

Kľúčovým nástrojom reformy je zmena organizácie zdravotníctva

Hovoríme s hlavným poradcom ministra zdravotníctva SR pre reformu Ing. Petrom Pažitným, MSc.

Je absolventom Ekonomickej univerzity v Bratislave (1999). V združení M.E.S.A. 10 (Centrum pre ekonomické a sociálne analýzy) pracuje už sedem rokov. Popri analýzach makroekonomického vývoja, transformácie ekonomiky a fiškálnej politiky sa predovšetkým venuje systémovým zmenám a procesom reformiem v zdravotníctve. V minulom roku ukončil postgraduálne MSc. štúdium so zameraním na Health Services Management na Semmelweis University v Budapešti. Spolu so súčasným ministrom zdravotníctva Rudolfom Zajacom je autorom publikácie Stratégia reformy zdravotníctva - reálnej reformy pre občana. Od októbra 2002 pôsobí ako jeho hlavný poradca a zaoberá sa najmä makroekonomikou, zdravotnou politikou, filozofiou poisťných systémov a problematikou reformných zákonov.



• *Ste absolventom Ekonomickej univerzity, od roku 1997 pracujete v združení M.E.S.A. 10 ako analytik. Aké hry osudu vás dovedli k doterajšej pracovne zrejme najdôležitejšej križovatke, že sa venujete systémovým zmenám a procesom reformy v zdravotníctve?*

Ing. P. Pažitný, MSc.: Prvým impulzom bola moja mama, lekárka. V roku 1996 odišla z nemocnice a otvorila si vlastnú neštátnu ambulanciu. Pozorne som sledoval jej problémy a úspechy a veľmi som jej držal palce. Neskôr sa priznala, že to bolo jej najlepšie, i keď určite nie jej najľahšie rozhodnutie. Okrem práce lekárky totiž musela zvládnuť prácu s počítačom, základy účtovníctva a naučiť sa princípy podnikania. Som na ňu veľmi hrdý, veľa lekárov jej generácie to dodnes nezvládlo.

Druhým, zlomovým bodom bolo stretnutie s „dottorem“ Rudolfom Zajacom v júni 2000, keď sme vytvorili autorskú dvojicu kapitoly Zdravotníctvo, pre prestížnu publikáciu Súhrnná správa o stave spoločnosti - Slovensko 2000. O rok neskôr sme spoločne predstavili Stratégiu reformy zdravotníctva - reálnej reformy pre občana, ktorá je filozofickým základom súčasnej reformy zdravotníctva. Mimoriadne si cením predovšetkým to, že sme túto filozofiu dokázali pretaviť do šiestich funkčných zákonov, ktoré sú v súčasnosti v parlamente, pričom sme sa od pôvodnej idey vôbec neodklonili a občanom vždy poctivo hovorili, aké kroky je nutné vykonať a aké sú reálne možnosti našej ekonomiky. Naša skvelá spolupráca trvá až dodnes.

• *Nemálo odborníkov zo zdravotníctva adresuje reformnému tímu í vám osobne výhradu, že ide o mladých ľudí s chýbajúcimi praktickými skúsenosťami a medicínskym citom, ktorý sa dá získať len životnými skúsenosťami. Verejne vyjadrujú obavy, že z hľadiska lítery zákona môže byť transformačná legislatíva, povedzme, dobrá, ale že v nej bude absentovať medicínsky duch... Vaši blízki spolupracovníci zasa o vás prezradili, že ste veľmi citlivý muž, ktorý do pripravovaných zákonov vari najviac presadzoval ľudský aspekt...*

Ing. P. Pažitný, MSc.: Nikdy som neposudzoval ľudí podľa veku, ale podľa vedomostí, znalostí, skúseností a výkonu. Musím priznať, že okrem mladých ľudí v reformnom tíme, na ministerstve pracuje niekoľko kolegov strednej generácie, s ktorými sa na reforme veľmi dobre pracovalo - predovšetkým ide o doktorky práv z legislatívy, či doktorky medicíny zo sekcie zdravotnej starostlivosti. Zásadne nesúhlasím s tým, aby sa reforma posudzovala podľa veku jej tvorcov. Politici, ktorí takýmto spôsobom argumentujú, sa mi zdajú trápni.

Myslím si, že medicínsky cit v reforme nechýba. V tíme bolo niekoľko skúsených, praktizujúcich lekárov - doktor Zajac, doktorka Novotná, doktorka Vivodová. Okrem nich na príprave zákona o rozsahu pod vedením doktorky Novotnej pracovalo 28 špičkových odborníkov-špecialistov.

• *Nasleduje trio externých otázok z prostredia zdravotných poisťovní. Všeobecná zdravotná poisťovňa a Združenie zdravotných poisťovní SR sú členmi AIM (Medzinárodnej asociácie vzájomných spoločností), ktorá združuje nielen zdravotné poisťovne z Európy, ale aj z iných kontinentov. Všetky sú, v protiklade voči komerčným poisťovateľom, neziskovými organizáciami.*

AIM spolupracuje s Európskou komisiou na príprave štatútu Európskej vzájomnej spoločnosti, v rámci čoho sa v súčasnosti uskutočňujú konzultácie k dokumentu Európskej únie Vzájomné spoločnosti v rozšírenej Európe. Poznáte tento dokument? Ak áno, ako môžete tvrdiť, že forma verejnoprávných inštitúcií v zdravotnom poistení je prekonaná a stavať povinné zdravotné poistenie na Slovensku na úplne opačných, komerčných princípoch, oproti tým, ktoré platia v celej Európskej únii? Myslíte si, že európske neziskové vzájomné spoločnosti prijímú medzi seba naše akciové spoločnosti?

Ing. P. Pažitný, MSc.: Cieľom reformy zdravotníctva nie je to, aby naše zdravotné poisťovne boli členmi nejakej medzinárodnej asociácie. To je pre kritikov reformy príznačné. Veľmi často si zamieňajú ciele a nástroje. Prioritným cieľom slovenskej reformy zdravotníctva je vytvoriť také prostredie a motivačné mechanizmy v systéme, ktoré budú zlepšovať zdravotný stav populácie (orientáciou na prevenciu, lepším dodržiavaním liečebného režimu). Druhým cieľom je zvyšovanie akcieschopnosti zdravotného systému zodpovedajúcemu potrebám obyvateľov. Tretím cieľom je zabezpečenie finančnej ochrany jednotlivcov pred tzv. katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť (princíp solidárnosti a univerzality poistenia). Na dosiahnutie týchto cieľov a ich trvalú udržateľnosť je nutné zastaviť zadlžovanie systému a zvýšiť efektívnosť systému, pri zvýšení angažovanosti a zodpovednosti každého subjektu (pacient, poskytovateľ, poisťovňa) v systéme zdravotníctva.

Tieto ciele sa nedajú dosiahnuť, kým zdravotné poisťovne budú verejnoprávne organizácie. Jedným z kľúčových nástrojov reformy je zmena organizácie zdravotníctva. Zdravotné poisťovne sa musia dostať pod tvrdé rozpočtové obmedzenia, viesť štandardné účtovníctvo, podriať sa externému auditu, pravidelne vykazovať mieru solventnosti a musia byť pod dohľadom, ktorý bude regulovať ich fungovanie. To sa dá dosiahnuť jedine tak, že sa vykoná ich zmena právnej formy na akciové spoločnosti, ktorých pravidlá sú na rozdiel od verejnoprávných organizácií v súčasnej legislatíve veľmi dobre upravené.

Pre ministerstvo zdravotníctva je dôležité, aby zdravotné poisťovne fungovali v takej právnej forme a ekonomickom prostredí, ktoré zvýšia ich finančnú zodpovednosť, ako aj zodpovednosť v manažovaní pacienta. Zároveň im zákon určí také právomoci, aby mohli byť efektívnymi nákupcami zdravotnej starostlivosti. Zmena právnej formy zdravotnej poisťovne neznamená ich privatizáciu. Už tri z existujúcich piatich zdravotných poisťovní sú v súkromných rukách. Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa sú štátne a aj nimi zostanú - zmení sa len ich právna forma. Zavedú sa v nich štandardné vzťahy, priama zodpovednosť, štandardné účtovníctvo, externý audit a možnosti kontrolovať ich solventnosť.

• Podľa vás je vymedzenie problému súčasného postavenia zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení v zásade v tom, že neznášajú žiadne finančné riziká. Tento problém má vyriešiť, ako jediná alternatíva, ich zmena na akciové spoločnosti zamerané na tvorbu zisku, ktoré budú musieť platiť menej za zdravotnú starostlivosť, aby mohli vytvárať fondy na vyplácanie dividend akcionárom. Prečo by, podľa vášho názoru, nebolo omnoho jednoduchšie, efektívnejšie a zmyslupľnejšie vymáhať tvrdé rozpočtové obmedzenia doplnením zákonných ustanovení, napr. o nedodržanie vyrovnaného rozpočtu ako dôvodu na odvolanie vrcholových samosprávnych a výkonných orgánov poisťovne či zdravotníckeho zariadenia, o väzbu ich odmeňovania na plnenie rozpočtu a pod.? Ste presvedčený, že akciové spoločnosti v snahe o minimalizáciu finančných rizík budú v podmienkach jednotného trhu EÚ ochotné a schopné hradiť zdravotnú starostlivosť za našich občanov v zahraničí, ako aj kontrahovať vysokošpecializované a akademické centrá v tuzemsku, ktoré síce môžu poskytovať vysokú kvalitu, no rovnako priťahovať vysokorizikových poistencov a za vysoké ceny?

Ing. P. Pažitný, MSc.: Riziká, ktoré ste popísali, sú minimálne. Hradenie zdravotnej starostlivosti v zahraničí už aj dnes prebieha na komerčnej báze - ide o komerčné poistenie liečebných nákladov v zahraničí. O kontrahovanie vysokošpecializovaných a akademických centier nemám obavu - ak budú schopné poskytnúť kvalitnú zdravotnú starostlivosť za prijateľné ceny, tak je to dokonca výhodnejšie, ako budovať niektoré centrá na Slovensku. Náklady na nakúpenie určitého množstva zdravotných výkonov v zahraničí môže byť výraznejšie lacnejšie ako výstavba a udržiavanie takéhoto centra na Slovensku. Na zmiernenie dosahov vysokorizikových pacientov je predsa v systéme zavedené prerozdelenie, ktoré garantuje to, že každá zdravotná poisťovňa bude mať na každého pacienta s určitým koeficientom rizika rovnaký objem zdrojov.

Aké sú rezervy v systéme? V blízkej budúcnosti predovšetkým očakávame zvýšenie efektívnosti systému, veď nateraz slovenské zdravotníctvo dosahuje efektívnosť len na 61,2 %, teda z koruny vlozenej do neho sa stráca 39 halierov. Ako môžeme zvýšiť jeho efektívnosť?

Alokatívnu efektívnosť zdravotných poisťovní predovšetkým zodpovedným manažmentom pacientov na všetkých úrovniach, vybudovaním call-centier, kam môžu klienti zatelefonovať a zverejňovaním účtov poisťencov na internete, aby mohli kontrolovať svojich lekárov. Samozrejme, pôjde o manažment pacientov v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, lebo až 82 % zdravotnej starostlivosti čerpá len 17 % pacientov. Správnou motiváciou poskytovateľov je možné výrazne znížiť náklady na lieky; nateraz systém dáva až 38 % na lieky (ako príklad zbytočného míňania uvediem 43 ton vyhodených, ale zaplatených liekov ročne), ale optimum vidíme niekde na úrovni 31 %, pričom nebude ohrozená kvalita zdravotnej starostlivosti. Takto ušetrené prostriedky sa môžu alokovať do iných oblastí - napríklad do nemocníc. Zároveň predpokladáme, že zdravotné poisťovne začnú selektovať poskytovateľov podľa kvality.

Zákon o zdravotných poisťovniach obsahuje paragraf, ktorý hovorí o troch kritériách nákupu zdravotnej starostlivosti: 1. o štruktúre - ako sú vzdelanie a technická vybavenosť; 2. o procesoch a systéme kvality; 3. o štandardizovaných výkonových parametroch v tvare zlomku, ktoré merajú úspešnosť liečby pacientov za určité časové obdobie. Tieto kritériá budú musieť zdravotné poisťovne transparentne zverejňovať, aby sa pacient u zmluvných poskytovateľov cítil bezpečne, pričom v kombinácii s tvrdými rozpočtovými opatreniami zabezpečia zvýšenie technickej efektívnosti. Súčasne v návrhu zákona o poskytovateľoch je explicitne vymenovaná povinnosť postupne vytvárať vlastný systém kvality.

Vzhľadom na to si myslíme, že existuje veľký priestor na zvýšenie tak alokatívnej (u poisťovní), ako aj technickej efektívnosti (u poskytovateľov) slovenského zdravotníctva.

• Podľa vás (ale aj podľa autorov otázky) je štát zlým správcom, čo je dôvodom na „zrušenie rozhodovacieho a strategického monopolu ministerstva zdravotníctva“ a na rozsiahlu deetatizáciu zdravotníckych zariadení. Nie je v rozpore s touto líniou zoštatnenie dvoch najväčších zdravotných poisťovní? Nedávate tzv. nezávislý Úrad pre dohľad, ktorý nepodlieha žiadnej externej kontrole, ani kontrole tými, ktorí úrad majú financovať a ktorého vrcholné samosprávne a výkonné orgány vymenúva vláda na návrh ministerstva zdravotníctva a ktoré sú v podstate neodvolateľné, do polohy ešte horšieho a nezodpovednejšieho správcu ako štát?

Ing. P. Pažitný, MSc.: Výborná otázka, ale dosť nepresne interpretuje zámer predkladateľa. Štát nemá byť producentom zdravotnej starostlivosti, ale má mať významné regulačné kompetencie. Všade, kde je to len možné, treba pustiť trhový mechanizmus. V zdravotníctve trh pre mnoho dôvodov nefunguje optimálne, a preto je nutné ho regulovať.

Regulácia bude prebiehať v troch rovinách. Po prvé, úrad bude dohliadať na fungovanie verejného zdravotného poistenia, aby bol zaručený slobodný výber zdravotnej poisťovne (pravidlá prerozdelenia, solventnosť a pod.). Po druhé, priamo ministerstvo reguluje minimálnu sieť (len základné parametre, neurčuje poskytovateľov), ktoré budú musieť zdravotné poisťovne rešpektovať pri nákupe zdravotnej starostlivosti. Po tretie, štát bude regulovať maximálne ceny zdravotných výkonov, aby nedochádzalo k rastu nákladov zdravotnej starostlivosti (makroekonomické hľadisko) a aby poisťovne nemohli uprednostňovať sriaznených poskytovateľov (mikroekonomické hľadisko).

Smerom k uplatňovaniu trhových mechanizmov s princípom regulácie sa uberajú aj zdravotné systémy v niektorých štátoch Európy (pozri rámček).

Opakujem, v súvislosti so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou a Spoločnou zdravotnou poisťovňou nejde o ich sprivatizovanie, ale o zmenu právnej formy - akcionárom vo VŠZP je štát a akcionárom v SZP budú rezortné ministerstvá. Ani v súvislosti so zdravotníckymi zariadeniami lôžkového typu nepôjde o zmenu vlastníka. Zostane ním štát, ale zákon umožní, aby štát niektoré podiely mohol previesť na vyššie územné celky, mestá, či lekárske fakulty.

Reforma zdravotníctva v Holandsku

1. Privatizácia zdravotného poistenia od roku 2006

2. Celá populácia bude pokrytá univerzálnym privátnym poistením, ktoré budú vykonávať privátne akciové zdravotné poisťovne, a budú ním dosahovať zisk

3. Sociálny charakter sa dosiahne reguláciou a verejnými obmedzeniami

4. Rozhodnutie vlád je kľúčovým krokom v princípiálnej debате o zdravotnom poistení s cieľom

podporiť konkurenciu a redukovať vládne zásahy

Zdroj: Programové vyhlásenie holandskej vlády zo 16.5.2003

• **Nasledujúce otázky nám poslali zo Združenia na ochranu práv zdravotných poistencov SR.**

Citujeme: Názor ministra R. Zajaca na zdravotné poisťovne ako „verejnoprávne nezmysly“ je verejne známy. Ako hodnotíte svoje doterajšie pôsobenie v takom verejnoprávnom nezmysle, akým je Dozorná rada VŠZP?

Ing. P. Pažitný, MSc.: Názor pána ministra môžem len potvrdiť. Súčasná dozorná rada má obmedzené kompetencie a väčšinu materiálov a správ len berie na vedomie. Skúsenosť, že som členom dozornej rady, ma utvrdzuje v presvedčení, že verejnoprávnosť nie je pre inštitúciu, ktorá má ročný rozpočet 44 miliárd korún, vhodná. Niekoľko príkladov. Poisťovňa účtuje súčasne fondovo a čiastočne aj podvojnú, zároveň na aktuálnej báze a aj na hotovostnej báze, pričom táto kombinácia značne zneprehľadňuje finančné toky a veľmi ťažko umožňuje dlhodobšie plánovanie a prognózovanie. Poisťovňa funguje v systéme mäkkých rozpočtových obmedzení s očakávaním, že štát ju bude donekonečna oddlžovať. Takéto očakávania potom znižujú alokatívnu efektívnosť poisťovne.

• **Ako s predstavami pravicového ekonóma koreluje skutočnosť, že po nadobudnutí účinnosti zákona by sa viac ako 80 % poistencov, financií v zdravotníctve a majetku ich správcov (VŠZP a 5ZP) malo vyvlastniť a zoštatniť. Podľa návrhu tohto zákona by sa tieto zdravotné poisťovne mali stať štátnymi podnikmi - akciovými spoločnosťami v 100% vlastníctve štátu...**

Ing. P. Pažitný, MSc.: Ako pravicový ekonóm som za trhové riešenia ekonomických situácií pri rešpektovaní nedotknuteľnosti súkromného vlastníctva, ktoré predstavujú najväčšiu mieru decentralizácie rozhodnutia a slobody jednotlivca. Zároveň si plne uvedomujem niektoré nedokonalosti zdravotníckeho trhu, ktoré má vedú k nachádzaniu riešení, ktoré sú pre systém najvhodnejšie pri plnení netrhopých funkcií zdravotného systému, akými sú solidárnosť a dostupnosť.

V súčasnosti je pre Slovensko dôležitejšia otázka rovnosti šancí a rovnakých podmienok pre všetkých, ako otázka samotného vlastníctva. Zároveň som presvedčený, že tie zdravotné poisťovne, ktoré už aj dnes majú súkromných vlastníkov, hospodária efektívnejšie a dokonca s prebytkami (po novom so ziskom), pričom svojim poistencom poskytujú kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť.

Štát však nebude novým vlastníkom poisťovne, on už je ním aj teraz, mení sa len právna forma zdravotnej poisťovne. Nemám problém s tým, ak vlastníkom najväčšej poisťovne je štát, ak sa na ňu budú vzťahovať všetky pravidlá rovnako ako na tie neštátne. Všetky zdravotné poisťovne budú pod tvrdým rozpočtovým obmedzením. Manažment, ktorý bude mať zmluvu so štátom, bude konfrontovaný s jednoznačnými parametrami, najmä pokiaľ pôjde o efektívnosť, financovanie, kvalitu a dostupnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Vychádzam aj z toho, že keď už v súčasnosti tri súkromné zdravotné poisťovne dokážu pri podobnom kmeni poistencov, aký má VŠZP, dosiahnuť vyrovnané hospodárenie, tak aj budúci manažment VŠZP bude schopný dosiahnuť takýto cieľ. Častým argumentom býva, že Všeobecná poisťovňa má horší kmeň poistencov. Realizovali sme štúdiu, v ktorej sme porovnali poistné kmene všetkých piatich poisťovní so štandardizovaným kmeňom. Zistili sme, že odchýlky poistných kmeňov v jednotlivých poisťovniach boli len minimálne. Ak dáme zdravotným poisťovniam kompetencie na efektívny nákup zdravotnej starostlivosti, manažovanie pacienta, verím, že dokážu hospodáriť s vyrovnaným rozpočtom. Súčasne si treba uvedomiť, že na Slovensku je nadbytok lôžkových zariadení, ale aj lekárov, takže priestor na zvýšenie efektívnosti - pri zachovaní kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti, tu existuje.

• **Ďalšie otázky položil súkromný lekár MUDr. Jozef Jakuš: Akým spôsobom bude chránený poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pred svojvôľou zdravotnej poisťovne, a. s., pri rozhodovaní o platbe za poskytnuté výkony? Každá a. s. má predsa záujem na zisku. Súčasný nedostatok zdrojov sa prekrýva s dlhmi, ktoré občas niekto uhradí - napríklad z privatizácie. Zdroje do zdravotníctva nenarastá, poisťovne, a. s., nebudú chcieť mať dlhy. Kto teda bude ťahať za kratší koniec? Poskytovateľ a pacient! Poisťovne ešte nie sú akciové spoločnosti, ale disponujú majetkom, na ktorý sa len s nemým úžasom pozerajú zdravotníci zo schátraných nemocníc. Zamestnanci poisťovní požívajú mzdové a iné „sociálne“ výhody, o ktorých sa môže výkonným zdravotníkom len snívať. Z čoho? Ako vyprodukovali poisťovne peniaze na nové budovy a vysoké mzdy?**

Ing. P. Pažitný, MSc.: Zvýšenie efektívnosti z úrovne 0,61 povedzme na 0,8 sa z finančného efektu rovná pridaniu zdrojov na úrovni asi 10 mld. Sk. Tieto zdroje v systéme sú, ale strácajú sa pod váhou vysokej neefektívnosti. Je to podobné, ako keď prenášate vodu v deravom vedre. Po zapchatí dier, čiže zvýšení efektívnosti, sa vám voda z vedra nevyleje, ale môžete ňou poliať väčší kus záhrady. Naďalej tvrdím, a tieto tvrdenia máme podložené viacerými nezávislými štúdiami, že v systéme je prezamestnanosť, prebytok poskytovateľov, vysoké fixné náklady a málo optimálny manažment pacienta. Navyše v budúročnom rozpočte je suma o 7 mld. Sk vyššia ako v tomto roku - toto zvýšenie je zrkadlom toho, že ministerstvo zdravotníctva dokázalo ministerstvu financií, že systém dokáže postupne finančne stabilizovať (rast dlhu sa v roku 2003 spomalil na polovicu), čo MF SR ocenilo zvýšením zdrojov pre systém (aj keď ešte stále bojujeme o zvýšenie o sumu asi 1,5 mld. Sk). Súčasný právny status nemocníc umožňuje ich manažerom len veľmi malý manévrovací priestor, lebo pri riadení príspevkovej organizácie nedisponujú základnými manažérskymi nástrojmi (manažment ľudských zdrojov, finančný manažment, manažment aktív a pasív). Len čo by sme zmenili ich právnu formu na akciové spoločnosti, dostali by oveľa voľnejšiu ruku, vyššiu mieru zodpovednosti, ale aj vyššiu mieru motivácie. Skutočne, výsledkom reformy bude aj prehodnotenie súčasnej siete nemocníc a jej opodstatnenie, ale toto trhové čistenie pri rešpektovaní podmienok minimálnej siete musia vykonať zdravotné poisťovne, lebo majú najviac informácií o výkonnosti, efektívnosti a kvalite poskytovateľov. Aby sme čo najviac objektivizovali nakupovanie zdravotnej starostlivosti a výber poskytovateľov, zákony veľmi presne upravujú postup pri nákupe zdravotnej starostlivosti. O uzatváraní zmlúv pri vytváraní siete poskytovateľov a napínaní minimálnej siete budú rozhodovať zdravotné poisťovne (pozri rámček), pričom očakávame, že kto je kvalitný a efektívny, nemusí sa o svoju budúcnosť báť.

• **Reformné legislatívne návrhy obsahujú aj zákon o dohľade nad zdravotnými poisťovňami. Ten by mal obavy, vyslovené v predchádzajúcich riadkoch, vylúčiť. Tento zákon sa môže stať len náplastou na zalepenie očí verejnosti. Tých 300 miliónov, ktoré má údajne úrad štát, sa bude hradíť z rozpočtu poisťovní. Z 55 -miliardového balíka, ktorým poisťovne disponujú, je 300 -miliónová suma len malé „všimne“ pre úrad, ktorý svoju nezávislosť bude mať síce zapísanú v zákone, ale realita môže byť úplne iná...**

Ing. P. Pažitný, MSc.: Úlohou úradu je formou dvoch druhov dohľadu chrániť záujmy pacienta a poistenca v jednej osobe a vymáhať pravidlá hry od poisťovní a poskytovateľov. Doteraz takáto inštitúcia neexistovala a ochrana práv pacientov bola veľmi zložitá. Taktiež poistenci prichádzali o veľké množstvo peňazí pri nekontrolovanom zániku a krachu zdravotných poisťovní. Za všetky len prípad zdravotnej poisťovne Perspektíva, ktorá za sebou zanechala dlh vo výške 2 mld. Sk.

Po prvé, dohľad nad zdravotnými poisťovňami a verejným zdravotným poistením má zabezpečiť, že zdravotné poisťovne spravujú a používajú peniaze poistencov podľa predpísaných zákonných noriem. Úlohou dohľadu je kontrolovať solventnosť zdravotných poisťovní a dohliadať na to, či zdravotné poisťovne nakúpili tú zdravotnú starostlivosť, ktorú pre pacienta mali nakúpiť. Pri porušení pravidiel solventnosti, alebo iných zákonných noriem môže úrad poisťovní udeliť sankcie, od tých najnižších ako pokuta, po tvrdšie, ako sú ozdravný plán alebo nútená správa, až po zákaz uzatvárania zmlúv a zákaz prijímania prihlášok. Poistenci pritom nemusia mať strach, lebo len čo by ich poisťovňa mala finančné problémy, úrad nariadi ich prevod do inej zdravotnej poisťovne, pričom nestrácajú nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti ani iné zákonom garantované práva. Pripomínam, že z pôvodných 14 poisťovní dnes funguje 5, pričom ich zánik a likvidácia bola niekedy veľmi zložitá a netransparentná.

Po druhé, Úrad bude vykonávať dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Úlohou úradu je posúdiť, či poskytovateľ poskytol pacientovi zdravotnú starostlivosť „lege artis“, čiže správne. Zároveň zákon o zdravotnej starostlivosti definuje, že zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa bezodkladne vykonajú všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správnej diagnózy a zabezpečí sa správny preventívny postup alebo správny liečebný postup.

Na záver by som sa chcel čitateľom Zdravotníckych novín poďakovať za veľmi fundované otázky, z ktorých niektoré mali dokonca formu úvahy. Dúfam, že som ich na tomto vymedzenom priestore stačil dostatočne zodpovedať.

§ 7 Uzavretie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

- (1) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete.**

(2)	Zdravotná poisťovňa je povinná
a)	stanoviť a uverejňovať na úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste najmenej jedenkrát za šesť mesiacov kritériá na uzatváranie zmlúv podľa odseku 1 vzťahujúce sa na
	1. personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,
	2. výkonové parametre v tvare zlomku, štandardizované na počet osôb, v členení na jednotlivé zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti za určené časové obdobie, vyjadrujúce úspešnosť prevencie a liečby,
	3. osvedčenie o systéme kvality,
b)	vytvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ich úspešnosti pri plnení kritérií podľa písmena a),
c)	pri uzatváraní zmlúv podľa odseku 1 zohľadniť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa písmena b).
(3)	Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať
a)	kritériá podľa odseku 2 písm. a),
b)	výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá nesmie byť vyššia ako maximálna cena ustanovená cenovým predpisom,
c)	splatnosť úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ak sa dohodla inak, ako je ustanovené v § 8 ods. 2.
<i>Zdroj: Vládny návrh zákona o zdravotných poisťovniach a o Úrade pre dohľad</i>	