

Zdravotníctvo

Anotácia: Autori analyzujú situáciu v zdravotníctve od nástupu ministra zdravotníctva Romana Kováča do funkcie v júli 2000 až po október 2001. Tematicky je kapitola rozdelená do dvoch častí. V prvej časti sa autori zamerali najmä na analýzu politickej situácie v zdravotníctve a na opis legislatívy, pričom rozoberajú vzťahy medzi jednotlivými subjektmi v systéme zdravotníctva. V druhej časti sa autori koncentrujú na analýzu vonkajšieho a vnútorného dlhu, ako aj systému financovania a hodnotenie súčasných platobných systémov.

Kľúčové slová: stredný vek obyvateľstva, transformačný program, vízia, zdravotné programy politických strán, legislatíva, lieková politika, financovanie zdravotníctva, korupcia, vonkajší dlh, vnútorný dlh, likvidácia dlhu, platobné mechanizmy, kapitácia, platby za výkon, globálny rozpočet, kapitálové výdavky, organizácia zdravotníctva, reforma.

1. ÚVOD

Zdravotný stav obyvateľstva je jedným z najdôležitejších indikátorov kvality života. Porovnaním parametrov stredná dĺžka života a mortalita obyvateľov Slovenska s ostatnými krajinami východného bloku, ako aj s vyspelými krajinami sa venujeme v časti 2. *Zdravotný stav obyvateľstva.*

Choroba prezidenta SR Rudolfa Schustera viedla okrem iných dôsledkov aj k výmene ministra zdravotníctva a namiesto Tibora

Šagáta, ktorý podal demisiu, bol 12. júla 2000 menovaný za ministra zdravotníctva Roman Kováč, v tom čase poslanec Národnej rady SR (NR SR), člen Demokratickej únie (DÚ) a zároveň predseda poslaneckého klubu Slovenskej demokratickej koalície (SDK); súčasne bol výkonným podpredsedom Výboru NR SR pre zdravotníctvo a sociálne veci (pretože opozičné strany odmietli prijať ponúknutú funkciu predsedu výboru). Oproti prechádzajúcemu ministrovi sa príchodom R. Kováča zmenila verbálna kvalita ministrových prejavov. Zdravotnícka aj laická verejnosť očakávala, ako sa R. Kováč vyrovná s problémami, ktoré zdedil v rezorte, najmä s otázkou sústavného zadlžovania rezortu a s potrebnými zmenami vyplývajúcimi z navrhovanej reformy verejnej správy, ktorej koncepciu vláda schválila v júni 2000. Hodnoteniu pôsobenia ministra R. Kováča v slovenskom zdravotníctve a komentáru k základným materiálom, ktoré ministerstvo zdravotníctva v sledovanom období pripravilo, sa budeme venovať v časti 3. *Politická situácia v zdravotníctve.*

V časti 4. *Legislatíva* analyzujeme schválené zákony, nariadenia, ako aj legislatívne návrhy a v časti 5. *Vzťahy medzi ministerstvom zdravotníctva a poskytovateľmi* sa venujeme rôznym „akciám a reakciám“, ktorými reagovali všetky segmenty poskytovateľov na situáciu v zdravotníctve. Časť 6. *Zdravotné poisťovne* opisuje súčasnú situáciu zdravotných poisťovní i rozsah nepoistiteľného rizika a vytvára plynulý prechod do ekonomickej časti kapitoly.

Dlh v zdravotníctve rastie mesačne o viac ako 700 mil. Sk. V časti 7. *Dlh* analyzujeme príčiny a dôsledky rastu vonkajšieho dlhu, pričom spomíname dva kritické body efektívneho oddlženia. Prvým je výber vhodnej metódy a druhým je správne načasovanie. Zdravotníctvo ročne disponuje finančnými zdrojmi presahujúcimi 70 mld. Sk. V časti 8. *Financovanie zdravotníctva* podrobne rozoberáme všetky potenciálne zdroje financovania a na jednoznačnú separáciu jednotlivých finančných tokov používame maticu zdrojov a poskytovateľov. Súčasný systém platobných mechanizmov je síce nemotivačný pre všetky tri základné typy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale zároveň všetkým vyhovuje. Prečo je to tak, analyzujeme v časti 9. *Systém platobných mechanizmov a efektívna alokácia zdrojov*.

Slovenské zdravotníctvo je ešte aj po 12 rokoch transformácie ťažko presiaknuté socialistickými neduhmi. Platí to predovšetkým o centrálnom riadení rezortu, monopolistickom postavení poskytovateľov, o nedostatku konkurencie, o deformovaných cenách. Bližšie sa organizácii zdravotníctva venujeme v časti 10. *Organizácia*.

2. ZDRAVOTNÝ STAV OBYVATELSTVA

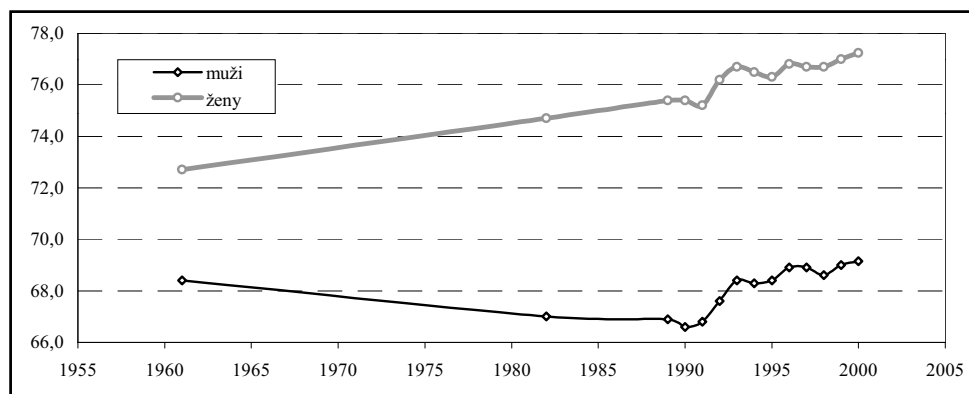
Zdravotný stav obyvateľstva môžeme hodnotiť dvoma metódami:

- 1. Stredná dĺžka života:** Keďže vývoj strednej dĺžky života mužov a žien v nadväznosti na zdroje sme podrobnejšie rozoberali v minuloročnej *Súhrnnej správe* (Zajac – Pažitný, 2000), v tomto roku sa zameriame predovšetkým na dlhodobé tendencie vývoja strednej dĺžky života a na medzinárodné porovnanie Slovenska s vyspelými aj s tranzitívnymi krajinami.
- 2. Mortalita¹:** Vyjadruje počet zomretých v populácii, ale často sa vyjadruje aj počtom zomretých na 100 000 obyvateľov.

2.1. STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA

Stredná dĺžka života vyjadruje očakávanú dĺžku života pri narodení jedinca pri zohľadnení počtu úmrtí vo všetkých vekových skupinách. V roku 2000 dosiahla stredná dĺžka života u mužov 69,2 rokov a u žien 77,2 rokov. Za posledných štyridsať rokov sa stred-

Graf 1
Stredná dĺžka života u mužov a žien v SR v rokoch 1961 – 2000



Zdroj: Ústav zdravotných informácií a štatistiky, 2000.

ná dĺžka života významne predĺžila jedine u žien – o 4,5 roka. U mužov stúpila celkovo len o 0,8 roka, pričom až do roku 1990 postupne klesala (graf 1).

Počas sledovaného obdobia sa výrazne zvýšil rozdiel v dĺžke života medzi mužmi a ženami. Kým v roku 1961 to bolo len 4,3 roka, v roku 2000 sa diferencia takmer zdvojnásobila na 8,1 roka. Najväčší rozdiel bol dosiahnutý práve v roku 1990, až 8,8 roka.

Hľadanie príčin minimálnych prírastkov dĺžky života predovšetkým u mužov nie je jednoduché, lebo zdravotný stav významným spôsobom ovplyvňujú iné faktory ako zdravotný systém. Je to predovšetkým genetika, sociálno-ekonomická situácia a životný štýl.

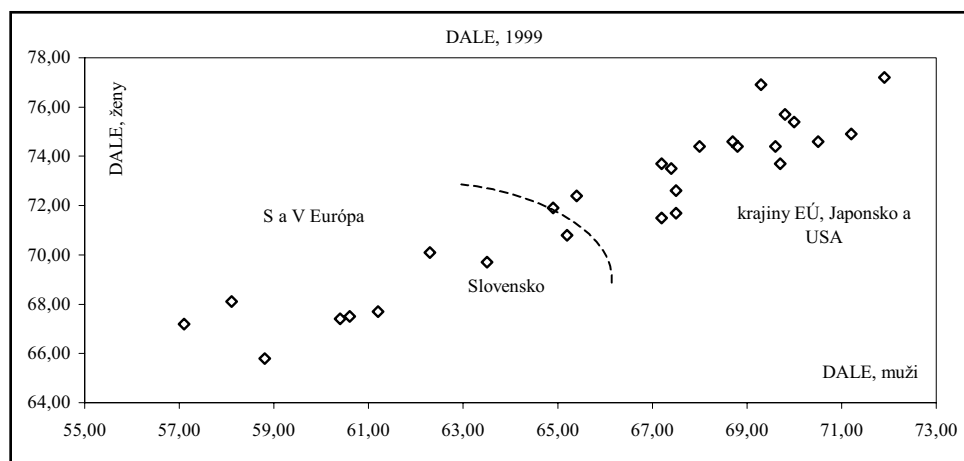
Pre medzinárodné porovnanie Slovenska s krajinami strednej a východnej Európy a Európskej únie (EÚ) použijeme indikátor strednej dĺžky života upravený o nespôsobilosť², ktorý sumarizuje očakávaný počet rokov života, ktoré je možné označiť ekvivalentom „plné zdravie“.

Dlhší život v plnom zdraví ako obyvatelia Slovenska – 66,6 roka (ak nie je uvedené inak, potom sú všetky údaje stredné hodno-

ty pre mužov a ženy za rok 1999) prežijú spomedzi postkomunistických krajín len obyvatelia Českej republiky (68,0 roka) a Slovinska (68,4 roka). Avšak aj tieto dve najzdravšie krajiny strednej a východnej Európy predbehli Portugalci (68,9) ako posledná krajina Európskej únie (EÚ). Najdlhší život v plnom zdraví prežijú Japonci (74,6) a spomedzi obyvateľov krajín EÚ Francúzi (73,1). Občania USA v plnom zdraví prežívajú 70,1 rokov života, čo ich aj napriek bezkonkurenčne najvyšším investíciám do zdravia (4 000 USD ročne na občana) radí až do tretej desiatky na svete. Najkratší život v plnom zdraví v strednej a východnej Európe prežívajú občania Rumunska (62,3 roka) a Lotyšska (62,2 roka). Vzájomnú pozíciu krajín znázorňuje graf 2.

Rozdiely v zdravotnom stave obyvateľov krajín bývalého východného bloku oproti vyspelým krajinám sa počas desiatich rokov transformácie zvýšili (Schneider, 2000). Príčinou negatívneho vývoja zdravotného stavu obyvateľov strednej a východnej Európy je predovšetkým nepriaznivý ekonomický vývoj a rastúca nezamestnanosť ako dôsledky transformačnej recesie spôsobenej ko-

Graf 2
Stredná dĺžka života upravená o roky nespôsobilosti, 1999



Poznámky: S a V Európa – stredná a východná Európa.

Zdroj: World Health Report. WHO, 2000.

lapsom socialistických ekonomík. Výrazne vyšší je aj rozdiel medzi dĺžkou života žien a mužov. Kým v krajinách EÚ žijú ženy v priemere život na úrovni plného zdravia dlhšie o 5,4 roka ako muži, v krajinách strednej a východnej Európy tento rozdiel dosahuje až 7,4 roka.

2.2. MORTALITA/ÚMRTNOSŤ

V krajinách strednej a východnej Európy nižšia stredná dĺžka života korešponduje s vyššou mierou mortality – úmrtnosti tak-

mer vo všetkých chorobách/diagnózach (Schneider, 2000).

V roku 2000 v SR celkovo zomrelo 24 567 žien a 28 157 mužov. Najčastejšou príčinou smrti sú choroby obehovej sústavy, ktoré tvoria okolo 50 % všetkých úmrtí. Podrobnejší rozbor skupinových diagnóz ukazuje, že rovnako u mužov i u žien sú najčastejšou príčinou smrti ischemické choroby srdca (tabuľka 1 a 2). U mužov je počet a miera štandardizovanej úmrtnosti (používa sa na medzinárodné porovnania, pozri tabuľku 3) na ischemické choroby srdca pomerne stabilizovaná, u žien medziročne dramaticky rastie

Tabuľka 1
Najčastejšie príčiny smrti u žien v SR v roku 2000

Skupinové diagnózy	Počet úmrtí	Podiel na celkovej úmrtnosti (v %)	Úmrtnosť (na 100 000 obyv.)	Štandardizovaná úmrtnosť (E)
1. Ischemické choroby srdca	8 212	33,4	295,93	234,42
2. Cievne choroby mozgu	2 537	10,3	91,42	71,62
3. Hypertenzné choroby	1 932	7,9	69,62	56,08
4. Zhubné nádory tráviacich ústrojov	1 769	7,2	63,75	54,29
5. Choroby tepien, tepničiek a vlásočníc	1 448	5,9	52,18	40,78

Zdroj: ÚZIS – Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2001.

Tabuľka 2
Najčastejšie príčiny smrti u mužov v SR v roku 2000

Skupinové diagnózy	Počet úmrtí	Podiel na celkovej úmrtnosti (v %)	Úmrtnosť (na 100 000 obyvateľov)	Štandardizovaná úmrtnosť (E)
1. Ischemické choroby srdca	7 476	26,6	284,73	367,06
2. Zhubné nádory tráviacich ústrojov	2 456	8,7	93,54	115,47
3. Cievne choroby mozgu	2 140	7,6	81,50	103,78
4. Zhubné nádory dýchacích a vnútrohrudníkových ústrojov	2 136	7,6	81,35	100,11
5. Hypertenzné choroby	1 549	5,5	58,99	74,44

Zdroj: ÚZIS – Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2001.

Tabuľka 3
Štandardizovaná úmrtnosť na 100 000 obyvateľov v roku 1997

Krajina	Choroby obehovej sústavy		Ischemické choroby srdca		Cievne choroby mozgu		Zhubné nádory	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Albánsko	554,0	308,0	138,0	57,8	197,0	126,0	178,0	70,0
Bulharsko	971,4	683,2	307,2	181,6	251,0	188,9	206,4	122,9
Česká republika	660,8	428,2	298,4	160,4	145,1	111,0	330,6	179,5
Maďarsko	735,4	467,2	342,7	187,9	184,5	128,6	401,9	204,0
Poľsko	670,5	419,5	165,2	60,5	91,6	71,9	297,7	155,7
Slovensko	696,2	451,1	368,1	212,8	114,6	82,5	318,2	153,1
Slovinsko	431,2	272,8	174,6	87,2	117,1	82,7	308,2	161,8

Zdroj: Schneider, 2000.

a v absolútnych číslach predbieha počet úmrtí u mužov. Kým v roku 1996 na ischemické choroby srdca zomrelo 6 975 žien, v roku 2000 to bolo už 8 212. Druhou najčastejšou chorobou u žien sú cieвне choroby mozgu (2 537 prípadov) a u mužov zhubné nádory tráviacich ústrojov (2 456 prípadov).

Na medzinárodné porovnania sa používa štandardizovaná miera úmrtnosti, ktorá vylučuje vplyv skutočnej deformovanej vekovej štruktúry na úmrtnosť. Štandardizácia spočíva v prevedení aktuálnych údajov krajiny na danú štandardizovanú populáciu, ktorú určuje WHO. Vzájomné porovnanie štandardizovanej úmrtnosti obyvateľov Slovenska s niektorými krajinami strednej a východnej Európy znázorňuje tabuľka 3.

3. POLITICKÁ SITUÁCIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Východisková pozícia nového ministra zdravotníctva Romana Kováča nebola ideálna. Na miesto ministra nastúpil ako člen DU, hoci bolo všeobecne známe, že DU sa bude o necelých 6 týždňov zlučovať so Slovenskou demokratickou a kresťanskou úniou (SDKÚ), ktorá vznikla v januári 2000. Ako úradujúci podpredseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo a sociálne veci sa nemohol dosť dobre dištancovať od činnosti svojho predchodcu T. Šagáta, navyše, keď všeobecne vystupovali solidárne. Lekársky odborový zväz ústami svojho vtedajšieho podpredsedu Mariána Kollára sa v tom čase pred jedným z autorov tejto kapitoly vyjadril, že neholdá dať novému ministrovi 100 dní.

Od 1. júna 2000 sa prestala používať metóda prospektívneho rozpočtu, podľa ktorej Ministerstvo zdravotníctva SR určovalo poisťovníam sumu, ktorú majú nemocniciam uhradiť. Od tohto dátumu začali poisťovne uzatvárať priame cenové dohody s nemocnicami.

Reforma zdravotníctva mala postupovať podľa transformačného programu, ktorý prijala vláda v novembri 1999 (bližšie hodnotenie pozri Zajac – Pažitný, 2000). Minister R. Kováč mal mimoriadne veľa výstupov v médiách (celkovo sme za 14 mesiacov zaznamenali 650 záznamov v tlačených a elektronických médiách), preto budeme jeho postoje analyzovať podrobne.

3.1. PROBLÉM REDUKCIE LÔŽOK

Na stretnutí s riaditeľmi štátnych lôžkových zariadení v lete 2000 vo Vyšných Hágoch ich R. Kováč oboznámil s koncepciou verejnoprospešných neziskových nemocníc a s princípom reštrukturalizácie lôžok. V zásade mali vznikáť akési neziskové združenia alebo nadácie, ktoré by prevádzkovali nemocnice pod dohľadom správnej rady. Súčasne sa časť akútnych lôžok mala zmeniť na chronické alebo sociálne. Vlastníctvo nemocníc malo byť naďalej štátne a prevažne štátni úradníci mali tvoriť ich správnu radu. Pod neziskovosťou mal R. Kováč pravdepodobne na mysli oslobodenie od dane zo zisku, ak subjekt vytvorený zisk investuje do predmetu svojho podnikania. Neskôr túto tému už nerozvíjal. Zastávame názor, že dôležitá je redukcia celých celkov, a nie verejnoprospešnosť (na báze nefungujúceho štátneho vlastníctva).

3.2. ZDRAVOTNÍCTVO A REFORMA VEREJNEJ SPRÁVY

Prístup ministra zdravotníctva k reforme verejnej správy bol pomerne typický. R. Kováč neuvažoval o odovzdaní majetku vyšším územným celkom (VÚC), a už vôbec nie o odovzdaní kompetencií. Jeho názor sa postupne vyvíjal tak, že na seminári Svetovej banky 17. februára 2001 v Bratislave uviedol, že budú odovzdané:

- ambulancie a zdravotné strediská (ak ich neodkúpia užívatelia – zdravotnícki pracovníci),
- polikliniky (predtým uvažoval o odpredaji) mestám a obciam,
- NsPI, II a III typu obciam, mestám a VÚC (nakoniec pri definitívnej príprave majetkových zákonov si NsP III typu ponecháva štát).

To, čo navrhovalo Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR) ako prenos kompetencií, bola v podstate snaha „rozsadiť“ štátnych úradníkov do VÚC, teda išlo o dekoncentráciu (prenos kompetencií z ústredia do pobočiek vo VÚC). Po politickom tlaku vyvolanom hrozbou odchodu Strany maďarskej koalície z vládnej koalície (pozri tiež kapitoly *Vnútropolitický vývoj a systém politických strán* a *Verejná správa* v tejto publikácii) bol v NR SR schválený kompetenčný zákon, v súlade s ktorým budú niektoré kompetencie delegované – prenos zodpovednosti na špecializované organizácie s určitým stupňom zodpovednosti a autonómie.

3.3. TRANSFORMAČNÝ PROGRAM

Minister R. Kováč veľmi opatrne a postupne opustil oficiálny transformačný program zdravotníctva. V septembri 2000 začal Lekársky odborový zväz (LOZ) protestnú hladovku pred NR SR. Jedným z výsledkov hladovky bola dohoda na pôde parlamentu, ktorá zaväzovala MZ SR podať parlamentu správu

o situácii. Po vypracovaní tejto správy MZ SR ďalej pokračovalo v prácach a vypracovalo komplexný materiál pod názvom *Analýza hospodárenia systému zdravotnej starostlivosti a návrh opatrení na zlepšenie hospodárskej a finančnej situácie v zdravotníctve* (ďalej len *Analýza*). Tento materiál bol vyhotovený v prvej verzii v novembri 2000, potom bol výrazne prepracovaný v januári 2001 a ešte raz v marci 2001, keď bol schválený vládou. Keďže ide o zásadný materiál, budeme ho podrobnejšie komentovať.

3.3.1. Analýza súčasného stavu

Prvá časť zhrňa základné štatistické údaje (tabuľka 4), popisuje poisťný systém a financovanie a sumarizuje údaje o sieti (bližšie pozri tabuľku 5). Sieťou je v podstate štruktúra všetkých segmentov poskytovateľov, od lekárov primárneho kontaktu po špičkové nemocnice.

Len v štátnych zdravotníckych zariadeniach pracuje spolu 82 000 zamestnancov, z toho 54 000 zdravotníckych, z nich je 10 000 lekárov a 28 000 sestier. Z podrobných údajov o mzde a príjme zdravotníckych pracovníkov v štátnych zdravotníckych zariadeniach, ktoré sa uvádzajú v analýze, je zrejmé že:

1. priemerná mzda lekárov a zdravotných sestier je pod priemerom mzdy v národnom hospodárstve,
2. priemerný príjem lekárov je nad tento priemer, čo je dané príplatkami za služby a prácu v sobotu a nedeľu,

Tabuľka 4

Výbrané výkonové parametre slovenského zdravotníctva

Výkonový parameter	Hodnota	Komentár autorov
priemerný počet dní hospitalizácie pre slepé črevo	5,82	Ide o typické diagnózy vhodné pre jednodňovú chirurgiu.
priemerný počet dní hospitalizácie na cholecystolithiasu (žlčové kamene)	7,41	
priemerná doba pracovnej neschopnosti	23,5 dňa	Každý piaty občan bol hospitalizovaný a každý dvadsiaty operovaný.
počet hospitalizovaných za rok	cca 1 050 mil.	
počet ošetrovacích dní v nemocnici spolu	cca 11.000	
počet ambulantných vyšetrení na jedného obyvateľa	16,6	
podiel verejných zdrojov na financovaní zdravotníctva	92,3 %	V krajinách EÚ 75 % – 80 %.

Zdroj: *Analýza...*, 2001 a autori.

Tabuľka 5
Miera odštátnenia jednotlivých typov poskytovateľov

Typ starostlivosti	Miera odštátnenie, resp. výkon	Komentár autorov
PAS (Primárna ambulatná starostlivosť – bývalí obvodní lekári)	Je na 85,5 % neštátna.	Boli odštátnené činnosti, ale nie majetok.
ŠAS (Špecializovaná ambulatná starostlivosť – ambulantní odborní lekári)	Je iba na 65,65 % neštátna.	
Ústavná starostlivosť LZZ (lôžkové zdravotnícke zariadenia)	Takmer celá je štátna. Najväčší počet akútnych postelí na 1000 obyvateľov je v Bratislave 11,2.	V krajinách EÚ je 5 na 1 000 obyvateľov.

Zdroj: *Analýza...*, 2001 a autori.

3. priemerný príjem sestier je pod priemerom v národnom hospodárstve, pretože pracujú v trojmennej prevádzke, kde majú len symbolické príplatky.

Už z týchto štatistických údajov je zrejmé, že ukazujú na typické prostredie štátneho podniku, kde dominuje vysoká prezamestnanosť, nízka efektívnosť a vysoká miera zneužívania systému.

3.3.2. Vízia

Táto časť *Analýzy* mala byť vlastne aktualizáciou transformačného programu. Ako hlavný cieľ definovala dosiahnuť vyrovnanú bilanciu hospodárenia zdravotníctva. Spôsob, ako sa má tento cieľ dosiahnuť, je opísaný na veľkej ploche, avšak veľmi nekonkrétne a všeobecne. Výsledkom tejto rozsiahlej časti je záver, že na dosiahnutie cieľa je potrebná reštrukturalizácia akútnych lôžok na chronické a oddelenie zdravotníckych lôžok a ich zmena na sociálne.

Oddelenie zdravotnej a sociálnej sféry je však veľmi diskutabilná metóda, pretože je otázne, či sa má moderná sociálna sféra transformovať na lôžkový typ alebo na službu u klienta. Podľa modernej koncepcie (Woleková, 2000) budú sociálne služby viacmenej poskytované v rodine, resp. v obci a centrálna na celoštátnej úrovni má ostať len dávkový systém a tvorba zdrojov formou základného sociálneho poistenia. Sociálna sféra nemá mimoriadny záujem o zdravotnícke lôžka. Do úvahy by prichádzali len lie-

čebne dlhodobo chorých (LDCH), aj to len ako forma domova dôchodcov pre imobilných pacientov, a hospice.

Druhým cieľom bola decentralizácia zdravotníctva. MZ SR uvažovalo o neziskových organizáciách poskytujúcich „verejnospoločenské služby“, ktorých zakladateľom (a teda aj vlastníkom) by bolo ministerstvo. Zároveň je navrhnutý veľmi nepružný a komplikovaný proces obsadzovania správnej rady v týchto zariadeniach.

MZ SR teda navrhovalo klasickú „dekoncentráciu moci“ a spôsob, ako bude ministerstvo „usadzovať“ svojich úradníkov v regiónoch. To, čo je podstatné pre reformu zdravotníctva, teda zmena vlastníckych vzťahov³, ako kľúčový bod reálnej reformy, je uvedené iba v troch riadkoch a veľmi vágne formulované. Dá sa usúdiť, aj keď nepriamo, že štát si hodlá ponechať časť NsP II. typu, všetky NsP III. typu a všetky špičkové odborné ústavy.

3.3.3. Správa a tvorba siete

V tejto časti už materiál nemohol opustiť centralistický prístup. Sieť poskytovateľov bude pevná, teda bude presne definovaný počet lekárov primárnej ambulatnej starostlivosti (PAS) na počet obyvateľov a bude stanovovaná centrálna. Časť správy siete má prejsť na stavovské spoločnosti.

Autori zastávajú názor, že ide o nezmysel, pretože ak štát pevne stanovuje sieť, nie je čo spravovať.

3.3.4. Globálne ciele

Opakuje sa motív vyrovnaného hospodárenia, ktoré sa má dosiahnuť znížením postelového fondu, zmenou systému financovania poskytovateľov na báze zainteresovanosti, kontrolou rastu nákladov na lieky, zavedením štandardných diagnostických a liečebných postupov. Za podstatné považujeme to, že vôbec nie je deklarovaný spôsob, ako sa tieto opatrenia budú realizovať.

V oblasti zdravotných poisovní sa prvýkrát oficiálne objavuje snaha o vytvorenie spoločného orgánu na zabezpečenie efektívneho manažmentu zdrojov poisovní (v rozpore s uvedeným cieľom sa v tejto časti opakovanne objavuje snaha vytvoriť len jednu poisovňu na povinné poistenie).

Ďalším cieľom tejto časti je efektívne používanie kapitálových výdavkov (príspevky zo štátneho rozpočtu na krytie nepoistiteľného rizika). Objavuje sa snaha zaviesť tzv. viac-zdrojové financovanie, uvažuje sa o troch zdrojoch okrem zdrojov poisovní:

1. zo štátneho rozpočtu – kapitálové transfery,
2. doplnkové poistenie – súkromné zdroje na krytie nákladov za výkony, ktoré sú v Liečebnom poriadku, a nie sú plne alebo vôbec hradené zo základného poistenia,
3. pripoistenie: na výkony, ktoré nie sú uvedené v Liečebnom poriadku.

Celkovo musíme konštatovať, že tento veľmi rozsiahly materiál len nekonkrétne a deklaratívne navrhuje riešenia. Ukazuje sa, že MZ SR nemá jasnú predstavu o modeli fungovania zdravotníctva na Slovensku. Absencia tohto modelu spôsobuje, že navrhované kroky nie sú správne koordinované, dôležité úlohy sú časovo posúvané až na rok 2002 – 2004 a chýba tzv. „transformation path“ (transformačná cesta).

Riešenie základného problém zdravotníctva, teda neefektivita, prezamestnanosť, nadbytočnosť sa nedá riešiť navrhovaním

nekonkrétnych a nemerateľných spôsobov. Takéto riešenia nedávajú predpoklad reálnej zmeny systému. Z celého 72-stranového materiálu sa len v niekoľkých odstavcoch uvádzajú ciele, ktoré môžu pomôcť zdravotníctvu. Ide najmä o zavedenie účtov občanov, prevod časti majetku do vlastníctva obce (ako prvej etapy deetatizácie), rozdeľovanie prostriedkov na štandardizovaný počet občanov zo základného poistenia na regióny. Tieto opatrenia, pri splnení ďalších podmienok, môžu byť úspešné, a teda kľúčové.

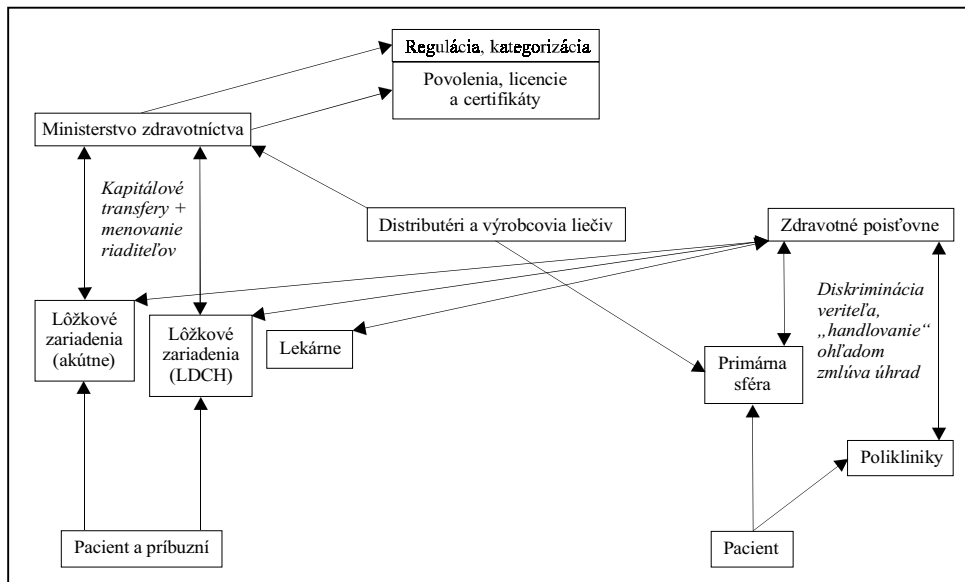
Naďalej ostane centralizované riadenie, vysoká mierna vlastníctva štátu, vysoká účasť štátu na poskytovaní zdravotníckych služieb, vysoká účasť štátneho rozpočtu. Kamuflovaná decentralizácia spočívajúca len v odovzdaní povinností regiónom, bez odovzdania kompetencií, financií a majetku, nedáva predpoklad zásadnej zmeny fungovania zdravotníctva. Spoliehanie sa na ďalšie a ďalšie zdroje od občanov, od štátu, z privatizácie, bez schopnosti prispôbiť zdravotníctvo reálnemu stavu zdrojov, signalizovalo, že zdravotníctvo bude musieť v krátkom období čeliť ďalším a ešte výraznejším problémom.

3.4. KORUPCIA

K tejto vážnej téme sa minister zdravotníctva R. Kováč vyjadroval niekoľkokrát. V podstate uvažoval vždy iba o korupcii na úrovni lekár – pacient. Korupciu rozdeľoval na tzv. „pozornosť“ a na vynucovanú korupciu. Jeden z autorov mal príležitosť dvakrát verejne diskutovať s R. Kováčom na túto tému (Slovenské ekonomické fórum, 30. 10. 2000; Twist, 6. 7. 2001 – pozri www.mesa10.sk, a www.twist.sk). Podľa nás je korupciou presýtený celý systém zdravotníctva a môžeme hovoriť doslova o korupčnom trhu.

Slovenské zdravotníctvo v duchu bývalých socialisticky nastavených zákonov garantuje každému občanovi bezplatnú zdra-

Schéma 1
Korupčný trh



Zdroj: Autori.

votnú starostlivosť. Občan teda podľa zákona musí dostať „všetko“ za „nič“. Samozrejme, takéto nastavenie systému okamžite vyvoláva viaceré deformácie na strane dopytu aj na strane ponuky. Jednou z takýchto najmarkantnejších postsocialistických deformácií je prebytočný dopyt a prebytočná ponuka, bez oficiálnej možnosti „čistiť“ sa. Nástrojom čistenia prebytočného dopytu a ponuky sa preto stávajú neformálne platby, ktoré takto nepriamo a neoficiálne podmieňujú efektívnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Neformálne platby nemôžeme obmedzovať len na kontakt samotného pacienta s lekárom, uskutočňujú sa medzi všetkými vrstvami systému a vytvárajú korupčný trh, ktorý nahrádza nefunkčné či v prípade Slovenska absolútne neexistujúce trhové vzťahy medzi jednotlivými subjektmi v sektore zdravotníctva (pozri schému 1).

3.5. POLITICKÉ STRANY A ZDRAVOTNÍCTVO

Zdravotníctvo ako téma postupovalo na popredné miesto problémov, ktoré trápia spoločnosť. Prepracovalo sa na druhé miesto za nezamestnanosť (predbehlo aj korupciu a kriminalitu). S blížiacim sa termínom volieb do VÚC (v decembri 2001) boli politické strany prinútené aspoň nejako formulovať svoju predstavu o zdravotníctve. V tabuľke 6 uvádzame prehľad dostupných informácií o zdravotníckych programoch relevantných politických strán.

Najviac priestoru venovali zdravotníctvu takzvané nové strany (Smer a ANO). Ťažkú pozíciu mali vládne strany, najmä SDKÚ, pretože táto strana priamo zodpovedá za nevykonané reformy. Strana demokratickej ľavice (SDL) reprezentuje tradične etatické ponímanie poskytovania služieb, čo sa

Tabuľka 6

Porovnanie zdravotníckych programov vybraných politických strán

	HZDS	SDKÚ	Smer	KDH	SMK
1. Rozdelenie Liečebného poriadku na základný zákonný štandard a stanovenie jeho ceny, zvyšok bude hrađený zo súkromných zdrojov občanov hlavne cez súkromné poistenie.	nedostatočne	len deklaratívne	nejasne	0	0
2. Umožnenie konkurencie medzi poskytovateľmi s tým, že málo efektívni a neefektívni budú vytlačení na ekonomickú perifériu a zaniknú.	0	0	nejasne	0	0
3. Umožnenie presunu nadbytku personálu z lôžkových zariadení smerom k pacientovi do primárnej siete, vznik elastickej siete.	0	0	0	0	0
4. Odovzdanie kompetencií, financií a majetku regiónom, teda deetatizácia zdravotníctva.	U všetkých len dekoncentrácia kompetencií.				
5. Zavedenie finančných vzťahov medzi poskytovateľmi – kontrakty.	0				
6. Úhrada za „vybaveného pacienta“ – DRG.	nejednoznačne	nejednoznačne	áno	nejednoznačne	0
7. Centrálny spôsob výberu verejných zdrojov a prerozdelenie na regióny per capita rovnako.	Financovanie: požiadavka na zvýšenie prostriedkov od štátu				
8. Zmena filozofie poistenia detí, dôchodcov a nezamestnaných.	0	Rozporuplne (je komentovaný v texte)	0	0	0

Poznámka: Nehodnotíme Alianciu nového občana a Demokratickú stranu.

DRG – diagnosis related groups.

Zdroj: Autori.

prejavuje v sústavnom požadovaní väčšieho objemu zdrojov zo štátneho rozpočtu, za poistencov štátu. Tým sa SDL dostala do klasickej pasce, keď objem verejných zdrojov nezodpovedá objemu požadovaných bezplatných služieb. Objektívne treba uviesť, že reprezentant SDL vo vláde MUDr. Marián Kováčik (štátny tajomník ministerstva zdravotníctva) je dobre orientovaný v problematike financovania zdravotníctva a požadoval zúženie Liečebného poriadku tak, aby verejné financie kryli základný balík služieb. Vo svojej snahe nenašiel dostatočnú podporu vo vlastnej strane a ani u ministra zdravotníctva.

Stranu občianskeho porozumenia (SOP) reprezentuje v oblasti zdravotníctva poslanec NR SR MUDr. Peter Findo, ktorý má veľmi reálny pohľad na systém a fungovanie zdravotníctva a aj predstavu o potrebnej reforme, podobne ako v SDL ostal však vo svojej strane osamotený.

Strana maďarskej koalície (SMK) neprejavila väčší záujem o problematiku zdravotníctva.

Do dejín slovenského zdravotníctva sa zapísala iba tým, že poslanec za SMK MUDr. Barnabáš Ferkó svojím návrhom v NR SR previedol polikliniky späť pod štát, čím výrazne prispel k centralizácii zdravotníctva (bližšie pozri Zajac – Pažitný 2000).

V Kresťanskodemokratickom hnutí (KDH) je tradične pomerne silná skupina zdravotníkov (MUDr. Alojz Rakús, MUDr. Anna Záborská, MUDr. Ján Bielik, MUDr. Ján Porubský). Vypracovali koncepciu siete, avšak chýba koncepcia financovania a definovanie zúženého Liečebného poriadku. V otázke zdravotníctva, podobne ako v iných prípadoch, KDH dopláca na rozpor medzi lojalitou k vlastným voličom a lojalitou k vládnej koalícii. KDH tradične chápe financovanie verejných služieb príliš rovnostársky. Za extrém v rámci strany potom možno považovať časť programu pod názvom Veľký tresk, kde požadovali znižovanie odvodov do verejných fondov (Palko – Cebo – Krajniak – Pčolinský, 2001).

Tabuľka 7

Spoločné črty zdravotníckych programov – HZDS, Smer, KDĽ, SDKÚ a SĽ

- Ide o silne centralistické zdravotníctvo s dekoncentraciou kompetencií. Štátni úradníci sú rozmiestnení do regiónov, ale zdravotníctvo naďalej riadi štát a štát poskytuje zdravotné služby. Najmenej jasná je úloha štátu u HZDS.
- Prerozdelenie zdrojov medzi regióny je nerovnomerné, na základe štandardov alebo tzv. poisťného clearingu. Toto prerozdelenie neumožňuje rozpoznať efektívnych a neefektívnych a bude deformovať systém tak ako doteraz.
- Nemajú jasný spôsob odmeňovania poskytovateľov, nie je jasné, ako budú diferencovať odmeňovanie, na základe akých kritérií bude hrať poskytovanie služieb.
- Vysoká ochrana poskytovateľov, čo znemožňuje vytlačenie tzv. hraničných (ekonomicky neefektívnych) poskytovateľov z trhu.
- Vysoká miera účasti štátnych subjektov na poskytovaní služieb (tzv. špičkové a koncové nemocnice majú ostať naďalej štátne).
- Nejasná koncepcia centrálnej regulácie liekov.
- Nejasná koncepcia rozsahu a spôsobu zúženia Liečebného poriadku (najmä HZDS, SDKÚ, Smer).
- V prípade Smeru sú známe v zásade dve úplne odlišné koncepcie, tzv. Bielikova – momentálny šéf zdravotníctva, veľmi podobná SĽ; a tzv. Murgašova – tá sa do istej miery podobá koncepcii strany ANO.
- Všetky uvedené strany majú v programoch dostupnosť, vedeckosť, viac-menej sociálny rozmer až bezplatnosť, všetko ešte podľa zákona č. 20/1966 Zb. (základný zákon socialistického zdravotníctva).

Zdroj: Autori.

Z opozičných strán spomenieme Hnutie za demokratické Slovensko (HZDS), Slovenskú národnú stranu (SNS) a Smer.

HZDS disponuje veľkou skupinou lekárov, ktorí vytvorili nový zdravotnícky klub. Tieňovým ministrom zdravotníctva sa stal MUDr. Milan Urbáni. HZDS zatiaľ verejne nepublikovalo svoje predstavy o chode zdravotníctva, z verbálnych prejavov logicky vyplýva opozičná rétorika, teda kritika vlády. Je zrejماً snaha požadovať od štátu viac zdrojov. Problematickou sa javí rôznorodosť kvality odborníkov v HZDS. Súčasný tieňový minister reprezentuje skôr politický typ zdravotníka, pritom v HZDS sú výrazne kvalitnejšie osobnosti schopné začať reformu zdravotníctva.

Dňa 1. septembra 2001 bol vymenovaný za tieňového ministra zdravotníctva v strane Smer MUDr. Juraj Štofko. Všeobecne v strane pôsobia lekári zastávajúci veľmi rôznorodé stanoviská. Zdá sa, že J. Štofko (súdiac podľa ojedinelých vyjadrení v tlači) bude požadovať „zavedenie poriadku“. Jeho koncepcia nie je zatiaľ známa, zdravotníctvu sa skôr venoval podpredsedu Smeru zodpovedný za ekonomiku Milan Murgaš (*Sme*, 15. 8. 2001). Až na pár omylov a nepresností, ktoré sme komentovali reakcií na článok (*Sme*, 18. 8. 2001), možno tento náznak koncepcie hodnotiť ako odlišný od šedého priemeru.

Zodpovedným za zdravotníctvo v SNS je MUDr. Štefan Zelník. Zastáva koncepciu dôsledného centrálného riadenia a zavedenia prísnej disciplíny. SNS nemá vypracovaný verejne známy program reformy zdravotníctva.

Môžeme konštatovať, že v zásade sa zdravotnícke programy politických strán od seba nelíšia a existujú viac-menej iba v deklaratívnej polohe. Ohrozenie budúcej reformy zdravotníctva ani zdravotnícke programy nie sú v slovenských politických stranách nosnými programami a majú iba okrajový charakter. Spoločné črty zdravotníckych programov niektorých parlamentných politických strán (u SMK nie sú žiadne známe podklady) a Smeru zachytáva tabuľka 7.

4. LEGISLATÍVA

Sledovanie obsahu prijatých zákonov ukazuje pomerne presne spôsob, akým vedenie Ministerstva zdravotníctva SR „transformuje“ zdravotníctvo. V tabuľke 8 uvádzame prehľad noriem, ktoré boli prijaté NR SR (zákony a novely zákonov), vydané vládou SR (nariadenia) alebo samotným MZ SR (vyhlášky a oznámenia).

Tabuľka 8

Prehľad zákonov, noviel, nariadení, vyhlášok a oznamov v oblasti zdravotníctva v SR

Číslo/rok	Druh	Obsah	Význam	Poznámka
212/2000	V	prírodné liečivé zdroje a zdroje minerálnych stolových vôd	analýzy	
242/2000	Z	doplnenie zákona č. 273/1994 Z. z. o zdrav. poistení, financovaní zdravotného poistenia a doplnia zákon č. 280/1997 o Spoločnej zdravotnej poisťovni	uplatňovanie pohľadávok a účinky vyhlásenia konkurzu	
245/2000	Z	doplnenie zákona č. 387/1996 Z. z. o zamestnanosti		
267/2000 455/2000	O O	maximálne ceny výrobkov a výkonov v zdravotníctve		
268/2000	Z	prekurzory omamných látok a psychotronických látok	povolenia, registrácia, vývoz, dovoz, preprava	
287/2000	V	vyhlásenie prírodných zdrojov		
362/2000	Z	doplnenie zákona č. 280/1997 Z. z. o Spoločnej zdravotnej poisťovni		
415/2000	nález	Nález ústavného súdu	nesúlad exekučného zákona s Ústavou SR	bude komentované v texte
430/2000	O	účtovná osnova a postupy účtovania pre zdravotné poisťovne		
448/2000	Z	zmena zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení	úprava odvodov zdravotného poistenia	bude komentované v texte
465/2000	V	prekurzory omamných látok a psychotronických látok		
470/2000	Z	ochrana zdravia ľudí	ožiarenie	
472/2000	Z	štátny rozpočet na rok 2001		bude komentované v texte
488/2000	N	zoznam zdravotníckych pomôcok uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných zdravotnými poisťovňami	zaraďovanie a kategorizácia pomôcok	bude komentované v texte
489/2000	N	zoznam liečiv a liekov uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných zdravotnými poisťovňami	zariadenie a kategorizácia liečiv	bude komentované v texte
12/2001	V	zabezpečenie radiačnej ochrany	ochrana zdravia ľudí	
50/2001 118/2001 146/2001	O O O	maximálne ceny výrobkov a výkonov v zdravotníctve		
125/2001	V	farmako-ekonomický rozbor lieku		
126/2001	V	priestorové a materiálne vybavenie očných optík		
158/2001	Z	bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci v znení zákona č. 95/2000 Z. z.		
163/2001	Z	chemické látky a chemické prípravky		
177/2001	O	zmluva o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti medzi SR a ČR		
195/2001	O	Potravinový kódex		
236/2001	O	Potravinový kódex		
299/2001	O	Potravinový kódex		
300/2001	O	Potravinový kódex		
301/2001	O	Potravinový kódex		
198/2001	V	požiadavky na správnu lekárenskú prax		
201/2001	N	bezpečnostné a zdravotné požiadavky na pracovisku		
204/2001	N	bezpečnostné a zdravotné požiadavky pri práci s bremenami		
233/2001	Z	doplnenie zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení	zrušenie rezortnej poisťovne	
275/2001	Opatr.	dispozičné oprávnenia správcov majetku štátu (zákon 278/1993 Z. z. a č. 374/1996 Z. z.)	úprava narábania so štátnym majetkom	
291/2001	Z	doplnenie zákona č. 233/1995 Z. z. – Exekučný poriadok	vylúčenie z exekúcie reakcia na nález ÚS SR č. 415/2000	bude komentované v texte
399/2001	N	zoznam liečiv a liekov uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných zdravotnými poisťovňami	zaraďovanie a kategorizácia pomôcok	bude komentované v texte
400/2001	N	zoznam zdravotníckych pomôcok uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných zdravotnými poisťovňami	zariadenie a kategorizácia liečiv	bude komentované v texte

Poznámka: Z – zákon prijatý NR SR, N – nariadenie vlády SR, V – vyhláška MZ SR, O – oznámenie MZ SR.

Zdroj: Autori.

4.1. ANALÝZA VYBRANÝCH DOKUMENTOV

Nález Ústavného súdu SR o nesúlade exekučného zákona s Ústavou SR č. 415/2000 Z. z.

Novelou exekučného zákona (Zajac – Pažitný, 2000) boli obmedzené práva veriteľov zabezpečiť si inkaso svojich pohľadávok od zdravotných poisťovní, resp. poskytovateľov prostredníctvom exekútora. Návrh na Ústavný súd SR podali poslanci HZDS. Ústavný súd SR tomuto návrhu vyhovel z dôvodov, že pohľadávka je také isté vlastníctvo ako každé iné a nemožno mu brániť legálnou cestou, za ktorú sa nepochybné v zmysle zákona právoplatné exekúcie (s poverením súdu) považujú. Nález Ústavného súdu SR nadobudol platnosť 6. decembra 2000 a účinnosť bola odložená o šesť mesiacov (pozri aj zákon č. 291/2001 Z. z.) (Zajac, 2000a).

Zákon č. 448/2000 Z. z. – novela zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení

Išlo o novelu zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení. Podľa tejto novely sa zmenila výška odvodu zamestnancov okrem iného aj za zdravotné poistenie z 3,7% na 4 % a zmenil sa maximálny vymeriavací základ z 24 000 Sk mesačne na 32 000 Sk mesačne (Zajac, 2000c).

Poslanci NR SR sa zdráhali prijať túto novelu, hoci odvody do zdravotných poisťovní sa tak zvýšili spolu takmer o 2 miliardy Sk ročne. Vláde aj premiérovi Mikulášovi Dzurindovi dalo pomerne veľkú námahu primäť koalíčných poslancov, aby novelu schválili. Tí to MZ SR „vrátili“ uznesením č. 1185/2001 o plošnom zvyšovaní tarifných miezd zdravotníckym pracovníkom štátnych zdravotných zariadení (pozri časť 5. *Vzťahy medzi ministerstvom zdravotníctva a poskytovateľmi*).

Zákon č. 472/2000 Z. z. o štátnom rozpočte Príjmová časť rozpočtu pre zdravotníctvo sa skladá z viacerých častí. Naďalej ostávajú tri

subjekty, a to zamestnávateľa, zamestnanci a podnikatelia, ktorí zaplatia priamo do zdravotných poisťovní 32,6 mld. Sk. Nepriamo, cez štátny rozpočet, prispievajú všetci občania ďalšími 13,0 mld. Sk do poisťovní za tzv. poistencov štátu a cez Národný úrad práce za nezamestnaných 0,5 mld. Sk.

O nízkej „štábnej“ kultúre štátnych úradníkov svedčí okrem iného aj to, že v zákone o štátnom rozpočte používali od slova do slova celé vety, dokonca odseky, ktoré sa dajú čítať v predchádzajúcich zákonoch o štátnom rozpočte, napríklad z rokov 1999 a 2000. Zároveň tieto vety nešpecifikujú všetky položky rozpočtu, takže ani najpozornejší čitateľ rozpočtu nie je schopný rozpoznať, kam peniaze smerujú (Zajac – Pažitný, 2000a).

Nariadenia vlády SR č. 448/2000 a č. 449/2000

V roku 2000 boli trikrát prijaté nariadenia vlády SR, ktoré zaraďovali a kategorizovali lieky. Novelou zákona č. 95/1995 Z. z. a zákona č. 145/1995 Z. z. zákonom č. 3/2000 Z. z. dostala vláda „kompetencie“ svojím nariadením zaraďovať lieky a zdravotnícke pomôcky a určovať ich kategóriu (do účinnosti tohto zákona mala tieto kompetencie iba NR SR). Od augusta 2000 bolo pripravené už tretie „kategorizovanie“, ktoré sa však – vzhľadom na to, že bolo v rozpore so zákonom (MZ SR navrhlo meniť okrem kategórií aj DDD – odporúčenú dennú dávku lieku) – nakoniec uskutočnilo až koncom roka 2000.

Predpokladali sme, že kategorizácia liekov formou nariadenia vlády uľahčí regulovanie sústavne stúpajúcich výdavkov na lieky (pozri aj časť 7. *Dlh*). Tri rýchlo po sebe idúce nariadenia v roku 2000 však skôr svedčia o „neformálnych záujmoch“ (ide len o elegantnejší termín pre korupciu) niektorých štátnych úradníkov (pozri aj časť 3.4. *Korupcia*).

MZ SR pripravilo rozsiahlu novelu zákona č. 273/1995 Z. z. o zdravotných poisťovniach. Vzhľadom na odpor, ktorý navrhované paragrafované znenie tejto novely vyvolalo, spomenieme ju v tejto časti. Navrhovaná novela mala riešiť povinné zdravotné poistenie, jeho organizáciu a financovanie. Ďalej mal byť zriadený Úrad spoločných činností zdravotných poisťovní a ako „novinka“ malo byť uzákonené povinné zmluvné zdravotné pripoistenie.

Cieľom novely, podľa navrhovateľa, bolo riešiť všetky existujúce problémy súvisiace s financovaním zdravotníctva cestou zdravotných poisťovní. Mali byť zavedené inštitúty:

- povinného zákonného poistenia,
- povinného doplnkového poistenia,
- rodinného poistenia,

a to bez rozsiahlej úpravy (zúženia) Liečebného poriadku. Napríklad si platitelia poistného mohli „vybrať“, či si povinným doplnkovým poistením poistia jednu z troch možností nákladov na:

- lieky,
- stomatologické výkony,
- kúpele,

pričom prinajmenšom náklady na lieky pri existujúcom stave regulácie ceny liekov a ich zaraďovania by predstavovali pre poisťovne také riziko, ktoré by nemohli reálne poistovať.

Navrhované rodinné poistenie neriešilo žiadne súvislosti s inými daňovými a odvodovými zákonmi, a ani nebolo jasné, kto ním vlastne bude zaistený. Bol tiež navrhovaný vznik nového úradu, ktorý by centralizoval evidenciu kmeňa, evidenciu výberu poistného a jeho prerozdelenia, ktorého reálnym výsledkom by však bola iba ďalšia zbytočná inštitúcia platená z verejných zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť.

Novela bola pripravená na vyše 100 stranách, zaujímavosťou bolo, že proti vystúpil dokonca aj štátny tajomník ministerstva zdravotníctva Marián Kováčik, nominovaný SDE (TV Markíza, 15. 8. 2001).

Nariadenia vlády SR č. 399/2001 a č. 400/2001

V roku 2001 boli prijaté iba tieto nariadenia vlády SR (zaraďovanie a kategorizácia), od ktorých očakávalo ministerstvo zdravotníctva zníženie nákladov na lieky. Ako vždy však tieto nariadenia vyvolali vlnu protestov najmä zo strany pacientov a vlnu lobingu zo strany výrobcov a distribútorov liekov. Reálne zníženie nákladov sa podľa doterajších skúseností s predchádzajúcimi zaraďovaniami nedá očakávať.

Negatívne hodnotenie legislatívnych krokov MZ SR vyplýva predovšetkým z faktu, že sme nezaznamenali naozaj seriózne úsilie o zásadnú zmenu.

5. VZŤAHY MEDZI MINISTERSTVOM ZDRAVOTNÍCTVA A POSKYTOVATEĽMI

Nástupom R. Kováča do ministerskej funkcie v júli 2000 nezískala vláda, resp. MZ SR výrazný „oddychový čas“. Choroba prezidenta R. Schustera v júni 2000 mierne otúpila protesty lekární proti neplateniu faktúr poisťovňami. Lekársky odborový zväz (LOZ) pripravoval protestnú akciu pred NR SR s cieľom dosiahnuť zvýšenie miezd v štátnych zdravotníckych zariadeniach. Lekári primárnej ambulantnej starostlivosti (PAS), špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS) a lôžkových zdravotníckych zariadení (LZZ) ako celok zaujali vyčkávacie pozície s tým, že na takzvané dofinancovanie systému boli prisľúbené peniaze z privatizácie Slovenských telekomunikácií. Pôvodne mali ísť tieto zdroje cez zdravotné poisťovne.

V septembri 2000 zorganizoval LOZ protestnú hladovku pred NR SR. R. Kováč najprv odmietol s jeho zástupcami rokovať, následne s delegáciou LOZ rokoval za zatvo-

renými dverami. Hladovka sa dostala do patovej situácie, cieľ lekárov, aby ich problémy boli medializované, sa nepodarilo celkom splniť. Nakoniec poslanci NR SR našli „klasické“ politické riešenie a vyvolali stretnutie na pôde Výboru NR SR pre zdravotníctvo a sociálne veci. Bolo dohodnuté, že R. Kováč podá predsedovi NR SR Jozefovi Migašovi písomnú správu. Správa nakoniec prerástla do analýzy (*Analýza...*, 2001), o ktorej sme sa podrobnejšie zmienili v časti 3.3. *Transformačný program*. O spôsobe oddĺženia píšeme podrobnejšie v nasledujúcich častiach, jeho efektom bolo, že poisťovne krátili úhrady nemocniciam o tú sumu, ktorú dostávali priamo od štátu.

V decembri 2000 LOZ znova zorganizoval protestnú hladovku pred NR SR. Táto na rozdiel od septembrovej mala svoju agendu, pretože sa prerokovával štátny rozpočet. Legislatívna zmena odvodov zamestnancov do zdravotných poisťovní a mierny nárast úhrad štátu za svojich poistencov, ktoré boli v tom čase už parlamentom schválené, mala v roku 2001 zabezpečiť prílev vyše troch miliárd korún do systému navyše. NR SR však prijala uznesenie č. 1185/2000, ktorým zavazovala vládu plošne zvýšiť mzdy zdravotníckym pracovníkom v štátnych zdravotných zariadeniach (celkom cca 52 000 osôb) až o 70 %.

Bolo zjavné, že rok 2001 sa ponese v znamení boja o peniaze medzi rôznymi segmentmi siete. Disponibilné verejné zdroje mali byť na rok 2001 na úrovni cca 52 miliárd korún. Bolo známe, že dlh mesačne narastá o približne 700 miliónov Sk, čo viedlo postupne rôzne segmenty poskytovateľov k rôznym akciám.

V máji 2001 protestovali zdravotníci (nielen lekári) proti neplneniu uznesenia NR SR. Vláda nakoniec schválila plošné zvýšenie tarifných platov v priemernej výške pre stredný zdravotnícky personál o 30 % a pre lekárov o 45 %. Lekárnici si okamžite spočítali, čo to znamená a rozhodli sa pre protest for-

mou zatvorenia lekární s výnimkou pohotovostných. Štrajk sa uskutočnil v júni 2001 a vláda na jeseň 2001 prisľúbila 2 miliardy korún pre lekárne.

V letných mesiacoch roka 2001 dostala Všeobecná zdravotná poisťovňa takzvanú návratnú pôžičku vo výške 2 krát 200 miliónov korún, ktorou kryla nárast mzdových nákladov v štátnych LZZ (plošné zvýšenie miezd znamenalo mesačné navýšenie výdavkov nemocníc na mzdy o cca 220 miliónov korún). Napriek tejto injekcii najmä malé nemocnice už neboli schopné vyplácať mzdy v plnej výške, preto vyplácali len preddavky.

V Košiciach v auguste protestovali zdravotníci, pretože tým, že sa museli zvýšiť plošné mzdy, boli zrušené aj zvyšky osobných ohodnotení, ktoré dovtedy ako-tak diferencovali mzdy medzi pracovníkmi. Riaditelia nemocníc boli nútení znižovať lekárom náhrady za pohotovostné služby a nútili ich vyberať si náhradné voľno.

V auguste 2001 MZ SR pripravilo nový cenový výmer, podľa ktorého mali poisťovne platiť poskytovateľom. Na jednej strane išlo o pokus zaviesť aspoň náznak diferencovania úhrad a s istou dávkou fantázie bolo možné vo výmere objaviť akési princípy odmeny za diagnózu – diagnosis related groups (DRG), na druhej strane tento výmer vyvolal nevôľu všetkých segmentov siete okrem verejných lekární. Lekári PAS a ŠAS hrozili protestným školením o bezpečnosti práce – inak povedané, štrajkom pod hlavičkou školenia. Asociácia nemocníc takisto odmietla tento výmer, hoci ešte v polovici septembra 2001 nebolo jasné, ako sa chcú nemocnice brániť tomuto spôsobu úhrady, keď všetky podliehajú MZ SR.

Čoraz jasnejšie sa ukazovalo, že zdroje, ktoré sú k dispozícii, a výška dlhu, ktorý po navýšení tarifných miezd zdravotníckym pracovníkom štátnych zdravotníckych zariadení mesačne narastá už o cca 700 miliónov korún nemohli vytvoriť prostredie na racionálne riešenie problémov. Vzťahy medzi po-

skytovateľmi a MZ SR boli výrazne determinované finančnými vzťahmi a pripomínali skôr hru na Čierneho Petra (o to, ktorý segment bude ukrátený o obmedzené zdroje) než konštruktívne vzťahy (Zajac, 2001a).

6. ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

Častou a silnou témou (najmä ministra zdravotníctva R. Kováča) boli zdravotné poisťovne. Vo svojom postoji minister prekonal tri etapy. V prvej, neutrálnej etape, v čase, keď mapoval situáciu, poisťovňam venoval pozornosť len okrajovo. Z času načas sa objavili kritické hlasy týkajúce sa hlavne neprímeraného mňania zdrojov na ich prevádzku v čase všeobecnej biedy zdravotníctva. Zriedkavo sa objavili články týkajúce sa samotného existujúceho princípu zdravotného poistenia. Bola vyslovená požiadavka vykonať audit hospodárenia poisťovní (Zajac – Pažitný, 2000b), ale do konca septembra 2001 nebol riadny a nezávislý účtovný audit vykonaný.

V druhej etape sa objavila téza konštrukcie iba jednej zdravotnej poisťovne. Táto etapa vyvrcholila 16. februára 2001 po seminári organizovanom Svetovou bankou, ktorý bol venovaný reforme zdravotníctva (TV Markíza; STV, 16. 2. 2001). Výsledok tejto „kampane“ zo strany R. Kováča viedol skôr k poškodeniu troch malých súkromných poisťovní, pretože ich klienti zneisteli. Nakoniec ani tento motív reformy minister zdravotníctva nedopracoval.

Tretia etapa „nariadovania zdrojov“ spočívala v tom, že R. Kováč chcel svojím nariadením prinútiť poisťovne vyplácať nemocníam mesačne 1,75 miliardy korún ako tzv. minimálnu cenu za poskytnuté výkony. Poisťovne dovtedy vyplácali cca 1,53 miliardy korún mesačne. Plošné navýšenie tarifných miezd znamenalo ďalšie výdavky nemocní vo výške 220 miliónov Sk mesačne, R. Kováč teda chcel nariadením o zvýšení (zjavne neexistujúcich) zdrojov zabezpečiť finančné

krytie. Do konca septembra 2001 sa MZ SR usilovalo presadiť tzv. nový cenový výmer, ktorý vzbudil odpor a vážne protesty takmer všetkých segmentov poskytovateľov (Zajac, 2001a).

V analýzach publikovaných v roku 2001 sme opísali podmienky, za akých vôbec môže fungovať zdravotné poistenie (Zajac – Pažitný, 2001b). Zdravotné poisťovne v SR (nie vlastnou vinou) však nespĺňajú ani jednu. Nedokážu identifikovať riziko (poisťovňa musí podľa možnosti čo najpresnejšie definovať, čo je predmetom poistenia), následne urobiť jeho analýzu (určiť veľkosť a frekvenciu výskytu). Nemôžu kvantifikovať riziko, kontrolovať po položkách, za čo vlastne platia. Ďalej poisťovne nemajú možnosť ovplyvňovať výšku poistného (podľa vývoja škodovosti a nákladovosti), ale takisto nie sú pod tlakom preukazovania a plnenia kritéria solventnosti.

Keďže v rámci tzv. reformy zdravotníctva nedošlo k reálnemu rozdeleniu Liečebného poriadku na to, čo pacient musí dostať bezplatne, a na to, čo nemusí, nevytvorila sa základná podmienka na reálne fungovanie zdravotných poisťovní a akékoľvek pokusy reformovať ich nevedli, a ani viesť nemohli, k inému výsledku, než sú dlhy a ďalšie dlhy poisťovní, a nakoniec aj celého zdravotníctva.

7. DLH

7.1. VONKAJŠÍ DLH

Vonkajší dlh vyjadruje zadlženie jednotlivých subjektov v sektore zdravotníctva voči externým veriteľom. Rozumieme pod ním predovšetkým dlh lôžkových zdravotníckych zariadení voči dodávateľom a dlhy zdravotných poisťovní voči lekárniam, štátnemu rozpočtu a ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na interný charakter dlhov zdravotných poisťovní

Tabuľka 9

Prírastok vonkajšieho dlhu za obdobie 30. jún 2000 – 30. jún 2001 (v mil. Sk)

Dlžník	Veriteľ	Prírastok (+) úbytok (-) dlhu za obdobie 30. 6. 2000 – 30. 6. 2001	Dodatočné mimo- riadne zdroje z privatizácie na oddĺženie	Dodatočné zdroje z privatizácie na dotovanie bežnej prevádzky	Skutočný nárast dlhu po očistení
Zdravotné poisťovne	Lekárne	1 829	400	600	2 829
	Štátny rozpočet	400			400
	Ostatní PZS	548			548
Lôžkové zdravotné zariadenia (štátne)	Dodávatelia liekov a SZM	29	600		629
	Dodávatelia energie	580			580
	Sociálne fondy	-1 460	1 500		40
	Dodávatelia potravín a ostatné	796			796
	Bežná prevádzka			2 940	2 940
Vonkajší dlh		2 722	2 500	3 540	8 762
Kumulatívne		2 722	5 222	8 762	
Mesačný nárast		227	435	730	

Poznámka: PZS – poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (najmä ambulantná starostlivosť).

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo financií SR.

voči lôžkovým zariadením, a aby sme sa vyhlili duplicitu, od nich pri kalkulácii externého dlhu abstrahujeme.

Pripomeňme si, že počas pôsobenia ministra zdravotníctva T. Šagáta (po tom, čo v súvislosti s chorobou prezidenta označil svoj výkon za „excelentný“, 4. júla 2000 z funkcie odstúpil) externý dlh v období 31. december 1998 až 30. jún 2000 vzrástol celkovo o 6,209 mld. Sk (čiže o 345 mil. mesačne). Hlavnou úlohou nového ministra R. Kováča, ktorý do funkcie nastúpil 13. júla 2000, teda bolo ak nie zníženie, tak aspoň zastavenie rastu dlhu. Očakávalo sa preto zavedenie takých reformných krokov, ktoré by dlh stabilizovali. Nestalo sa tak.

Počas doterajšieho pôsobenia R. Kováča externý dlh od 30. júna 2000 do 30. júna 2001 vzrástol podľa údajov MZ SR o 2,722 mld. Sk (čiže o 227 mil. mesačne). Tento údaj je však klamlivý. Dôležitou „pripočítateľnou“ položkou sú mimoriadne zdroje z privatizácie v celkovej sume 6,040 mld. Sk, ktoré výrazným spôsobom tlmili rast dlhu. Celkový dlh by tak počas jedného roka narástol o neveriteľných 8,762 mld. Sk (730 mil. mesačne).

Ministerstvo zdravotníctva SR tak dodaním jednorazových finančných injekcií z pri-

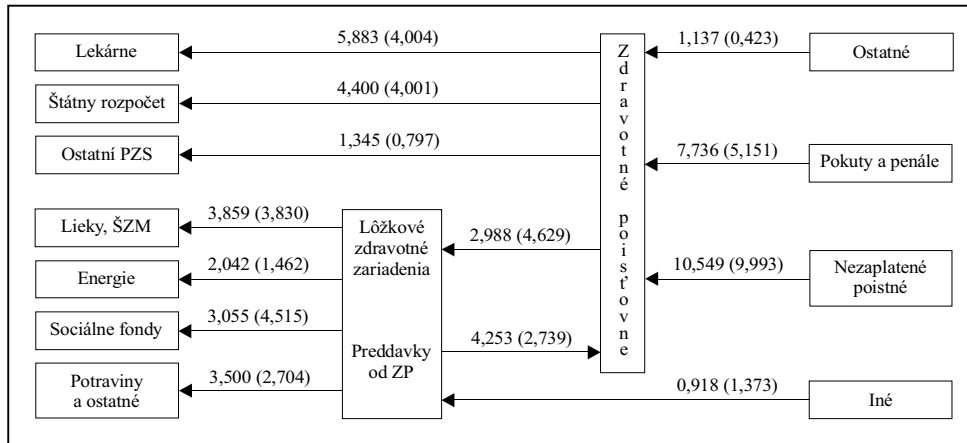
vatizačných príjmov opticky zmiernilo rast dlhu, ale vonkoncom neodstránilo príčiny jeho vzniku. Tie spočívajú vo výdavkovej časti systému, predovšetkým v pretrvávajúcom štátnom vlastníctve, nízkej reštrukturalizácii, nevyhovujúcej sieti a vysokých fixných nákladoch lôžkových zariadení, v nemotivačne nastavenom systéme platobných mechanizmov a v nevhodnom rozložení rizika. Môžeme konštatovať, že dlh ani k 30. júnu 2001 ešte zďaleka nebol stabilizovaný.

Vonkajší dlh systému zdravotníctva – tak, ako sme ho definovali v úvode – dosiahol k 30. júnu 2001 objem 24,084 mld. Sk. Keďže v systéme máme viacero trhov a na každom z nich viacero subjektov, budeme ich záväzky a pohľadávky posudzovať oddelene. Podrobnejšiu štruktúru dlhu znázorňuje schéma 2.

Výška záväzkov zdravotných poisťovní k 30. júnu 2001 dosiahla 14,616 mld. Sk (tabuľka 10). Za špecifický môžeme považovať záväzok voči štátnemu rozpočtu vo výške 4,400 mld. Sk vo forme tzv. návratnej finančnej výpomoci. Ako zdroj financovania zdravotníctva je táto výpomoc svojím charakterom vysoko neštandardná a má slúžiť na posilnenie platobnej schopnosti poisťovní. V roku 1998 bolo poskytnutých 1,271 mld.

Schéma 2

Štruktúra záväzkov a pohľadávok v sektore zdravotníctva k 30. júnu 2001 (v mld. Sk)



Poznámka: Údaj v zátvorke je k 30. júnu 2000.

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR.

Sk, v roku 1999 ďalších 2,730 mld. Sk, v roku 2000 potom 0,4 mld. Sk a napokon v lete 2001 ešte raz 0,4 mld. Sk. Túto sumu však vzhľadom na to, že bola poskytnutá až po 30. júni 2001, do prehľadu nezahrňame.

Z povahy návratnej finančnej výpomoci vyplýva jej návratnosť. Vzhľadom na deficitné hospodárenie zdravotných poisťovní sú očakávania (v návrhu štátneho rozpočtu na rok 2002 ministerstvom financií zahrnuté do príjmov) na jej splatenie nereálne. Skôr ju možno považovať za určitý druh kompenzácie štátu za nedostatočné plnenie si odvodovej povinnosti zo strany štátu za svojich poistencov.

Dlh zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti k 30. júnu 2001 podľa zdravotných poisťovní dosahoval 10,216 mld. Sk. Takmer 58 % z tejto sumy tvoria dlhy lekárniam (5,883 mld. Sk), ktorých objem zároveň zaznamenal aj mimoriadny medziročný nárast o 47%! Dlh voči lekárniam má viacero dôležitých charakteristík. Po prvé, väčšina liekov na Slovensku je z dovozu a platí sa za ne devízami. Importéri a distributéri liekov tak znášajú kurzové riziko, ktoré potom implicitne prenášajú do

zvyšovania ceny liekov. Po druhé, vzhľadom na ostatné dlhy v zdravotníctve je dlh voči lekárniam relatívne krátkodobý – maximálne 6 až 9 mesiacov.

Zvyšných 42 % tvoria dlhy zdravotných poisťovní na výkonoch zdravotnej starostlivosti. Z časového hľadiska došlo k medziročnému zníženiu tohto dlhu o viac ako miliardu korún. Pre lepšie pochopenie však musíme urobiť štruktúrny rozbor a dlh na výkonoch zdravotnej starostlivosti rozdeliť na dva celky.

Prvým je dlh voči ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ten medziročne stúpol až o 70 % na 1,345 mld. Sk. Druhým je dlh voči lôžkovým zdravotníckym zariadeniam (LZZ). Na ten nazerať obe zúčastnené strany – zdravotné poisťovne i lôžkové zariadenie – rozdielnou optikou. Kým zdravotné poisťovne vykazujú voči LZZ dlh vo výške 2,988 mld. Sk, lôžkové zariadenie tvrdia, že zdravotné poisťovne im dlhujú 6,676 mld. Sk.

Výška pohľadávok zdravotných poisťovní k 30. júnu 2001 dosiahla 24,593 mld. Sk (tabuľka 11). Najväčší podiel, 43 %, na tomto objeme predstavujú pohľadávky za nezapla-

Tabuľka 10**Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní v SR (v mil. Sk)**

	1995	1996	1997	1998	1999	30. 6. 2000	30. 6. 2001
zdravotná starostlivosť	2 496	2 199	6 619	10 120	8 916	9 428	10 216
lieky (lekárne)		773	2 138	3 839	3 582	4 004	5 883
výkony zdravotnej starostlivosti		1 426	4 481	6 281	5 334	5 424	4 333
úvery, pôžičky a návratná finančná výpomoc	646	743	1 677	1 903	4 369	4 001	4 400
záväzky celkom	3 142	2 942	8 296	12 023	13 285	13 429	14 616

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo financií SR.

tené poisťné vo výške 10,549 mld. Sk. Pozitívnou črtou je medziročný pokles dynamiky rastu pohľadávok na poisťnom na 5,5 %. Kumulatívne objem finančných prostriedkov viazaných v pohľadávkach od roku 1994, keď bol systém zdravotného poisťovania spustený, až po 30. jún 2001, predstavuje menej ako 5 % z objemu vybraného poisťného, čo zodpovedá úspešnosti výberu zdravotných poisťovní na úrovni 95 %. Na tomto mieste musíme upozorniť na problém nezohľadňovania predpísaného poisťného v zdravotnom poisťovaní a na otázky, či by nevybraté poisťné nemalo byť v hospodárení zdravotných poisťovní pripočítateľnou položkou, tak ako v prípade komerčných poisťovní.

Objemovo druhou najväčšou skupinou pohľadávok sú pokuty a penále (7,736 mld. Sk), ktorých podiel dosahuje takmer 32 % celého objemu pohľadávok zdravotných poisťovní. Vymôcť tieto pohľadávky bude pravdepodobne nemožné, objem týchto pohľadávok medziročne dynamicky rastie a má reálne nulovú hodnotu, a značne deformuje pohľad na skutočné hospodárenie zdravotných poisťovní.

Relatívne malou skupinou sú ostatné pohľadávky zdravotných poisťovní. Sú to pre-

dovšetkým pohľadávky za prenájom priestorov a pod. Ich objem sa medziročne takmer strojnásobil a k 30. júnu 2001 dosahoval 1,137 mld. Sk.

Objem záväzkov lôžkových zariadení medziročne vzrástol o 285 mil. Sk na 12,456 mld. Sk (tabuľka 12). Tento nízky rast dlhu o 2,3 % však nemôžeme pripísať na vrub efektívnejšieho hospodárenia nemocníc, ale predovšetkým na adresu extrémneho prílevu dodatočných finančných prostriedkov z privatizácie, ktoré spôsobili brzdenie rastu dlhu. Celkovo bolo od septembra 2000 do februára 2001 do lôžkových zdravotníckych zariadení priamo aj nepriamo dodatočne „napumpovaných“ viac ako 5 miliárd korún (tabuľka 8).

Napriek týmto jednorazovým finančným dotáciám dlh v troch dôležitých položkách naďalej rastie. Mierne vzrástol za lieky (o 0,8 %), výraznejšie za potraviny a ostatné (o 39,4 %) a najmarkantnejšie za palivá a energie (o 39,7 %). K zníženiu dlhu došlo len v položke poisťné o 1,460 mld. Sk, treba si však uvedomiť, že na oddĺženie LZZ voči Sociálnej poisťovni bolo vyčlenených 1,5 mld. Sk.

Pri posudzovaní pohľadávok lôžkových zariadení treba jednotlivé dáta posudzovať

Tabuľka 11**Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní v SR (v mld. Sk)**

	1995	1996	1997	1998	1999	30. 6. 2000	30. 6. 2001
pohľadávky na poisťnom	1 089	1 705	4 708	6 977	9 203	9 993	10 549
iné pohľadávky, z toho príslušenstvo dlhu vo forme pokuty a penále	176	1 058	2 069	5 993	7 102	9 686	14 044
						5 151	7 736
Pohľadávky celkovo	1 265	2 763	6 777	12 970	16 305	19 679	24 593

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo financií SR.

Tabuľka 12**Štruktúra záväzkov lôžkových zariadení v SR (v mil. Sk)**

	1995	1996	1997	1998	1999	30. 6. 2000	30. 6. 2001
poistné (38 %)	360	382	660	1 750	2 965	4 515	3 055
lieky a ŠZM	1 150	1 220	2 330	3 555	3 701	3 830	3 859
potraviny a ostatné	620	700	1 000	1 900	2 606	2 704	3 500
palivá a energie	350	380	550	1 020	1 140	1 462	2 042
Záväzky spolu	2 480	2 682	4 540	8 225	10 412	12 171	12 456

Poznámka: ŠZM – špeciálny zdravotnícky materiál.

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR – drobné odchýlky sú možné, pretože údaje za roky 1995 – 1998 boli odčítané z grafu.

Tabuľka 13**Porovnanie záväzkov ZP voči LZZ a pohľadávok LZZ voči ZP**

	1996	1997	1998	1999	2000	30. 6. 2001
Záväzky ZP voči LZZ	1 426	4 481	4 198	2 844	3 544	2 988
Pohľadávky LZZ voči ZP	3 376	4 151	5 530	4 890	6 251	6 667

Poznámka: ZP – zdravotné poisťovne, LZZ – lôžkové zdravotnícke zariadenia.

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR.

veľmi obozretne. Zdravotnícke zariadenia vykazujú dve skupiny pohľadávok. Do prvej skupiny zahrňujú pohľadávky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí si od LZZ prenajímajú ordináčne miestnosti – napríklad prenájmy neštátnym lekárom. Tieto medziročne poklesli o jednu tretinu z 1,373 mld. Sk na 0,918 mld. Sk.

Druhou, oveľa komplikovanejšou skupinou, sú pohľadávky voči zdravotným poisťovňam. Tie sú totiž v porovnaní s deklarovaným objemom záväzkov zdravotných poisťovní voči LZZ výrazne nižšie (tabuľka 13). Príčinou týchto nerovnováh je neprehľadný systém financovania, nedostatočné výkaz-

níctvo a nejednoznačné pravidlá platobných mechanizmov. Dôsledkom je už viackrát spomínaný a vysvetľovaný problém krytého a nekrytého dlhu.

7.2. PRÍČINY VZNIKU DLHU

Príčiny vzniku a sústavnej kumulácie dlhov rozdelíme na dve skupiny. Do prvej zaradíme externé príčiny, ktoré sú spravidla mimo priameho dosahu ministra zdravotníctva. Do druhej začleníme interné príčiny, ktoré môže MZ SR ovplyvňovať priamo (tabuľka 14).

Tabuľka 14**Príčiny vzniku dlhu**

Externé príčiny	Interné príčiny
<ul style="list-style-type: none"> Hospodárska recesia v roku 1993. Nedostatočné odvádzanie poistného zo strany štátu. Článok 40 Ústavy SR garantujúci občanom bezplatnú zdravotnú starostlivosť. 	<ul style="list-style-type: none"> Netransparentné finančné vzťahy a zlyhania kontrolného systému. Dlh samotný. Nedostatočne reštrukturalizovaná strana ponuky (najmä LZZ a ich extrémne vysoké fixné náklady). Uplatňovanie výdavkového princípu pred nákladovým princípom a nulové hraničné náklady. Organizačná štruktúra jednotlivých subjektov, zlý systém odmeňovania a platobných mechanizmov. Všetko riziko znáša štát (aj za poisťovne, aj za LZZ).

Zdroj: Autori.

7.3. DÔSLEDKY PREHLBOVANIA DLHU

Objem celkového externého dlhu v súčasnosti dosahuje približne jednu tretinu celého ročného rozpočtu rezortu zdravotníctva a jeho dôsledky na poskytovanie služieb sú doslova likvidačné:

- Rastie marža dodávateľov liekov, ŠZM (špeciálny zdravotnícky materiál) a pod., dodávatelia si do nej premietajú zvýšené náklady súvisiace s rastúcim úrokovým a kurzovým rizikom, ktoré musia znášať. Výsledkom je zvyšovanie nákladov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
- Rastie objem korupcie. Pramení najmä z uprednostňovania tých veriteľov dlžníkmi, ktorí ich podplácajú.
- Dlh viaže finančné prostriedky, klesá motivácia a efektívnosť, čoho dôsledkom je pokles kvality poskytovaných služieb a následne zdravotného stavu obyvateľstva.
- Rastie vnútorný dlh, ktorý vyjadruje morálne a technické opotrebovanie majetku a vybavenia zariadení v sektore zdravotníctva. Pretože poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú veľké problémy financovať bežnú prevádzku nemocnice, na pravidelnú obnovu investičného majetku môžu použiť len dotácie na kapitálové výdavky zo štátneho rozpočtu. Ich objem je stanovený na cca 2,2 mld. Sk ročne a zďaleka nepostačuje na reálne krytie investičných potrieb.

7.4. LIKVIDÁCIA DLHU

Likvidácia dlhu, ktorú z jedinečných a neopakovateľných zdrojov z privatizácie vykonal MZ SR, bola absolútne neefektívna. Vyše 6 miliárd korún použitých v rámci „oddĺženia“ len tlmilo rast dlhu a systém sa po tejto injekcii opäť ocitol tam, kde predtým. Dlh rastie a mimoriadne zdroje z privatizá-

cie sú prejedené. Efektívna likvidácia dlhu závisí od dvoch kritických bodov: od správneho výberu metódy oddĺženia a od správneho načasovania.

Po „oddĺžovacom“ maratóne a prejedení prostriedkov z privatizácie zostávajú v podstate dve základné metódy oddĺženia:

1. reštrukturalizácia dlhu (veriteľmi by sa mali stať banky namiesto dodávateľov),
2. emisia dlhopisov.

Druhým kritickým bodom je správne načasovanie oddĺženia. Likvidácia dlhu sa nemôže začať skôr, než bude zdravotníctvo finančne stabilizované a nebude produkovať dlhy. Ak má totiž oddĺženie extenzívnu povahu a nepredchádza mu reštrukturalizácia a ozdravenie zdravotníctva, ide o bezprecedentné mrhanie jedinečnými finančnými zdrojmi, ktoré síce opticky rast dlhu tlmia, ale nezakladajú žiadne predpoklady, že dlh nebude znova rásť. Vo finančne nestabilnom prostredí, ktoré je charakteristické pre slovenské zdravotníctvo, je sústavné „oddĺžovanie“ nebezpečnou drogou, od ktorej je pomaly závislé celé zdravotníctvo. Zároveň si všetci až príliš triezvo uvedomujeme, že odvykacia kúra bude bolestná

8. FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA

V roku 2000 smerovalo podľa našich prepočtov na financovanie (pod termínom financovanie rozumieme proces výberu finančných prostriedkov, ktoré slúžia na krytie všetkých aktivít spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti) zdravotníctva približne 73,6 mld. Sk (pozri maticu 1), čo zodpovedá 8,3 % vytvoreného HDP (887,2 mld. Sk v roku 2000). Tento náš údaj je vo výraznom kontraste s údajom 6,4 % (56,9 mld. Sk), ktorý vo svojich oficiálnych materiáloch uvádza MZ SR, a ktorý veľmi často používa vo svojich analýzach. MZ SR totiž vo svojej metodike nezohľadňuje objem ne-

Matica 1

Zdroje a sprostredkovatelia (údaje sú za rok 2000, v mld. Sk)

Sprostredkovatelia	Zdroje											Spolu
	Zamestnávateľia	Zamestnanci	SZČO	Domácnosti	Ministerstvo zdravotníctva SR	NÚP	Privatizačné príjmy	Všeobecná pokladničná správa	Lotérie a hry	Iné zdroje	Dodávateľia	
zdravotné poisťovne	21,9	8,1	1,5	0,3	11,1	0,5	0,7	0,4		0,7		45,1
MZ SR					4,0							4,0
priame úhrady				5,7								5,7
neformálne platby				12,0								12,0
Štátny fond zdravia								0,1				0,1
lôžkové zdravotnícke zariadenia							2,9		0,1		3,0	6,0
ostatné kapitoly ŠR								0,7				0,7
Spolu	21,9	8,1	1,5	18,0	15,1	0,5	3,6	1,1	0,1	0,7		73,6

Poznámka: SZČO – samostatne zárobkovo činné osoby, NÚP – Národný úrad práce.

Zdroj: Prepočty autorov podľa Štátneho záverečného účtu MF SR, údajov MZ SR a vlastných odhadov.

oficiálnych platieb (asi 12,0 mld. Sk), dlhové financovanie (nárast dlhu voči dodávateľom o cca 3,0 mld. Sk) a nepresne vypočítalo celkové mimoriadne zdroje z privatizácie (namiesto skutočne použitých 3,5 mld. Sk započítalo len 1,9 mld. Sk, čo predstavuje rozdiel 1,6 mld. Sk).

Finančné toky v roku 2000 môžeme rozdeliť na dve veľké skupiny – štandardné (54,6 mld. Sk) a neštandardné (19,0 mld. Sk). Za neštandardné považujeme predovšetkým:

1. neformálne platby (12,0 mld. Sk),
2. mimoriadne zdroje z privatizácie (3,6 mld. Sk),
3. návratná finančná výpomoc (0,4 mld. Sk),
4. dodávateľia (3,0 mld. Sk).

Pri posudzovaní neformálnych platieb za poskytnuté služby vo forme korupcie a úplatkov rozlišujeme dve polohy:

- Aká je motivácia na korupciu?
- Aká je výška tejto korupcie?

Korupčné správanie na strane pacientov má rozličné motívy. Prvým je získanie určitej dodatočnej výhody, napríklad skrátenie čakacej doby, výber operujúceho chirurga a pod. Druhým je získanie prístupu k liečbe, ktorá by mala byť poskytovaná elementárne, ale z dôvodu limitovaných zdrojov a zlého

motivačného systému platobných mechanizmov je danej liečby nedostatok, a keďže nefunguje normálny trh, je poskytovaná na korupčnom trhu. Tretím je tradícia vyplývajúca z pocitu vďačnosti.

Objem korupcie sa určuje veľmi ťažko. V zdravotníctve závisí od dvoch faktorov: od počtu kontaktov a od naliehavosti prípadu. Výpočet objemu korupcie v slovenskom zdravotníctve oprieme o tri nezávislé pramene:

1. V roku 1998 označil *Wall Street Journal* Slovensko za najskorumpovanejšiu krajinu strednej Európy.
2. V roku 2001 celosvetová organizácia Transparency International zaoberajúca sa korupciou zaradila v miere vnímania korupcie Slovensko na 51. miesto spomedzi 99 hodnotených krajín, čím je Slovensko všeobecne vnímané ako krajina s vyššou korupciou.
3. V roku 2001 podľa údajov Eurostatu – štatistického úradu Európskej únie – predstavuje podiel tieňovej ekonomiky na Slovensku 15 % HDP a je vyšší než priemer krajín kandidujúcich na vstup do EÚ.

Vzhľadom na luxusnú povahu statkov zdravotnej starostlivosti (s rastúcim príjmom podiel výdavkov na zdravotníctvo na celkových výdavkoch stúpa) zároveň predpokla-

dáme, že objem korupcie v zdravotníctve určite prevyšuje danú kvótu 15 %. Celkový objem korupcie vo výške 12 mld. Sk podporený uvedenými argumentmi preto považujeme za reálny. V prepočte na obyvateľa tento objem predstavuje 2 222 Sk ročne, čiže 186 Sk mesačne.

Mimoriadne zdroje sú dodatočné zdroje použité v systéme zdravotníctva. Ide predovšetkým o zdroje z privatizácie. Tieto však nie sú používané systémovo na reformy a znižovanie dlhu, ale na financovanie bežných príjmov, čo je pri ich jedinečnosti a neopakovateľnosti veľkým hazardom.

Zo všeobecnej pokladničnej správy je zdravotným poisťovniam každoročne pridelená tzv. návratná finančná výpomoc, ktorú môžeme považovať za nenávratnú dotáciu a má slúžiť na posilnenie platobnej schopnosti poisťovní. Považujeme ju však za akúsi náhradu/kompenzáciu za nedostatočné plnenie odvodovej povinnosti zo strany štátu za svojich poistencov. Svojím charakterom je táto platba veľmi neštandardná.

Posledným, ale vôbec nie nevýznamným zdrojom financovania zdravotníctva sú dodávatelia financujúci zdravotníctvo svojimi pohľadávkami, ktoré z hľadiska poskytovateľov zdravotnej starostlivosti môžeme klasifikovať ako úvery. Zaradenie týchto zdrojov do matice je dosť problematické, podľa nárastu dlhu však môžeme túto sumu v roku 2000 odhadnúť na 3,0 mld. Sk.

Kľúčové závery:

1. Finančných zdrojov je relatívny dostatok (a ich objem limitovaný, pričom nie je priestor na ich zvýšenie).
2. Problémová zostáva ich efektívna alokácia.
3. Otázna zostáva legalizácia niektorých tokov – napríklad korupčných peňazí v systéme.
4. Zvyšovanie zdrojov (vyššie poisťné a privatizácia) len tlmí rast dlhu a je neefektívne, tento extenzívny prístup je pre MZ SR typický.

9. SYSTÉM PLATOBNÝCH MECHANIZMOV A EFEKTÍVNA ALOKÁCIA ZDROJOV

Problémom rezortu zdravotníctva na Slovensku nie je výber finančných prostriedkov, ale ich neefektívna alokácia. Zatiaľ čo financovanie je zodpovedné za výber zdrojov, systém platobných mechanizmov zahŕňa všetky procesy a inštitúcie, prostredníctvom ktorých sú odmeňovaní jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Tieto platobné mechanizmy vytvárajú dôležité stimuly, na ktoré poskytovatelia citlivo reagujú. Ako si ukážeme, pojem citlivosť chápeme v kontexte slovenského zdravotníctva, fungujúceho bez reálnej konkurencie a konkrétnej zodpovednosti, vo veľmi obmedzenej miere.

Lekári primárnej ambulantnej starostlivosti sú platení formou kapitácie. Kapitácia znamená, že lekár za každého zmluvne registrovaného občana dostáva od zdravotnej poisťovne paušálnu platbu bez ohľadu na skutočne odvedený výkon. Lekár je teda platený za „pripravenosť“ poskytovať zdravotné služby. Táto „pripravenosť“ má svoje negatíva:

- dochádza k presunu nákladov na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, napríklad na nemocnice,
- lekári nemajú motiváciu poskytovať zdravotné služby a často znižujú dostupnosť pacientov k starostlivosti (zvláštne stanovené otváracie hodiny a pod.),
- je komplikovaná zmena lekára a odchod k inému lekárovi (zmluvy sa uzatvárajú na pol roka a sú dosť nepružné),
- klesá kvalita ako dôsledok.

Najväčšiu výhodu tohto systému požíva MZ SR. Kapitačný systém odmeňovania sa totiž ľahko administruje a jeho regulácia je absolútne v moci ministerstva, ktoré stanovuje kapitačnú sadzbu. Z pohľadu lekárov je kapitácia najlepším systémom odmeňovania (nie je viazaná na výkon), prekáža im však nedostatočná valorizácia kapitačnej platby.

Tabuľka 15

Zabezpečenie primárnych služieb lekárskymi miestami a výška kapitácie

Ambulancie lekárov	Lekárske miesta v roku 1999	Počet obyvateľov v kmeni na lekárske miesto v roku 1999*	Výška kapitačnej sadzby v Sk k 30. 6. 2001**	Orientačná výška priemerného mesačného výnosu (v Sk)***
praktický pre dospelých	2 121,25	1 873	35,0	65 555
gynekologické	471,94	2 997	23,8	71 335
praktický pre deti a dorast	1 201,58	1 187	52,0	61 724

Poznámka:

* Výška kapitačnej sadzby je priemerná.

** Od výšky priemerného mesačného výnosu je potrebné odpočítať náklady (mzdové na sestričku, nájomné, sociálne odvody a pod.) a výsledok zdaňiť.

Zdroj: ÚZIS; *Zdravotnícka ročenka SR 1999* a Asociácia súkromných lekárov – ASL SR 2001.

Neštátni lekári špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú platení podľa výkonov, pričom každý výkon je ocenený patričným počtom bodov. Z dôvodu lekármi indukovaného dopytu (jav vyplýva z informačnej medzery – lekári v záujme dosiahnuť vyšší príjem umelo zvyšujú počet ošetrení, resp. vykonávajú služby, ktoré nie sú potrebné) a limitovaného rozpočtu zdravotných poisťovní sa špecialistom určuje maximálny limit preplatených bodov. Cena jedného bodu bola ešte v roku 1996 MZ SR stanovená na 30 halierov a odvtedy sa nezmenila. Niektoré zdravotné poisťovne však v rámci konkurenčného boja špecialistom túto sadzbu veľmi mierne valorizujú (napríklad na 31 až 34 halierov).

Systém platenia za výkony so zavádzaním limitov je síce moderným platobným mechanizmom, má však svoje obmedzenia a pre každého z účastníkov sektora zdravotníctva viaceré špecifické dôsledky:

- MZ SR v rámci udržania nákladov nie je motivované valorizovať cenu bodu. Zároveň si uvedomuje, že neštátni lekári znášajú všetky finančné riziká osobne a budú musieť zo svojich výnosov efektívne hospodáriť, to znamená šetriť. Túto vlastnosť však nedokáže preniesť na štátom vlastnené nemocnice! Problému prenášania rizík sa venujeme podrobne v ďalšom texte.
- Zdravotné poisťovne viazané cenovým výmerom MZ SR pre jednotlivých neštátnych poskytovateľov stanovujú maximálne limi-

ty s cieľom minimalizovať indukovaný dopyt a udržať rast výdavkov na túto skupinu poskytovateľov. Zároveň tak odhaľujú svoju najväčšiu slabinu, ktorou je nezáujem efektívne alokovať finančné prostriedky. Svojím alibizmom plnia zdravotné poisťovne len redistribučnú funkciu a pasívnym postojom sa priamo pričiňujú o negatívnu situáciu v našom zdravotníctve.

- Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – špecialistov tento systém znamená pracovať určitý čas v mesiaci zadarmo. Body nad rámec maximálneho limitu (poisťovňami nazývaného aj objednané výkony) totiž zdravotné poisťovne neakceptujú, čím jednostranne porušujú právo na vlastníctvo pohľadávky. Ide o jednu z foriem vzniku nekrytého dlhu.

Štátni lekári sú na Slovensku odmeňovaní platmi, ktoré stanovuje výmerom MZ SR, a ten je záväzný pre každého riaditeľa štátneho zariadenia. Manažment štátneho zariadenia tak má prostredníctvom osobného ohodnotenia len veľmi limitovaný vplyv na cenu práce. Nedostatočne platení lekári svoj nízky plat kompenzujú vyhľadávaním renty vo forme úplatkov a korupcie.

Celkovo môžeme manažment štátnych zariadení z viacerých dôvodov charakterizovať ako byrokratický, pretože:

- riaditeľa nemocnice vymenúva minister zdravotníctva,

- výšku vstupov kontroluje MZ SR, ktoré stanovuje cenu práce tarifnými platmi, reguluje cenu liekov a špeciálneho zdravotného materiálu, a MF SR, ktoré určuje cenu energií,
- manažment nie je motivovaný k vyššej výkonnosti a efektivite, lebo nie je posilnený vzťah medzi dobrým výkonom a odmenou, skôr naopak.

Vzhľadom na rôzne stimuly vedúce k neefektívnosti a zneužívaniu nie je súčasné izolované nastavenie platobných mechanizmov vhodné. Riešením by bolo zaviesť kombinovaný – viaczložkový systém platobných mechanizmov. Znamenalo by to, že výnosy neštátnych lekárov by sa skladali z viacerých zložiek.

Lôžkové zdravotnícke zariadenia sú od 1. mája 2000 platené na základe zmluvného vzťahu medzi zdravotnou poisťovňou a LZZ, ktorý môžeme označiť ako platobný mechanizmus systémom globálnych rozpočtov. MZ SR v súčasnosti len stanovuje výšku celkových zdrojov pre nemocnice (1,750 mld. Sk mesačne) a necháva na zdravotné poisťovne, aby tento „koláč“ medzi lôžkové zariadenia rozdelili. Problémom zostáva už len maličkosť. Lôžkové zariadenia totiž na svoju prevádzku potrebujú okolo 2,3 mld. mesačne. MZ SR sa chcelo problému elegantne zbaviť, ale ten sa vrátil s ešte vyššou intenzitou. Zdravotné poisťovne prakticky riadiace celý rezort zdravotníctva presunuli riziko na lôžkové zariadenia – ktoré sú v drvivej väčšine štátne.

Z povahy globálneho rozpočtu vyplýva, že všetky riziká znáša poskytovateľ a žiadne platiteľ. To znamená, že zavedenie tohto systému opäť stabilizovalo iba zdravotné poisťovne. Keďže takmer všetky lôžkové zariadenia sú štátne, celé riziko štát stiahol sám na seba.

Globálne rozpočty patria medzi moderné platobné systémy používané aj v zahraničí, avšak na Slovensku tento systém platieb nemohol mať úspech. Dôvod je veľmi jedno-

duchý – sú ním mäkké rozpočtové obmedzenia:

- štát ako vlastník znáša riziko hospodárenia štátnych nemocníc,
- MZ SR svojimi krokmi ako napríklad návratnou finančnou výpomocou, oddlžením cez poisťovne a pod. sústavne stabilizuje zdravotné poisťovne,
- nemocnica v súkromnom vlastníctve nemíňa viac, ako dostane, lebo bude stratová a jej manažment sa bude musieť za tieto straty zodpovedať pred vlastníkom. Za štátnu nemocnicu znáša riziko štát a manažment nemocníc nie je na ich hospodárskom výsledku nijak zainteresovaný,
- vzhľadom na platné znenie exekučného zákona sa veritelia nemôžu domáhať svojich pohľadávok.

Výsledkom pôsobenia mäkkého rozpočtového obmedzenia je fixná a nedostatočne reštrukturalizovaná sieť zdravotníckych zariadení. Neprebehlo trhové čistenie (LLZ sú spod neho vyňaté) a máme vysokú ponuku zdravotníckych zariadení, ktorých fixné náklady výrazne zaťažujú rozpočet určený na zdravotníctvo.

10. ORGANIZÁCIA

Popri nevhodne nastavenom systéme financovania a nemotivačnom systéme platobných mechanizmov trápí slovenské zdravotníctvo centralistické a monopolistické organizačné usporiadanie jednotlivých subjektov, ako poskytovateľov, tak aj finančných sprostredkovateľov. V súčasnosti slovenské zdravotníctvo trpí hlavne „pretrvávajúcim socializmom“.

10.1. CENTRÁLNE RIADENIE A CENTRÁLNE ZNÁŠANIA RIZIKA

Zdravotníctvo je centrálné riadené Ministerstvom zdravotníctva SR. Do jeho monopolu patria kľúčové kompetencie:

1. Stratégia a manažment zdravotníctva. Viac ako desaťročný absolútny monopol MZ SR na prípravu a realizáciu rôznych, často protichodných, „reformiem“ napáchal na slovenskom zdravotníctve nesmierne škody. V systéme naďalej pretrváva „socialistická“ forma, reformy sa dotkli len čiastkových oblastí, a keďže neboli komplexné, ich efekt rýchlo vyprchal.

2. Riadenie štátnych zdravotníckych zariadení. Manažment štátnych lôžkových zariadení je priamo nominovaný MZ SR. Takíto manažéri – byrokrati – nemajú žiadnu kontrolu nad vstupmi, ako sú napríklad ľudské zdroje alebo fyzický kapitál, a zároveň nenesú žiadnu zodpovednosť za výstupy a hospodársky výsledok. Dôsledkom je deficitné hospodárenie lôžkových zariadení, nízka kvalita služieb a nízka efektívnosť.

3. Štátny dozor. Jeho postavenie je paradoxné, lebo štátni úradníci vlastne kontrolujú štátnych úradníkov. Jedným z dôsledkov zlyhania štátneho dozoru je bezriziková existencia zdravotných poisťovní.

4. Rozhodovanie o finančných tokoch tečúcich cez kapitolu MZ SR. Ministerstvo rozhoduje ročne o viac ako 4 miliardách korún, ktoré tečú cez jeho kapitolu. Z hľadiska transparentnosti a efektívnosti je najkritickejšie pridelovanie prostriedkov formou tzv. kapitálových výdavkov (ide o 2 miliardy korún na príspevky štátu prevažne nemocniciam, určené na nákup zvlášť drahej techniky), ktoré sú často predmetom korupcie.

5. Tvorba cien na odmeňovanie PAS, ŠAS a LZZ. Táto silná kompetencia je jednou z hlavných príčin nízkej efektívnosti nášho zdravotníctva. Do trhu medzi poskytovateľom a poisťovateľom totiž vstupuje štát, ktorý hrubo deformuje cenové mechanizmy a potláča konkurenciu.

6. Tvorba siete zdravotníckych zariadení. MZ SR fixne určuje a centrálnie riadi sieť zdravotníckych zariadení (socialistického charakteru). Vyššie spomenutá cenová regulácia a fixná sieť vlastne neumožňuje trhové

čistenie a vytlačenie neefektívnych poskytovateľov z trhu. Dôsledkom je nadbytok a vysoké fixné náklady⁴ lôžkových zariadení či nevhodný pomer medzi ambulatnou a lôžkovou starostlivosťou. Zdravotnícke zariadenia teda nie sú rozložené podľa potrieb obyvateľov, ale podľa potrieb ministerstva.

7. Tvorba cien a regulácia liekov. Nevhodne nastavená regulácia a zbytočná kategorizácia liekov spôsobujú extrémnu spotrebu liekov a neprímerané stúpanie nákladov na ich zabezpečenie.

8. Tvorba tarifných miezd. Je nástrojom sociálnej politiky vlády a znemožňuje riaditeľom nemocníc efektívne mzdové diferencovanie zamestnancov a efektívny nákup pracovných síl.

Takéto riadenie sa vyznačuje nízkou flexibilitou, neadekvátnymi reakciami na problémy, vysokou mierou regulácie a vysokým objemom korupcie. Čo však systém ešte viac deformuje, je fakt, že nie sú dodržané rovnaké pravidlá hry pre všetky subjekty. Týka sa to predovšetkým nerovnosti v znášaní rizika. Štát totiž garantuje stopercentnú platobnú neschopnosť dvoch štátom riadených zdravotných poisťovní a ručí za všetky dlhy všetkých nemocníc. Stačí pripomenúť, že dve štátne poisťovne poisťujú asi 80 % poistencom, a že z približne 200 lôžkových zariadení sú len tri neštátne, a aj tie sú značne diskriminované.

Znášanie celého rizika štátom vedie k dvom dôležitým dôsledkom. Klesá efektívnosť a rastie dlh. Z centrálného riadenia a centrálného znášania rizika vyplýva miestami monopolistický (PAS) a miestami socialistický charakter (LZZ) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (tabuľka 16), a čo je príznačné, aj pasivita pacienta.

Ako sme už v predchádzajúcich častiach konštatovali, tento systém nakoniec vedie k paradoxnému javu, že v našom zdravotníctve je nadbytok ponuky pri nadmernom dopyte, a nie je možné definovať potrebu zdro-

Tabuľka 16

„Pretrvávajúci socializmus“ v organizácií poskytovateľov a pacienta

Primárna sféra	Lôžkové zdravotnícke zariadenia	Pacienti
<ol style="list-style-type: none"> 1. nemotivačné odmeňovanie zdravotníkov 2. pevne stanovený počet poskytovateľov, často s prvkami monopolu 3. neexistujúca reálna slobodná voľba poskytovateľa 4. nulová konkurencia poskytovateľov 	<ol style="list-style-type: none"> 1. nevhodná štruktúra lôžkových poskytovateľov spočívajúca: <ul style="list-style-type: none"> • v nadbytku akútnych postelí^a a nedostatku chronických postelí^b • v zlom rozmiestnení nemocníc s akútnymi lôžkami: Bratislava, Košice – vyše 10 na 1 000 obyvateľov • v nadbytku lekárov, sestier, ostatných zdravotníckych pracovníkov, ako aj THP a obslužného personálu, najmä vo väčších aglomeráciách (BA, KE, BB) 2. nemotivačné odmeňovanie: <ul style="list-style-type: none"> • nemocníc za vykonanú prácu, formou plošného prídeltu prostriedkov, ktoré sú navyše pridelované podľa nejasných a často veľmi subjektívnych pravidiel (v podstate ide o globálne financovanie princípom rozpočtu) • zamestnancov nemocníc podľa tabuliek zohľadňujúcich vek a vzdelanie, ale nie vykonanú prácu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. neohraničená spotreba pre nulové hraničné náklady takzvaného bezplatného zdravotníctva 2. vysoká miera korupcie, ktorou si pacienti zabezpečujú, aby sa im nakoniec bezodplatné služby dostali

Poznámka: a) EÚ 55 na 1 000 obyvateľov, SR 7,6 na 1 000 obyvateľov.

b) EÚ 1/ 1 000 obyvateľov, SR 0,8 /1 000 obyvateľov.

Zdroj: Autori.

gov, systém s vysokou pravdepodobnosťou je schopný spotrebovať ich neobmedzené množstvo.

11. ZÁVER

Zdravotníctvo pod vedením ministra R. Kováča nepostúpilo v reforme vpred. Neuskutočnila sa zásadná zmena prístupu v poskytovaní služieb, neboli pripravené výraznejšie legislatívne návrhy, ktoré by nasmerovali zdravotníctvo k efektívnejšiemu poskytovaniu služieb. Výnimku tvorí pripravená veľká novela o zdravotných poisťovniach. Naše hodnotenie ministra zdravotníctva R. Kováča (po roku jeho činnosti) nie je príliš priaznivé. Jediný rozdiel oproti jeho predchodcovi je vo verbálnej potencii, ktorá ale nie je v súlade so schopnosťou urobiť reálne kroky vedúce k zásadnej zmene fungovania systému.

Zdravotníctvo postupne stráca svoju „výrobnú schopnosť“ a nepomáhajú ani finančné injekcie z privatizácie, ktoré „maskujú“ rýchlosť straty výrobných schopností, pričom:

1. Systém ako-tak funguje sám pre seba, pacient, pre ktorého je určený v ňom nehrá žiadnu úlohu.

2. Systém je zároveň sám pre seba bremenom, pretože zabezpečuje kompletnú finančnú ochranu všetkým účastníkom poskytovania služieb v tom prípade, ak má „štátnu“ ingredienciu. To platí pre takzvané poisťovne, štátne lôžkové zariadenia a pacientov. Na túto finančnú ochranu však nie sú pripravené financie.

3. Riziko, ktoré štát pôvodne nechcel mať a presunul ho na zdravotné poisťovne, poisťovne ihneď previedli poskytovateľom, a tí ho ihneď vrátili štátu.

4. Úplne zaistený pacient nedostáva ani tie služby, na ktoré zdroje sú, pretože tieto zdroje sú veľmi neefektívne alokované.

5. Rozsiahly Liečebný poriadok a nulové marginálne náklady vedú k častému zneužívaniu systému nielen pacientmi, ale aj poskytovateľmi.

6. Je vytvorená dokonalá živná pôda na bezprostrednú dennú masovú korupciu, ale aj veľmi nebezpečnú „solistickovanú korupciu“.

7. Ekonomicky paradoxne pri nadbytku ponuky stúpa dopyt po službách.

8. Vytvorený dlh a jeho mesačný rast hrozí vážnym kolapsom celého systému, ktorý môže ľahko prerásť do chaosu a anarchie.

POZNÁMKY

1. Na rozdiel od mortality, ktorá vyjadruje počet úmrtí, morbidita predstavuje chorobnosť – výskyt a pôsobenie chorôb v populácii. Na Slovensku ju prepočítavame zo štatistiky hospitalizovaných.
2. Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization – WHO) vo svojej pravidelnej Správe World Health Report 2000 po prvýkrát zverejnila indikátor očakávanej dĺžky života upravený o nespôsobilosť – DALE (Disability adjusted life expectancy) za všetky členské krajiny za rok 1999.
3. Ako zaujímavosť uvádzame, že na seminári Svetovej banky v Bratislave 17. februára 2001 za prítomnosti podpredsedu vlády SR pre ekonomiku Ivana Mikloša minister zdravotníctva Roman Kováč tvrdil, že NsP III. typu budú odovzdané regiónom.
4. Fixné náklady v nemocniciach sú dnes vyše 90 %, v niektorých nemocniciach dokonca iba náklady na mzdy prekračujú 100 % a nemocnice sú schopné vyplácať len časť mzdy vo forme preddavkov.

LITERATÚRA

1. *Analýza hospodárenia systému zdravotnej starostlivosti a návrh opatrení na zlepšenie hospodárskej a finančnej systému zdravotnej starostlivosti*. Bratislava, MZ SR 2001.
2. Murgaš, M.: *Dospeje úpadok nášho zdravotníctva do deštrukcie?* Sme 15. 8. 2001.

3. Palko, V. – Cebo, M. – Krajniak, M. – Pčolinský, V.: *Odvody: Mission impossible?* Domino fórum č. 36, 2001.
4. Schneider M. et al.: *Gesundheitssysteme Mittel- und Osteuropas*. Basys 2000.
5. Woleková, H.: *Reforma sociálnej sféry*. Programový kongres DS. 10. 6. 2000, Prešov.
6. www.mesa10.sk
7. www.twist.sk
8. Zajac, R. – Pažitný, P.: *Ad: Dospeje úpadok zdravotníctva do deštrukcie?* Sme, 18. 8. 2000a.
9. Zajac, R. – Pažitný, P.: *Peniaze do čiernej diery*. Domino fórum, č. 47, 2000a.
10. Zajac, R. – Pažitný, P.: *Pluralita nuly*. Domino fórum, č. 10, 2001b.
11. Zajac, R. – Pažitný, P.: *Zdravotnícke devínbanky*. Domino fórum, č. 26, 2000b.
12. Zajac, R. – Pažitný, P.: *Zdravotníctvo*. In: Kollár, M. – Mesežnikov, G. (ed.): *Slovensko 2000. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 2000c.
13. Zajac, R.: *Bumerang*. Domino fórum, č. 48, 2000a.
14. Zajac, R.: *Ide o krízu zdravotníctva alebo vzťahov?* Sme, 14. 10. 2000b.
15. Zajac, R.: *Nový cenový výmer v zdravotníctve*, Sme, 12. 9. 2001a.
16. Zajac, R.: *Rok Romana Kováča*. Domino fórum, č. 28, 2001b.
17. Zajac, R.: *Rozdiel medzi Ruskom, Kanikom či Dzurindom nevidím*. Domino fórum, č. 22, 2001c.
18. Zajac, R.: *Zas tie peniaze*. Domino fórum, č. 43, 2000c.