



Peter Pažitný – Rudolf Zajac

Reforma zdravotníctva – reforma pre občana

M.E.S.A. 10, Bratislava, Február 2001



M.E.S.A.10

– Centrum pre ekonomické a sociálne analýzy
Hviezdoslavovo nám. 17, 811 02 Bratislava

tel.: 07-544 35 328, 544 34 009

fax: 07-544 32 189

www.mesa10.sk

e-mail: mesa10@mesa10.sk

Corporate Design & Print: Design Partner, Bratislava

Copyrights © M.E.S.A.10, Bratislava, február 2001

Vydanie: prvé

Náklad: 500 ks

Vydal: M.E.S.A. 10

ISBN: 80-968293-3-5

EAN: 97-88-09-68-29330

Vyšlo s láskavou podporou TATRA–ALPINE

OBSAH

1. Štrukturálne nedostatky financovania zdravotnej starostlivosti

1.1. „Solidárnosť“	6
1.2. Zdravotné „poisťovne“	6
1.3. Absencia konkurencie	7
1.4. Dlh	9
Vonkajší dlh	9
Likvidácia dlhu	14
Vnútorý dlh	15
1.5. Korupčný trh	16

2. Reforma zdravotníctva

2.1. Majetok a činnosť	17
Systémové zmeny	17
Štrukturálne zmeny	18
2.2. Definovanie kompetencií	22
Systémové zmeny	22
2.3. Financovanie	24
Systémové zmeny	24
Likvidácia dlhu	25

3. Záver

Autori publikácie:

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.

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 skrátrenom úväzku. Zaoberá sa problematikou systémovej ekonomiky zdravotníctva. Je expertom pre zdravotníctvo v Demokratickej strane a poradcom podpredsedu vlády pre ekonomiku.

Úvod

Reforma nie je proces revolučný, ale evolučný. V demokratickej spoločnosti prebieha neustále niektorá z jej fáz. Dôležitosť reformy v zdravotníctve spočíva v pochopení, že jedine zdravá populácia je schopná zabezpečiť ekonomický rast spoločnosti. Jej cieľom však nemôže byť samotná deklarácia reformy, ale graduálne zdokonaľovanie existujúcich a fungujúcich systémov ako aj postupné zabudovanie kontrolných mechanizmov, tak aby výsledkom bol systém čo najefektívnejšie slúžiaci občanom. V prípade, že systém nefunguje, nepomôže nič iné, ako vykonať zásadné kroky vedúce k zmene systému. Slovenské zdravotníctvo nás denno-denne presvedčia, že dozrelo z fázy takzvanej reformy do fázy vyžadujúcej zásadne systémové zmeny.

Cieľom štúdie je návrh reformy zdravotníctva s maximálnym dôrazom kladeným na potreby občana. Kľúčovým prvkom navrhovanej reformy je riešenie rozporu medzi zdrojmi a potrebami zdravotníctva. Prechodom zo súčasného výdavkového na uvažovaný nákladový princíp a prechodom zo súčasného štátneho paternalizmu na výraznejšiu integráciu občanov pri spravovaní vecí verejných s cieľom zvýšiť osobnú zodpovednosť občana. Výrazným reformným prvkom je prechod zo súčasnej filozofie financovania zdravotnej starostlivosti „zhora - nadol“ prostredníctvom centrálnej regulácie s prvkami nesymetrického a neobjektívneho „prideľovania“ financií k financovaniu „zdola - nahor“.

Prostriedkom k dosiahnutiu výrazne efektívnejšej alokácií verejných financií je proces decentralizácie majetku, financovania a kompetencií. Štúdia je rozdelená do dvoch kapitol. Prvá kapitola analyzuje štrukturálne nedostatky súčasného systému poskytovanie zdravotnej starostlivosti a poukazuje na finančnú neudržateľnosť súčasného stavu a systémové chyby v doterajších pokusoch o transformáciu zdravotníctva. V druhej kapitole je navrhnutý rámcový model fungovania zdravotníctva, ktorý pri dodržaní konkrétnych krokov môže viesť k stabilizácii a následne k ozdraveniu celého systému.

1. Štruktúrálné nedostatky financovania zdravotnej starostlivosti

Svojou povahou je reforma zdravotníctva jednou z najnáročnejších. Vyžaduje si konsenzus širokej odbornej verejnosti pri zohľadnení zdravotnej bezpečnosti občanov. Za desať rokov transformačného procesu žiaľ nebol tento konsenzus dosiahnutý a o „reformných krokoch“ rozhodovalo výlučne Ministerstvo zdravotníctva. (spravidla pod tlakom lobistických skupín) Jeho predstavitelia navyše nikdy nemali odvahu prevziať plnú zodpovednosť tak potrebnú na presadenie nevyhnutných zmien. Výsledkom je pretrvávajúce „socialistické zdravotníctvo“ financované z verejných zdrojov vyznačujúce sa nasledovnými deformáciami a štruktúrálnymi nedostatkami.

1.1 „Solidárnosť“

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.

Z hľadiska výberu poistného je rozdiel medzi ekonomicky aktívnym a neaktívnym poistencom citeľný. Výška odvodu priemerného zamestnanca (hrubá mzda 11 600 Sk) a jeho zamestnávateľa v hospodárstve do zdravotnej poisťovne činí mesačne cca 1 600 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 2001 odvedie v priemere 336 Sk na osobu (nárast o 53 Sk oproti roku 2000). Národný úrad práce za evidovaného nezamestnaného odvedie v priemere 378 Sk.

Tabuľka 1: 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

Z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti sú si všetci platitelia (ale aj neplatíči) rovní. Súčasný systém 100% solidárnosti tak každému občanovi za nerovnaký príspevok poskytuje rovnakú starostlivosť. Zdravotné poisťovne zároveň pri jednotlivých poistencoch nezohľadňujú žiadne individuálne rizikové faktory.

1.2 Zdravotné „poisťovne“

Zdravotné poisťovne, ktorých je dnes spolu päť (pôvodne ich bolo dokonca 13), zabezpečujú financovanie úplne rovnakej úrovne zdravotnej starostlivosti svojim poistencom. Potom takzvaná pluralita zdravotných poisťovní nadobúda iba deklaratívny charakter. V súčasnosti sa líšia jedine výškou dlhu.

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 1).

Kľúčovým prvkom prerozdelenia je počet občanov nad 60 rokov násobený určitým koeficientom (najprv 3, potom 2,5, neskôr 2 a v súčasnosti opäť 2,5), ktorý má vyjadrovať nutnú nákladovosť na túto

vekovú skupinu a percento z objemu vybraného poisťného (Najprv 60% z vybraného poisťného, 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 poistencov, za ktorých štát platí minimálne poisťné.

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 2).

Prerozdelený systém nastavený na 100% solidaritu absolútne potláča zmysel existencie viacerých - 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. Považujeme však za potrebné pripomenúť, že myšlienka prerozdeleného 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.

1.3 Absencia konkurencie

Nemotivačné odmeňovanie a absencia konkurencia o pacienta. 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.

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 prídeleného systému a príkazovej ekonomiky, ktorej určovateľom a aj vykonávateľom bolo Ministerstvo zdravotníctva.

Odmeňovanie nešťátnych lekárov primárnej ambulantnej starostlivosti prebieha od 1. januára 1999 prostredníctvom tzv. "kapitácie". Lekár za každého občana, s ktorým má podpísanú zmluvu inkasuje od zdravotnej poisťovne paušálnu platbu, výška ktorej je daná cenovým výmerom Ministerstva financií. Pri tom, a to je podstatné, nie je 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

Tabuľka 2: 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 Sidéria – 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

sadzbe 35 Sk dostane od zdravotnej poisťovne cca. 70 000 Sk mesačne, bez ohľadu na reálne poskytnuté zdravotné výkony. Takýto mechanizmus odmeňovania logicky nijako nenúti lekárov k vyššej efektívnosti poskytovaných služieb a nemotivuje k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti. Prvým negatívnym dôsledkom takéhoto systému je zvýšenie implicitného zisku lekárov. Pri kapitácii fixne stanovených príjmov 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 so zdravými „pacientmi“). Logicky ďalším negatívnym dôsledkom je prenesenie ťažiska poskytovania služieb z nešťátnych lekárov na štátne polikliniky a nemocnice, ktoré si nemôžu dovoliť pacienta neošetriť.

Navyše, platobná neschopnosť zdravotných poisťovní núti lekárov v primárnej sfére negatívne vymedzovať 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.

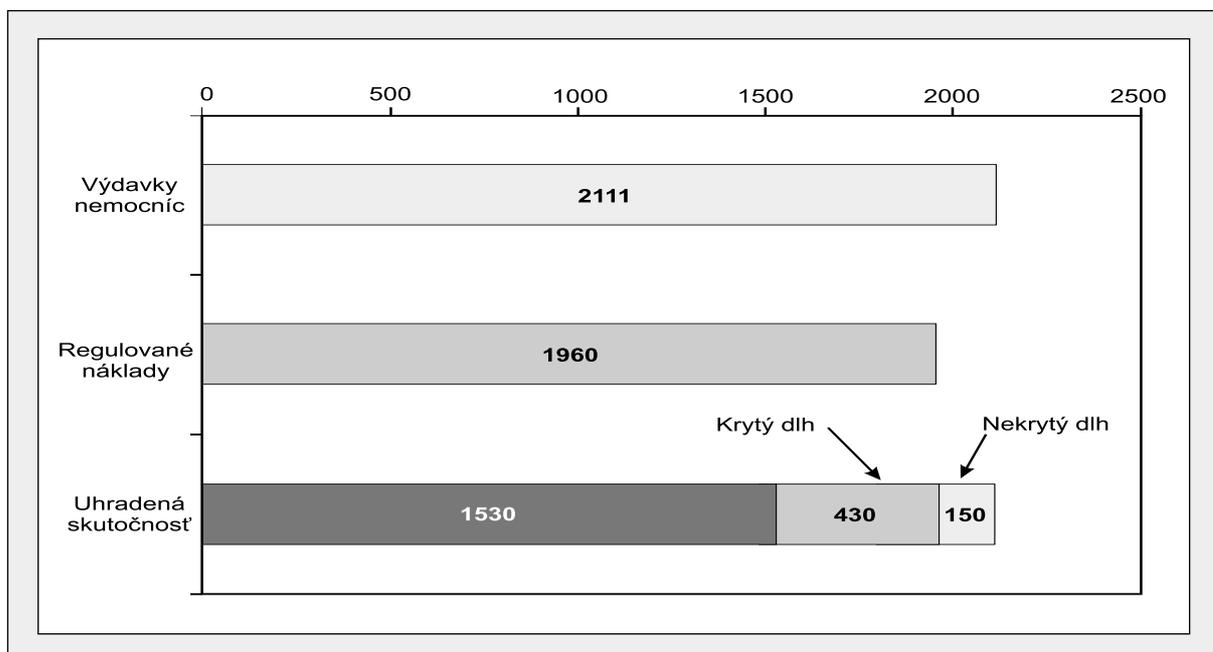
Odmeňovanie lekárov špecializovanej ambulantnej starostlivosti pokračovalo na základe bodovníka (išlo by teda o otvorený koniec financovania), pričom poisťovne lekárom stanovili určili maximálny limit preplatených bodov, nezávisle od toho, koľko podľa platného

bodovníka nabodujú. Toto je obdivuhodný spôsob ako sa dá „otvorený“ koniec prerobiť na „uzatvorený“. Ospravedlnením nebolo ani pomenovanie tohto stavu ako objednávanie si výkonov zdravotnými poisťovňami. V praxi to znamenalo, že väčšina špecialistov pracovala najmenej týždeň v mesiaci zadarmo, pretože nemohli odmietnuť robiť „zadarmo“, lebo zákon im „prikazuje“ robiť - vybavovať pacientov teda aj zadarmo.

Spôsob financovania lôžkových zariadení prídellovým spôsobom, neumožňuje zaviesť prvky ekonomickej efektivity založenej na princípe konkurencie, súťaže v uchádzaní sa o pacienta, ako jediného "nosiťela" zdrojov za poskytovaného služby. Doslova výsmechom základných ekonomických princípov bolo zavedenie tzv. „prospektívneho rozpočtu“ (prídelu) 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 2000 vykazovaná na úrovni 2,111 mld. Sk mesačne. Spolupráca dvoch ministerstiev - zdravotníctva a financií centrálne stanovila maximálnu možnú mesačnú potrebu, ako takzvané regulované náklady, vo výške 1,960 mld. Sk. Poisťovňami skutočne uhradená suma je však na úrovni 1,530 mld. Sk (Graf 1).

Graf 1: Vznik krytého a nekrytého dlhu mesačne pri financovaní nemocní v rozpätí 1.5.1999 až 30.5.2000



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.

Rozdiel medzi skutočne vykonanými výkonmi a zinkasovanými finančnými prostriedkami bol rádovo 20% až 30%, v závislosti od zdravotného zariadenia. Aby bol zmätok dokonalý, tak zdravotné poisťovne uznávali pohľadávku nemocníc len do výšky rozdielu medzi skutočnou úhradou a regulovanými nákladmi. Nikdy neuhradený a zo strany zdravotných poisťovní pravdepodobne ani nevidovaný rozdiel medzi regulovanými nákladmi a reálne uskutočnenými výkonmi tak môžeme nazvať ako nekrytý dlh, ktorý už nikto nemocniciam neuhradí a ktorý už nemocnice nemajú ako právne vymáhať. (Závazky nemocníc voči ich dodávateľom sú však reálne a teda vymáhateľné a preto sa nemocnice postupne dostávajú do primárnej platobnej neschopnosti). 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 prideľovaním peňazí jednotlivým poskytovateľom fakticky od 1. 6. 2000 riadia zdravotníctvo.

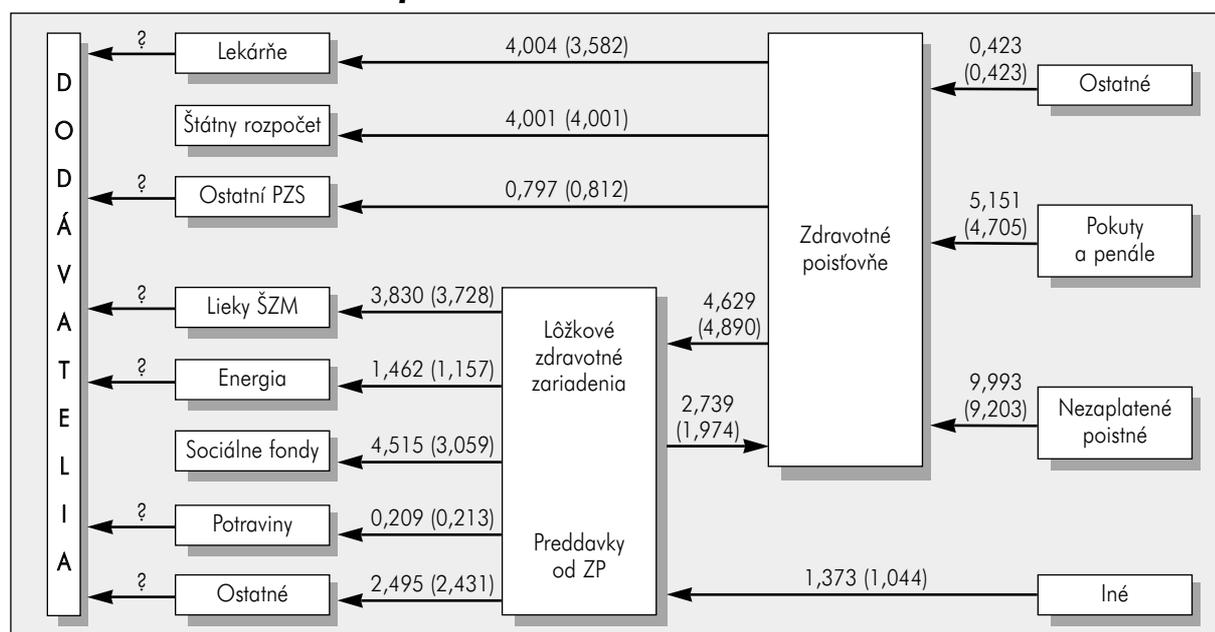
1.4 Dlh

Vonkajší dlh

Dlhoročné uplatňovanie výdavkového princípu financovania namiesto nákladového princípu a nulové hraničné náklady spôsobujúce vysoký dopyt pod zdravotníckych službách priamo prehĺbujú schodkovosť systému priebežného financovania a vonkajší a vnútorný dlh v zdravotníctve.

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 3). Záväzok 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 lekárniam (4,004 mld. Sk). V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že lekárniam 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 poskytovateľov 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.

Objem pohľadávok zdravotných poisťovní k 30. júnu 2000 dosiahol 18,306 mld. Sk (Tabuľka 4 a Schéma 1). 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 pro-

Tabuľka 3: 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
Lieky		0,773	2,138	3,839	3,582	4 004
Výkony zdravotnej starostlivosti		1,426	4,481	6,281	5,334	5 424
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

spektívneho rozpočtu. Poisťovne totiž uhradili 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.

Objem záväzkov lôžkových zdravotných zariadení k 30. júnu 2000 dosiahol 12,171 mld. Sk (Tabuľka 5). 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 poisťovních fondov. Zavedenie tohto opatrenia vyvolalo reťazovú reakciu vzniku iných dlhov, najmä z titulu nedostatku finančných prostriedkov na úhradu odvodov. Dlhu na poisťovní má navyše vysokú dynamiku, keď len za posledných šesť mesiacov vzrástol o 52,3% (!). Lôžkové zariadenia tak výpadok zdrojov kompenzujú neplatením poisťového.

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 porušeniu 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, pričom je zrejmé, 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

Tabuľka 4: Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní v mld. Sk

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000
Pohľadávky na poisťovní	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

Tabuľka 5: Štruktúra záväzkov lôžkových zariadení v mld. Sk

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000
Poisťné (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

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 rozťáča nebezpečný kolotoč dlhov nemocníc.

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 subjektom a 5,980 mld. Sk voči zdravotným poisťovňam. 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 spôsobujúce nárast dlhu:

1. 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 vynalo-

žené 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: $Z_n = Z_{90} \cdot i_n$ (tabuľka 6)

Ohniskom nerovnováhy bolo nedostatočné odvádzanie poisťného zo strany štátu za zákonom určenú skupinu osôb (cca 3,3 milióna obyvateľov), keď v roku 1993 štát neodvádzal poisťné 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 poisťencov 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 v cenovej úrovni roku 1990 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“.

2. Výšku dlhu výrazne ovplyvnili netransparentné finančné vzťahy a zlyhania kontrolného systému

Jedným z úzkych miest poisťného 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 poisťného systému a zapríčiňuje netransparentné hospodárske výsledky zdravotných poisťovní. Výsledky hospodárenia jednotlivých

Tabuľka 6: 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

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.

3. 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 nabaluje 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.

4. Nápravné opatrenia smerujú neustále k stabilizácii zdravotných poisťovní.

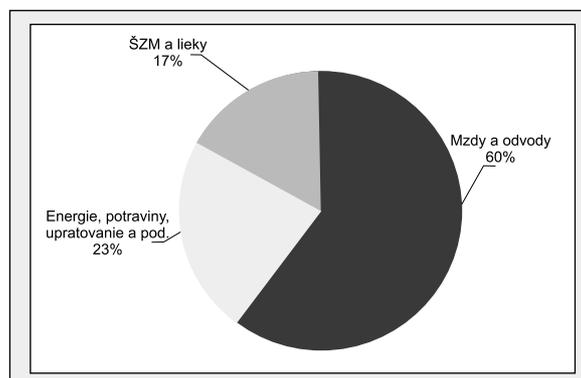
Jednotlivé kroky ministerstva smerujú stále k finančnej stabilizácii poisťovní. Pri súčasnej šírke zdravotnej siete sú fixné náklady lôžkových zariadení z roka na rok vyššie, pričom vôľa na jej efektívnu transformáciu stagnuje. Je pritom naivné si myslieť, že skrátenie prísunu finančných prostriedkov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

5. Vysoké fixné náklady

Skutočným problémom zdravotníctva sú neúmerne fixné náklady. V súčasnosti pohlcujú lôžkové zariadenia až 40% (cca 20 mld. Sk) všetkých výdavkov rezortu, pričom až 60% z týchto výdavkov je zmrazená v mzdách (vysoká prezamestnanosť v rezorte) a 23% v energiách (vysoká energetická náročnosť vyplývajúca z predimenzovaných kapacít).

Variabilné náklady, ktoré sa MZ snaží redukovať, predstavujú asi 17% výdavkov na lôžkové zariadenia a sú to predovšetkým lieky a špeciálny zdravotnícky materiál. Pri nedostatku finančných prostriedkov to znamená presun váhy na lekárne mimo nemocníc a stav, keď si pacienti nosia lieky priamo do nemocníc. Najväčšie množstvo peňazí teda ušetrí tá nemocnica, ktorá nemá prostriedky na lieky a špeciálny zdravotný materiál, teda pacientov nelieči.

Graf 2: Štruktúra nákladov v nemocniciach



Zdroj: Priemerné údaje nemocníc na Slovensku

K zníženiu fixných nákladov môže dôjsť len pri razantných krokoch smerujúcich k redukcii počtu lôžkových zariadení a nie redukcii posteľového fondu, ako si mylne predstavuje ministerstvo.

Likvidácia dlhu

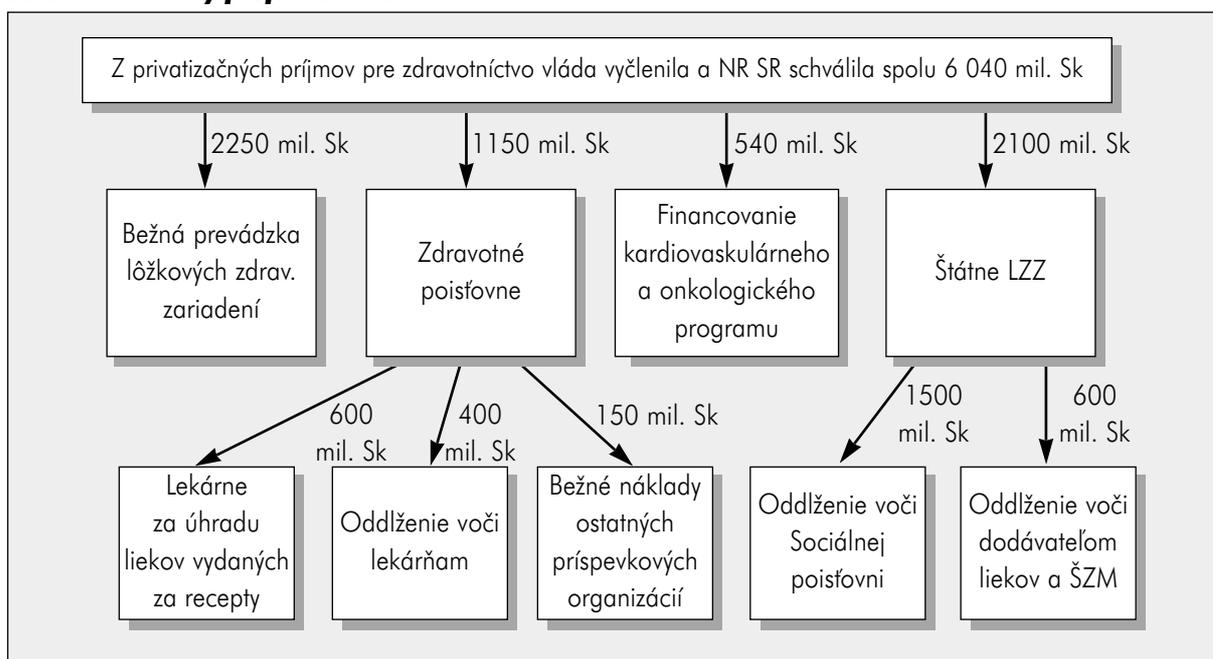
Likvidácia dlhu je nutným predpokladom úspešnej transformácie celého sektora. Hoci sa cesta postupnej reštrukturalizácie dlhov sa zatiaľ javí ako najefektívnejšia, existuje program oddlženia prezentovaný Ministerstvom zdravotníctva, avšak pri jeho koncipovaní programu sa Ministerstvo zdravotníctva dopustilo štyroch závažných chýb:

- **Nebol vykonaný podrobný účtovný audit hospodárenia zdravotných poisťovní** ako aj hospodárenia štátnych lôžkových zariadení, aby sa zistila jasná časová a subjektová štruktúra dlhu, ktorý by sa automaticky mal stať prvotným predpokladom pre projekt oddlženia. Doteraz ministerstvom predkladané materiály o výške dlhu nie sú vierohodné nakoľko sa zmiešavajú jednotlivé subjekty dlhového reťazca. Nie je jasné aké pohľadávky a záväzky majú jednotlivé poisťovne a voči komu. Akýkoľvek projekt oddlženia zdravotníctva, vrátane poisťovní si však vyžaduje riadnu verifikáciu dlhu jednotlivých subjektov samostatne. Navyše, zlučovaním pôvodných 13 zdravotných pois-

ťovní do súčasných piatich nie je jasné, ako boli prevzaté pôvodné záväzky a pohľadávky.

- **Systém nie je finančne stabilizovaný a stále produkuje dlhy**, čo výrazne znižuje budúcu efektívnosť projektu oddlženia, čo je dôležité v súvislosti so schváleným návrhom vlády z júna 2000 riešiacim dlh v zdravotníctve, ktorý ráta s oddlžením vo výške 15 mld. Sk v priebehu rokov 2000 - 2004, počítajúc najmä zo zdrojov získaných privatizáciou a zo zdrojov zo štátneho rozpočtu!
- **Z čiastky 6,040 mld. Sk určenej pre zdravotníctvo z privatizačných príjmov bolo v roku 2000 na oddlženie naplánovaných len 2,5 mld. Sk.** 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 3,54 mld. Sk je nasmerovaný do bežných výdavkov, keď 3,0 mld. Sk sa plánuje použiť na krytie nákladov zdravotnej starostlivosti a 0,54 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. (Schéma 2)
- Pri „oddlžení“ technicky ministerstvo uvedenú čiastku uhradí na účet Sociálnej poisťovne, pričom tá bude

Schéma 2: Vládny projekt oddlženia



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva

krátiť svoje pohľadávky voči štátnym zdravotníckym zariadeniam a o uhradené záväzky štátnych lôžkových zariadení sa budú krátiť ich pohľadávky voči zdravotným poisťovňam. Tento, inak dobrý krok, má však tri veľmi vážne nedostatky. Po prvé, celý objem Sociálna poisťovňa s najväčšou pravdepodobnosťou použije na uhradenie starobných dôchodkov, keďže na parlamentom schválenú valorizáciu nemá finančné prostriedky. Poldruha miliardy tak nenávratne zmizne v spotrebe obyvateľstva. Po druhé, diskriminované budú tie nemocnice, ktorých manažment do Sociálnej poisťovne za svojich zamestnancov odvody platil. Opäť sa tak na scénu dostalo **selektívne opatrenie, z ktorého benefitujú neplatiči**. Po tretie, opatrenie opäť **finančne stabilizuje zdravotné poisťovne**, ktoré hneď znížili finančné prostriedky pre nemocnice o úroveň, ktorú MZ do systému nalialo (Graf 3)

Môžeme teda konštatovať, že na efektívne oddĺženie slovenského hospodárstva zdravotnícki „ekonómia“ vyčlenili z celkového objemu 6 040 mil. Sk len jednu šestinu.

Vnútorný dlh

Vnútorný dlh odzrkadľuje morálne, technické a časové opotrebovanie majetku a vybavenia zariadení v sektore zdravotníctva. Vnútorný dlh je produktom dlhodobej schodkovosti priebežného systému financovania.

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.

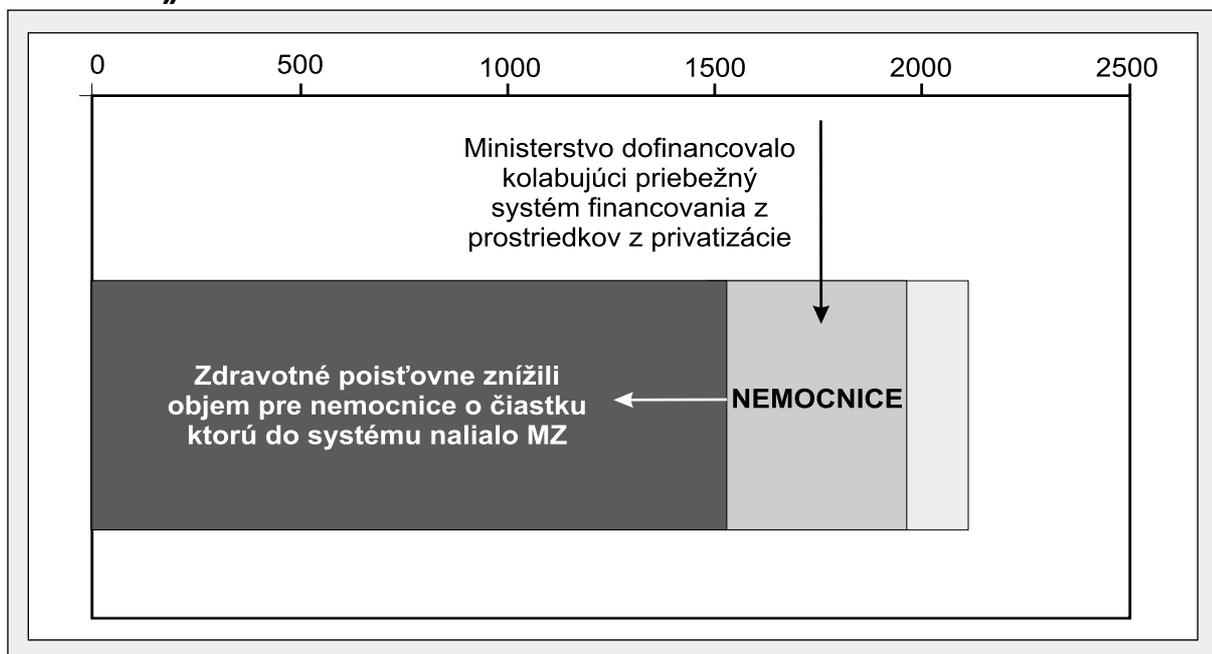
Celkovú hodnotu vnútorného dlhu v zdravotníctve môžeme na základe materiálov Ministerstva zdravotníctva a prepočtu autorov po zohľadnení inflačného a devalvačného vývoja slovenskej koruny za uplynulé obdobie siedmich rokov ako aj rastu cien novej techniky v rámci inovácií odhadnúť na cca 40 až 50 mld.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

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

Graf 3: Efekt „oddĺženia“ na financovanie nemocníc



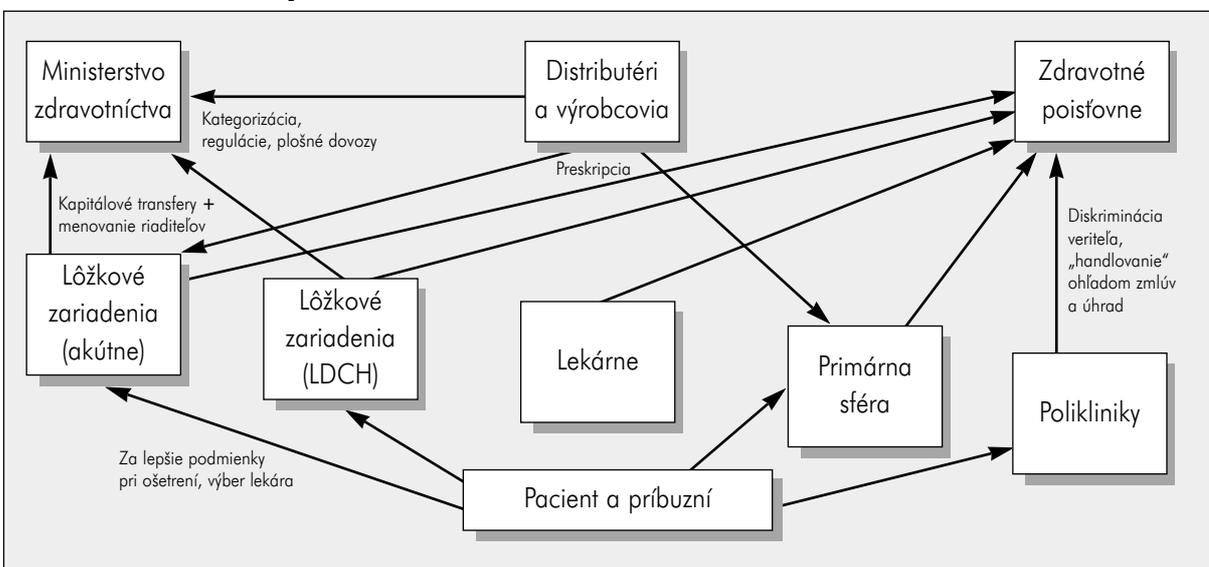
1.5 Korupčný trh

Absencia elementárnych ekonomických princípov kombinovaná s vysokou mierou regulácií, s vysokou koncentráciou kompetencií a hlbokým dlhom zapríčiňuje vznik nekontrolovaného korupčného trhu.

Prezentovaný systém financovania zdravotníctva je netransparentný, subjektívne orientovaný a deformovaný, čím zakladá prvky pre vznik klasickej socialistickej korupcie.

Je zrejmé, že korupcia existuje na všetkých úrovniach systému. Niekedy sa nemôžeme ubrániť myšlienke, že korupcia je nielen výsledkom zlého systému financovania a organizácie, ale priam programovaná a želaná. Populistické poukazovanie na korupciu iba v teréne medzi pacientmi a zdravotníkmi má podľa nášho názoru len odpútať pozornosť od ďaleko vážnejšej ale o to viac skrytej korupcie, ktorú dokumentuje schéma 3.

Schéma 3: Ohniská korupcie v zdravotníctve



Zdroj: Autori

2. Reforma zdravotníctva

Predpokladom novej štruktúry poskytovateľov je realizácia troch základných podmienok:

1. Organizácia a poskytovanie služieb bude v rámci regiónov - zodpovednosť prevezmú vyššie územné celky - VÚC
2. VÚC bude odovzdaný majetok, kompetencie a financie v rámci vládneho programu decentralizácie
3. V Liečebnom poriadku bude jasne definovaný zákonný nárok poskytovaných bezplatných služieb (teda všetko to, čo má občan dostať zadarmo v rámci základného balíka) a zákonný štandard (teda čo to najviac môže stáť).

2.1 Majetok a činnosť

Systémové zmeny

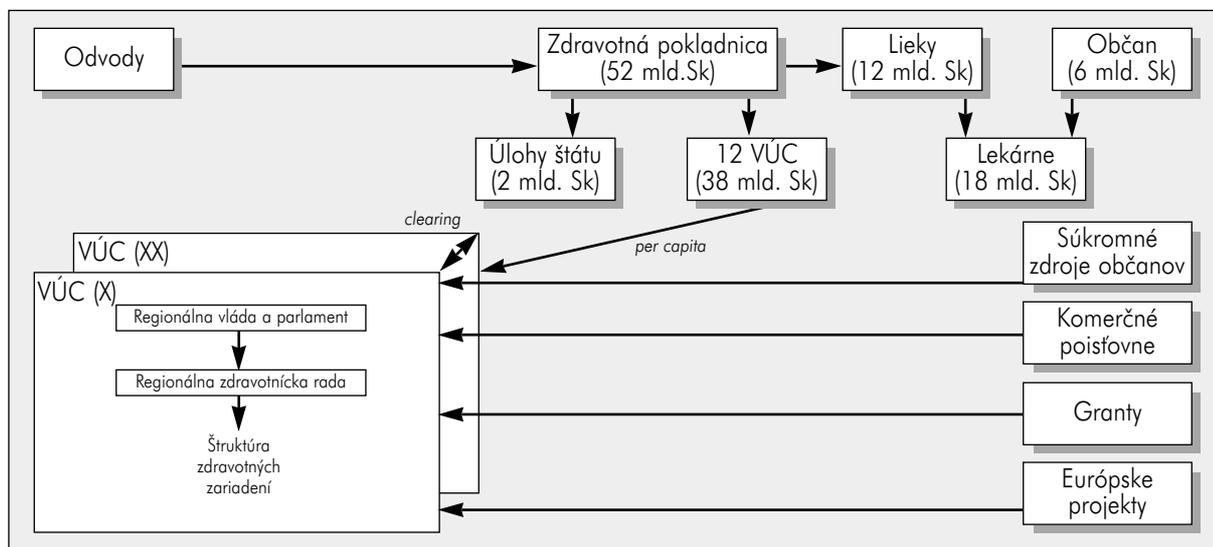
Prvým kľúčovým krokom reformy je úprava majetkových vzťahov a definovanie jasných vlastníckych vzťahov, ktoré sú základom efektívnej alokácie kapitálu (finančného aj ľudského).

Druhým predpokladom je zmena financovania zdravotníctva rozdelením zdrojov spôsobom „per capita“ na VÚC so zavedením finančných vzťahov medzi poskytovateľmi -clearingom. Tretím predpokladom úspechu reformy je presné definovanie zákonného štandardu a zákonného nároku v Liečebnom poriadku s cieľom vytvoriť jasné rozhranie pre základný (štandardný) a nadštandardný, ktorý je financovaný zo súkromných zdrojov.

Cieľom reformy je poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo fungujúcej sústave neštátnych zdravotníckych zariadení neštátnych vlastníkov, ktorá zabezpečí dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pri efektívnom využívaní zdrojov. Subjekty v novom modeli budú organizované v pomerne autonómnej regionálnej štruktúre a budú pozostávať z:

1. neštátnych zdravotníckych lôžkových a nelôžkových zariadení vo vlastníctve VÚC.
2. súkromných zdravotníckych lôžkových a nelôžkových zariadení, alebo zariadení, kde bude spoluvlastníctvo s VÚC.

Štruktúra siete medzi jednotlivými VÚC



Úloha štátu ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bude úplne potlačená, pri ponechaní silnej legislatívnej, kontrolnej a sankčnej funkcie. Pozícia štátu sa zmení z aktívnej (poskytovanie) na pasívnu (kontrola).

Kompletná demonopolizácia štátneho monopolu v lôžkovej starostlivosti bude prebiehať v dvoch na seba nadväzujúcich krokoch:

1. Prevod majetku všetkých zdravotníckych zariadení (nemocnice, polikliniky, odborné ústavy, liečebne atď.), zmena systému financovania a prenos kompetencií (predovšetkým voľnosť pri budovaní zdravotníckych štruktúr pri dodržiavaní štátom stanovených minimálnych parametrov siete) v procese decentralizácie na VÚC. Tieto kroky budú znamenať vybudovanie samostatných regionálnych zdravotníckych štruktúr v každom VÚC, ktoré budú fungovať autonómne v rámci VÚC a spolupracovať s inými VÚC na princípe clearingu. Pod autonómiou budovania štruktúra je potrebné rozumieť právo VÚC regiónu budovať si vlastnú štruktúru zdravotníckych služieb. Logicky aj vo vnútri regiónu bude treba zaviesť pravidlá vzájomných úhrad medzi jednotlivými poskytovateľmi cestou clearingu. Stále musí platiť základná myšlienka, že ekonomickou jednotkou výdavkov je pacient a nie inštitúcia.
2. Privatizácia majetku vo vlastníctve VÚC. Pri tvorbe zdravotníckej štruktúry sa môže VÚC rozhodnúť, či bude zdravotnícke zariadenie prevádzkovať, alebo založí mimovládnu organizáciu, nadáciu, občianske združenie, a pod. s nejakými inými inštitúciami, alebo zariadenie sprivatizuje (tu je možná napríklad aj kapitalizácia časti pohľadávok)

Decentralizácia majetku formou bezodplatného prevodu na regióny a obce sprevádzaná posilnením ich kompetencií je systémovým krokom zabezpečujúci občanom:

1. Racionalizáciu a optimalizáciu štruktúry zdravotných zariadení na základe štátom stanovených minimálnych parametrov siete, prispôbenú požiadavkám daného regiónu. O štruktúre tak nebude rozhodovať centrum, ale flexibilne predstavitelia regiónu, ktorí najlepšie poznajú skutočné potreby obyvateľov daného regiónu.
2. Vyššiu efektívnosť a finančnú optimalizáciu vynakladaných prostriedkov danú stabilným, transparentným a predikovatelným finančným mechanizmom, ktorí

- bude nezávislí od moci ministerských úradníkov.
3. Vznik konkurenčného prostredia a zlepšenie verejnej kontrola priamo občanmi povedie k zvýšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
4. Príbliženie zdravotníckych zariadení a služieb bližšie k občanovi.
5. Jasné majetkové vzťahy sú prvotným predpokladom prílevu komerčných zdrojov do zdravotníctva

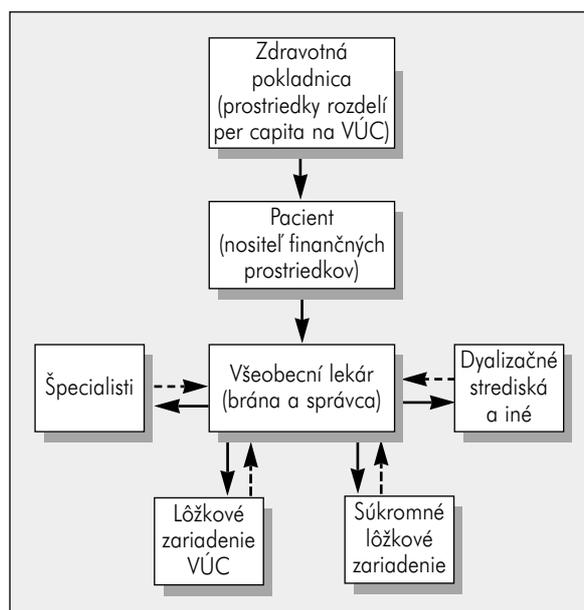
Štrukturálne zmeny

Primárna ambulantná starostlivosť

Bude úplne odštátnená. Zároveň je potrebné vykonať štrukturálnu zmenu vo forme transformácie súčasných štyroch kategórií lekárov prvého kontaktu (všeobecní, pediater, dorastoví, gynekológ) na jeden typ všeobecného lekára, ktorý bude plniť funkciu brány k ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (špecialista, nemocnice, vyšetrenia, a pod.).

Funkcia „brány“ bude taktiež doplnená o funkciu „správcu“. Všeobecní lekár bude totiž spravovať finančné prostriedky, ktoré sú určené na pacienta a za tieto bude na základe zmluvných vzťahov objednávať výkony u ostatných subjektov štruktúry. Jeho starostlivosť o pacienta však neskončí jeho posunutím na iný zmluvný zdravotnícky subjekt, ale v jeho konečnom doliečení, keď sa jeho pacient vráti od zmluvného partnera.

Schéma 4: Štruktúra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci VÚC



Ako prvý dôsledok zavedenia tohto systému môžeme očakávať prirodzenú redukcii štruktúry zdravotníckych zariadení (zostanú len tie, ktoré dokážu fungovať efektívne a poskytovať dobrý pomer kvalita/cena). Druhým dôsledkom bude zníženie fixných nákladov na lôžkové zariadenia. Všeobecní lekári sa totiž bude snažiť držať pacienta „mimo seba“ čo najkratšie a radšej zvolí jeho doliečenie doma ako mal zo svojich potenciálnych príjmov platiť starostlivosť v nemocnici. Takým to spôsobom dôjde k výraznému presunu lekárov z „ordinácie“ do „terénu“.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Bude zabezpečovaná neštátnymi zdravotníckymi subjektami. Budú financovaní na základe skutočne odvedených výkonov (ktoré budú fakturovať všeobecnému lekárovi). Týmto krokom sa výrazne posilní konkurencia (všeobecní si budú medzi špecialistami vyberať - vytvárať zmluvné vzťahy) a kontrolný cenový mechanizmus (cieľom všeobecného bude ošetriť pacienta najkvalitnejšie, najrýchlejšie za relatívne nízkych nákladov, lebo bude musieť špecialistovi zaplatiť).

Stanice lekárskej služby prvej pomoci

V ktorých poskytujú služby lekári primárnej zdravotnej starostlivosti, budú neštátnymi zdravotníckymi zariadeniami. Dá sa predpokladať ekonomizácia tejto činnosti združovaním finančných prostriedkov poskytovateľov primárnej starostlivosti.

ADOS

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti budú prevádzkované ako neštátne zdravotnícke zariadenia. Možno očakávať súčinnosť pri financovaní s regionálnym systémom sociálnej pomoci. Ich výhoda je v znížení fixných nákladov, keď starostlivosť o dlhodobého ležiaceho, chorého, starého alebo nevládneho prebieha doma s pravidelnými návštevami personálu, ako by mala prebiehať s vysokými nákladmi v domovoch dôchodcov. Bude pravdepodobne kombinovaná s ostatnými sociálnymi službami, ako sociálny taxík a pod.

Dialyzačné strediská

Dialyzačné strediská budú neštátne, zriadené v nemocniciach s poliklinikou a na poliklinikách a ich prevádzka bude zabezpečená v súlade s prevádzkou nemocnice a polikliník. Neskoršie možno očakávať zriadenie domácich dialýz priamo u pacienta.

Verejné lekáreň, výdaje zdravotníckych pomôcok a zubná technika

Budú fungovať taktiež ako výlučne neštátne zdravotnícke zariadenia, najmä vo vlastníctve fyzických a právnických osôb. Na celorepublikovej úrovni dočasne ostane kategorizácia a trhová regulácia ceny liekov.

Ústavná zdravotná starostlivosť (lôžková)

Ústavná zdravotná starostlivosť zabezpečovaná v nemocniciach s poliklinikou, v nemocniciach, v odborných liečebných ústavoch, liečebniach pre dlhodobých chorých a v ďalších lôžkových zariadeniach bude zabezpečovaná v neštátnych regionálnych a súkromných zariadeniach. Privatizované, resp. iným spôsobom vzniknuté, alebo transformované zdravotnícke zariadenia budú zaradené do regionálnej štruktúry. Každé zariadenie bude zaradené do zdravotníckej štruktúry až po získaní licencie a po preukázaní schopnosti prevádzkovať zdravotné služby. Zároveň musí byť vytvorený aj kontrolný mechanizmus, prostredníctvom ktorého štát môže zdravotnícke zariadenie nespĺňajúce kritériá zo štruktúry vyradiť.

Rozhodujúcim spotrebiteľom finančných prostriedkov je nemocničná starostlivosť. Z hľadiska rozsahu poskytovanej starostlivosti a odporúčaného spádového územia sú nemocnice s poliklinikou (NsP) podľa vybavenia doteraz rozdelené do štyroch kategórií. Budú odovzdané do vlastníctva VÚC a zaradené do regionálnej štruktúry. Optimalizáciu a ekonomizáciu štruktúry zdravotníckych zariadení (rušenie lôžok a nemocníc) bude plne v kompetencii VÚC pri dodržiavaní požiadaviek na tvorbu siete stanovených ministerstvom. Pod sieťou teda rozumieme zákonom stanovený najmenší potrebný počet poskytovateľov na počet obyvateľov, ktorý musí byť v štruktúre poskytovateľov – inak povedané zákonom bude definované iba najväčšie oko siete štruktúry poskytovateľov.

Fakultné nemocnice - okrem liečebno-preventívnej starostlivosti sa budú podieľať na pregraduálnej a postgraduálnej výchove zdravotníckych pracovníkov a na medicínskom výskume. V časti poskytovania liečebnej starostlivosti budú riadené a financované (včítane kapitálových výdavkov) VÚC, vo výkovej časti budú financované zo systému školstva. Popri špecializovaných ústavoch budú hlavným uchádzačom o vedecké granty.

Do vlastníctva VÚC budú takisto prevedené psychiatrické nemocnice a všetky vysoko-špecializované zariadenia (Národný onkologický ústav, Národný ústav tuberkulózných a respiračných chorôb i Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb a pod.). Ich existencia bude zabezpečovaná poskytovaním svojich vysoko špecializovaných služieb iným regiónom na princípe clearingu. Budú hlavnými uchádzačmi o vedecké granty.

Ostatné odborné liečebné ústavy, rehabilitačné a doliečovacie liečebné ústavy, detské ozdravovne, detské sanatóriá, centrá (Centrum pre liečenie drogových závislostí, Národné rehabilitačné centrum, Geriatrické centrá), kúpeľné liečebne, liečebne pre dlhodobé choroby, odborné liečebné ústavy pre deti a dorast budú prevedené na VÚC. Budú financované cez regionálnu štruktúru poskytovateľov regionálny clearing a niektoré aj z regionálnej sociálnej siete.

Priamo z kapitoly MZ SR na úseku prevádzkových i kapitálových výdavkov sú v súčasnosti financované organizácie vedecko-výskumnej a vývojovej základne (Ústav preventívnej medicíny v Bratislave, Výskumný ústav výživy v Bratislave, Referenčné centrum pre ochranu a rozvoj prírodných liečivých kúpeľov a prírodných liečivých minerálnych stolových vôd v SR so sídlom Piešťanoch a Výskumný ústav reumatických chorôb v Piešťanoch), ktoré sú čiastočne napojené aj na úhrady za poskytnuté zdravotnícke výkony prostredníctvom zdravotných poisťovní. Navrhujeme ich prevedenie na VÚC. Ich financovanie bude zabezpečené z regionálneho clearingu a z grantov.

Záchranná služba

Záchranná služba bude organizovaná VÚC. Bude pôsobiť ako predsunuté, mobilné pracovisko pri urgentných, život ohrozujúcich stavoch. Pravidlá jej prevádzky budú stanovené zákonom v rámci štátom garantovanej siete.

Doprava pacientov

Bude neštátna, jej existencia a organizácia bude plne v kompetencii VÚC.

Štátne zdravotné ústavy - kapitola MZ SR

Štátne zdravotné ústavy zameriavajú svoju činnosť na vykonávanie preventívneho a bežného hygienického dozoru, prípravu odborných podkladov na úseku hygieny a epidemiológie pre rozhodovaciu činnosť orgánov štátnej správy na úseku zdravotníctva. Naďalej zostáva prvoradou úlohou pre všetky štátne zdravotné ústavy sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva vo vzťahu ku škodlivým faktorom životného a pracovného prostredia, vykonávania protiepidemiologických opatrení zameraných na elimináciu infekčných ochorení, podieľanie sa na objektivizácii faktorov životného prostredia, plnenie úloh stanovených zriaďovateľom a zapájanie sa do celoštátnych programov zameraných na sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva. Zostanú štátne, ale odporúčame transformovať na systém kontroly a dohľadu (KOD).

Ústav pre kontrolu liečiv

Vykonáva kontrolnú, štandardizačnú a výskumnú činnosť v hodnotení akosti a bezpečnosti liečiv, zabezpečuje činnosť spojenú s registráciou liečiv v SR a plní funkciu štátneho inšpekčného orgánu na území SR. Ďalej plní funkciu Slovenského národného centra pre sledovanie nežiadúcich účinkov liečiv, zabezpečuje výkon štátneho skúšobníctva a pôsobí v oblasti výchovy a vzdelávania. Zostane štátny, ale odporúčame transformovať na systém KOD.

Poslaním Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky

je podľa MZ SR „operatívne plnenie úloh, vypracovanie a poskytovanie informácií na základe požiadaviek MZ SR, hlavných odborníkov MZ SR, úradu vlády, WHO, ŠÚ SR a iných užívateľov“. ÚZIS navrhujeme presunúť do KOD. Jeho činnosť môže byť financovaná formou príspevku od štátu, nakoľko je predpoklad, že si na časť svojej prevádzky dokáže zarobiť. (Môže fungovať na komerčnom princípe).

Ústav zdravotnej výchovy podľa MZ SR „zabezpečuje aktivity smerujúce k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva s osobitným zameraním na zdravotnú výchovu a podporu zdravia. Na úseku organizačnej a informačnej činnosti sa organizácia zamerala na realizáciu projektov riešených v rámci aktualizovaného Národného programu podpory zdravia a Svetovej zdravotníck-

kej organizácie. V oblasti produkcie zabezpečuje výrobu a distribúciu zdravotno-výchovných videofilmov a výstav“. **Národné centrum podpory zdravia** podľa MZ SR „plní úlohy vyplývajúce z Národného programu podpory zdravia. Zapája sa do riešenia medzinárodných projektov“. Obe inštitúcie majú veľmi podobný predmet činnosti, takže ich v rámci racionalizácie navrhujeme spojiť do jednej. Budú pôsobiť podobne ako UZIŠ. Ich opodstatnenosť preverí spoločenská objednávka po prechode na grantový spôsob financovania.

Štátne podniky

Rezort zdravotníctva vlastní viaceré podniky ŠLÚ Marína š.p. Kováčová, Medika š.p. Bratislava, SLOV-THERMAE SLK š.p. Bratislava, IMUNA š.p. Šarišské Michaľany. Tieto podniky navrhujeme vyňať z kompetencie MZ a presunúť ich do portfólia FNM, kde by mali byť postupne sprivatizované.

Štátny fond zdravia

Štátny fond zdravia bol zriadený na základe zákona č. 193/1992 Z.z. s doplnkami v znení zákona č. 242/1994 Z. z. Celkové zdroje štátneho fondu pozostávajú najmä z transferu zo štátneho rozpočtu, ktorý predstavuje podstatnú časť príjmov štátneho fondu. Najväčšia časť z týchto zdrojov sa používa na transfery investičného charakteru pre rôzne programy. Výsledky zo štátneho záverečného účtu však neumožňujú určiť, kam prostriedky plynuli. Štátny fond zdravia predstavuje selektívny prvok v systéme zdravotníctva, a preto považujeme jeho zrušenie za správne.

Slovenská postgraduálna akadémia medicíny.

Navrhujeme zrušiť. Postgraduálnu výchovu mladých lekárov by mali zabezpečovať inštitucionálnou formou lekárske fakulty, alebo klinickou formou odborné lôžkové oddelenia. Navrhujeme nasledovné opatrenia:

1. zrušiť prvú atestačnú skúšku
2. zrušiť druhú atestačnú skúšku
3. zaviesť inštitút štátnej skúšky, ak bude postgraduálna výchova inštitucionalizovaná na lekárske fakultách, alebo systém odbornej certifikácie, ak bude výchova mladých lekárov v gescii primárov odborných oddelení včítane vydania dekrétu o odbornej spôsobilosti na výkon samostatnej práce. Bude potrebné predĺžiť obdobie prípravy adepta na 5 rokov.

Zároveň odporúčame, aby absolvent nemohol do vedúcej funkcie nastúpiť v tom istom zariadení, kde sa postgraduálne pripravoval.

Domovy mládeže

Ministerstvo zdravotníctva SR má vo svojej pôsobnosti dva samostatné domovy mládeže ktoré sú súčasťou výchovno-vzdelávacieho procesu. Navrhujeme presunúť pod rezort školstva a následne pod VÚC.

Stredné zdravotné školy cirkevné

Priamo z kapitoly MZ SR na úseku prevádzkových i kapitálových výdavkov je spolu financovaných 7 stredných zdravotných škôl cirkevných, ktoré sú čiastočne napojené aj na úhrady za poskytnuté zdravotnícke výkony prostredníctvom zdravotných poisťovní. Navrhujeme presunúť pod cirkev a následne pod VÚC.

Stredné zdravotné školy

Činnosť stredných zdravotných škôl je zameraná predovšetkým na skvalitnenie výchovy a odbornej prípravy stredných zdravotníckych pracovníkov vo všetkých študijných odboroch. Navrhujeme presun pod rezort školstva a následne pod VÚC

Servisné podniky.

Existujú dva zdravotné servisné podniky (Dunajská Streda, Košice), ktoré navrhujeme presunúť pod kompetenciu FNM a následne sprivatizovať prostredníctvom verejnej súťaže.

Ústav telovýchovného lekárstva.

Navrhujeme previesť pod združenie telesnej kultúry.

Slovenská lekárska knižnica

„Budovanie ústredného knižničného fondu domácej i zahraničnej, vedeckej, výukovej a inej zdravotníckej literatúry, ako aj literatúry z príbuzných odborov“ je podľa MZ SR hlavnou náplňou Slovenskej lekárskej knižnice. Mala by prejsť do gescie školstva, resp. kultúry.

2.2 Definovanie kompetencií

Štát	VÚC	Profesijné organizácie
Legislatívna úloha 1. Stanovenie zákonného nároku na definovaný štandard prevencie a liečby 2. Stanovenie princípov clearingu 3. Stanovenie minimálnych kritérií pre budovanie siete zdravotníckych zariadení na úrovni VÚC	Štruktúra 1. Budovanie štruktúry zdravotníckych zariadení na základe štátom stanovených minimálnych kritérií 2. Výkon vlastníckych práv	Licencie 1. Udeľovanie licencií všeobecným lekárom, špecialistom a ostatným subjektom (Lekárska komora) 2. Lôžkovým zariadeniam bude udeľovať licencie Asociácia nemocníc
Kontrolná a sankčná úloha 1. Centrum pre kontrolu a dohľad 2. Vymáhateľnosť sankcií pri prekročení stanovených pravidiel 3. Zavedenie inštitútu nútenej správy	Kontrolná a sankčná úloha 1. Centrum pre kontrolu a dohľad	
Finančná úloha 1. Financovanie určitých sociálnych skupín (s cieľom postupného vytlačania štátu aj z tejto funkcie) 2. Odvody za štátnych zamestnancov	Finančná úloha 1. Financovanie kapitálových výdavkov všetkých spravovaných zariadení	
Veda, vzdelávanie, výskum 1. Koordinácia grantovej politiky		
Liečivá 1. Centrálny systém zásobovanie liečivami 2. Regulácia cien liečiv a systém príplatkov pre celé územie republiky		

Systémové zmeny

Dôležitým prvkom reformy je zmena pozície štátu z poskytovateľa na garanta zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti štát garantuje zdravotnú starostlivosť predovšetkým centralizáciou kompetencií a štátnym vlastníctvom. V uvažovanom modeli bude garantovať zdravotnú starostlivosť prostredníctvom legislatívnych kompetencií (určovanie „pravidiel hry“) a kontrolného a sankčného mechanizmu (vymáhanie „pravidiel hry“).

Prvoradou úlohou štátu však bude garantovanie zákonného nároku na definovaný štandard prevencie a liečby, pričom medzi kľúčové funkcie štátu v cieľovom modeli budú patriť hlavne nasledujúce úlohy:

1. legislatívna
2. kontrolná a sankčná
3. finančná
4. vzdelávacia
5. veda a výskum

Legislatívna úloha spočíva najmä v tvorbe legislatívneho rámca, ktorý bude platiť na území celej republiky, pričom štát bude:

1. Definovať zákonný nárok (obsah zdravotnej starostlivosti) na definovaný štandard (rozsah zdravotnej starostlivosti) prevencie a liečby

2. Definovať minimálne kritéria na budovanie siete zdravotníckych zariadení, čiže stanovenie minimálnych parametrov štruktúry zdravotníckych zariadení VÚC (napr. minimálny počet všeobecných lekárov na 1000 obyvateľov, a pod.)
3. Definovať rozsah kontroly a sankcií v prípade porušenia noriem.

Stanovenie zákonného nároku na štandardu prevencie a liečby (tzv. „základný balík“) bude plne hradený z prostriedkov zdravotnej pokladnice, pričom je nevyhnutným predpokladom pre definovanie a fungovanie komerčného poistenia.

Kontrolná úloha musí byť prísne cielená a predovšetkým musí byť bezpodmienečne zviazaná s komplexom sankcií pri porušení noriem, čo doteraz nie je až také prirodzené. Štát bude musieť kontrolovať najmä:

- úroveň poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe zákonného nároku na definovaný štandard
- úroveň poskytovania prevencie na základe zákonného nároku na definovaný štandard
- sankcionovať nedodržiavanie zdravotnej starostlivosti a finančnej nezodpovednosti, s možnosťou doživotného odobratia licencie (fyzické osoby), zákazu činnosti, resp. zavedenia nútenej správy (právnické osoby)

- spravovanie financií zdravotnou pokladnicou a VÚC
- liekovú politiku (kategorizácia, trhovú reguláciu a tvorba cien a príplatkov)
- kontrolovať postgraduálnu prípravu mladých lekárov

Finančná úloha štátu bude výrazne obmedzená.

V súčasnosti štát uhrádza poistné za 3,3 mil. občanov zo štátneho rozpočtu. Avšak štátny rozpočet tak či tak vo výške 75% plnia občania, hlavne cestou priamych a nepriamych daní. Navrhujeme aby i túto úlohu preberali priamo občania. Štát bude uhrádzať poistné do zdravotnej pokladnice len za svojich poistencov - štátnych zamestnancov. Štát bude mať právo z verejných zdrojov financovať kompletný systém legislatívy a kontroly a bude zohrávať aktívnu rolu pri zabezpečovaní grantov a podporných programov medzinárodných inštitúcií. Dočasne bude musieť štát regulovať na celoštátnej úrovni ceny liekov. Pri takomto presune ťažiska na zdravotnú pokladnicu bude musieť štát adekvátnym spôsobom znížiť daňové zaťaženie.

Úloha štátu vo vzdelávaní v zdravotníctve bude spočívať najmä v stanovení obsahu náplne odborných predmetov stredného školstva, cez rezorty školstva a zdravotníctva. Vysokoškolské vzdelávanie (pregraduálne aj postgraduálne) bude takisto riešené cez rezort školstva.

V systéme **financovania vedy a výskumu** sa neštátne výskumné ústavy budú môcť uchádzať o štátne a európske granty. Základným princípom takéhoto financovania je zistenie efektivity a tým aj ekonomického opodstatnenia existencie niektorých ústavov a taktiež zavedenie konkurenčného prístupu k výskumným úlohám. Financované teda budú najmä tie výskumné úlohy, ktoré preukážu opodstatnenie a efektivitu vložených prostriedkov. Zároveň dôjde k odpojeniu týchto inštitúcií od štátneho rozpočtu. Hlavnou úlohou štátu bude zabezpečovať a koordinovať grantovú politiku. Výrazným liberalizačným krokom bude decentralizácia všetkých vysoko-špecializovaných odborných ústavov a liečební na regióny. Úloha priameho riadenia štátom v týchto zariadeniach nie je nutná a opodstatnená.

Výkon týchto piatich funkcií by mal byť sústredený do jedinej inštitúcie - centra pre kontrolu a dohľad (KOD). Obsadenie jednotlivých postov bude prísne personalizované a zodpovednosť (odborná aj finančná) bude priamo zosobnená.

Zloženie:

- hlavný patológ
- hlavný hygienik
- hlavný farmaceut
- hlavný štatistik
- hlavní odborníci
- hlavný kontrolór pre civilnú ochranu
- hlavný finančný kontrolór
- hlavný audítor
- hlavný rozhodca
- hlavný metodik a kontrolór postgraduálnej prípravy
- splnomocnenec pre WHO, krajiny EÚ a OECD

Centrum KOD bude financované projektovo, to znamená, že každý z hlavných lídrov bude mať pevne stanovený rozpočet, ktorý bude musieť každoročne obhájiť. Bude mať voľnú ruku v počte a výbere svojich podriadených, pričom za ich prácu bude niesť plnú zodpovednosť.

Najdôležitejšou kompetenciou VÚC bude tvorba štruktúry zdravotníckych zariadení na základe štátom definovaných minimálnych parametrov siete. Druhou úlohou bude v súlade so štátom zabezpečovať fungovanie KOD na úrovni VÚC.

Zdravotná pokladnica	Komerčné poistenie a priame úhrady
Princíp solidárnosti	Princíp osobnej zodpovednosti
Krytá základná zdravotná starostlivosť definovaná zákonným nárokom a nepoistiteľné riziká	Zdravotná starostlivosť a zdravotné služby nad rámec zákonného nároku
Variabilná povinná zložka	Variabilná dobrovoľná zložka
Povinné poistenie	Nepovinné poistenie
Pre občanov s mesačným príjmom nižším ako stanovená hranica	Pre občanov s mesačným príjmom vyšším ako stanovená hranica
Odvod ako % zo mzdy	Individuálny odvod
Fixná povinná zložka Každý občan platí minimálnu mesačnú paušálnu platbu	

2.3 Financovanie

Systémové zmeny

Najdôležitejšou zmenou vo financovaní je prechod zo súčasnej 100% solidárnosti na štruktúrovanú solidárnosť vyjadrenú zákonným nárokom prevencie a liečby na definovaný štandard. V súčasnosti, abstrahujúc od nelegálnych zdrojov, dosahuje podiel verejných zdrojov na financovaní zdravotnej starostlivosti 92%. Súkromné zdroje (8%) sú alokované výlučne ako príplatky za lieky, pomôcky, kúpele, atď.

Cieľom reformy je dosiahnuť 75% podiel verejných zdrojov a 25% súkromných zdrojov, s možnosťou ďalšieho rastu podielu súkromných zdrojov. Z tohto dôvodu navrhujeme dvoj-pilierový systém financovania zdravotnej starostlivosti.

Prvým, povinným pilierom nového systému financovania by mali verejné zdroje sústredené v zdravotnej pokladnici kontrolovanej, avšak nie riadenej, centrom pre kontrolu a dohľad. Zdravotná pokladnica bude kryť náklady na poskytovanie zákonného nároku prevencie a liečby na definovaný štandard všetkých občanov uvedených v Liečebnom poriadku. Systém zdravotnej pokladnice sa bude vytvárať v dvoch paralelných fázach:

V prvej fáze prebehne reštrukturalizácia platiteľov. Za všetkých poistencov štátu bude štát odvádzať rovnaký odvod (deti, dôchodcovia, nezamestnaní, vojaci, ženy na materskej dovolenke) vo výške pevne stanoveného paušálu. Zároveň by sa odvody ekonomicky aktívnych poistencov rozčlenili na dve zložky:

1. Fixná zložka: Pevne stanovený paušál (v rovnakej výške ako pri poistencoch štátu)
2. Variabilná zložka: Percentuálne stanovený odvod

Takto nastavený systém zdravotnej pokladnice bude garantovať zákonný nárok na definovaný štandard.

V druhej, paralelne prebiehajúcej, fáze by sa postupne mali diferencovať platitelia podľa výšky príjmu. Platitelia s vysokým príjmom (určí sa hranica) sa budú môcť rozhodnúť pre nepovinný pilier, v ktorom sa buď poistia v komerčnej poisťovni (na základe ohodnotenia rizika), alebo budú hradiť svoje výdavky v hotovosti. Ich platba bude oslobodená od variabilnej zložky, avšak naďalej zostanú platitelia základného paušálu (princíp

solidarity), za ktorý budú mať definovaný objem služieb, ale menší než zákonný nárok. Zároveň sa začnú určité skupiny obyvateľstva odpájať od štátneho rozpočtu, predovšetkým deti a nezamestnaní. Za deti by paušálnu platbu mali hradiť ich rodičia a pri nezamestnaných je nutné uvažovať o minimálne 50% spoluúčasti na financovaní paušálu. Budú sa rozvíjať nové poistné produkty ako rodinné poistenie, či kombinácia dôchodkového, životného, úrazového a zdravotného poistenia.

V tretej fáze bude štát uhrádzať poistné len za svojich zamestnancov a všetky ostatné skupiny budú pokryté zo zdravotnej pokladnice, alebo z komerčného poistenia.

Princípy fungovania zdravotnej pokladnice

1. Každému občanovi bude počas celého života vedený účet. To umožní okrem presnej evidencie príjmov a výdavkov zabezpečiť cieľnú spoluúčasť pacienta pri starostlivosti o svoje zdravie. Nebude tu možný systém bonusov a malusov. Súčasne bude možné úplne presne sledovať všetky poskytnuté požitky v rámci základnej solidárnosti, čo čo umožní monitorovať zdravotnú nákladnosť rôznych skupín obyvateľstva.
2. Vybraté prostriedky na zdravotníctvo budú prerozdelené do regiónov proporcionálne na počet obyvateľov (kapitácia) nezávisle od počtu nezamestnaných, od podielu regiónu na celoštátnom HDP, alebo na národnostnom pomere obyvateľov.
3. Zavedenie zúčtovacieho mechanizmu (clearing) intra a extra VÚC za ošetrovaného pacienta.

Zdravotná pokladnica bude garantovať financovanie zákonného nároku na definovaný štandard prevencie a liečby. Výška paušálov a odvodov do pokladnice sa bude dať flexibilne nastaviť na objem poskytovaných zdravotníckych služieb v rámci zákonného nároku. Ďalším predpokladom vytvorenia zdravotnej pokladnice tak bude desocializácia, pod ktorou rozumieme zníženie súčasného objemu služieb, ktorý dostávajú občania „bezplatne“.

Druhým pilierom, tak ako všade v Európe budú súkromné zdroje od občanov, ktoré v rozvinutých krajinách dosahujú až 25% celkových zdrojov krytia nákladov zdravotníctva. Je to potom z pohľadu financovania len technický problém, či si občania zvolia príplacanie

nad rámec zákonného nároku cestou komerčných zdravotných poisovní poskytujúcich nepovinné zdravotné poistenie, alebo vo forme priamych legálnych platieb poskytovateľom. Je potrebné ho zaviesť najmä z nasledovných dôvodov:

1. Neexistuje konkurencia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, čím sa znižuje kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
2. Skutoční platitelia zdravotného poistného sú diskriminovaní, lebo úroveň zdravotnej starostlivosti je rovnaká pre každého poistenca, bez rozdielu od toho, akú čiastku odvádza do zdravotnej poisťovne.
3. Zvýši sa participácia občana na financovaní, ktorá síce v súčasnosti existuje, ale nelegálne vo forme úplatkov, čoho dôsledkom bude zvýšenie hodnoty zdravia a posun v zmýšľaní ľudí.
4. Zvýši sa odmeňovanie kvalitných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vplyvom nárastu počtu ich pacientov a prirodzenou, ekonomickou sa štruktúra zdravotníckych zariadení očistí od neproduktívnych a neefektívnych zariadení.
5. Zníži sa objem úplatkov, ktorých existencia v súčasnosti patrí žiaľ k „štandardu“ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Vstup komerčných poisovní do financovanie zdravotnej starostlivosti je však podmienené nasledovnými kritériami:

1. **Identifikácia rizika.** Vyžaduje konkrétny popis rizika, ktoré sa má poisťovať, čiže definíciu zákonného nároku na definovaný štandard prevencie a liečby. Tento základ bude súčasne rozhranie medzi zákonom garantovaním „bezplatným“ financovaním a dodatočným financovaním.
2. **Analýza a kvantifikácia rizika.** Vyšpecifikovanie veľkosti rizika z pohľadu poistnej sumy a výšky náhrady škody, tzv. profil poistných súm a profil eventúálnych náhrad škôd. Z takejto analýzy sa vypočíta výška poistného aj so zohľadnením nadlimitných škôd.
3. **Monitorovanie rizika.** Po zavedení poistenia do praxe sa každý rok monitorujú výsledky v poisťovaní jednotlivých rizík a vyhodnocujú sa vo forme opatrení (zmeny poistných podmienok alebo sadzieb bonus/malus, celoplošné zvýšenie sadzieb a pod.)
4. **Likvidácia poistných udalostí.** Výplata náhrady škody po predchádzajúcom overení, či ku škode došlo v súlade s poistnými podmienkami, a kontrola výšky škody.

5. Kontrola solventnosti poisťovne podľa typu.

Osobitný spôsob výpočtu, ktorý berie do úvahy základné imanie, vlastné imanie mínus nehmotný majetok, zisk, strata, zaistenie. Stanovenie minimálnej miery solventnosti.

6. **Zaistenie.** V princípe ide o poistenie poisťovne, t.j. riziko, ktoré na seba preberie poisťovňa, v určitom stanovenom pomere prenáša na zaistovňu. Za túto službu zaplatí zaistné a zaistovateľ zo všetkých škôd, ktoré vyplatí poisťovňa, uhradí svoj pomerný diel.
7. **Výpočet rezerv na škody.** Okrem vyplatených škôd poisťovňa do svojich nákladov kalkuluje výšku rezerv na škody, ktoré už boli poisťovní oznámené, ale neboli ešte vyplatené, a tzv. IBNR, t.j. rezervy na škody, ktoré ešte neboli poisťovní oznámené, ale predpokladá sa, že už vznikli.

Likvidácia dlhu

Predpokladom akéhokoľvek oddľžovania je zastavenie sústavného rastu dlhu pri čom nemožno uvažovať s rastom objemu verejných financií určených pre zdravotníctvo, ale s redukciovú výdavkovej časti. To znamená efektívnejšiu alokáciu zdrojov v sieti poskytovateľov.

Vonkajší dlh v zdravotníctve dosahoval k 31.12.2000 podľa predbežných odhadov takmer 20 mld. Sk (približne 1/3 ročného rozpočtu zdravotníctva) a mal tendenciu rásť o 300 až 500 mil. mesačne. Stabilizácia a likvidácia dlhu tak patrí k nevyhnutným zložkám reformy. V podstate existujú tri možnosti likvidácie dlhu:

1. Vláda na centrálnu likvidáciu dlhu môže použiť privatizačné príjmy, alebo dlh reštrukturalizovať emisiou štátnych dlhopisov a postupne ho umorovať. Na centrálnej úrovni nedoporučujeme privatizáciu ani kapitalizáciu pohľadávok. Stratila by sa systémovosť krokov a VÚC by stratili šancu na vybudovanie svojich štruktúr.
2. Presun celého dlhu na VÚC. VÚC tak môže zariadenia oddľžiť zo svojich príjmov, ak chce aby zariadenie zostalo v štruktúre vo vlastníctve VÚC. Ak však VÚC nebude trvať na vlastníctve zadlženého zariadenia (bolo by to neefektívne) tak dlh je možné vyrovnať odpredajom majetku zariadenia, keďže privatizačné príjmy by sa v tomto prípade stali príjmami VÚC. Zároveň je možná kapitalizácia dlhu. Majiteľom lôžkových zariadení by sa tak stali veritelia.
3. Čiastočná centrálna likvidácia a čiastočná decentralizácia dlhu.

Záver

Reforma v zdravotníctve sa musí zamerať na riešenie troch kľúčových problémov zoradených prioritne takto:

1. Stabilizácia dlhu prostredníctvom redukcie fixných nákladov
2. Likvidácia dlhu reštrukturalizáciou systému financovania
3. Zvýšenie kvality zdravotníckych služieb:
 - a/ vytvorením podmienok pre vstup súkromného kapitálu
 - b/ zavedením konkurencie medzi poskytovateľov
 - c/ zavedením ekonomického prostredia ktoré prinúti poskytovateľov k ekonomickej efektívite a profitabilite.

Za základné stavebné prvky ekonomicky fungujúceho zdravotníctva považujeme:

1. Definovanie zákonného nároku na definovaný štandard prevencie a liečby.
2. Zavedenie inštitútu všeobecného lekára (s funkciou brány a správcu financií).
3. Posunu od štátneho paternalizmu smerom k občianskej spoločnosti.

Zároveň si dovoľíme tvrdiť, že v modernej spoločnosti aj v rezorte zdravotníctva nie je vonkoncom oprávnené podceňovať silu trhových princípov a mechanizmov, ktoré sú založené na efektívnosti a racionalite. Žiaľ táto sa nedá dosiahnuť, keď vlastníkom zdravotných zariadení a nositeľom všetkých kompetencií je štát, ktorý ako subjekt kolektívnej nezodpovednosti nepozná parameter ako konkurencia, kalkulácia, náklady, či cena.

Základné princípy nami navrhovanej transformácie možno zhrnúť nasledovne. Peniaze na základnú zákonom stanovenú starostlivosť pochádzajú od občanov. Zdravotníctvo musí slúžiť občanom, a musí byť štruktúrované solidárne. Kompetencie pre jeho riadenie musia dostať regionálne štruktúry, ktoré najlepšie poznajú potreby a osobitosti svojho regiónu. Kontrola kvality poskytnutých služieb musí reálne prejsť do rúk občanov. Poskytované služby musia byť na najvyššej možnej vedeckej úrovni, musia byť dostupné a jasne definované. Zdravotníctvo musí byť bezpodmienečne

hospodárne a efektívne, čo je možné dosiahnuť len prvkami konkurencie a ekonomizácie činnosti. Regulačné mechanizmy musia rešpektovať základné ekonomické pravidla a musia zohľadňovať objektívnu potrebu občanov.

Nesmieme však zabúdať, že základnými krokmi k úspešnej decentralizácii a deetatizácii bude najmä uvedomenie si občanov, že svoje veci si musia riadiť a kontrolovať sami na svoj účet a na svoju zodpovednosť. Činnosti doteraz financované ministerstvom zdravotníctva bude potrebné odovzdať taktiež odovzdať regiónom.

Navrhovaný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej financovania, je postavený na tradičných solidárnych hodnotách kontinentálnej Európy reflektujúci liberálne prvky osobnej zodpovednosti za vlastné zdravie charakteristické pre anglosaské systémy:

- Solidárnosť so slabšími, chorými, starými a bezvládnymi občanmi zabezpečená zdravotnou pokladnicou.
- Adresnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti založená na princípe, že jediným nositeľom financií je pacient a odmena prináleží za vykonaný úkon alebo vyšetrenie.
- Transparentnosť a potlačanie korupcie zavedením mechanizmov nezávislej kontroly a auditu nad inštitúciami hospodáriacimi s verejnými zdrojmi.
- Subsidiarita znamená riešenie problému tam, kde vznikne, čo znamená nevyhnutne najmä decentralizáciu majetku, financovania a kompetencií.
- Systémovosť nástrojov hospodárskej politiky s dôrazom na znižovanie vplyvu selektívnych prvkov rozhodovania a prerozdelenia verejných zdrojov.
- Flexibilita s jasnými pravidlami budovania regionálnych sietí podľa potrieb občanov v danom regióne.
- Sloboda pri výbere poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a sloboda pri výbere formy uhrádzania zdravotných výkonov nad rámec zákonného nároku.
- Ekonomická kvantifikovateľnosť zabezpečujúcu odmeňovanie a financovanie podľa skutočne odvedených výkonov, jasne stanovených a trvalo udržateľných kritérií trhových princípov. ■

Poznámky
