

ZDRAVOTNÍCTVO

Samostatná kapitola v štúdií „Deetatizácia verejných služieb“ v rámci projektu LGI

Peter Pažitný, M.E.S.A. 10
Rudolf Zajac, lekár a manažér

(júl 2000)

Obsah:

Anotácia	2
Kľúčové slová	2
Reformné kroky od roku 1989 až po súčasnosť	2
Doterajší postup transformácie vlastníckych vzťahov	3
Analýza súčasného stavu	5
Základná charakteristika systému zdravotného poistenia a financovanie	5
Organizácie	6
Sieť zdravotníckych organizácií a poskytovanie zdravotnej starostlivosti	7
SWOT analýza zdravotníckeho sektora	8
Silné stránky	8
Slabé stránky	8
Príležitosti	8
Riziká	8
Decentralizácia zdravotníctva	9
Východiská decentralizácie zdravotníctva	9
Úloha štátu v systéme zdravotníctva	10
Legislatívna úloha	11
Finančná úloha	11
Kontrolná úloha	11
Vzdelávanie	11
Veda	11
Zmena financovania	12
Decentralizácia majetku a kompetencií na samosprávne celky (VÚC, obce)	13
Deetatizácia a privatizácia majetku a činností	13
Záver	16
Literatúra	17

Anotácia

Kapitola stručne charakterizuje vykonané reformné a transformačné kroky v rezorte zdravotníctva. Analyzuje súčasný stav z hľadiska financovania, majetku a činností.

Cieľom kapitoly je poukázať na neudržateľnosť súčasnej situácie, pričom autori navrhujú riešenie súčasného stavu prostredníctvom procesu deetatizácie a decentralizácie v rezorte. Kľúčovým motívom je návrh zmeny súčasného systému, ktorý každému poskytuje rovnakú zdravotnú starostlivosť za výrazne nerovnaké finančné náklady (rozdielne výšky platieb do zdravotných poisťovní).

Východiskom návrhu je prechod z anonymného priebežného systému financovania na systém klientských účtov a zavedenie takého systému financovania, podľa ktorého budú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti odmeňovaní za skutočne odvedené výkony na pacientovi a nie za odležané dni v nemocnici (lôžkodeň), centrálnym príkazom (prospektívny rozpočet) resp. počet poistencov v kmeni (kapitácia).

Kľúčové slová

Odštatnenie, decentralizácia, zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, demonopolizácia zdravotníctva, kompetencie, finančná a legislatívna úloha štátu, dlh, financovanie, silné a slabé stránky, zdravotná pokladňa, lôžkodeň, kapitácia, prospektívny rozpočet, zdravotná starostlivosť, nemocnice, polikliniky, vysokošpecializované zariadenia, primárna a sekundárna starostlivosť, vzdelanie a veda v zdravotníctve, garančná a kontrolná úloha štátu, regióny, clearing, klientské účty, komerčný pilier, zákonný nárok,

Reformné kroky od roku 1989 až po súčasnosť

Transformačný proces zasiahol zdravotníctvo len sčasti. Predchádzajúci systém, v ktorom bol štát monopolným vlastníkom a držiteľom finančných prostriedkov, viedol ku stagnácii kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, nevyhovujúcej štruktúre siete zdravotníckych zariadení a ku nízkej úrovni odmeňovania. Žiaľ, všetky tieto negatíva charakterizujú systém zdravotníctva aj v súčasnosti.

Socialistický systém zdravotníctva zabezpečoval plošný prístup k zdravotníckym službám na základe financovania zo všeobecného zdanenia a prostredníctvom štátnych inštitúcií. Súkromný sektor neexistoval. Cieľom bývalého systému bolo poskytovanie širokého spektra zdravotníckych služieb všetkým občanom, a to bezplatne.

Od roku 1991 fungovali regionálne zdravotné finančné správy a v roku 1992 vznikol Ústav pre zavedenie zdravotného poistenia. Obidve inštitúcie boli predstupňom zmien, ktoré mali viesť od financovania prostredníctvom štátneho rozpočtu k vytvoreniu poisťovacieho systému a hľadania spôsobov preplácania zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Počas tohto obdobia ostal zachovaný predchádzajúci systém centrálného plánovania objemov služieb a rozpočtového financovania.

1.1.1993 vzniká Národná poisťovňa, ktorá bola vykonávateľom nielen povinného zdravotného poistenia, ale aj nemocenského a dôchodkového poistenia. Národná poisťovňa financovala poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Správy Fondu zdravotného poistenia a jej regionálnych pobočiek.

Fungovanie Národnej poisťovne bolo spojené s množstvom finančných a personálnych problémov, ktoré vyústili do jej rozdelenia. Nástupcom Národnej poisťovne v oblasti zdravotného poistenia sa 1.1.1995 stala Všeobecná zdravotná poisťovňa. Zároveň s ňou začínajú vznikať aj iné (rezortné, občianske) zdravotné poisťovne.

Paralelne so vznikom poisťovacieho systému v roku 1993 bolo zavedené aj uhrádzanie realizovaných výkonov prostredníctvom definovaných mechanizmov (tzv. bodovník, ktorý kvantifikoval jednotlivé zdravotnícke výkony).

Primárna starostlivosť v teréne (lekár 1. kontaktu) bola financovaná na základe kapitácie, neskôr kombinácie kapitácie a objemu výkonov (bodov) a potom opäť na základe kapitácie. Špecializovaná ambulantná starostlivosť bola financovaná na základe objemu realizovaných výkonov – bodov, pričom z dôvodu nedostatku zdrojov zdravotné poisťovne zaviedli horné limity na výkon zdravotnej starostlivosti, čiže bol stanovený maximálny rozsah preplácaných výkonov.

Nemocničná starostlivosť bola od roku 1994 až do decembra 1998 financovaná na základe tzv. lôžkodňa, hoci všetky oddelenia nemocnice „bodovali“ svoje výkony. V roku 1999 boli prijaté opatrenia na „uzatvorenie systému“ a od 1. 1. bola znovu zavedená kapitácia pre lekárov prvého kontaktu a od 1.1. do 1.5 bol zavedený krízový stav, počas ktorého mohli byť v lôžkových zariadeniach ošetrovaní len tzv. „akúttni pacienti“.

Od 1. 5 nemocnice začali byť financované na základe prospektívnych rozpočtov, čo znamená návrat k prídellovému systému. Nemocnie totiž nie sú odmeňované podľa skutočne odvedených výkonov, hoci „boduju“, ale v závislosti od centrom definovaného prospektívneho rozpočtu, ktorý o rozdelení finančných prostriedkov rozhoduje na základe „koeficientu sympatičnosti“.

Zároveň je nutné podotknúť, že od roku 1996 začína obdobie postupného narastania krízových prvkov v slovenskom zdravotníctve, najmä v oblasti jeho financovania, ktoré nie je vyriešené dodnes. Medzi jeho najhlavnejšie znaky patrí:

1. vysoké vnútorné zadĺženie (vysoká úroveň morálneho a fyzického opotrebovanie technického zariadenia, kritický stav budov, a pod.)
2. vysoké vonkajšie zadĺženie (nesplatené záväzky voči štátu, dodávateľom, poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti, lekárňam, a pod.)

Očakávania od ráznych krokov vlády sformovanej v roku 1998 sa nespĺnili. V zdravotníctve tak v súčasnosti dochádza k situácií, keď si každý naplno uvedomuje skutočnú potrebu reformy, avšak nikto nie je skutočne pripravený ju začať. Slabou náplasťou je snaha ministerstva o vypracovanie a prijatie koncepcie pokračovania privatizácie zdravotníckych zariadení. Čas deklarácií už dávno vypršal. Je potrebné konať.

Doterajší postup transformácie vlastníckych vzťahov

Do 1. vlny privatizácie boli v roku 1992 zahrnuté štátne podniky rezortu zdravotníctva (Protetika, Očná optika, Imuna, Medika a Ústav lekárskej kozmetiky). Skutočne sprivatizované však bola len Protetika a Očná optika.

Do 2. vlny privatizácie v roku 1993 ministerstvo zdravotníctva navrhlo zaradiť liečebné kúpele, minerálne žriedla, lekárenské služby a zdravotnícke zariadenia. Z metodického hľadiska pritom odporučilo použiť najmä bezodplatný prevod na obce, verejnú súťaž a výnimočne aj priamy predaj. K privatizácií uvedených skupín zdravotných zariadení a zostávajúci troch štátnych podnikov však nedošlo.

V júni 1994 vláda schválila privatizáciu liečebných kúpeľov a podnikov minerálnych žriediel, lekární, ďalších druhov zdravotníckych zariadení (6 polikliník, obvodné zdravotné strediská, detské sanatóriá a závodné polikliniky) a tri zostávajúce štátne podniky. V tejto etape transformácie ministerstvo navrhlo celkom prijateľnú štruktúru rozdelenia akcií, keď sa pri privatizácií počítalo s účasťou FNM (20-34%),

RIF (3%) a veľká časť majetku mala byť privatizovaná štandardnými metódami (34-66%). Zároveň sa počítalo aj s podielom zamestnancov, obcí a sčasti aj s kupónovou privatizáciou. Tento model privatizácie tak pri predaji podporoval štandardné metódy s uprednostnením verejnej súťaže a bezodplatný prevod na obce. Výnosy z privatizácie sa mali stať príjmami štátneho fondu zdravia.

Vláda v máji 1995 prijala aktualizáciu privatizácie v zdravotníctve, čím zároveň zrušila uznesenie vlády z júna 1994. Kľúčový bol najmä posun v metóde privatizácie, keďže vláda upustila od predaja majetku prostredníctvom verejnej súťaže a ako nástroj privatizácie schválila priamy predaj vopred určenému záujemcovi. Do privatizácie boli zahrnuté slovenské liečebné kúpele, podniky minerálnych žriediel, lekárne, ďalšie zdravotnícke zariadenia a tri štátne podniky (Imuna, Medika a Ústav lekárskej kozmetiky).

V rokoch 1995-97 boli sprivatizované všetky kúpeľné a žriedelné organizácie, polikliniky (6) a Ústav lekárskej kozmetiky. V roku 1995 bola zároveň zrušená privatizácia štátnych podnikov Imuna a Medika z titulu ich zaradenia do kategórie strategických podnikov.

V júni 1997 boli do procesu privatizácie zaradené ďalšie zdravotnícke zariadenia: obvodné zdravotné strediská, polikliniky, vybrané nemocnice s poliklinikou, detské sanatóriá a detské ozdravovne, vybrané liečebne dlhodobochorých a odborné liečebné ústavy a zdravotnícke servisné podniky.

V decembri 1998 bol proces privatizácie uvedených zariadení na podnet vlády pozastavený, pričom sa čiastočne zrealizovala privatizácia obvodných zdravotných stredísk bezodplatným prevodom na obce a ich privatizácia by mala byť ukončená v roku 2000.

Neštátne ambulancie primárnej zdravotnej starostlivosti začínajú vznikať v októbri 1994, kedy sa začali vydávať povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

Od roku 1995 pokračuje odštátňenie aj špecializovaných zdravotných ambulancií, pričom privatizované nemohli byť SvaLZ, ambulancia TaPCH a špecializované ambulancie, ktoré zabezpečovali služby nemocničným zariadeniam. K 31.12.1999 celkovo vzniklo 11 000 neštátnych ambulancií z toho 7 000 primárnej zdravotnej starostlivosti.

V rokoch 1994-97 bolo bezodplatným prevodom na obce transformovaných 243 obvodných zdravotných stredísk. Tieto zdravotnícke strediská prevádzkujú lekári, pričom si ambulancie na základe zmluvy prenajímajú od vlastníka objektu. Bezodplatný prevod týchto zariadení bol v roku 1997 pozastavený, pričom zvyšné obvodné zdravotné strediská boli navrhnuté do privatizácie. Avšak od júna 1999 ich transformácia opätovne pokračuje prostredníctvom bezodplatného prevodu na obce.

Transformácia lekárenských zariadení mala dve etapy. V prvej (roky 1994-95) sa z celkového počtu 450 lekární zahrnutých do procesu odštátňenie sprivatizovalo 424, pričom podstatou tohto procesu bol predaj hnutel'ného majetku lekární, zásob liekov a zdravotníckych pomôcok. Zároveň došlo k podpísaniu nájomnej zmluvy na priestory medzi nadobúdateľom lekárne a jej vlastníkom. Kľúčovým prvkom druhej fázy (od roku 1995 až po súčasnosť) je odpredaj nehnuteľného majetku lekární, ktorý nie je ani dodnes ukončený.

V roku 1995 bolo sprivatizovaných 6 polikliník a to metódou bezodplatného prevodu na obce a v jednom prípade priamym predajom vopred určenému záujemcovi. Závodné polikliniky (4) boli transformované na neštátne zdravotnícke zariadenia.

Prvým krokom transformácie liečebných a žriedelných zariadení bolo založenie akciových spoločností z pôvodných štátnych podnikov, ktoré sa udialo v roku 1994. Ministerstvo zdravotníctva malo v úmysle takto transformované zariadenia privatizovať formou verejnej súťaže s veľmi striktnými určeniami

podmienkami pre víťaza. Tento postup zaručoval zachovanie záujmov zakladateľa a zabezpečoval ochranu a rozvoj prírodných liečivých a minerálnych zdrojov. V roku 1995 však bola táto metóda výberu nadobúdateľov zamietnutá a všetky liečebné a žriedelné zariadenia boli v období 1995-97 privatizované formou priameho predaja vopred určenému vlastníkovi.

Analýza súčasného stavu

Všetci zainteresovaní zdravotníci, ošetrovatelia, úradníci i verejnosť sa zhodnú v názore, že v zdravotníctve sa nahromadilo veľké množstvo problémov a že ich neriešenie privedie zdravotnícky systém ako celok ku kolapsu.

Za hlavný dôvod možno považovať neujasnenosť, nedôslednosť a nezhodu koncepcií politických reprezentácií v zdravotnej a sociálnej oblasti. Krátkozraké videnie a nekonceptnosť viedli a stále vedú k zužovaniu problematiky zdravotníctva najmä na jeho financovanie. Stále sa zabúda na množstvo dôležitých otázok, ktoré determinujú rolu, a najmä zmysel tejto starostlivosti, ktorá vyžaduje, aby sa zdravotnícke služby poskytovali nielen podľa ponuky a dopytu, ale predovšetkým podľa potrieb populačných celkov a aby boli v súlade s ekonomickými možnosťami spoločnosti.

Kritický stav v zdravotníctve sa prejavuje nespokojnosťou zdravotníkov, ktorí na ňu opakovane upozorňujú všetkými prostriedkami, štrajkovú pohotovosť nevynímajúc. S cieľom neodkladne riešiť situáciu v zdravotníctve vyhlásila vláda krízový stav v zdravotníctve.

Nie je prekvapením, že realizácia prijatých polovičatých opatrení bola a je nesystémová, často nie je podložená adekvátnymi analýzami a nie je podporená adekvátnou a včasnou legislatívou. Problémom naďalej zostáva systém zdravotného poistenia, ktorý je kľúčovým prvkom medzi objemom finančných prostriedkov plynúcich do zdravotníctva a kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Základná charakteristika systému zdravotného poistenia a financovanie

Systém zdravotného poistenia na Slovensku vznikol v roku 1993, keď bola založená Národná poisťovňa. Od roku 1995 na Slovensku pôsobilo viacero zdravotných poisťovní. Najviac ich bolo 13, avšak postupným zlučovaním z nich v súčasnosti funguje len 5.

Termín zdravotná poisťovňa je však veľmi zavádzajúci, najmä čo sa týka pojmu poisťovňa. Podľa ekonomickej literatúry je poisťovňa inštitúciou, ktorá nejakým spôsobom poisťuje riziko. Zdravotné poisťovne na Slovensku totiž nijaké riziko nepoisťujú !!! Slúžia len ako redistribučné inštitúcie, keď na jednej strane vyberajú príspevky na zdravotné poistenie a na druhej strane ich prerozdeľujú medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Okrem zdravotných poisťovní je zdravotníctvo financované aj zo štátneho rozpočtu a iných zdrojov, pričom je potrebné upozorniť na vysokú centralizáciu celého systému z hľadiska finančných tokov (nadväznosť na rozpočet), kompetencií (nominácia riaditeľa nemocnice ministrom) a majetku (ktorého veľká časť je v súčasnosti ešte stále v správe MZ SR).

V súčasnosti existuje niekoľko spôsobov financovania zdravotníckych organizácií, ktorý závisí od spôsobu ich hospodárenia. Zdrojom financovania týchto zariadení je štátny rozpočet, zdravotné poisťovne a iné zdroje. V zásade môžeme spôsob financovania zhrnúť do nasledovných troch skupín:

Tabuľka 1 Financovanie zdravotníckych organizácií

Typ financovania	Organizácie
Rozpočtová kapitola MZ SR	rozpočtové organizácie, príspevkové organizácie, občianske združenia financované zo štátneho rozpočtu priamo z kapitoly MZ SR (štátne zdravotné ústavy, stredné zdravotné školy, domovy mládeže, Štátny ústav na kontrolu liečiv Bratislava, Ústav zdravotnej výchovy Bratislava, Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve Bratislava, Slovenská lekárska knižnica Bratislava, Národné centrum podpory zdravia Bratislava)
príspevkové organizácie kapitoly MZ SR financované v prevádzkovej oblasti prostredníctvom zdravotných poisťovní a na úseku investičnej výstavby financované zo štátneho rozpočtu	Príspevkovým organizáciám financovaným v prevádzkovej oblasti prostredníctvom poisťovní sú poskytované zo strany zdravotných poisťovní úhrady za výkony zrealizované na úseku zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva SR poskytuje pre tieto organizácie na osobitný účet zdravotného poistenia v správe Všeobecnej zdravotnej poisťovne transfer zo štátneho rozpočtu - štátom platené poistné za osobitné skupiny obyvateľstva, za ktoré platí poistné štát. Transfer na kapitálové výdavky (investície) sa poskytuje zo štátneho rozpočtu priamo týmto organizáciám z kapitoly Ministerstva zdravotníctva.
neštátne zdravotnícke zariadenia so zmluvným vzťahom so zdravotnými poisťovňami alebo bez zmluvného vzťahu	<p>Neštátne zdravotnícke zariadenie je zdravotnícke zariadenie, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia ministerstva zdravotníctva alebo krajského úradu. Zdravotnú starostlivosť môžu poskytovať fyzické osoby alebo právnické osoby na základe licencie. Právnická osoba je povinná poskytovať zdravotnú starostlivosť len prostredníctvom odborného zástupcu. Fyzická osoba môže poskytovať zdravotnú starostlivosť, ak je spôsobilá na právne úkony, bezúhonná, odborne spôsobilá na výkon zdravotníckeho povolania a zdravotne spôsobilá. Odborný zástupca právnickej osoby je fyzická osoba, ktorá zodpovedá za odborné vykonávanie činnosti, na ktorú bolo povolenie vydané. Zdravotná starostlivosť sa v neštátnych zdravotníckych zariadeniach poskytuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bezplatne na základe povinného zdravotného poistenia alebo zmluvného poistenia, ak má neštátne zdravotnícke zariadenie uzavretú zmluvu so zdravotnou poisťovňou v rozsahu tejto zmluvy, • za priamu úhradu od osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje, alebo na základe zmluvného vzťahu s fyzickou osobou alebo právnickou osobou, prípadne charitatívnou a cirkevnou organizáciou, <p>v kombinácii uvedených spôsobov.</p>

Sieť zdravotníckych organizácií a poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Všeobecne sa zhodujú názory, že existujúca sieť zdravotníckych zariadení je neefektívna a zbytočne rozvetvená. Korene tohto stavu je potrebné hľadať najmä v minulosti. Obdobie socializmu bolo totiž výrazne poznačené neustálou hrozbou vypuknutia atómovej, resp inej vojny. Dôsledkom tejto hrozby bola výstavba obrovského aparátu lôžkových zariadení, ktoré by v prípade vyhlásenie nebezpečenstva a následnej vojny mali slúžiť svojmu pôvodnému zdravotníckemu účel. Preto je v súčasnosti zdravotnícka sieť nevyužitá, pričom fixné náklady na udržanie týchto zariadení sú obrovské.

Chyba je však aj v myslení ľudí, keďže na Slovensku nie sú udomácnené niektoré racionálne vzorce správania a myslenia. Medzi najdôležitejšie patria:

1. Nie je kladený dôraz na prevenciu, ale na liečenie
2. Dôraz sa kladie na nemocničnú liečbu pred domácou (čo je dané zle nastaveným systémom odmeňovania lôžkových zariadení, ktoré sú platené za „odležané dni“ pacienta a nie za výkon, ktorý pacientovi poskytl)

Jednou z kľúčových úloh teda zostáva definovanie optimálnej a štátom garantovanej siete, t.j. aj z poistného fondu plne hradenej zdravotníckej starostlivosti. Zdravotnícka sieť je v súčasnosti špecifikovaná v nasledujúcich oblastiach:

- sieť lôžkových zariadení rezortu zdravotníctva
- sieť vysoko špecifikovaných centier
- sieť štátnych zdravotných ústavov
- sieť stredných zdravotných škôl

Priebeh optimalizáciu siete bude podľa našich predpokladov v troch rovinách. Prvou bude zbavenie sa nezdravotníckych činností a majetku. Druhou bude decentralizácia a odštátnenie majetku a činností. Treťou bude trhové čistenie na základe ponuky a dopytu. Zároveň predpokladáme, že v regiónoch bude prebiehať proces odpredaja veľkých celkov (nemocnice, polikliniky) za trhové ceny a z týchto príjmov budú mestá a obce budovať svoje vlastné, efektívne lôžkové a ambulantné zariadenia.

SWOT analýza zdravotníckeho sektora

<p>Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ochota a obetavosť lekárov a zdravotného personálu • Vysoká kvalifikácia personálu • Po korekcii vcelku stabilná lieková politika 	<p>Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • Byrokratizácia systému • Narastajúci rozpor medzi zdrojmi a rozsahom/kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti • Zlá štruktúra a nadbytočné kapacity v sieti zdravotných zariadení a služieb • Nehospodárne nakladanie s prostriedkami v rezorte na všetkých úrovniach • Nedostatočná kontrolná činnosť s politicky motivovaným nedôsledným vyvodzovaním trestno-právnej zodpovednosti • Neprehľadná, politicky usmerňovaná privatizácia s nedostatočnou tvorbou zdrojov na transformačný proces zdravotnej starostlivosti, bez jasného pozitívneho vplyvu • Neriešenie neplatičov zdravotného poistenia, predovšetkým štátnych podnikov • Pokles úrovne riadenia zdravotníckych zariadení politicky motivovanými výmenami vedúcich pracovníkov s následným tunelovaním zdravotníckych zariadení a nekontrolovaným nákupom zdravotníckej techniky • Nedostatočné uplatňovanie a zlyhanie štátneho dozoru v zdravotných poisťovniach • Absencia finančného auditu v zdravotných poisťovniach • Neschopnosť iniciovať systémové zmeny v zdravotníctve, ktoré by viedli k efektívnemu využívaniu zdrojov, reštrukturalizácii kapacít zdravotníckych zariadení a posilneniu ambulantnej starostlivosti, domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pod. • Vysoké zadĺženie. Konkrétnym dôsledkom pre zdravotnícke zariadenia je, že takmer neexistuje zariadenie, najmä posteľové, ktoré by nebolo zadĺžené. Zásobovanie liekmi, potravinami a energiami je narušované a časť pohľadávok voči nemocniciam vymáhajú exekútori. Účty niektorých nemocníc sú zablokované. To logicky vedie k stavu, ktorý nezabezpečuje trend rozvoja, ale len boj o prežitie. • Bodový systém nie je motivačný
<p>Príležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Očistenie zdravotníctva • Decentralizácia • Zmena tokov financovania • Privatizácia • Transformácia súčasného tzv. poistného systému na systéme zdravotnej pokladne (otvorenie klientských účtov) • Liberalizácia trhu so zdravotným poistením (vybudovanie komerčného piliera) • Zmena v účtovníctve lôžkových zariadení (DPH a pod.) 	<p>Riziká</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skostnatené ministerstvo neschopné urobiť razantné zmeny • Neúspech súčasných reformných snáh v zdravotníctve by mohol viesť k finančnému kolapsu celého rezortu. • Zlý technický stav budov nemocníc a polikliník si môže po ich odkúpení vyžadovať vysoké náklady na ich rekonštrukciu. • Zastaralá prístrojová vybavenosť zdravotníckych zariadení môže viesť k zvýšenej poruchovosti jednotlivých lekárskeho prístrojov a nutnosti ich kompletnej výmeny. • Hrozba, že platby od zdravotných poisťovní nebudú pokrývať všetky nutné prevádzkové a investičné náklady daných zariadení. • Dlhodobo neriešená problematika nízkych plátov v zdravotníctve v porovnaní s ostatnými odvetviami národného hospodárstva bude v najbližších rokoch zvyšovať tlak lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov na riešenie ich sociálnej situácie. Z tohto dôvodu sú mzdové výdavky v súčasných rozpočtoch jednotlivých zdravotníckych zariadení podhodnotené. • Negatívny demografický vývoj s trendom k starnutiu populácie Slovenska bude vytvárať nožnice medzi reálnymi zdrojmi a nárokmi na zdravotnú starostlivosť

Decentralizácia zdravotníctva

Zdravotníctvo na Slovensku v súčasnosti doslova prahne po reforme. Kľúčovými bodmi tejto reformy by mali byť najmä:

1. definovanie východísk pre decentralizáciu zdravotníctva očistením od nezdravotníckych činností a majetku
2. definovanie kompetencií a činností štátu
3. zmena financovania
4. decentralizácia kompetencií na samosprávne celky (VÚC, obce)
5. deetatizácia a privatizácia majetku a činností

Východiská decentralizácie zdravotníctva

V súčasnosti nie je presne definovaný stav a kompetencie zdravotníctva vo viacerých oblastiach. V rezorte zdravotníctva sa nachádza viacero statkov (majetok, činnosti), ktoré sú v jeho kompetenciách a sú financované z príslušných kapitol určených na zdravotníctvo, hoci so zdravotníctvom súvisia okrajovo, alebo dokonca vôbec.

Jedná sa o nasledovné inštitúcie, ktoré navrhujeme spod rezortu zdravotníctva vyňať a preniesť pod iné rezorty, resp. úplne zrušiť.

Štátne podniky

Rezort zdravotníctva vlastní viaceré podniky ŠLÚ Marína š.p. Kováčová, Medika š.p. Bratislava, SLOVOTHERMAE 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, najmä v roku 1996.

Tabuľka 2 Hospodárenie s prostriedkami štátneho fondu zdravia

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*
Príjmy spolu	47 038	114 040	499 706	89 587	46 494	n/a	95 575
Výdavky spolu	31 557	32 877	504 089	174 585	52 830	n/a	95 075

* návrh štátneho rozpočtu na rok 2000

Zdroj: Ministerstvo financií SR

Štátny fond navrhujeme z nasledovných dôvodov zrušiť:

1. štátny fond zdravia predstavuje selektívny prvok v systéme zdravotníctva
2. objem prerozdeľovaných finančných prostriedkov je veľmi nízky, aby bol na tento účel vytvorený takýto fond
3. administratívny aparát rozhodujúci o takomto objeme prostriedkov považujeme za zbytočný

Slovenská postgraduálna akadémia medicíny.

Navrhujeme zrušiť. Postgraduálnu výchovu mladých lekárov by mali zabezpečovať lekárske fakulty, alebo 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 pripravoval na postgraduál.

Domovy mládeže*

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

Stredné zdravotné školy cirkevné*

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

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.

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.

Úloha štátu v systéme zdravotníctva

V budúcnosti nemôžeme chápať rolu štátu ako poskytovateľa zdravotníckej starostlivosti. Prvoradou úlohou štátu však bude garantovanie určitého štandardu zdravotníckej starostlivosti a prevencie pričom medzi kľúčové úlohy štátu v cieľovom modeli chápeme predovšetkým garantovať tieto úlohy:

1. Legislatívnu úlohu
2. Finančnú úlohu
3. Kontrolnú úlohu
4. Vzdelávanie
5. Veda

Legislatívna úloha

Spočíva najmä v tvorbe legislatívneho rámca, ktorý bude platiť na území celej republiky. Pôjde o tieto úlohy:

1. definovať zákonný nárok pacienta štandardu liečby a prevencie
2. definovať kontrolnú úlohu štátu, rozsah kontroly a sankcii v prípade porušenia
3. definovať rozsah a spôsob poskytnutia garancii štátu prevádzke hlavnej regionálnej nemocnice

Finančná úloha

Štát bude zohrávať stále menšiu a menšiu úlohu pri financovaní zdravotníctva. Túto úlohu preberú občania. Štát bude uhradzovať do kolektora len za svojich poistencov štátnych zamestnancov. Štát bude financovať kompletný systém kontroly. Štát bude zohrávať aktívnu rolu pri zabezpečovaní grantov a podporných programov svetových inštitúcií.

Kontrolná úloha

Štát bude musieť kontrolovať najmä nasledovné činnosti:

1. úroveň poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe definovaného štandardu
2. úroveň poskytovania prevencie na základe definovaného štandardu
3. spravovanie financií kolektorom a regiónmi
4. liekovú politiku (kategorizácia, regulácia a tvorba cien a príplatkov)
5. kontrolovať postgraduálnu prípravu mladých lekárov

Vznikne inštitúcia – kontrolné centrum a dohľad - audit, ktorá bude mať nasledovné zloženie:

- hlavný patológ
- hlavný hygienik
- hlavný farmaceut
- hlavný štatistik
- hlavní odborníci
- civilná ochrana
- hlavný finančný kontrolór
- audit a rozhodcovská činnosť
- metodika a kontrola postgraduálnej prípravy
- splnomocnenec pre WHO, krajiny EÚ a OECD
- kontrola grantovej agentúry

Vzdelávanie

Úloha štátu vo vzdelávaní v zdravotníctve bude spočívať najmä v stanovení obsahu náplne odborných predmetov stredného školstva, cez rezort školstva *. Vysokoškolské vzdelávanie (pregraduálne aj postgraduálne) bude takisto riešené cez rezort školstva *. Rezort zdravotníctva bude mať tie isté úlohy, ako u iných LZZ.

Veda

Plne decentralizované a neštátne výskumné ústavy sa budú môcť uchádzať o granty, ktoré môžu byť aj štátne. 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 efektívitu

vložených prostriedkov. Zároveň dôjde k odpojeniu týchto inštitúcií zo štátneho rozpočtu. Hlavnou úlohou štátu bude zabezpečovať a koordinovať grantovú politiku.

Veľmi výrazným liberalizačným krokom bude decentralizácia VŠETKÝCH vysokošpecializovaných odborných ústavov a liečební na regióny. Úloha priameho riadenia štátom v týchto zariadeniach nie je nutná a opodstatnená.

Zmena financovania

Financovanie zdravotníctva je v súčasnosti kľúčovým problémom rezortu pripomínajúcim „čiernu dieru“. Koľko sa do nej naleje – toľko sa minie. Na financovanie majú obe skupiny zainteresovaných – zdravotníci a ekonómovia opačný pohľad. Tí prví vravia, že kľúčom k vyriešeniu krízy je väčší prísun finančných prostriedkov. Tí druhí tvrdia, že zdravotníci musia najprv preukázať, že prostriedky plynúce do rezortu zdravotníctva sú efektívne a účelne vynakladané.

Zdrojom finančných prostriedkov je aktívne obyvateľstvo prostredníctvom daní, ktoré plynú do štátneho rozpočtu a poisťovní, ktoré plynú do zdravotných poisťovní.

Pri súčasnom „poistnom“ systéme je zbytočných 5 „komerčných“ zdravotných poisťovní, ktorých funkciu by zvládla aj jedna poisťovňa, ktorá môže fungovať ako zdravotná pokladňa. Toto riešenie je výhodné z viacerých hľadísk:

1. znížia sa fixné náklady (personál, pobočky, kancelárie, administratívny aparát) na výkon systému zdravotného poistenia
2. zvýši sa efektivita výberu poisťného
3. zníži sa podvojnosť v evidencii poisťencov
4. znížia sa administratívne náklady pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (výkazníctvo, diskety, fakturácie, a pod.)

Taktiež bude potrebné zmeniť vymeriavací základ, lebo jeho dnešná podoba je pre potreby nášho zdravotníctva absolútne nevhodná a často zneužívaná. Ďalej bude potrebné zmeniť percentuálny systém (13,7% z vymeriavacieho základu) na systém paušálny (pevná čiastka mesačne s kompenzáciou pre ekonomicky neaktívne osoby, ako deti, dôchodcovia) čím sa zníži objem nezaplateného poisťného. Zároveň bude potrebné zaviesť tvrdšie postihy pri krátení poisťného a prehodnotiť participáciu štátu pri platení zdravotného poistenia za ktoré ich musí uhrádzať zo zákona. Krízovou skupinou sú napríklad nezamestnaní.

V tejto súvislosti je však veľmi potrebné, aby vznikol druhý, skutočne komerčný pilier poisťovní. Komerčný pilier zdravotného poistenia je potrebné zaviesť najmä z nasledovných dôvodov:

1. neexistuje konkurencia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, čím sa znižuje kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti
2. skutoční platitelia zdravotného poisťného 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 je nelegálna 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
5. sieť zdravotníckych zariadení sa očistí od neproduktívnych a neefektívnych zariadení
6. zníži sa objem úplatkov, ktorých existencia v súčasnosti patrí k „štandardu“ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Najväčším spotrebiteľom zdravotníckej starostlivosti je zase ekonomicky neaktívne obyvateľstvo (deti, dôchodcovia, nezamestnaní, vojaci a pod.), ktorého zdravotná starostlivosť bude musieť byť ešte dosť dlho (20-30 rokov) uhrádzaná zo zdrojov ekonomicky aktívneho obyvateľstva.

Je teda otázne, či sa má situácia riešiť na strane zdrojov, alebo výdavkov. Navrhujeme postup s nasledovnými základnými princípmi:

1. Vznikne inštitúcia kolektor, kontrolovaná štátom, nie však riadená (najlepšie transformáciou najväčšej z doterajších poisťovní) napr. pod názvom „**zdravotná pokladňa**“
2. Obyvatelia v aktívnom veku - zamestnaní preberú v rámci solidárnosti tieto finančné úlohy:
 1. hradenie poisťného za seba, za svoje deti a za prípadne nezamestnaného partnera
 2. cez fond solidárnosti úhrada za dôchodcov a deti nezamestnaných
 3. úhrada za nezamestnaných
 4. štát bude uhradzovať len za svojich zamestnancov.
3. 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.
4. Vybraté prostriedky na zdravotníctvo budú prerozdelené do regiónov **na každého obyvateľa**.
5. Bude zavedený **clearing úhrad medzi regiónmi** za ošetrovaného pacienta
6. Bude znížená hladina odvodu dani z príjmu a zvýšená čiastka príspevku na zdravotníctvo tak, aby celková suma neprevýšila v tejto etape 33. mld. Sk, ktoré doterajší systém mimo liekov spotrebúva.
7. Bude prevedený dlh, resp. jeho časť prepočtom na obyvateľa do regiónu.
8. Financovanie liečiv ostane celorepublikové pod gesciou a kontrolou štátu

Decentralizácia majetku a kompetencií na samosprávne celky (VÚC, obce).

Zdravotníctvo je jednou z oblastí, ktoré stoja k občanovi najbližšie. So zdravotnou starostlivosťou je totiž konfrontovaný po celú dobu svojho života. Požiadavky občana na výkon zdravotnej starostlivosti sú veľmi vysoké, avšak objem prostriedkov, ktoré sám odovzdáva do systému sú veľmi nízke.

Aké výhody budú plynúť občanovi, ak kompetencie za zdravotnú starostlivosť budú mať samosprávne orgány?

1. dôjde k racionalizácii siete zdravotných zariadení
2. dosiahne sa vyššia efektívnosť vynakladaných prostriedkov
3. zvýši sa kvalita a kontrola poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
4. zdravotnícke budú bližšie k občanovi

Zároveň všetky inštitúcie (nemocnice, polikliniky, odborné ústavy, liečebne atď.) prejdú vlastnícky aj kompetenčne do regiónov, čo bude znamenať vybudovanie 12 samostatných regionálnych zdravotníckych sietí, ktoré budú fungovať autonómne v rámci regiónu a spolupracovať s inými regiónmi na princípe CLEARINGU.

Deetatizácia a privatizácia majetku a činnosti

I. etapa

Z hľadiska prežitia zdravotníctva bude kľúčová kompletná demonopolizácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorej cieľom by malo byť:

1. zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti
2. optimalizácia (redukcia, efektívizácia, reštrukturalizácia) zdravotníckych zariadení (siete)
3. vznik konkurenčného prostredia
4. rozvoj neštátnych, neziskových aj ziskových a verejnoprospešných zdravotníckych zariadení
5. finančná optimalizácia (zdroje a výdavky)

6. postupný vznik viaczdrojového financovania, hlavne komerčného zdravotného poistenia

V prvej etape budú odovzdané všetky existujúce zdravotnícke zariadenia do vlastníctva regiónov, hlavne VÚC

II. etapa

Cieľovým modelom systému zdravotnej starostlivosti je sústava neštátnych zdravotníckych zariadení **rôznych** vlastníkov, ktorá zabezpečí dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pri efektívnom využívaní zdrojov. Subjekty v novom modeli budú organizované v pomerne autonómnej regionálnej sieti a budú pozostávať z:

1. regionálne hlavné nemocnice
2. regionálne lôžkové zariadenia
3. súkromné zdravotnícke zariadenia lôžkové a nelôžkové
4. iné neštátne zariadenia

Úloha štátu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí byť NEPRIAMA (najmä garančná a kontrolná)

Primárna ambulantná starostlivosť

Bude na 100% poskytovaná v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

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.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Bude na 100% zabezpečovaná neštátnymi subjektami v neštátnych alebo štátnych zdravotníckych zariadeniach.

ADOS

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti budú prevádzkované ako neštátne zdravotnícke zariadenia. Možno očakávať súčinnosť pri financovaní s regionálnym systémom sociálnej pomoci

Dialyzačné strediská

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

Verejné lekárne, výdaje zdravotníckych pomôcok a zubná technika

Výlučne ako neštátne zdravotnícke zariadenia, najmä vo vlastníctve fyzických a právnických osôb. Oстане centrálné financovanie liekov na celorepublikovej úrovni.

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 hlavných regionálnych nemocniciach s garanciou štátu a v neštátnych zariadeniach. Privatizované, resp. iným spôsobom transformované neštátne zdravotnícke zariadenia budú zaradené do regionálnej siete.

Nemocnice

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 v prvej etape odovzdané do vlastníctva regiónov a zaradené do regionálnej siete. Optimalizáciu siete, rušenie lôžok a nemocníc bude úlohou regiónu, hlavne z pohľadu ekonomizácie a optimalizácie služieb.

Fakultné nemocnice - okrem liečebno-preventívnej starostlivosti sa budú podieľať na pregraduálnej a postgraduálnej výchove zdravotníckych pracovníkov a na medicínskom výskume. Je ich 7 a majú 6 622 postelí. Navrhujeme aby v časti poskytovania liečebnej starostlivosti boli riadené a financované regiónmi spravidla ako hlavné regionálne nemocnice, vo výkovej časti budú financované z rezortu školstva *. Popri špecializovaných ústavoch budú hlavným uchádzačom o vedecké granty

Psychiatrické nemocnice a liečebne

Samostatne sa vykazujú psychiatrické nemocnice, ktorých je na Slovensku 6 a majú 2 270 lôžok. Navrhujeme, aby boli odovzdané na regióny.

Vysokošpecializované zariadenia

Vysokošpecializované zariadenia (Národný onkologický ústav, Národný ústav tuberkulózných a respiračných chorôb i Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb) budú odovzdané regiónom. Ich existencia bude zabezpečovaná poskytovaním svojich vysoko špecializovaných služieb iným regiónom na princípe clearingu. Budú hlavnými uchádzačmi o vedecké granty.

Iné

Navrhujeme, aby 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 dlhodobo chorých, odborné liečebné ústavy pre deti a dorast boli prevedené na regióny. Budú financované cez regionálnu sieť, regionálny clearing a niektoré aj z regionálnej sociálnej siete.

Záchranná služba

Záchranná služba bude organizovaná regiónom, pod odbornou gesciou hlavnej regionálnej nemocnice. Bude pôsobiť ako predsunuté, mobilné pracovisko pri urgentných, život ohrozujúcich stavoch.

Doprava pacientov

Jej existencia a organizácia bude plne v kompetencii regiónu.

Výskumné ústavy

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 regióny. Ich financovanie bude zabezpečené z regionálneho clearingu a z grantov.

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 /KaD/

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 KaD.

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 KaD

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 zdravotníckej 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, poprípadne začleniť obe funkcie do KaD.

Záver

Najdôležitejším záverom je, že je potrebné zlomiť stereotypy ľudského myslenia, ktoré tvrdia, že najlepším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je štát a že neštátne, resp. súkromné subjekty ju nedokážu zabezpečiť.

Je veľmi dôležité si uvedomiť, že „štát“ sú predovšetkým ľudia. Zamestnanci štátnej nemocnice sú ľudia, lekári psychiatrických zariadení sú ľudia ako aj primári špecializovaných odborných zariadení sú ľudia. Štát zastáva aj 10 rokov po páde socializmu v mysliach ľudí dôležitú úlohu. Je však zrejmé, že práve neštátne zariadenia sú životaschopné. Je potrebné, aby ľudia pochopili, že moc už neprichádza „zvrchu“, ale od nich.

Musí skončiť centralizmus a neefektívna alokácia zdrojov. Príčinou oboch týchto anomálií sú paradoxne opäť ľudia. Samozrejme je utopické očakávať od štátneho úradníka, že bude pracovať na reforme, ktorou si pili konár, na ktorom stojí. Zároveň je však neetické a nemorálne zámerne brániť prirodzenému vývoju, ktorý speje k decentralizácii a odštátneniu týchto zariadení.

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. Nie je totiž vonkoncom oprávnené podceňovať silu trhových princípov a mechanizmov, ktoré sú založené na efektívite. Naším úmyslom je zostaviť systém, ktorý bude:

1. solidárny
2. adresný
3. liberálny
4. efektívny
5. ekonomicky kvantifikovateľný

Literatúra

- (1.) Konceptia decentralizácie modernizácie verejnej správy v SR,
- (2.) Monitoring dennej tlače
- (3.) Návrh ďalšieho postupu v privatizácií v sektore zdravotníctva, Ministerstvo zdravotníctva
- (4.) Návrh koncepcie privatizácie majetku štátu na ďalšie obdobie
- (5.) Zdravotníctvo (Demeš, Ginter, Kováč) in.: Súhrnná správa o stave spoločnosti, Inštitút pre verejné otázky 1999