

## Ktorá diagnóza dostane dôveru liečiť chorý rezort ?

O týždeň sa uskutočnia voľby do Národnej rady SR, v ktorých občania Slovenskej republiky rozhodnú o tom, komu zveria do rúk na najbližšie štyri roky (pokiaľ by, pravda, neboli predčasné voľby) moc v štáte. Je nepochybné, že volebné výsledky budú mať bezprostredný vplyv aj na ďalšie smerovanie zdravotníctva. Aké zámery s týmto dlhodobou ťažko skúšaným sektorom majú tí, ktorí v jednotlivých politických subjektoch zastrešujú práve túto oblasť? Z nasledujúcej ankety redakcie ZdN možno získať aspoň základnú orientáciu z vyjadrení zdravotníckych gestorov tých siedmich politických subjektov, ktoré na základe prieskumu volebných preferencií Ústavu pre výskum verejnej mienky pri Štatistickom úrade SR (od 1. do 12. augusta 2002 na vzorke 1082 respondentov) mali šancu prekročiť päťpercentnú hranicu, potrebnú na vstup do parlamentu. Ich odpovede uverejňujeme v poradí, ktoré si jednotlivé politické strany vyžrebovali do volieb.

**1. Ako chcete riešiť vonkajšiu zadlženosť rezortu (odhaduje sa na 20 miliárd korún) a zadlženosť v jeho jednotlivých segmentoch - napr. v ústavnej starostlivosti je to asi 10 miliárd, za lieky a zdravotnícke pomôcky asi 6 miliárd, keď mimorozpočtové zdroje z privatizácie sa už prakticky vyčerpali? Ako by ste chceli zabrániť vzniku ďalších dlhov?**

**2. Akú máte predstavu o financovaní rezortu ako celku (verejné a súkromné zdroje) a o spôsobe financovania:**

**a) lôžkovej zdravotnej starostlivosti** - s prihliadnutím na sieť zdravotníckych zariadení, disproporcie v zariadeniach v štruktúre nákladov - prezamestnanosť, možnosť zavedenia paušálnych platieb za objektivizované fixné náklady, výkonové platby za lieky a zdravotnícky materiál, akreditáciu zariadení a oddelení, kritériá na hospitalizáciu, zavedenie diagnostických a terapeutických štandardov, platby podľa diagnózy, preferenciu tzv. dennej liečby, reprofilizáciu časti akútnych lôžok na doliečovacie, kritériá na riadiaci manažment, centrálny informačný systém na kontrolu finančných tokov a zdravotného stavu pacientov...

**b) primárnej ambulantnej starostlivosti špecializovanej ambulantnej starostlivosti?**

**3. Ste za zmenu článku 40 Ústavy SR, ktorý garantuje bezplatnosť zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia? Navrhnete nový, prípadne novelizovaný Liečebný poriadok - akým spôsobom (zúžením zoznamu výkonom alebo plne hrađených výkonov, či rozšírením počtu výkonov s doplatkom pacienta alebo doplnkovej zdravotnej poisťovne)?**

**4. Akú formu zdravotného poisťovníctva pokladáte za optimálnu** (pluralita, jedna poisťovňa, zlúčenie systému zdravotného a nemocenského poistenia, financovanie či nakupovanie zdravotnej starostlivosti, doplnkové poistenie, zdravotné pripoistenie, vstup komerčných poisťovní, prerozdeľovanie, diagnostické a liečebné postupy, unifikácia revíznej činnosti, vlastná lieková politika, zavedenie úrazového poistenia v zdravotníctve, zavedenie čipových kariet a osobných účtov, posilnenie výkonu štátneho dozoru nad hospodárením zdravotných poisťovní...)?

**5. Ako chcete riešiť problematiku neproporčného rastu nákladov na lieky, ktoré pohlcujú viac ako tretinu disponibilných zdrojov pre zdravotníctvo** (originálne lieky a generiká, zníženie počtu registrovaných liekov, nová filozofia kategorizácie liekov, degresná marža, liekové knižky, miera spoluúčasti pacienta, zavedenie poplatku za recept alebo za balenie lieku, určenie nákladových limitov na lieky, kontrola správnosti predpisovania liekov, limitovanie preskripcie v ambulantnej starostlivosti, aplikovanie ambulantných a nemocničných liekových formulárov, ujasnenie liečebných postupov (guidelines), audity racionálnej farmakoterapie, bonifikácia lekára za účelnú preskripciu, zvýšenie percentuálneho podielu voľnopredajných liekov na celkovom trhu s liekmi, zavedenie čiarového kódu na receptoch...)?



**MUDr. KAROL GÉČ**, predseda zdravotníckej sekcie Slovenskej demokratickej a kresťanskej únie:

**Add. 1:** Od vzniku samostatnej Slovenskej republiky v zákone o štátnom rozpočte sa každoročne odsúhlasili platby štátu za svojich poistencov vyjadrením v určitom percente z minimálnej mzdy. Vznikla nerovnosť v odvodoch medzi poistencami, za ktoré odvádza štát a v odvodoch fyzických osôb.

Pri pohľade na počet poistencov, za ktorých platí štát (asi 2,7 milióna poistencov), vzniká obrovský deficit v zdrojoch zdravotných poisťovní, ktorý od roku 1993 každoročne narastá. Od 1. januára 2003 dôjde k prechodu väčšiny zdravotníckych zariadení do zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, prípadne miest a obcí. Niekoľko nemocníc sa stane neziskovými verejnoprospešnými organizáciami. Všetky tieto zariadenia by mali byť do konca roka oddĺžené. Je to úloha súčasnej aj budúcej vlády.

Veľmi dôležité je stanoviť také pravidlá hry, aby v budúcom období nedochádzalo k ďalšiemu zadlžovaniu. Pre zdravotnícke zariadenia i pre zdravotné poisťovne musia platiť tvrdé rozpočtové pravidlá, ktoré v tomto období rieši už zákon 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici. Zavedením tejto inštitúcie „banky“ pre zdravotnícke zariadenia a poisťovne by sa mala v plnom rozsahu odstrániť druhotná platobná neschopnosť zdravotníckych zariadení, a tým by malo dôjsť k dlho očakávanému zlepšeniu narušenej komunikácie s veriteľmi zdravotníckych zariadení. Tento zákon je jedným zo zásadných systémových krokov ekonomizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý nadväzuje na už platné zákony 263/99 Z. z. o verejnom obstarávaní v platnom znení a zákon 502/2001 o finančnej kontrole.

**Add. 2:** Viac zdrojové financovanie zdravotníctva v podstate existuje napríklad vo forme príplatkov za lieky alebo príplatkov za niektoré výkony, ktoré nie sú hrazené zo zdravotného poistenia (vydávanie potvrdení, správ na žiadosť pacienta, výkony estetickej chirurgie apod.). Objem verejných zdrojov je neprimerane veľký, a preto by mal postupne narastať podiel iných (súkromných) zdrojov. Zmena zákona o Liečebnom poriadku 251/1997 Z. z. a novela zákona o zdravotnom poistení pripraví cestu na výraznejšie financovanie z iných zdrojov. V lôžkovej zdravotnej starostlivosti budeme presadzovať čo najskoršie zavedenie DRG systému a systém akreditácie zdravotníckych zariadení na úrovni jednotlivých oddelení. Vzhľadom na to, že súčasný systém kapitačných platieb nemotivuje na poskytovanie kvalitnejšej starostlivosti o pacienta, budeme presadzovať kombinovaný systém, v ktorom by kapitácia bola vo výške 50 % a zostatok by bolo bodovanie za určité výkony (napríklad infúzna liečba, návštevná služba a preventívne vyšetrenia). Primárna ambulantná starostlivosť by mala byť 24-hodinová. Gynekologická starostlivosť by mala byť presunutá do špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS). Rozsah primárnej stomatologickej starostlivosti, hrazený zo zdravotného poistenia, treba podstatne znížiť. Je nevyhnutné posilňovať ŠAS, lebo len výkonní a motivovaní špecialisti dokážu znižovať potrebu hospitalizácií a skrátiť jej dĺžku, a tým podstatne znižovať ďalšie náklady. Treba prehodnotiť bodové ohodnotenie niektorých výkonov, predovšetkým chirurgických, a posilniť poskytovanie ambulantných diagnostických a liečebných zákrokov.

**Add. 3:** Je nevyhnutná zmena Liečebného poriadku, ktorá by regulovala rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti zo zdravotného poistenia. Zmena zákona o zdravotnom poistení posilní viac zdrojové financovanie, umožní pripoistenie a doplnkové poistenie. Vytvorí sa priestor aj na vstup komerčných poisťovní.

Jednoduchým príkladom je poistenie liečebných nákladov v zahraničí. Každý občan si môže poistiť hradenie liečebných nákladov v zahraničí v banke, cestovnej kancelárii alebo aj v zdravotnej poisťovni a nikto sa nad tým nepozastavuje. Po novelizácii príslušného zákona bude možné si poistiť alebo pripoistiť výkony, ktoré nebudú hrazené zo zdravotného poistenia. Podľa môjho názoru zmena článku 40 Ústavy SR nie je potrebná.

**Add. 4:** Jednoznačne som za pluralitu zdravotných poisťovní, aj za vstup súkromných komerčných poisťovní, v ktorých sa bude možné pripoistiť na výkony, nehrazené zo zdravotného poistenia. Jednou z ďalších možností je presunúť základný fond nemocenského poistenia Sociálnej poisťovne do systému zdravotného poistenia. Tento fond hospodári ročne so ziskom 1 až 2 miliardy Sk, ktorý sa podľa nateraz platnej legislatívy presúva do základného fondu dôchodkového zabezpečenia. Práceschopnosť v okresoch s vysokou mierou nezamestnanosti je 5- až 7-krát vyššia ako v Bratislave alebo v Košiciach. Môžem konštatovať, že fond nemocenského poistenia je využívaný na iné účely, ako sa vytvára. Rezervy tohto fondu by mohli po príslušnej legislatívnej zmene zvýšiť zdroje v systéme zdravotného poistenia.

**Add. 5:** Na Slovensku je obrovská spotreba liekov, ktorú treba znížiť. Jedným z mechanizmov na zníženie nákladov na lieky je prísnejšia kategorizácia. Vo finančnom vyjadrení dávame na lieky takmer 40 % zdrojov zdravotného poistenia. Takýto pomer je do budúcnosti neudržateľný a dúfam, že si to uvedomujú aj farmaceutické spoločnosti, distributéri liekov a lekárnici. Bolo by vhodné zaviesť liekovú politiku s určitou trvalou, vopred danou spoluúčasťou pacienta, bez výnimiek a vytvoriť legislatívne podmienky na komerčné pripoistenie. Vzhľadom na finančný objem, ktorý plynie na liekovú politiku, považujem opatrenia v nej za prioritné. Ďalšou z možností na redukciu spotreby liekov je poplatok za recept. Je však potrebné sprísniť v celom liekovom reťazci kontrolu, limitovať predpisujúcich lekárov a tvrdšie a represívne zasiahnuť proti neracionálnej preskripcii.



**MUDr. JURAJ ŠTOFKO, MBA.,** *tieňový minister zdravotníctva strany SMER:*

**Add. 1:** Dlhy v zdravotníctve sú vážnym neriešeným problémom a vyšplhali sa už do astronomických výšok. Problematika dlžôb je veľmi komplikovaná, pretože dnes v podstate každý dlhuje každému. Štát poisťovniam, poisťovne lekárom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti svojim dodávateľom a štátu. Vzniká druhotná platobná neschopnosť na všetkých úrovniach. Výsledkom je skutočnosť, že v rezorte sa prakticky zastavili efektívne finančné toky. Zodpovední o dlžobách s vážnou a ustarostenou tvárou rozprávajú v médiách, ubezpečujú zdravotnícku verejnosť, že situáciu majú pod kontrolou a na všetko už majú aj účinný liek. Za oveľa väčší problém ako samotné dlžoby z minulosti považujem neustále narastanie nových - v roku 2001 bol schodok medzi zdrojmi poisťovní a nákladmi v rezorte až 9 miliárd. Nielenže pred sebou tlačíme „obrovský balvan z minulosti“, ale neustále ho nabafujeme.

Zásadný ekonomický problém v zdravotníctve je rozpor medzi disponibilnými zdrojmi a výdavkami. Zjednodušene možno povedať, že existujú dva spôsoby na riešenie tohto problému - zvýšenie finančných zdrojov v príjmovej stránke alebo reštrikcia na strane výdavkov (zúženie Liečebného poriadku, kategorizácie liekov, redukcia niektorých kategórií pracovníkov najmä vo veľkých nemocniciach). Prvá možnosť vzhľadom na ekonomickú situáciu, do ktorej súčasná vládna garnitúra svojim neprofesionálnym „bačováním“ dovedla Slovensko, určite nebude možná. Zostáva len druhá alternatíva, a to hľadanie rezerv a úspor vo výdavkoch - t. j. aj v rozsahu tzv. bezplatnej zdravotnej starostlivosti. Ročný rozpočet sa nebude môcť vzhľadom na už uvedené skutočnosti zvyšovať, to však nebude závisieť len od ministra zdravotníctva, ale najmä od ministra financií. SMER má ambíciu vyrovnať rozpočet rezortu v roku 2004. V zdravotníctve dnes vládne chaos, neporiadok, neprofesionalita a korupcia. Vyrovnanie rozpočtu o dva roky považujeme aj z týchto dôvodov za veľmi vysoký a smelý cieľ, možno ho dosiahnuť len za cenu veľkých obetí a tzv. nepopulárnych opatrení. Nepredpokladáme, že by sa v štátnom rozpočte a v prázdnej štátnej pokladnici našli ešte nejaké zdroje navyše na oddlžovanie rezortu, aj vzhľadom na iné priority (napr. oživenie ekonomiky), preto samotné znížovanie dlžôb z vlastných rezerv a zdrojov rezortu prichádza do úvahy až v rokoch 2005-2006.

**Add. 2:** Čo sa týka poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, je nevyhnutné zaviesť systém akreditácií na základe jasných a merateľných štandardov. Ide o systém kritérií na kvalitu práce, čo bude mať veľký prínos pre všetky zainteresované strany: a) pre občana, pretože bude vedieť, že dostáva štandardnú, teda účinnú liečbu; b) pre zdravotníkov, ktorí budú vedieť, že pri dodržaní istých postupov sa nedopustili zanedbania pacientov; c) pre poisťovne, pretože budú vedieť, za čo platia; d) pre štát, ktorý takto bude garantovať nielen samotnú zdravotnú starostlivosť vo všeobecnosti, ale aj jej príslušnú kvalitu. Na základe takýchto kritérií potom možno robiť zásahy do siete a udeľovať, resp. odnímať licencie na výkon zdravotnej starostlivosti. Tento postup považuje strana SMER za jediný legitímny, pretože sa tak vyhneme rôznym politickým a ďalším tlakom na vybudovanie, resp. zatvorenie nemocníc.

**Add. 3:** Zmena článku 40 Ústavy SR, ktorý garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť, vôbec nie je prekážkou ďalšej reformy zdravotníctva. Naopak, garantuje sociálne istoty, že aj občania v ekonomickej núdzi dostanú istú základnú starostlivosť. Na druhej strane bude potrebné odlíšiť tých, ktorí platia do fondov, a tých, čo sú ekonomicke neaktívni z objektívnych príčin, od tých, ktorí sú závislí od požitkov sociálnych dávok zo subjektívnych dôvodov. Tí druhí nemôžu využívať rovnaké výhody zdravotného poistenia, do ktorého neprispievajú, ako tzv. „platiči“. Z tohto dôvodu bude potrebné

vypracovať minimálne dva liečebné poriadky - širší pre poistencov, ktorí prispievajú do fondov a zúžený „minimálny“ balík služieb pre tzv. „neplatičov“ zo subjektívnych dôvodov. Nemyslím si, že by sa tým narušil zmysel a výklad Ústavy SR.

**Add. 4:** SMER je presvedčený, že súčasná tzv. pluralita poisťovní sa neosvedčila, veď súťažiť sa dá na trhu v zásade len tromi spôsobmi - cenou, kvalitou služieb alebo rozdielnym sortimentom. V súčasnosti je cena rovnaká pre všetkých, veď poistenci platia zo zákona rovnaké odvody do fondov. Kvalita služieb je rovnaká, nech je človek v ktorejkoľvek poisťovni, vždy máte na výber toho istého a jediného obvodného lekára, resp. jednu okresnú nemocnicu. Sortiment, t. j. rozsah výkonov je rovnaký a stanovený zo zákona Liečebným poriadkom. Z toho vidieť, že na Slovensku sme skutočnú pluralitu v zdravotnom poistení nikdy nezaviedli, len sa na ňu hráme. Na druhej strane to neznamená, že SMER začne administratívne odnímať licencie a jednotlivé poisťovne rušiť, to by nebol z politického hľadiska správny krok. Je však potrebné dosiahnuť, aby si všetky zdravotné poisťovne plnili svoje zákonné záväzky. SMER kladie vo svojom programe dôraz na rozvoj informačných technológií, je to jedna z jeho priorit.

Jednotlivé systémy musia byť kompatibilné, bez adekvátnych informácií sa nemôžu dosiahnuť adekvátne výsledky. Informačné technológie sú oblasťou, ktorá bude potrebovať veľké investície na všetkých úrovniach - počnúc klientmi, poskytovateľmi, poisťovňami a končiac na ministerstve zdravotníctva.

**Add. 5:** V liekovej politike sa budú musieť obmedziť najskôr drahé prípravky, ktoré zvyšujú komfort pacientov, ale nezvyšujú liečebný efekt oproti lacnejším preparátom. SMER má v programe vypracovať kategorizáciu liekov na základe účinných látok, čím sa znížia celkové náklady a súčasne sa zníži korupcia a lobizmus, ktoré dnešnú tvorbu kategorizácie sprevádzajú.

Jedným z opatrení na zníženie preskripcie liekov by mali byť aj symbolické poplatky za recepty. Na druhej strane SMER presadzuje, aby si dôchodcovia za lieky nepriplácali. Kategorizácia liekov je u nás často „opradená“ tajomstvom a záhadami. Rozhodne je nedostatočne transparentná a často zahalená nepreniknuteľnou „hmlou“. Vo všeobecnom chaose bez stratégie zdravotnej politiky si dnes každý, kto má nejakú pozičnú moc, presadzuje do kategorizácie aj také prípravky, kde evidentne ide skôr o osobné záujmy ako o záujmy spoločnosti. V našom programe máme jasne stanovené, za akých podmienok chceme robiť kategorizáciu liekov a ako chceme zabezpečiť transparentnosť.

Zabezpečíme ju tým, že každá molekula bude mať svojho „krstného otca“, ktorý bude zodpovedať za jej zaradenie do zoznamu, všetko musí byť pod verejnou kontrolou - dostupné na internete. Strana SMER bola prvou politickou stranou uchádzajúcou sa o priazeň voličov v nastávajúcich voľbách, ktorá predstavila verejnosti svoj zdravotnícky program ešte v septembri roku 2001. Zdravotnícky program je postavený na dvoch pilieroch, a to je dôraz na kvalitu služieb a princíp solidarity. Základnou vecou, ktorá chýba nášmu zdravotníctvu, je stratégia, vízia, nazval by som ju štátna zdravotná politika. Nemáme definované, čo chceme dosiahnuť za aktuálnych ekonomických podmienok. Živíme systém, na ktorý nemáme. Odvíja sa to už od hore spomínanej neprofesionality ľudí, ktorí mali ambície a prevzali zodpovednosť za rezort. V prípade limitovaných zdrojov je nevyhnutné stanoviť si priority, do ktorých sme schopní investovať a kde je evidentný spoločenský efekt a na druhej strane nefinancovať také projekty, ktoré sú málo alebo sporne efektívne. Je potrebné definovať mieru solidarity, čo všetko chceme zo základného povinného poistenia platiť.



**MUDr. MILAN URBÁNI, CSc., MPH.,** *tieňový minister zdravotníctva HZDS - ĽS:*

**Add. 1:** Ako prvé je potrebné zaviesť nový zdravotnícky systém, ktorý zabezpečí prehľadné a racionálne využívanie zdrojov. Celý systém musí riadiť a kontrolovať centrálny elektronický informačný systém. Keďže táto vláda nemala záujem investovať peniaze občanov z privatizácie strategických podnikov do zdravotníctva, bude nevyhnutné vynulovať staré dlhy formou dlhodobej pôžičky. Princíp jej splácania, ktorý máme prepracovaný, nesmie narušiť ekonomické zabezpečenie poskytovania kvalitných zdravotníckych služieb.

**Add. 2:** V našom programe chceme dosiahnuť výšku verejných zdrojov pre zdravotníctvo na úrovni 75 %, ktorá by bola rovnaká ako terajšia výška zdrojov vynakladaných na

zdravotníctvo. Zvyšných 25 % by boli navrhované finančné zdroje. Všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sa zrovnoprávnia rešpektovaním princípov akreditácie, certifikácie a štandardizácie s cieľom dosiahnuť vysokú kvalitu za primerané náklady. V príprave koncepcie jednotlivých zdravotníckych odborov s maximálnym využitím modernej prevencie zlegalizujeme postavenie hlavných, krajských a okresných odborníkov. Neplánujeme administratívne rušiť zdravotnícke zariadenia ani prepúšťať zdravotníkov v zdravotníctve, ale v ponúkanom systéme, ktorý sa spustí naraz, budú dané jasné pravidlá pre každého. Máme pripravenú racionalizáciu zdrojov s rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny. V lôžkových zariadeniach sa bude uplatňovať DRG systém financovania, ktorý si bude vyžadovať zvýšenie kvality nielen na úrovni nemocnice, ale aj oddelení a každého pracovníka v zdravotníctve so zameraním na chorobu. V ambulantnej sfére, do ktorej musí konečne reálne prejsť väčšina poskytovaných zdravotníckych služieb v primárnej ambulantnej starostlivosti, bude kombinovaný systém platieb kapitácie a výkonov. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti musí odmeňovanie podľa výkonov pokryť požadovanú odbornosť. Všetky medicínsko-ekonomické činnosti na sledovanie kvality bude na každej úrovni monitorovať centrálny elektronický informačný systém, ktorý umožní v reálnom čase vyhodnocovať všetky aktivity. Pri jeho zavedení sa využijú všetky existujúce informačné systémy. Na Slovensku, paradoxne, chýba informačný systém v ekonomicky najnáročnejšej oblasti, a to v lôžkových zariadeniach. Centrálny informačný systém bude mať popri výhode riadenia ekonomiky nesmierny význam v medicínskom manažmente pacienta. Umožní „linking“ - sledovanie pacienta od narodenia ž do konca života. Zabráni nezmyselným, mnohokrát ekonomicky náročným a pre pacienta až nebezpečným duplicitným vyšetreniam a intervenciám. Takisto aj interakciám pri užívaní liekov, užívaní nadmerného množstva liekov, ktoré môžu pacienta poškodiť, žiaľ, niekedy až usmrtiť. Po vybudovaní a integrácii informačných systémov nastúpi čipová karta, ktorá bude preukazom poistenca, nosičom všetkých informácií o pacientovi a bude hlavným kontrolórom i revíznym lekárom.

**Add. 3:** Článok 40 Ústavy SR nemal opodstatnenie ani za socializmu a dodnes je politickým hitom. Na Slovensku je potrebné skvalitniť celú legislatívu týkajúcu sa zdravotníctva, ktorá bude garantovať zavedenie nového systému s jasnými pravidlami pre konzumentov a poskytovateľov. Jednotlivé zákony sa musia navzájom podporovať, a nie si odporovať, ako je to v súčasnosti. Liečebný poriadok je súčasťou týchto zákonov a bude sa musieť prispôsobiť novým zákonom.

**Add. 4:** Optimálny systém platenia za zdravotnícke služby neexistuje. V dobrej ekonomickej situácii štátu a obyvateľstva je aplikovateľný hoci ktorý model. My podporujeme kombinovaný model garantovaného sociálneho trhového systému. V zdravotnom poisťovníctve navrhujeme ponechať pluralitu a zrovnoprávnenie zdravotných poisťovní, ktoré budú nákupcami zdravotnej starostlivosti pre občanov a správcami ich fondov. Podporujeme vytvorenie zmluvného vzťahu medzi občanom a zdravotnou poisťovňou s jasne stanovenými právami a povinnosťami v základnom, doplnkovom poistení a pripoistení. Doplnkové poistenie a pripoistenie je potrebné realizovať len prostredníctvom zdravotných poisťovní. Tu podporujeme kolektívne poisťovanie zamestnávateľov pre svojich zamestnancov. Odvody do zdravotných poisťovní neplánujeme zvyšovať. Po zavedení centrálného informačného systému sa zjednoduší revízná a kontrolná činnosť pre poisťovne a štátny dozor. Budú môcť skoncentrovať svoje úsilie len na prípady, ktoré si budú vyžadovať korekciu. Neplatenie odvodov do povinného zdravotného poistenia sa musí prísne sankcionovať.

**Add. 5:** Máme pripravené zmeny v celom liekovom reťazci: od registrácií liekov, tvorby cien, ktorá musí byť na ministerstve zdravotníctva, flexibilnej kategorizácie, referenčných cien po vyradenie voľnopredajných liekov z hradenia zdravotnými poisťovňami. DPH za lieky a zdravotnícke pomôcky treba vrátiť do systému. Od výrobcov budeme požadovať dodávať lieky s vysokou pridanou terapeutickou hodnotou a za primeranú cenu. Momentálne nechceme meniť výšku marže distribútorov a lekární. Generická substitúcia nebude akceptovaná. Pre poskytovateľov zavedieme štandardné terapeutické postupy so sledovaním priemerov, v predpisovaní uplatníme len indikačné obmedzenia a využijeme „linking“ v centrálnom informačnom systéme. Je potrebné zvýšiť informovanosť pacientov lekármi a lekárnikmi. Náklady na lieky a výsledky auditov racionálnej farmakoterapie budú jedným z faktorov na hodnotenie kvality poskytovania zdravotníckych služieb a výšky odmeňovania zdravotnými poisťovňami. Zavedenie čiarového kódu v centrálnom elektronickom informačnom systéme v lekárňach je nevyhnutný predpoklad na sledovanie medicínskych aktivít a použitia zdrojov. Liekový marketing musí byť etický a časť z jeho zdrojov je potrebné skoncentrovať na doškoľovanie a zdravotnú výchovu obyvateľstva.



**PhDr. MARTA AIBEKOVÁ**, *podpredsedníčka Hnutia za demokraciu pre sociálne veci a zdravotníctvo:*

**Add. 1:** Súčasnú dlhu v zdravotníctve sa dajú riešiť iba vyrovnaním zo strany štátu, ktorý dlhodobo platbami za svojich poistencov do systému zdravotného poistenia a konštituovaním štátnych rozpočtov vytváral priestor na ich vznik. Napríklad v roku 2001 štát za svojich poistencov prispel na ich poistenie 26,2 %, zamestnávateľia odvedli 49,1 %, ekonomicky aktívni poistenci 19,6 %, Národný úrad práce 0,8 %. Tieto disproporcie vznikali preto, lebo štát si v porovnaní s ostatnými platiteľmi do systému zdravotného poistenia určoval nižší vymeriavací základ. Zdravotnícke zariadenia však poskytovali zdravotnú starostlivosť v zmysle

Ústavy SR a Liečebného poriadku napriek tomu, že za výkony nedostali zaplatené. Vláda M. Dzurindu prijala v rokoch 2000 - 2002 uznesenia, na základe ktorých sa mali dlhy v zdravotníctve vyriešiť do konca roka 2002 zo zdrojov z privatizácie. Zároveň sa zaviazala, že prijme opatrenia, aby nevznikli nové. To sa nespĺnilo a uznesenia o oddlžení sa realizovali iba čiastočne (oneskorene a v nižších objemoch). Je potrebné, aby sa uznesenia vlády splnili a prisľúbené zdroje z privatizácie sa nasmerovali do zdravotníctva. Pred novou vládou je úloha urýchlene prijať legislatívne a transformačné kroky na zamedzenie vytvárania nových dlhov.

**Add. 2:** Financovanie zdravotníctva je potrebné zabezpečiť z viacerých zdrojov a zmeniť pomer verejných a súkromných zdrojov tak, aby boli pokryté jeho potreby. V súčasnosti je pomer verejných a súkromných zdrojov 89 % ku 11 % a nie sú vytvorené podmienky na viaczdrojové financovanie zdravotníctva. Zdravotnú starostlivosť bude potrebné podriaďiť ekonomickým zákonom a treba zaviesť platbu za výkon. Existencia každého zdravotníckeho zariadenia by mala byť závislá od úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti a vyťaženia. O jeho opodstatnenosti budú rozhodovať pacienti. Nezanedbateľným faktorom bude dostupnosť zariadenia v regióne i odborný stupeň poskytovania zdravotnej starostlivosti. Optimalizáciu siete zdravotníckych zariadení treba zabezpečiť legislatívne podľa potrieb obyvateľov a na základe efektívnej dostupnosti prostredníctvom procesu tvorby vzťahov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami, za účasti nezávislého arbitra týchto vzťahov. Bude nevyhnutná redukcia akútneho posteľového fondu a jeho čiastočná reprofilizácia na chronické lôžka a sociálno-zdravotné lôžka. Pri ústavnej zdravotnej starostlivosti ako faktor ekonomiky a kvality je potrebné presadiť DRG štandardy. HZD bude podporovať finančné zvýhodnenie jednoduchovej terapie. Hlavný dôraz bude potrebné klásť na prevenciu a ambulatnú zdravotnú starostlivosť. Primárnu ambulatnú a špecializovanú zdravotnú starostlivosť treba skvalitniť a posunúť bližšie k pacientovi. Demotivujúce prvky financovania, ako je čistá kapitácia, kombinovať s platbou za výkon a „doriešenie“ pacienta, v špecializovanej ambulantnej starostlivosti je potrebné zvýšiť bodové ohodnotenie a vytvoriť priestor na skvalitnenie činnosti lekárov a prístrojové vybavenie ambulancií.

**Add. 3:** Bezplatná zdravotná starostlivosť nikdy neexistovala. Tento termín je zavádzajúci. HZD nevidí základný problém čl. 40 Ústavy SR v termíne bezplatná zdravotná starostlivosť, ktorá je deklarovaná určením podmienok, t. j. na základe zdravotného poistenia a za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Problém vidí v zlej legislatívnej úprave zdravotníckych zákonov. Predovšetkým v zákone o Liečebnom poriadku, ktorý nevychádza z reálnych zdrojov slovenského zdravotníctva, ale stanovuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti na úrovni neexistujúcich zdrojov, a tak vytvára predpoklad na neustále zadlžovanie. HZD bude navrhovať, aby vláda ako jeden z prvých krokov pripravila nové znenie Liečebného poriadku, ktorý bude vychádzať z reálnych zdrojových možností slovenskej ekonomiky. Zoznam plne hrađených výkonov sa bude musieť zúžiť a vychádzať z definovania základnej zdravotnej starostlivosti hradenej zo základného, povinného zdravotného poistenia. Tento zákon sa musí zladíť s novým zákonom o zdravotnom poistení, v ktorom bude definované základné poistenie, doplnkové a pripoistenie. Okrem princípu solidarity v základnom systéme treba vytvoriť priestor aj pre princíp zásluhovosti.

**Add. 4:** HZD podporuje zachovanie plurality zdravotných poisťovní, ale na základe fungovania skutočných poisťovacích princípov, a nie iba na základe prerozdelenia zdrojov bez možnosti skutočnej konkurencie medzi poisťovňami. Nové podmienky zdravotného poisťovníctva sa musia deklarovať v komplexnom zákone o zdravotnom poistení s vybudovaním základného poistenia, doplnkového poistenia a zdravotného pripoistenia. HZD je za otvorenie diskusie o zlúčení systému zdravotného a nemocenského poistenia a za odstránenie deformácie v ich vzájomnom odlúčení. Podporí aj kroky na skvalitnenie a unifikáciu revíznej činnosti, zavedenie úrazového poistenia v zdravotníctve, osobných

účtov poisťencov a posilnenie výkonu štátneho dozoru nad hospodárením zdravotných poisťovní. Bude nevyhnutné postupne zaviesť integrovaný informačný systém.

**Add. 5:** V oblasti liekovej politiky sa HZD zasadí za skvalitnenie, spriehľadnenie kategorizácie liekov a vypracovanie detailnej analýzy spotreby liekov. Cieľom je stabilizovať náklady na lieky tak, aby každý pacient dostal liek, ktorý je pri jeho liečbe nevyhnutný, a v žiadnom prípade sa neohrozila kvalita zdravotnej starostlivosti. HZD podporí kroky na vyriešenie starých dlhov v liekovom reťazci, ale zároveň navrhne opatrenia na sprísnenie kontroly pri zavádzaní nových liekov. Vytvorí tiež dostatočné podmienky na obmedzenie lobizmu a klientelizmu v procese kategorizácie liekov.

V oblasti tvorby cien liekov HZD podporí, aby predmetom regulácie bola výška úhrady za liečivo zo strany zdravotných poisťovní, a nie cena liečiva. Tvorba cien by mala byť viazaná na kategorizáciu liekov. Pri každej kategorizácii je potrebné zabezpečiť aj stanovenie cien nových liekov, prípadne zmeny cien liekov, ktoré sú už na trhu. Cenu od výrobcu by malo určovať trhové prostredie a pacient - zákazník. Za jedno z úsporných opatrení v liekovej politike je možné navrhnúť, aby voľnopredajné lieky boli vyradené z hradenia zo zdravotného poistenia, prípadne zavedenie pevného poplatku za predpísané položky na recept. Mnohé opatrenia, ktoré sú dobrými nástrojmi liekovej politiky, napr. degresívna marža u distribútorov a v lekárnach, finančné limity pre lekárov, nie sú podľa odborníkov v súčasných podmienkach slovenského zdravotníctva s dlhom za lieky viac ako 6 mld. Sk dobre aplikovateľné. Z hľadiska výrazného obmedzenia finančných prostriedkov ich bude možné zavádzať po vyriešení súčasného zadĺženia.



**MUDr. TIBOR BASTRNÁK**, *vedúci zdravotníckej skupiny Strany maďarskej koalície:*

**Add. 1:** Prvotnou je otázka, či chceme naďalej a dlhodobo tlačiť pred sebou obrovský balík dlhov, alebo spojíme sily na urýchlené oddĺženie, čo musí byť celospoločenskou úlohou. Minulá vláda a ministerstvo zdravotníctva po nástupe Tibora Šagáta boli rozhodnutí riešiť situáciu hľadaním rezerv vo vnútri rezortu. Neúspešne, keďže bez razantného riešenia vonkajšej zadĺženosti niet nádeje na reformu a transformáciu zdravotníctva.

Spomeniem len skutočnosť, že v rokoch 2000 a 2001 nemocnice stratili na súdnych sporoch a exekúciách viac ako 2 mld. Sk. Ak sa pozrieme na históriu vzniku zadĺženosti vidíme, že je dôsledkom neodvážania zákonom stanovenej časti poistného štátom. Od roku 1993 to môžeme vyčíslieť na viac ako 30 mld. Sk. Chceme vyriešiť vonkajšiu zadĺženosť v čo najkratšom čase, aby sme sily mohli obrátiť smerom na reformu a transformáciu zdravotníctva. V rámci zdravotného poisťovníctva predpokladáme zvýšenie príjmov poisťovní v pomere so zvyšovaním hrubého domáceho produktu (HDP), pri vyšších platoch vyššie odvody, so 100% prispievaním štátu za svojich poisťencov a znížením správneho fondu ZP o 1 % . Rozhodujúci krok však bude v spolupráci s ministerstvom financií nájsť zdroje na zníženie dlhu o polovicu v prvom roku vlády a v priebehu dvoch rokov úplne oddĺžiť. Zabrániť vzniku ďalších dlhov nie je ľahké, keďže systém je rozladený. V jednotlivých segmentoch treba urobiť reformy, ktoré sledujú celosvetové trendy a sú založené na skúsenostiach reforiem v iných krajinách. Na ilustráciu by som uviedol, že naše zdravotníctvo spotrebuje menej peňazí než mnohé okolité krajiny - na občana po prepočte porovnateľnými dolármi, tzv. PPP USD (purchasing parity power) dáva Rakúsko 1894, Česko 937, Maďarsko 717 a my okolo 380 až 400 USD PPP (OECD 2001).

**Add. 2:** V budúcich rokoch treba zabezpečiť, aby na zdravotníctvo išlo 7,5 % HDP (v priemere toľko sa dáva na zdravotníctvo vo svete), čo je podmienkou, aby sme dotiahli reformu a mohli transformovať nemocnice. Na občana musia výdavky dosiahnuť aspoň 800 PPP USD. Vyspelé zdravotnícke systémy majú vyšší podiel verejných zdrojov ako súkromných. Spoluúčasť pacientov v primárnej, sekundárnej ambulantnej a nemocničnej starostlivosti je vo väčšine európskych krajín zanedbateľná. Nemá väčší prínos do celkového financovania zdravotníctva. Významnejší je podiel príplatkov na lieky a zdravotné pomôcky. Finančná záťaž sa však aj tu delí, najčastejšie súkromným pripoistením na preplatenie nákladov spoluúčasti (napríklad vo Francúzsku má až 84 % obyvateľov pripoistenie). Na financovanie zdravotníctva má zásadný význam spôsob prerozdelenia nazbieraných zdrojov. Samotné financovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa robí cez preplácaací (reimbursement) systém.

Tu máme obrovské rezervy. V nemocniciach sme prospektívnymi rozpočtami navodili situáciu ťažkého deficitu, z čoho sú priame ekonomické straty a v samotnej liečebnej starostlivosti sme dosiahli výraznú „podprodukciu“, čiže výkonnosť zdravotníctva je hlboko pod svojimi možnosťami. Riešenia posledných rokov sú voluntaristické a len nás vzdialili od cieľov reformy. Urýchlene musíme zaviesť preplácaací systém pre nemocnice na základe platieb, ktoré sa vzťahujú na pacienta (na chorobu, diagnózu, závažnosť chorobného stavu) a nie na počet oddelení, deklarovaného stupňa starostlivosti a pod. Európa sa chystá na celoeurópsky typ DRG systému. Tento spôsob neznačí len spravodlivejší spôsob prerozdelenia, ale súčasne je nevšedným nástrojom v rukách organizátorov zdravotníctva. Všade, kde sa zaviedol DRG systém, sa znížil počet akútnych lôžok (od 15 do 30 %). DRG systém súčasne značí aj obrovský prínos informácií o jednotlivých nemocniciach, napríklad jednoduchým indexom priemerného prípadu je možné odhadnúť skladbu chorých na jednotlivých oddeleniach a nemocniciach. Samoregulačný charakter DRG systému treba využiť na zníženie počtu postelí, ktorých je v určitých regiónoch nadbytok. Dnes nemáme objektívne kritériá, ktoré by správne vedeli ohodnotiť vzťah skladby chorých a nákladov v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach. Samotný systém DRG značí aj kritériá na hospitalizáciu a nahradzuje všetky insitné snahy o čo najregulovanejšiu existenciu ZZ. Case-mixový systém platieb na akútnych lôžkach - teda DRG, bude znamenať významný nástroj v rukách organizátorov zdravotníctva. Hravo sa zistí, ktoré zdravotnícke zariadenia (oddelenia) treba reprofilizovať a pod. Chronické lôžka však treba platiť iným spôsobom, na to DRG zatiaľ nie je prispôbený. Najčastejšie sa platí lôžkodňom. Financovanie primárnej ambulantnej starostlivosti kapitáciou „upísaných duší“ je správny spôsob. Chýba však väčšia konkurencia, ktorá je predpokladom na úspešné fungovanie kapitačne platenej primárnej starostlivosti. Doladenie systému predpokladá aj vytvorenie regresívnej platby nad určitý počet kapitovaných. Financovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti bodovým systémom netreba meniť. Treba však prispôbiť cenu bodu aktuálnym nákladom týchto ambulancií. Veľkým nedostatkom sekundárnej ambulantnej starostlivosti je jeho odtrhnutie od nemocničnej základne. Vytvorenie špecializovaných ambulancií bez nadväznosti na nemocničné oddelenia vedie k indukcii trhu a nie k presunu starostlivosti z lôžka do ambulancie. Treba podporiť existujúce ambulancie nemocníc a snažiť sa o voľnú reintegráciu súkromných ambulancií povolením aj súbehu praxí.

**Add. 3:** Za dnešných podmienok článok 40 Ústavy SR negarantuje návrat zdravia, ale zhoršuje podmienky financovania zdravotníctva. Tento článok treba nahradiť dikciou, ktorá zabezpečí rovnosť, spravodlivosť a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov SR a finančné príspevky občanov na báze rovnosti a spravodlivosti. Spoločenskú objednávku treba chápať v rámci demokratických pravidiel. Obmedzenia rozsahu Liečebného poriadku sa musia prijať konsenzom všetkých zainteresovaných, nielen koalíciej vlády. Svoj súhlas musia prejavíť profesijné a stavovské organizácie, ale aj predstavitelia patientskych združení. Samotné zúženie zoznamu výkonov je dlhodobější proces. Pomerne urýchlene, po legislatívnych zmenách, je možné zaviesť výkony, ktoré si budú vyžadovať spoluúčasť chorého. Hlavne v prvom období však bude treba vykryť zvýšené finančné výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky pre zraniteľné sociálne skupiny. O pripoistenie budú mať záujem najmä už existujúce zdravotné poisťovne. Formu doplnkového poistenia, teda na nadštandard, je možné prenechať komerčným poisťovňam, ale tento druh poistenia netreba nijak zvlášť urýchľovať. Add. 4: V rámci zdravotného poisťovníctva musia zostať nedotknuté niektoré zásady. Hlavne rozdelenie rizika choroby. Zdravotné poistenie na základe solidarity je výhodnejšie mať v jednej poisťovni, no netreba meniť dnešný stav plurality poisťovní. Problém vyberania si lepšieho poistného kmeňa rieši prerozdelenie zdrojov. Nemocenské poistenie treba pričleniť k zdravotnému poisteniu, keďže to značí zainteresovanie lekárskej obce na znížení práceneschopnosti obyvateľstva. Dlhodobejším cieľom môže byť strategické nakupovanie zdravotnej starostlivosti a nielen financovanie výkonov, ale k tomu je možné dospieť, až sa systém finančne stabilizuje. Komerčné poisťovne môžu participovať na nadštandarde, ale tento trh je z pohľadu poskytovania zdravotnej starostlivosti druhoradý. Add. 5: Rast nákladov na lieky má dve stránky. Na jednej strane je celkovo málo peňazí v zdravotníctve, a tak pomerné číslo je potom vysoké, na druhej strane zle koncipovaná lieková politika aj s kategorizáciou. Už pri spoluúčasti pacienta som uviedol problematiku pripoistenia. Ak bude už fungovať pripoistenie, potom je možné spôsob spoluúčasti zjednodušiť. Dovtedy však je potrebné riziko administratívne prerozdeliť. Nová kategorizácia sa musí zakladať na medicíne evidencií, neprenechať rozhodnutie na úzku skupinu „čelných odborníkov“, ale zainteresovať širokú lekársku verejnosť. To je najlepšia ochrana proti tlaku nadnárodných farmaceutických firiem. Nemocničné oddelenia pre nedostatok financií skôr nedodržujú účelnú farmakoterapiu nepodávaním modernej a nákladnej liečby než prebujnenou polypragmáciou. Aj tu sú však rezervy, ktoré sa dajú odkryť audítmí racionálnej farmakoterapie. Svoje miesto majú nemocničné liekové formuláre.





**Doc. MUDr. JÁN BIELIK, CSc.,** *hovorca Kresťanskodemokratického hnutia pre oblasť zdravotníctva:*

**Add. 1:** Vonkajšia zadlženosť rezortu, ktorú považujeme za dôkaz vonkajšej systémovej chyby v riadení zdravotníctva, limituje akúkoľvek ďalšiu snahu o akúkoľvek ďalšiu podstatnú zmenu systému zdravotníctva. Vzhľadom na makroekonomické parametre (stav štátneho rozpočtu a jeho nová konštrukcia na rok 2003, deficit verejných financií, zadlženosť štátu, rast HDP, miera inflácie) nie je možné riešiť tento problém z vnútorných zdrojov. Za najvhodnejšie riešenie považujeme zahraničný úver v danej výške so splatnosťou na osem rokov.

Uvedené riešenie súčasne zohľadňuje aj zodpovednosť štátu za stav zdravia svojich obyvateľov. Akémukoľvek návrhu na zabránenie vzniku ďalších dlhov musí predchádzať politická dohoda o minimálnom finančnom objeme, ktorý je potrebný na zachovanie kvality zdravotníctva ako celku. KDH považuje za minimálnu hranicu približne 65 mld. Sk ročne. Nižší absolútny objem prostriedkov znamená zníženie terajšej úrovne kvality zdravotnej starostlivosti. Na doplnenie súčasných zdrojov KDH navrhuje tieto opatrenia: a) vo verejných zdrojoch: napr. zvýšenie príspevku štátu za určenú skupinu osôb a Národný úrad práce za evidovaných nezamestnaných o 10 % by prinieslo do systému asi 1,6 mld. Sk; b) v neverejných zdrojoch: presun asi 80 % výkonov v stomatologickej starostlivosti do oblasti nepovinného pripoistenia, t. j. do osobnej zodpovednosti za orálne zdravie (1,5 mld. Sk); poplatok za stravu v rozsahu základnej stravnej jednotky za 1 deň v sume 100 Sk (pričom by sa nepočítal prvý a posledný deň pobytu), t. j. asi 0,5 - 0,7 mld. poplatok za každé balenie lieku na recepte vo výške asi 10 % z priemernej Sk; ceny jedného balenia lieku, (t. j. z asi 13,5 až 15,0 mld. Sk receptových liekov znížením podielu správneho fondu by to znamenalo asi 1,3 až 1,5 mld. Sk); zdravotných poisťovní z terajších 4 % na upravené 3 % (t. j. asi 0,4 mld. Sk); formalizáciou neformálnych platieb v ústavnej starostlivosti: veľmi orientačný odhad asi 1,6 až 2,0 mld. (pri odhade 3000 operácií za rok v spádovom území asi súbehom 180 000 obyvateľov a priemernej neformálnej platbe 1000 Sk za výkon); praxe s možnosťou priamych platieb: asi 1 mld. Sk (t. j. hlavne tie výkony v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré poisťovne nepreplácajú v rámci limitov, ale reálne existujú ako potreba). Tieto opatrenia by celkovo mohli znamenať priemerné ročné finančné zaťaženie v sume 1300 Sk na obyvateľa, resp. asi 2370 Sk na jedného obyvateľa v produktívnom veku.

**Add. 2:** Financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti musí riešiť stanovenie rozsahu poskytovanej starostlivosti (druhy výkonov a ich minimálny počet) pre príslušné spádové územie, ktoré je založené nie na spôsobe vynútenej kontraktácie, ale na základe ich reálnej potreby a zvlášť ich reálnej ceny. Súbežne s týmto krokom sa musia stanoviť jasné pravidlá tvorby siete ústavnych zdravotníckych zariadení (ktoré odrážajú ich potrebu) a zásady akreditácie nemocníc, klinických oddelení a ostatných ústavnych jednotiek (ktoré odrážajú hladinu požadovanej kvality v personálnom i materiálnom vybavení). Samostatným nástrojom sú programy kvality pre jednotlivé medicínske odbory, ktoré budú definovať základné kvalifikačné a kompetenčné predpoklady na výkon lekárskeho a zdravotníckeho povolania. Riadiaci manažment bude musieť absolvovať minimálne definované vzdelávanie. Platbu podľa diagnózy, resp. príbuzných skupín diagnóz nepovažuje KDH za rozhodujúci nástroj ekonomizácie v zdravotníctve v najbližšom období a nepovažuje za potrebné presadzovať ho do praxe. Jednodňová chirurgická starostlivosť má predpoklady uplatniť sa vo väčších nemocničných centrách, kým jednodňová, resp. denná starostlivosť v nechirurgických disciplínach je možné realizovať aj v ambulantných zariadeniach (je potrebné doriešiť úhradu zo strany zdravotných poisťovní). Informačný systém bude potrebné revidovať z hľadiska aktuálnosti a výpovednej hodnoty sledovaných údajov. Záznamníctvo sa takisto musí podrobiť revízií, ktorej výsledkom by mal byť návrh na jeho zjednocujúci charakter.

Financovanie primárnej ambulantnej starostlivosti (gynekológia patrí charakterom do špecializovanej ambulantnej starostlivosti) by malo byť založené aj na hodnotení kvality a regionálnych potrieb. Podiel hodnoty práce by mal tvoriť asi 60 % odmeňovania, resp. úhrad, kvalita práce asi 30 % a regionálny index (geografické a iné podmienky) asi 10 %. Financovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti naďalej ostane založené na výkonovom hodnotení.

**Add. 3:** Som za zmenu Ústavy SR, ak ju Ústavný súd SR posúdi ako potrebný krok. V takom prípade verím, že budúci poslanci prejavia dostatok rozhladu i konsenzuálnej vôle. Daný krok bude zrejme nevyhnutný na umožnenie ďalších krokov reformy. Liečebný poriadok je predisponovaný na jeho

zúženie. Výkony nehradené zo základného poistenia sa môžu riešiť priamymi platbami alebo úhradou zo zdrojov zdravotného pripoistenia (považujeme za možnú aj účasť komerčných poisťovní).

**Add. 4:** Zdravotné poistenie je oblasťou, ktorá sa bude musieť riešiť prijatím nového zákona o zdravotnom poistení. Pluralitu zdravotných poisťovní je vhodnejšie zachovať s ponechaním princípu nielen nákupu zdravotnej starostlivosti, ale očakávame aj výraznejšie zapojenie zdravotných poisťovní do programov kvality nielen rutinnou revíznou činnosťou, ale napr. aj zmluvným angažovaním externých odborných auditorov. Komerčné poisťovne budú môcť vstúpiť do priestoru pripoistenia v prvom rade v oblasti stomatológie. Za svoje orálne zdravie by mal zodpovedať predovšetkým občan, a to už od dovŕšenia 15. roku svojho života.

Komerčné poisťovne sú v podstate pripravené na rozšírenie svojej činnosti a nepotrebnú čas na akumuláciu kapitálu ako súčasné zdravotné poisťovne.

Obdobný charakter a riešenie má aj problematika úrazového poistenia, i keď KDH nemá toto poistenie v spektre aktuálneho programu. Unifikáciu revízných činností nepokladáme za všeliek, no uvedeným opatrením sa môže, naopak, znížiť motivácia. Definovať vlastnú liekovú politiku je v súčasnosti v daných podmienkach pre zdravotné poisťovne nereálne (okrem VŠZP), i keď ju v parciálnych položkách ovplyvňujú (mimoriadne dovozy, výnimky, atď.). Predpokladáme, že zdravotné poisťovne sú v situácii, keď hranica správneho fondu sa môže znížiť na 3 %.

**Add. 5:** Nárast výdavkov na lieky je len jedna časť problematiky, ktorá sa musí definovať v novej štátnej liekovej politike. Uvedené zvýšenie cien je najjednoduchšie zabrzdiť stanovením rozumných a korektných limitov liekovej spotreby pre primárnu ambulantnú starostlivosť a pre vybrané postupy v špecializovanej (umelé kĺbové náhrady, liečba osteoporózy, hormonálna substitučná terapia, liečba psychických ochorení, liečba porúch tukového metabolizmu). Bonifikácia nie je v tomto prípade rozhodujúca. Ovplyvnenie miery compliance pacienta proti užívaniu liekov individuálnou i globálnou osvetou by prinieslo asi porovnateľnú úsporu.

Liečebné postupy stačí stanoviť pre vybrané ochorenia (najrozšírenejšie alebo najdrahšie). Audit racionálnej farmakoterapie patrí do kategórie kontroly kvality. Zavedenie poplatku za balenie je v súlade s tendenciou na zvýšenie neverejných zdrojov. Generiká musia predovšetkým spĺňať požiadavku na kvalitu lieku (kontrola koncentrácie účinnej dávky, testy stability, a pod.), kým originálne inovatívne lieky by mali potvrdiť svoju opodstatnenosť okrem klinických štúdií aj farmakoekonomickým dôkazom.



**MUDr. RUDOLF ZAJAC**, *tieňový minister zdravotníctva za Alianciu nového občana* :

**Add. 1:** Táto otázka je veľmi dôležitá, pretože dlhy a ich príslušenstvo doslova likvidujú zdravotníctvo. Napriek tomu treba jasne povedať, že oddlžovanie jednotlivých segmentov bez zmeny celého systému nie je možné, a to prinajmenšom z dvoch dôvodov. Súčasná vláda do systému „nalievala“ privatizačné peniaze, ktoré doslova zmizli. Dokonca bez toho, že by to prospelo pacientovi, pre ktorého je zdravotníctvo určené. Dosiahli sme iba to, že sme nemorálne podporili zle a nezodpovedne hospodáriace subjekty, čo nakoniec demotivovalo aj tých, ktorí to myslia

so zdravotníctvom vážne a snažili sa ako-tak hospodáriť.

Nevidíme reálny predpoklad na získanie rýchlych zdrojov do starého systému, pretože sa bude veľmi ťažko hľadať taký veriteľ, ktorý by financoval dnešný chaos. Súčasnne pre liberálnu stranu, akou ANO nepochybne je, je majetok nedotknuteľný a doslova posvätný. Pohľadávka je majetok a musí byť zaplatená. Chceme tak rýchlo, ako to pôjde, presadiť nový systém. Zákony sú na to pripravené. Ponúkame viacero možností, ako sú napríklad kapitalizácia, factoring, štátom garantované splátky. Ukazuje sa aj možnosť významných zahraničných pôžičiek, ale to všetko za predpokladu, že systém prestane generovať dlh.

**Add. 2:** V odpovedi na túto otázku sa skrýva podstata celej našej reformy.

Vzhľadom na rozsah otázky by sme na korektné zodpovedanie potrebovali možno štyri celé čísla ZdN. Odporúčame vašim čitateľom, aby si na adrese [www.ano-aliancia <http://www.ano-aliancia>. sk](http://www.ano-aliancia.sk) alebo [www.reformazdravotnictva.sk](http://www.reformazdravotnictva.sk) našli publikáciu Pažitný - Zajac: Stratégia reformy zdravotníctva, reálnej reformy pre občana, v ktorej sme nielen popísali problémy, ktoré trápia naše zdravotníctvo, ale komplexne sme analyzovali aj príčiny ich vzniku. V strategickvej časti sme súčasne vypracovali paletu riešení a konkrétnych nástrojov (vrátane financovania, platobných mechanizmov, organizácie a regulácie) na odstránenie základných problémov.

Znovu opakujeme, že cieľom je zastaviť zvyšovanie dlhu a vyrovnať hospodárenie. V oblasti financovania preto navrhujeme zaviesť povinné solidárne poistenie a nepovinné dobrovoľné poistenie. Rozhranie medzi nimi bude určené v Liečebnom poriadku. Zmeníme poisťný systém tak, že systém povinného a dobrovoľného poistenia rozdelí obsah doteraz poskytovaných služieb na základný solidárny balík a osobný doplnkový balík služieb.

Budeme presadzovať zmenu princípu financovania na tri okruhy: solidárne financovanie základného balíka; individuálne financovanie osobného balíka; financovanie nákladov na prevádzku ministerstva.

**Add. 3:** Týmto článkom sa, žiaľ, preniesol socializmus do trhového prostredia. Ideálne by ho bolo (ale aj 39 a 41) zrušiť, alebo ho aspoň doplniť o slovo rozsah. Ústava požaduje bezplatnú *zdravotnú starostlivosť*. Na pochopenie problematiky si položíme otázku: Je poskytovanie stravy v nemocniciach bezplatná zdravotná starostlivosť?

Podľa Lepešinskej a Vyšegradova iste je, no podľa nášho názoru určite nie je. Na druhej strane, kto si dnes môže dovoliť zaplatiť liečbu napríklad akútneho infarktu, leukémie, liečenie ťažkej dopravnej nehody, dialýzy alebo transplantácie? Musíme urobiť novú modernú definíciu zdravotnej starostlivosti. Až potom bude možné v jednej z príloh nového Liečebného poriadku určiť rozsah toho, čo bude v solidárnom balíku. Bezpodmienečne musíme otvoriť otázky okolo opatrovania a ošetrovania. Vznikne balík sociálnej medicíny a aj priestor na uvažovanú spoluúčasť pacienta. Priplácanie alebo doplácanie musí byť za niečo konkrétne a dobre definované. Nemôžeme predsa žiadať doplatok za kvalitnejší balón pri angioplastike alebo modernejší pacemaker. Myslíme si, že doplatky môžeme žiadať za zvýhodnenie, napríklad za urýchlenie termínu operácie, za iného ako zmluvného operátora, kvalitnejšiu stravu atď. Či si to pacienti budú platiť priamo, alebo si toto riziko zaistia cez doplnkové poistenie, je už skôr technická ako filozofická otázka.

Všeobecne platí neudržateľnosť „bezplatnosti“ zdravotníctva. Môžeme to dokumentovať na príklade zo Štedrého večera minulého roku, keď v tento deň jeden mobilný operátor „umožnil“ svojim klientom bezplatne využívať jeho služby. Výsledok asi poznáte. Nikto sa nikam nedovolal, neprešli žiadne SMS a systém napokon skolaboval (podobne ako naše zdravotníctvo). Jeden jediný bezplatný deň v súkromnom sektore sa postaral o to, že klienti nedostali svoje služby. Operátorov systém nedokázal uspokojiť nadmerný dopyt. Aké škody však vzniknúť v systéme zdravotníctva, ktorý na základe bezplatnosti funguje nielen od začiatku transformácie, ale od čias hlbokého socializmu?

**Add. 4:** V ZdN č. 27/2002 sme publikovali našu predstavu o fungujúcom zdravotnom poistení. Zdravotné poisťovne musia byť základným prvkom zvýšenia efektivity systému, je to ich výsostná úloha. Vychádzame z predpokladu, že ide o normálne poisťovne so špecifickým produktom, ktorý je regulovaný. Podľa toho sme koncipovali aj nový zákon a jeho presadenie považujeme za lomový bod a kľúčovú operáciu reformy.

Najlepším príkladom na existujúcu a fungujúcu konkurenciu aj vo vysoko regulovanom prostredí môže byť sektor distribúcie pohonných hmôt - čerpacie stanice. Podobne ako čerpacie stanice aj zdravotné poisťovne budú mať homogénny a cenovo regulovaný produkt - namiesto benzínu však budú ponúkať solidárny balík. Ako vidíme z praxe, konkurencia medzi čerpacími stanicami sa neodvíja v cenovom boji so základným produktom (benzín je dostupný na všetkých stanicach), ale v doplnkových službách (možnosť nakúpiť), kvalite služieb (vysávač, kompresor), súťažiacich vernosti (body, batohy apod.). Podobne aj zdravotné poisťovne budú každému občanovi poskytovať rovnaký solidárny balík a

najkonkurencieschopnejšia bude tá, ktorá bude schopná pre svojich poistencov u svojich poskytovateľov efektívne nakupovať zdravotnícke služby.

Klasickou motiváciou zdravotných poisťovní musí byť tvorba zisku, samozrejme, inou otázkou je jeho užitie. Potom je úlohou poisťovní vytvoriť také mechanizmy pri nákupe služieb pre svojich poistencov, aby boli čo najefektívnejšie. Aké platobné formy použijú, aké technické opatrenia si na to zvolia, je v podstate ich vec. Aby nešetrili na úkor pacienta, musí niekto kontrolovať nielen ich likviditu, ale aj to, či neodmietajú financovať v zmysle Liečebného poriadku postup a liečbu, ktoré sú lege artis. Tam zohrá okrem Úradu pre finančný trh veľký význam aj Úrad pre dohľad.

V Európe je zavedený systém sociálnej ochrany občana, do ktorej patrí aj zdravotné poistenie. Musíme zo sociálnej sféry vyčleniť dôchodky a otázky zamestnanosti. Myslíme si, že dôchodky patria pod ministerstvo financií, ktoré zodpovedá za kapitálový a finančný trh, a Národný úrad práce by mal byť pod ministerstvom hospodárstva. Sociálna sieť, poistenie v práceneschopnosti, opatrovanie, ošetrovanie atď. by mali byť spojené spolu so zdravotníctvom do jedného celku.

**Add. 5:** Problémy liekovej politiky a návrhy na jej riešenie sme publikovali v ZdN č. 32/ 2002. Myslíme si, že sa dá prinajmenšom zastaviť zvyšovanie nákladov na lieky, v optimálnom prípade dokonca aj znížiť. Nezabúdajme, že dôležitou súčasťou liekovej politiky je aj politika, ktorú budeme zastávať v oblasti verejných lekární.

Okrem iného sa bude musieť vyriešiť problém „reťazovitých lekární“, ktorých je dnes asi tristo. Na otázky lekárníkov sme im však povedali, že musíme spoločne hľadať odpoveď na niektoré otázky. Ako sa dokážu zjednotiť, keď existujú tri organizácie, ktoré často „bratovražedne“ pôsobia proti sebe? Ako rýchlo sú ochotní pristúpiť na povinnosť vecných inventúr tovaru v lekárni, nielen finančných? Ako chcú napríklad brániť takým javom, ako je „zásuvková lekárňa“? Ako chcú bojovať s reťazcami, keď skoro všetci sú ich dlžníkmi, ale súčasne pomerne veľa osôb z radov lekárníkov sú veriteľmi napríklad BMG a Horizontu?

Po vyriešení týchto otázok a dlhu voči lekárňam sme pripravení veľmi opatrne a regulovane liberalizovať trh a postupne zaviesť generickú substitúciu. Chceme, aby lekárnici-farmaceuti čím skôr prispeli k skvalitneniu liečby, stali sa reálnymi poskytovateľmi zdravotníckych služieb a vrátili povolaniu to, čo potrebuje celé zdravotníctvo - stavovskú česť.