

## ***Kolegyne a kolegovia lekári, občania-pacienti prebudme sa a bránme sa!***

V úvode tohoto článku chcem zdôrazniť, že nie som členom žiadnej politickej strany.

Posledný vývoj na poli poskytovania a financovania špecializovanej ambulantnej aj nemocničnej zdravotnej starostlivosti/SAS/, zazmluvňovanie, resp.skôr nezazmluvňovanie špecialistov, pridelovanie likvidačných finančných limitov na zdravotnú starostlivosť, veková diskriminácia špecialistov, nezazmluvňovanie nemocníc a jednotlivých oddelení zo strany VŠZP a súkromných poisťovní nasvedčuje tomu, že bezprávie a svojvôľa zo strany zdravotných poisťovní a za nimi stojacej finančnej lobby /Penta, JNT a pod./ nemá obdoby . V dnešnej dobe si „novodobá elita“ slovenského zdravotníctva - zdravotné poisťovne a za nimi stojaca finančná lobby uzurpovalí právo organizovať zdravotníctvo, rozhodovať o tom ,kto a za koľko bude poskytovať zdravotnú starostlivosť a doslova parazitujú-obohacujú sa na verejných zdrojoch-zdravotnom poistení.Farmaceutov-lekárnikov už dostali do pozície predavačov liekov/ak zákon o lieku schválil prezident rep./ a lekárov by radi dostali do pozície nesvojprávnych predavačov zdravia podľa svojich predstáv. V paškviloch ktorým sa hovorí Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti neexistujú pre poskytovateľa ZS žiadne garancie ako je tomu v starších členských štátoch EU/ ,že ak splnia všetky podmienky a kritériá pre uzatvorenie zmluvy a nachádza sa v dávno! uzatvorenej „minimálnej sieti“ ZZ, a neporušil po odbornej a etickej stránke poskytovanie ZS ,nemôžu ho poisťovne zazmluvniť buď likvidečne nízkym limitom na výkony alebo nezazmluvniť vôbec a ani sa neobťažujú vypovedať zmluvu - poskytovateľ je proste handra na podlahu.**Je známe ,že v posledných 3-5 rokoch -nie len za súčasnej vlády!boli otvorené nové špecializované ambulancie, polikliniky, siete lekární nad limit uzatvorenej minimálnej siete.Týmto zariadeniam zo strany poisťovní boli a sú poskytnuté finančné limity -samozrejme na úkor starších poskytovateľov v sieti, pričom poisťovne sa neštítia ani diskriminačných postupov z titulu veku poskytovateľov.** Ako je to možné vysvetľuje vysoká miera korupcie v SR, známa aj v organoch EU, nízka vymožitelnosť práva v SR a v neposlednom rade nízke právne povedomie nás lekárov a pacientov.**Považujem za vrchol svinstva a arogancie /prepáčte za výraz, ale inak sa to nazvať nedá/, ak zdravotné poisťovne šmahom ruky odpíšu lekára-špecialistu bez ohľadu na jeho ekonomickú situáciu a najmä povinnosť splácať úver či leasing , poskytovateľa, ktorý je dlhodobo v tzv.minimálnej sieti a neporušil pravidlá hry po stránke odbornej, či etickej. Poisťovne si uzurpovali aj právo rozhodovať v týchto prípadoch aj za Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, aj za odbornú a etickú komisiu SLK, správajú sa ako „báťuška cár“.**

A teraz niekoľko dôležitých faktov:

1/Poisťovne sa rozhodli šetriť ,ale hlavne na úkor špecializovanej zdravotnej starostlivosti ambulantnej, či nemocničnej - kto potom poskytne túto starostlivosť, ktorej dostupnosť sa výrazne zhoršila? Čakacie doby na koronarogarfické vyšetrenie sú 3 a viac mesačné, čakacie doby na aorto-koronárny by pass 6 a viac mesačné.Tu sa už jedná doslovne o hazard zo životmi pacientov, nakoľko vznik infarktu myokardu je vysoko prevdepodobný, a nedá sa určiť ani približne, kedy sa tak stane a aké budú dôsledky!

2/Od začiatku roka 2011 štát-vláda I. Radičovej /prvýkrát od vzniku SR!/, znížila pekne potichu percentuálne odvody do zdravotných poisťovní, čo predstavuje ročný deficit 126 mil.EUR!

3/Zdravotné poisťovne majú zo zákona určené 3,5% z vybraného poistného na režijné náklady.V roku 2010 ako to vyplýva zo správy o Verejnom zdravotnom poistení minuli 6,5% ,čo je takmer 100% prečerpanie v sume 136,5 mil.EUR.

4/Podiel HDP do zdravotníctva v SR je jeden z najnižších v EU!

5/Odvody zamestnancov a zamestnávateľov na zdravotné poistenie sú sice percentuálne jedny z najvyšších v EU ,ale z nízkych platov - v reálnych peniazoch nízke odvody.

Za tejto situácie zdravotné poisťovne tvoria zisky - za prvý polrok 2011 vo výške 26 mil.EUR! - nemorálne je na tom to, že tieto zisky tvoria z verejných zdrojov -našich povinne odvedených peňazí na zdravotné poistencie , bezpracne,bez najmenšieho podnikateľského rizika , jednoducho tak,že okrádajú poskytovateľov a znižuje sa dostupnosť a kvalita najmä špecializovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov,ktorí ak nechcú alebo nemôžu!/pre zlý zdrav.stav/ čakať niekoľko mesiacov na odborné vyšetrenie u špecialistu, môžu si zaplatiť **prednostné vyšetrenie** ,čakať na život zachranujúce výkony v kardiologii niekoľko mesiacov, **alebo dať úplatok?** aby sa posunuli v poradí.V neposlednom rade **pacienta čakajú poplatky pri hospitalizácii** a ich odvedené poistné,alebo poistné od štátu si strčí do vrečka poisťovna a tak občan za zdravotnú starostlivosť zaplatí 2x.A ktorátože vláda **schválila tento nemorálny zákon ktorý umožňuje sa obohacovať na verejných zdrojoch?** -vieme všetci,hlavnými aktérmi boli tí čo sú ,rsp.boli pri moci aj teraz /okrem SAS/. Vlada R.Fica sa snažila tento amorálny zákon eliminovať a hneď tu boli sťažnosti, súdy...Možno stálo za to zaplatiť jednorázovo a nenechať vyciciávať aj tak mizerné zdroje na zdravotníctvo dlhodobo.

Sankcie sice padajú,ale nie na hlavy poisťovní ale na hlavy poskytovateľov ZS- špecialistov,nemocnice, oddelenia.Znižujú sa finančné limity poskytovateľom ZS ,rsp.sa poskytovatelia nezamľuvujú vôbec.Hromozvodom pre nespokojnosť občana-pacienta sú samozrejme,tak ako za komunizmu aj v „slovenskej demokracii“ -ako inak- **kriminálni lekári či v ambulanciách,alebo v nemocniciach**.V CR prednedávnom prebehla anketa o najprestížnejšom povolání-vyhralo ju lekárske povolanie a napriek tomu sa lekári v CR cítili nedocenení /mali aj tak neporovnateľne vyššie platy ako v SR/a podali hromadné výpovede - a uspeli!

**Slovenská lekárska komora/SLK/** pochopila zámery a úmysly finančnej lobby a zdravotných poisťovní voči SAS a **vytvorila inštitút Mandátnych zmlúv ako silného vyjednávacieho nástroja pre vyjednávanie s poisťovňami**, podobne ako je Zdravita, ktorá má mandáty od prakt.lekárov, bohužiaľ aj od niektorých špecialistov o ktorých sa však nestará, ale ktorí posilňujú jej vyjednávací potenciál.Mám však pocit,že len malé množstvo špecialistov , využilo túto možnosť.

Vyzývam kolegov-špecialistov na vytvorenie iniciatívy na ochranu špecialistov ,ktorá by najprv smerovala k hromadnému uzatvoreniu Mandátnych zmlúv so SLK. Dalším cieľom iniciatívy v tesnej spolupráci so SLK by malo

byť formulovanie nových pravidiel formou Vzorových zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré by obsahovali kritériá pre poskytovateľov pre uzavretie zmluvy s poisťovňou, jej bezdôvodnú nevypovedateľnosť zo strany poisťovne, pokiaľ nedôjde k porušeniu zmluvy zo strany poskytovateľa/musia obsahovať taxatívne vymenované dôvody pre vypovedanie zmluvy zo strany poisťovne/, dohľad nad zazmluvňovaním zdrav. zariadení a zjednávaním limitov zo strany SLK, tak, aby sa zabránilo ďalšej expanzii siete zdrav. zariadení a pridelovaniu neprímerane vysokých, alebo likvidačne nízkych limitov. Inak sa ľahko môže stať, že to čo sa stalo nedávno Vášmu kolegovi, sa zajtra stane aj Vám, a zostanete zaťažení úverom ev leasingom bez príjmu a stratíte a s Vami aj Vaša rodina evnt. aj strechu nad hlavou.

Krajným, ale veľmi efektívnym a rýchlym riešením, a v súlade so zákonom by bolo hromadné a cez mandát so SLK synchronizované vypovedanie terajších diskriminujúcich zmlúv špecialistov o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poisťovne /až na nejakých pár nadsieťových podrazákov, ktorí sa najdu vždy a všade /by nedokázali zamluvnit' starostlivosť o svojich poistncov a skončili by v súlade so zákonom. Nejakú krátku dobu by sme zostali bez príjmu, resp. na priamych platbách, ale štát by musel túto patovú situáciu riešiť veľmi rýchlo. SLK by mohla na toto kritické obdobie pozastaviť vydávanie nových licencií, aby tak zabránila vzniku narýchlo otváraných náhradných zdrav. zariadení zo strany finančnej lobby. SLK na poslednom sneme prišla s návrhom zrušiť poisťovne a vytvoriť nemocenskú pokladnicu - „krankasu“ je to dobré riešenie, ušetrilo by sa veľa peňazí, ktoré by smerovali tam kam patria, odstránila by sa korupcia, ale vyžaduje legislatívne zmeny a tie sú v súčasnej dobe na dlhé lakte a navyiac finančná lobby, ktorá má svojich lobistov aj v parlamente by sa zmenu legislatívy snažila všemožne blokovat'.

Spojme svoju iniciatívu s kolegami z nemocníc a dokážme, že naša nejednotnosť na ktorú sa poisťovne a finančná lobby spoliehajú v krízovej situácii v akej sa slov. zdravotníctvo a my s ním nachádza prestala byť aktuálna. Dokážme, že bez lekárov, sestier, laborantov a ďalších odborných zdravotníckych pracovníkov zdravotníctvo fungovať nemôže!!!, ale bez zdravotných poisťovní a za nimi stojacej finančnej lobby fungovať bude a bude lacnejšie! Bude treba sa postarať aj o to, aby všetky nové zdrav. zariadenia, ktoré vznikli po uzatvorení minimálnej siete zdrav. zariadení na korupčnej báze a ktoré sú nadpočetné a odčerpávajú finančné prostriedky na zdravotnú starostlivosť neboli ďalej zazmluvňované. Finančná lobby ako aj my veľmi dobre vie, že hoci aj chudobným slovenským zdravotníctvom ročne pretečú miliardy EUR a bezpracne, bez kéhokolvek podnikateľského rizika sa dá dobre „napakovať“. Aj preto tie snahy o privatizáciu nemocníc, VŠZP zo strany Penta Group, a najmä po ich transformácii na a.s., ktoré budú následne krachovať...-voda na ich mlyn, podobne ako vytváranie siete lekární, nových polikliník, ambulancií.

Vyzývam aj kolegov špecialistov, diskriminovaných VŠZP kôli ich veku, aby ma kontaktovali na e-mail: [int.ambta@gmail.com](mailto:int.ambta@gmail.com), kôli hromadnej žalobe pre diskrimináciu a s toho rezultujúcej hosp. škody., ev. na Facebooku, kde bude otvorená disk. skupina k danej problematike, aby svoje názory mohli vyjadriť aj občania-pacienti.

MUDr. Ivan Májsky, amb. špecialista,  
em. primár int. odd.