

Zdravotníctvo

(Samostatná kapitola v publikácii Slovensko 2000 – Súhrnná správa o stave spoločnosti)

- **MUDr. Rudolf Zajac (1951) ukončil štúdium na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave v roku 1975. Od roku 1975 pracoval na Urologickom oddelení Fakultnej nemocnice v Bratislave. Po atestácii II stupňa z odboru urológie, sa venoval invazívnej rádiodiagnostike urologických ochorení a počítačom asistovanej obrazovej analýze digitálnych obrazov. Od roku 1990 pracuje v komerčnej sfére, od r. 1991 je riaditeľom akciovej spoločnosti Tatra–Alpine. Klinickú prax vykonáva doteraz v skrátenom úväzku. Zaoberá sa problematikou systémovej ekonomiky zdravotníctva.**
- **Ing. Peter Pažitný (1976) je absolventom Ekonomickej Univerzity. V združení M. E. S. A. 10 pracuje od roku 1997. V súčasnosti je zároveň externým doktorandom na Ekonomickej Univerzite (zameranie hospodárska politika). Okrem problematiky makroekonomického vývoja a transformácie ekonomiky sa venuje najmä finančným tokom a procesu reformy v zdravotníctve.**
- **Rudolf Zajac a Peter Pažitný sú autormi alternatívneho návrhu reformy zdravotníctva a štúdie zaoberajúcej sa o deetatizáciu v rezorte zdravotníctva. Obaja publikujú články so zdravotníckou tematikou.**

Anotácia: Cieľom kapitoly je popis a analýza stavu v zdravotníctve od nástupu novej vlády v roku 1998, až po jún 2000. V prvej časti sa zameriava najmä na analýzu transformačných a legislatívnych krokov a na vývoj riadenia zdravotníctva. V druhej časti sa autori koncentrovali na analýzu vonkajšieho a vnútorného dlhu, analýzu poisťného systému a hospodárenie zdravotných poisťovní.

Kľúčové slová: Stredný vek obyvateľstva, transformačný program, transformačná rada, krízový stav, legislatíva, lieková politika, financovanie zdravotníctva, vonkajší dlh, vnútorný dlh, likvidácia dlhu, poisťný systém, kapitácia, prospektívny rozpočet, hospodárenie zdravotných poisťovní, kapitálové výdavky, reforma

Obsah:

1. ÚVOD	2
2. ZDRAVOTNÝ STAV OBYVATEĽSTVA	2
3. VÝVOJ RIADENIA ZDRAVOTNÍCTVA	3
3. 1 PROGRAMOVÉ VYHLÁSENIE VLÁDY	3
3. 2 TRANSFORMAČNÝ PROGRAM MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA	4
4. VÝVOJ LEGISLATÍVY	8
5. CHOROBA PREZIDENTA A VÝMENA	12
6. DLH	13
6. 1. VONKAJŠÍ DLH	13
6. 2 LIKVIDÁCIA DLHU	17
6. 3. VNÚTORNÝ DLH	18
7. FINANCOVANIE	18
7.1. FINANCOVANIE FORMOU „UZATVORENIA KONCA“	18
7.2. HOSPODÁRENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ	19
7.3. KAPITÁLOVÉ VÝDAVKY	21
7.4. POISŤNÝ SYSTÉM	22
ZÁVER	23
LITERATÚRA	24

1. ÚVOD

Zdravotníctvo je považované za jeden z najproblémovnejších rezortov. Prakticky od revolúcie v novembri 1989, je „večnou témou“ každej vlády a politickej strany. Všetky politické strany vo svojich volebných programoch, následne pretavených do programových vyhlásení vlád, sa zavazovali realizovať zmeny fungovania zdravotníctva. Tieto zmeny mali viesť k lepšiemu zdravotnému stavu obyvateľstva, ktoré sa malo prejavovať zlepšením základných demografických ukazovateľov. Problematike zdravotného stavu sa venujeme v časti *zdravotný stav obyvateľstva*.

Po voľbách na jeseň roku 1998 bola po komplikovaných koalíčných rokovaniach menovaná vláda širokej koalície. Na čelo rezortu zdravotníctva bol menovaný Tibor Šagát, docent Lekárskej fakulty UK a neskoršie menovaný profesorom Fakulty ošetrovateľstva Trnavskej univerzity. Programové vyhlásenie vlády v oblasti zdravotníctva bolo formulované, skoro ako všetky predchádzajúce, v deklaratívnej podobe všeobecných fráz. Podrobnejšie sa tejto téme venujeme v časti *vývoj riadenia zdravotníctva a vývoj legislatívy*.

Vyriešenie dlhu v sektore zdravotníctva je jedným zo základných predpokladov reformy celého systému. Výška dlhu v súčasnosti presahuje tretinu ročných výdavkov na zdravotníctvo. Aké sú v skutočnosti záväzky a pohľadávky jednotlivých subjektov? Ako dlh vzniká? Podrobnejšie sa otázky dlhu venujeme v časti *dlh*.

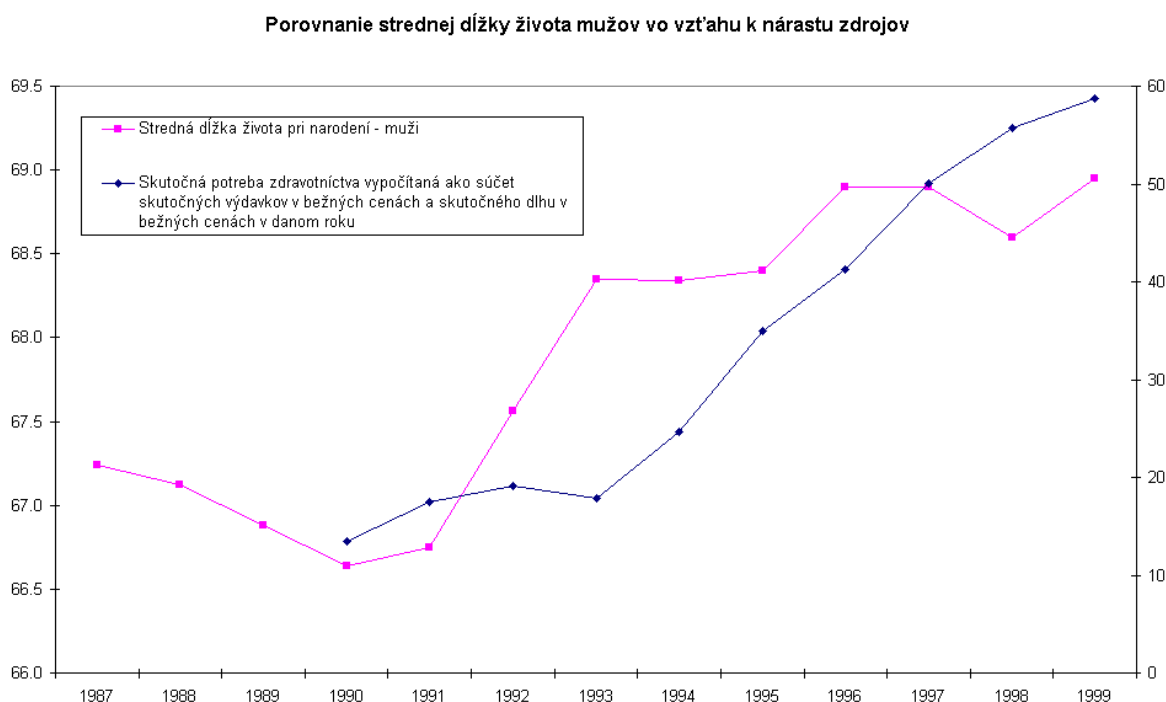
Zdravotné poisťovne zohrávajú rozhodujúcu úlohu pri financovaní zdravotníctva a v roku 1999 disponovali s verejnými zdrojmi a transferami zo štátneho rozpočtu v objeme cca 41 mld. Sk. Ako efektívne systém so zverenými zdrojmi hospodári, ako v súčasnosti poisťový systém (ne)funguje, aké sú hlavné deformácie tohto systému, či je jeho existencia dlhodobou udržateľná a opodstatnená sa dozvieme v časti *financovanie*.

„Reforma“ sa rezortu zdravotníctva vyhla. Stále v ňom vládne vysoká miera centralizácie a korupcie, netransparentné vzťahy a absencia dlhodobej vízie predstaviteľov zdravotníctva. Kto a čo je príčinou tohto stavu, hovoríme v *závere*.

2. ZDRAVOTNÝ STAV OBYVATELSTVA

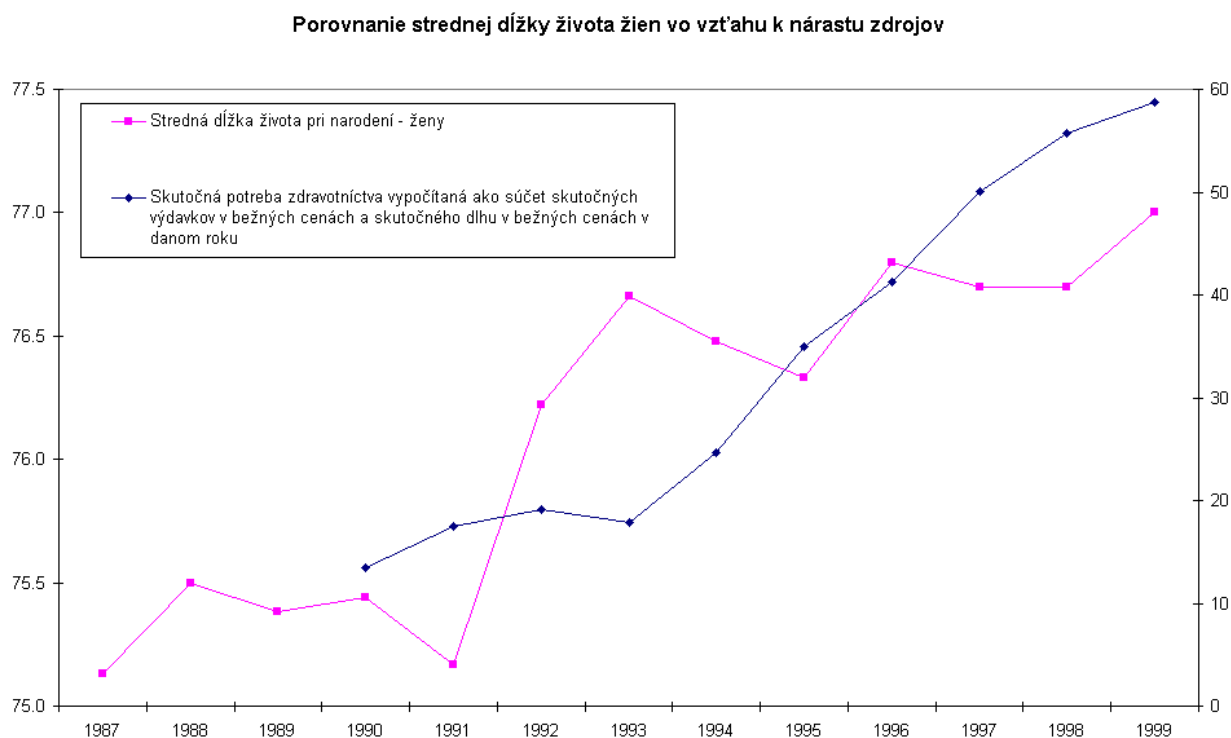
Posúdenie izolovaných demografických parametrov za jeden rok nemá veľký význam, pretože demografické údaje v zdravotníctve odzrkadľujú určitý trend za definované obdobie. Komplexné porovnanie s predchádzajúcimi rokmi je veľmi dôležité pre posúdenie schopnosti zdravotníctva slúžiť svojmu základnému cieľu, to znamená predchádzať chorobám, respektíve včas zahájiť liečbu pri ich výskyte. To všetko predlžuje vek občanov a zvyšuje kvalitu života. Keďže pomerne vyčerpávajúce demografické údaje boli publikované v už minulosti (Pozri Demeš – Ginter – Kováč 1998; 1999), vybrali sme len základný demografický údaj, vývoj stredného veku mužov a žien.

Graf 1: Stredná dĺžka života mužov vo vzťahu ku nárastu zdrojov



Zdroj: Ústav zdravotnej štatistiky a Ministerstvo zdravotníctva SR

Graf 2: Stredná dĺžka života žien vo vzťahu ku nárastu zdrojov



Zdroj: Ústav zdravotnej štatistiky a Ministerstvo zdravotníctva SR

Stúpanie krivky nárastu stredného veku u žien a aj mužov v rokoch 93-97 pripisujeme predĺžovaniu veku najvyšších vekových skupín, „vdďaka“ lepšej dostupnosti kvalitnejších liekov a rýchlejšej diagnostike závažných ochorení lepším prístrojovým vybavením.

3. VÝVOJ RIADENIA ZDRAVOTNÍCTVA

3.1 PROGRAMOVÉ VYHLÁSENIE VLÁDY

Po voľbách v roku 1998 získala vtedajšia opozícia silnú podporu občanov, ktorí si želali vážnu zmenu systému riadenia vecí verejných. Významnou skutočnosťou je, že voľby rozhodli mladí voliči, ktorí volili prvý raz (Inštitút pre verejné otázky, 1998). Všeobecne sa očakávalo, že nová koalícia prinesie jasné riešenia problémov, v ktorých sa nachádzalo Slovensko, samozrejme vrátane zdravotníctva. „Noví zdravotnícki politici“ pripravili programové vyhlásenie vlády v oblasti zdravotníctva. Pre zaujímavosť porovnáme Programového vyhlásenia vlády Vladimíra Mečiara z roku 1994 s Programovým vyhlásením vlády Mikuláša Dzurindu z roku 1998.

Tabuľka 1

Programové vyhlásenie vlády v rezorte zdravotníctva

	1994	1998
Kvalita a dostupnosť zdravotníckej starostlivosti	+	+
Prevenencia a včasná diagnostika	+	+
Pluralitný systém poistenia	+	+
Účinná lieková politika	+	+
Prevenencia a liečba drogovej závislosti a toxikománie	+	+
Kontrola alternatívnej medicíny	--	+
Ochrana a podpora zdravia	+	+

Rovnováha postavenia štátnych a neštátnych zdravotných zariadení	+	+
Transformácia - presun právomocí	+	+
Privatizácia v rezorte	+	+
Systém pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania lekárov	+	+
Zdravotnícke predpisy – zákon o ochrane zdravia	+	+
Financovanie zdravotníckych zariadení	+	+
Odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov	+	+
Financovanie investícií a projektov	+	+
Domáca ošetrovateľská starostlivosť "agentúra sestier"	+	+
Kontrola finančných tokov v zdravotných poisťovniach	--	+

Zdroj: Programové vyhlásenie vlády z rokov 1994 a 1998

(+) Vláda sa danú problematiku zaviazala v Programovom vyhlásení riešiť

(-) Vláda danú problematiku v Programovom vyhlásení nemala

Názor autorov: Okrem toho, že obidva dokumenty sa prakticky nelíšia, kritéria, ktoré vlády uvádzajú sú veľmi nekonkrétne a deklaratívne. To potom sťažuje možnosť kontroly a odpočtu. Termíny ako kvalitná, včasná, dobrá, dostupná a pod. umožňujú pri odpočte splnenia úloh akýkoľvek záver, ktorý bude však vždy „kvalitný“. Celý slovník zdravotníkov je presiaknutý dikciou zákona 20/66.¹

3. 2 TRANSFORMAČNÝ PROGRAM MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA

Ministerstvo zdravotníctva urobilo po voľbách dva kroky, ktoré poznačili ďalší vývoj a smerovanie rezortu. Okamžite zaviedlo režim takzvaného „Krizového stavu“, ktorý mal riešiť akútne problémy. Krízový stav mal vyjadrovať situáciu, že zdravotníctvo je v kríze. Nebolo jasné, či okrem finančnej krízy autori režimu krízového stavu majú na mysli napríklad aj krízu vzťahov a systému.

Súčasne bola menovacím dekrétom ministra zdravotníctva konštituovaná „Transformačná rada“, ktorej cieľom bolo pripraviť komplexný program transformácie zdravotníctva. Zároveň boli menovaní krajskí koordinátori za každý kraj. Členmi transformačnej rady sa stali hlavne lekári so skúsenosťami v riadení prevažne nemocníc. Pomerne silné zastúpenie mala Fakultná nemocnica Kramáre, pričom členmi transformačnej rady sa stali viacerí lekári pôvodcom z tejto nemocnice.

3. 2. 1. „Krizový stav“

Vyhlásenie „krízového stavu“ vyvolalo v širokých kruhoch zdravotníkov prekvapenie. Princíp programu spočíval v tom, že lôžkové zariadenia s okamžitou platnosťou na príkaz ministerstva, zastavili okrem akútnych stavov, vyžadujúcich bezodkladnú operačnú, alebo intenzívnu liečbu, príjem pacientov na hospitalizáciu. Pre lepšie pochopenie čitateľov, podľa tohto rozhodnutia mali byť prijímané napríklad len akútne zápaly slepého čreva na operácie, alebo akútne infarkty srdcového svalu. Toto rozhodnutie bolo problematické minimálne z dvoch hľadísk:

1. Pomerne ťažko sa definuje široký pojem akútny stav.
2. Očakávaný ekonomický výsledok krízového programu bol diskutabilný. V nákladoch nemocníc tvoria položku lieky len niečo okolo 17 % vrátane špeciálneho zdravotného materiálu, ako sú napríklad katétre, striekačky, drény, filmy². Tieto položky mohli mierne znížiť náklady nemocníc. Mzdy ako rozhodujúca položka nákladov však prekročujú 50 % všetkých nákladov³ a energie, keďže išlo o zimné obdobie nemohli byť nijako znížené. Jednoducho povedané mierne mohli poklesnúť variabilné náklady, ale fixné náklady ostali nezmenené. Nemocnice dovedy účtovali poisťovniam počet obsadených postelí, takzvaný "lôžkodeň". Umelé zníženie počtu prijímaných pacientov zapríčinilo pokles vo fakturácií – výkony – nemocníc, pri zachovaní vysokých fixných nákladov. Bolo ihneď zjavné, že toto opatrenie malo jednoznačne finančne stabilizovať iba poisťovne.

3. 2. 2. Transformačný program

Ministerstvo zdravotníctva sa rozhodlo vypracovať materiál, ktorý by viedol k zásadnej zmene systému zdravotníctva. Cieľom materiálu bolo vypracovať zásadné kroky v reforme zdravotníctva tak, aby navrhované systémové kroky dlhodobo stabilizovali zdravotnícky systém. Materiál je pomerne rozsiahly, prvá verzia programu bola hotová koncom marca 1999 pod názvom *Transformačné kroky na roky 1999 – 2002 v rezorte zdravotníctva* vládou bola prijatá iba minimálne upravená verzia v októbri 1999.⁴

Tento zásadný dokument je rozčlenený do 12 hlavných kapitol a keďže je dosť rozsiahly, venujeme mu viac pozornosti.

1. *Úvod*: Objavuje sa termín „čierna diera“. Týmto termínom sa nemá myslieť prakticky bezodná spotreba zdravotníctva, ale ten stav, kedy narastajúce zdroje už neprinášajú efekt pre obyvateľov. (Transformačné kroky 1999 a Roman Kováč 2000). Za zaujímavú považujeme definíciu konečného cieľa transformačného programu: *Konečným cieľom transformácie zdravotníctva musí byť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva*. K tomu aby bol tento cieľ dosiahnutý sa píše: *Na základe uvedeného musí sa ťažisko zdravotnej politiky presunúť do oblasti:*

1. *aktívnej, trvalej a individuálnej, skupinovej i celospoločenskej prevencie, podpory a posilňovania zdravia,*
2. *primárnej starostlivosti zo zásadnou rekonštrukciou celého systému ústavnej zdravotnej starostlivosti,*
3. *optimálneho využitia a rozdelenia reálnych finančných zdrojov s rozvojom viaczdrojového financovania.*

2. *Stratégia transformačných krokov*: Kapitola vo všeobecnej rovine konštatuje známe frázy, ako je zlepšenie zdravia, solidarita, spoluzodpovednosť občana, zlepšenie kvality poskytovaných služieb, rovnomerné financovanie, podpora primárnej starostlivosti a rozvoj ľudských zdrojov.

3. *Východiská*: V tejto kapitole sa konštatuje nekonceptnosť upravovaných transformačných krokov vládami, ktoré nastúpili po vláde premiéra Jána Černogurského, teda po roku 1992. Vymenováva 10 príčin *organizačno-riadiacej a morálnej krízy zdravotníctva*. Kritizovaný je narastajúci rozpor medzi zdrojmi vyčlenených zákonnými normami a rozsahom zákonom stanovenej liečebnej starostlivosti. Konštatovaná je: *zlá štruktúra a nadbytočné kapacity siete, nehospodárnosť, nedostatočná kontrola, neprehľadná, politicky usmerňovaná privatizácia, zlá lieková politika, neriešenie neplatičov zdravotného poistenia, pokles úrovne riadenia zdravotníckych zariadení, nedostatočné uplatňovanie štátneho dozoru nad poisťovníami a neschopnosť iniciovať systémové zmeny v zdravotníctve, ktoré by viedli k efektívnemu využívaniu zdrojov*. Táto deklarácia sa zhoduje so súčasnou celosvetovou snahou moderného postupu liečby zameranou na skrátenie pobytu pacienta v nemocnici na minimum. Avšak sieť hlavne lôžkových zariadení u nás nebola vôbec po novembri 1989 redukovaná. Typickým znakom pre socialistické krajiny, ktorý sa ani doteraz neodstránil, bola hlavne predimenzovaná kapacita nemocníc súvisiaca s „bezpečnosťou krajiny“ a veľikáštvom typu „viacej ocele“. V apríli 2000 vynikol na Ministerstve zdravotníctva materiál „Správa o postupoch prác na aktualizácii optimálnej siete zdravotníckych zariadení (č. 1522/2000 A) , v ktorej bola načrtnutá, istá redukcia lôžok a nemocníc. Materiál nemohol byť ani v svojej nedokonalej podobe prakticky dopracovaný, lebo do konca septembra 2000 nebola skončená inventarizácia siete. (Išlo skôr len o snahu vykázat činnosť ako „palebnú prípravu e pre požiadavky na finančné zdroje z privatizácie, ktoré sa čakali v júni 2000.)
Závažná je informácia, ktorá požaduje zvýšenie finančných zdrojov: *Analýza hospodárskych ukazovateľov zdravotníctva posledných rokov ukazuje, že na saturáciu spoločenskej objednávky, bez rozšírenia súčasnej kapacity zdravotnej starostlivosti, bez zvýšenia jej kvality a bez uspokojenia požiadaviek na zvýšenie príjmu zdravotníckych pracovníkov treba výrazne zvýšiť zdroje na úroveň 60 miliárd Sk*. V roku 1999 zdravotníctvo disponovalo z verejných zdrojov a zo štátneho rozpočtu čiastkou zhruba 45 miliárd Sk (poisťovne + kapitálové výdavky + príplatky od občanov). Súčasne sa konštatuje, že *najväčšie zdravotnícke zariadenia, nemocnice a polikliniky sú takmer výlučne štátne*. Ďalej sa pokračuje: *Tieto zariadenia spotrebúvajú približne 50 % zdrojov zdravotného poistenia a 100 % kapitálových výdavkov rozpočtu*. Považujeme za potrebné čitateľovi vysvetliť pojem kapitálové výdavky. Ministerstvo zdravotníctva je ústredný orgán štátnej správy, ktorý riadi nemocnice a polikliniky. Cestou štátneho rozpočtu dostáva zdroje na kapitálové výdavky. Nemocnice a polikliniky sú zariadenia, ktoré majú štátny majetok v svojej správe. Za svoju činnosť sú financované z poisťovní a môžu dostať príspevok od ministerstva na obzvlášť nákladné liečebné metódy, prístroje a podobne. Preto sú tieto zariadenia klasifikované ako príspevkové zariadenia. Veľmi problematickou otázkou je spôsob rozhodovania o pridelovaní kapitálových výdavkov a následne aj spôsob ich verejného zúčtovania. Kapitálové príspevky v drvivej väčšine prípadov „dostávajú“ len štátne zdravotné zariadenia.

4. *Občan*: V tejto kapitole sú definované práva a povinnosti občanov. V zásade, podobne ako pri programovom vyhlásení, sa dokument ani tu nevyhol všeobecnej deklaratívnej polohe. V právach sa objavujú práva občana na *dostupnú a kvalitnú starostlivosť, slobodnú voľbu lekára a zdravotníckeho zariadenia na základe podmienok stanovených zákonom, na informácie o svojom zdravotnom stave, vyjadrenie súhlasu, alebo nesúhlasu so spôsobom liečby, práva na informácie o spôsobe a výške úhrady za svoju liečbu*. V povinnostiach občana sa uvádza *povinnosť starať sa o svoje zdravie, uzatvoriť zákonne poistenie, podrobiť sa vo verejnom záujme zákonným hygienicko-epidemiologickým a preventívnym opatreniam*.

5. *Organizácia a riadenie*: Medzi hlavné ciele si transformačná rada určila:

- *vyvážený pluralitný model neštátnych a štátnych poskytovateľov (ktorý vnímame ako najväčšiu slabinu celého systému zdravotníctva).*

- centralizáciu uplatňovať predovšetkým v oblastiach tvorby zásad (myslená samostatnosť poskytovateľov, avšak dôležité je, že bude ďalej v kontexte programu popieraná).
- decentralizáciu uplatňovať najmä na úrovni poskytovateľov.
- odštátnenie a privatizáciu použiť na zlepšenie zdravotnej starostlivosti.
- rovnoprávne postavenie štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadení, zaradených do siete zdravotníckych zariadení, vrátane rovnoprávnej dostupnosti k verejným zdrojom (Nestalo sa skutočnosťou. Rovnaký prístup k verejným zdrojom znamená, že s nimi poisťovne uzavrujú zmluvy a budú financovať ich činnosť. Príklad strediska reprodukčnej medicíny ISTER v Bratislave, napriek vynikajúcim výsledkom, je len jeden z mnohých).

Aby tieto ciele mohli byť splnené, objavuje sa tu okrem všeobecných konštatovaní o vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov aj úloha štátu, pričom program často oddeľoval štát a ministerstvo zdravotníctva, niečo podľa systému „on a my“, pri investíciách a podpore mimoriadne nákladnej liečby. Známý názor, že transformačný program je plný rozporov, respektíve zmesou rôznych, často rozporných názorov členov komisie sa prejavil celkom jasne. Tak isto v úlohách ministerstva je okrem *snahy oslabiť priame riadiace právomoci ministerstva zdravotníctva voči zdravotníckym zariadeniam* súčasne uvedené úlohy spojené s *rozhodovaním ministerstva o štátnych dotáciách* (ide o takzvané kapitálové výdavky zo štátneho rozpočtu). V podobnom duchu sú definované úlohy krajských a okresných úradov, úlohy samosprávy a úlohy profesionálnych organizácií. Najviac úloh, celkom 13 si dalo ministerstvo zdravotníctva samo, oproti tomu štát, profesionálne organizácie, krajské a okresné úrady dostali spolu taktiež 13 úloh.

6. *Zdravotná starostlivosť*: Táto kapitola bola napísaná v podobnom deklaratívnom duchu ako predchádzajúce, pomerne často využívajúc frázy, ktoré sa objavili už v programovom vyhlásení vlády (napr. *dostupnosť a rovnosť, poskytnutie služieb občanovi úmerných jeho zdravotnému stavu a sociálnym podmienkam*). V kapitole sú definované zásady tvorby siete⁵, ďalej základné druhy zdravotnej starostlivosti od primárnej starostlivosti, cez špecializovanú zdravotnú starostlivosť⁶, stomatologickú starostlivosť, až po ústavnú zdravotnú starostlivosť. Objavujú sa tu rôzne delenia a úlohy, treba však povedať, že v tomto bode, podobne ako vládny program, ani transformačný program neprekročil zákon 20/1966 Zb.

Dôležitá je podkapitola *ústavná zdravotná starostlivosť*. Tu celkom jasne autori programu definovali, čo si predstavujú pod zmiešaným systémom (podľa vlastníctva). Podľa nich bude potrebné *„ponechať ako štátne zariadenia ústavnej starostlivosti Nemocnice s poliklinikou (NsP) II. typu, NsP III. typu, fakultné nemocnice, vysokošpecializované odborné ústavy, odborné liečebné ústavy Tuberkulózy a respiračných chorôb (TaRCH), psychiatrické nemocnice a psychiatrické liečebne*. Takýto rozsah štátneho zdravotníctva je odôvodnený *„garantovaním štátu podľa ústavy“*.

V nasledujúcej podkapitole sa objavuje myšlienka vytvoriť vzájomne previazanú sieť zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Podľa autorov programu bolo možné nadbytočné lôžka previesť do sociálnej sféry. Ako sa žiaľ stalo pravidlom, v poslednej podkapitole *zabezpečenie kvality zdravotnej starostlivosti* sa autori programu nemohli vyhnúť deklaráciou cieľa *kontinuálne zvyšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti pri jej nákladovej efektívnosti a rešpektovaní limitovaných zdrojov*.

7. *Financovanie a zdravotné poistenie*: Celá verejnosť, nielen odborná, očakávala túto kapitolu s veľkým napätím. V čase, keď vznikal transformačný program, mali len poskytovatelia záväzky voči dodávateľom vo výške cca 12,0 mld. Sk. Podobne poisťovne dlhovali poskytovateľom a lekárom celkom čiastku 10,1 mld. Sk. Hlavné ciele sa mali zamerať na:

- viaczdrojové financovanie,
- riešenie existujúceho systému deficitu,
- riešenie nedostatku finančných zdrojov,
- presmerovanie finančných zdrojov podľa priorít,
- spôsob úhrad (platobný systém) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- motivačný vplyv na platobný systém.

Viaczdrojové financovanie bolo definované ako zmiešané financovanie verejných a súkromných zdrojov. Súkromné zdroje doteraz činili len 4 % z celkového objemu. Transformačný program predpokladal navýšenie tohto objemu na 25 %. Zaujímavá je definícia súkromných zdrojov: *Súkromné zdroje budú pochádzať z doplnkového poistenia a pripoistenia ako aj zo spoluúčasti občanov*. (Tým sa myslia úhrady za výkony, pomôcky a doplatky občanov na lieky.) *Ďalšiu časť zdrojov budú tvoriť dotácie štátu (zo štátnych fondov), regiónov a obcí* (Autori programu „zjavne nechtiac“ mali svoju pravdu. Až 75 % príjmov štátneho rozpočtu je naozaj príjem plnenia občanov cez priame a hlavne nepriame dane. Avšak vyhlasovať štátne fondy za súkromné zdroje skutočne nie je hodné komentára), *zdroje z nadácií a dary fyzických a právnických osôb, príspevok podnikov na zachovanie zdravia svojich zamestnancov ako odpočítateľná položka z príjmov*. Časť viaczdrojového financovania sa mala využiť pri vytvorení spoločného fondu, z ktorého sa mali *financovať*

predovšetkým osobitne nákladné, vysokošpecializované medicínske výkony a inovačné technológie. Jedným z pilierov viaczdrojového financovania mali byť súkromné zdroje. Pre ne je typické, že sú smerované priamo „za niečo“. Nie je predstaviateľné aby tieto zdroje boli „vkladané do akéhokoľvek fondu“.

Podkapitoly *Riešenie existujúceho finančného deficitu systému a Riešenie nedostatku finančných zdrojov.* Táto základná téma je rozobraná v sumáre tejto kapitoly. Za podstatné považujeme, že sa tu spomínajú plošné dovozy a skupinové nákupy. Plošné dovozy sú centrálné nákupy drahšej techniky vo väčšom množstve spravidla pre nemocnice a polikliniky. Na ich financovanie sa používajú fondy, najčastejšie štátny fond zdravia. Skupinové nákupy sú v podstate hromadné nákupy drahých liekov, napríklad pre onkologické pracoviská. Do júna 2000 nebol doriešený spôsob ich financovania. Obidva spôsoby nákupov sú silne centralistické, často sa nakupuje nepotrebná technológia. Na jednej strane si tu štát plní svoju povinnosť „príspevkovania“ zdravotníctva, avšak vždy je tu veľké nebezpečenstvo korupcie, nakoľko rozhodovací proces spočíva na „pár úradníkoch“. Objavuje sa tu aj *zabrániť kolotoču penalizácií* (čo pri úroku z omeškania ani nedá) a *exekúciu legislatívou úpravou a využitím možnosti vzájomných zápočtov*. Podrobnejšie sa tomuto kontroverznému cieľu venujeme v ďalšom texte.

Podkapitola *Prideľovanie finančných zdrojov podľa priorit* (pôvodne išlo o názov presmerovanie). Považujeme za potrebné citovať z časti úlohy: *financovanie zdravotnej starostlivosti sa bude neprestajne zdokonaľovať formou zmiešaného systému, ktorý bude mať výrazné prospektívne prvky* (Nie je jasné ako autori dospeli k termínu prospektívne, zrejme mali na mysli akúsi iteračnú metódu optimalizácie. Nakoniec sa termín „prospektívny“ natoľko v praxi vžil, že sa nikto nezaoberal jeho významom.) a *so snahou vytvoriť v celom systéme úhrad takzvaný uzatvorený koniec*. (Systém s vopred definovaný zdrojmi, ktoré sa prideľujú. Okrem toho zdravotníci používajú termín otvorený koniec, teda keď sa platí za úkol, resp. úkolovej odmeny.) *V ambulantnej starostlivosti bude prevažovať kapitácia platby za výkon v prevencii a platby za agregované výkony*. (Lekár prvého kontaktu je platený za to, koľko zmlúv má uzatvorených s občanmi, ani nie pacientmi a nie za to koľko vybaví pacientov, paušálnou čiastkou, podľa cenového výmeru Ministerstva financií.)

Týchto niekoľko slov jasne definovalo ciele transformačného programu a ich plnenie založilo pokračovanie problémov zdravotníctva po voľbách 1998. Objavuje sa pojem *motivačný vplyv na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti*, avšak v tejto podkapitole sa logicky čakalo na definovanie princípov financovania konkurencie, efektivity a kvality vo väzbe na odmenu. Jedna z najdôležitejších tém, privádzajúca ekonomické parametre do zdravotníctva je tu „vybavená!“ troma vetami.

Podkapitola *Zdravotné poistenie*. Z pohľadu hodnotenia manažmentu Transformačného programu tu spomenieme len tieto fakty: Program jednoznačne trvá na *dôslednom zabezpečení oddelenia poskytovateľov a financovateľov zdravotnej starostlivosti*. Súčasne jasne definuje možnosť pripoistenia: *Pripoistenie a iné druhy zdravotného poistenia budú môcť vykonávať verejné aj privátne inštitúcie a to na báze neziskovosti*. Nevieime si predstaviť akýkoľvek druh poistenia, okrem povinného, ktoré by bolo pre akúkoľvek poisťovňu zaujímavé na báze neziskovosti. Jednoznačne musí ísť o komerčný produkt. Zdravotnému poisteniu, jednej z najdôležitejších zložiek financovania zdravotníctva venoval transformačný program žalosťne málo pozornosti, pričom je základným predpokladom prílivu súkromných zdrojov.

8. Verejné zdravotníctvo: Táto kapitola definovala 18 cieľov. Z pohľadu transformácie zdravotníctva táto kapitola bola uvedená len na „vyplnenie miesta“. Nesplňala ani ciele, ktoré si transformačný program kládol, to znamená riešiť zmenu organizácie a financovania.

9. Lieková politika: Definovala zmenu prístupu ku kategorizácii liekov a kategorizácie zdravotných pomôcok.

10. Ľudské zdroje: V cieľoch, ktoré si program kládol, boli tézy o optimalizácii počtu zamestnancov, presadzovanie diferencovaného prístupu k odmeňovaniu, úlohy postgraduálnej výchovy lekárov, vrátane akreditácie pracovísk, ktoré môžu zabezpečovať vzdelávanie v zdravotníctve.

11. Zahraničná politika v zdravotníctve: Medzi hlavné ciele program definoval plnenie úloh v oblasti *európskej integrácie v aproximácii práva Slovenskej republiky k právu Európskej únie v zdravotníctve*. Celý program je rozpísaný na pár riadkoch.

12. Časový harmonogram: V záverečnej kapitole je uvedený časový plán najdôležitejších krokov do roku 2002.

Transformačný program bol v svojej prvej verzii hotový v marci 1999. Tento materiál bol následne poslaný koalíčným politickým stranám na vyjadrenie. Autorom nie je známe vyjadrenie iných politických strán, okrem DS, ktorá transformačný program nepodporila.

Oproti pôvodnej verzii z marca 1999 bola vláde predložená verzia na schválenie so zmenou čiastky 60 miliárd korún ročne, ako potrebu zvýšiť finančné zdroje, na čiastku rovnajúcu sa 9 % HDP, čo pri HDP 779.9

miliárd Sk v bežných cenách (Štatistický úrad až do 31.12.1999 používal metodiku ESA 79) je vyše 70 miliárd korún.

Celkové hodnotenie transformačného programu. Za najväčšie chyby programu považujeme:

1. V oblasti ekonomickej nedostatočnú analýzu stavu zdravotníctva po prevzatí zodpovednosti,
 - neexistujúceho analýza výšky a príčin dlhu,
 - absencia ekonomickej analýzy príčin krízy zdravotníctva,
 - nebol posúdený existujúci poisťovací systém.
2. V oblasti zdravotníckej stratégie,
 - nebola vykonaná štrukturálna analýza – audit – a inventarizácia siete poskytovateľov s definovaním slabých miest,
 - chýba koordinácia plánov so sociálnou transformáciou a transformáciou školstva,
 - program nebol daný na oponentúru odbornej verejnosti a hlavne ekonómom.
3. V oblasti strategickej
 - Vo fáze príprave transformačného programu chýbala analýza novej koncepcie zdravotníctva. Neboli pripravené varianty plne centralistického zdravotníctva, porovnané s variantom decentralizovaného zdravotníctva a to najmä z pohľadu vlastníckych vzťahov, kompetencií a spôsobov financovania.

Autori zastávajú názor, že vlastne nešlo o žiadnu transformačný program, ale iba o snahu „vylepšiť“ existujúci stav (*Domino 1999*, č. 14, č.34, č 49, *Sme 14.10.1999*, *Domino 2000* č 4) Problém zmiešaného systému štátneho a odštátnených činností, pri ponechaní štátneho vlastníctva zdravotníctva, navyše opretý o kvázieconomické parametre, bez posúdenia reálnych možností a rezerv existujúceho systému pri zohľadnení reálnej ekonomickej situácie, priblížil zdravotníctvo už koncom roku 1999 ku kolapsu. Pod kolapsom zdravotníctva rozumieme „stratu výrobných schopností“ teda neschopnosť poskytovať požadované služby.

Vláda uznesením č. 905 z 21. októbra 1999 *Transformačné kroky na roky 1999 – 2002 v rezorte zdravotníctva* schválila.

Plnenie transformačného programu bolo vyhodnotené samotným ministerstvom (č. materiálu 2257/2000-A/ v júni 2000). Nie je žiadnym prekvapením, že hodnotenie samého seba nemohlo dopadnúť inak ako dobre až veľmi dobre.

4. VÝVOJ LEGISLATÍVY

Legislatívny proces v zdravotníctve, príprava a presadzovanie zákonov bol plne v duchu transformačného programu. Ministerstvo zdravotníctva pripravilo niekoľko noviel zákonov, ako gestorské a taktiež sa „pridalo“ k zákonom iných rezortov. V prehľade uvádzame zákony a nariadenia vlády, vyhlášky a opatrenia za rok 1999 až k 30. júnu 2000. (Nariadenie vlády, vyhláška, opatrenie a oznam, sú uverejnené v Zbierke zákonov, neprechádzajú parlamentom a je to právny dokument nižšej sily. Pomerne často používajú na reguláciu cien. Veľký finančný dosah „získali“ nariadenia vlády od začiatku roku 2000.)

Tabuľka

Prehľad zákonov a vyhlášok

Číslo/rok	Druh	Obsah	Význam	Poznámka
303/1998	Z	úplne znenie Zákona 277 o zdrav. starostlivosti	základný zákon	pripravila ešte predchádzajúca vláda
11/1999	Z	novela zákona o zdrav. poisťovniach 273/94	upravuje voľbu, činnosť a odmeny správnej rady	bráni vyplácaniu vysokých odmien členom správnej rady
17/1999	Z	novela zákona 98/95 Liečebný poriadok	kategorizácia a doplatky	budeme sa venovať v texte
62/99	O	cenový výmer	úprava ceny pomôcok	Vyhláška Min. financií SR
63/99	Z	štátny rozpočet na rok 1999		bude komentovaný v texte
72/99	Z	novela zákona 278/93	úprava narábania so štátnym majetkom	bude komentovaný v texte
104/99	Z	novela zákona 140/98 o lieku a zdravotníckych	predĺženie lehoty z 12 na 19 mesiacov	problematické ustanovenia o práve prevádzkovať

		pomôckach		lekárne len fyz. osobami (Išlo o ustanovenie pôvodného zákona 140/98, podľa § 35 odsek 1, podľa ktorého mohli poskytovať služby vo verejnej lekárni len fyzické osoby. Keďže bola podaná žaloba na Ústavný súd, hrozilo márne uplynutie 12 mesačnej lehoty, touto novelou na účinnosť tohto ustanovenia predĺžila na 19 mesiacov.)
122/99	ÚS	rozhodnutie Ústavného súdu	hlavne § 35 zák. 140/98 je v rozpore s ústavou	viď poznámku k zákonu 104/99
150/99	O	cenový výmer	úprava ceny pomôcok	vyhláška Min. financií
152/99	Z	novela zákona 237/94 o zdrav. poisťovniach	možnosť vykonať zápočty medzi poisťovňami a poskytovateľmi	
247/99 a 248/99	O	cenové výmery	úprava ceny pomôcok	vyhláška Min. financií
263/99	Z	zákon o verejnom obstarávaní	zmena princípu	bude komentovaný v texte
280/99	Z	novela exekučného zákona	§ 235	bude komentovaný v texte
363/99	O	zúčtovací predpis úhrad štátu a NÚP (Národný úrad práce)		
372/99	Z	štátny rozpočet na rok 200		bude komentovaný v texte
2/2000	V	vyhlásenie príř. zdrojov		
3/2000	Z	novela zákona 98/95 a novela zákona 145/95	zásadná novela o liekoch a zdrav. pomôckach – zaraďovanie	bude komentovaná v texte
7/00 a 8/00	N	zoznamy liečiv a zdrav pomôcok – kategorizácia		budú komentované v texte
14/00	O	opatrenie MZ SR	zásady dispozičných opatrení	
16/00 až 24/00	V	vyhlásenie príř. zdrojov		
29/00	N	úprava nariadenia č. 7/2000 Z. z.	rýchla novela nariadenia vlády o zaraďovaní	bude komentovaná v texte
50/00	N	úprava nariadenia č. 7/2000 Z. z.	rýchla novela nariadenia o zaraďovaní	bude komentovaná v texte
54/00	V	úprava vyhlášky č. 79/97 o opatreniach pri infekčných chorobách		
66/00	V	vyhlásenie príř. zdrojov		
80/00	Z	novela zákona 277/94 o zdrav. starostlivosti	zásadná novela	bude komentovaná v texte
80/00	V	vyhlásenie príř. zdrojov		
119/00	Z	novela zákona 140/98 o liekoch a pomôckach	zásadná novela kontexte s	bude komentovaná v texte
158/00	O	cenové výmery	úprava ceny pomôcok	
178/00 a 179/00	V	vyhlásenie príř. zdrojov		

Z - zákon

N – nariadenie vlády

V vyhláška

O – oznámenie

ÚS – rozhodnutie Ústavného súdu

Komentár k niektorým vybratým zákonom. Zákony a novely sú usporiadané do skupín podľa obsahu:

Zákony o štátnom rozpočte na rok 1999 a 2000.

Nakoľko parlamentné voľby sa konali na jeseň 1998 a zostavenie koalície vlády trvalo viac ako mesiac, nezostalo v roku 1998 veľa času na prípravu štátneho rozpočtu na rok 1999. Nová vláda preto pre prvé tri mesiace roka 1999 zaviedla rozpočtové provizorium. Zákon o štátnom rozpočte pre rok 1999 (č. 63/99 Z. z.) bol prijatý až v roku 1999 s účinnosťou od 1. apríla 1999.

V zmiešanom systéme financovania, z verejných zdrojov cez poisťovne a zo štátneho rozpočtu, je každý zákon o štátnom rozpočte pre zdravotníctvo mimoriadne dôležitý, pretože určuje, ako bude štát financovať zdravotníctvo za deti, štátnych zamestnancov vrátane vojska a polície, dôchodcov, teda za „svojich poistencov“, pričom nezamestnaní sú financovaní z rozpočtu NÚP. Financovanie zdravotníctva zo štátneho rozpočtu je realizované cestou ministerstva zdravotníctva.

Tabuľka

Financovanie zdravotníctva zo štátneho rozpočtu

	1999	2000
Výdavky spolu	14 751 691	14 925 205
Bežné výdavky spolu	12 736 691	12 718 945
z toho bežné transfery	11 318 355	11 313 494
Kapitálové výdavky spolu	2 015 000	2 206 260
z toho kapitálové transfery	1 862 000	2 031 200

Zdroj: Štátny rozpočet 1999 a 2000

Na prvý pohľad je zjavné, že štát, ako „správca peňazí“ daňových poplatníkov rozhodol a parlament odsúhlasil, rovnaké finančné prostriedky za „svojich poistencov“ pre roky 1999 a 2000. Pravda je však taká, že nebola zohľadnená miera inflácie a znehodnotenie slovenskej koruny z 29. septembra 1998 a z mája 1999. Zároveň sa jedná o obdobie v ktorom sa podarilo ihneď presadiť ekonomické opatrenia, pod názvom „balíček opatrení“ ktoré od januára 1999 navrhoval Ivan Mikloš. Treba vedieť, že okrem miezd (mzdy neboli zvyšované od mája 1997 do júna 2000, keď boli upravené o +4%), praktický celý zdravotníctvo je odkázané na import.

Zákon 80/2000. Novela zákona 277/1994 o Zdravotnej starostlivosti

Poukážeme iba na tri okruhy, ktoré novela riešila a vyvolala širokú diskusiu až kontroverzné reakcie.

- V § 24 vypustením jedného písmena „f“ sa stalo, že polikliniky, ktorých zriaďovateľom boli krajské úrady boli s účinnosťou od 1. apríla 2000 znova prevedené pod zriaďovateľa ministerstvo zdravotníctva, pričom ide o jasný krok smerom k centralizácii. Počas zasadania zdravotného výboru NR SR túto zmenu navrhol riaditeľ polikliniky Kráľovský Chlmec, poslanec Strany maďarskej koalície Barnabáš Ferko (*Domino fórum* 200, č.14).
- V § 56 je definovaná Slovenská postgraduálna akadémia medicíny (SPAM). Predchodcom SPAM-u bol Inštitút pre ďalšie doškoloňovanie lekárov (ILF). Problematická je koncepcia doškoloňovania lekárov. Ide o to, či majú byť doškoloňovaní na svojom pracovisku, alebo v špecializovanej inštitúcii. Ak v špecializovanej inštitúcii, tak potom či túto úlohu majú prevziať lekárske fakulty, ktoré sú na to personálne aj materiálne vo fakultných nemocniciach vybavené, alebo má fungovať samotná inštitúcia. Už v slove „Inštitút“ je vidieť pozostatok sovietskeho modelu doškoloňovania. Vo svete je najčastejšie doškoloňovanie na vlastnom pracovisku, menej inštitucionálne. Ak je inštitucionálne tak ho realizujú lekárske fakulty. Autori sa nemôžu vyhnúť podozreniu, že tento paragraf bol účelový, aby zaistil nerušenú existenciu bývalej NsP Kramáre, odkiaľ pochádzajú skoro všetci „manažéri a poradcovia súčasného ministerstva. Vid' aj poznámku k transformačnej rade.
- V novom odseku § 80 pod písmenom d, sa objavil zákaz súbehu práce lekárov v štátnom a neštátnom zariadení. Odborní lekári ktorí pracovali v štátnom zdravotnom zariadení, teda prakticky vo všetkých nemocniciach, sa museli do 3 mesiacov (do 1. 7. 2000) rozhodnúť či vrátia licenciu, alebo skončia pracovný pomer v štátnom zdravotníckom zariadení.

Kategorizačné zákony

Patria sem zákony 17/1999, 2/2000, nariadenia vlády č. 7 a 8/2000 a ich úpravy č. 29/2000 a 50/2000. Pre financovanie, ekonomiku a nakoniec aj celú existenciu zdravotníctva je nesmierne dôležitá lieková politika. Lieky sú zaradené do troch kategórií podľa toho, ako sú hradené poisťovňami. V prvej kategórii sú hradené plne, v druhej s príspevkom pacienta a v tretej si lieky plne hradí pacient. Každá zmena kategórie lieku až do prijatia zákona 2/2000 musela realizovaná formou novely zákona schválenej parlamentom. Vzhľadom na vývoj cien, vývoj kurzu koruny a otázky regulačného mechanizmu výdavkov na lieky, bol potrebný pružnejší mechanizmus

kategorizácie. Zákon 2/2000 umožňuje kategorizáciu a ceny riešiť iba nariadením vlády, bez legislatívnej účasti parlamentu. Keďže spotreba prvej kategórie liekov, plne hradenej poisťovňami, dosiahla v roku 1999 čiastku asi 12 miliárd korún, pripravilo ministerstvo zdravotníctva pružnejší inštrument regulácie výdavkov. V septembri 2000 pripravilo Ministerstvo zdravotníctva podklady pre nové komplexné nariadenie, ktorého výsledkom bude ďalšie zvýšenie príplatkov občanov na lieky a pomôcky o cca 800 mil. Sk ročne.

V pôvodnej verzii zákona bolo menovanie kategorizačnej komisie plne v kompetencii ministerstva zdravotníctva. Pozmeňovacími návrhmi sa podarilo poslancom parlamentu v § 38 odsek 5 definovať, kto má byť členom kategorizačnej komisie. Podotýkame, že členovia komisie sú pod neobyčajným tlakom výrobcov a distribútorov, lebo pre predajnosť lieku je mimoriadne dôležité aby bol zaradený do prvej kategórie. Zákon nadobudol účinnosť 1. februára 2000. Ihneď po nadobudnutí účinnosti nariadením vlády č. 7/2000 a 8/2000 bol vydaný nový zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok. Tento zoznam musela evidentne pripravovať stará „ministerská“ kategorizačná komisia, ktorý starej komisii umožnil „kategorizovať“ (*Domino fórum 2000, č. 5*) podľa nového princípu. Že išlo o kategorizáciu „šitú horúcou ihlou“ svedčia aj dve úpravy v rýchlom slede už nových zoznamov, uverejnené v Z. z pod číslami 29/2000 a 50/2000. Autori tejto kapitoly, napriek uvedeným výhradám, považujú tento princíp regulácie za dobrý, ktorý pri dodržiavaní zákonom stanovených podmienok a transparentnosti, môže byť vhodným inštrumentom celoštátnej liekovej politiky. Iným problémom zostáva stanovovanie maximálnych cien liekov. Ide o reguláciu ceny princípom „za čo najviac sa smie liek predávať“. Logické by bolo pravidlo „za čo najmenej“, ale k tomu všeobecne potrebujeme dobré konkurenčné prostredie, dobré platobné podmienky a podobne.

Zákony č. 104/1999 a 119/2000. Novely zákona 140/1998 o lieku a zdravotníckych pomôckach.

Novela 104/1999 bola účelová, nakoľko pôvodný zákon 140/1998 vylučoval možnosti poskytovať služby verejných lekární právnickým osobám. Rozhodnutie ústavného súdu uverejnené v Z. z pod číslom 122/1999 však potvrdilo protiústavnosť takéhoto obmedzenia právnických osôb, preto bolo potrebné predĺžiť dobu účinnosti z pôvodných 12 na 19 mesiacov s tým, že bude pripravená zásadná novela, neskôr prijatá parlamentom ako zákon č. 119/2000. Autori mali možnosť získať vládny (ministerský) návrh novely. Všimnime si tri okruhy, ktoré zákon 119/2000 riešil.

Prvý okruh riešil oblasť registrácie liečiv. Kompetencie sa presunuli zo Štátneho ústavu kontroly liečiv na ministerstvo zdravotníctva. Veľa pripomienok už počas prípravy zákona vyvolal centralistický a komplikovaný princíp navrhovanej zmeny. Registrácia liečiv, ktoré väčšinou pochádzajú z krajín EÚ, spôsobom ako sa u nás vykonáva, je sama o sebe dosť problematická.

Druhý okruh priam „perliť“ protiústavnosťou. Vo vládnom návrhu sa mali výrazne zmeniť podmienky pre distribúciu a predaj liekov, čo by znamenalo komplikovanejší postup, najmä pre zahraničných dodávateľov. Zodpovedný farmaceut – zákonom predpísaná funkcia pre každú lekárňu a distribučnú firmu, pričom musí byť absolventom farmácie s najmenej jednou atestáciou – mal získať kompetencie nepriamo riadiť lekáreň, hoci by ju nevladl. V navrhovanom odstavci 5 § 35 bolo doslova uvedené: *Ak je štatutárny orgán právnickej osoby tvorený viacerými fyzickými osobami, na všetky úkony právnickej osoby, týkajúce sa poskytovania lekárenskej starostlivosti, sa vyžaduje súhlas odborného zástupcu - farmaceuta.* Mala byť zakázaná účasť osôb oprávnených predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky v štatutárnych orgánoch, alebo dokonca aj v majetkovej účasti (držitelia akcií), firmami zaoberajúcich sa distribúciou liečiv a zdravotníckych pomôcok. Autorov zákona pravdepodobne „desila“ predstava, že lekár v štatutárnom orgáne distribučnej firmy, alebo akcionár by mohol nadmernou preskripciou liekov, ktoré spoločnosť dováža, „ruinovať poisťovne“. Týkalo sa to aj napríklad akcionárov spoločnosti Slovakofarma, ktorí získali akcie v kupónovej privatizácii.

Tretí okruh menil voľnú živnosť očných optík na koncesovanú živnosť.

Zákon bol schválený parlamentom po „značnej korekcii“ výborov a pléna, tak, že najväčšie nezmysly boli z vládneho návrhu vypustené.

Zákon 280/1999

Ide o novelu exekučného zákona 233/1995. Táto novela precizovala po štvorročných skúsenostiach exekučný zákon a mala odstrániť najväčšie nedostatky. Zdravotníci sa k nej „pridali“ iba jedným paragrafom, ktorý však výrazne zasiahol princípov vlastníckych práv – pri zachovaní predpokladu, že vlastníctvo k pohľadávke je také isté, ako vlastníctvo inej veci – ako aj obchodných pravidiel, ktoré nie sú v rozpore s dobrými mravmi. Cieľom § 235 bolo zabrániť možnosti exekvovať pohľadávky veriteľov voči zdravotným poisťovňam a voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Zákon bol prerokovaný v skrátrenom konaní a ministerstvo zdravotníctva chcelo zakázať exekúcie voči poisťovňam a poskytovateľom, teda chcelo chrániť subjekt ako taký pred exekúciou. Toto však bolo zjavne v rozpore s ústavou, takže parlamentní ústavní experti – najmä poslanci Šimko a Kresák – pripravili cez noc pozmeňovací návrh a z exekúcie boli nakoniec vyradené iba pohľadávky voči týmto subjektom a nie samotné subjekty. Z pohľadu veriteľov však išlo o jednostranný akt, ktorý značne spochybnil vierohodnosť „ochoty“ zdravotníctva splácať svoje dlhy. (*Domino fórum 2000, 1999, č.43*). Aj táto nová formulácia je podľa

niektorých poslancov parlamentu, hlavne z opozície, v rozpore s ústavou, preto podali žalobu na ústavný sud a ich žaloba bola prijatá.

Zákon 263/1999

Ide o zákon o verejnom obstarávaní. Pre zdravotníctvo je dôležitý tým, že verejné obstarávanie je najčastejším spôsobom zabezpečenia tovarov a služieb, a aj investícií. Zákon svojou kvalitou výrazne prevyšuje svojho „predchodcu“. Zmenil sa systém hodnotenia ponúk, zavedením inštitútu Úradu pre verejné obstarávanie sa rieši sporové konanie účastníkov, je zmenené hodnotenie „kvality ponúk“. Jedine čo zákonu možno vytknúť je nejasná definícia „lehoty viazanosti“, čo už spôsobilo v praxi viacero problémov.

Zákon 72/1999

Ide o jednu z „nekonečných noviel“ riešiacich správu štátneho majetku. Keďže sa dotýka štátnych poskytovateľov (nemocníc) a aj poisťovní, jeho výsledkom je v podstate zabránenie predaja nadbytočného majetku a riešenia dlhov zápočtami. Za nadbytočný majetok sa považuje taký, ktorý už poskytovateľ nevyužíva pre svoju činnosť a ani využívať nebude, ako sú napríklad bývalé škôlky, obytné domy, voľné parcely. Zákon napríklad predpisuje predávať takýto majetok za najmenej + 100 % k cene znaleckého posudku. To prakticky znemožňuje predaje menej lukratívnych nehnuteľností. Výnosy z predaja nadbytočného majetku by aspoň čiastočne umožnili splácať dlhy a znižovali by náklady na ich zbytočnú prevádzku.

Hodnotenie legislatívnej činnosti je stručné. Štátne zdravotníctvo - v stave v akom sa na Slovensku nachádza - sa nedá riadiť zákonmi.

5. CHOROBA PREZIDENTA A VÝMENA

V júni 2000 prezident Slovenskej republiky ochorel. Ochorenie prezidenta jasne ukázalo neschopnosť existujúceho systému zdravotníctva sa aspoň ako tak kvalitne postarať o občana v chorobe. Zlyhal systém poskytovania pomoci a verejnosť prvý raz pochopila, že zdravotníctvo už len ťažko slúži svojmu cieľu. Následné vzájomné obviňovania „aktérov“ priebehu liečby ochorenia prezidenta, vrátane prezidenta samotného, poukázalo na biedu slovenského zdravotníctva. Minister zdravotníctva Tibor Šagát odstúpil s tým, že svoje odstúpenie odôvodnil tlakom verejnosti, napriek tomu že on osobne označil svoj výkon ako „excelentný“ (*Domino fórum 2000, č. 27*) Príčiny odstúpenia ministra sme komentovali v tlači (*Domino fórum 2000, č. 28*). Novým ministrom zdravotníctva bol menovaný Roman Kováč, len niekoľko dní po tom, ako bol hlasovaním klubu SDK odvolaný z funkcie predsedu parlamentného klubu SDK. Roman Kováč bol až do svojho menovania do funkcie ministra taktiež výkonom podpredsedom Výboru NR SR pre zdravotníctvo (opozícia totiž odmietla na ponúknuté miesta predsedov výborov, medzi ktoré patril aj zdravotnícky výbor nominovať svojich kandidátov). Ešte pred svojim menovaním sa plne prihlásil k činnosti a programu svojho predchodcu. Typickým pre jeho činnosť za prvých 100 dní bolo najmä to, že ministerstvo nevypracovalo žiadny zásadný dokument, ktorý by bol naznačil smer korekcie systému. V rozhovoroch pre tlač sa dalo poznať iba toľko, že „spásu“ vidí vo verejnoprospešných neziskových nemocniciach. Pod neziskovými MZ rozumie skutočnosť, že prípadný zisk sa nebude rozdeľovať, ale bude investovaný do nemocnice. V septembri 2000 vstúpili lekári štátnych zdravotníckych zariadení do protestnej výstražnej hladovky pred parlamentom (*Domino fórum 2000, č. 38*). Dožadovali sa mimo iného okamžitého nárastu tarifných miezd o 45%, ale prekvapivo sa domáhali aj systémových zmien. Reakcia ministra bola pre neho typická, hrozil prepúšťaním zo štátnych zariadení (*Domino fórum 2000, č. 39*)

Ministerstvo bolo uznesením parlamentného výboru pre zdravotníctvo zaviazané vypracovať správu o stave zdravotníctva. V tomto materiály (č 3918/2000-A/, sa prvý krát objavuje kritika prospektívneho rozpočtu a kapitácie. Dokonca materiál celkom otvorene, i keď len jednou vetou, priznáva ďalší nárast dlhov, mesačne o minimálne 300 mil. Sk. Ako sa to už stalo zvykom najprv na 10 stranách konštatuje veľké úspechy transformácie.

Na jeseň dostalo zdravotníctvo na oddĺženie okolo 6 miliárd korún. Celý problém filozofie prístupu k zdrojom, spôsobu financovania ale aj hospodáreniu so zdrojmi popísali autori tejto state opakovane v tlači (*Domino fórum 2000, č. 7, č. 26, č. 27, č. 32*). O spôsobe takzvaného oddĺžovania, sa bude viesť diskusia ešte aj po roku 2000 (*Domino fórum 2000, č. 42*)

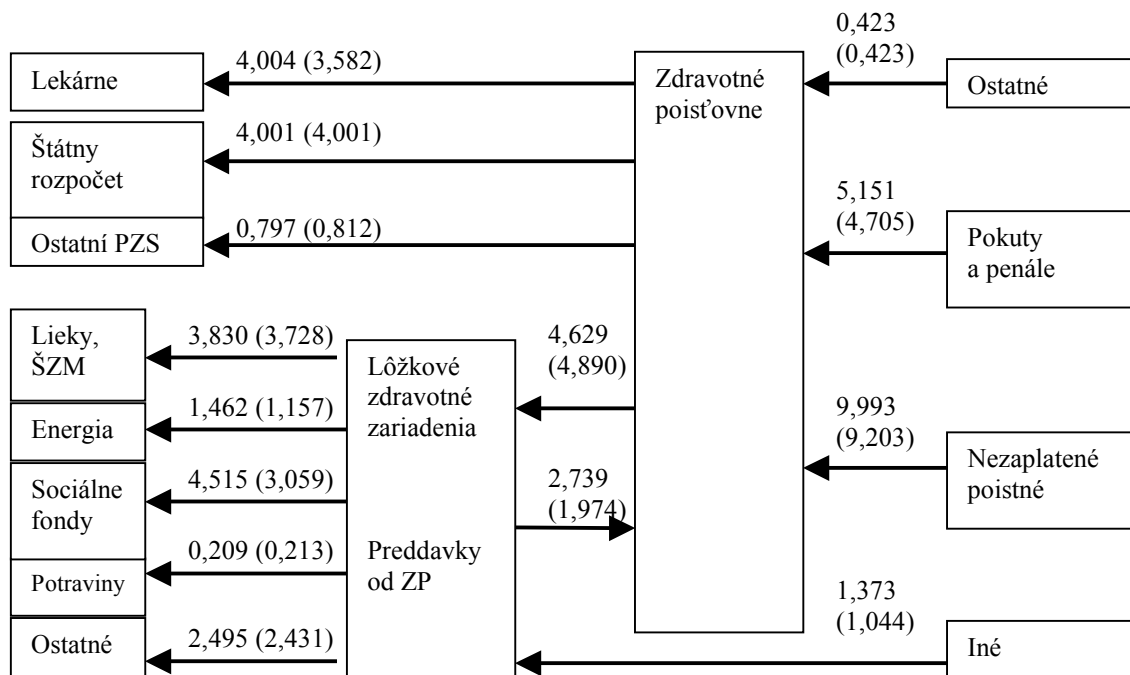
Ako vidieť dlh zohráva jednu z najvýznamnejších úloh v problémoch slovenského zdravotníctva v ďalšom sa pokúsime ukázať na príčiny jeho vzniku a nárastu a navrhovanému spôsobu takzvaného oddĺženia.

6. DLH

6. 1. VONKAJŠÍ DLH

Pod vonkajším dlhom rozumieme objem záväzkov zdravotných poisťovní a lôžkových zdravotných zariadení k 30. júnu 2000. Keďže na jednej strane sa jedná o uhrádzateľov a na druhej o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, budeme ich záväzky a pohľadávky posudzovať oddelene (Schéma 1).

Schéma 1: Štruktúra záväzkov a pohľadávok v sektore zdravotníctva k 30. 6. 2000 v mld. Sk



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Poznámka: Údaj v zátvorke je k 31.12.1999

Výška záväzkov zdravotných poisťovní k 30. 6. 2000 dosiahla 13,429 mld. Sk (Tabuľka 2). Záväzkov zdravotných poisťovní voči štátnemu rozpočtu v objeme 4,001 mld. Sk (29,8 %) je úplne špecifický vo forme tzv. návratnej finančnej výpomoci, ktorá bola poskytnutá najprv v roku 1998 (1,271 mld. Sk) a potom aj v roku 1999 (2,730 mld. Sk). V súčasnej finančnej situácii poisťovní by bolo vhodné uvažovať o jeho preklasifikovaní na nenávratnú finančnú výpomoc, ktorú poisťovne nebudú musieť vrátiť. Za podmienky, že by uhradili prednostne iné dlhy na ktorých má záujem štát. Napríklad do sociálnej poisťovne za poskytovateľov, ktorí dlhujú za neodvedené poistenie vyše 4,5 mld. Sk, alebo takmer 1,5 mld. Sk za energie, čo je dôležité pred uvažovanou privatizáciou podnikov dodávajúcich energie.

Dlh zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti tak k 30. 6. 2000 dosahoval 9,428 mld. Sk. Najvyšší dlh poisťovne vykazovali voči lôžkovým zdravotným zariadeniam (4,629 mld. Sk) a voči lekárňam (4,004 mld. Sk). V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že lekárňam poisťovne dlhujú priemerne iba 4 až 5 mesiacov, kým lôžkovým zariadeniam aj vyše roka. Najmenším veriteľom poisťovní sú ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (0,797 mld. Sk).

Zaujímavé je sledovať vývoj štruktúry dlhu zdravotných poisťovní (Tabuľka 2). Kým v roku 1995 bol dlh medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a úvery rozdelený v pomere 80:20, tak v roku 1999 to bolo už 67:33. V roku 1999 poisťovne zaznamenali pozoruhodný medziročný pokles záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o 1,204 mld. Sk. Príčinou bolo prijatie už spomínanej finančnej výpomoci v objeme 2,730 mld. Sk. Ministerstvom proklamované zníženie dynamiky rastu dlhu voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti teda nejde na vrub „uzatvorenia konca“, ale je dôsledkom masívnej štátnej dotácie. Navyše, s takýmto „účelovým“ zostavovaním dát sa autori stretávajú v prípade ministerstva ako aj poisťovní, prakticky v každom dokumente, ktoré tieto inštitúcie predkladajú.

Tabuľka 2**Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní v mld. Sk**

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000
Zdravotná starostlivosť	2,496	2,199	6,619	10,120	8,916	9,428
<i>Lieky</i>		0,773	2,138	3,839	3,582	4004
<i>Výkony zdravotnej starostlivosti</i>		1,426	4,481	6,281	5,334	5424
Úvery, pôžičky a návratná finančná výpomoc	0,646	0,743	1,677	1,903	4,369	4,001
Záväzky celkom	3,142	2,942	8,296	12,023	13,285	13,429

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo financií

Objem pohľadávok zdravotných poisťovní k 30. júnu 2000 dosiahol 18,306 mld. Sk (Tabuľka 3). Dominantný podiel pripadá na nezaplatené poistné (54,6 %) a vyrubené pokuty a penále (28,1 %). Zdravotné poisťovne majú síce vysokú úspešnosť pri výbere poistného (93 %), avšak účinnosť vymáhania nezaplateného poistného je dosť nízka. Hoci podiel nezaplateného poistného na celkových pohľadávkach relatívne klesá z úrovne 86,1 % v roku 1995 na 54,6 % v roku 2000, tak nominálne tento objem z roka na rok rastie. Odhad skutočnej hodnoty pohľadávok voči neplatičom, mimo štátnych podnikov ako sú napríklad ŽSR, je asi 20 % nominálnej hodnoty. Akékoľvek ministerské, či vládne návrhy na oddĺženie vychádzajúce z vyššej hodnoty by boli zavádzajúce a neodzrkadľovali by súčasnú realitu. Navyše, poisťovne by na tento objem pohľadávok už dávno mali vytvárať opravné položky. Dlhodobým riešením by bolo postúpenie pohľadávok na nezaplatenom poistnom (9,993 mld. Sk) profesionálnym spoločnostiam zaoberajúcim sa faktoringom. Takto dodatočne získané prostriedky, od ktorých práve teraz abstrahujeme by sa dali v budúcnosti použiť na systémové zmeny.

Vymôcť vyrubené pokuty a penále (5,151 mld. Sk) bude veľmi problematické, lebo neplatiči poistného nemajú finančné prostriedky ani na úhradu samotného poistného. Často je nezaplatené poistné a pokuta/penále evidovaná voči subjektu, ktorý je v konkurze, resp. už zanikol. Objem týchto pohľadávok má reálne nulovú hodnotu.

Preddavky pre zdravotné zariadenia (2,739 mld. Sk) vznikajú pravdepodobne na základe mechanizmu prospektívneho rozpočtu. Poisťovne totiž uhrádzali zdravotným zariadeniam vopred cca. 80 % z prideleného mesačného prospektívneho rozpočtu. V priebehu 1. 5. 1999 až 31. 5. 2000 išlo o pravidelný proces s mesačnou periodicitou, pričom objem finančných prostriedkov sa pohyboval na úrovni 1,6 - 1,8 mld. Sk mesačne. Táto suma je súčasťou zúčtovacieho systému prospektívneho rozpočtu, čiže nie je to klasická pohľadávka z bežného obchodného styku, čím neznižuje celkový dlh poisťovní voči lôžkovým zariadeniam. Pozoruhodný je prudký nárast objemu týchto preddavkov až o 38,8 % za prvých šesť mesiacov roku 2000.

Tabuľka 3**Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní v mld. Sk**

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000
Pohľadávky na poistnom	1,089	1,705	4,708	6,977	9,203	9,993
Iné pohľadávky	176	1,058	2,069	5,993	7,102	8,953
Pohľadávky celkom	1,265	2,763	6,777	12,970	16,305	18,946

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo financií

Objem záväzkov lôžkových zdravotných zariadení k 30. júnu 2000 dosiahol 12,171 mld. Sk (Tabuľka 4). Z tohto objemu pripadá najväčšia časť dlhu (37,1 %) na odvody do fondov sociálneho zabezpečenia. Pôvod tohto dlhu začína v roku 1995, keď rozpočtovým a príspevkovým organizáciám pribudla povinnosť uhrádzať za zamestnancov 38 % odvod do poistných fondov. Zavedenie tohto opatrenia vyvolalo reťazovú reakciu vzniku iných dlhov, najmä z titulu nedostatku finančných prostriedkov na úhradu odvodov. Dlh na poistnom má navyše vysokú dynamiku, keď len za posledných šesť mesiacov vzrástol o 52,3 % (!). Lôžkové zariadenia tak výpadok zdrojov kompenzujú neplatením poistného.

Takmer 31,5 % dlhu zdravotných zariadení pripadá na lieky a špeciálny zdravotnícky materiál. Tento dlh má dve špecifiká. Evidujeme ho hlavne voči dodávateľom z krajín Európskej únie a z časového hľadiska je dosť starý, čo pre distribútorov liekov a ŠZM nutne znamená kurzové a úrokové straty. Ak napríklad zahraničný výrobca dodal tovar distribučnej firme pred septembrom 1998 a nemocnica uhradila faktúru za dodávku tohto tovaru v septembri 1999, vznikol tým kurzový rozdiel (strata) až 3 Sk voči jednej nemeckej marke.

Mimoriadne zaujímavou položkou je dlh voči ostatným veriteľom (2,155 mld. Sk). Žiadny materiál MZ túto položku nešpecifikuje. Môžeme sa iba domnievať, že sa jedná o plošné dovozy, nákupy hmotného investičného majetku a takzvané kapitálové výdavky financované. Nakoľko nemocnice nemajú vlastné zdroje na investície, sú tieto financované „príspevkom“ z kapitoly ministerstva zdravotníctva pod kolónkou kapitálové transfery. Tento proces je natoľko netransparentný, že pri ňom veľmi často dochádza k porušovaniu zákona. Najväčšie porušovanie zákona o verejnom obstarávaní za rok 1999 zistil Najvyšší kontrolný úrad práve na úseku

nákupu investícií nemocníc. Zarážajúce pritom je, že o výsledkoch tejto kontroly verejnosť nie je informovaná, pričom sa jedná o nákupy v hodnote stoviek miliónov korún. S pravdepodobnosťou hraničiacou s istotu môžeme taktiež konštatovať, že ruka v ruke s netransparentným obstarávaním rastie aj korupcia. Zarmucujúce je, že z tohto systému profituje úzka skupina ľudí na úkor verejných zdrojov a všetkých občanov.

Taktiež neexistuje verejná kontrola vynaložených kapitálových výdavkov, za ktoré sú nakupované technické zariadenia na splátky. Celý tento systém obstarávania funguje ako prevrátená pyramída. V prvom roku dá MZ nejakej nemocnici povolenie na nákup zdravotníckej techniky, pričom uhradí len 1/3 hodnoty. V druhom a treťom roku opäť poskytne 1/3, ale nie na druhú a tretiu splátku za už nakúpený prístroj, ale na obstaranie nového technického vybavenia. MZ takto síce deklaruje vynaložené prostriedky, avšak rozotáča nebezpečný kolotoč dlhov nemocníc.

Tabuľka 4

Štruktúra záväzkov lôžkových zariadení v mld. Sk

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000
Poistné (38 %)	360	382	660	1,750	2,965	4,515
Lieky a špeciálny zdravotnícky materiál	1,150	1,220	2,330	3,555	3,701	3,830
Ostatné	470	520	810	1,690	2,394	2,155
Palivá a Energie	350	380	550	1,020	1,140	1,462
Potraviny	150	180	190	210	212	209
Záväzky spolu	2,480	2,682	4,540	8,225	10,412	12,171

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva - drobné odchýlky sú možné, lebo údaje (1995 - 98) boli odčítané z grafu

Výška pohľadávok zdravotných zariadení k 30. júnu 2000 dosiahla 7,277 mld. Sk a len za prvý polrok 2000 vzrástla takmer o 1,233 mld. Sk (20,4 %). Oproti tomu záväzky zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti oficiálne vzrástli len o 90 mil. Sk. Prvým kľúčovým záverom tejto pasáže je fakt, že zavedenie prospektívneho rozpočtu finančne stabilizovalo jedine zdravotné poisťovne a že súčasná sieť lôžkových zariadení je výrazne podfinancovaná. Druhým záverom je postupné narastanie tzv. nekrytého dlhu prejavujúceho sa neproporciálnym vývojom záväzkov zdravotných zariadení (+1,758 mld. Sk za prvých šesť mesiacov 2000) deklarovaným objemom záväzkov zdravotných poisťovní (+0,144 mld. Sk).

Z celkového objemu pohľadávok je 1,373 mld. Sk voči iným dodávateľom a 5,980 mld. Sk voči zdravotným poisťovniam. Vážnym rizikom transparentnosti finančných vzťahov je vzájomné zlučovanie poisťovní a krach zdravotnej poisťovne Perspektíva v júni 1999, ktorej dlhy sa odhadujú na 1,5 mld. Sk a ktorej poisťencov prebrala Všeobecná ZP.

Kľúčové závery:

- **Prvotným impulzom finančnej nerovnováhy a vzniku dlhu bola hospodárska recesia vrcholiaca v roku 1993.**

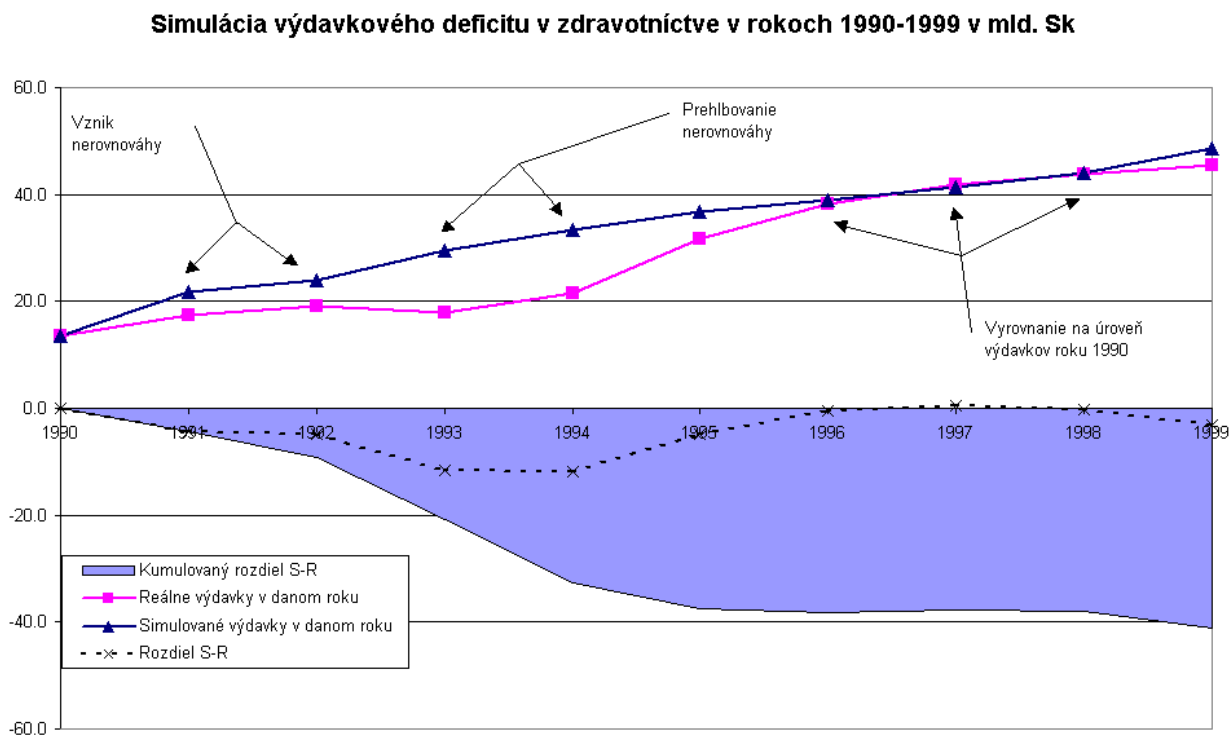
Pokúsme sa simulovať, aké množstvo finančných prostriedkov ročne by malo zdravotníctvo dostať v rokoch 1990-99, ak by štát v každom roku tejto dekády do sektora nasmeroval rovnaký objem ako v roku 1990 (slabým miestom tejto úvahy zostáva nedostatok informácií na posúdenie vzťahu medzi objemom výdavkov a kvalitou poskytovanej starostlivosti v roku 1990). Krivka reálnych výdavkov znázorňuje skutočne vynaložené výdavky v zdravotníctve. Krivka simulovaných výdavkov v roku n v zdravotníctve (Z_n) rastie oproti objemu finančných výdavkov vynaložených na zdravotníctvo v roku 1990 (Z_{90}) o kumulovanú mieru inflácie po rok n (i_n) podľa vzorca: $Z_n = Z_{90} * i_n$

Tabuľka 5: Simulácia výdavkov na zdravotníctvo

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ročný rozdiel medzi reálnymi (R) a simulovanými (S) príjmami	0. 0	-4. 3	-4. 8	-11. 7	-11. 8	-5. 0	-0. 6	0. 5	-0. 3	-3. 1
Kumulovaný rozdiel	0. 0	-4. 3	-9. 1	-20. 8	-32. 6	-37. 6	-38. 2	-37. 6	-38. 0	-41. 1

Zdroj: Prepočty M. E. S. A. 10

Graf 3
Simulácia výdavkového deficitu v zdravotníctve v rokoch 1990-99



Zdroj: Prepočty M. E. S. A. 10

Ohniskom nerovnováhy bolo nedostatočné odvádzanie poistného zo strany štátu za zákonom určenú skupinu osôb (cca 3,3 milióna obyvateľov), keď v roku 1993 štát neodvádzal poistné vôbec, v roku 1994 len 33,6 Sk namiesto 336 Sk a v roku 1995 len 181 Sk namiesto 336 Sk. Nízky odvod štátu za svojich poistencov však pokračuje aj v súčasnosti (283 Sk na osobu v roku 1999, 370 Sk v prípade nezamestnaného), čo opäť vytvára napätie a zvyšuje predpoklady pre nerovnovážny vývoj.

Výdavky v rokoch 1996 - 98 sú presne na úrovni roku 1990. V tomto období však dochádza k dvom dôležitým javom. Po prvé, finančné prostriedky prichádzajúce do systému sa používajú na splácanie starých dlhov, čím vznikajú dlhy nové. Po druhé, prudko sa zvyšuje objem neefektívne vynaložených prostriedkov, čo znova odčerpáva prostriedky na výkon zdravotnej starostlivosti. Práve tento jav môžeme pomenovať ako „čierna diera“.

- **Výšku dlhu výrazne ovplyvnili netransparentné finančné vzťahy a zlyhania kontrolného systému**

Jedným z úzkych miest poistného systému je nevhodne koncipovaná účtovná osnova a účtovné postupy pre vedenie účtovníctva jednotlivých zdravotných poisťovní, ktoré od svojho vzniku účtujú podľa účtovných osnov pre politické strany a hnutia a až od roku 1997 vypracúvajú ročnú účtovnú uzávierku podľa metodických pokynov opatrenia 101 MF SR, pričom podliehajú len kontrole Ministerstva zdravotníctva a Ministerstva financií. Táto kontrola zjavne nemôže detailne posúdiť ekonomické a účtovné otázky poistného systému a zapríčiňuje netransparentné hospodárske výsledky zdravotných poisťovní. Výsledky hospodárenia jednotlivých zdravotných poisťovní nie sú verejne dostupné a kontrolovateľné inými inštitúciami, čím ich len ťažko možno považovať za vierohodné.

Navyše si treba uvedomiť, že zdravotné poisťovne ročne disponujú s verejnými zdrojmi od ekonomicky aktívneho obyvateľstva (zamestnanci, zamestnávateľia a samostatne zárobkovo činné osoby) vo výške cca 41 mld. Sk (čo je 5,2 % HDP), pričom nepodliehajú auditu. Jeho opodstatnenosť potvrdzujú aj bežná prax, keď podľa § 39 Obchodného zákonníka a § 20 zákona o účtovníctve sa auditu musí podrobiť každá obchodná spoločnosť a obratom vyšším ako 30 mil. Sk, resp. 20 mil. Sk.

Žiaľ, paradoxom po piatich rokoch fungovania zdravotných poisťovní stále zostáva absencia nezávislého monitorovacieho a kontrolného mechanizmu – auditu. Audit je pritom základným predpokladom pre určenie časovej a inštitucionálnej štruktúry dlhu. Cieľom auditu by malo byť predovšetkým:

- posúdenie systému účtovania zdravotných poisťovní,
- získanie relevantných podkladov o finančnom stave, stave záväzkov a pohľadávok jednotlivých poisťovní, ktoré budú slúžiť pre optimalizáciu riešenia dlhu,
- posúdenie vhodnosti a efektivity existencie piatich inštitúcií na vyberanie verejných zdrojov,
- posúdenie otázky vynakladania verejných prostriedkov mimo systém.

- **Významným faktorom nárastu dlhu je dlh sám.**

Dlh sa postupom času začne navyšovať o kurzové rozdiely, úroky z omeškania, súdne poplatky a sankcie. Takéto „príslušenstvo“ sa nabaľuje k pôvodnému dlhu, čoho dôsledkom je špirála, keď dlh produkuje ďalší dlh.

V tejto súvislosti si osobitnú pozornosť si zasluhuje dlh voči Európskej únii, ktorého výšku môžeme odhadnúť na cca 9,989 mld. Sk. Zaraďujeme sem dlh zdravotných poisťovní (ZP) voči lekárniam (4,004 mld. Sk), dlh lôžkových zdravotných zariadení (LZZ) na liekoch a ŠZM (3,830 mld. Sk) a dlh LZZ voči ostatným dodávateľom (2,155 mld. Sk). Dlh voči týmto dodávateľom je predovšetkým v devízach, čo zvyšuje kurzové riziko dodávateľov. Navyše, z časového hľadiska je dlh starší než 360 dní, čo spôsobuje úrokové riziko dodávateľov. Výška kurzového a úrokového rizika sa nakoniec logicky premieta do zvýšenej „rizikovej“ prirážky k cene. Priamym dôsledkom je potom zvýšenie obchodnej marže dodávateľov, čo zvyšuje cenu dodávaných produktov hore, čím dlh nutne predražuje dodávky.

- **Nápravné opatrenia smerujú neustále k stabilizácii zdravotných poisťovní.**

Jednotlivé kroky ministerstva smerujú stále k finančnej stabilizácii poisťovní. Pri súčasnej šírke zdravotnej siete sú fixné náklady lôžkových zariadení z roka na rok vyššie, pričom vôľa na jej efektívnu transformáciu stagnuje. Je pritom naivné si myslieť, že skrátenie prísunu finančných prostriedkov „naučí“ nemocnice hospodáriť.

6. 2 LIKVIDÁCIA DLHU

Likvidácia dlhu je nutným predpokladom úspešnej transformácie celého sektora. Existuje viacero mechanizmov ako k nemu pristupovať. Latinsko americká cesta, spočívajúca v znehodnotení dlhov hyperinfláciou je aj teoreticky neprípustná. Decentralizácia dlhov na budúce regióny je zatiaľ nemožná z politických dôvodov. Cesta postupnej reštrukturalizácie dlhov sa zatiaľ javí ako najefektívnejšia. Napokon existuje oddĺženie, prezentované Ministerstvom zdravotníctva. Pri koncipovaní programu oddĺženia sa však Ministerstvo zdravotníctva dopustilo troch závažných chýb:

1. Nebol vykonaný podrobný účtovný audit zdravotných poisťovní a štátnych lôžkových zariadení, aby sa zistila jasná časová a subjektová štruktúra dlhu, ktorý by sa automaticky mal stať prvotným predpokladom pre projekt oddĺženia. Doteraz predkladané materiály o výške dlhu nie sú vierohodné (Domino fórum 2000, č. 26) nakoľko sa zmiešavajú jednotlivé subjekty. Nie je jasné aké pohľadávky a záväzky majú jednotlivé poisťovne a voči komu. Akýkoľvek projekt oddĺženia zdravotníctva, vrátane poisťovní si však vyžaduje riadnu verifikáciu dlhu jednotlivých subjektov samostatne. Navyše, zlučovaním pôvodných 13 zdravotných poisťovní do súčasných piatich nie je jasné, ako boli prevzaté pôvodné záväzky a pohľadávky.
2. Systém nie je finančne stabilizovaný a stále produkuje dlhy, čo výrazne znižuje budúcu efektívnosť projektu oddĺženia.
3. Z čiastky 4,9 mld. Sk určenej pre zdravotníctvo z privatizačných príjmov je v tomto roku na projekt oddĺženia naplánovaných len 2,5 mld. Sk (51%). Z toho 1,5 mld. Sk na zníženie dlhu voči Sociálnej poisťovni, 0,6 mld. Sk na splatenie časti dlhov štátnych zdravotníckych zariadení voči dodávateľom ŠZM a liekov a 0,4 mld. Sk na splatenie dlhov ZP voči lekárniam za lieky vydané za recepty. Lenže zvyšný objem 2,4 mld. Sk je nasmerovaný do bežných výdavkov, keď 2,0 mld. Sk sa plánuje použiť na krytie nákladov zdravotnej starostlivosti a 0,4 mld. Sk dokonca na financovanie zvlášť náročných výkonov. Od začiatku diskusie o použití privatizačných príjmov sme poukazovali na jedinečnosť a neopakovateľnosť privatizačných príjmov ktoré by sa mali využiť predovšetkým na štrukturálne reformy (Profit 2000 č. 21).

Parlament z príjmov z privatizácie Slovenských Telekomunikácií pre zdravotníctvo schválil zatiaľ 6,040 mld. Sk. V roku 2000 sa požije už spomínaných 4,9 mld. Sk a na rok 2001 zostane 1,140 mld. Sk. Celkovo však vláda v júni 2000 schválila návrh na riešenie dlhu v zdravotníctve, ktorý ráta s oddĺžením vo výške 15 mld. Sk v priebehu rokov 2000 – 2004, počítajúc najmä zo zdrojov získaných privatizáciou a zo zdrojov zo štátneho rozpočtu!

6. 3. VNÚTORNÝ DLH

Vnútorný dlh odzrkadľuje morálne, technické a časové opotrebovanie majetku a vybavenia zariadení v sektore zdravotníctva. Nebezpečná je už jeho samotná existencia nieto ešte jeho výška. Tú môžeme len odhadovať. Šokujúcim je zistenie, že 40 % (Tabuľka 6) prístrojového vybavenia je staršia ako 8 rokov!

Tabuľka 6

Veková štruktúra prístrojového vybavenia zdravotníckych organizácií k 30. 6. 1999

Vek prístrojového zariadenia	Podiel
do 4 rokov	33 %
4 – 8 rokov	27 %
8 – 15 rokov	25 %
nad 15 rokov	15 %

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Lôžkové zariadenia v zdravotníctve netvorí odpisy, ale fond reprodukcie. Jeho výška sa stanovuje z reálnych odpisových sadzieb, s tým, že poskytovatelia by mali plniť tento fond reálnymi finančnými prostriedkami. Teoretický stav fondu reprodukcie k 31. decembru 1999 odhadujeme na minimálne 7,300 mld. Sk (Tabuľka 7). Varujúce je roztváranie nožníc medzi stavom fondu reprodukcie a jeho skutočným plnením. Kým v roku 1995 bolo plnenie na úrovni 13,5 %, tak v roku 1999 odhadujeme jeho plnenie na úrovni len 1,5 %. Príčinou je nedostatok financií na kapitálové výdavky, ktoré sú potom hradené z rezerv fondu. Pod kapitálovými výdavkami v zdravotníctve, pri čom je jedno, či z fondu reprodukcie, alebo z príspevku ministerstva treba rozumieť to isté, čím sú v komerčnej sfére výdavky na investície.

Tabuľka 7

Stav fondu reprodukcie v mld. Sk

	1995	1996	1997	1998	1999
Stav fondu reprodukcie	2,976	3,607	4,927	6,168	7,300
Stav na účte fondu	0,401	0,347	0,197	0,121	0,110

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, rok 1999 je odhad M. E. S. A. 10

Celkovú hodnotu vnútorného dlhu v zdravotníctve môžeme na základe materiálov Ministerstva zdravotníctva a prepočtu autorov po zohľadnení inflačného a devalvačného vývoja slovenskej koruny za uplynulé obdobie siedmich rokov ako aj rastu cien novej techniky v rámci inovácií odhadnúť na cca 40 až 50 mld. Sk.

7. FINANCOVANIE

7.1. FINANCOVANIE FORMOU „UZATVORENIA KONCA“

Rastúce napätie medzi výdavkami na zdravotnú starostlivosť a zdrojmi na ich krytie riešilo Ministerstvo zdravotníctva zmenou financovania. Od 1. januára 1999 zaviedlo financovanie s tzv. „uzatvoreným koncom“, čím nahradilo financovanie s tzv. „otvoreným koncom“. Oba výrazy sú „terminus technicus“ zdravotníkov. V prípade „uzatvoreného konca“ sa jedná o vopred definované množstvo financií, ktoré môžete uvoľniť. V prípade „otvoreného konca“ sa nedá vopred povedať, koľko systém spotrebuje. V každodennej praxi „uzatvorenie konca“ znamenalo zavedenie prídelového systému a príkazovej ekonomiky, ktorej vykonávateľom a určovateľom bolo Ministerstvo zdravotníctva.

Odmeňovanie neštátnych lekárov primárnej ambulantnej starostlivosti prebiehalo od 1. januára 1999 prostredníctvom tzv. „kapitácie“. Lekár za každého občana, s ktorým má podpísanú zmluvu získaval od poisťovne paušálnu platbu. Nie je pri tom dôležité, či občan je alebo nie je chorý, teda či potrebuje reálne služby lekára. Keďže lekár prvého kontaktu má v kmeni určených priemerne 2000 občanov (zmlúv), tak pri priemernej kapitačnej sadzbe 35 Sk dostane od zdravotnej poisťovne cca. 70 000 Sk mesačne, bez ohľadu na reálne poskytnuté zdravotné výkony. Takýto mechanizmus odmeňovania logicky netlačí lekárov k vyššej efektívnosti poskytovaných služieb a nemotivuje k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti. Prvým negatívnym dôsledkom takéhoto systému je zvýšenie implicitného zisku lekárov. Pri kapitáciou fixne stanovených príjmoch je tento zisk tým vyšší, čím sú náklady lekára menšie, čo vedie k už spomínaným dopadom na kvalitu poskytovanej starostlivosti (extrémnym prípadom je uzavretie zmlúv len so zdravými „pacientmi“). Logicky ďalším

negatívnym dôsledkom je prenesenie ťažiska poskytovania služieb z neštátnych lekárov na štátne polikliniky a nemocnice, ktoré si nemôžu dovoliť pacienta neošetriť.

Odmeňovanie lekárov špecializovanej ambulantnej starostlivosti pokračovalo na základe bodovníka (išlo by teda o otvorený koniec financovania.), pričom poisťovne lekárom stanovili určitý maximálny limit preplatených bodov, nezávisle od toho, koľko podľa platného bodovníka nabodujú. Toto je obdivuhodný spôsob ako sa dá „otvorený“ koniec prerobiť na „uzatvorený“. Ospravedlnením nebolo ani pomenovanie tohto stavu ako objednávanie si výkonov. V praxi to znamenalo, že väčšina špecialistov pracovala najmenej týždeň v mesiaci zadarmo, ktorí nemohli odmietnuť robiť „zadarmo“, lebo naopak zákon im „prikazuje“ robiť, teda aj zadarmo.

Doslova výsmechom základných ekonomických princípov bolo zavedenie tzv. „prospektívneho rozpočtu“ (PR) na financovanie nemocníc od 1. mája 1999. Čudný mechanizmus prospektívnych rozpočtov fungoval až do 31. 5. 2000 na základe centrálne a absolútne nejasne stanovených parametrov.

Reálna finančná potreba nemocníc bola v roku 1999 odhadovaná na úrovni 2,1 mld. Sk mesačne. Spolupráca dvoch ministerstiev - zdravotníctva a financií centrálne stanovila maximálnu možnú mesačnú potrebu na 1,96 mld. Sk (maximálny PR). Opatrením Ministerstva zdravotníctva bola pri konkrétnej realizácii prospektívneho rozpočtu suma znížená, pričom MZ uložilo zdravotným poisťovňam uhradiť sumu 1,8 mld. Sk (rozpísaný PR). Poisťovňami skutočne uhradená suma je však na úrovni 1,6 mld. Sk (skutočný PR).

Tabuľka 8

Mechanizmus fungovania PR v mil. Sk v období 1. 5. 1999 – 31. 5. 2000 (13 mesiacov)

Prospektívny rozpočet	XYZ	XXX
Maximálny	207,6	299,3
Rozpísaný	173,8	238,0
Skutočný	168,6	237,1*

Zdroj: Podľa skutočných výmerov a výkazov dvoch nemocníc

* Úhrady od ZP zahŕňajú aj platby za prechádzajúce obdobie, pričom v období august 1999 - december 1999 nemocnica musela vynaložiť 8,8 mil. Sk účelových prostriedkov na úhradu záväzkov voči dodávateľom tepelnej energie, teplej úžitkovej vody, elektrickej energie, plynu, vody a stočné.

Bolo teda úplne jedno, aké výkony nemocnica vykonala, lebo dopredu vedela, že dostane menej. Navyše prostriedky nestačili ani na úhradu reálne poskytnutej zdravotnej starostlivosti a na prevádzku, nieto ešte na jednoduchú, alebo rozšírenú reprodukciu.

Rádovo rozdiel medzi skutočne vykonanými výkonmi a zinkasovanými finančnými prostriedkami bol 20 % až 30 %, v závislosti od zdravotného zariadenia. Aby bol zmätok dokonalý, tak zdravotné poisťovne uznávali pohľadávku nemocníc len do výšky rozdielu medzi skutočným PR a ministerstvom rozpísaným PR. Nikdy neuhradený a zo strany zdravotných poisťovní pravdepodobne ani neevidovaný rozdiel medzi rozpísaným PR a reálne uskutočnenými výkonmi tak môžeme nazvať ako nekrytý dlh, ktorý už nikto nemocniciam neuhradí a ktorý už nemocnice nemajú ako právne vymáhať. (Záväzky nemocníc voči ich dodávateľom sú však reálne a teda vymáhateľné a preto sa nemocnice postupne dostávajú do primárnej platobnej neschopnosti).⁷ Prejavom tejto nerovnováhy je skutočnosť, že kým záväzky ZP vzrástli za prvý polrok 2000 len o 144 mil. Sk, tak záväzky LZZ vzrástli o 1,758 mld. Sk!!!

Zavedenie „uzatvoreného konca“ na financovanie zdravotníckej starostlivosti len prehĺbilo zdedené deformácie systému a finančne stabilizoval jedine poisťovne. Posilnili sa najmä selektívne prvky, pričom systémové riešenia sú neustále odkladané.

Od 1. júna 2000 platí pri preplácaní výkonov zdravotníckych zariadení nový systém, založený na zmluvnom vzťahu zdravotnej poisťovne a zariadenia, ktorý definitívne neumožňuje výšku dlhu ani sledovať. Zdravotné poisťovne sa totiž snažia minimalizovať zmluvne dohodnutý objem výkonov. Poisťovne tak pridelovaním peňazí jednotlivým poskytovateľom fakticky od 1. 6. 2000 riadia zdravotníctvo. Situácia vyvrcholila tým, že asi 70 % zdravotných zariadení v auguste 2000 nemalo podpísané zmluvy a poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom začínalo byť vážne ohrozené.

7.2. HOSPODÁRENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Najneobvyklejším faktorom financovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zdravotných poisťovní je osobitný účet prerozdelenia. Od začiatku jeho fungovania v roku 1995 je jeho existencia predmetom viacerých sporov. Mechanizmus prerozdelenia účtu je totiž založený na redistribúcií vybraného poistného z poisťovní s vysokým podielom aktívneho obyvateľstva (odvádzajúceho relatívne vysoké poistné) do poisťovní s nevyhovujúcim poistným kmeňom (najmä občania nad 60 rokov, ktorí sú nákladoví a za ktorých musí platiť odvody štát). Z takéhoto dotačného mechanizmu profitovali a stále profitujú tie zdravotné poisťovne, ktoré majú nevýhodný poistný kmeň (Tabuľka 9).

Tabuľka 9**Prerozdelenia od júla do decembra v roku 1999 na poistenca**

Zdroje na poistenca	Všeobecná ZP	Spoločná ZP	Vzájomná ZP Dôvera	Apollo	Sideria-Istota
Pred prerozdelením v Sk	384	736	518	636	404
Po prerozdelení v Sk	674	557	557	572	599
Rozdiel v Sk	+ 290	- 206	+ 39	- 65	+ 195

Zdroj: Združenie zdravotných poisťovní

Kľúčovými prvkami prerozdelenia je počet občanov nad 60 rokov násobený určitým koeficientom (najprv 3, potom $2^{1/2}$, neskôr 2 a v súčasnosti opäť $2^{1/2}$.) a percento z objemu vybraného poistného (Najprv 60 % z vybraného poistného, čo nestačilo, od roku 1996 už 80 %, v roku 1997 kleslo na 75 %, potom na 70 % až na 65 %. V súčasnosti je na 100 %). Žiaľ oba faktory sa z roka na rok prudko menili, čím nebola zabezpečená stabilita prostredia. Jednotlivé zdravotné poisťovne tak nemajú šancu poskytovať svojim poistencom úhradu niektorých nadštandardných výkonov, pretože dodatočné prostriedky sú odčerpávané poisťovňami s prevahou nákladových, zväčša štátnych poisťovni, za ktorých štát platí minimálne poistné.

Navyše, zavedenie tohto krížového dotačného systému roztočilo špirálu zdvojených duší, ktoré sa stali predmetom prerozdelenia. Od roku 1997 až do polroku 1999 počet poistencov prevyšoval počet obyvateľov o takmer 250 000 osôb, čo je cca 4,4 % celkovej populácie republiky (Tabuľka 10).

Tabuľka 10**Počet poistencov v jednotlivých poisťovniach v rokoch 1995-99**

	31. 12. 1995	31. 12. 1996	31. 12. 1997	31. 12. 1998	30. 6. 1999	31. 12. 1999
Všeobecná zdravotná poisťovňa	4 417 889	2 816 066	2 752 297	3 294 663	3 557 627	3 531 038
Spoločná zdravotná poisťovňa	0	0	0	693 051	701 943	703 514
Chemická zdravotná poisťovňa Apollo	191 771	596 764	519 765	483 609	480 642	456 044
Zamestnanecká ZP Sideria – Istota	0	0	0	461 163	431 265	393 745
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera	0	0	18 099	400 467	393 977	342 290
Zaniknuté poisťovne	759 382	1 966 117	2 340 784	279 763	68 001	0
Počet poistencov spolu (P)	5 369 042	5 378 947	5 630 945	5 612 716	5 633 455	5 426 631
Počet obyvateľov spolu (O)	5 367 790	5 378 932	5 387 650	5 393 000	5 396 000	5 396 000
P-O	1 252	15	243 295	219 716	237 455	30 631
(P-O)/O	0. 0 %	0. 0 %	4. 5 %	4. 1 %	4. 4 %	0. 6 %

Zdroj: Štatistický úrad SR, Ministerstvo financií

Okrem iných faktorov existencia takto zle nastaveného prerozdelenia systému absolútne potláča zmysel existencie piatich zdravotných poisťovní. Na poli povinného zdravotného poistenia by ich funkciu vedela vykonávať jediná inštitúcia, pričom priestor pre aspoň minimálnu konkurenciu medzi zdravotnými poisťovňami vidíme najmä v oblasti nepovinného – komerčného - poistenia. (SME 12 a 13.10 2000) Považujeme však za potrebné pripomenúť, že myšlienka prerozdelenia účtu bola podobne ako bodovník narýchlo odkopírovaná z nemeckého systému. Žiaľ neboli odkopírované ostatné nevyhnutné súčasti nemeckého zdravotného systému, ako odmeňovanie podľa kvality a dosiahnutých výkonov, dôraz na efektívnosť, zmena vlastníctva a kompetencií a pod.

Výsledky zle nastaveného prerozdelenia systému tak skresľujú a zároveň deformujú hospodárske výsledky celého sektora (Tabuľka 11), že dnes nie je už nikomu jasné koľko dostali jednotlivé poisťovne od štátu a Národného úradu práce za zákonom určené skupiny osôb (asi 3,3 mil. obyvateľov).

Tabuľka 11**Hospodárenie zdravotných poisťovní v roku 1999 v mil. Sk**

	Všeobecná ZP	Spoločná ZP	Vzájomná ZP Dôvera	Apollo	Sideria- Istota	Spolu
Stav na začiatku roka	1437. 5	198. 8	118. 9	49. 5	6. 6	1811. 3
Kumulatívne príjmy bežného roka	29259. 6	4927. 6	2831. 3	3430. 2	3443. 9	43892. 6
Výber poistného	15453. 1	5927. 0	2243. 2	3429. 5	1921. 2	28974. 0
zamestnanci	3862. 1	1554. 5	574. 1	902. 7	502. 8	7396. 2

<i>zamestnávateľa</i>	10438. 2	4202. 5	1550. 8	2398. 6	1358. 1	19948. 2
<i>SZČO a spolupracujúce osoby</i>	970. 9	146. 8	100. 0	102. 3	47. 4	1367. 4
<i>ostatní</i>	181. 9	23. 2	18. 3	25. 9	12. 9	262. 2
Príspevok zo ŠR	4. 4	0. 0	0. 0	0. 0	0. 0	4. 4
Výsledok prerozdelenia	11706. 9	-1338. 7	263. 1	-250. 0	1255. 0	11636. 3
Návratná finančná výpomoc	1801. 8	319. 5	186. 8	217. 9	204. 0	2730. 0
Pôžičky a úvery	0. 0	0. 0	128. 0	0. 0	49. 9	177. 9
Iné príjmy	293. 4	19. 8	10. 2	32. 8	13. 8	370. 0
Kumulatívne výdavky bežného roka	28895. 9	5070. 3	2891. 2	3423. 6	3355. 1	43636. 1
Základný fond	27355. 0	4419. 3	2686. 0	3123. 9	3204. 8	40789. 0
Rezervný fond	202. 8	25. 9	16. 3	21. 9	0. 7	267. 6
Účelový fond	444. 9	170. 1	76. 1	91. 9	22. 2	805. 2
Správny fond	881. 8	455. 0	112. 8	185. 9	127. 3	1762. 8
Ostatné	11. 4	0. 0	0. 0	0. 0	0. 1	11. 5
Saldo bežného roka	363. 7	-142. 7	-59. 9	6. 6	88. 8	256. 5
Stav na konci roka	1801. 2	56. 1	59. 0	56. 1	95. 4	2067. 8

Pohľadávky celkom od začiatku činnosti	11114. 3	2135. 6	1076. 7	1090. 1	888. 1	16304. 8
Závazky celkom od začiatku činnosti	6657. 1	3006. 6	827. 3	1544. 0	1249. 7	13284. 7

Zdroj: Ministerstvo financií SR

Rozdiel medzi ekonomicky aktívnym a neaktívnym poistencom je z hľadiska výberu poistného citelný. Výška odvodu priemerného zamestnanca (hrubá mzda 10 600 Sk) a jeho zamestnávateľa v hospodárstve do zdravotnej poisťovne činí mesačne cca 1 400 Sk. Priemerný podnikateľ odvedie asi 500 Sk. Za štátneho poistenca (dôchodcovia, nezaopatrené deti, evidovaní nezamestnaní nepoberajúci podporu v nezamestnanosti a osoby starajúce sa o dieťa – spolu 3,1 milióna osôb) štát v roku 1999 odvedol v priemere 283 Sk na osobu. Národný úrad práce za evidovaného nezamestnaného odvedol v priemere 370 Sk.

Skúsme si položiť niekoľko otázok. Prečo na Slovensku ešte stále neexistuje rodinné poistenie vrátane poistenia partnera a nezaopatrených detí? Dokedy budeme tolerovať osobnú nezodpovednosť za stav dobrovoľnej nezamestnanosti a prečo si nezamestnaní nefinancujú určitú čiastku zdravotného poistenia sami? Odpoveď je žiaľ pomerne jasná. Na otázky spoločnosť nedá odpoveď dovtedy, kým samotná otázka týkajúca sa nakladania s verejnými zdrojmi bude pre drvivú väčšinu populácie stále tabu a kým ľudia budú nastolovateľov týchto otázok považovať za „antisociálnych“.

Pre bežného občana bude taktiež veľmi zaujímavé sledovať prehľad o priemerných mzdách v zdravotných poisťovniach, ktorá v roku 1999 dosiahla takmer 15 500 Sk (Tabuľka 12), čím je o 46 % vyššia ako priemerná mzda v SR v tom istom roku – 10 600 Sk.

Tabuľka 12

Priemerné mzdy v zdravotných poisťovniach v období január - december 1999

	Všeobecná ZP	Spoločná ZP	Dôvera	Apollo	Sidéria-Istota	Spolu
Počet pracovníkov	1702	520	196	403	312	3133
Priemerná mzda v Sk	15 786	15 398	13 180	17 356	13 147	15 497

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

7.3. KAPITÁLOVÉ VÝDAVKY

Kapitálové výdavky lôžkových zariadení sú hradené z rozpočtových a mimorozpočtových zdrojov. Pre nejasný systém ich pridelovania sú najväčším ohniskom korupcie. Kapitálové výdavky sú preto predmetom najväčších bojov (znova to pripomína „socialistický“ centralizmus). Výrazným nedostatkom pridelovania kapitálových výdavkov je asymetria ich rozdeľovania podliehajúca rôznym „faktorom sympatie“.

Tabuľka 13

Kapitálové výdavky v rokoch 1995 - 1999 v mil. Sk

	1995	1996	1997	1998	1999
Rozpočtové zdroje	2656	2436	2362	1989	2015
<i>Kapitola ŠR</i>	<i>1911</i>	<i>1873</i>	<i>2362</i>	<i>1989</i>	<i>2015</i>
<i>MF SR</i>	<i>745</i>	<i>563</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Mimorozpočtové zdroje	576	881	848	561	0
<i>Prijmy od iných subjektov, dotácie zo štátnych fondov, podnikateľská činnosť</i>	127	253	293	126	n/a
<i>Odpisy, rezervný fond, výnosy z likvidácie HM</i>	449	628	555	435	n/a
Spolu zdroje	3232	3317	3210	2550	2015

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

7.4. POISTNÝ SYSTÉM

Poistný systém financovaný z verejných sa vyznačuje viacerými deformáciami:

1. Napriek výrazným rozdielom vo výške platby za zdravotné poistenie systém každému občanovi poskytuje rovnakú úroveň zdravotnej starostlivosti, čo má splňovať princíp „solidárnosti“. Nevýhodou takéhoto poňatia solidárnosti je jej časté zneužívanie.
2. Zdravotné poisťovne, ktorých je spolu päť, zabezpečujú financovanie úplne rovnakej úrovne zdravotnej starostlivosti svojim poistencom, čím pluralita zdravotných poisťovní nadobúda deklaratívny charakter.
3. Lekári v primárnej sfére negatívne vymedzujú zdravotné poisťovne, čo sa prejavuje odporúčením pre poistencov aby sa prepoistili do tých zdravotných poisťovní, ktoré aspoň do určitej miery uhrádzajú služby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
4. Odmeňovanie primárnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti je nemotivačné a nie je závislé od skutočne odvedeného zdravotného výkonu. Primárna sféra v podstate neslúži pacientovi a nevytvára konkurenčný tlak na zdravotníckych pracovníkov starať sa o pacienta, ktorý i keď v nepriamej forme (napr. zmluva s lekárom) je jediný zdroj financií.
5. Spôsob financovania lôžkových zariadení neumožňuje zaviesť prvky ekonomickej efektivity založenej na princípe konkurencie, súťaže v uchádzaní sa o pacienta, ako jediného „nositeľa“ zdrojov za poskytovaného služby.

Ešte na začiatku poisťovacieho systému, keď vznikali rezortné a občianske poisťovne, bola situácia iná. Niektoré zdravotné poisťovne ponúkali svojim poistencom „nadštandard“, ak za štandard môžeme považovať ponuku Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Občania tak skutočne mali pocit, že rozdiel medzi poisťovňami je. Súčasných 5 „poisťovní“ je pohrobkom bývalých 13 (Tabuľka 9), pričom od roku 1995 si prostredníctvom prerozdeľovacieho účtu na základe vekovej štruktúry a koeficientu rizika medzi sebou prerozdeľujú finančné prostriedky. Dôvodom na zavedenie prerozdeľovania bola nerovnaká štruktúra aktívnych a neaktívnych poistencov jednotlivých poisťovní. Poisťovne s vyhovujúcim kmeňom poistencov dotujú poisťovňu s nevyhovujúcim kmeňom poistencov. Existencia zdravotných poisťovní v oblasti povinného zdravotného poistenia v takýchto podmienkach nie je vôbec opodstatnená a ani možná. Ich úlohu by vedela nahradiť jedna inštitúcia vo forme zdravotnej pokladnice, ktorá by peniaze len vyberala, ale nerozdeľovala. Výrazne by sa znížili zbytočné administratívne náklady na prevádzku poisťovní.

Tabuľka 14

Splynutia jednotlivých poisťovní v rokoch 1995 - 1999

Názov	Dátum vzniku	Dátum zániku	Počet poistencov				
			Jan. 95	Jan. 96	Jan. 97	Jan. 98	Jún 99
Prvá východoslovenská ZP*	Okt. 95	Dec. 96			36000		
ZP Medipharma*	Okt. 95	Dec. 96			10000		
Družstevná ZP Druzap**	Máj 95	Jan. 97		80582	232000		
Zdravotná poisťovňa Perspektíva**	Máj 95	Jan. 97		37548	188000		
Perspektíva, družstevná ZP***	Feb. 98	Jún 99				585000	
Všeobecná zdravotná poisťovňa	Nov. 94		5178164	4301555	2816000	2775000	3557627
Zdravotná poisťovňa VZP****	Jan. 95	Apr. 97		283669	467000		
ZP Dôvera	Jan. 97	Apr. 97			1400		
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera	Máj 97					438000	393977
Chemická zdravotná poisťovňa Apollo	Jan. 95			229665	597000	512000	480642
Železničiariska ZP Garant *****	Okt. 94	Jún 98	61526	114564	172000	199000	
Vojenská zdravotná poisťovňa *****	Júl 94	Júl 98	70879	109453	209000	239000	
Poisťovňa Ministerstva vnútra SR *****	Nov. 93	Jún 98	45638	100678	242000	273000	
Spoločná ZP	Júl 98						701943

Slovenská hutnícka ZP Sideria *****	Máj 95	Jan. 98		88015	205000		
ZP Zamestnanecká istota *****	Mar. 95	Jan. 98		20815	206000		
Združená ZP Sideria - Istota	Feb. 98					602000	431265

Zdroj: Top Trend 1995 - 2000

* Poistencov prebral Druzap

** Poistencov prebrala Perspektíva

*** Poist'ovni bola odňatá licencia a poistencov prebrala Všeobecná zdravotná poisťovňa

**** Zlúčenie do Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera

***** Zlúčenie do Spoločná ZP

***** Zlúčenie do Združená ZP Sideria - Istota

Navrhujeme dvoj-pilierový systém zdravotného poistenia (SME 12. a 13. októbra 2000) používaný aj v niektorých iných tranzitívnych ekonomikách. Prvým, povinným pilierom nového systému financovania by mali tzv. verejné zdroje občanov sústredené v zdravotnej pokladnici. Kryla by náklady na poskytovanie zákonného nároku prevencie a liečby všetkých občanov, ktorý je garantovaný Ústavou v systéme povinného zdravotného poistenia.

Druhým pilierom, tak ako všade v Európe budú tzv. súkromné zdroje od občanov. Je to potom z pohľadu financovania len technický problém, či si občania zvolia priplácanie nad rámec zákonného nároku cestou komerčných zdravotných poisťovní poskytujúcich nepovinné zdravotné poistenie (Schéma 1), alebo vo forme priamych legálnych platieb poskytovateľom.

Tabuľka 15

Návrh dvojpilierového systému zdravotného poistenia

Nepovinné zdravotné poistenie	Princíp osobnej zodpovednosti	Zabezpečuje zdravotnú starostlivosť a zdravotné služby nad rámec zákonného nároku	Priame platby občanov	Občan priamo, alebo cez komerčné poisťovne
Povinné zdravotné poistenie	Princíp solidárnosti	II. Základná zdravotná starostlivosť definovaná zákonným nárokom	Priame platby poistencov do systému zdravotnej pokladnice	Zdravotná pokladnica
		I. Nepoistiteľné riziká		

Zdroj: M. E. S. A. 10

Akokoľvek snahy ministerstva zaviesť v tomto štádiu viacpilierové financovanie (zámerne nepoužívame ministerstvom mylne používaný termín viaczdrojové financovanie, lebo podľa nás je len jeden zdroj financií – občan) nemôže napriek svojej opodstatnenosti priniesť žiadne pozitívne výsledky. Do takéhoto ekonomicky labilného a netransparentného finančného systému štátneho zdravotníctva žiadne ministerstvo súkromné zdroje jednoducho nedostane.

ZÁVER

Reforma nie je proces revolučný, ale evolučný. Každá spoločnosť je vo fáze neustále prebiehajúcej reformy, ktoré nikdy nekončí. Dôležitosť reformy spočíva v pochopení, že jedine zdravá populácia je schopná zabezpečiť ekonomický rast spoločnosti. Cieľom reformy však nemôže byť samotná reforma, ale graduálne zdokonaľovanie existujúcich systémov a postupné zabudovanie kontrolných mechanizmov. Dôsledkom bude systém efektívnejšie slúžiaci občanom, ktorých participácia je preto nevyhnutným predpokladom reformy systému.

Pre občana a nakoniec aj pre celú spoločnosť je vcelku jedno, aký systém zdravotníctva funguje, je jedno, či bude zdravotníctvo riadene centrálné⁸, alebo bude úplne decentralizované⁹. Občan pre seba požaduje „zdravotnú bezpečnosť“ na úrovni konca druhého a začiatku tretieho milénia.

Ministerstvo zdravotníctva malo desať rokov monopol na prípravu strategických zámerov a cieľov v systéme zdravotníctva. Žiaľ musíme konštatovať, že po desiatich rokoch sa zdravotnícky systém okrem niekoľkých rokov po prechode na trhové princípy¹⁰ nezlepšil. Proces reformy vyžaduje v prvom rade jasnú analýzu stavu. Najlepšie je, ak ju vykonávajú nezávislé organizácie, ktoré potom taktiež napomôžu vytvárať budúcu „zdravotnú policu“¹¹. Tranzitívnym ekonomikám a teda aj Slovensku by v tejto situácii činnosť nezávislých odborníkov veľmi pomohla, nie len tým, že by si navzájom s ministerstvom oponovala, ale aj tým, že by predkladala ucelené riešenia. (Domino fórum 2000, č. 13, ,č. 33 , Sme 1%0.4.2000, „Práca 2000,

Uj Szo2000, Zdravotnícke noviny 2000, č 35, Profit 2000 , č. a č.) Otázka je, ako by takúto skupinu vnímalo samotné ministerstvo, hlavne pre pocit straty svojej jedinečnosti.

Zároveň je potrebné pripomenúť, že tzv. „transformačné kroky“ ministerstiev sa odohrávajú vo veľmi neštandardnom prostredí, ktoré charakterizuje hlavne :

- Existujúca, avšak ťažko dokázateľná angažovanosť štátnych úradníkov v obchodných aktivitách (plošné dovozy, nákup drahej techniky, nákup vybavenia nemocníc),
- Neochota reálne riešiť výdavkovú stránku rezortu (radikálnou redukciou siete¹², zefektívnením činnosti, a pod.),
- Nedostatočný, zlyhávajúci a zneužívaný kontrolný mechanizmus (štátne inštitúcie kontrolované štátnymi úradníkmi),
- Vysoká miera centralizácie prejavujúca sa úplnou koncentráciou moci z hľadiska kompetencií (monopol na „výrobu“ materiálov, centrálné obsadzovanie riaditeľov nemocníc a iných zdravotníckych zariadení), financovania (selektívne rozhodovanie o výške prospektívneho rozpočtu zohľadňujúc „koeficient sympatie“¹³) a vlastníctva (všetky nemocnice, lôžkové zariadenia a polikliniky sú až na 6 výnimiek vo vlastníctve štátu reprezentovanom ministerstvom, pričom jedine ono rozhoduje o výške „príspevkov“ pre jednotlivé nemocnice a zariadenia zo štátneho rozpočtu, na ich kapitálové výdavky).
- Známa kolektívna nezodpovednosť je typická pre všetko, čo je v štátnom vlastníctve.

Neštandardné podmienky reprezentované dlhom, na riešenie ktorého nové ministerstvo evidentne nebolo pripravené, ochromili celé zdravotníctvo. Reformné kroky rezortu sa neustále opierali o existujúci stav zmiešaného financovania, výhradného štátneho vlastníctva, štátom neustále prispôbovanú legislatívu, čo celý systému ešte viac deformovalo. Skutočná reforma pritom nemôže stavať na pokrivených hodnotách. Pôvodný socialistický systém zdravotníctva totiž ani po desiatich rokoch nepozná pojem komunikácia, efektívnosť, motivácia, konkurencia, hodnota, cena, či zásluha. Nefungujú v ňom ani elementárne princípy slobodnej ekonomiky voľného obchodu. Všeobecne akceptovaným sa stalo sústavne žiadanie peňazí, nie ich efektívna alokácia.

LITERATÚRA

1. Demeš, M. – Ginter, E. – Kováč, E.: *Zdravotníctvo*. In: Bútorá, M. – Ivantyšyn, M. (ed.): *Slovensko 1997. Súhrnná správa o stave spoločnosti a trendoch na rok 1998*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 1998, s. 539 – 555.
2. Demeš, M. – Ginter, E. – Kováč, E.: *Zdravotníctvo*. In: Mesežnikov, G. – Ivantyšyn, M. (ed.): *Slovensko 1998 - 1999. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 1999, s. 501 – 513.
3. Návrh na oddženie štátnych zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní vrátane zrušenej ZP PERSPEKTÍVA, materiál na rokovanie vlády SR, Jún 2000
4. Návrh východísk štátneho rozpočtu na rok 2001 pre zdravotníctvo
5. Odpočet uskutočnených transformačných krokov v rezorte zdravotníctva za roky 1999-2002, materiál na rokovanie Rady hospodárskej a sociálnej dohody SR, jún 2000
6. Projekt o postupe odovzdávania kompetencií zo štátnej správy na územnú samosprávu za rezort zdravotníctva, Ministerstvo zdravotníctva, 19. 6. 2000
7. Prospektívne rozpočty dvoch nemocníc za obdobie 1. 5. 1999 až 31. 5. 2000
8. Správa o aktuálnej situácii v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, materiál na rokovanie NRSR, jún 1999
9. Správa o postupoch prác na aktualizácii optimálnej siete zdravotníckych zariadení, materiál na rokovanie Rady hospodárskej a sociálnej dohody SR, Október 2000
10. Správa vlády SR o stave zdravotníctva, jeho súčasných problémoch a spôsobe ich riešenia, materiál na rokovanie vlády SR, 25.9.2000
11. Štátny rozpočet 1999 a 2000
12. Transformačné kroky na roky 1999-2002 v rezorte zdravotníctva, materiál na rokovanie vlády SR, jún 1999
13. Zákon č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení VŠZP a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov
14. Sme, 14.10.99 Zajac: Ide o krízu zdravotníctva alebo vzťahov
15. Domino fórum 1999 č. 14 Zajac, R.: Hľadajte Nasredina
16. Domino fórum 1999 č. 34 Zajac, R. : Karimatkou na červenú
17. Domino fórum 1999 č. 43 Zajac, R. : Hlava XXII
18. Domino fórum 1999 č. 49 Zajac, R. : Systém, alebo sisťéma .
19. Sme 10.4.2000 Zajac, R.: Len decentralizovane zdravotníctvo môže byť silné
20. Domino fórum 2000 č. 4 Zajac, R : Zdravotnícky waltz 99
21. Domino fórum 2000, č. 5 Zajac, R.: Tak napoly

22. Domino fórum 2000 č. 7 Zajac, R.: Keď sa koruna šilingu vyrovná
23. Domino fórum 2000 č. 13 Zajac, R.: Sila slovenského zdravotníctva - regióny
24. Domino fórum 2000 č. 14 Zajac, R.: Písmenková rošáda
25. Domino fórum 2000 č. 26 Pažitný, P., Zajac, R.: Zdravotnícke devínbanky
26. Domino fórum 2000 č. 27 Zajac, R.: Spupnosť a pokora
27. Domino fórum 2000, č. 27 Pažitný, P.: Púšťanie žilou
28. PRACA 2000 Skúsili by ste podplácať profesora Bodnera
29. Domino fórum 2000, č. 28 Zajac, R.: Ministerské requiem
30. Domino fórum 2000 č. 32 Zajac, R.: Miliarda sem miliarda tam
31. Domino fórum 2000, č. 33 Zajac, R.: Kúpte si stredisko
32. Új Szo2000 A beteg egyben valasztópolgár is
33. Domino fórum 2000 č. 38 Zajac, R.: Prázdne žalúdky
34. Domino fórum 2000, č. 39 Zajac, R.: Mňa do toho nič
35. Sme 12.10.2000 Pažitný P., Zajac, R.: Štyri kroky k prosperite I
36. Sme 13.10.2000 Pažitný P., Zajac, R.: Štyri kroky k prosperite II
37. Profit 21/2000 Pažitný P.: Polemika
38. Profit 41/2000 Krištofičová D.: Dokedy budú nemocnice štátne? (alternatívny návrh reformy predstavený autormi Zajac, Pažitný)

¹ Zákon 20/66 bol základný zákon socialistického zdravotníctva hýriaci pojmami ako „dostupný, kvalitný, na najvyššej vedeckej úrovni“.

² Údaje s viacerých nemocníc II. a III. typu. Iná je situácia v špecializovaných ústavoch, kde položka lieky a ŠZM tvorí o niečo vyššie percento.

³ Je zaujímavé, že v malých nemocniciach mzdy tvoria až 70 % nákladov. To môže byť dané však aj nízkymi prevádzkovými nákladmi.

⁴ V pôvodnej verzii požadoval program 60 miliárd korún ročne, vo vládou prijatej verzii 9 % HDP

⁵ Sieť: v zdravotníckej terminológii sa myslí štruktúrované rozloženie z pohľadu pacienta, teda od prvého kontaktu až po najvyššie nemocničné pracovisko pre danú oblasť.

⁶ Primárny kontakt sú 4 základne odbory a to: 1. všeobecný lekár (bývalý obvodný lekár), 2. pediater, 3. dorastový lekár a 4. gynekológ, špecializovaná primárna sféra sú odborní lekári v primárnej sfére ako napr. chirurg, očný lekár, kožný lekár a pod.

⁷ Roman Kováč prvýkrát oficiálne uviedol tento pojem pri diskusii v parlamente počas prerokovania tlače 719/2000 o oddlžovaní zdravotníctva. Z kontextu jeho vystúpenia je zrejmé, že ho použil v kontexte „politického argument“ a nie v ekonomických súvislostiach.

⁸ Napríklad vo Veľkej Británii.

⁹ Kontinentálne krajiny EÚ.

¹⁰ Išlo ale o výrazne finančne extenzívny princíp.

¹¹ Pod zdravotnou policiou treba rozumieť súhrn strategických návrhov, opatrení a krokov, podoprených kvalitnými všestrannými a dobre oponovanými analýzami.

¹² Reálna redukcia siete sa dá vykonať len tam, kde najlepšie poznajú potrebu konkrétnych pacientov, teda v regiónoch.

¹³ Dokonca existoval materiál z dielne všeobecnej poisťovne, ktorý navrhoval riešiť výšku prídelu týmto koeficientom. Čo bolo ekonomickou podstatou stanovenia výšky prídelu sa z materiálu nedalo poznať.