy všedních dní a jeho chod se mnoho neliší od roků minulých, ale se Zajacovou reformou zdravotnictví je to tentokrát opravdu nahnuté. Ještě před létem se zdálo, že ostré politické šavlovačky a dramatická gesta nenaruší podstatu reformního procesu, který poběží dál, očištěný o neoblíbené poplatky a některé další okrajové malič-

kostmi. Nynější zastavení transformace nemocnic na akciové společnosti, zavádění kontraktační povinnosti pojišťoven vůči 34 státním nemocnicím zařazeným do minimální sítě (a vyloučení nestátních lůžkových zdravotnických zařízení) a přijetí zákona, kterým se nařizuje zdravotním pojišťovnám vracet zisk zpátky do systému, představuje změny takového kalibru, že se reformní skládačka mění na bouračku.

Neříkám, že osud Ústavu hematologie a krevní transfuze není hoděn naší pozorností, ale stejně jako mudrování nad diskomfortem budoucích regulačních poplatků je to hodně šetrčí dieta ve srovnání s tématy, která se nabízejí na Slovensku. Pro každého, kdo má ambici promlouvat do vývoje našeho zdravotnictví, bez ohledu na fandovství k některému ze stranických triček, je pochopení peripetií slovenského zdravotnictví nejen intelektuálním povyražením, ale přímo existenční nutností.

V čísle Občana v síti, které na Vás právě vykouklo na obrazovce Vašeho počítače, jsme pro tentokrát vypustili anketu mezi osobnostmi a nabídli větší prostor těm, kteří se ve slovenském zdravotnictví přímo pohybují. Přednostně jsme byli zvědaví na názory a záměry architektů současných změn, ale konečný výsledek tomu neodpovídá. Opravdu jsme se snažili. Porážení reformátoři nás naopak potěšili schopností sebe-reflexe a ochotou se námi o ni podělit. S ohledem na plánované změny v našem zdravotnictví jsou to informace k nezaplacení.

*Příjemné počtení přeje*

*MUDr. Pavel Vepřek*

## Co se děje ve slovenském zdravotnictví?

### úhel pohledu



Viliam Novotný



Juraj Štofko



Igor Dorčák



Juraj Karpiš



Tomáš Szalay

### Causa Občan



Ondřej Dostál



## úhel pohledu >

**MUDr. Viliam Novotný,**  
poslanec NR SR, predseda zdravotního výboru  
NR SR (SDKÚ-DS)

### Slovenská cesta reformy zdravotnictva

Vo svojom predchádzajúcom príspevku do Vášho časopisu som hovoril o nesporných kladoch reformy na Slovensku a o tom, prečo bola v čase jej realizácie, napriek týmto úspechom, podrobená obrovskej kritike a vnímaná širokou verejnosťou skôr negatívne.

#### Kde sme spravili chyby pri realizácii reformy?

1. Reforma **nebola s verejnosťou dobre komunikovaná**.
2. **Nedokázali sme čeliť masívnej protikampani** zo strany vtedajšej opozície s množstvom zavádzajúcich a tendenčných tvrdení.
3. Vláda a ani minister zdravotníctva **nedokázali uspokojivo vysvetliť zdravotníkom**, že nutné zmeny sú v ich prospech a nie neprospech.
4. Reforma zdravotníctva **minimálne jeden rok meškala**. Reformné zákony neboli schvaľované v prvom, ale až na sklonku druhého roku vládnutia.
5. Reforma sa **nedokončila**. Zákony boli zavádzane do života až v treťom roku funkčného obdobia a keď sa na začiatku volebného roka 2006 ukázali aplikačné problémy, vláda vo výrazne menšinovom postavení už nedokázala konať.
6. Pravdou je, že **pozitívne efekty reformy sa v praxi ani nestihli prejaviť**. Pacienti ani zdravotníci ešte zmenu k lepšiemu nepocítili.

#### Boli východiská a ciele reformy správne?

Som o tom presvedčený, že áno. Pálčivosť situácie v akej sa nachádzalo slovenské zdravotníctvo v roku 2002 si vyžadovala okamžité radikálne opatrenia a tie sa podarilo dosiahnuť. Rezort sa odíždil, spomalilo sa vytváranie nového dlhu, trans-

formovali sa poisťovne a čiastočne aj poskytovatelia, začala súťaž a sprísnila sa kontrola, zlepšila sa platobná disciplína a začali prosperovať ako poisťovne tak aj mnohí poskytovatelia, mzdy začali rásť rýchlejším tempom ako v ostatných rezortoch.

#### Osud reformy na Slovensku sa po ostatných parlamentných voľbách skomplikoval.

Vtedajšia opozícia vedená socialistickým SMERom sľubovala rozsiahle systémové zmeny v zdravotníctve, výrazné zlepšenie ohodnotenia práce zdravotníkov a návrat k bezplatnosti, lebo „zdravie nie je tovar“. Povolebná realita však ukazuje, že vládna koalícia nie len že nemala pripravenú, ale ani nedokáže navodiť systémovú zmenu fungovania zdravotníctva. Dôvodom nie je ani to, že by nechcela, ale žiaľ' je nekompetentná. Dochádza len k návratu a oživovaniu niektorých prvkov predreformného zdravotníckeho systému a k deformácii reformných zákonov.



Viliam Novotný

Tieto zmeny majú viesť k naplneniu ideologických predstáv vlády. Napr.: „bezplatné zdravotníctvo“ – zrušili sa poplatky v ambulanciách a nemocniciach a zakázal sa zisk zdravotných poisťovní. Napr.: „Zdravotníctvo dostupné pre všetkých“ – znovu sa zavádzajú zdravotnícke obvody. V skutočnosti však rastú náklady na lieky, nemocnice sa zadlžujú zrýchľujúcim sa tempom, zastavila sa ich transformácia, pacient nepocítil lacnejšie lieky, zdravotníkom nenarástli výrazne platy.

#### Chyby reformátorů:

1. špatná komunikace s veřejností
2. nedostatečná reakce na masivní protikampaň
3. neschopnost vysvětlit zdravotníkům, že reforma je v jejich prospěch
4. skluz v zahájení reformy
5. nedotažení reformy
6. reforma skončila dříve, než přinesla ovoce

#### Závěry:

1. Vládna koalícia by politicky chcela, ale odborne nemá čím nahradiť reformné zákony.

2. Snaží sa aplikovať svoje ideologické predstavy oživovaním prežitých prvkov systému.
3. Kombinácia reformy a starého modelu nefunguje dobre a systém sa vracia do predreformného marazmu.

---

**MUDr. Juraj Štofko, PhD., MBA., MPH,**  
**poradce předsedy vlády SR pro zdravotnictví,**  
**primář I. neurologické kliniky LFUK a FNŠP,**  
**Bratislava**

## Reforma zdravotnictva na slovenský spôsob.

Ludová múdrosť hovorí, že zdravie je tá najcennejšia hodnota, ktorú môže mať človek počas svojho života. Pri každej príležitosti a pri každom jubileu si prajeme najmä dobré zdravie. Položme si otázku – ako, resp. na koľko si vážime naše zdravie? Pokiaľ ho máme, správame sa k nemu horšie ako macocha k Popoluške v rozprávke bratov Grimmovcov a začíname si ho všímať, až keď ho strácame. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje zdravie ako „stav kompletného fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo iného postihnutia“. Podľa WHO je teda zdravie ponímané v širších súvislostiach ako len fyzických. Zdravotníctvo sa teda stará len o časť nášho zdravia a predstavuje relatívne dobre definovaný systém zariadení, ľudského potenciálu, „know-how“, predpisov atď., ktorý sa stará o údržbu našej telesnej schránky. Ide o veľmi komplikovaný a delikátny systém, ktorý je veľmi citlivý na zmeny a otrasy.

V Československu pred 17 rokmi zaznelo, že nie sme spokojní s výkonnosťou ani kvalitou tzv. „socialistického“ zdravotníctva a zatrúbilo sa do útoku s tým, že starý systém musíme povaliť a pri budovaní nového vykročíme k novým métam a šťastnej budúcnosti. Na Slovensku sme si vytýčili smelé ciele reformy – zlepšiť zdravie populácie, kvalitu služieb, postavenie zdravotníckych pracovníkov, efektivitu systému. Nástroje, ktoré mali viesť k týmto cieľom boli o.i. zavedenie poisťovacieho systému za účelom spravodlivého odmeňovania, privatizácia, slobodná voľba lekára, reštrukturalizácia vzdelávania, nový spôsob financovania vedecko-výskumnej činnosti atď. Všetky tieto princípy obsahoval vládny dokument „Reforma štruktúry riadenia a financovania zdravotníctva“ z novembra 1990. Iniciátormi zmien boli najmä

zdravotníci – boli nespokojní so svojim postavením, a navyše si mysleli, že vedia, ako na to.

Sedemnást rokov ubehlo ako voda, vo funkcii sa vystriedalo desať ministrov zdravotníctva – S. Novák (1990), A. Rakús (1990-2), V. Soboňa (1992-3), I. Belohorská (1993-4), T. Šagát (1994), L. Javorský (1994-8), T. Šagát (1998-2000), R. Kováč (2000-2), R. Zajac (od 2002-6), I. Valentovič (od 2006). Možno nezaškodí si pripomenúť niektorých „zásluhy“. Doba ministra Stanislava Nováka sa



*Juraj Štofko*

vyznačovala revolučným kádrovaním a masovou výmenou vedúcich pracovníkov po tzv. „vyslovaní dôvery“. Za Alojza Rakúsa sa zrušili krajské a okresné ústavy národného zdravia v rámci zmeny územno-právneho usporiadania (1.1.1991), po prechodnom chaose na ministerstve (všetkých vyše 200 subjektov prešlo priamo pod MZ SR, kde na to neboli kapacity) sa vytvorilo 8 regionálnych zdravotných finančných správ, ďalej sa zdravotnícke zariadenia premenili z rozpočtových na príspevkové organizácie (1.1.1992) a pozornosť sa sústreďovala najmä na tzv. interrupčný zákon. Viliam Soboňa zaviedol do praxe zdravotné poistenie s univerzálnym bodovacím systémom (1.1.1993), zrušil rozpočtové pravidlá pre nemocnice a polikliniky (august 1993) a odštartoval privatizáciu lekární. Irena Belohorská pobudla v ministerskom kresle len necelé štyri mesiace. Minister Tibor Šagát zaviedol limity na výkony, zrušil tzv. bodovník v ústavnej (1.4.1994) a v primárnej zdravotnej starostlivosti (1.10.1994), umožnil privatizáciu primárneho kontaktu (október 1994) a vytvoril zákonný predpoklad na pluralitný poisťovací systém. Za jeho éry boli prijaté základné zákony o zdravotnej starostlivosti (Zákon 277/94) a o jej financovaní (Zákon 273/94). Ľubomír Javorský opäť menil spôsob úhrady zdravotných výkonov (1.4.1994), prijal sa zákon o Liečebnom poriadku (Zákon 98/95) a vydal prvé licencie pre neštátne poisťovne. Tibor Šagát v druhom funkčnom období

vyhlásil tzv. krízový stav (1.12.1998), ktorý ako sa ukázalo, v konečnom dôsledku neprinesol žiadne ústporý, opäť sa menili pravidlá hry vo financovaní – kapitácia v primárnej a tzv. prospektívne rozpočty v ústavnej starostlivosti (1.1.1999). Pretože tieto rozpočty sa ukázali ako protizákonné, zaviedli sa tzv. „maximálne ceny výkonov“ (1.6.2000), čo v praxi znamenalo to isté až na fakt, že sa zrušili dolné hranice rozpočtov a nemocnice sa stali ešte chudobnejšie. Roman Kováč najskôr zvýšil tarifné platy zdravotníkov bez adekvátneho navýšenia rozpočtu nemocnic (1.6.2001), opäť zmenil systém financovania, tentoraz v nemocniciach podľa počtu prepustených pacientov a indexovanú kapitáciu podľa veku pre praktických lekárov (1.1.2002). Za jeho pôsobenia boli prijaté zákony o verejnej službe, prenose kompetencií na vyššie územné celky, nový zákonník práce a ďalšie, ktoré významným spôsobom ovplyvnili ďalší vývoj v rezorte.

Rudolf Zajac poprel všetky dovtedy uznávané princípy a vyhlásil, že trhový mechanizmus všetko vyrieši – „zlí odídu, dobrí zostanú“. Spočiatku zrušil tarifné platy, čím sa dosiahol, že sa zdravotníkom významne znížili platy a nasledoval ich masový exodus na Západ a mimo rezortu. Navyše podporoval exekúcie „nesolventných“ nemocníc, vytvoril a.s. Veriteľ na „transparentné oddĺženie“ poskytovateľov (dnes oficiálny audit ukázal, že išlo o vytvorenie korupčného prostredia). Presadzoval ideu, že zdravotné poisťovne si budú vyberať poskytovateľov a budú určovať pacientovi, kde bude ošetrovaný. Po 2 rokoch úradovania prišiel s návrhom šestice zákonov o zdravotnej starostlivosti, poisťovniach a úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, rozsahu zdravotnej starostlivosti, poskytovateľoch a záchrannej zdravotnej službe. Zákony vo svojej podstate sledovali zmenu vlastníckych vzťahov, sprivatizovanie verejných zdrojov, navýšenie prostriedkov do vytipovaných segmentov (napr. záchranná služba – jej predaženie o 2,5 mld SK ročne), nekontrolované otvorenie siete poskytovateľov, „slobodu“ pri určovaní rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti, pri cenotvorbe s jasným fenoménom klientelizmu (za ten istý výkon až niekoľko násobne vyššie úhrady u „vybraných“ poskytovateľov), zníženie kvality poskytovanej starostlivosti, nespokojnosť pacientov, protesty zdravotníkov a ich nový exodus.

Ako vyzeráme dnes? Dosiahli sme skutočne ciele, ktoré sme si vytýčili? Je zdravotníctvo kvalitnejšie

a efektívnejšie? Mnohí tvrdia, že sa zdravotníctvo po vyše 17-ročných „peripetiách“ dostalo takmer dno, nejako sa stále uberá iným smerom, ako by sme chceli.

Možno konštatovať, že spoločným znakom všetkých doterajších pokusov o zmenu bola absencia vízie, zavádzanie rýchlych a radikálnych zmien bez predchádzajúcich analýz, nespôlupráca s odbornými a profesijnými organizáciami, autokratizmus, neprimerané sebavedomie reformátorov, na druhej strane ich naivita, neprofesionalita a zjednodušené riešenia, zamieňanie cieľov s riadiacimi

nástrojmi, účelová argumentácia, „hluchota“ k argumentom iných, neštandardné legislatívne postupy, v posledných rokoch fetišizovanie trhu atď.

Zaujímavým fenoménom je skutočnosť, že každý z lodivodov zdravotníctva sa netajil smelými plánmi a cieľmi, ako sú vyššia dostupnosť, kvalita a efektívna zdravotnej starostlivosti, presun starostlivosti z ústavnej do ambulancnej sféry, účelná lieková politika, zníženie dlhov nemocníc, jasné pravidlá hry, transparentnosť, boj proti korupcii atď. S ubiehajúcim časom však vždy nastávalo sklamanie. Pravdepodobne to bude tým, že nie je umením vytýčiť si ciele vo forme pekných fráz, pravý „kumšt“ tkvie v schopnosti tieto ciele aj realizovať, a to vie málokto.

---

**Ing. Igor Dorčák,**  
**president, Združenie zdravotných poisťovní**  
**Slovenskej republiky**

## Pohľad aktérov na zmeny v slovenskom zdravotníctve

Systém zdravotníctva je veľmi zložitý, komplexný systém. Podstatne viac ako ktorýkoľvek iný systém v spoločnosti je každodenne vystavovaný skúškam funkčnosti. Neriešenie resp. zlyhanie ktoréhokoľvek článku tohto systému je hodnotené jeho hlavným adresátom – občanom ako nefunkčný systém.

Ak teda hovoríme o zmene systému zdravotníctva, musíme zladíť zmeny vo všetkých jeho oblastiach. Aj v tomto zmysle bola v roku 2004 v slovenskom parlamente prerokovaná a schválená sústava zákonov dotýkajúca sa celého systému zdravotníctva. V rámci tejto sústavy boli upravené hlavne: ob-

Rudolf Zajac poprel všetky dovtedy uznávané princípy a vyhlásil, že trhový mechanizmus všetko vyrieši – „zlí odídu, dobrí zostanú“.

lasť organizácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia a fungovania a organizácia systému zdravotného poistenia.

V tomto príspevku sa zvlhľadom na jeho rozsah dotknem len niektorých, z môjho pohľadu dôležitých zmien v systéme zdravotného poistenia.

V prvom rade by som povedal, že zdravotné poisťovne sa stali oproti minulosti podstatne zodpovednejšími nositeľmi finančného rizika vyplývajúceho z krytia nákladov za zdravotnú starostlivosť svojim poisťencom. V právnej forme obchodnej spoločnosti (a.s.) a pod trvalou kontrolou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou musia efektívne hospodáriť s finančnými prostriedkami. Úrad permanentne preveruje platobnú schopnosť zdravotných poisťovní (v období svojho pôsobenia v jednom prípade nariadil vypracovanie ozdravného plánu a dozeral nad jeho realizáciou). Ani jedna zo zdravotných poisťovní nevykazuje v súčasnosti zadĺženie a všetky uhrádzajú svoje záväzky v lehotách splatnosti (30 dní).

Jednou zo zásadných zmien, ktorú priniesla reforma a ktorá umožňuje zdravotným poisťovniam efektívne hospodáriť, bola liberalizácia v systéme úhrad za zdravotnú starostlivosť (cenová deregulácia). Platobný mechanizmus a výška ceny sa stali predmetom rokovania medzi poskytovateľmi a poisťovňami. Zdravotné poisťovne tak môžu nezávisle aplikovať také platobné mechanizmy, ktoré motivujú poskytovateľov k efektívnemu poskytovaniu zdravotnej starostlivosti pri zachovaní požadovanej kvality

(diferencované financovanie). Možnosti v tejto oblasti majú poisťovne minimálne obmedze-

... zdravotné poisťovne sa stali oproti minulosti podstatne zodpovednejšími nositeľmi finančného rizika vyplývajúceho z krytia nákladov za zdravotnú starostlivosť svojim poisťencom.

né, avšak osobne pociťujem nedostatočnú aktivitu a inovatívnosť zdravotných poisťovní a nedokonalý systémový (napr. informačný) podporu pre zavedenie výkonovo orientovaných platobných mechanizmov (neexistuje napr. katalóg výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti). Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v súvislosti so zmenou očakávajú diferencovanie úhrad podľa náročnosti (kvality, zdravotného zisku,...) zdravotnej starostlivosti (zreálnenie financovania v relácii k nákladom poskytovateľa). Je preto nevyhnutné dobudovať

dostatočnú informačnú základňu a objektivizovať úhrady za zdravotnú starostlivosť.

V súvislosti s efektívnym nákupom zdravotnej starostlivosti je potrebné spomenúť aj kritéria pre dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti, ktorú musia zdravotné poisťovne zabezpečiť. Kritériá dostupnosti sú definované v právne forme a hovoria o tzv. minimálnej sieti poskytovateľov, s ktorými musí zdravotná poisťovňa zmluvne zabezpečiť zdravotnú starostlivosť. Nariadenie vlády



Igor Dorčák

o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov definuje medicínske kapacity, ktoré musí zdravotná poisťovňa minimálne, vzhľadom na počet svojich poisťencom v regióne, zmluvne zabezpečiť. Ktorí poskytovatelia však budú naplňať predpísané kapacity, to si môže zdravotná poisťovňa vybrať podľa potreby svojich poisťencom s rešpektovaním kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Pozn.: Výber poskytovateľov sa ale netýka lekárov všeobecne zdravotnej starostlivosti, lekární, poskytovateľov rýchlej zdravotnej pomoci a najnovšie aj niektorých vybraných nemocníc, s ktorými musí poisťovňa uzatvoriť zmluvu.

Aj keď to znie jednoducho, výber poskytovateľov pre zaistenie dostupnej, efektívnej a kvalitnej starostlivosti je veľmi náročnou a zodpovednou úlohou. Aby bola zmysluplná, aby podporovala súťaž poskytovateľov o zmluvu s poisťovňou a v konečnom dôsledku priniesla poisťencom dostupných a kvalitných poskytovateľov, vyžaduje náročnú prípravu a realizáciu.

Správne zvolené kritéria pre dostupnosť, kvalitu a efektivitu, ich vyhodnotenie a následne selektívne kontrahovanie vnímam ako jednu z veľkých úloh, ktorú sa doteraz nepodarilo ani ministerstvu zdravotníctva (garant kritérií dostupnosti a kvality) ani poisťovniam naplniť. V absencii relevantných kritérií a v ich pôsobení na poskytovateľov vidím jednu z príčin, prečo spoločnosť nevníma zmeny v kvalite

poskytovanej zdravotnej starostlivosti a celkovo v zdravotníctve pozitívnejšie.

Pozn.: V tomto kontexte je však potrebné dodať, že úlohu a postavenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako orgánu preverujúceho správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti vnímajú občania odstupom času pozitívne. Represívne konanie Úradu bez koncepcného, systematického tlaku na kvalitu však situáciu nevyrieši.

Ako vyplýva z vyššie uvedeného, úlohu nositeľa finančného rizika a zabezpečenia finančného krytia nákladov na zdravotnú starostlivosť sa zdravotným poisťovníam podarilo naplniť podstatne rýchlejšie a lepšie, ako agenta manažujúceho svojim klientom prístup k potrebnej, dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Agentu, ktorý poskytuje svojim klientom komplexné služby v zdravotnom poistení a poskytuje poisťné produkty ktorými oslovuje občanov. Aj v tomto vidím jednu z príčin, prečo občania nehodnotia existenciu viacerých poisťovní pozitívnejšie, prečo málo diferencujú zdravotné poisťovne.

Za jeden z najdôležitejších bodov úspešnej aplikácie zmeny v poisťnom systéme považujem jasné (formálne) stanovenie požiadaviek, podmienok, kritérií, jedným slovom produktu, ktorý musí zdravotná poisťovňa pre svojich poisťencov naplniť. Tento produkt poisťovne je nevyhnutné trvalo a intenzívne komunikovať smerom k celej verejnosti (občania, politici, odborná verejnosť), nezávisle preverovať jeho plnenie a zverejňovať jeho plnenie jednotlivými zdravotnými poisťovňami (benchmarking). Pokiaľ nebude jasné, čo je produktom, pridanou hodnotou zdravotnej poisťovne a ako tento produkt jednotlivé poisťovne naplňajú, nebude verejnosť dostatočne chápať, že za úspešné zabezpečenie produktu patrí zdravotnej poisťovni (ako aj iným subjektom v sektore zdravotníctva) odmena vo forme primeraného zisku. Nedostatočné naplnenie vyššie uvedeného vnímam v súčasnosti ako jednu zo slabín aplikácie reformy na Slovensku a pre jej úspešné naplnenie bude nevyhnutné túto oblasť zásadne riešiť.

Na záver môjho príspevku mi nedá nespomenúť rozsah zdravotnej starostlivosti hradené z verejného zdravotného poistenia (je to asi najcitlivejšia oblasť). Legislatíva prijatá v roku 2004 umožňuje vstup do rozsahu zdravotnej starostlivosti procesom kategorizácie. Do dnešného dňa však nedošlo k zásadnejšiemu zúženiu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia. Nevznikol tak priestor pre reálne formy pripoistenia a konkurencie poisťných subjektov v tejto oblasti (ďalší z dôvodov malej diferenciácie zdravotných

poisťovní) a teda ani priestor pre väčšiu zainteresovanosť občanov.

Chcel by som ešte dodať, že prijatím reformných zákonov (aj keď nie dokonalých, ale každý softvér začína verziou 1, niektoré dokonca verziou 0,XX) sa vytvorili podmienky pre poskytovanie dostupnejšej a kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti pri efektívnejšom vynakladaní vzácnych zdrojov. Od prijatia zákonov uplynuli tri roky. Je to dosť krátka doba na to, aby sa významnejším spôsobom prejavili pozitívne zmeny. Verejnosť je však netrpezlivá, očakáva lepšie fungovanie zdravotníctva. Nezaujmajú ju vnútorné, transformačné procesy – problémy subjektov (ZP, PZS). Môže tak v priebehu zavádzania zmien (skôr ako sa dostaví ich pozitívny efekt) dochádzať ku korekciám a až zásadným zmenám v nastavení pravidiel systému. Preto by som na úplný záver prízvučkoval, že všetky transformačné zmeny musia bežať na pozadí pozitívnych zmien v prospech občanov, poisťencov, pacientov.

---

**Mgr. Juraj Karpiš,**  
analytik a spoluzakladateľ **Institutu ekonomických a spoločenských analýz INESS**

## Patrí zisk do zdravotníctva?

*Motto: Zisk v zdravotníctve nepochádza z utrpenia druhých, ale z odstraňovania tohto utrpenia.*

So zmenou vlády v roku 2006 došlo zároveň k zmene v smerovaní zdravotnej politiky na Slovensku. V politickej a odbornej diskusii začali prevažovať argumenty spochybňujúce fungovanie trhových mechanizmov a ich legitimitu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa nášho názoru takýto vývoj a z neho vyplývajúce legislatívne zmeny neprispievajú k riešeniu akútnych problémov slovenského zdravotníctva a naopak kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti ešte zhoršujú. *Zdravý zisk* prináša komplexný súbor teoretických argumentov a empirických prípadov podporujúcich podnikanie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Publikácia je rozčlenená na štyri hlavné kapitoly. **V prvej kapitole sme zadefinovali, čo zisk je a ako vzniká.** Napriek tomu, že Marxova teória nadhodnoty bola ekonómami dávno vyvrátená, jej podstata stále prežíva v názoroch politikov či niektorých odborníkov. Na zisk sa hľadí ako na nadhodnotu, ktorá je vyprodukovaná „vykorisťovaním“

inej časti spoločnosti. Takéto intuitívne, no napriek tomu mylné vnímanie, môže mať pôvod v historickom vývoji. Ľudské vnímanie bolo totiž tisíce rokov ovplyvňované spoločnosťou lovcov a zberačov, ktorá predstavovala hru s nulovými súčtom – nikomu nemohlo bohatstvo pribudnúť bez toho, aby ubudlo inému. Moderná ekonomika je však charakteristická neustálou tvorbou nového bohatstva, takže niekomu môže pribudnúť bez toho, aby inému ubudlo, alebo bohatnúť môžu dokonca obaja naraz. Práve podnikateľský zisk je hlavným motorom inovácií a efektívnej alokácie zdrojov do takej výrobnej štruktúry, ktorá vedie k uspokojovaniu tých najakútnejších potrieb obyvateľov. Za pomoci zisku sú preto vzácné zdroje smerované tam, kde vytvárajú najväčšiu hodnotu.

V argumentácii proti dosahovaniu zisku v zdravotníctve dochádza často k zamieňaniu a nepresnému používaniu ekonomických pojmov, čo znemožňuje zmysluplnú diskusiu. **Druhá kapitola preto identifikuje základné ekonomické kategórie v zdravotníctve. Zdravie nie je tovarom a nemôže byť preto ani predmetom obchodovania. No zdravotná starostlivosť už z ekonomického hľadiska službou je a podlieha preto všeobecne platným ekonomickým pravidlám vzácnosti.** Pri racionálnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti preto nutne musíme sledovať ekonomické náklady a výnosy. Okrem základných ekon-

Ak zo systému odstránime zisk, odstránime aj hlavnú motiváciu subjektov čo najefektívnejšie naplniť želania pacientov, neustále inovovať a zlepšovať svoje služby a v neposlednom rade investovať kapitál potrebný na zvýšenie produktivity v odvetví.

nomických pojmov sa v kapitole venujeme krátkej histórii zdravotných systémov. **Tretia kapitola popisuje nástroje a deklarované ciele zdravotnej politiky. Argumentujeme, že z najčastejšie uvádzaných špecifík tohto odvetvia** – ako sú informačná asymetria, externality, morálny hazard, nerovnomerné rozdelenie nákladov na zdravotnú starostlivosť v spoločnosti či vysoká miera povinnej solidarity – **automaticky nevyplýva potreba vysokej regulácie a štátnej produkcie v zdravotníctve.** Vysoká miera regulácie so sebou prináša mnohé negatíva. Politické rozhodnutia a regulácie ovplyvňujú smerovanie výskumu, ktorý potom nereflektuje reálne po-

treby pacientov a neprináša najefektívnejšie liečebné postupy a lieky. Príliš rozsiahle verejné zdravotné poistenie zas neúmerne zvyšuje dopyt zo strany pacientov a zároveň umožňuje lekárom ignorovať n á k l a d o v ú e f e k t i v i t u poskytovanej zdravotnej starostlivosti a poskytovať nepotrebnú alebo predraženú starostlivosť. Tento faktor spolu s prevažujúcim demografickými trendmi významne prispieva k rastu nákladov na zdravotné systémy vo svete.



Juraj Karpíš

Zákaz zisku v niektorých častiach odvetvia vplyva na spôsob riadenia subjektov s potenciálnym negatívnym vplyvom na ich efektivitu. Štátne vlastníctvo tieto negatíva zosilňuje a to najmä vďaka chýbajúcej motivácii politiky dosadzovaného vedenia naplniť potreby pacientov. Zásadná regulácia v zdravotníctve a potlačanie podnikania zameraného na zisk sa prejavuje v mnohých špecifikách, ktoré odlišujú zdravotníctvo od efektívne fungujúcich konkurenčných trhov. V zdravotníctve napríklad nedochádza k spájaniu a spoločnému oceňovaniu príbuzných alebo spolu súvisiacich produktov, nedostatočne sa využívajú konzultácie elektronickej alebo telefonickou formou, pôsobí tu množstvo kartelov a monopolov, chýba elektronická archivácia zdravotných záznamov a aktívna práca s elektronickými databázami, ktorá je v súčasnosti prítomná už aj v najmenších firmách v iných odvetviach. Na komunikáciu a informovanie pacienta sa nevyužívajú klasické komunikačné kanály, akým je napríklad reklama.

**Negatíva spojené so štátnym vlastníctvom a vysokou mierou regulácie odvetvia sú prítomné aj v slovenskom zdravotníctve, ktorému je venovaná posledná, štvrtá kapitola.** Predražené nákupy, nevýhodné nájomné zmluvy, korupcia sú dobre známe aj v slovenskom zdravotníctve. Verejné zdroje použité v neefektívne fungujúcich štátnych subjektoch sa tak nemusia nutne premeniť na adekvátnu zdravotnú starostlivosť

pre pacienta. Čiastočná deregulácia, transformácia zdravotníckych subjektov a väčší dôraz na trhové sily v minulom volebnom období takmer úplne zastavili zadlžovanie v sektore, v súčasnosti sa však tento trend opäť obracia. Ďalšími problematickými miestami sú relatívne vysoké výdavky na lieky, čo súvisí so zlým nastavením motivácií v systéme, či príliš široký rozsah verejného zdravotného poistenia, ktorý vytvára rozpor medzi disponibilnými zdrojmi a dopytom po zdravotnej starostlivosti.

Napriek viacerým špecifikám trhu zdravotnej starostlivosti platia aj tu základné ekonomické pravidlá. **Všadeprítomný princíp vzácnosti zdrojov núti aj v zdravotníctve každodenne riešiť otázku, ktoré potreby budú uspokojené skôr, ktoré neskôr, a ktoré nebudú uspokojené vôbec.** Politické riešenia týchto problémov so sebou prinášajú arbitrárnosť, korupciu, sledovanie osobných záujmov a straty z neefektivity. Potláčanie trhových síl v zdravotníctve obmedzuje schopnosť zdravotného systému reagovať na neustále sa meniace potreby pacientov. Preto zákaz zisku a obmedzovanie konkurencie za účelom šetrenia verejných zdrojov prináša presný opak – plytvanie. **Ak zo systému odstránime zisk, odstránime aj hlavnú motiváciu subjektov čo najefektívnejšie napĺňať želania pacientov, neustále inovovať a zlepšovať svoje služby a v neposlednom rade investovať kapitál potrebný na zvýšenie produktivity v odvetví.**

Publikácia je určená zdravotníckym odborníkom, politikom ale aj širokej zainteresovanej verejnosti. Tvrdenia v publikácii sú podložené relevantnými citáciami a početnými príkladmi z empirických výskumov. Publikáciu je možné zakúpiť priamo v INESS ([www.iness.sk](http://www.iness.sk)) alebo vo vybraných kníhkupectvách.

---

**MUDr. Tomáš Szalay,**  
partner, Health Policy Institute

## Koniec transformácie

Spomedzi viacerých aktuálnych návrhov, ktoré sa týkajú zdravotníctva, je určite najnebezpečnejší ten, ktorí si popri debatách napríklad o rozsahu siete poskytovateľov všima len málokto. Návrh novely zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorý vypracovalo ministerstvo zdravotníctva definitívne zastavuje transformáciu štátnych zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti.

Premena štátnych nemocníc na akciové spoločnosti patrila medzi to zásadné zo Zajacovej reformy zdravotníctva. Zmena právnej formy mala sprehľadniť účtovníctvo nemocníc a zvýšiť ich zodpovednosť za vlastné hospodárenie. Zákon garantoval, že v týchto nemocniciach si štát ponechá väčšinový podiel, ale zároveň umožňoval vláde povoliť vstup investorov (a investície veru nemocnice potrebujú ako soľ).



*Tomáš Szalay*

O tom, že transformácia nemocníc pokračovať nebude, sa hovorí už dávno – teraz je to však čierne na bielom a napriek všetkému je to tak trochu prekvapením. Ministerstvo zdravotníctva navrhuje zákonom zastaviť transformáciu nemocníc.

### Dzurindova chyba

Transformácia je náročný proces. Nemocnice začali zisťovať, že nemajú vysporiadané pozemky, na ktorých stoja. Chýbali zmluvy. Z účtovných skriň vypadávali kostlivci. Po niekoľkomesačnej náročnej práci sa však nemocnice na tento krok pripravili a chýbalo jediné – súhlas Dzurindovej vlády.

V čase, keď KDH opustilo pre výhradu svedomia vládu (mimochodom, táto vláda navrhuje zrušiť výhradu svedomia zo zdravotníckych zákonov), sa Mikuláš Dzurinda rozhodol udeliť ministrovi zdravotníctva žltú kartu, pretože mu tento rezort podľa jeho názoru uberal body. Bývalý premiér sa vtedy rozhodol odložiť transformáciu na časy po voľbách – a to bola strategická chyba. Pretože po voľbách už rozhodovali iní. Najprv termín transformácie posunuli o jeden rok (do konca roku 2007), a po stretnutí s lekárskeym odborárom Mariánom Kollárom minister zdravotníctva Ivan Valentovič prisľúbil, že celú transformáciu zruší.

To, že ak si minister Valentovič myslí, že odmena pre Lekársky odborový zväz v podobe zastavenia transformácie nemocníc urobí z Mariána Kollára jeho spojenca, nedoceňuje jeho osobnostné rysy, je však len vedľajšou zápletkou tohto príbehu.



Inštitút ASA blízky Smeru, ktorý pred voľbami publikoval *Návrh koncepcie racionálneho rozvoja zdravotníctva* (so zdravicami od Roberta Fica i Pavla Pašku), nespomína zrušenie transformácie. O podobnom nápede sa nezmiňuje ani volebný program Smeru (ani ostatných koalíčných strán) a takýto záväzok si nedala ani vláda vo svojom programovom vyhlásení.

Kým Zajacova reforma zdravotníctva bola zverená pred voľbami a všetky jej body boli obsiahnuté v programovom vyhlásení, minister Valentovič vyťahuje divokú kartu a ide nad rámec mandátu, ktorý dnešná koalícia dostala od svojich voličov. Prečo chce odborár Kollár zastaviť transformáciu, nie je podstatné. Ale prečo si tento návrh osvojil minister Valentovič, ktorý nesie zodpovednosť za celý rezort, je naozaj záhadou.

### Vítazi a porazení

Ministerskému návrhu na zastavenie transformácie nemocnic chýba analýza dopadov, ale aj keby bola pripravená, logika nepustí. S pôsobením nemocnic ako príspevkových organizácií máme mnohoročnú opakovanú negatívnu skúsenosť, ktorá stála daňových poplatníkov v jednotlivých vlnách oddĺženia vyše 40 miliárd korún.

Zastavením transformácie stratia zdravotnícke zariadenia motiváciu vyrovaného a transparentného hospodárenia, čo povedie k naďalej sa zvyšujúcej zadĺženosti. Dlh dnes v štátnych nemocniciach rastie tempom vyše 200 miliónov mesačne. Príspevkové organizácie sa pohybujú v „mäkkých rozpočtových obmedzeniach“, nenesú zodpovednosť za výsledok svojho hospodárenia a nakoniec ich vždy niekto oddĺži. To bude vytvárať tlak na verejné financie a sťažovať aj dodržiavanie maastrichtských kritérií.

Zastavením transformácie sa znemožní vstup súkromného kapitálu do nemocnic, čo prehĺbi zaostávanie zdravotníctva v oblasti investícií. Kým v slovenskej ekonomike dosahujú čisté investície okolo 25 percent, v zdravotníctve to nie je ani len 10 percent. Dlhodobejšie zotrvtvávanie pod 15 percentami sa pritom považuje za „prejedanie kapitálu“, „žitie z podstaty“. Ak štát ako vlastník nevie zabezpečiť dostatočné obnovovacie a rozvojové investície,

je zastavenie transformácie nezodpovedným krokom, ktorý negatívne zasiahne zdravotníkov i občanov. Verejné financie nemajú dostatok zdrojov, aby v dohľadnom čase dokazali vykryť investičný deficit, ktorý vznikol za uplynulých 20 rokov v slovenských nemocniciach. K ich modernizácii nemôže dôjsť inak ako za účasti súkromného kapitálu (či už vo forme dlhového financovania alebo priamej kapitálovej účasti).

Zastavenie transformácie a pokračovanie v systéme politických nominácií do štátnych príspevkových organizácií bez jasných pravidiel hospodárenia a vymáhania zodpovednosti bude znamenať i absenciu dlhodobej koncepcie rozvoja zdravotníckych zariadení, stratu vízie a teda i motivácie zdravotníckych pracovníkov. Zvyšovanie zadĺženosti neumožní zlepšenie odmeňovania, čo ďalej zvýši tlak na odchod zdravotníkov. Dôsledkom bude znižovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Ďalšou existenciou nemocnic ako príspevkových organizácií s mäkkšími pravidlami bude pretrvávajúce nerovnocenné postavenie neštátnych poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

A kto je víťazom? Dodávateľia s nadštandardnými vzťahmi k riaditeľom štátnych nemocnic a samozrejme, všetci tí, ktorí budú rozhodovať o peniazoch, pôvodne určených na úhradu zdravotnej starostlivosti.

Zastavením transformácie si táto vláda vyrobí ďalší problém. Zdravotníctvo má tak stále sa zvyšujúci potenciál poraziť túto vládu. To by bol jeden z mála pozitívnych dôsledkov – ale cena je to naozaj privysoká.

Článok bol publikovaný v časopise **.týždeň** č. 31/2007

Kým v slovenskej ekonomike dosahujú čisté investície okolo 25 percent, v zdravotníctve to nie je ani len 10 percent. Dlhodobejšie zotrvtvávanie pod 15 percentami sa pritom považuje za „prejedanie kapitálu“, „žitie z podstaty“.



Nadace  
OPEN SOCIETY FUND PRAHA

o. s. Občan děkuje za podporu

Nadace Open Society Fund Praha

## Causa Občan

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

*Jsem praktický lékař. Dozvěděl jsem se, že od 1. ledna mají prý zdravotnická zařízení vybírat regulační poplatky – 30 korun za návštěvu. Někteří pacienti registrovaní v mojí ordinaci se již ptali, zda budou muset platit, přestože mají málo peněz a nacházejí se v obtížné sociální situaci. Jsou pro takové případy stanoveny nějaké výjimky? Pokud ne a já se rozhodnu, že po nich poplatek nebudu vymáhat, může mne pojišťovna postihnout pokutou 50 000 Kč? Děkuji, MUDr. Milan K., Brno*



Regulační poplatky jsou upraveny v zatím poslední novele zákona č. 48/1997 Sb., o péči o zdraví lidu, § 16a a 16b, účinné od 1. 1. 2008. Ministerstvo zdravotnictví nedávno vydalo metodický pokyn, dostupný na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) v sekci „pro odbornou veřejnost“, který poskytuje návod k aplikaci této novely. V případě sporů je závazné samozřejmě pouze znění zákona, výklad podaný metodickým pokynem však může být užitečnou interpretační pomůckou.

Poplatek ve výši 30 korun se platí zásadně za každou návštěvu, při níž bylo provedeno klinické vyšetření, což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů. Je-li lékař odměňován kapitační platbou, žádné výkony klinických vyšetření kromě komplexního vyšetření zdravotní pojišťovně nevykazují. Ze zdravotnické dokumentace ale musí být patrné, že cílené nebo kontrolní vyšetření bylo provedeno, a proto byl poplatek vybrán a vykázáno. Z poplatkové povinnosti existuje několik výjimek vztahujících se k typu zákroku, např. preventivní prohlídky, a dále několik výjimek vztahujících se k osobě pacienta. Poplatky tak neplatí děti z dětských domovů či v ochranné výchově, osoby v ochranném léčení, osoby v karanténě, izolaci či povinně se léčící s infekčními onemocněními, a konečně osoby, které se prokážou rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je jim poskytována podle zvláštního právního předpisu, přičemž toto potvrzení nesmí být starší 30 dnů. Tyto výjimky však rozhodně nepokrývají všechny osoby, pro které je vzhledem k jejich majetkové situaci 30 korun „hodně“.

Vybírat regulační poplatky je povinné. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč, kterou je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty musí zdravotní pojišťovna přihlídnout k závažnosti porušení, míře zavinění a okolnostem, za nichž k nevybrání poplatku došlo.

Metodický pokyn MZ ovšem tvrdí, že uložení pokuty je možné „pouze při opakovaném a soustavném nevybrání regulačních poplatků, to znamená v případech, kdy zdravotnické zařízení úmyslně a plánovitě nevybírá regulační poplatky z důvodu konkurenčního boje, nebo jiných důvodů.“ Sankci dle metodického pokynu nelze uplatnit „v případech ojedinělého opomenutí či individuálního rozhodnutí v daném případě poplatek nevybrat, např. z důvodu nespulpráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně.“

Pokud se tedy budou pojišťovny striktně řídit tímto výkladem, byť nezávazným, a vždy přihlídnou k závažnosti, míře zavinění a okolnostem nevybrání poplatku, patrně by neměly nikdy postihnout lékaře, který ojediněle nevybral regulační poplatek od pacienta, například proto, že pacient byl ve zjevné finanční tísní. Dokonce i tehdy, pokud by takto lékař činil častěji, měl by se vyhnout uložení pokuty v maximální výši; ta je aplikovatelná zejména v případech, kdy by lékař veřejně sliboval plošné nevybíráání poplatků, z důvodu např. konkurenčního boje o pacienty.

Závěrem je třeba poznamenat, že alespoň dle neformálních vyjádření zástupců ministerstva má tato pokuta charakter postihu za správní delikt. Její uložení je tedy možno napadnout ve správním řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., eventuálně požadovat přezkum ve správním soudnictví pro porušení zákona. Důvody pro přezkum mohou být buďto formální, tedy například pokud výrok o pokutě nebude obsahovat náležitě odůvodnění, nebo věcné, například pokud pojišťovna při ukládání pokuty nebo stanovení její výše nezohlední závažnost, zavinění a okolnosti porušení povinnosti vybrat regulační poplatek.

