

Aké sú predpoklady vzniku individuálneho zdravotného poistenia?



Ministerstvo zdravotníctva SR zorganizovalo v posledný júnový deň v Bratislave seminár, zameraný na problematiku zdravotného poistenia a rozsahu zdravotnej starostlivosti v podmienkach pripravovanej novej legislatívy.

Odznali na ňom štyri prezentácie:

1. **Zdravotné poistenie v kontexte reforiem 2004**/Ing. Peter Pažitný, MSc., hlavný poradca ministra zdravotníctva SR;

2. **Definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia ako základný predpoklad vzniku individuálneho poistenia**/Rudolf Zajac, minister zdravotníctva SR;

3. **Nevyhnutné podmienky pre vznik individuálneho zdravotného poistenia - inštitucionálny a produktový rozmer**/Ing. Tibor Bôrik, generálny riaditeľ Union poisťovne, a. s.;

4. **Problémy v nemeckom zdravotnom systéme - súkromné zdravotné poistenie ako alternatíva riešenia**/Štefan Markschies, riaditeľ odboru životných sietí, Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

Z prezentácie hlavného poradcu ministra zdravotníctva SR Ing. Petra Pažitného, MSc.

Hlavný poradca ministra zdravotníctva SR Ing. Peter Pažitný, MSc., sa prezentoval na seminári témou nazvanou Zdravotné poistenie v kontexte reforiem 2004, ktorú v úvode zakomponoval do širších celospoločenských súvislostí.

Konštatoval, že v súčasnosti je životná úroveň obyvateľov Slovenskej republiky na úrovni 51 percent priemeru Európskej únie. Z hľadiska ekonomiky je Slovensko stredne silnou krajinou. „Na druhej strane Bratislava dosahuje až 104 percent priemeru životnej úrovne EÚ, na rozdiel od niektorých častí východného Slovenska, kde sa pohybuje na úrovni 30 až 35 percent. Uvádzam to preto, aby sme si uvedomili, prečo je v návrhu reformy rezortu taký dôraz na finančnú ochranu niektorých spoločenských vrstiev i na zachovanie systému prerozdelenia, na základe ktorého zdravotníctvo funguje.“

Ing. Pažitný vyjadril názor, že hospodárska politika súčasnej vlády SR sa uberá správnym smerom; hrubý domáci produkt dosahuje trvalý rast, miera nezamestnanosti klesá, inflácia sa dostáva na štandardnú úroveň, čo všetko sú parametre, ktoré svedčia o tom, že hospodárska politika vládneho kabinetu smeruje k výraznej stabilite.

V týchto podmienkach sa realizujú viaceré, z celospoločenského hľadiska mimoriadne významné reformy: **daňová reforma** (2003), cieľom ktorej bolo dosiahnuť rovnú daň z príjmov (19 percent) pre fyzické i právnické osoby, **dôchodková reforma** (2003) postavená na modernom Zákonníku práce, **reforma verejnej správy** (2004) zameraná na fiškálnu decentralizáciu a **reforma zdravotníctva**, rozdelená na dve etapy - stabilizačnú (2003) a etapu reformných krokov (2004). „Hoci je veľmi ťažké presadiť ju, verím, že parlament ju nakoniec schváli,“ vyjadril svoj názor prednášateľ.



Aké sú ciele reformy rezortu? Dominantným je vytvoriť prostredie a motivácie pre poistencov-pacientov, aby si zlepšovali svoje zdravie. „**Chceme zaviesť do systému oveľa väčšiu zodpovednosť za svoj zdravotný stav, lebo vychádzame z princípu, že zdravie je individuálny statok. Zdravotníctvo ho dokáže ovplyvniť len na 25 percent...**“

Druhým cieľom je zaviesť rovnakú starostlivosť pre rovnakú potrebu, „**pričom chceme plne rešpektovať národný zoznam priorit o ktorom bude podrobnejšie hovoriť pán minister.**“

Tretím cieľom je garantovať občanom ochranu pred rizikom katastrofických nákladov, „**samozrejme za určitého zvyšovania finančnej spoluzodpovednosti s ohľadom na zraniteľné skupiny.**“

Štvrtým cieľom reformy je zvýšiť alokatívnu zodpovednosť zdravotných poisťovní „**nie vo výbere poistencov, ale v regulovanej súťaži zameranej na efektívny nákup kvalitných zdravotníckych služieb.**“

Tabuľka č. 1: Ochrana pred katastrofickými nákladmi

Povaha rizika	Typ ochrany	Typ rizika
„Nepoistiteľné riziká (kardio, onko, diabetes, chronici – poisťná udalosť už nastala	Verejné zdravotné poistenie	Zabezpečuje kolektívne riziko na solidárnej báze (veľa ľudí prispieva, málo čerpá)
Poistiteľné riziká – poisťná udalosť ešte nenastala	Individuálne zdravotné poistenie Platba v hotovosti Ochrana zraniteľných skupín	Individuálne riziko na základe zdravotného stavu

Na ďalšom diapozitíve Ing. Pažitný prezentoval ochranu občanov-poistencov pred katastrofickými nákladmi, ktorej garantom je práve verejné zdravotné poistenie (**tabuľka č. 1**), keďže v rámci komerčného individuálneho poistenia by riziká boli len veľmi ťažko poistiteľné. Konštatoval, že z hľadiska ekonomických ukazovateľov 20 percent pacientov spotrebúva 80 percent finančných zdrojov. Preto je nevyhnutné určiť hranicu, určujúcu, kde sa nachádzajú poistiteľné riziká, pri ktorých poistiteľná udalosť ešte nenastala a vzhľadom na jej náhodný charakter ju ani pacient nevie ovplyvniť. „**A práve na tieto riziká existujú tri typy ochrany:**

Tabuľka č. 2: Základné princípy verejného zdravotného poistenia

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Krytie	Univerzálne	Univerzálne
Poistné – ekonomicky aktívni	Základ je mzda	Základ je mzda
Poistné – ekonomicky neaktívni	Štat	Štat
Nárok	Rovnaký prístup k starostlivosti	Rovnaká starostlivosť na rovnakú potrebu
Vyberanie poistencov	Nie je umožnené	Nie je umožnené
Slobodný výber ZP	Áno	Áno
Zmena ZP	Kedykoľvek	Raz ročne

individuálne zdravotné poistenie, o ktorom budeme podrobnejšie hovoriť, platby v hotovosti (ak sa pacient domnieva, že nebude chorý a z ušetrených financií radšej zaplatí v hotovosti) a dôležité je zaviesť lepšiu ochranu zraniteľnej skupiny občanov, ktorú tvoria ľudia bez dostatočného finančného zabezpečenia - ale to už nie je problém zdravotníctva, skôr lepšieho nastavenia sociálneho systému.“

Tabuľka č. 3: Inštitucionálny dizajn

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Právna forma	Verejnoprávny fond	Akciová spoločnosť
Rozpočtové obmedzenia	Mäkké	Tvrde
Bankrot povolený	Veľmi komplikované	Áno
Solidárny balík	Nie je definovaný	Definovaný (Národný zoznam diagnóz)
Kritérium solventnosti	Neexistuje	Áno
Profit	Prebytok	Zisk
Individuálne poistenie	Neexistuje	Áno (krytie riziká mimo solidárneho balíka)

V ďalšej časti prezentácie sa jej autor venoval základným princípom verejného zdravotného poistenia - najmä rozdielom medzi súčasným systémom a tým, ktoré vyplývajú z návrhov reformných zákonov (**tabuľka č. 2, 3, 4, 5**). Zdôraznil, že platný súčasný systém je univerzálny, teda garantuje zdravotnú starostlivosť každému občanovi a túto zásadu rešpektujú aj návrhy reformných zákonov. Základom je rovnaká zdravotná starostlivosť pre rovnakú potrebu, súčasný dôraz na dostupnosť starostlivosti by mala nahradiť efektívnosť - pacienti by sa mala principiálne všade poskytnúť štandardná starostlivosť na úrovni lége artis. Možno preto očakávať prehĺbenie špecializácie jednotlivých nemocníc, ale aj vyššiu mobilitu pacientov v rámci SR s cieľom dostať viac efektívne a kvalitné zdravotnícke služby za menej peňazí. V zdravotnom poistení sa má zachovať solidárny systém, takže poisťovne si nebudú môcť vyberať, koho poistia a komu to neumožnia. Poistenec môže v súčasnom systéme zmeniť zdravotnú poisťovňu kedykoľvek; v budúcnosti by mal mať toto právo len raz za rok, čo by malo umožniť poisťovníam lepšie predvídať riziká.

Tabuľka č. 4: Výber poistného

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Ekonomicky aktívni (2,3 milióna)	Zamestnani, podnikatelia	Zamestnani, podnikatelia
Minimálny vymeriavací základ	3000 Sk	Minimálna mzda (6000 Sk)
Maximálny vymeriavací základ	32 000 Sk	3 x priemerná mzda (45 000 Sk)
Miera solidarity	10,7	7,5
Poisťná sadzba	14 %	14 %
Ekonomicky neaktívni (3,1 milióna)	Positívna definícia	Negatívna definícia
Vymeriavací základ pre EN	Ročne v štátnom rozpočte	4 % priemernej mzdy

Z hľadiska výberu poistného je významnou zmenou v minimálnom vymeriavacom základe prechod zo súčasného systému (3000 Sk) na minimálnu mzdu; mal by sa zmeniť aj maximálny vymeriavací základ – zo súčasných 32-tisíc Sk na trojnásobok priemernej mzdy. „Vymeriavací základ pre ekonomicky neaktívnych občanov je v súčasnosti predmetom štátneho rozpočtu a volá sa handlovanie medzi ministerstvom financií a ministerstvom zdravotníctva; v novom systéme by to už mali byť 4 percentá z priemernej mzdy, čo už v budúcom roku prinesie do rezortu navyše tri miliardy korún,“ uviedol Ing. Pažitný.

Z hľadiska inštitucionálneho dizajnu je najdôležitejšou zmenou právna forma existencie zdravotných poisťovní - od verejnoprávneho fondu (súčasný stav) k akciovým spoločnostiam (predpokladaný stav po reforme). „**Terajšie mäkké rozpočtové obmedzenia sme nahradili tvrdými, čo znamená, že poisťovňa sa s problémami bude musieť vyrovnávať sama a nespoliehať sa na pomoc štátu.** Solidárny balík - rozsah zdravotnej starostlivosti - zatiaľ ešte nie je definovaný, ale v budúcnosti ho bude určovať

národný zoznam prioritných diagnóz. Kritérium solventnosti v súčasnom systéme neexistuje, ale v budúcnosti bude musieť dosahovať minimálne 3 percentá.“

Tabuľka č. 5: Prerozdelenie

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Predpísané poistné	Nie	Áno
Základ prerozdelenia	100 % vybratého poistného	95 % predpísaného poistného
Miera prerozdelenia	85 % zo základu	90 % základu
Efektívna miera prerozdelenia	85 %	85,5 %
Nástroj redistribúcie	Index rizika (ošetrený o vek a pohlavie)	Index rizika (ošetrený o vek a pohlavie)

Aké sú možnosti vývoja verejného zdravotného poistenia na Slovensku v blízkej budúcnosti? Samozrejme, to bude záležať od schválenia právnej formy, narábania so ziskom, reguláciou a pod. Rečník uviedol štyri základné variácie: monopol (jedna poisťovňa), duopol (dve rovnako veľké poisťovne), satelitný systém (platný v súčasnosti - jedna veľká poisťovňa a viacej menších) a štvrtou možnosťou je vytvorenie prostredia pre voľnú súťaž.

Tabuľka č. 6: Nákup služieb zdravotnej starostlivosti

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Solidárny balík	Nie je definovaný	Definovaný
Manažment pacienta	Limitovaný	Základný nástroj
Nákup	Pasívny	Aktívny
Selekcia poskytovateľov	Nie je umožnená	Umožnená
Cenová regulácia	Minimálne a maximálne ceny	Len maximálne ceny
Platobný mechanizmus	Regulovaný – MZ	Deregulovaný na ZP
Dostupnosť	Sieť	Minimálna sieť

Epilóg svojej prednášky venoval hlavný poradca ministra zdravotníctva SR Ing. Peter Pažitný, MSc., analýze predpokladov vzniku individuálneho zdravotného poistenia na Slovensku. Prvým predpokladom je podľa neho jasná definícia solidárneho balíka financovaného z verejných zdrojov - krytie vysokého finančného alebo život ohrozujúceho rizika. Ďalej je nevyhnutné definovať tú diagnostiku, kde poistná udalosť ešte nenastala - čiže aké budú poistiteľné riziká, ktoré v systéme treba poistiť. Treťou podmienkou je dostatočne veľký počet diagnóz a poistencov, aby sa riziko

Pri nákupe služieb zdravotnej starostlivosti sa ráta so selekciou poskytovateľov – pri rešpektovaní minimálnej siete.

mohlo optimálne rozložiť.

Tabuľka č. 7: Regulácia zisku zdravotných poisťovní

Parameter	Súčasný systém	Reforma 2004
Regulácia zisku	Reinvestícia	Reinvestícia, ak existujú čakacie zoznamy
Cenová regulácia	MZ SR	MZ SR
Regulácia solidárneho balíka	Vágha	Národný zoznam priorit
Regulácia nákupu	Kontrakty so všetkými poskytovateľmi	Minimálna sieť, kvalita
Dohľad	MZ	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Nezávislý audit ZP a poskytovateľov	Nie	Povinný

V čom je rozdiel medzi verejným zdravotným poistením a individuálnym zdravotným poistením prezentuje **tabuľka č. 8**.

Aké sú očakávané prínosy prípadného zavedenia individuálneho zdravotného poistenia do nášho systému poistenia?

► **bezpečnejší systém pre pacienta** (manažment pacienta, účty poistenca - pacient by mal možnosť kontroly prostredníctvom internetu;

► **zvýšenie finančnej spoluzodpovednosti pacienta** (pri rešpektovaní ochrany pred katastrofickými nákladmi);

Tabuľka č. 8: Verejné verus individuálne zdravotné poistenie

Parameter	Verejné	Individuálne
1. Identifikácia rizika	Štát – Národný zoznam priorit	Poisťovňa
2. Analýza rizika	Štát – Prerozdelenie	Poisťovňa
3. Kvantifikácia rizika	Štát – 14 % zo mzdy	Poistné
4. Likvidácia škôd	ZP	Poisťovňa
5. Monitoring príjmov a nákladov	ZP	Poisťovňa
6. Tvorba rezerv na škody	Nie	Áno
7. Nedoplatky	Predpísané poistné	Predpísané poistné
8. Kritérium solventnosti	Áno	Áno
9. Štátny dozor	Úrad pre dohľad	ÚFT

► **zmena alokácií zdrojov** (smerom k ambulantnej starostlivosti, k jednoduchovej medicíne, podpore prevencie);

► **S vyššia konkurencia pri nákupe služieb** (žiadny dôkaz o selekcii pacientov);

► **eliminácia neefektívnych poskytovateľov** (pri rešpektovaní minimálnej siete).

Definovať rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia

je základný predpoklad na vznik individuálneho zdravotného poistenia - tvrdí minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac



„Našou hlavnou dnešnou úlohou je presvedčiť všeobecné poisťovne, že popri verejnom zdravotnom poistení, financovanom z verejných prostriedkov, môže existovať aj zákonné individuálne zdravotné poistenie, ktoré si bude môcť občan hradiť sám.“ povedal v úvode svojej prednášky Definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia ako základný predpoklad vzniku individuálneho zdravotného poistenia minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac. „Na druhej strane nemáme úmysel indukovať individuálne poistenie -v návrhu zákona o zdravotnom poistení ho len umožňujeme.“

V nasledujúcej časti zameriam pozornosť na letnú definíciu šiestice návrhov základných reformných zákonov, ktoré už parlament schválil v prvom čítaní (návrh zákona o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, návrh zákona o zdravotnom poistení, návrh zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia, návrh zákona o zdravotnej starostlivosti, návrh zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a o stavovských organizáciách a návrh zákona o záchranej zdravotnej službe) a definoval princípy reformy (rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu; schopnosť platiť; univerzálne pokrytie; ochrana práv pacientov; vymáhanie pravidiel hry; zdravotná starostlivosť je technicky služba a eticky poslanie; zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotný trh).

Tabuľka č. 1: Zoznam priorit podľa občanov

Choroba	%
Srdcovo-cievne choroby	74,2
Onkologické ochorenia	68,8
Diabetes, cukrovka, poruchy metabolizmu	26,2
Choroby pohybového ústrojenstva	16,6
Psychické, psychiatrické, nervové ochorenia a stres	16,1
Chríпка	12,1
Alergie	10,9
Choroby dýchacích ciest	8,6
Infekčné choroby, Žltáčka, TBC a AIDS	6,3
Nesprávna životospráva, obezita	6,2
Alkoholizmus, fajčenie, drogové závislosti	4,6
Stomatologické problémy	1,4
Kožné choroby	0,9
Gynekologické choroby	0,8

Z hľadiska hlavných filozofických zmien reformy minister Zajac prezentoval tri základné požiadavky:

- ▶ vyššiu zodpovednosť zdravotnej poisťovne za nákup zdravotnej starostlivosti a finančnú ochranu pacienta;
- ▶ vyššiu zodpovednosť poskytovateľa za poskytovanie zdravotnej starostlivosti;
- ▶ vyššiu zodpovednosť pacienta za svoj zdravotný stav.

Skôr, než sa podrobnejšie venoval návrhu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, prezentoval dva východiskové fakty z hodnotiacej správy Svetovej banky z jari roku 2002. V prvom sa konštatovalo, že „súčasný štedrý rozsah zdravotnej starostlivosti je dlhodobu neudržateľný a len naďalej upevňuje vysoké očakávania občanov. Žiadna ekonomika, tobôž nie slovenská, si nemôže dovoliť poskytovať všetku zdravotnú starostlivosť bezplatne.“

V druhom citáte sa uvádzalo, že „Svetová banka odporúča korigovať automatické očakávanie ľudí jasným a jednoznačným definovaním tej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa bude plne alebo čiastočne hradiť z verejného zdravotného poistenia.“

„Takže Svetová banka hovorí to, čo hovoríme my, tvorcovia reformy, my zasa potvrdzujeme stanovisko Svetovej banky, takže všetci hovoríme to isté.“

Graf č. 1: Výkony vedúce k zisteniu diagnózy (štandardný diagnostický postup)



Graf č. 2: Výkony vedúce k zisteniu diagnózy (štandardný terapeutický postup)

Pigmentový névus	Junkčný névus	Dysplastický névus	Malignný melanóm
1. Lokálna anestéza	1. Lokálna anestéza	1. Lokálna anestéza	1. Diagnostika
2. Chirurgická extirpácia	2. Chirurgická extirpácia	2. Chirurgická extirpácia	2. Liečba v závislosti od klinického štádia
3. Histopatologické vyšetrenie	3. Histopatologické vyšetrenie	3. Histopatologické vyšetrenie	1. NO MO 2. N1-3 MO 3. N1-3 M1
Na vlastnú žiadosť!	4. Sledovanie ostatných névov 1 x ročne	4. Sledovanie ostatných névov 2 x ročne	

V nasledujúcej časti svojho vystúpenia sa minister Zajac zameril na analytickejší pohľad na návrh zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia, ktorého základným princípom je rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu. Zdôraznil, že problém solidarnosti je vážnejší, než sa na prvý pohľad zdá. Napriek tomu je jednoznačné, že ekonomicky aktívni poistenci budú vždy solidárni s ekonomicky neaktívnymi, že v rámci solidarity bude štát zohrávať dôležitú úlohu prostredníctvom prerozdelených mechanizmov, „lebo štát má príjem z daní a odvodov, a preto mu prináleží rozhodnúť, koľko finančných prostriedkov dá do príslušných verejných sektorov. Konkrétne v zdravotníctve dve tretiny zdrojov sú od jednej tretiny obyvateľstva a jednu tretinu všetkých zdrojov dáva štát za dve tretiny občanov. Rovnako je dôležité, aby sme mieru solidarity udržali aj medzi zdravotnými poisťovňami.“ Na to slúži prerozdelenie finančných zdrojov podľa indexu rizika, cieľom ktorého je zabezpečiť rovnaký objem zdrojov pre každého poistenca podľa jeho indexu rizika. Ako z neho vyplýva, vysoké finančné náklady smerujú do skupiny detí od 0 do 4 rokov (najmä zdravotná starostlivosť pre novorodencov a batolata je veľmi drahá), najlacnejšími poistencami sú 25- až 29-roční muži a ženy, pričom, samozrejme, s pribúdajúcim vekom náklady vzrastajú. „Preto sa vo verejnom - ale nie v individuálnom zdravotnom poistení - snažíme o vytvorenie takých podmienok, aby žiadna poisťovňa nemala výhodu vo výbere poistného kmeňa. Pritom je dôležité uviesť si, že ak komerčná poisťovňa nevyberie poistné, musí ho za klienta doplatiť - zo svojho zisku.“

Následne minister Zajac prezentoval výsledky verejného prieskumu zo začiatku tohto roka. Jeho cieľom bolo zistiť, z ktorých chorôb majú občania najväčšie obavy (tabuľka č. 1).

„Výskum potvrdil našu filozofiu, že z verejných - solidárnych zdrojov musíme financovať zdravotnú starostlivosť najmä vo dvoch najkritickejších skupinách - v srdcovo-cievnych chorobách a onkologických ochoreniach. Na druhej strane sú diagnózy, ktoré - vzhľadom na nedostatok finančných prostriedkov - sa ocitnú na čakacích listinách. Tam sa otvára priestor pre komerčné poisťovne, aby napríklad financovali náklady na totálnu endoprotézu a po roku, či roku a pol, keď by prišiel rad na poistenca štandardným spôsobom, si so zdravotnou poisťovňou prefinancovali tento výkon.“

V paragrafe 9 spomínaného zákona sa hovorí o kritériách kategorizácie. Pri kategorizácii diagnóz sa prihliada:

- ▶ na závažnosť choroby;
- ▶ na schopnosť poistenca finančne sa podieľať na liečbe (výšku úhrady možno určiť podľa závislosti od indikačných obmedzení, veku a priorít zdravotnej politiky).

V paragrafe 41 sa hovorí o zodpovednosti pacienta - o zhmotnení jeho zodpovednosti za prevenciu a dodržiavani liečebného režimu.

Zdravotná poisťovňa by podľa návrhu zákona mala mať právo:

- ▶ uplatniť voči poistencovi nárok na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ak sa mu preukázateľne poskytla v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo v dôsledku užitia návykovej látky;

Graf č. 3: Maligny melanóm (štandardný diagnostický postup)

1. Klinické vyšetrenie
2. Laboratorné vyšetrenia (hematologické, biochemické, interné predoperačné USG abdomenu, nádorové markery)
3. Chirurgická liečba (extirpácia nádoru, prípadne exenterácia reg. lymf. uzliny), postoperačná starostlivosť
4. Určenie klinického štádia
5. Nádorové markery (S100, TK)
6. PET vyšetrenia
7. CT vyšetrenie hrudníka a brucha
8. Gamagrafia skeletu

Graf č. 4: Maligny melanóm (štandardný terapeutický postup v závislosti od klinického štádia)

1. NO MO	2. N1 - 3. MO	3. N1 - 3 M1
1. Diagnostika a chirurgická liečba	1. Diagnostika a chirurgická liečba	1. Diagnostika a chirurgická liečba
2. Dispenzárne vyšetrenie (markery, USG a biochémia)	2. Rádioterapia na regionálne uzliny	2. Farmakoterapia (chemoterapia, napr. DTIC, prípadne v kombinácii s imunoterpiou)
	3. Farmakoterapia (imunoterapia interferónom Alfa)	
	4. Dispenzarizácia	

Graf č. 5: Kategorizácia (určenie spoluúčasti) Pigmentový névus

	ZP	Pacient
1. Klinické vyšetrenie	178,60 Sk	0 Sk
2. Vyšetrenie dermatoskopom		300,20 Sk
3. Lokálna anestézia		
4. Chirurgická extirpácia		
5. Histopatologické vyšetrenie		
	178,60 Sk	1103,20 Sk

Graf č. 6: Kategorizácia (určenie spoluúčasti) Dysplastický névus

	ZP	Pacient
1. Klinické vyšetrenie	178,60 Sk	0 Sk
2. Vyšetrenie dermatoskopom		300,20 Sk
3. Lokálna anestézia		
4. Chirurgická extirpácia		
5. Histopatologické vyšetrenie		
6. Sledovanie ostatných névov	121,60 Sk	0 Sk
7. Klinické kontroly 3 x ročne	363,80 Sk	0 Sk
	1767,20 Sk	0 Sk

Graf č. 7: Kategorizácia (určenie spoluúčasti) Maligny melanóm - N1-3 MO

	ZP	Pacient
1. Klinické vyšetrenie	178,60 Sk	0 Sk
2. Vyšetrenie dermatoskopom		
3. Diagnostika a chirurgická liečba	74 683,40 Sk	0 Sk
4. Rádioterapia na regionálne uzliny	27 500 Sk	0 Sk
5. Farmakoterapia (imunoterapia interferónom Alfa)	966 000 Sk	0 Sk
6. Dispenzarizácia	363,80 Sk	0 Sk
	1 068 725,80 Sk	0 Sk

► uhradiť poistencovi časť úhrady, ktorá zodpovedá jeho spoluúčasti, ak sa poistenec pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, preventívnemu očkovaniu a vedie zdravý spôsob života.

„Ide nám o zavedenie akéhosi regresu voči tým, ktorí si sústavne poškodzujú svoje zdravie. Krátko by som sa chcel zmieniť o závislosti, ktorú Svetová zdravotnícka organizácia považuje za chorobu. Preto aj my budeme platiť náklady na liečbu rôznych druhov závislostí, ale na druhej strane zdravotná poisťovňa bude mať právo žiadať od takéhoto svojho poistenca vyššiu spoluúčasť na jeho liečbe...“

Katalogizácia výkonov, teda stanovenie štandardného diagnostického a terapeutického postupu (sú súčasťou návrhu zákona o zdravotnej starostlivosti), bola ďalšou časťou prednášky ministra zdravotníctva SR. **„Podľa doteraz platného Liečebného poriadku sa preplácajú výkony. Je ich tam popísaných asi 7200 a následne obodovaných, pričom ich finančná hodnota sa priebežne devalvovala. Liečebné štandardy však neexistujú, čo komplikuje aj revízny systém. Navyše ani lekári nemali záujem o štandardy, lebo im išlo o výkony. Preto sme sa rozhodli, že výkonový model nahradíme modelom úhrady za diagnózu, pričom budú zdravotné výkony, ktoré povedú k zisteniu choroby (diagnostické výkony), a výkony, smerujúce k odstráneniu choroby (liečebné výkony). Pritom si uvedomujeme, že niekedy môžu vzniknúť situácie, keď sa čiastočne prelínajú.“**

Kategorizačný model v praxi má podobu zoznamu chorôb (zohľadňuje kritické riziká - finančnú ochranu pacientov pred rizikom vysokých nákladov; neodkladnú starostlivosť; chronické choroby). Bude ho schvaľovať parlament, pričom určí, ktoré výkony sa budú plne hradiť z verejného zdravotného poistenia, ktoré len čiastočne so spoluúčasťou pacienta a ktoré si v plnej výške bude uhrádzať pacient (napríklad plastická operácia prs, ak nepôjde o vrodenú chybu, interrupcie...). Kategorizačný model vznikol na základe poznatkov z konzultácií s odborníkmi, pričom otvára priestor na vstup komerčných poisťovní. Z politického hľadiska je dôležité, že kategorizáciu chorôb a ich úhrad by v budúcnosti už nemal schvaľovať parlament, ale prostredníctvom vyhlášok vláda SR **„čím sa každej vláde otvorí priestor na prezentáciu svojej zdravotnej politiky. Pravicová vláda bude môcť presadiť vysokú mieru spoluúčasti občanov na zdravotnej politike štátu, naopak, po voľbách sa môže dostať k moci kabinet ktorý zabezpečí občanom skoro všetku zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia, pravda, aj s rizikom zrušenia sa tohto systému.“**

Ako by prezentovaný systém mal vyzeráť v praxi, ilustruje príklad diagnostického postupu bez spoluúčasti s následným rozhodnutím o spoluúčasti na základe stanovenej diagnózy na pigmentovom névuse.

„Na záver by som sa chcel zmieniť o manažmente pacienta - klienta. Pre komerčné poisťovne je to úplná samozrejmosť, ale zdravotné poisťovne sa tomu bránia. V našej reforme chceme, aby sa pacient dostal do manažmentu a zdravotná poisťovňa rozhodovala o jeho diagnostikovaní a liečbe. Som presvedčený, že to bude fungovať - aj preto sme do návrhu zákona dali právo komerčnej poisťovni vstúpiť do zdravotnej dokumentácie. Ďalej predpokladáme, že zdravotné poisťovne si budú angažovať do svojich služieb praktických lekárov i špecialistov, ktorí im tiež budú vykonávať manažment pacienta.“

Epilóg svojho vystúpenia venoval rečník novému hráčovi na zdravotníckom ihrisku - Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Mal by plniť úlohu regulátora zdravotníckeho trhu, ale i kontrolóra zdravotných poisťovní, či nakúpili zdravotnú starostlivosť v rozsahu, stanovenom zákonom; poisťovne mu budú musieť preukazovať solventnosť, tvorbu rezervného fondu a podobne. Z medicínskeho hľadiska bude dohliadať aj na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, či občanovi poskytnú služby, na ktoré má nárok, spôsobom lége artis, či sa poskytla neodkladná zdravotná starostlivosť (zdravotná poisťovňa musí v rámci verejného poistenia do 24 hodín rozhodnúť, či ide o neodkladný stav). **„Z hľadiska komerčných poisťovní je tiež dôležité, že zdravotné poisťovne budú môcť poskytovať aj doplnkové, teda individuálne poistenie, pričom licencie bude vydávať (a následne ich kontrolovať) Úrad pre finančný trh. Takže budú tri možnosti - zdravotné poisťovne budú môcť poskytovať aj individuálne zdravotné poistenie, komerčné poisťovne iba individuálne a tretou kategóriou budú môcť byť komerčné poisťovne, ktoré si zriadia aj zdravotnú poisťovňu a budú poskytovať jednu alebo obe tieto služby.“**