

O čom sú kritériá VŠZP na uzavieranie zmlúv?

Nedávno som v médiách zaregistroval výrok, že dnešné zdravotníctvo je „džungľa“. Zdá sa, že sa v nej naučila orientovať aj VŠZP a nejasnú zdravotnícku legislatívu začala vy(zne)užívať vlastným spôsobom. Dovolím si ľahkú politologickú vsuvku. Súkromné zdravotné poisťovne sa v tejto „džungli“ chovajú typicky pravicovo (rozumej neokonzervatívne), keď odo mňa pod hrozbou trestnej sankcie vezmú moje vlastné peniaze a odovzdajú ich proti mojej vôli niekomu, kto nemá s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nič spoločného. A VŠZP sa správa zase typicky ľavicovo (rozumej neosocialisticky), keď si myslí, že z pozície moci mi ona určí toho „najlepšieho“ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti napriek tomu, že ja som presvedčený o jeho neschopnosti. Mimochodom, som zvedavý, či bude VŠZP ochotná prevziať na seba časť právnej zodpovednosti, keď odporučí nemocnicu alebo ambulanciu, v ktorej dôjde ku skomplikovaniu zdravotného stavu a pacient bude presvedčený, že u ním vybratého poskytovateľa by k tomu nedošlo. Uvidíme, či ÚDZS bude za nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorú manažovala VŠZP, sankcionovať aj ju.

VŠZP s viacerými lôžkovými zariadeniami nepodpísala zmluvy na rok 2008 a v druhom polroku plánuje tento zoznam ďalej rozširovať, aj na ambulancie. Nik nevie, kde to skončí, pretože zverejnené kritériá na webstránke VŠZP sú vágne a zavádzajúce. A vôbec nezohľadňujú ekonomické parametre, čo sa môže ľahko vypomstiť. Ak rozoberieme všetky štyri kritéria po obsahovej stránke, dospejeme k nasledujúcim záverom. Prvé kritérium má hodnotiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu minimálnej siete podľa nar. vlády č. 751/2004 Z.z. v znení neskorších noviel. Minimálna sieť je nariadením jasne určená a tvoria

ju nemocnice a špecializované zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti štátu. No **VšZP žiadnym spôsobom nekonkretizuje spôsob výberu zdravotníckych zariadení, s ktorými uzavrie zmluvu** a sú mimo zriaďovateľskej pôsobnosti štátu. (Keď začne avizovaná redukcia ambulancií, to bude eldorádo.) Druhé a tretie kritérium sa odvoláva na vyhl. MZ SR č. 428/2006 Z.z. ohľadom personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia. Avšak VšZP asi uniklo, že táto **vyhláška sa vôbec netýka lôžkových zdravotníckych zariadení**, ale hovorí o ambulantných, jednodňových a pod. Štvrté kritérium je o indikátoroch kvality, ale tie pre VšZP nemajú valný význam. Ešte na okraj, v niektorých vystúpeniach VšZP som registroval vyjadrenia, že bude posudzovať aj schopnosť nemocnice poskytnúť komplexné služby pre jej poistencov. Vzhľadom na to, že medzi nemocnicami, s ktorými má VšZP zámer dlhodobo podpísať zmluvy, sa nachádzajú také, ktoré prišli o svoje urgentné pracoviská (po bezbrehej privatizácii ZZS), nedisponujú možnosťou dialyzovať svojich pacientov, na činnosť privátnych laboratórií, CT-pracovísk, prípadne celých RTG oddelení nemajú žiaden dosah (myslím, že ďalšie príklady netreba), hovoriť o komplexnosti služieb nie je príliš korektné.

A korektnosť je niečo, čo dnešnému zdravotnému poisteniu v Slovenskej republike chýba. Zdravotné poisťovne sa síce ekonomicky stabilizovali, ale tým to predsa nemôže skončiť! Ako je neprijateľná snaha tunelovať verejné zdravotné poistenie zo strany súkromných poisťovní, je neprijateľná aj snaha VšZP z akýchkoľvek dôvodov klamať svojich poistencov. Tá tým, že zatajila určité skutočnosti a svojich poistencov neoboznámila dopredu so zamýšľanou redukciou svojich zmluvných poskytovateľov v roku 2008, poškodila potenciálnych pacientov ako spotrebiteľov. A to tak, že pre nich nevhodným spôsobom ovplyvnila ich

správanie a teda aj rozhodovanie o zotrvaní či zmene zdravotnej poisťovne v roku 2008 (nekalosúťažné konanie – klamlivá reklama, §45 Obchodného zákonníka). Takže ak bol zákonodarný orgán ochotný precizovať Zákon o zdravotných poisťovniach, aby zabránil tunelovaniu verejného zdravotného poistenia, mal by byť ochotný upraviť Zákon o zdravotnom poistení tak, aby umožnil poistencovi aktuálne trhovo reagovať na správanie sa poisťovne alebo ho aspoň chrániť pred nepravdivými alebo zamlčanými informáciami zo strany zdravotných poisťovní. Takže buď možnosť prepoistenia viackrát ročne alebo povinnosť zdravotných poisťovní uzavrieť zmluvy najprv s poskytovateľmi a až následne s poistencami. Inak má poistenec len (problematickú) možnosť obrátiť sa na súdy, tie posudzujú nekalosúťažné konanie. Protimonopolný úrad nie a ÚDZS zatiaľ mlčí.

Dovoľte mi na záver malú reminiscenciu (s použitím dnešnej terminológie). Počas historického vývoja pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vystupovali vzájomne vždy dva subjekty – chorý a liečiteľ, pacient a zdravotník. Spoločenský a medicínsky rozvoj za posledných dvesto rokov a následné zvyšovanie finančnej a organizačnej náročnosti zdravotnej starostlivosti vygeneroval v ich vzťahu dva medzistupne. Prvým medzistupňom, pre potrebu organizačného zaistenia zdravotnej starostlivosti, je poskytovateľ, ktorý zabezpečí príslušným odborným zdravotníkom materiálne zázemie na výkon zdravotnej starostlivosti. Druhým medzistupňom, na finančné zaistenie zdravotnej starostlivosti, je poisťovňa, ktorá zabezpečí odfinancovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti z vybraných prostriedkov. Za nešťastné považujem, že v dnešnej dobe sa z obyčajných medzistupňov vytvorili dominujúce subjekty a pôvodné subjekty sa stali nepodstatnými. **Z pacienta (poistenca) sa stal iba zdroj finančných prostriedkov pre poisťovňu. A zo zdravotníka**

zostal len prevádzkový náklad poskytovateľa. Ak terajší pohlavári zdravotníctva budú pokračovať v arogancii moci, ako ju poznáme z predchádzajúceho obdobia, máme sa na čo tešiť.

*Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny 10/2008, uverejnené pod názvom:
„O čom sú kritériá VŠZP na uzatváranie zmlúv?“*