

***Stratégia reformy  
zdravotníctva  
– reálnej reformy  
pre občana***

---

***Peter Pažitný – Rudolf Zajac***



M.E.S.A.10 – Center for Economic and Social Analyses  
Hviezdoslavovo nám. 17, SK – 811 02 Bratislava  
tel.: +421-2-544 35 328, 544 34 009  
fax: +421-2-544 32 189  
www.mesa10.sk, e-mail: mesa10@mesa10.sk

Corporate Design & Print: Design Partner, Bratislava

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

ISBN 80-968-293-7-8  
EAN 9788096829378

Vyšlo s láskavou podporou TATRA-ALPINE

# Podákovanie

---

Chceme poďakovať Prof. Kennethovi Daveymu, bez ktorého grantovej pomoci by spracovanie a vydanie tejto publikácie bolo oveľa komplikovanejšie. Chceme poďakovať aj inštitúciám Konrad Adenauer Stiftung a Open Society Institute za láskavú podporu pri študijných pobytoch.

Podkapitola Prevencia vznikla vďaka spolupráci s Dr. Kvetoslavou Prcúchovou a Dr. Gabrielom Gunišom.

Podkapitola Rýchla zdravotnícka pomoc bola vypracovaná v spolupráci s Ing. Mikulášom Jančekom.

Pri písaní podkapitol o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a o zdravotníckom školstve sme úzko spolupracovali s p. Magdalénou Hadačovou a patrí jej naša vďaka.

Osobitne chceme poďakovať Dr. Eve Kukanovej, Ing. Tiborovi Bôrikovi, Ing. Igorovi Dorčákovi a Robertovi Žitňanskému, hoci ani jeden z nich sa nezaobrá zdravotníctvom, za ich cenné rady.

Naše poďakovanie taktiež patrí množstvu lekárov a občanov, ktorí sa zúčastňovali početných diskusií o zdravotníctve a svojimi názormi nám pomohli pochopiť ich najväčšie problémy.

## **Autori publikácie**

---



Foto: Mischauer

### **Ing. Peter Pažitný (1976)**

je absolventom Ekonomickej Univerzity. V združení M.E.S.A.10 pracuje ako analytik od roku 1997. V súčasnosti je externým doktorandom na Ekonomickej Univerzite (zameranie hospodárska politika). Popri analýzach makroekonomického vývoja, transformácie ekonomiky a fiskálnej politiky sa venuje predovšetkým systémovým zmenám a procesom reforiem v zdravotníctve. Od septembra 2001 je poslucháčom postgraduálneho MSc. štúdia so zameraním na Health Services Management na Semmelweis University v Budapešti.



### **Dr. 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 roku 1991 je riaditeľom akciovej spoločnosti Tatra–Alpine. Klinickú prax vykonáva doteraz v skrátenej úväzku. Zaoberá sa problematikou systémovej ekonomiky zdravotníctva. Je nezávislým expertom pre zdravotníctvo ANO.

# Obsah

Anotácia	6
Úvod	7
<b>PRVÁ ČASŤ</b>	<b>Teoretické východiská reformy zdravotníctva</b> . . . . . 8
PRVÁ KAPITOLA	Hlavné faktory reforiem . . . . . 9
DRUHÁ KAPITOLA	Reformný cyklus . . . . . 11
TRETIA KAPITOLA	Posudzovanie výkonnosti zdravotného sektora a etické východiská . . 12
ŠTVRTÁ KAPITOLA	Decentralizácia . . . . . 15
<b>DRUHÁ ČASŤ</b>	<b>Analýza súčasného stavu a identifikácia hlavných problémov slovenského zdravotníctva</b> . . . . . 20
PIATA KAPITOLA	Prístup/dostupnosť . . . . . 21
ŠIESTA KAPITOLA	Efektívnosť . . . . . 27
SIEDMA KAPITOLA	Kvalita . . . . . 36
ÔSMA KAPITOLA	Finančné bremeno/zaťaženie . . . . . 38
DEVIATA KAPITOLA	Náklady . . . . . 43
DESIATA KAPITOLA	Rozhodujúce závery vyplývajúce z analýzy a identifikácie problémov . 50
<b>TRETIA ČASŤ</b>	<b>Návrh reformy zdravotníctva</b> . . . . . 51
JEDENÁSTA KAPITOLA	Definovanie zákonného nároku na definovaný štandard . . . . . 52
DVANÁSTA KAPITOLA	Financovanie . . . . . 60
TRINÁSTA KAPITOLA	Platobné mechanizmy a rozloženie rizika . . . . . 71
ŠTRNÁSTA KAPITOLA	Organizácia . . . . . 81
PÄTNÁSTA KAPITOLA	Regulácia a kompetencie jednotlivých subjektov . . . . . 88
ŠESTNÁSTA KAPITOLA	Hlavné závery . . . . . 89
<b>ŠTVRTÁ ČASŤ</b>	<b>Prílohy</b> . . . . . 91
SEDEMŇASŤ KAPITOLA	Zdravotný stav obyvateľstva na Slovensku v porovnaní s krajinami SVE a EU . . . . . 92
OSEMNÁSTA KAPITOLA	Stručný prehľad základných schém financovania zdravotníctva vo svete . . . . . 95
DEVÄTNÁSTA KAPITOLA	Vnímanie korupcie . . . . . 94
DVADSIATA KAPITOLA	Degresívna marža . . . . . 98
Použité skratky	99
Literatúra	100
<b>SUMMARY</b>	
PART ONE	The identification of the Slovak health sector's key problems and the analysis of their causes . . . 101
PART TWO	Consequences . . . . . 112
PART THREE	Proposal of the health care reform . . . . . 120

## Anotácia

---

Publikáciou „Stratégia reformy<sup>1</sup> zdravotníctva – reálnej reformy pre občana“ nadväzujeme na štúdiu „Reforma zdravotníctva – reforma pre občana“, v ktorej sme sa venovali analýze existujúceho stavu a základným návrhom reformy zdravotníctva. V tejto publikácii sa snažíme naše názory na riešenie problematiky zdravotníctva<sup>2</sup> na Slovensku prezentovať v ucelenej a prepracovanej podobe. Rôznymi formami analýz ukazujeme na príčiny vzniku problémov. Navyše sa snažíme ukázať na možnosti riešenia týchto problémov tak, aby mohla vzniknúť široká diskusia odborníkov a aj občanov.

K tomuto účelu sme zriadili internetovú stránku [www.reformazdravotnictva.sk](http://www.reformazdravotnictva.sk), na ktorej je táto publikácia dostupná v elektronickej verzii vo formáte pdf a na ktorej veľmi radi privítame všetky vaše kritické postrehy a pripomienky k nami predkladanej reforme.

Vydáním tejto publikácie zároveň plníme sľub, ktorý sme dali, že naše vystúpenie na odbornom seminári, organizovanom pod záštitou Svetovej banky za účasti podpredsedu vlády SR pre ekonomiku Ivana Mikloša a ministra zdravotníctva SR Romana Kováča 16. februára 2001, sprístupníme širokej verejnosti.

V publikácií využívame poznatky, ktoré jeden z autorov – Peter Pažitný – načerpal pri dvojmesačnom študijnom pobyte v inštitúte ifo (Institut für Wirtschaftsforschung München) zameranom na komparačnú analýzu európskych zdravotných systémov, financovanom z programu Nadácie Konrada Adenauera. Taktiež sú tu zahrnuté výsledky z dvojtýždňového kurzu, ktorý bol zameraný na podporu rozhodovania pri otázkach reformy a udržateľného financovania zdravotníctva. Seminár organizovala Svetová banka a bol financovaný z prostriedkov Open Society Institute.

---

<sup>1</sup> Veľmi neradi používame slovo reforma, nakoľko bolo výrazne sprofanované doterajšími vládami. Ani slovo zmena nie je vhodné, hlavne po voľbách roku 1998.

<sup>2</sup> Štátne (verejné), rezortné, súkromné.

# Úvod

---

Zdravotníctvo je téma, s ktorou sa každý človek stretáva skoro denne. Zdravotníctvo sa v rebríčku problémov, trápiacich občanov Slovenska, "prepracovalo" už na druhé miesto. Hoci ešte stále prvé miesto zaberá nezamestnanosť, zdravotníctvo už predbehlo aj také problematické okruhy, akými sú bezpečnosť občana a korupcia.

Zároveň neexistuje nikto, kto by nemal so zdravotníctvom kontakt, väčšinou negatívny, aspoň raz za týždeň. Táto publikácia je práve preto určená nielen súčasným pacientom, ale predovšetkým všetkým občanom – potenciálnym pacientom.

Publikáciu sme sa snažili zbytočne nezaťažovať komplikovanými analytickými prepočtami (a čitatelia nám jednu drobnú výnimku v prípade prepočtov finančného bremena určite prepáčia). V našom prístupe skôr zdôrazňujeme vysvetľovanie jednotlivých príčinných vzťahov, kritiku nefunkčných mechanizmov a nekonštruktívnych procesov v zdravotníctve.

Zdá sa, že naše zdravotníctvo sa nedokázalo vyrovnávať s podmienkami voľnej trhovej ekonomiky a skôr sa sústreďovalo na sústavné vymáhanie zdrojov. Sem-tam bolo počuť, že sa "môžeme prikrývať iba takou veľkou perinou, akú máme", ale v praxi, hlavne, ministerstvo zdravotníctva presadzovalo väčšiu perinu, pričom si nevšímal, že perina sa síce zväčšuje, ale tí, čo sa ňou prikrývajú akosi mrznú. Zvyšok, ktorý sa touto perinou prikrýva, má pocit, že je poriadne deravá a nefunkčná a snaží sa diery látať, žiaľ, korupciou.

Prácu sme rozdelili do štyroch samostatných častí. V prvej, úvodnej časti, sa budeme venovať základným teoretickým a etickým aspektom reformy zdravotníctva. V druhej, analytickej časti, rozoberieme hlavné problémy slovenského zdravotníctva, príčiny ich vzniku a dôsledky, ktoré spôsobujú. V tretej, reformnej časti, sa zameriame na návrhy konkrétnych reformných opatrení v oblastiach, ako sú financovanie, platobné mechanizmy a organizácia zdravotníctva. Štvrtá časť obsahuje prílohy.

Jednotlivé kapitoly sú členené tak, aby text nadväzoval od teoretického úvodu po praktické návrhy riešení. Poznámkový aparát dáva presnejší výklad myšlienky, jasnejšie pomenúva súčasný stav.

Naším cieľom nebolo kritizovať reformu – nereformu zdravotníctva, na ktorej sa viac-menej podpísali všetky vlády od roku 1990 doteraz, ale snažili sme sa navrhnúť riešenia, o ktorých sme presvedčení, že je ich možné urobiť a že povedú k zásadnej zmene poskytovania zdravotníckych služieb.

Chceme ukázať, že naše zdravotníctvo s tým istým objemom zdrojov, aké malo k dispozícii v roku 2001, môže poskytovať kvalitnejšie služby a súčasne tvrdíme, že súkromné zdroje, ako významný prameň financovania, budú pripravené spolupôsobiť pri poskytovaní týchto služieb za predpokladu, že budú vytvorené pre ne vhodné podmienky.

## PRVÁ ČASŤ

# Teoretické východiská reformy zdravotníctva

---

Cieľom prvej časti tejto publikácie je predstaviť v procese reformy zdravotníctva širokú paletu teoretických konceptov a empirických poznatkov, zdôrazňujúcich systematický postup a kritické myslenie. Pri príprave reforiem sa totiž až príliš často zamieňajú nástroje s problémami, príčiny s dôsledkami a prívrženci reforiem namiesto exaktnej analýzy argumentujú na báze ideológií a predpokladov.

Pri tvorbe nášho návrhu reformy vyjadrujeme absolútnu podporu definovaniu troch ultimatívnych cieľov a hodnôt, ktoré by malo moderné slovenské zdravotníctvo plniť.

1. Zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva za primerané náklady, predovšetkým zvyšovaním kvality zdravotného stavu a znižovaním zdravotných rozdielov medzi jednotlivými porovnateľnými vekovými skupinami.
2. Zvyšovať spokojnosť pacienta so zdravotnými službami pri rešpektovaní požiadavky na zachovanie jeho dôstojnosti.
3. Zaručiť finančnú ochranu občanov, aby občania v prípade vyhľadania zdravotnej starostlivosti nemuseli čeliť katastrofickým finančným nákladom.

Navrhovanými riešeniami problémov slovenského zdravotníctva sa pokúsime vhodne aplikovať dva súčasné trendy.

1. Snahu definovať efektívne rozhranie medzi verejným a súkromným sektorom v oblasti financovania, alokácie, poskytovania a regulácie služieb zdravotnej starostlivosti.
2. Snahu stanoviť mieru optimálnej, efektívnej výšky zdrojov, vynakladaných na zdravotníctvo, zohľadňujúc ekonomické možnosti štátu a občanov.

Pre 29 z 30 krajín OECD<sup>3</sup> (výnimkou je USA<sup>4</sup>) je spoločné to, že liečenie pacienta musí byť zaistené zákonným spôsobom a financované v primeranom rozsahu národným zdravotníckym systémom alebo sociálnym poistením. Systémy financovania a rozsahu služieb, ktoré sú občanom poskytované, sú napriek tomu v jednotlivých krajinách Európy veľmi rozmanité a značne rozdielne. Pri preberaní skúseností z jednotlivých systémov sa budeme snažiť vyvarovať dvoch hlavných omylov:

1. Omyl prvý spočíva v snahe hľadania jedného jediného (a ako vždy najlepšieho) modelu. Nesmieme však prehliadnuť zásadný fakt, že model fungujúci v určitých podmienkach jednej krajiny nemusí fungovať v iných podmienkach inej krajiny (zohľadňujúc napr. rozdiely vo vyspelosti inštitucionálneho rámca).
2. Druhým najčastejším omylom býva presvedčenie, že ostatné systémy sú odlišné a fungujú v diametrálne iných podmienkach a nedá sa od nich prebrať žiadna systémová zmena.

---

<sup>3</sup> Zoskupenie 30 ekonomicky najsilnejších krajín sveta, vrátane Slovenska.

<sup>4</sup> V USA zatiaľ nie je systém solidárneho zabezpečenia všetkých občanov. Zaznamenávame však snahy takýto systém zaviesť, systém povinného zdravotného poistenia mal vo svojom programe bývalý prezident Bill Clinton.



## PRVÁ KAPITOLA

### Hlavné faktory reforiem

Hybnou silou reforiem zdravotníctva v jednotlivých krajinách sveta sú štyri faktory (Hsiao, 2000) – rastúce očakávania, rastúce náklady, limitovaná schopnosť platiť a skepticizmus tradičných myšlienok a názorov.

#### Rastúce očakávania

Prvým faktorom sú rastúce očakávania, ktoré odvodzujeme od ekonomických, sociologických a politických zdrojov. Porovnaním výdavkov medzi krajinami zisťujeme, že z ekonomického hľadiska môžeme zdravotnú starostlivosť označiť ako "luxusný statok", teda statok, po ktorom dopyt rastie rýchlejšie ako príjem, čo v ekonomickej terminológii znamená, že príjmová elasticita<sup>5</sup> dopytu je väčšia ako jedna. Pokiaľ je teda príjmová elasticita vyššia ako jedna, spotreba určitého statku bude rásť spolu s príjmom. Ak je však príjmová elasticita dopytu nižšia ako jedna, tak percento príjmu minúť na takýto statok s rastom príjmu klesá. Dopyt po luxusných statkoch, akým je aj zdravotníctvo, teda rastie spolu s príjmom.

To vysvetľuje paradox, že stúpajúca svetová prosperita sa stala jednou z príčin problémov zdravotných systémov vo viacerých krajinách sveta. Hospodársky rast spôsobuje tlak občanov na postupné zvyšovanie podielu národného produktu na financovanie zdravotníctva. Celosvetový sociálny rozvoj ešte viac podporuje tieto očakávania. Predovšetkým vyspelá komunikácia (internet, film) priniesli občanom viacerých krajín imidž životného štandardu vysokopríjmových krajín. Ľudia tak čoraz viac akceptujú fakt, že je absolútne nevyhnutné zostať mladý a zdravý čo najdlhšie, byť šťastný ako sa len dá a konzumovať tak veľa, ako je len možné. Zabezpečenie fungovania zdravotných systémov v mnohých krajinách je potom, za takto definovaných cieľov, pod neuveriteľným tlakom.

Rastúce očakávania neovplyvňujú len celkovú hladinu dopytu po zdravotnej starostlivosti, ale aj jej štruktúru. Pacienti sa často domáhajú najlepšej starostlivosti, najmodernejšej technológie a najnovších liekov.

Stávajú sa relatívne skepticky (niekedy oprávnené) k regionálnym zariadeniam a tlačia vlády jednotlivých štátov k vyšším výdavkom na niekoľko elitných inštitúcií. Zároveň nútia vládu poskytovať drahú, na vysoko kvalitnej technológii založenú starostlivosť. Politický vývoj sa tak predovšetkým v demokratických krajinách stáva (cieľom politikov je napĺňať želania voličov) významným faktorom rastúcich očakávaní.

#### Rastúce náklady

Druhým faktorom reforiem sú rastúce náklady, ktoré nie sú len dôsledkom rastúcich očakávaní, ale aj dôsledkom zmien v demografickom vývoji, v štruktúre chorôb a zavádzania nových technológií. Najväčším problémom zvyšujúcim náklady, predovšetkým vo vyspelých krajinách, je starnutie populácie. Príčinou je nižšia natalita a dosahovanie vyššieho stredného veku práve z dôvodu lepšej zdravotnej starostlivosti a z nej vyplývajúcej nižšej mortality starších ľudí<sup>6</sup>. Ďalšou príčinou rastúcich nákladov je nová štruktúra chorôb, spravidla tých "drahších", ale aj zvyšujúce sa percento chorôb, ktoré predstavujú epidémie, chronické a civilizačné ochorenia. Posledným výrazným elementom rastúcich nákladov sú nové technológie.

#### Limitovaná schopnosť platiť

Treťou hybnou silou reforiem je limitovaná schopnosť platiť. Posledný vývoj vo svete na jednej strane vytvoril problémy, ale zároveň aj príležitosti pre jednotlivé vlády, platiť za zdravotnú starostlivosť. Rozhodujúcim pre národné vlády bolo poznanie, že autonómia ich fiskálnej a monetárnej politiky je výrazne limitovaná medzinárodnými kapitálovými tokmi a nadnárodnými finančnými inštitúciami, ktoré nebudú ochotné kupovať dlhopisy vlády, ktorej systém sociálnej či zdravotnej starostlivosti neustále vytvára deficit. Zároveň, ak vlády žiadajú úvery na reštrukturalizáciu takýchto sektorov

<sup>5</sup> Príjmovú elasticitu vyjadrujeme ako podiel percentuálnej zmeny spotreby na percentuálnej zmene príjmu.

<sup>6</sup> Tento paradox je samozrejme logickým a želaným výsledkom.

od medzinárodných finančných inštitúcií ako Svetová banka či MMF, musia zastaviť rast dlhu, kontrolovať vládne výdavky a rešpektovať ich pravidlá.

Rozmáhajúca sa svetová ekonomika tak pre menej rozvinuté ekonomiky skrýva veľa nebezpečenstiev.

Kombinácia medzinárodnej konkurencie a vysokej hospodárskej nestability vyprodukovala rozličné druhy kríz zdravotných systémov. V prvom rade, medzinárodná konkurencia zvyšuje uvedomovanie si nákladov podnikania, predovšetkým v súvislosti s udrжанím vývozných trhov a v snahe čeliť domácej konkurencii. Žiadny subjekt súkromného sektora nechce platiť vyššie odvody z daní na financovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Na druhej strane sa občania sťažujú, že si nemôžu dovoliť platiť viac za zvyšujúce sa náklady zdravotnej starostlivosti z vlastných zdrojov. Zároveň však odmietajú platiť vyššie dane a zvyšovanie príplatkov.

Rozpočtové zdroje vlád, limitované výberom daní a odvodov, tak bývajú často v priamom rozpore s politickými cieľmi vlád. Obzvlášť zreteľne sa tento problém prejavuje vo východnej Európe, kde sa predimenzované a nereštrukturalizované zdravotné systémy, vytvorené počas komunistickej éry<sup>7</sup>, ukazujú v období ekonomickej transformácie a v snahe obnoviť ekonomickú konkurencioschopnosť ako kriticky neudržateľné.

### **Skepticizmus tradičných myšlienok a názorov**

Štvrtým faktorom reforiem je skepticizmus tradičných myšlienok a názorov. Globálny trend smerom k trhom priniesol voči vládám širokú vlnu kritiky v krajinách strednej a východnej Európy, podporenú predovšetkým aj viac ako 40-ročnou trpkou skúsenosťou. Zlyhanie centrálného typu vládnutia bez jasne definovaných vlastníckych a zodpovednostných vzťahov v týchto nízkopríjmových krajinách viedlo k plytvaniu limitovaných zdrojov, úbohému manažmentu, nízkej kvalite a prebujnenej korupcii. Táto skutočnosť vzbudzuje záujem o nové definovanie úlohy vlády, ako aj o hľadanie nových foriem vlastníckych vzťahov prostredníctvom korporatizácie a privatizácie.

Neefektívne manažované vládne systémy a neúčinne štátom riadené a kontrolované organizácie profitujú predovšetkým zo zle definovaných stimulov politických systémov. Pre vládu je totiž z hľadiska posilnenia moci atraktívne zneužiť verejný sektor skôr na poskytovanie istôt, ako na poskytovanie služieb, zdôrazňovať viac zamestnanosť ako samotný výstup, uprednostňovať kvantitu pred kvalitou a vládnúť vďačným zamestnancom, než bojovať so skutočnými zákazníkmi.

Keď sa nakoniec v mnohých krajinách podarilo zlomiť takto definovanú politiku, došlo k rozsiahlym inštitucionálnym reformám, zameraným na decentralizáciu vlády a na vytvorenie autonómnych jednotiek, nezávislých kontrolných inštitúcií, právne subjektívnych korporácií až po privatizované útvary. Hlavným prvkom úspešnosti týchto reforiem je dôraz na jasné definovanie kompetencií, zodpovednosti, vlastníckych vzťahov a organizácie manažmentu týchto inštitúcií.

Tento trend zároveň zahŕňa rastúci entuziazmus použiť pri alokácii zdrojov konkurenčné trhy, predovšetkým zúžitkovať dva základné komponenty trhov: dovoliť spotrebiteľom mať možnosť výberu a zároveň zabezpečiť tento rozmanitý výber. Častokrát preferovaná privatizácia sama o sebe však ešte nemusí zabezpečiť funkčný systém a vidíme, že v praxi často vedľa seba fungujú obidva systémy: verejný a súkromný. Navyše, trhovo orientovaný model nemusí vždy reflektovať etické zásady, spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

<sup>7</sup> Blokovaný politický systém počas studenej vojny oficiálne nútil bývalé komunistické režimy predimenzovať kapacity nemocníc pre prípad nukleárnej vojny. V praxi ale išlo skôr o plnenie rôznych regionálnych snov komunistickej nomenklatúry nižšieho stupňa, mať "svoju" nemocnicu v meste či okrese, alebo ak už bola, tak ju zväčšovať na vyšší stupeň.

## DRUHÁ KAPITOLA

### Reformný cyklus

Reformný cyklus má šesť fáz: najprv sa definuje problém, určia sa príčiny, vytvoria sa viaceré alternatívne riešenia, vykoná sa rozhodnutie, reforma sa implementuje a v konečnom dôsledku sa vyhodnotia jej dopady (schéma 1). Nie náhodou majú reformy cyklický charakter, lebo implementácia a vyhodnotenie určitých krokov vytvára opäť predpoklady pre vznik nových problémov a reformné "kolečko" sa opäť môže začať točiť. Z povahy reformy tak vyplýva, že nie je revolučná, ale evolučná.

Charakter jednotlivých reformných fáz je značne rozličný. Kým prvé tri kroky od definície problému, analýzy jeho príčin až po vytvorenie alternatív riešenia je expertná časť reformy, rozhodnutie, implementácia a vyhodnotenie je politická časť reformy. A práve rozdielne priority a preferencie expertného tímu a vládnucej politickej reprezentácie predstavujú prvé riziko nerealizovania alebo povrchného realizovania reforiem.

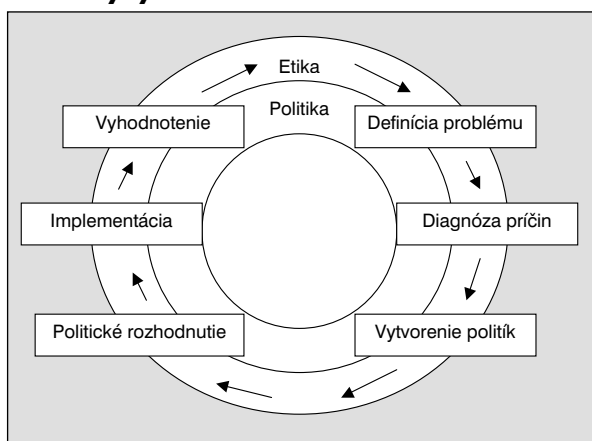
Druhým rizikom reformného cyklu je, že politická reprezentácia začne preberať funkcie expertného tímu a naopak, čo môže a často aj vedie k nejasnému určaniu kompetencií jednotlivých "hráčov". Politici napríklad takýmto spôsobom prenechávajú zodpovednosť za nerealizáciu reformy na expertnom tíme, alebo naopak, expertný tím často pri navrhovaní alternatív podľahne politickým tlakom. Výsledkom sú zlé, alebo prinajmenšom neoptimálne riešenia kozmetického charakteru, avšak politicky označované ako reformy, pričom nie je a už sa ani nedá určiť konkrétna odborná a politická zodpovednosť. Tento výsledok sa často obidvoma stranami s obľubou označuje ako "kompromis".

Tretím rizikom reforiem je vynechanie jednej z fáz reformného cyklu. Najčastejším prípadom je vynechanie prvých dvoch častí: definovanie problému a diagnóza príčin. Stáva sa to vtedy, ak reformátori (či už expertní, alebo politickí) uprednostňujú jeden určitý spôsob riešenia a začnú ho presadzovať od tretej fázy. Často tak zavádzajú riešenie, ktoré nerieši pôvodný problém systému. Pre slovenský systém zdravotníctva je typickým príkladom zavádzanie nákladných informačných systémov<sup>8</sup>, alebo nič neriešiaci, avšak extrémne drahý projekt zavedenia "čipových kariet".

Naším zámerom v tejto publikácii je maximálne sústredenie sa na prvé tri kroky reformného cyklu a podrobné objasnenie súčasných problémov, diagnostikovať ich príčiny a navrhnúť konkrétne riešenia.

Schéma 1

#### Reformný cyklus



Zdroj: Hsiao, 2000

<sup>8</sup> Akýkoľvek kvalitný informačný systém nespraví nič s nekvalitnými dátami.

## TRETIA KAPITOLA

### Posudzovanie výkonnosti zdravotného sektora a etické východiská

Určovanie cieľov a hodnotenie výkonnosti zdravotného sektora je nevyhnutne predmetom aplikácie etiky. Rámčovo môžeme hovoriť o troch etických perspektívach.

1. **Utilitarianizmus** (subjektívny a objektívny), zameraný na meranie úžitku (blahobytu) a hodnotiaci zdravotnú politiku na základe jej výstupov a výsledkov.
2. **Liberalizmus** (libertariáni a egalitariáni), uprednostňujúci rešpektovanie individuálnych práv jednotlivcov a hodnotiaci zdravotnú politiku na základe vstupných podmienok.
3. **Komunitarianizmus** (všeobecný a relatívny), poukazujúci na dominantný vplyv komunity a hodnotiaci zdravotnú politiku na základe rešpektovania hodnôt komunity.

Naším cieľom nie je detailné predstavenie filozofického rozmeru týchto etických koncepcií, ale predovšetkým ich praktická aplikácia, dôležitá pre lepšie pochopenie zložitosti rozhodovania v zdravotnom sektore.

#### Utilitarianizmus

Subjektívny utilitarianizmus za najväčšiu hodnotu považuje dosiahnutie najväčšej miery úžitku (utility) jednotlivca. Decentralizuje tak hodnotenie zdravotnej politiky podľa dosahovania individuálneho šťastia každého jednotlivca. V ekonómii sa tento princíp ujal ako analýza nákladov a úžitkov (cost–benefit analysis). Zahrňuje otázky pre všetkých potenciálnych užívateľov zdravotného programu, aby zhodnotili jeho úžitky v rámci ich osobnej ochoty za tieto úžitky platiť. Táto ochota platiť je potom porovnaná s nákladmi na program, a ak ľudia budú ochotní zaplatiť celkovo viac, ako sú náklady programu, tak program bude podľa ekonómov spĺňať kritérium najväčšieho dobra pre najväčší počet ľudí.

Náklady na program však zároveň predstavujú zrieknutie sa iných úžitkov v ekonomike, čo je spôsobené práve realizáciou programu. Zrieknutie sa týchto úžitkov označujeme ako náklady stratenej

príležitosti. Takže analýza nákladov a úžitkov je vlastne analýza úžitkov a úžitkov (benefit–benefit analysis). Subjektívny utilitarianizmus nám tak odporúča vykonávať jedine tie aktivity, úžitok z ktorých je vyšší ako tie, z ktorých je nižší.

Kritici utilitarianizmu argumentujú, že ochota platiť závisí od osobného príjmu a jednotlivec nemôže zaplatiť viac (aj keď chce), ako má. Subjektívny utilitarianizmus tak môže viesť k záveru, že nákladné zdravotné služby by sa chudobným nemali poskytovať, lebo ich ochota platiť (meraná nízkym príjmom) je limitovaná. Korektný subjektívny utilitarián však túto otázku rieši poskytnutím finančným prostriedkov chudobným s tým, aby si tieto prostriedky užili podľa vlastného želania. Ak pre nich vyšší úžitok predstavujú iné statky ako zdravotná starostlivosť, je to ich vlastná voľba.

Objektívny utilitarianizmus je odpoveďou na problém, keď zdravotnú reformu mienime posudzovať podľa jej výsledkov, ale neveríme, že jednotlivci sa dokážu správne rozhodnúť. Presadzovanie blahobytu jednotlivca pri pretrvávajúcom skepticizme voči individuálnej voľbe tak vedie k vytvoreniu skupiny expertov, ktorí určia, čo vlastne blahobyť je. Nástrojom tohto určenia je vytvorenie indexov, merajúcich blahobyť každého jednotlivca. Medzi najčastejšie používané indexy patrí DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) a QALY (Quality Adjusted Life Years). Tento prístup obhajuje realizáciu tých opatrení zdravotníckej politiky, ktoré umožňujú najväčší zdravotný prínos (ale nie v zmysle vyššej spokojnosti) za relatívne najmenší objem peňazí.

Prístup objektívnych utilitariánov sa nazýva analýza efektívnosti nákladov (cost–effectiveness analysis). Diskutabilné je používanie indexov na meranie zdravotných prírastkov, pretože má viacero technických nedostatkov. Najkritickejším je vzájomná konfrontácia samotného predĺženia života v porovnaní so zvyšovaním jeho kvality.

Najväčšie riziko aplikácie utilitarianizmu ako hlavného etického princípu vidia kritici predovšetkým v jeho prístupe najväčšieho dobra pre najväčší počet ľudí. Tento postoj totiž predpokladá používať limitované zdroje v zdravotníctve tam, kde vykonajú najviac dobra, bez ohľadu na spravodlivosť a rovnosť. Utilitariáni sa totiž nesnažia zachrániť tých, ktorých zachránenie by bolo príliš nákladné. Inak povedané, hladujúci stroskotanci na opustenej lodke môžu pri zachovaní predpokladu, že prínosy sú vyššie ako straty, niektorých svojich „parťákov“ v dobrej viere zjesť.

Nie všetci reformátori však za hlavný etický princíp považujú výsledky ako také. Sústreďujú sa predovšetkým na teóriu liberalizmu, vychádzajúcu z orientácie na distribúciu individuálnych práv a príležitostí, a poukazujú na limity myšlienky trvania na výsledkoch, obmedzujúcej individuálne práva.

### **Liberalizmus**

Klasickou námietkou (na príbehu stroskotancov) je, že niektorí sú kvôli ostatným obetovaní. Utilitarianizmus tak rozdeľuje jednotlivcov na účel (tí, ktorí prežijú) a prostriedky (tí, ktorí boli obetovaní). V tomto kontexte za najdôležitejšie posolstvo liberalizmu musíme považovať postoj, rešpektujúci každého jednotlivca ako účel seba samého, a nepoužívať ho ako prostriedok k účelom niekoho iného.

Ako libertariánsky označujeme prístup, v ktorom sú rešpektované tzv. negatívne práva. Pod nimi rozumieme právo jednotlivca samostatne a slobodne rozhodnúť o tom, ako žiť svoj život. Jeden človek nemôže prinútiť iného človeka robiť niečo proti jeho vôli, lebo to by zasahovalo do jeho práva slobodne sa rozhodnúť. Tento postoj zároveň implikuje aj silný pocit „byť ponechaný na pokoji“. Keďže libertariáni vymedzujú vlastnícke právo ako súčasť negatívnych práv, jedným z hlavných problémov sa stáva otázka legitimity zdanenia<sup>10</sup>.

Niektorí liberáli však takto vymedzený postoj neakceptujú naplno a v intenciách morálneho správania vyžadujú, aby boli spoločne vytvárané podmienky, umožňujúce iným možnosť zmysluplnej voľby. Tí, ktorí veria v takto vymedzené pozitívne práva, sa nazývajú egalitariáni. Chorý jedinec nemá príliš veľa možností pre zmysluplnú

voľbu. Pre egalitariánskeho liberála z toho vyplýva, že je úlohou spoločnosti, aby zabezpečila taký systém, ktorý každému jednotlivcovi garantuje určitý minimálny stupeň príležitosti a zdrojov na zabezpečenie jeho práva rozhodnúť sa zmysluplne. Kritickou otázkou zostáva určiť stupeň zdravotnej starostlivosti, ktorý je potrebné garantovať všetkým<sup>11</sup>.

Prvý prístup výkonu pozitívnych práv je postavený na tvrdení, že najvhodnejším spôsobom, ako rešpektovať morálnu spôsobilosť každého jednotlivca, je jednoduchá redistribúcia zdrojov a nechať, aby sa každý rozhodol, akú zdravotnú starostlivosť si chce nakúpiť (dožičiť).

Druhý prístup argumentuje, že spoločnosť má vzhľadom na ľudské zdravie určitý záväzok a pri jeho plnení musíme rozlišovať dve polohy: či je potrebné poskytovať určitý minimálny prístup k zdravotnej starostlivosti všetkým, alebo je potrebné sa zamerať na zdravotný stav jednotlivcov. Inak povedané, ak majú občania práva spojené so zdravím, máme tieto práva posudzovať podľa toho, či sú uspokojené formou výkonu (napríklad návšteva lekára), alebo formou výsledku (napríklad stredná dĺžka života). Hlavným posolstvom druhej polohy je, že dôraz na samotný prístup k zdravotnej starostlivosti nie je dostačujúci. Čo je skutočne dôležité, je to, či ľudia žijú dostatočne dlho a na dostatočne vysokej úrovni kvality života tak, aby boli schopní vybrať si spomedzi palety životných plánov.

<sup>9</sup> Nakoniec je ale vážnym problémom snaha určiť ktorých

<sup>10</sup> V našich podmienkach tieto názory zastávajú najčastejšie mladí radikálni ekonómovia. V snahe byť „pápažskejší ako pápež“ však veľmi často nevidia iné (príčinu) len výsledok, ktorí sa snažia veľmi „revolučne“ až agresívne reparovať. Ak však nepoznajú (a neodstránia) príčinu, dostávajú sa skôr či neskôr do polohy agresívnych a hašterivých „grafomanov“.

<sup>11</sup> Ide o problém miery sily vynucovania solidárnosti od bohatších v prospech chudobnejších a miery stotožňovania sa (bohatších) so solidárnosťou ako princípom poskytovania istého stupňa statkov všetkým bez rozdielu (a zásluh).

### **Komunitarianizmus**

Tretím prístupom je komunitarianizmus, ktorý poukazuje na to, že ani štartovacia pozícia (ako u liberálov), ani koncová pozícia (ako u utilitariánov) nie sú vhodné parametre posudzovania cieľov zdravotného systému. Čo podľa zástancov komunitarianizmu zaváži, je druh spoločnosti, v ktorej žijeme, a typy jednotlivcov, ktorí v nej žijú.

Univerzálni komunitariáni veria, že existuje jeden univerzálny model dobrého jednotlivca a dobrej spoločnosti, a práve oni vedia, ako ten model vyzerá. Na svete existuje veľa príkladov takéhoto zmyšľania, medzi najznámejšie patria monoteistické náboženstvá (islam či kresťanstvo), niektoré skupiny ekologických aktivistov (snažiacich sa transformovať vzťah človeka k prírode), či feministické hnutia (ktoré chcú vytvoriť spoločnosť s iným vzťahom medzi mužom a ženou). Komunitarianizmus sa teda na rozdiel od utilitarianizmu a liberalizmu koncentruje nielen na izolovaného jednotlivca, ale na prírodu a štruktúru spoločnosti ako celku.

Relativistický komunitarianizmus je odpoveďou na rozmanitosť vízií dobra, s ktorými sme konfrontovaní v reálnom svete. Argumentuje tým, že idey dobra na svete sú veľmi rozličné. Každá spoločnosť by si teda mala stanoviť svoje vlastné normy<sup>12</sup> a vlastný spôsob vnútornej organizácie.

### **Etické východiská predkladanej reformy zdravotníctva**

Predpokladom slobodného rozhodnutia jednotlivca o svojom živote je plnohodnotný zdravotný stav. Zdravie preto vnímame ako nevyhnutný predpoklad zmysluplnej a slobodnej voľby. Naším cieľom je vybudovať systém zdravotníctva, rešpektujúci egalitárnske etické princípy s reálne<sup>13</sup> určenou mierou solidarnosti.

Považujeme za dôležité, aby bol jasne stanovený zákonný nárok na definovaný štandard, teda obsah toho, čo každý občan musí dostať<sup>14</sup>, ale, a to je možno ešte podstatnejšie, koľko tento obsah najviac môže stať. Právo na zdravie teda vymedzujeme ako pozitívne právo s tým, že sa budeme snažiť každému občanovi zabezpečiť primeranú finančnú ochranu.

Inak povedané, iba definovaním samotného zákonného nároku<sup>15</sup> sa nedosiahne veľa. Musí sa hľadať optimálna cena tohto nároku. O tom, aké metódy navrhujeme použiť na splnenie tohto cieľa, je praktická časť tejto publikácie.

<sup>12</sup> To platí aj pre marxistické vízie.

<sup>13</sup> Vždy bude problém stanoviť "reálnu" mieru, vychádzame z predpokladu, že reálna miera musí zodpovedať reálnym verejným financiam.

<sup>14</sup> V slove dostať je logicky zahrnuté obsah slova "bezplatne".

<sup>15</sup> Napríklad v Liečebnom poriadku.

## ŠTVRTÁ KAPITOLA

### Decentralizácia

Decentralizácii ako spôsobu zlepšenia riadenia spoločnosti a poskytovania solidárnych služieb sme sa v minulosti venovali veľmi výrazne. Z početných diskusií vieme, ako skepticky sa občania, ale aj odborníci pozerajú na decentralizáciu. To je dané jednak tým, že 40 rokov extrémne centralistického až totalitárneho riadenia likvidovalo prinajmenšom tri generácie občanov, ktorí si ešte mohli pamätať výhody nie centralistického usporiadania, a jednak tým, že centralistické riadenie je pre občana na prvý pohľad „pohodlnejšie“<sup>16</sup>.

Musíme teda znova nastoliť otázku, či môže proces decentralizácie v zdravotníctve prispieť k zvýšeniu jeho efektívnosti. K zodpovedaniu tejto otázky je potrebné najprv vysvetliť proces decentralizácie.

#### Proces decentralizácie

Príčinou zvrhnutia dominantnej úlohy štátu v spoločnosti (ekonomiku nevynímajúc) vo viacerých regiónoch sveta v posledných desaťročiach 20. storočia bol predovšetkým úspech trhovo orientovaných ekonomík,

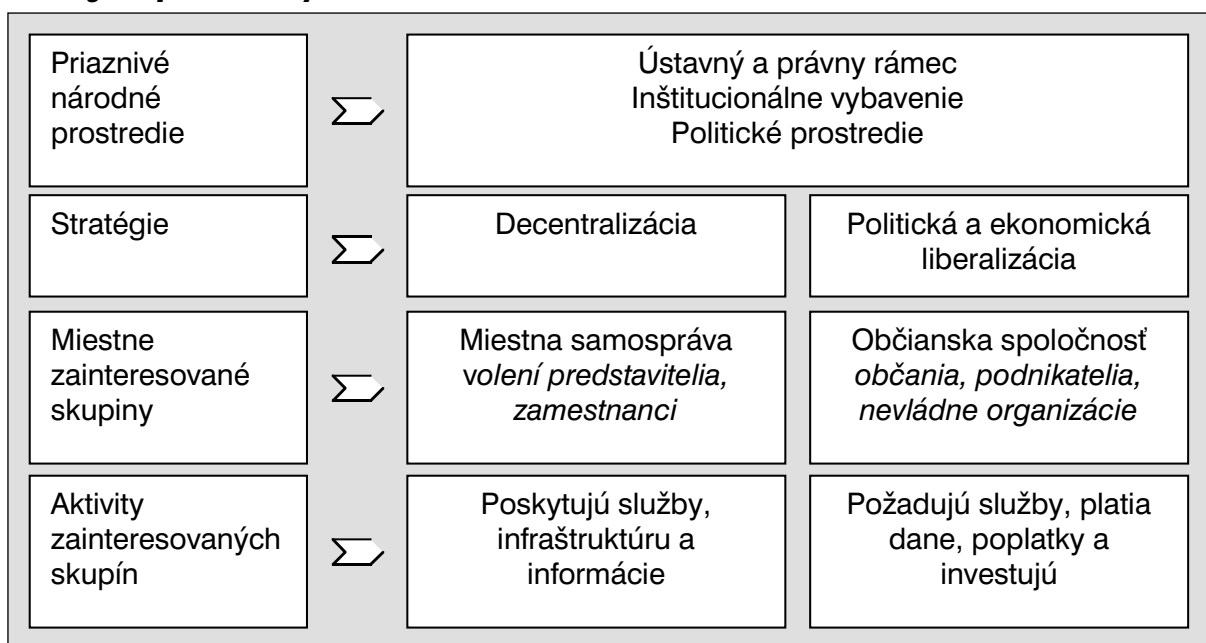
zlyhanie centrálne plánovaných systémov a nízka efektívnosť štátom riadených podnikov. Zneužívanie autoritatívnych režimov zároveň viedlo k hľadaniu spôsobov vládnutia viac orientovaných na potreby občanov. Tieto premeny v ekonomickom a politicko-spoločenskom myslení, charakteristické pre väčšinu krajín sveta, boli označené ako ustanovenie nových trhov a pohyb smerom k zodpovednejším spôsobom demokratického vládnutia.

V rámci paradigmy spôsobu vládnutia (schéma 2), uznávajúcej zároveň dôležitosť priaznivého národného prostredia a nevyhnutnosť aktivít spojených so spôsobom vládnutia na miestnej úrovni, je hlavným prvkom priaznivého prostredia politika decentralizácie, prostredníctvom ktorej sa kompetencie ústrednej vlády prenášajú na miestnu úroveň. Na nej sa občania môžu oveľa pohotovejšie zapájať do rozhodovania, ktoré ich priamo ovplyvňuje.

<sup>16</sup> „Ak niečo potrebujem, nech to dá štát“ – je jedna z najčastejších požiadaviek občanov, ale aj podnikateľov.

Schéma 2

#### Paradigma spôsobu vlády



Zdroj: Johnson, Minis, 1996

V demokratických alebo demokratizujúcich sa systémoch existujú vlády na plnenie takých funkcií, ako sú udržiavanie bezpečnosti, zabezpečovanie verejných služieb a zaisťovanie rovnosti pred zákonom. Špecifická povaha týchto funkcií nie je všade rovnaká, ale v západných systémoch v zásade predstavuje dohodu medzi vládou a občanmi, ktorá existuje na niekoľkých úrovniach: ústava definuje najširšie princípy tejto dohody, zákony, vyhlášky a nariadenia poskytujú jej presnejší rámec. Občania sa na vláde podieľajú pri definovaní, riadení, napĺňaní a kontrole tejto dohody.

Koncepcia "spôsobu vlády" je potom aplikáciou procesov, prostredníctvom ktorých sa vykonávajú verejné rozhodnutia. "Dobrý" spôsob vládnutia sa podľa mnohých pozorovateľov vyznačuje viacerými charakteristikami:

- **Legitímnosť:** verejnou prijímaná autorita tých, čo sú pri moci
- **Zodpovednosť:** príbuzná legitímnosti v tom, že tí, čo majú moc, sú vnímaní ako legitímni, ak sa zodpovedajú verejnosti
- **Efektívnosť riadenia:** schopnosť verejných byrokrácií zručne a účinne transformovať verejné zdroje a služby a infraštruktúru zodpovedajúcu verejne určeným prioritám
- **Dostupnosť informácií:** umožňuje verejnosti posúdiť efektívnosť tých, čo sú pri moci a ich administratívny

Budovanie dobrého spôsobu vlády má vzájomne sa posilňujúci charakter. Občania musia dostať možnosti vyjadrovať svoje preferencie ku kvalite služieb, ktoré si želajú. Efektívnosť a správanie manažmentu určuje, ako dobre volení predstavitelia a personál poskytujú služby, ktoré reagujú na tieto potreby. Ak sa postupne činnosť miestnych samospráv začína pociťovať ako užitočná a citlivo reagujúca, občania sú čoraz viac ochotní poskytovať svoje zdroje na služby a infraštruktúru.

Významným prvkom dobrého spôsobu vlády je priaznivé národné prostredie, garantujúce právnu ochranu, ponúkajúce vyspelý inštitucionálny rámec, jasne definujúci poslanie, právomoci a úlohy jednotlivých inštitúcií na národnej, regionálnej a miestnej úrovni.

Na Slovensku sa doterajšie diskusie (ale aj reálne kroky) o otázke posilnenie spôsobu vlády venovali predovšetkým národnému prostrediu na úkor miestnej a regionálnej samosprávy. Občania sa však rozhodovania o spôsobe vlády môžu najlepšie zúčastňovať na lokálnej úrovni, ktorá ich najviac ovplyvňuje. Prístup k predstaviteľom na lokálnej úrovni je na rozdiel od celoštátnych predstaviteľov oveľa bezprostrednejší, čo umožňuje budovať oveľa jasnejšie prepojenie medzi účasťou a výsledkom. Samozrejme, tu musíme abstrahovať od tých extrémnych prípadov, keď nasmerovanie pozornosti občanov k lokálnym problémom má odvieť ich pozornosť, resp. nespokojnosť od centrálnej vlády.

Decentralizácia je primárnou stratégiou na prenos kompetencie z ústrednej vlády na vlády nižšieho stupňa. Ide o zásadnú zmenu inštitucionálneho rámca, v ktorom sa vykonávajú politické, sociálne a ekonomické rozhodnutia, pričom rozlišujeme viaceré formy decentralizácie (Johnson, Minis, 1996):

- **Dekonzektrácia:** prenos kompetencií z ústredných štátnych agentúr na pobočky v teréne.
- **Delegovanie:** prenos zodpovednosti za služby z ústredných vládnych agentúr na špecializované organizácie s určitým stupňom prevádzkovej autonómie (polosamostatné autonómne spoločnosti alebo nižšie stupne vládnych jednotiek).
- **Prenesenie:** prenos kompetencií a právomocí z ústrednej vlády na autonómne jednotky miestnej samosprávy, ktoré sú právnickými osobami (jednotky so štatutárnym alebo ústavným základom právomoci, ktorá je odlišná od ústrednej moci).
- **Privatizácia:** prenos zodpovednosti za výrobu tovarov a služieb na súkromné dobrovoľné organizácie alebo súkromné podniky.

V skutočnosti je stratégia decentralizácie najčastejšie zmesou prvých troch foriem, v závislosti od špecifických cieľov stratégie. Forma prenesenia však jasne poskytuje najväčší potenciál na získanie moci a ekonomických úžitkov.

Miestne samosprávy (na Slovensku pod pojmom miestna samospráva rozumieme obec aj samosprávny kraj) s veľkými právomocami môžu byť dobrou protiváhou centrálnej moci. Manažéri miestneho verejného sektora sa vo väčšej miere zodpovedajú



miestnym obyvateľom, ktorým slúžia, pretože kvalita a kvantita poskytovaných služieb sa výrazne ľahšie identifikuje, než je tomu pri službách centrálnych manažérov.

Efektívne aktivity vo verejnom sektore predpokladajú lepšiu identifikáciu problémov a realizáciu riešení na dosiahnutie želaných výsledkov. Autonómne samosprávy, nepodliehajúce pevným ústredne definovaným normám (len zákonom), majú vyšší potenciál disponovať a implementovať novátorské a účinnejšie opatrenia.

Z decentralizácie môžu vzniknúť významné ekonomické výhody dvojakého charakteru: efektívnejšia alokácia verejných zdrojov<sup>17</sup> a lepšia mobilizácia zdrojov na financovanie aktivít verejného sektora. V silne centralizovanom systéme je vysoký nedostatok spoľahlivých informácií o skutočných nákladoch, kvalite a celkových výsledkoch inštitúcií verejného sektora pri poskytovaní verejných statkov. Toto, spolu s nedostatočným poznaním cien za tieto statky zo strany zákazníkov, má tendenciu k zvýšenej spotrebe a paradoxne aj k zvýšenej ponuke v kvantitatívnom zmysle. Naproti tomu, pridelenie zdrojov do sektora verejných služieb je pravdepodobne efektívnejšie v decentralizovanom systéme, pretože miestne inštitúcie poznajú preferencie a potreby svojich občanov v oveľa väčšom rozsahu. Miestne inštitúcie budú mať vysokú motiváciu poskytovať tie služby, po ktorých existuje dopyt občanov. Ak však nebudú mať dostatočný objem finančných prostriedkov na zabezpečenie týchto služieb (napr. z dôvodu tvrdého rozpočtového obmedzenia), budú musieť dodatočne mobilizovať miestne zdroje.

Miestne samosprávy majú oproti ústrednej vláde relatívnu výhodu v dvoch aspektoch mobilizácie zdrojov. Po prvé, miestne samosprávy môžu vyberať viac príjmov, ktoré sú "miestne" podľa pôvodu. Po druhé, ak sa určenie a výber daní a poplatkov vníma tak, že ich určujú a poskytujú miestne samosprávy, mobilizuje sa viac zdrojov, predovšetkým z dôvodu vyššej ochoty občanov platiť dane a poplatky za služby, ktoré sú pod kontrolou príjemcov služieb alebo predstaviteľov, ktorí sa zodpovedajú týmto príjmom.

Proces decentralizácie sa skladá z troch vzájomne veľmi tesne prepojených úrovní.

1. **Funkčné kompetencie** (decentralizácia kompetencií): vyjasňujú kompetencie medzi jednotlivými úrovňami vlády.
2. **Dostupnosť zdrojov** (fiskálna decentralizácia): pridelenie dostatočných zdrojov, zodpovedajúcich príslušným kompetenciám
3. **Politická zodpovednosť** (decentralizácia politickej moci): zahŕňa príslušnú reguláciu samospráv ústrednou vládou a zodpovednosť volených miestnych predstaviteľov voči svojim voličom (samoregulácia miestnej správy)

Napriek decentralizačným tendenciám sú však v mnohých krajinách zodpovedajúce politické liberalizačné kroky, posilňujúce rast občianskej spoločnosti slabé, alebo dokonca chýbajúce. Toto zistenie podľa RTI neprekvapuje, pretože občianska spoločnosť predstavuje potenciálne nekontrolovateľnú opozíciu politickým elitám. Základnými stratégiami na preklenutie vzájomnej nedôvery je budovanie komunikačných nástrojov a budovanie kapacít. Posilnenie vzájomných prepojení a väzieb medzi vládou a občianskou spoločnosťou sa tak stáva rozhodujúcim faktorom zvyšovania občianskeho vplyvu.

Decentralizácia nie je novou koncepciou. V mnohých prípadoch však otázkou nie je samotná formálna existencia decentralizovaných štruktúr, ale skôr úroveň, na ktorej sa decentralizácia stala efektívnou politikou: do akej miery sú zdroje a kompetencie prenesené na miestnu úroveň a do akej miery sa decentralizácia stala nástrojom demokratizácie. Skúsenosti ukazujú, že tam, kde sú prenesené významné zdroje, kde sú kompetencie vyjasnené a mechanizmy zodpovednosti zavedené na miestnej úrovni, môže decentralizácia efektívne prinášať ekonomické a sociálne výhody na lepšie uspokojenie potrieb občanov.

<sup>17</sup> Na nich je v rozhodujúcej miere postavené financovanie verejných služieb, kam v prvom rade patrí okrem iného zdravotníctvo.

### Návrh reformy verejnej správy v podmienkach SR

V nadväznosti na vládou schválenú stratégiu reformy verejnej správy (schéma 3) v roku 1999 bola v roku 2000 vládou schválená koncepcia decentralizácie a modernizácie verejnej správy (uznesenie vlády SR č. 230/2000) ako východisko pre ďalšiu prípravu a realizáciu reformy. Táto definuje, že bez ohľadu na štruktúru musí verejná správa rešpektovať všeobecne platné požiadavky, medzi ktoré patrí najmä jasná delba pôsobnosti, právomocí a zodpovednosti inštitúcií verejnej správy vo vzťahu k občanovi.

Na splnenie tejto požiadavky, vo väzbe na súčasný stav a doterajší vývoj, je nevyhnutné uskutočniť decentralizáciu kompetencií, financií a politickej moci. Decentralizácia môže priniesť prospech občanovi iba vtedy, ak sa uskutoční vo všetkých troch dimenziách súčasne. Decentralizácia pôsobnosti musí byť sprevádzaná odovzdaním príslušného majetku, zmenami vo financovaní verejného sektora, dereguláciou a deetatizáciou majetku a činností.

Schéma 3

#### Stratégia reformy verejnej správy

##### Zásady organizácie verejnej správy na Slovensku:

1. Verejná správa bude pôsobiť v oddelenom modeli, t.j. štátna správa a územná samospráva
2. Verejná správa bude pôsobiť na troch úrovniach (miestna, vyšší územný celok a štát)
3. Všetky tri úrovne budú reprezentované volenými zástupcami občanov a administratívnym aparátom samosprávy a štátnej správy
4. Všetky tri úrovne verejnej správy musia byť celkami, ktoré sa pri svojom výkone úloh budú riadiť verejným aj súkromným právom.
5. V súlade s Ústavou SR budú existovať dve úrovne územnej samosprávy (miestna a VÚC)
6. Štátnu správu budú zabezpečovať ministerstvá a ostatné ústredné orgány štátnej správy a miestna štátna správa

##### Odporúčané princípy:

1. Subsidiarita
2. Efektívnosť
3. Transparentnosť
4. Flexibilita

Zdroj: uznesenie vlády SR č. 695/1999

Schválená koncepcia decentralizácie (Nižňanský, 2000) uvažuje, že územná samospráva (miestna samospráva, samospráva VÚC) bude mať:

1. širokú škálu kompetencií, s výnimkou tzv. výlučných kompetencií štátu, pričom napriek ich výlučnosti niektoré môže zabezpečovať aj samospráva na základe zákonom jasne stanovených pravidiel (decentralizácia kompetencií),
2. širokú právomoc stanoviť vlastné finančné zdroje, možnosť získavať úvery a čerpať zdroje z finančného vyrovnávania (decentralizácia financií),
3. možnosť spravovať svoje záležitosti prostredníctvom volených predstaviteľov alebo priamo, a bude priamo zodpovedná vo svojej pôsobnosti svojim voličom.

Prínosy decentralizovaného systému verejnej správy:

1. Posilnenie fungovania inštitútov demokracie, posilnenie vplyvu občanov a nimi priamo volených predstaviteľov.
2. Zabránenie návratu totalitných a autoritatívnych režimov vertikálnou delbou moci v štáte.
3. Zabránenie ďalšiemu prehľbovaniu krízy medzi centrálnou vládou a občanmi.

#### Decentralizácia zdravotníctva na Slovensku

Vzťah medzi trhom a štátom, decentralizácia a tržová motivácia neboli v podmienkach tranzitívnej ekonomiky Slovenska dostatočne preskúmané, čoho dôsledkom je aj pretrvávajúca nekonceptnosť a nesytemovosť realizovaných opatrení, ktoré nemôžu viesť k efektívnym výsledkom. V slovenských podmienkach by sa dalo konštatovať, že to, čo má byť centralizované, je decentralizované, a naopak, to čo má byť decentralizované, je centralizované (Nemec, 1999).

Na Slovensku do roku 2001 môžeme, s odvolaním sa na teoretický úvod, pozorovať nasledovné dimenzie decentralizácie:

1. **Dekonzektrácia** – vytvorenie krajských úradov v roku 1996, ktoré boli vybavené kompetenciami aj v oblasti zdravotnej starostlivosti a od roku 1997 riadili niektoré organizácie a koordinovali zdravotnú politiku. Avšak zákonom 80/2000 boli s účinnosťou od 1. 4. 2000 polikliniky, ktorých zriaďovateľom boli krajské úrady, znova prevedené pod zriaďovateľskú kompetenciu ministerstva zdravotníctva, čím bol vyjadrený jasný krok smerom k centralizácii.

2. **Delegovanie práva rozhodovať** – dekoncentrácia – prostredníctvom vytvorenia krajských úradov nebolo sprevádzané reálnym delegovaním rozhodovacích právomocí. Odbory zdravotníctva sú prakticky v plnej miere podriadené ministerstvu zdravotníctva a v súčasnej podobe nie sú schopné vykonávať samostatnú reálnu regionálnu zdravotnú politiku.

**Delegovanie výkonu** – za túto formu by bolo možné považovať vytvorenie poisťného systému.

Zároveň podčiarkujeme dve Nemcove tvrdenia:

- a) na Slovensku funkčná štruktúra zdravotného poistenia neexistuje,
- b) súčasný kolaps zdravotného poistenia môžeme skôr pokladať za dôsledok zlyhania štátu, než dôsledok zlyhania trhu.

3. **Prenesenie** – neprebehlo

4. **Privatizácia** – prebehla v podstate len v primárnej, všeobecnej a špecializovanej sfére aj to iba na úrovni činností. Lôžkové zariadenia, okrem troch, sú štátne.

V septembri 2001 bol konečne prijatý tzv. kompetenčný zákon, týkajúci sa prenesenia pôsobnosti zo štátnej správy na obce a samosprávne kraje. Z hľadiska slovenského zdravotníctva musíme mať na zreteli minimálne tieto fakty:

1. Do vlastníctva miest a obcí, resp. VÚC, majú prejsť iba NsP I. a II. typu. Obce, mestá a VÚC dostali isté zriaďovateľské právomoci, hlavne zriaďovať ADOS, strediská, polikliniky a vari aj nemocnice.
2. Štát si naďalej ponechá NsP III. typu, špecializované a vysokošpecializované ústavy a fakultné nemocnice.

Kompetenčný zákon však neupresňuje a nerieši:

1. právne postavenie a autonómiu týchto poskytovateľov,
2. začlenenie do pevnej siete, ktorú "garantuje"<sup>18</sup> občanom.

V októbri 2001 bola prijatá novela zákona o rozpočtových pravidlách, ktorá má riešiť financovanie kompetenčným zákonom "udelených" regionálnych pôsobností. Z pohľadu zdravotníctva nie je jasné, ako vláda hodlá riešiť:

1. dlh "decentralizovaných" NsP I. a II.,
2. "nahradiť" kapitálové transfery<sup>19</sup>, ktoré doteraz používala.

Zdravotníctva sa, aj vzhľadom na kapacitnú a priestorovú predimenzovanosť, menej dotýka územné členenie. Výrazne sa ho však bude dotýkať nerovnomernosť podmienok, v ktorých bude v rámci centrálnej siete regionálne zdravotníctvo prinútené pôsobiť. Všetkých poskytovateľov bez rozdielu sa však naďalej bude existenčne dotýkať problém nedoriešeného postavenia nákupcov služieb, stanovenia zákonného nároku a štandardu a silnej riadiacej účasti štátu<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> Hlavný faktor je typ siete, jej rigidita, resp. elasticita.

<sup>19</sup> Príspevok štátu ministerstvu zdravotníctva na nákup drahej zdravotníckej techniky.

<sup>20</sup> Chťiac–nechťiac rešpektujeme prijatý politický názor väčšiny, že dlho očakávaná reforma štátnej a verejnej správy síce nie je optimálna, ale, a v to treba dúfať, je aspoň nezvratná.

## DRUHÁ ČASŤ

# Analýza súčasného stavu a identifikácia hlavných problémov slovenského zdravotníctva

V druhej časti publikácie kladieme dôraz na identifikáciu hlavných problémov slovenského zdravotníctva. Na slovenské pomery však zvolíme netradičný postup a budeme jednotlivé problémy definovať ako ciele, aby sme sa vyhli zamieňaniu cieľov s príčinami a príčin s dôsledkami.

Už v úvode sme spomínali, že pri hodnotení výkonnosti zdravotného sektora rozlišujeme tri ultimatívne/konečné ciele. Zlepšovanie zdravotného stavu, zvyšovanie spokojnosti zákazníka a ochrana pred finančnými rizikami.

Na presné definovanie problémov nám však toto ohraničenie nebude stačiť, a preto sa budeme jednotlivé problémy snažiť určiť pomocou podporných cieľov. Ide o tie podporné ciele, ktoré majú na ultimatívne ciele významný vplyv, ale samy o sebe nie sú cieľmi konečnými.

1. Prístup/dostupnosť.
2. Efektívnosť.
3. Kvalita.
4. Finančné bremeno.
5. Náklady.

Vymedzenie podporných cieľov ústi do jasného definovania problémov slovenského zdravotníctva. V ďalšom texte detailne rozoberieme každý problém osobitne, zameriame sa na analýzu príčin a dôsledky, ktoré spôsobuje.

Univerzálny prístup je často vyzdvihovaný ako najväčší výtobytok nášho zdravotníctva. V piatej kapitole, venovanej prístupu/dostupnosti, poukážeme na pokrivené vnímanie tohto pojmu a pomenujeme faktory, priamo znižujúce prístup/dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Problému efektívnosti slovenského zdravotníctva sa venujeme v šiestej kapitole. Ako si ukážeme, systém je svojou vnútornou konštrukciou priamo predurčený na nízku efektívnosť, čo sa v konečnom efekte prejavuje v neúčelnom mrhaní obmedzených zdrojov. Dôsledkom je nízky objem súkromných zdrojov a postupný pokles kvality poskytovaných služieb.

Kvalite sa venujeme v siedmej kapitole a ukazujeme na závažnú súvislosť; kvalita (poskytovaných služieb v zdravotníctve) je kombináciou funkcie zdrojov a motivačných faktorov.

Rozdeleniu finančného bremena sa podrobne venujeme v ôsmej kapitole. Systém je nastavený na 100% solidaritu<sup>21</sup>, čo je z hľadiska finančnej ochrany významné pozitívum, avšak zároveň zanecháva fatálne dôsledky v nízkej efektívnosti a nízkej kvalite poskytovateľov.

Mizerná štruktúra a neudržateľná výška nákladov, ktorým sa venujeme v deviatej kapitole, sú najčastejšie skloňovanou príčinou kolapsu nášho zdravotníctva. Dôsledkom je deficitné hospodárenie systému a extrémny rast dlhu.

<sup>21</sup> To neznamená, že je reálne 100% solidárny. Občania už aj dnes individuálne platia 6 miliárd korún rôznych príplatkov za lieky, pomôcky atď. Plná solidarita "každého s každým a so všetkým" je daná súčasťou (stále socialistickou) filozofiou princípu poskytovania zdravotnej "starostlivosti".

## PIATA KAPITOLA

### Prístup/dostupnosť

Pojem prístup má viacero dimenzií. Po prvé, často je vnímaný podľa druhu a počtu ponúkaných služieb v určitom regióne. V tomto prípade je teda prístup stotožnený s fyzickou dostupnosťou. Po druhé, prístup môžeme interpretovať ako užitie. Rozumieme pod ním hospitalizácie či návštevy u pacienta, merané na hlavu v rôznych populačných skupinách. Zrejme najdôležitejšie je chápanie prístupu ako efektívnej dostupnosti, ktorá zohľadňuje polohu, náklady, čas potrebný na cestovanie, čakacie doby, správanie sa poskytovateľov či otváracie doby<sup>22</sup>.

Vnímanie prístupu/dostupnosti ako pomocného cieľa<sup>23</sup>, teda ako nástroja na dosiahnutie lepšieho zdravotného stavu, nemá vôbec triviálne následky. Napríklad tvrdenie, že každé mesto "by malo mať" určité zariadenia a poskytovať určité služby – lebo je to "spravodlivé" – je prinajmenšom nepresvedčivé, ak takého zariadenia či služby nie sú súčasťou nákladovo-efektívneho plánu zabezpečenia minimálnych cieľov zlepšovania zdravotného stavu. Ak je regionálne centrum z hľadiska aktuálneho využitia a časových nákladov pacientov vhodnejšie ako lokálne, je efektívnejšie prevádzkovať ho regionálne. Dôležitá je totiž distribúcia výsledkov a nie výstupov.

Nedostatok/prebytok zariadení, oddelení a služieb<sup>24</sup> je problémom jedine vtedy, ak sú neuspokojivé výsledky.

Schéma 4

#### Prvý problém

##### Problém:

1. Nedostatočná efektívna dostupnosť

##### Príčiny:

1. Centrálné riadenie rezortu zdravotníctva
2. Nerovnosť šancí a mäkké rozpočtové obmedzenie
3. Pasivita zdravotných poisťovní
4. Pasivita a pretrvávajúci socializmus v správaní pacienta

##### Dôsledok:

1. Korupcia
2. Prebytok kapacít, lebo hraniční (neefektívni) poskytovatelia nie sú vytlačení z trhu

Zdroj: autori

Toto zároveň implikuje tvrdenie, že samotné kapacity a ich využitie nemôžu byť predmetom identifikácie problému, ktorým sú slabé výsledky, ale musíme ich vnímať ako dôležitý faktor vysvetľujúci tieto neprijateľné výsledky.

#### Centrálné riadenie rezortu zdravotníctva

Zdravotníctvo je centrálné riadené ministerstvom zdravotníctva. Do jeho monopolu spadajú rozhodujúce kompetencie:

1. **Stratégia a manažment zdravotníctva.** Viac ako 10 ročný absolútny monopol Ministerstva zdravotníctva SR na prípravu a realizáciu rôznych, často protichodných "reforiem", zanechal na slovenskom zdravotníctve nesmierne škody. V systéme naďalej pretrváva "socialistická" forma, reformy sa dotkli len čiastkových oblastí a keďže neboli komplexné, ich efekt rýchlo vyprchal.
2. **Riadenie štátnych zdravotníckych zariadení.** Manažment štátnych lôžkových zariadení je priamo nominovaný MZ SR. Takíto manažéri – byrokrati – nemajú žiadnu kontrolu nad vstupmi, ako sú napríklad ľudské zdroje alebo fyzický kapitál a zároveň nenesú žiadnu zodpovednosť za výstupy a hospodársky výsledok. Výsledkom je deficitné hospodárenie lôžkových zariadení, nízka kvalita služieb a nízka efektívnosť.
3. **Štátny dozor.** Jeho postavenie je paradoxné, lebo štátni úradníci vlastne kontrolujú štátnych úradníkov. Jedným z dôsledkov zlyhania štátneho dozoru je bezriziková existencia zdravotných poisťovní.

<sup>22</sup> Teda nie kilometre, ale reálna schopnosť danú službu pre dané ochorenie vôbec poskytnúť.

<sup>23</sup> Ministerstvo zdravotníctva už desať rokov vníma sieť poskytovateľov ako cieľ konečný. Fixná sieť je tak pracovníkmi MZ mylne považovaná za záruku "kvality".

<sup>24</sup> Sem patria časté diskusie o rušení, alebo naopak budovaní nemocníc a oddelení. Obsahovými argumentmi je snaha argumentovať dostupnosťou (fyzickou). Výsledkom je reálne nulové znížovanie počtu nadbytočných kapacít. Tým síce dosiahneme fyzickú dostupnosť, ale nefungujúceho zariadenia, teda zhoršili sme efektívnu dostupnosť. Výsledkom tohto procesu je, že pacienti nakoniec cestujú za službou inde.

#### 4. Rozhodovanie o finančných zdrojoch MZ SR.

Ministerstvo rozhoduje ročne o viac ako 4 miliardách korún. Z hľadiska transparentnosti a efektívnosti je najkritickejšie pridelovanie prostriedkov formou tzv. kapitálových výdavkov<sup>25</sup>, ktoré sú často predmetom korupcie.

#### 5. Tvorba cien pre odmeňovanie PAS, ŠAS a LZZ.

Táto silná kompetencia je jednou z hlavných príčin nízkej efektívnosti nášho zdravotníctva. Do trhu medzi poskytovateľom a poisťovateľom totiž vstupuje štát, ktorý hrubo deformuje cenové mechanizmy a potláča konkurenciu.

#### 6. Tvorba siete zdravotníckych zariadení.

Ministerstvo fixne určuje a centrálnie riadi sieť zdravotníckych zariadení (socialistického charakteru). Vyššie spomenutá cenová regulácia a fixná sieť vlastne neumožňuje trhové čistenie a vytlačenie neefektívnych poskytovateľov z trhu. Dôsledkom je nadbytok a vysoké fixné náklady<sup>26</sup> lôžkových zariadení či nevhodný pomer medzi ambulatnou a lôžkovou starostlivosťou. Zdravotnícke zariadenia teda nie sú rozložené podľa potrieb obyvateľov, ale podľa potrieb ministerstva.

#### 7. Tvorba cien a regulácia liekov.

Nevhodne nastavená regulácia a zbytočná kategorizácia liekov spôsobuje extrémnu spotrebu liekov a neprimerané stúpanie nákladov na ich zabezpečenie.

#### 8. Tvorba tarifných miezd.

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

Takéto riadenie sa vyznačuje nízkou flexibilitou, neadekvátnymi reakciami na problémy, vysokou mierou regulácie a vysokým objemom korupcie. Systém ešte viac deformuje fakt, že nie sú dodržané rovnaké pravidlá hry pre všetky subjekty<sup>27</sup>.

### **Nerovnosť šanci a mäkké rozpočtové obmedzenie**

Týka sa to predovšetkým nerovnosti v znášaní rizika. Štát totiž garantuje 100% platobnú schopnosť dvoch štátom riadených<sup>28</sup> zdravotných poisťovní<sup>29</sup> a ručí za všetky dlhy všetkých nemocníc<sup>30</sup>. Stačí pripomenúť, že dve štátne poisťovne poisťujú asi 80% poistencov a zo všetkých lôžkových zariadení sú len tri neštátne, a aj tie sú prudko diskriminované.

Celý systém zdravotníctva sa oproti tzv. normálnym odvetviam pohybuje v mäkkom rozpočtovom obmedzení. To sa vyznačuje udeľovaním výnimiek zo strany štátu aj takých prípadoch, keď sú zjavne porušené zákony, v niektorých prípadoch aj ústava. Medzi najzrejmšie prípady mäkkého rozpočtového obmedzenia môžeme uviesť:

1. Zdravotné poisťovne a štátne nemocnice neznášajú žiadne finančné riziko.
2. Sústavné poskytovanie finančných výpomocí zdravotným poisťovniam<sup>31</sup>.
3. Neustále oddlžovanie lôžkových zariadení a zdravotných poisťovní<sup>32</sup>.
4. Udeľovanie výnimiek z exekúcií a konkurzov.
5. Účelové a selektívne poskytovanie dotácií.
6. Nevynucovanie zaužívaných účtovných štandardov a postupov.

<sup>25</sup> Ide o 2 miliardy korún na príspevky štátu prevažne nemocniciam, určené na nákup zvlášť drahej techniky.

<sup>26</sup> Fixné náklady v nemocniciach sú dnes vyše 90%, v niektorých nemocniciach dokonca iba náklady na mzdy prekročujú 100% a nemocnice sú schopné vyplácať necelé mzdy vo forme záloh. Pre porovnanie v krajinách EÚ sú okolo 20–30%!

<sup>27</sup> Dokonca nie všetky subjekty majú rovnakú možnosť a nie sú si rovné ani pred zákonom.

<sup>28</sup> Formálne sú poisťovne verejnoprospešné inštitúcie, keďže však štát ručí za solventnosť Všeobecnej a Spoločnej poisťovne preberá viac menej aj ich rozhodovacie právomoci.

<sup>29</sup> Zároveň však v prípade platobnej neschopnosti môže dofinancovať aj súkromné zdravotné poisťovne.

<sup>30</sup> Okrem troch súkromných.

<sup>31</sup> Oficiálne ide o takzvané návratné pôžičky zo ŠR, reálne ide o t.č. už o 4,4 miliárd korún, ktoré nikto nikdy neuvidí, suma týchto pôžičiek ročne narastá.

<sup>32</sup> Najčastejšie zo štátneho rozpočtu, najnovšie jedinečnými zdrojmi z privatizácie.

Rozdiely medzi štátnymi a neštátnymi nemocnicami zhrnul vo svojom článku riaditeľ jednej neštátnej nemocnice nasledovne (Križan, 2001):

1. Štát chráni štátne nemocnice pred likvidáciou aj v prípadoch, pre ktoré ukladá zákon súkromnej spoločnosti vstup do konkurzu.
2. Neštátne nemocnice musia v určených termínoch uhrádzať faktúry (štátnych podnikov) za elektrinu, plyn, vodu, poštovné, ako aj poistné a odvody do fondov. Účelové dotácie sú však určené len na oddĺženie mnoho rokov neplatiacich štátnych nemocníc.
3. Neodvedenie poistného a daní je trestné. V prípade štátnych subjektov vláda prijíma uznesenia o "oddĺžení" namiesto trestného oznámenia.
4. Vyše 30 % príjmov z verejných zdrojov zdravotného poistenia sa vracia späť do fondov alebo štátneho rozpočtu!
5. Nad rámec aktuálne platného cenového opatrenia si zdravotné poisťovne osobujú právo na regulatívny zásah, ktorým jednostranne neoprávnene znižujú výnosy neštátnych nemocníc pod hranicu preukázateľne oprávnených nákladov.
6. Neštátne nemocnice kryjú účtovnú položku odpisov realizáciu jednoduchej reprodukcie. Štátne nemocnice odpisy väčšinou len evidujú a ich účtovnou hodnotou kompenzujú časť spotreby.
7. Súkromné nemocnice nemajú prístup k investičným zdrojom štátneho rozpočtu. Investičný rozvoj ani jeho príslušenstvo (napr. úroky, lízingové poplatky) nie sú súčasťou kalkulovanej ceny zdravotníckych výkonov. Zakladateľ neštátneho zdravotníckeho zariadenia tak musí znášať náklady, ktoré v prípade štátnych zdravotníckych zariadení znáša štát. Napriek proklamáciám o podpore zahraničných investícií nie je vypracovaný postup, ktorý by finančnou kompenzáciou zohľadnil vstup zahraničných zdrojov do zdravotníckej činnosti.

### **Pasivita zdravotných poisťovní**

Už sme naznačili, že finančné riziká zdravotných poisťovní znáša štát. Navyše, štát poisťovniam garantuje správny fond vo výške 4% z vybraného poistného. Na hospodárení zdravotných poisťovní sa nulové znášanie rizika odzrkadľuje v dvoch rovinách:

1. Neplnia svoju základnú úlohu, ktorou je aktívne nakupovanie efektívnych zdravotných služieb v mene

pacientov. Nezáujem o vlastný hospodársky výsledok nemotivuje poisťovne k vyvíjaniu dostatočného tlaku na efektívnejšie hospodárenie poskytovateľov, čo by sa logicky odrazilo na štruktúre poskytovateľov, zodpovedajúcej reálnym potrebám klientov.

2. Plnia len redistribučnú funkciu, čiže plošne alokujú vyzbierané finančné prostriedky podľa ministerstvom určených podmienok<sup>33</sup>.

Na pasívnom postavení zdravotných poisťovní v rámci systému je tragické to, že im tento stav maximálne vyhovuje. Oháňajúc sa sloganom "garantujeme záujmy pacienta" sa však tvrdo bránia práve takým zmenám, ktoré by viedli ku skutočnému posilneniu záujmov pacienta a oveľa vyššej zodpovednosti zdravotných poisťovní.

### **Pasivita a pretrvávajúci socializmus v správaní pacienta**

Štát všetkým občanom garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť, čo priamo deformuje ich správanie<sup>34</sup>.

Pacienti nie sú vystavení žiadnym hraničným nákladom a medzi skutočne vynaloženými nákladmi za poskytnutie zdravotných služieb a finančným bremenom nie je žiadny vzťah, čo sa prejavuje:

1. neohraničenou spotrebou,
2. dôrazom na liečbu (ktorá je drahá), nie na prevenciu (ktorá je lacná),
3. vysokou mierou korupcie, ktorou si pacienti nakoniec zabezpečujú prístup k "bezplatným službám".

<sup>33</sup> V zásade pridelujú zdroje na základe akýchsi potrieb nemocníc a podľa "svojich" finančných možností.

<sup>34</sup> Bližšie sa tomuto problému budeme venovať pri otázkach Liečebného poriadku. V princípe ide o to, že v § 40 Ústavy SR je povedané, že občan má právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú podľa osobitných zákonov. Rozsah poskytnutej starostlivosti potom logicky určujú tieto zákony, ide hlavne o Liečebný poriadok. Minister Kováč sa zakrýva za rozhodnutia Ústavného súdu hlavne 7 a 8/94. Tieto rozhodnutia však iba namietali fakt, že Liečebný poriadok bol pôvodne vydaný ako nariadenie vlády, čo je v rozpore s ústavou, lebo nebol prijatý parlamentom schváleným zákonom. To bolo napravené v roku 1995, teda rok po vzniku poisťovní bol prijatý ústavou predpísaný zákon. To, že zákon o Liečebnom poriadku určuje prakticky 100% rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti je teda politický problém. Že tomu je tak, svedčí aj fakt, že pri veľkej novele Ústavy ministerstvo nepredložilo návrh na vloženie slovíčka v rozsahu, pred slovo bezplatne, čo by uspokojilo aj väčších právnych puristov ako je Roman Kováč.

### Korupčný trh

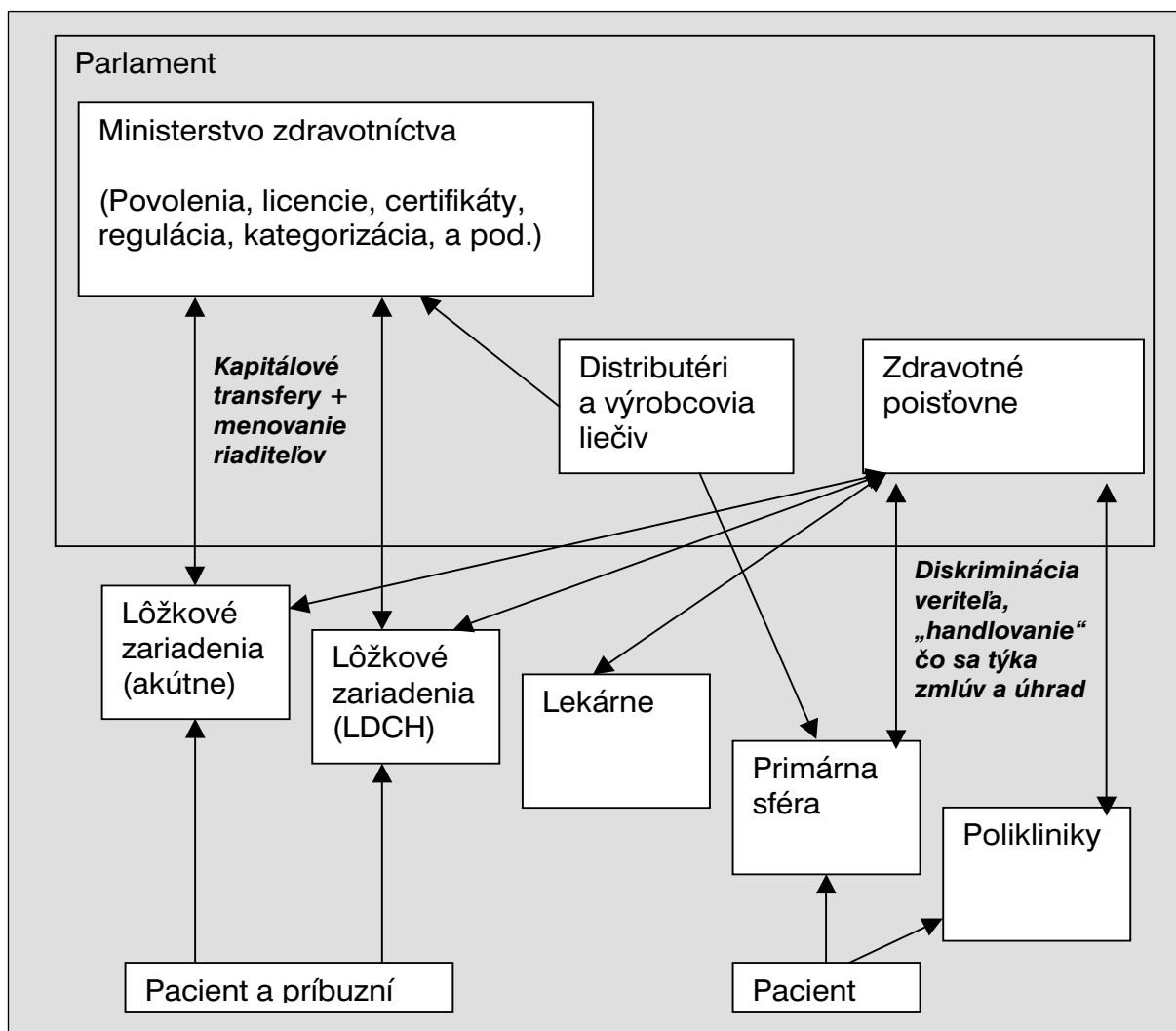
Slovenské zdravotníctvo podľa Ústavy a bývalých, socialisticky nastavených zákonov, garantuje každému občanovi bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Občan teda podľa zákona musí dostať "všetko" za "nič". Samozrejme, takého nastavenie systému okamžite vyvoláva viaceré deformácie ako na strane dopytu, tak aj na strane ponuky. Jednou z takýchto najmarkantnejších postsocialistických deformácií je prebytočný dopyt a prebytočná ponuka bez oficiálnej možnosti ekonomicky sa "čistiť" (takzvaný market cleaning). Nástrojom "čistenia" prebytočného dopytu a ponuky sa v tomto nefungujúcom systéme stávajú neformálne platby<sup>35</sup>, ktoré takto nepriamo a neoficiálne podmieňujú efektívnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Neformálne platby nemôžeme obmedzovať len na kontakt samotného pacienta s lekárom. Neformálne platby fungujú medzi všetkými vrstvami systému a vytvárajú korupčný trh (schéma 5), ktorý nahrádza nefunkčné či (v prípade Slovenska absolútne neexistujúce) trhové vzťahy medzi jednotlivými subjektmi v sektore zdravotníctva. Najčastejšie sa hovorí o korupcii medzi pacientom a zdravotníkom (týka sa státisícov ľudí na jednej alebo druhej strane). Treba jasne povedať, že ďaleko nebezpečnejšia je takzvaná sofistikovaná alebo neverejná korupcia, ktorá sa týka výrazne menšieho počtu ľudí (niekoľko sto, možno tisíc), ale s výrazne väčšími čiastkami.

<sup>35</sup> Termín, ktorý používa Svetová banka pre korupciu. V texte však budeme používať aj ďalší zaužívaný termín osobná renta (u príjemcu korupcie).

Schéma 5

### Korupčný trh



Zdroj: Pažitný, Zajac, 2001



Pri problematike korupčného trhu na Slovensku nám zostáva objasniť ešte dve otázky. Aký veľký je objem korupcie a ktoré transakcie, resp. statky sa stávajú predmetom korupcie.

### Objem korupcie

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

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

Vzhľadom na luxusnú povahu statkov zdravotnej starostlivosti (príjmová elasticita dopytu je vyššia ako jedna) predpokladáme, že objem korupcie v zdravotníctve určite prevyšuje danú kvótu 15%. Celkový objem korupcie vo výške 12 mld. Sk, podporený uvedenými argumentmi, preto považujeme za reálny. V prepočte na obyvateľa tento objem predstavuje 2222 Sk ročne, čiže 186 Sk mesačne.

### Motívy a predmety korupcie

Motívov korupcie je viac, principiálne však vyplýva z organizovania "bezplatnosti" zdravotníctva. Na strane pacientov má korupčné správanie tri hlavné motívy. Prvým je získanie určitej dodatočnej výhody, napr. skrátenie čakacej doby, výber operujúceho chirurga a pod. Druhým je získanie prístupu k liečbe, ktorá by mala byť poskytovaná elementárne, ale z dôvodu limitovaných zdrojov a zlého motivačného systému platobných mechanizmov je danej liečby nedostatok<sup>36</sup> a keďže nefunguje normálny trh, tak je poskytovaná na korupčnom trhu. Treťou je tradícia, vyplývajúca z pocitu vďačnosti<sup>37</sup>.

Na strane zdravotníkov, hlavne v štátnych zariadeniach, je korupcia výsledkom (okrem iného) aj zlej osobnej finančnej situácie. Lekári, ale aj iní zdravotnícki pracovníci, si dodatočnými neformálnymi príjmami vylepšujú svoju finančnú situáciu. V nemocniciach sú platy zdravotníkov postavené na princípe plošných miezd, ktorých výška závisí od veku a kvalifikácie pracovníka a nie od vykonanej práce. Potom sa aj dostupná služba umelo stáva nedostupnou, aby "vyprovokovala" pacienta stimulovať poskytovateľa. Do tejto kategórie patrí aj takzvaná "ochota" alebo "neochota" lekára, sestry, laboranta, sanitkára atď. Celý systém správania sa zdravotníkov v špecifickom nemocničnom prostredí<sup>38</sup> je nastavený na „všímné“ a „vďačnosť“, teda skôr na vytvorenie prostredia, nútiaceho k aktivite pacienta odovzdať úplatok a navonok ku kvázi pasivite personálu na jeho prijatie<sup>39</sup>. Čo je nebezpečné na tejto korupcii, je jej masovosť a isté zakrývanie tejto korupcie takzvanou vďačnosťou ako slovenskou tradíciou<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Napríklad operácia očnej katarakty, implementácia kĺbových náhrad.

<sup>37</sup> Táto interpretácia je veľmi zvláštna, treba sa spýtať na dnešnú tradíciu "vďačnosti" vo fungujúcich autoservisoch.

<sup>38</sup> Už návšteva zdravotníckeho zariadenia a očakávaná "neprijemnosť" zdravotníckych úkonov stavia pacienta do výrazne submisívneho a nerovnoprávneho postavenia.

<sup>39</sup> Výrazne menej často sa stretávame s aktívnym bezprostredným vymáhaním neformálnej úhrady, napríklad vo forme "musíš dať inak nedostaneš".

<sup>40</sup> Proti tejto zvrátenej logike akejsi národnej tradície vďačnosti stojí jednoduchá logika, že každý človek na svete ak už musí, tak rád platí iba vtedy, keď vie za čo (konkrétne) a nie za to, že je "situácia".

Sofistikovaná korupcia je obmedzená na úzku skupinu ľudí, ktorí buď dokážu nefungujúci systém dokonale využívať vo svoj prospech, alebo dokonca majú moc a kompetencie zabezpečiť nefungovanie systému.

Do tejto kategórie patria hlavne neformálne úhrady a služby<sup>41</sup>:

1. lekárov primárnej sféry za uzavretie zmluvy s poisťovňou, alebo za skoršie úhrady výkonov,
2. lekární poisťovniam za prednostné uhradenie faktúr,
3. dodávateľov tovarov a služieb do nemocníc za dodávky tovarov a následne za uhradzovanie faktúr,
4. výrobcov a distribútorov liekov a špeciálneho materiálu za zaradenie do I. (plne hradenej) kategórie,
5. štátnych nemocníc za pridelovanie kapitálových transferov na nákup ťažkej techniky a nemožno vylúčiť aj menovanie na post riaditeľa nemocnice<sup>42</sup>,
6. dodávateľov ťažkej techniky za predaj (finančne krytý kapitálovými transfermi štátu),
7. poslancov parlamentu za zmeny v zákonoch (spravidla pri predkladaní noviel),
8. poisťovní, ktoré investujú miliardy do budov a informačných systémov.

Nemôžeme nespomenúť iný typ korupcie, a to politickej. Ide o to, že politici, zodpovední za nefunkčnosť systému, sa veľmi radi stavajú do role "ochrancov", pričom si neuvedomujú paradoxnosť<sup>43</sup> svojho postavenia. Majú pocit, že tým získajú politické body. Toto môže platiť len do istej miery zlyhávania systému. Ak táto miera prekročí prahovú hodnotu (a u nás je citlivosť tohto prahu veľmi nízka), politici miesto politických bodov strácajú svoju legitimitu.

Túto smutnú časť môžeme ukončiť konštatovaním, že typickou vlastnosťou socializmu bolo mať systém služieb, ktoré nefungovali, a tak sa vytvorili podmienky, aby občan, ktorý sa služieb dožaduje, ich dostal, iba ak za ne zaplatí (neformálne). Tak sa stane táto služba dodatočnou výhodou<sup>44</sup>.

<sup>41</sup> Stále sa stretávame s klasickým bártrovým princípom "urob ty mne, urobím ja tebe".

<sup>42</sup> V rámci pravidelných konkurzov (po zmene vlády po voľbách) sa tieto miesta "pridelujú svojim" po tvrdom, často nekorektnom boji.

<sup>43</sup> Liečia to, čo zapríčinili

<sup>44</sup> Ide o voľnú parafrázu citátu A. Krátkého, za ktorý je trestne stíhaný.

## ŠIESTA KAPITOLA

### Efektívnosť

Z ekonomického hľadiska pod technickou efektívnosťou rozumieme situáciu, keď sa z daného objemu vstupov snažíme vyťažiť maximálne množstvo výstupov, alebo chceme rovnakú výšku výstupu dosiahnuť znižovaním vstupov. Technická efektívnosť je tak primárne záležitosťou manažérov, s dôrazom na otázku: ako produkovať<sup>45</sup>.

Pod alokatívnu efektívnosťou rozumieme rozhodnutie na systémovej úrovni o tom, čo produkovať. Znamená to odpoveď na otázku, aký súbor výstupov najlepšie maximalizuje spokojnosť zákazníkov<sup>46</sup>. V zdravotníctve to predstavuje problém nákladovej efektívnosti – navrhnuť taký súbor služieb, ktorému budú zodpovedať najväčšie prínosy zdravotnému stavu.

Efektívnosť teda vyjadruje vzťah medzi nákladmi a želanými výstupmi. Pokiaľ nebude zdravotný systém technicky aj alokatívne efektívny, tak bude dosahovať menej želaných cieľov, ako by to bolo v optimálnom prípade. Neefektívny systém (schéma 6) znamená plytvanie vzácnymi zdrojmi a toto plytvanie potom neumožňuje premeniť všetky vstupy na želané výstupy.

Schéma 6

#### Druhý problém

##### Problém:

1. Nízka alokatívna efektívnosť
2. Nízka technická efektívnosť

##### Príčiny:

1. Nemotivačne nastavené parametre systému zdravotného poistenia
2. Nemotivačne nastavený systém platobných mechanizmov v ambulantnej sfére
3. Štátne vlastníctvo a pretrvávajúce socialistické praktiky v lôžkovej sfére
4. Nevhodne nastavený systém znášania rizika medzi jednotlivými subjektmi

##### Dôsledky:

1. Plytvanie zdrojmi
2. Uprednostňovanie vyhľadávania renty pre tvorbu zisku
3. Extrémne vysoký dlh

#### Nemotivačne nastavené parametre systému zdravotného poistenia

Spôsob financovania slovenského zdravotníctva sa, podobne ako v Českej republike (aj po rozdelení republiky), orientovalo na poisťovací systém.

V roku 1994 bol prijatý zákon 273/1994 o zdravotnom poistení. Postupne začalo na trhu fungovať 13 zdravotných poisťovní, avšak z tohto počtu v súčasnosti funguje iba päť.

Súčasný systém zdravotných poisťovní, financovaný z verejných zdrojov, sa vyznačuje viacerými deformáciami.

1. Zdravotné poisťovne neznášajú žiadne finančné riziká<sup>47</sup> a majú garantovaný 4% správny fond.
2. Napriek výrazným rozdielom vo výške platby za zdravotné poistenie systém každému občanovi poskytuje rovnakú úroveň celej zdravotnej starostlivosti, čo má naplňovať princíp "solidárnosti". Nevýhodou takéhoto poňatia solidárnosti je jej časté zneužívanie<sup>48</sup>.
3. Zdravotné poisťovne, ktorých je spolu päť, zabezpečujú financovanie úplne rovnakej úrovne zdravotnej starostlivosti svojim poistencom, čím pluralita zdravotných poisťovní nadobúda deklaratívny charakter.
4. Systém nevhodne kombinuje prerozdelenie príjmov (platby štátu za "svojich" poistencov) a prvky sociálneho poistenia (odvody).

<sup>45</sup> Naši zdravotnícki manažéri požadujú na zvýšenie efektívnosti zvyšovanie vstupov pri ponechaní, alebo znížení výstupov.

<sup>46</sup> Samozrejme, že v našom prípade ide o pacientov, ale termín "zákazník alebo odberateľ" je výstižnejší v ekonomickom poňaní problému.

<sup>47</sup> Hoci formálne sú verejnoprospešné, znášajú rizika štátneho podniku, teda žiadne.

<sup>48</sup> Z verejných zdrojov možno garantovať základnú solidárnosť, teda financovanie tzv. nepoistiteľného rizika.

Zdroj: autori

5. Lekári v primárnej sfére negatívne vymedzujú zdravotné poisťovne, čo sa prejavuje odporúčením pre poistencov, aby sa prepoistili do tých zdravotných poisťovní, ktoré aspoň do určitej miery uhrádzajú služby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť<sup>49</sup>.
6. 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. Špecializovaná ambulancia starostlivosť je zasa obmedzovaná vo svojich výkonoch, a teda sa prispôsobuje výške finančného krytia<sup>50</sup>.
7. Spôsob platenia lôžkových zariadení neumožňuje zaviesť prvky ekonomickej efektivity, založenej na princípe konkurencie, súťaže v uchádzaní sa o pacienta ako jediného "nositeľa" zdrojov za poskytované služby.

Ešte na začiatku poisťovacieho systému, keď vznikali rezortné a občianske poisťovne, bola situácia iná. Niektoré zdravotné poisťovne ponúkali svojim poistencom "nadštandard", ak za štandard môžeme považovať ponuku Všeobecnej zdravotnej poisťovne.

Občania tak skutočne mali pocit, že medzi poisťovňami rozdiel je. Súčasných päť "poisťovní" je pohrobkom bývalých trinásť (tabuľka 1), pričom od roku 1995 si prostredníctvom prerozdelenia účtu na základe vekovej štruktúry a koeficientu rizika medzi sebou prerozdeľujú finančné prostriedky.

Prerozdelenie vybraných finančných prostriedkov<sup>51</sup> medzi zdravotnými poisťovňami sa uskutočňuje prostredníctvom osobitného účtu prerozdelenia. Dôvodom na zavedenie prerozdelenia bola nerovnaká štruktúra aktívnych a neaktívnych poistencov jednotlivých poisťovní, avšak od začiatku jeho fungovania v roku 1995 je jeho existencia predmetom viacerých sporov, pričom sme identifikovali tri hlavné problémy, spojené s jeho súčasným nastavením.

<sup>49</sup> Menšie poisťovne napríklad neobmedzujú počet bodov lekárom ŠAS, ale súčasne ich žiadajú, aby "nenaberali" pre nich nových pacientov.

<sup>50</sup> Ide o takzvaný systém objednávania výkonov – limity bodov, ktoré mesačne kontrahuje poisťovňa. Lekári ŠAS robia len do výšky objednaných bodov.

<sup>51</sup> Na základe indexu rizika, ktorý zohľadňuje štatistické náklady v korelácii s vekom poistenca. Najlacnejšia je 20 ročná žena = index rizika 1 a najdrahší sú dôchodcovia = index rizika 6 a deti do troch rokov = index rizika 3

Tabuľka 1

**Splynutia jednotlivých zdravotných poisťovní v rokoch 1995 – 1999**

Názov	Dátum vzniku	Dátum zániku	Počet poistencov					
			január 95	január 96	január 97	január 98	jún 99	
Prvá východoslovenská ZP*	október 95	december 96			36 000			
ZP Medipharma*	október 95	december 96			10 000			
Družstevná ZP Druzap**	máj 95	január 97		80 582	232 000			
Zdravotná poisťovňa Perspektíva**	máj 95	január 97		37 548	188 000			
Perspektíva, družstevná ZP***	február 98	jún 99				585 000		
Všeobecná zdravotná poisťovňa	november 94		5 178 164	4 301 555	2 816 000	2 775 000	3 557 627	
Zdravotná poisťovňa VŽP****	január 95	april 97		283 669	467 000			
ZP Dôvera	január 97	april 97			1 400			
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera	máj 97					438 000	393 977	
Chemická zdravotná poisťovňa Apollo	január 95			229 665	597 000	512 000	480 642	
Železničárska ZP Garant *****	október 94	jún 98	61 526	114 564	172 000	199 000		
Vojenská zdravotná poisťovňa *****	júl 94	júl 98	70 879	109 453	209 000	239 000		
Poisťovňa Ministerstva vnútra SR *****	november 93	jún 98	45 638	100 678	242 000	273 000		
Spoločná ZP	júl 98						701 943	
Slovenská hutnícka ZP Sideria *****	máj 95	január 98		88 015	205 000			
ZP Zamestnanecká istota *****	marec 95	január 98		20 815	206 000			
Združená ZP Sideria – Istota	február 98					602 000	431 265	

Zdroj: Top Trend 1995 – 2000

\*Poistencov prebral Druzap, \*\*Poistencov prebrala Perspektíva, \*\*\*Poisťovní bola odňatá licencia a poistencov prebrala Všeobecná zdravotná poisťovňa, \*\*\*\*Zlúčenie – Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera, \*\*\*\*\*Zlúčenie – Spoločná ZP, \*\*\*\*\*Zlúčenie – Združená ZP Sideria – Istota

- Postupné zvyšovanie objemu prerozdelených zdrojov na 100 % vybraného poistného spôsobilo, že z tohto dotačného mechanizmu profitujú tie zdravotné poisťovne, ktoré majú nevýhodný poistný kmeň<sup>52</sup>. Mechanizmus prerozdelenia účtu je totiž založený na redistribúcii vybraného poistného z poisťovní s vysokým podielom aktívneho obyvateľstva, ktoré má nízky index rizika, do poisťovní s nevyhovujúcim poistným kmeňom (najmä deti do troch rokov a občania nad 60 rokov), ktorí majú vysoký index rizika (a tým vysoké náklady spojené s ich liečbou). 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).
- Často sa meniace pravidlá prerozdelenia. Hlavnými prvkami prerozdelenia je index rizika a početnosť určitej vekovej skupiny a percento z objemu vybraného poistného (najprv 60 % z vybraného poistného, čo nestačilo, od roku 1996 už 80 %, v roku 1997 kleslo na 75 %, potom na 70 % až na 65 %. V súčasnosti je na 100 %). Žiaľ oba faktory sa z roka na rok prudko menili, čím nebola zabezpečená stabilita prostredia. Jednotlivé zdravotné poisťovne tak nemajú šancu poskytovať svojim poistencom úhradu niektorých nadštandardných výkonov, pretože dodatočné prostriedky sú odčerpávané poisťovňami s prevahou nákladových, zväčša štátnych poistencov, za ktorých štát platí minimálne poistné.
- Správa a administrácia tohto účtu so svojimi tranzitívnymi nákladmi nie je vyvážená efektom<sup>53</sup>.

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

Nízka alokatívna a technická efektívnosť, ústiaca do deficitného financovania a rastu dlhu, je navyše posilnená nemotivačným postavením poisťovní, čo je výsledkom zlej legislatívy, ktorá ich nenúti lepšie a kvalitne hospodáriť. Chýba tlak reálnych financií v konkurenčnom prostredí poskytovateľov znižovať ceny služieb. Za daného objemu peňazí poisťovne nedokážu a ani nechcú vyvolať viac outputu, pretože nie sú závislé od zisku, neznášajú žiadne podnikateľské riziko<sup>54</sup>, jednoducho nemajú motiváciu. Ich činnosť sa zjednodušila na prostoduchý výber financií a komplikovanú redistribúciu. Naše kritické postoje voči zdravotným poisťovňam sumarizuje tabuľka 3. Výsledkom chaotického, často sa meniaceho a nemotivačne nastaveného systému zdravotných poisťovní, je dlh celého systému zdravotníctva.

Tabuľka 3

**Čo dnes najviac vyčítame súčasným zdravotným poisťovňam?**

- Nie sú to skutoční nákupcovia služieb
- Nerozhodujú dostatočne o štruktúre výdavkov
- Nenakupujú efektívne zdravotné plány
- Neznášajú podnikateľské riziko
- Nepodliehajú nezávislej kontrole a auditu
- Netlačia na alokatívnu efektívnosť – sú pasívne
- Nič nemotivuje poisťovne znižovať náklady na zdravotnú starostlivosť.

Zdroj: autori

<sup>52</sup> Sú známe prípady, keď zmluvní zástupcovia poisťovní, ktorí "zháňali klientov", si vymýšľali rodné čísla z dátumov narodení mŕtvych ľudí, ktoré vyčítali na náhrobných kameňoch.

<sup>53</sup> Je známe, že Spoločná poisťovňa odstavila úhrady na prerozdelenie účtu argumentujúc tým, že jej neplatia štátne železnice, a teda nemá prečo prerozdelať za poistencov štátu, navyše ľudí s vysokým indexom rizika.

<sup>54</sup> Má ho štát, ktorý "ručí" za ich solventnosť.

### Nemotivačne nastavený systém platobných mechanizmov v ambulantnej sfére

#### Sieť ambulantlych zdravotníckych služieb

Starostlivosť o ambulantlyho pacienta zabezpečuje:

- **PAS:** primárna ambulantly starostlivosť (lekár: detský, všeobecný, gynekológ, stomatólog)
- **ŠAS:** špecializovaná ambulantly služba (lekár: napr. očný, kožný, ortopéd, plast. chirurg, krčný)
- **SVALZ:** Spoločné liečebné a vyšetrovacie zložky (hlavne biochemické laboratória, röntgen, rehabilitácia)
- **Verejné lekáre:** pre obyvateľov
- **Polikliniky:** spoločné pracoviská lekárov PAS, ŠAS a SVALZ, spravidla v jednej budove
- **ADOS:** agentúry domácej ošetrovateľskej služby – sestry (nie z nemocníc), ktoré ošetrojú pacientov doma

Tabuľka 4

#### Počty pracovníkov v jednotlivých segmentoch ambulantnej sféry

Segment ambulantnej sféry		Počet
Lekári PAS	Všeobecní	cca 3 000
	Gynekológovia	cca 500
	Detskí	cca 800
	Stomatológovia	cca 800
Lekári ŠAS		cca 1 600
Sestry a nižší zdrav. personál		cca 10 000

Zdroj: MZ SR

Pretrvávajúci socializmus sa v primárnej sfére prejavuje v nasledovných oblastiach:

1. nemotivačne odmeňovanie zdravotníkov,
2. pevne stanovený počet poskytovateľov, často s prvkami monopolu,
3. neexistujúca reálna slobodná voľba poskytovateľa,
4. nulová konkurencia poskytovateľov.

Tabuľka 5

#### Zabezpečenie primárnych služieb lekářskymi miestami a výška kapitácie

Ambulancie lekářov	Lekárske miesta v roku 1999	Počet obyvateľov v kmeni na lekářské miesto v roku 1999*	Výška kapitačnej sadzby v Sk k 30.6.2001**	Orientačná výška priemerného mesačného výnosu v Sk***
Praktické pre dospelých	2 121,25	1 873	35,0	65 555
Gynekologické	471,94	2 997	23,8	71 335
Praktické pre deti a dorast	1 201,58	1 187	52,0	61 724

Zdroj: ÚZIS, Zdravotnícka ročenka SR, 1999 a Asociácia súkromných lekářov – ASL SR, 2001

Poznámky: \*Počty sú len priemery a regionálne môžu aj výraznejšie kolísat, \*\*Výška kapitačnej sadzby je priemerná, \*\*\*Od výšky priemerného mesačného výnosu je potrebné odpočítať náklady (mzdové na sestričku, nájomné, sociálne odvody a pod.) a výsledok zdaníť.

### Platobné mechanizmy v ambulantnej sfére

Kým financovanie je zodpovedné za výber zdrojov, systém platobných mechanizmov zahŕňa všetky procesy a inštitúcie, prostredníctvom ktorých sú odmeňovaní jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Tieto platobné mechanizmy vytvárajú dôležité stimuly, na ktoré poskytovatelia citlivo reagujú.

Pri posudzovaní platobných mechanizmov v ambulantnej sfére budeme rozlišovať dve skupiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti: primárna ambulantly starostlivosť a špecializovaná ambulantly starostlivosť. A hoci do primárnej starostlivosti nepatria, pre porovnanie spomenieme aj lekářov v štátnych lôžkových zdravotníckych zariadeniach.

Lekári primárnej ambulantly starostlivosti sú platení formou kapitácie (tabuľka 5). Kapitácia znamená, že lekár za každého zmluvne registrovaného občana dostáva od zdravotnej poisťovne paušálnu platbu, bez ohľadu na skutočne odvedený výkon. Lekár je teda platený za "pripravenosť" poskytovať zdravotné služby. Táto "pripravenosť" má svoje negatíva.

1. Dochádza k presunu nákladov na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, napr. na nemocnice<sup>55</sup>.
2. Lekári nemajú motiváciu poskytovať zdravotné služby a často napriek fyzickej dostupnosti znižujú reálnu dostupnosť pacientov k starostlivosti (zvláštne stanovované otváracie hodiny a pod.),
3. Komplikovaná zmena lekářa a odchod k inému lekářovi (zmluvy sa uzatvárajú na pol roka a sú dosť nepružné).
4. Klesá kvalita poskytovaných služieb.
5. Znižuje sa efektívnosť poskytovaných služieb, lebo za ten istý objem vstupov (zdroje lekářa z kapitácie) dostávajú pacienti menej výstupov (lekár menej lieči).

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

Neštátni lekári špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú platení podľa výkonov, pričom každý výkon je ocenený patričným počtom bodov. Z dôvodu lekármi indukovaného dopytu<sup>56</sup> a limitovaného rozpočtu zdravotných poisťovní sa špecialistom určuje horný limit preplatených bodov. Cena jedného bodu bola ešte v roku 1996 Ministerstvom zdravotníctva stanovená na 30 halierov a odvtedy sa nezmenila. Niektoré zdravotné poisťovne však v rámci „konkurenčného“ boja špecialistom túto sadzbu veľmi mierne valorizujú (napr. na 31 až 34 halierov).

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

1. Ministerstvo v rámci udržania nákladov nie je motivované valorizovať cenu bodu. Zároveň si uvedomuje, že neštátni lekári znášajú všetky finančné riziká osobne a budú musieť zo svojich výnosov efektívne hospodáriť, to znamená šetriť. Paradoxne MZ nie je ochotné preniesť túto vlastnosť na štátom vlastnené nemocnice!
2. Zdravotné poisťovne, viazané cenovým výmerom MF SR (ktorý ale MF SR vydáva na základe podkladov a návrhov MZ SR), pre jednotlivých neštátnych poskytovateľov stanovujú tzv. horné limity s cieľom minimalizovať indukovaný dopyt a udržať rast výdavkov tejto skupiny poskytovateľov. Zároveň tak odhaľujú svoju najväčšiu slabinu, ktorou je nezaujím efektívne alokovať finančné prostriedky<sup>57</sup>. Týmto alibizmom plnia zdravotné poisťovne jedine redistribučnú funkciu a pasívnym postojom sa priamo pričiňujú o negatívnu situáciu v našom zdravotníctve.
3. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – špecialistov tento systém znamená pracovať určitý čas v mesiaci zadarmo, alebo obmedzovať<sup>58</sup> počet ošetrovaných pacientov do výšky objednaných bodov. Body nad rámec horného limitu (poisťovňami

nazývaného aj objednané výkony) totiž zdravotné poisťovne neakceptujú, čím jednostranne porušujú právo na vlastníctvo pohľadávky. Ide o jednu z foriem vzniku nekrytého dlhu.

Štátni lekári sú na Slovensku odmeňovaní platmi, ktoré stanovuje výmer Ministerstva zdravotníctva a ktorý je záväzný pre každého riaditeľa štátneho zariadenia. Manažment štátneho zariadenia tak má prostredníctvom osobného ohodnotenia len veľmi limitovaný vplyv na jeden zo základných vstupných nákladov – na cenu práce. Nedostatočne platení lekári svoj nízky plat kompenzujú vyhľadávaním renty vo forme úplatkov a korupcie.

### **Štátne vlastníctvo a pretrvávajúce socialistické praktiky v lôžkových zariadeniach**

#### **Sieť lôžkových zdravotníckych zariadení**

Všetky lôžkové zdravotnícke zariadenia (LZZ) sú, okrem troch výnimiek, štátne. Neštátne zariadenia sú Onkologický ústav sv. Alžbety a Nemocnica u Milosrdných bratov v Bratislave a NsP Šaca v Košiciach. Poskytovanú zdravotnú starostlivosť v lôžkových zdravotníckych zariadeniach môžeme z hľadiska typu lôžka rozdeliť na:

- a) **akútne lôžko**: ide o všetky lôžka v nemocniciach I., II., III., typu, fakultné nemocnice, národné ústavy, slovenské ústavy a pod.,
- b) **chronické lôžko**: hlavne liečebne dlhodobu chorých (LDCH), ozdravovne, psychiatrické liečebne (nie oddelenia v nemocniciach), detské sanatória,
- c) **iné**: výskumné ústavy (napr. reumatických chorôb v Piešťanoch, endokrinologický v Ľubochni).

<sup>55</sup> Po zavedení kapitácie namiesto bodového systému, okamžite stúpili náklady nemocniciam a nemocniciam s poliklinikou

<sup>56</sup> Vyplyva z informačnej medzery

<sup>57</sup> Aj v dnešnom systéme financovania by poisťovne mohli zaviesť motivačnú zložku úhrady, napríklad v podobe prémie za kompletne ambulantne vybaveného pacienta, čím by znížili náklady na ústavnú starostlivosť. Nikto však nie je motivovaný takýto krok urobiť.

<sup>58</sup> To s častí vysvetľuje dlhé čakacie lehoty napríklad u súkromného očnému lekárovi, ktorý je financovaný na základe zmluvy s poisťovňou a nie na základe priamych úhrad od pacientov

**Akútne lôžka.** Celkový počet akútnych lôžok je približne 37 000 a sú poskytované vo viacerých typoch zdravotníckych zariadení, zhrnutých v tabuľke 6.

Tabuľka 6

### Základné rozdelenie LZZ disponujúcich akútnymi lôžkami

Typ zariadenia	Stručný popis
NsP	Nemocnice s poliklinikou, tam kde sú aj odborné ambulancie
NsP I., II., III. typu	I. typ: od mono-primariátu (iba jedno oddelenie), po 4 základné (detské, chirurgia, gynekológia, interné) sú v malých mestách, Kežmarok, Partizánske, Bánovce
	II. typ: 9 základných odborov (krčné, očné, neurologické atď.)
	III. typ: vyššie služby (psychiatria, balneológia, onkológia, špecializovaná chirurgia atď.)
Fakultné nemocnice	FN Bratislava, DFNSP Bratislava, FN Trnava, FN Martin, FN Košice 2x, SPAM <sup>59</sup>
Národné ústavy	Národný onkologický Bratislava, NUTARCH - Národ. ústav respiračných chorôb a pod.
Slovenské ústavy	SUSCH - Slovenský ústav srdcovo cievnych chorôb a pod.

Zdroj: autori

**Chronické lôžka.** Patria sem hlavne geriatrické liečebne, liečebne dlhodobo chorých, detské sanatória a ozdravovne, psychiatrické liečebne a pod.

V štátnych LZZ je zamestnaných cca 80 000 ľudí. Pomer zdravotníckych a nezdravotníckych je približne 2:1. Podrobnejší prehľad poskytuje tabuľka 7.

Tabuľka 7

### Počet zamestnancov štátnych LZZ

Zdravotníckimi zamestnanci	29.000 sestier
	10.000 lekárov
	13.000 iných
Nezdravotníckimi zamestnanci	28.000 THP a obslužní

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva

### Základné problémy štátneho vlastníctva z teoretického hľadiska

Štátne vlastníctvo a socialisticky nastavený systém odmeňovania manažmentu výrazne znižuje efektívnosť nemocníc. Túto problematiku sa budeme snažiť vysvetliť pomocou cieľovej funkcie socialistického výrobného odvetvia. Postupne ju budeme modifikovať na podmienky tranzitívnych ekonomík, v ktorých je socialistické zdravotníctvo naďalej ponechané, ale okolité trhové prostredie sa výrazným spôsobom odzrkadľuje na riadení a distribúcií rizika v štátnom vlastných nemocniciach.

Výnosy  $R(Q)$  pri danej cene  $P$  a množstve  $Q$  sú dané súčinom  $P \cdot Q$ . Náklady  $C(Q)$  sú dané súčinom jednotkových nákladov  $C$  a množstva  $Q$ . Zisk ako cieľová funkcia (graf 1) súkromného podniku je tak daná rozdielom týchto súčinov:

$$(5.1) \\ \text{Zisk} = P \cdot Q - C \cdot Q$$

Cieľovú funkciu socialistického výrobného odvetvia (Schleifer – Vishny, 1998) môžeme označiť ako

$$(5.2) \\ \text{Renta} = D(Q) \cdot Q - P \cdot Q$$

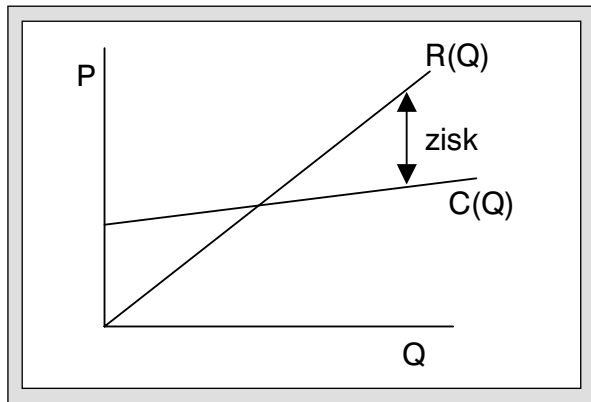
Inverznú dopytovú krivku daného odvetvia označíme ako  $D(Q)$  a oficiálnu cenu zase ako  $P$ . Výraz  $D(Q) \cdot Q$  tak predstavuje výnosy –  $R(Q)$ , ktoré by mohlo poberať každé výrobné odvetvie, ak by sa trh pri výstupe  $Q$  čistil. Náklady na socialistické výrobné odvetvie sa však podstatne líšia od nákladov na súkromné výrobné odvetvie. Skutočná nákladová funkcia, ako jedna z rozhodujúcich funkcií trhovej ekonomiky, však v zdravotníctve do cieľovej funkcie nevstupuje, lebo socialistické odvetvie (Kornai, 1979) sa vôbec nestará o náklady svojich vstupov, keď už pre nič iné, tak prinajmenšom preto, že za tieto vstupy platí štát, ktorý väčšinou zároveň kryje aj všetky straty svojich podnikov. Ak je daň zo zisku takmer 100% a ak existuje plná kompenzácia strát, oficiálne vstupné náklady majú iba nepatrný vplyv na osobný majetok byrokratov a manažérov, pretože ich redukcia ich nijakým spôsobom nemotivuje a ani motivovať nemôže.

Pre manažérov a byrokratov v socialistickom podniku sú jediným skutočným nákladom oficiálne príjmy podniku, čiže  $P \cdot Q$ . Čím je oficiálna cena výstupu vyššia, tým menej ostáva zdrojov na osobnú ekonomickú rentu – úplatky, ktoré môže výrobné aj nevýrobné odvetvie poberať za výstupnú jednotku, a tým vyššie sú skutočné náklady na tento výstup. Pre byrokratov a manažérov tak predstavujú oficiálne zisky faktor, ktorý ich oberá o príjmy.

<sup>59</sup> SPAM: Slovenská akadémia postgraduálnej medicíny - Fakultná nemocnica s poliklinikou (FNsP) Kramáre, určená na výchovu lekárov po skončení školy, I. a II. atestácia.



Graf 1

**Cieľová funkcia súkromného podniku**

Zdroj: autori

Z danej cieľovej funkcie tak vyplýva hlavný bod úvahy (Schleifer – Vishny, 1998). Jediný spôsob, akým môže socialistické výrobné odvetvie produkovať pre svojich manažérov a byrokratov akýkoľvek príjem, predstavuje situácia, v ktorej sú množstvo výstupu a jeho oficiálna cena stanovené tak, aby vznikol nedostatok (graf 2). Len za predpokladu, že existuje nedostatok, bude možnosť úplatkov a ich hodnota pozitívna (vyšrafovaná plocha). Nedostatok teda nie je iba náhodným dôsledkom problematickej kalkulácie socializmu, je to úplne prirodzený dôsledok skutočných cieľov ľudí, ktorí riadia socialistické výrobné odvetvie.

Podmienky fungovania už spomínaného korupčného trhu a motívy zdravotníckeho manažmentu pre uprednostnenie vyhľadávania ekonomickej renty (príjmy z korupcie) pred nadobúdaním ekonomickeho zisku sú teda dôsledkom štátneho vlastníctva a absencie trhov.

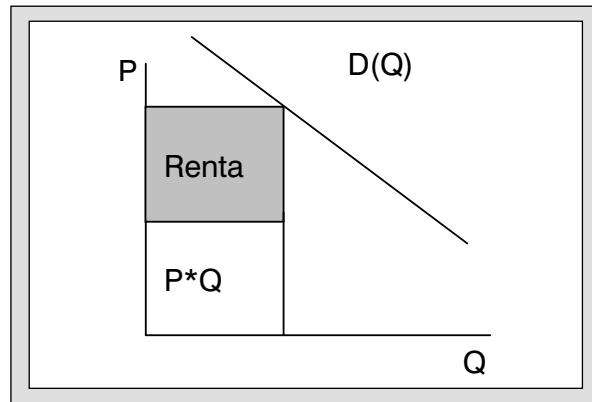
**Pretrvávajúci socializmus v LZZ**

Súčasnú slovenské zdravotníctvo trpí okrem problémov popísaných v predchádzajúcich kapitolách hlavne na "pretrvávajúci socializmus", ktorý je najcitlivejší vo fungovaní lôžkových organizácií a ktorý môžeme charakterizovať nasledovne:

**1. Nevhodná štruktúra lôžkových zdravotníckych zariadení spočíva**

- v nadbytku akútnych postelí<sup>60</sup> a nedostatku chronických postelí<sup>61</sup>,
- v zlom územnom rozmiestnení nemocníc s akútnymi lôžkami: Bratislava, Košice vyše 10 na 1000 obyvateľov,

Graf 2

**Cieľová funkcia socialistického podniku**

Zdroj: Schleifer, Vishny, 1998

- v nadbytku lekárov, sestier, ostatných zdravotníckych pracovníkov, ako aj THP a obslužného personálu, hlavne vo väčších aglomeráciách (Bratislava, Košice, Banská Bystrica).

**2. Nemotivačné odmeňovanie**

- nemocníc za vykonanú prácu formou plošného prídeltu prostriedkov, ktoré sú navyše pridelované podľa nejasných a často veľmi subjektívnych pravidiel<sup>62</sup>,
- zamestnancov nemocníc podľa tabuliek, zohľadňujúcich vek a vzdelanie, ale nie vykonanú prácu.

Ako sme už v predchádzajúcich častiach konštatovali, takto nastavený systém nakoniec vedie k paradoxnému javu, že v našom zdravotníctve je nadbytok ponuky pri nadmernom dopyte, pričom nie je možné definovať potrebu zdrojov, lebo systém je s vysokou pravdepodobnosťou schopný spotrebovať ich neobmedzené množstvo.

<sup>60</sup> V Európskej Únii 5,5 na 1000 obyvateľov, na Slovensku 7,6 na 1000 obyvateľov.

<sup>61</sup> V Európskej Únii 1,0 na 1000 obyvateľov, na Slovensku 0,8 na 1000 obyvateľov.

<sup>62</sup> V princípe ide o globálne financovanie princípom rozpočtu.

### Nevhodne nastavený systém znášania rizika

V konečnom dôsledku finančné riziká zdravotných poisťovní a štátnych lôžkových zdravotníckych zariadení znáša štát. Výsledkom je neefektívny systém, ktorý neumožňuje vytlačiť ani hraničného poskytovateľa, ani hraničnú zdravotnú poisťovňu z trhu. Problematike sa podrobnejšie venujeme na inom mieste.

### Uprednostňovanie vyhľadávania renty pred tvorbou zisku

V časti venovanej štátnemu vlastníctvu sme podrobne analyzovali nedostatky štátneho vlastníctva. Tieto, kombinované s ďalšími neštandardne nastavenými parametrami nášho zdravotného systému, nás vedú k závažnému zisteniu, že skutočnou hybnou silou "reforiem" nie je snaha o zlepšenie systému, ale získavanie renty.

Na Slovensku, v tranzitívnej ekonomike, je socialistický systém zdravotníctva (predovšetkým nemocnice) ponorený do trhového prostredia. Model, popisujúci cieľovú funkciu socialistického podniku, je tak obohatený o viaceré nové premenné. Správanie manažmentu nemocnice pri vyhľadávaní renty tak podlieha širším vonkajším, ako aj vnútorným tlakom. Veritelia sú spravidla súkromné podniky, pretože je iba málo štátnych, spravidla monopolných dodávateľov<sup>63</sup>. V štruktúre nákladov dominujú mzdové náklady (schéma 7). Pri nedostatku zdrojov, keď už nemocnica nestačí vyplácať plné mzdy, sa organizovaní zamestnanci stávajú veriteľmi nemocnice.

Vyhľadávanie renty manažmentom má za týchto podmienok štyri fázy:

#### Fáza 1

Nemocnica má ešte prostriedky na nákup techniky, liekov a materiálu. Vzhľadom na spôsob presúvania rizika a šírku poskytovania bezplatných služieb dostáva štátna nemocnica čoraz menej dodatočných prostriedkov na krytie rastúcich potrieb (explicitne stanovených ministerstvom). V nadväznosti na predpoklad, že manažment štátnej nemocnice svoje príjmy vlastne považuje za svoje náklady, sa cieľavedome zvyšuje úsilie vyhľadávať rentu: od dodávateľov techniky za nákup určitého tovaru a od pacientov za služby. V tomto prípade manažment neznáša osobné riziko dodatočného znižovania príjmov nemocnice.

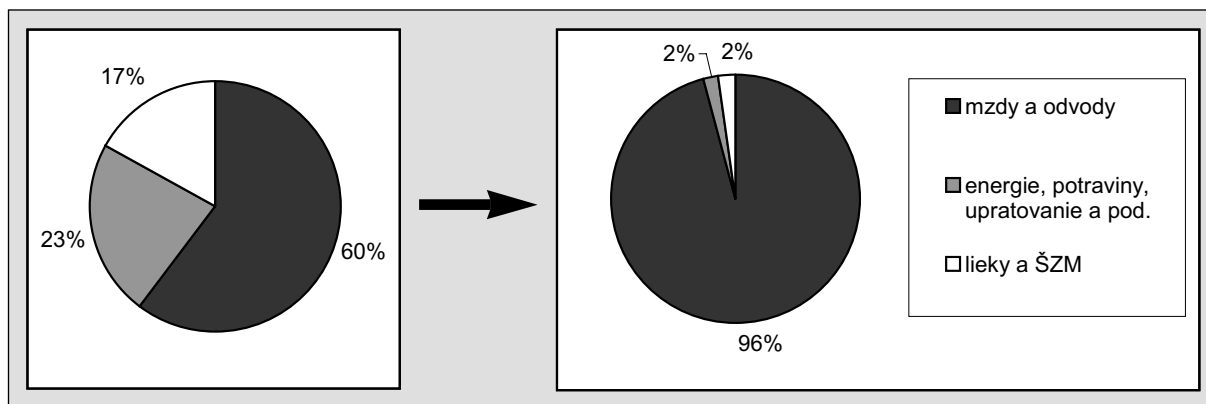
#### Fáza 2

Nemocnica už nemá prostriedky na nákup techniky, liekov a materiálu. V tomto prípade všetky prostriedky prúdia na uspokojenie miezd a základnej prevádzky nemocnice. Dynamizuje sa rast dlhov, cieľová skupina na vyhľadávanie renty sa presúva na veriteľov: záväzky platí nemocnica prevažne tomu veriteľovi, ktorý podpláca. Riziku manažment opäť nevystavuje osobný majetok, ale majetok štátu.

<sup>63</sup> Hlavne voda, elektrina, plyn.

Schéma 7

### Meniace sa štruktúra nákladov nemocníc



Zdroj: nemocnice

### Fáza 3

Nemocnica už nemá prostriedky ani na mzdy. V tejto fáze stojí manažment pred skutočným problémom. Pre manažment ide o nebezpečnú situáciu, lebo veriteľom sa okrem dodávateľov stáva viac menej organizovaná skupina zamestnancov. Manažment už nemá voľné prostriedky na vyhľadávanie renty (ako vo fáze 1), nemá prostriedky na úhrady "preferovaným" veriteľom (ako vo fáze 2), čím sa dostáva pod tlak všetkých veriteľov, ale priamo indukuje riziko vzniku nepokojov v samotnej nemocnici.

Výsledkom tretej fázy je zistenie, že spodným bodom obratu vyhľadávania renty sa stáva situácia, keď sa mzdové náklady blížia k 100%. Manažment sa dožaduje od politikov prísunu nových zdrojov, poukazujúc na finančnú krízu. Spravidla v tejto situácii dochádza k finančným transferom od politikov smerom k štátnym nemocniciam na "záchranu situácie".

V našich podmienkach však tento proces neprebíha len na úrovni manažmentov nemocníc. Skôr či neskôr, najčastejšie v prechode z fázy 1 do 2 a najneskôr pri prechode do fázy 3 sa k nemu pripojí aj manažment financií (poisťovne) a ústredný manažment zdravotníctva (ministerstvo). Spoločnými silami týchto troch manažmentov sa pripravuje "spoločenské a politické prostredie" na prechod do fázy 4.

### Fáza 4

"Reformná nálada". Cieľom tejto fázy je návrat do fázy 1, ale s výrazne vyšším prísunom financií z verejných zdrojov. Aby to spojené manažmenty zdravotníctva dosiahli, potrebujú, aby boli splnené dve podmienky. Po prvé, musí existovať rezerva verejných zdrojov. Po druhé, musí nastať "transformačná klíma", popísaná vyššie ako reformná nálada.

Na Slovensku možno ako rezervné verejné zdroje na financovanie zdravotníctva použiť dva spôsoby. Najjednoduchší a spojenými manažmentmi zdravotníctva obľúbený je použiť jedinečné zdroje z privatizácie. Nevýhodou je, že skôr či neskôr sa tieto zdroje vyčerpajú. Druhým spôsobom je požadovať zvýšené úhrady od ekonomicky aktívnych a od obyvateľstva. Realizácia tejto možnosti je ale obmedzená všeobecnou nechuťou platiť viacej daní alebo odvodov za zhoršovanie služieb, ako výsledku pôsobenia fáz 1 až 3.

Aby bola táto nechuť prekonaná, navodí sa ilúzia "transformácie systému" s pravidelným prísľubom zlepšenia stavu. Že ide o ilúziu, svedčí fakt, že vždy "transformáciu" sľubujú tie manažérske skupiny, ktoré sú motivované získaním renty zo systému, a teda ich reálnou motiváciou je návrat k bezproblémovým rentám a nie reálne fungujúci systém. Toto je jediné "politikum", ktoré už viac ako 10 rokov naozaj riadi naše socialistické zdravotníctvo a jeho transformačné pokusy.

## SIEDMA KAPITOLA

### Kvalita

Kvalita je typický podporný cieľ, dôležitý nie pre ňu samotnú, ale ako jeden z rozhodujúcich parametrov, vplývajúcich na konečné ciele. V zdravotníctve je vnímaná viacerými spôsobmi. Po prvé, kvalita je často interpretovaná ako kvantita: "O pacienta sa postarali najlepšie ako vedeli, lebo mu spravili všetky vyšetrenia". Po druhé, zdravotníci – profesionáli vnímajú kvalitu predovšetkým ako klinickú kvalitu. Tá zahŕňa techniku zákrokov, správne určenie diagnózy či správny postup ošetrovania. Po tretie, pacienti veľmi často posudzujú kvalitu služieb ako pohodlie, medziľudské vzťahy, rešpekt či kvalitu ubytovania a stravy. Skrytý často zostáva fakt, že kvalita (schéma 8) ako mnohorozmerný faktor je neoddeliteľnou funkciou efektívnosti.

Schéma 8

#### Tretí problém

##### Problém:

1. Nízka kvalita

##### Príčiny:

1. Nie je dostatočne silný vzťah medzi tým, čo platím a tým, čo dostávam
2. Absencia konkurencie
3. Slabá organizovanosť pacientov

##### Dôsledky:

1. Korupčný trh

Zdroj: autori

#### **Nie je dostatočne silný vzťah medzi tým, čo platím, a tým, čo dostávam**

Súčasná nastavenie odvodovej povinnosti má charakter nútenej dane, uvalenej na zamestnaných, ich zamestnávateľov a SZČO<sup>64</sup>. V podstate neexistujú žiadne marginálne náklady či nepovinné zdravotné poistenie. Veľké množstvo ľudí nevníma, že zdravotníctvo je platené a majú pocit, že je zdarma. Je dôležité si uvedomiť, že kvalita je funkciou zdrojov.

Kvalita zdravotníckych služieb je na Slovensku priamo znížená:

1. Veľmi široko nastaveným objemom nepoistiteľného rizika<sup>65</sup>. Môžeme priamo vnímať konfrontáciu dvoch protichodných tendencií: kvantita oproti kvalite. Súčasná zákonná úprava totiž núti poskytovateľov poskytovať všetko, čím priamo trpí kvalita.
2. Nízkou efektívnosťou systému. Limitované zdroje sú používané na dotovanie neefektívnych poskytovateľov a nie na podporovanie kvalitných výkonov.

V oblasti verejných zdrojov je možné zdroje zmobilizovať dvoma spôsobmi. Zavedením marginálnych<sup>66</sup> nákladov a zvýšením efektívnosti. Tá má rozhodujúci význam, lebo neefektívny systém nepriťahuje súkromné zdroje občanov.

Ako sme v jednej z úvodných kapitol spomínali, elasticita dopytu po zdraví je vyššia ako jedna, čiže osoby s vyšším príjmom majú prirodzene sklon míňať na zdravotníctvo viac, čo im ale nie je v súčasnom systéme umožnené. Ekonomicky silní jedinci si tak nevedia inak zabezpečiť zdravotnú starostlivosť zodpovedajúcu ich kúpnej sile. Keďže zlyháva normálny trh, nastupuje trh korupčný.

Nedostatok zdrojov je možné preklenúť zavedením inštitútu nepovinného poistenia<sup>67</sup>, ktoré bude mať tri efekty:

1. umožní zlegalizovať súčasné zdroje z korupcie,
2. zvýši sa konkurencia medzi poisťovňami,
3. zvýši osobnú spoluzodpovednosť občanov.

### Absencia konkurencie

Kvalita je vysoko závislá od miery konkurencie v odvetví. Absencia konkurencie medzi poskytovateľmi zdravotných služieb je daná dvoma nepružnými parametrami (tabuľka 8) trhu zdravotných poskytovateľov.

1. Nepružné ceny (platobné mechanizmy).  
Ich dôsledkom je nízka alokatívna a technická efektívnosť lôžkových zariadení.
2. Nepružná ponuka (množstvo) poskytovateľov.  
Dôvodom je ministerstvom fixne stanovená sieť poskytovateľov. Najkritickejším prejavom sú vysoké fixné náklady lôžkových zariadení.

### Slabá organizovanosť pacientov

Nízkou kvalitu priamo ovplyvňuje aj slabá úroveň organizovanosti pacientov, ktorá je daná nízkym právnym vedomím občanov a nemožnosťou porovnať súčasný systém s inou alternatívou. Zároveň je potrebné podotknúť, že na Slovensku ešte stále prevláda kolektívna nezodpovednosť v rezorte zdravotníctva a nízka vymožiteľnosť práva, daná nízkou úrovňou inštitucionálneho rámca.

<sup>64</sup> Samostatne zárobkovo činné osoby.

<sup>65</sup> To je ten objem nákupov zdravotníckych služieb, ktorý má byť v rámci bezplatnosti poskytnutý každému občanovi bez rozdielu. Má byť financovaný zo solidárnosti.

<sup>66</sup> To sú náklady obmedzujúce spotrebu. Ide napríklad o poplatok za vydanie lieku na recept, príplatok za prepravu bežnou sanitkou, príplatok na stravu. Príjem z nich je výrazne menším finančným prínosom, akým je úspora zo zníženia spotreby.

<sup>67</sup> Viac v časti týkajúcej sa nákupu služieb.

Tabuľka 8

### Deformácie trhu poskytovateľov

Nepružné ceny	Nepružná ponuka
1. Dobrý výkon lekára/nemocnice nie je adekvátne finančne ohodnotený Vládne skôr tendencia k „vyrovnávaniu“ všetkých poskytovateľov	1. Monopolistický charakter lekárov PAS a ŠAS
2. Neexistuje cenová konkurencia, lebo ceny centrálné určuje MZ	2. Štátne vlastníctvo pri nulovej snahe o reštrukturalizáciu siete
3. Neexistuje rovnosť šancí medzi štátnymi a súkromnými poskytovateľmi	3. Nadbytočná ponuka fyzických kapacít: lekárov, postelí

Zdroj: autori

## ÔSMA KAPITOLA

### Finančné bremeno/zataženie

Dôležitým východiskom pre posudzovanie finančného bremena je skutočnosť, že osoba, resp. inštitúcia platiaca určitý odvod priamo do systému, nemusí byť v konečnom dôsledku zároveň osobou, ktorá znáša bremeno financovania systému. Typickým príkladom je pozícia štátu ako platiteľa a pozícia daňovníka ako nositeľa finančného bremena pri platbe štátu za "svojich" poistencov. Prehliadnuc tieto analytické ťažkosti sa otvára otázka posúdenia rozličných aspektov tohto bremena.

Dôraz môžeme klásť na distribúciu bremena medzi rozličnými príjmovými skupinami, čo sa nazýva "vertikálna rovnosť". Pri jej definovaní rozlišujeme tri prístupy. Po prvé, finančné zataženie nazývame proporcionálne, ak všetky sociálne skupiny – bohatých aj chudobných – zatažujeme rovnakou percentuálnou sadzbou. Ako progresívne označujeme také zataženie, ktoré bohatším berie proporcionálne väčšiu časť ich príjmov ako chudobným. Za regresívne považujeme také zataženie, ktoré chudobnejšie vrstvy zatažuje vyšším percentom ako bohaté.

Schéma 9

#### Štvrtý problém

##### Problém:

1. Aká má byť miera solidarity a aký je optimálny výber zdrojov?

##### Príčiny:

1. Nie je dostatočne oddelené zdravotné poistenie od štátneho rozpočtu
2. Nie je posilnený vzťah medzi tým, čo platím, a tým, čo dostávam
3. Nie je legálne možné do zdravotníctva dostať súkromné zdroje

##### Dôsledky:

1. Kombinácia prvkov poistenia a redistribúcie príjmov
2. Neplatiči
3. Korupcia

Od miery orientácie spoločnosti/krajiny na sociálne slabšie vrstvy tak závisí aj nastavenie systému daní, odvodov a poistného na financovanie zdravotných služieb. Užívateľské poplatky a poistné prémie, ktoré nie sú závislé od výšky príjmu (sú rovnaké pre chudobných aj bohatých) môžeme považovať za najviac regresívne. Progresívne zdanenie všetkých foriem príjmov (vrátane kapitálových výnosov) prenáša najväčšie bremeno na bohatých. Zdravotné poistenie financované z odvodov zo mzdy je veľmi blízke k proporcionálnemu, ak nie mierne regresívnemu. Keďže u chudobnejších vrstiev tvorí mzda oproti kapitálovým výnosom väčší podiel z celkového príjmu, daň uvalená na mzdy berie väčšie percento celkového príjmu nižším príjmovým skupinám. Spotrebná daň a daň z pridanej hodnoty majú mierne regresívny dopad (v závislosti od oslobodenia niektorých tovarov spod ich platenia), keďže spotreba dosahuje v nižších príjmových skupinách vyšší percentuálny podiel z príjmov.

Druhým prístupom je posúdenie "horizontálnej rovnosti", vychádzajúce z princípu, že s ľuďmi, patriacimi na rovnakú ekonomickú úroveň, by sa malo zaobchádzať rovnako. Podľa reformy zdravotníctva je táto otázka aktuálna predovšetkým z regionálneho hľadiska, keď dochádza k decentralizácii financovania, kompetencií a majetku. Chudobnejšie oblasti totiž nemajú takú daňovú základňu, aby mohli financovať služby na takej úrovni ako bohatšie regióny. Podobný rozpor vzniká aj medzi mestskými a vidieckymi časťami vo vnútri samotných regiónov.

#### Nie je dostatočne oddelené zdravotné poistenie od štátneho rozpočtu

V súčasnom systéme nie je dostatočne oddelené zdravotné poistenie od štátneho rozpočtu. Toto prepojenie je zrejmé v troch oblastiach.

1. Štát (parlament) určuje podmienky fungovania zdravotných poisťovní a jednostranne stanovuje výšku vymeriavacieho základu pre "svojich" poistencov, bez ohľadu na reálne náklady spojené s ich liečením.

Zdroj: autori

- Do zdravotných poisovní sa cez MZ (zo štátneho rozpočtu) dostáva približne až 1/4 ich zdrojov<sup>68</sup>.
- Zo štátneho rozpočtu do zdravotných poisovní smerujú ďalšie finančné zdroje viacerými tokmi. Napríklad z iných ministerstiev či priamo zo všeobecnej pokladničnej správy formou finančnej výpomoci.

Dôsledkom je komplikovaný a neprehľadný systém finančných tokov, vykazujúci kombináciu daňového a tzv. poisňového systému<sup>69</sup>. Najdôležitejším bodom našej kritiky je však fakt, že parlament svojimi zákonmi<sup>70</sup> svojvoľne a neprimerane často mení podmienky financovania zdravotníctva, čím priamo limituje jeho fungovanie.

### **Nie je posilnený vzťah medzi tým, čo platím, a tým, čo dostávam**

Financovanie zdravotníctva v Európe je postavené na solidárnosti, a to solidárnosti ekonomicky aktívnych občanov (EAP) s generáciou, ktorá ešte neprodukuje statky a s generáciou, ktorá už neprodukuje statky. Navyše EAP musia byť solidárni aj s rovesníkmi, ktorí sú nezamestnaní<sup>71</sup>. Dôležité je však poznanie, že vo svete sa o mieru solidárnosti vedú trvalé spory. Všeobecne možno konštatovať, že rôzne politické subjekty svoje programy stavajú práve na mierne solidárnosti<sup>72</sup>, a to sa netýka iba zdravotníctva.

Slovenský systém zdravotného poistenia je koncipovaný tak, aby umožňoval všetkým občanom SR získať benefity<sup>73</sup> vo forme zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či znášajú akékoľvek finančné bremeno, spojené

s poskytovaním tejto starostlivosti. Článok 40 ústavy tento jav explicitne nazýva ako "bezplatná zdravotná starostlivosť".

Tvrdenia o bezplatnom zdravotníctve sú však len ilúziou, pretože všetky zdroje financovania zdravotníctva pochádzajú od občanov. Ekonomicky aktívne obyvateľstvo prispieva do zdravotných poisovní formou odvodov. Štátny rozpočet napĺňame ako pracujúci prostredníctvom priamych daní (daň zo mzdy a daň zisku), ako spotrebiteľia formou nepriamych daní (DPH, spotrebné dane, clá a podobne), ako vlastníci rôznymi daňami z majetku.

Takže kým beneficentom (príjemcom benefitu) je celá populácia (5,4 mil. osôb), reálnymi platiteľmi je v prípade odvodov do poisovní len menšia časť obyvateľstva (2,0 mil. osôb) a zamestnávateľa. Občanov SR tak môžeme rozdeliť na ekonomicky neaktívne obyvateľstvo a ekonomicky aktívne obyvateľstvo, ktoré znáša skoro celé bremeno financovania systému. Jednotlivé toky financovania zdravotnej starostlivosti prehľadne zachytáva matica zdrojov a sprostredkovateľov (matica 1).

<sup>68</sup> Ide o úhrady za poistencov štátu, čo je dnes asi 3.4 milióna obyvateľov.

<sup>69</sup> Nejde o poisňový systém podľa zaistenia rizika, ale podľa výberu zdrojov. Ekonomicky aktívni platia do poisovní takzvané odvody, ale systém ich stanovenia a spôsob ich výberu má charakter dane.

<sup>70</sup> Napríklad zákony o štátnom rozpočte.

<sup>71</sup> U nás odvody EAP do Národného úradu práce – NÚP.

<sup>72</sup> Ide o politické východiska socialistov, liberálov a konzervatívcov.

<sup>73</sup> Benefit – v plnom slova význame neexistuje ideálny slovenský ekvivalent, najskôr prospech alebo požitok.

Matica 1

### **Zdroje a sprostredkovatelia**

(údaje sú v mld. Sk za rok 2000)

Sprostredkovatelia	Zdroje										Spolu
	Zamestnávateľa	Zamestnanci	SZČO	Domácnosti	MZ	NÚP	Privatizačné príjmy	Všeobecná pokladničná správa	Lotérie a hry	Zdravotné poisťovne	
Zdravotné poisťovne	21.9	8.1	1.5	0.3	11.0	0.5	0.7	0.4		0.7	45.1
MZ SR					4.0						4.0
Priame úhrady				5.7							5.7
Neformálne platby				12.0							12.0
Štátny fond zdravia								0.1			0.1
LZZ							2.9		0.1		3.0
Ostatné kapitoly ŠR								0.7			0.7
Spolu	21.9	8.1	1.5	18.0	15.0	0.5	3.5	1.1	0.1	0.7	70.5

Zdroj: Prepočty autorov podľa Štátneho záverečného účtu MF SR, z údajov MZ a vlastné odhady

V ďalšom texte sa zameriame na matematickú interpretáciu finančnej participácie jednotlivých zdrojov, ktorú budeme neskôr používať pri modelovaní jednotlivých variantov riešenia.

### Zamestnanci a zamestnávateľia

Odvody za zamestnancov tvoria 14% z vymeriavacieho základu, pričom zamestnávateľia platia 10% a zamestnanci 4%<sup>74</sup>. Za vymeriavací základ sa považuje hrubá mzda zamestnanca. Minimálnym vymeriavacím základom je výška minimálnej mzdy vo výške 4 400 Sk a maximálny vymeriavací základ je stanovený na 32 000 Sk. Zamestnanci s vyššou mzdou teda platia z maximálneho vymeriavacieho základu. Ak počet zamestnaných označíme ako  $n$ , hrubú mzdu ako  $m$  (z intervalu 4 400 Sk – 32 000 Sk), objem vybraných prostriedkov do systému zdravotného poistenia za zamestnancov a zamestnávateľov môžeme matematicky vyjadriť vzťahom 8.1.

$$\sum_{i=1}^n m_i * 0,14 \quad (30 \text{ mld. Sk}) \quad (8.1)$$

### Samostatne zárobkovo činné osoby

Odvod za samostatne zárobkovo činnú osobu tvorí 14%<sup>75</sup> z vymeriavacieho základu. Výška mesačného vymeriavacieho základu je určená ako 1/12 ročného čistého základu dane. Minimálny vymeriavací základ je stanovený na 4 400 Sk a maximálny je 32 000 Sk. Ak počet SZČO označíme ako  $n$  a vymeriavací základ ako  $z$  (z intervalu 4 400 Sk – 32 000 Sk), objem vybraných prostriedkov do systému zdravotného poistenia za SZČO môžeme matematicky vyjadriť vzťahom 8.2.

$$\sum_{i=1}^n z_i * 0,14 \quad (1,5 \text{ mld. Sk}) \quad (8.2)$$

### Domácnosti

Domácnosti zdravotníctvo financujú troma spôsobmi. Po prvé, sú to dobrovoľní platcovia zdravotného poistenia (napr. ženy v domácnosti, dobrovoľne nezamestnaní a pod.). Platia 14% z 3 000 Sk. Ak počet dobrovoľných platcov označíme ako  $n$ , minimálny vymeriavací základ ako  $m$ , objem vybraných prostriedkov do systému zdravotného poistenia za SZČO môžeme matematicky vyjadriť vzťahom 8.3.

$$\sum_{i=1}^n m_i * 0,14 \quad (0,3 \text{ mld. Sk}) \quad (8.3)$$

Po druhé, legálnymi platbami platia za poskytnutie zdravotných služieb (privátny zubár) alebo formou príplatkov za lieky a špeciálny zdravotný materiál a pomôcky, alebo platia rovno v hotovosti (lieky bez receptu). Ak každú priamu úhradu za liek označíme ako  $u$  a počet úhrad ako  $n$  (počet vydaných liekov je asi 75 000 000<sup>76</sup>), tak objem vybraných prostriedkov formou priamych platieb môžeme matematicky vyjadriť vzťahom 8.4.

$$\sum_{i=1}^n u_i \quad (5,7 \text{ mld. Sk}) \quad (8.4)$$

Tretím spôsobom sú neformálne platby za poskytnuté služby vo forme korupcie a úplatkov. Tieto sú dávané nielen z dôvodu získania dodatočnej výhody, ako to často býva, ale aj na úplne elementárne veci či z vďačnosti. Ak každú formu korupcie označíme ako  $k$  a počet kontaktov ako  $n$ , tak objem prostriedkov plynúcich do zdravotníctva formou korupcie môžeme matematicky vyjadriť vzťahom 8.5.

$$\sum_{i=1}^n k_i \quad (12,0 \text{ mld. Sk}) \quad (8.5)$$

<sup>74</sup> Do roku 2000 to bolo 3,7%.

<sup>75</sup> Do 31.12.2000 to bolo 13,7%.

<sup>76</sup> Ročne sa predpíše asi 75 miliónov receptov, uvažujeme o jednom lieku na jeden recept.



**Ministerstvo zdravotníctva, čiže štátny rozpočet**

Financovanie zdravotníctva cez Ministerstvo zdravotníctva sa realizuje vyčlenením prostriedkov štátneho rozpočtu, ktoré samozrejme pochádzajú z daní. Na úrovni MZ ako "zdroja" rozlišujeme dve významné položky.

Po prvé, prostriedky ktoré MZ odvádza za tzv. poistencov štátu (tabuľka 9) do zdravotných poisťovní. Samotný výraz poistenci štátu je však zavádzajúci. Keďže prostriedky štátneho rozpočtu pochádzajú z daní obyvateľstva, sú to vlastne prostriedky daňových poplatníkov, ktoré si štát privlastňuje a vyhlasuje za svoje. Takýmto ponímaním výrazne deformuje skutočné povedomie o verejných financiách. Poistenci "štátu" sú teda poistencami "ľudí a podnikov platiacich priame a nepriame dane". Táto optika dokonca umožňuje výrazný zásah do súčasného systému a dáva možnosť odpojenia týchto ľudí zo štátneho rozpočtu. Keďže objem prostriedkov zostane zachovaný, zmení sa len štruktúra tokov (bližšie pozri časť modelovanie) a zdroje nebudú prúdiť okľukou cez štátny rozpočet, ale priamo do systému zdravotného poistenia, pri zachovaní toho istého daňového zaťaženia (pri znížení transakčných nákladov).

Tabuľka 9

**Poistenci, za ktorých platí poistné štát**

Kategória	Počet (v roku 1999)
Poistenci, za ktorých platí poistné štát, z toho:	3 226 163
Nezaopatrované deti	1 601 504
Dôchodcovia	1 077 972
Evidovaní nezamestnaní bez podpory v nezamestnanosti	209 810
Osoby starajúce sa o dieťa	218 727
Osoby starajúce sa o invalidnú osobu	46 425
Osoby sociálne odkázané	19 511
Osoby vykonávajúce vojenskú a civilnú službu	35 939
Osoby vo výkone väzby	9 262

Zdroj: ŠÚ SR

Štát však do systému zdravotného poistenia za "svojich" poistencov, teda zákonom určenú skupinu osôb (asi 3,3 milióna), odvádza poistné vo veľmi nedostatočnej výške. V roku 1993 štát neodvádza poistné vôbec, v roku 1994 len 33,6 Sk namiesto 336 Sk a v roku 1995 len 181 Sk namiesto 336 Sk. Nízky odvod štátu za svojich poistencov však pokračoval aj v posledných rokoch (283 Sk na osobu v roku 1999, 370 Sk v prípade nezamestnaného). Na rok 2001 sú v štátnom rozpočte naplánované odvody vo výške 336 Sk, čo opäť vytvára napätie a zvyšuje predpoklady pre nerovnovážny vývoj.

Najväčšou nevýhodou toku finančných prostriedkov cez štátny rozpočet je dlhodobé stanovovanie nízkej hladiny vymeriavacieho základu (z) za túto veľkú skupinu osôb, čo zapríčiňuje, že na krytie zdravotných potrieb najnákladnejších skupín – detí a dôchodcov – sa vyberá pomerne málo primárnych prostriedkov. Túto sumu môžeme označiť vzťahom 8.6.

(8.6)

$$\sum_{i=1}^n z_i * 0,14 \quad (11,0 \text{ mld. Sk})$$

Po druhé, cez MZ do zdravotníctva smerujú ešte ďalšie 4,0 mld. Sk. Z nich 1,8 mld. Sk odčerpá samotné ministerstvo na svoju prevádzku a zvyšných 2,2 mld. smeruje do lôžkových zdravotníckych zariadení ako kapitálové transfery, ktoré sú neprehľadné, pridelované podľa zvláštneho kľúča a stávajú sa predmetom korupcie.

Kapitálové výdavky lôžkových zariadení sú hradené z rozpočtových a mimorozpočtových zdrojov. Pre nejasný systém ich pridelovania sú jedným z najväčších ohnísk korupcie. Okrem iného, kapitálové výdavky sú preto predmetom najväčších bojov a lobingu medzi štátnymi poskytovateľmi (znova to pripomína "socialistický" centralizmus). Výrazným nedostatkom pridelovania kapitálových výdavkov je asymetria ich rozdeľovania, podliehajúca rôznym "faktorom sympatie".

**Národný úrad práce**

Uhrádza poistné za nezamestnaných, poberajúcich podporu v nezamestnanosti. Podobne ako pri štátnom rozpočte je vymeriavací základ často menený, avšak vôbec nie dostatočný – v roku 2001 za jedného nezamestnaného dosiahne len 378 Sk. Túto sumu môžeme označiť vzťahom 8.7.

(8.7)

$$\sum_{i=1}^n z_i * 0,14 \quad (0,5 \text{ mld. Sk})$$

**Mimoriadne zdroje**

Mimoriadne zdroje (3,5 mld. Sk) sú dodatočné zdroje použité v systéme zdravotníctva. Ide predovšetkým o zdroje z privatizácie. Tieto však nie sú používané systémovo na reformy a znižovanie dlhu, ale na financovanie bežných výdavkov, čo je pri ich jedinečnosti a neopakovateľnosti vysokým hazardom. Pri modelovaní príjmov ZP s týmito príjmami nepočítame.

**Všeobecná pokladničná správa**

Zo všeobecnej pokladničnej správy (1,2 mld. Sk) je zdravotným poisťovníam každoročne pridelovaná tzv. návratná finančná výpomoc (môžeme ju považovať za nenávratnú dotáciu), ktorá má slúžiť na posilnenie platobnej schopnosti poisťovní. Môžeme ju však považovať skôr za akúsi náhradu/kompenzáciu nedostatočného plnenia si odvodovej povinnosti štátu za svojich poistencov. Svojím charakterom je táto platba vysoko neštandardná a pri alternatívnom modelovaní tokov peňazí do zdravotných poisťovní budeme od nej abstrahovať.

**Dodávatelia**

Vôbec nie nevýznamným zdrojom financovania zdravotníctva sú dodávatelia (2,7 – 3,0 mld. Sk), ktorí financujú zdravotníctvo svojimi pohľadávkami, ktoré z hľadiska poskytovateľov zdravotnej starostlivosti môžeme klasifikovať ako úvery. Takisto aj od tejto položky budeme musieť pri modelovaní abstrahovať, čo však neznamená, že abstrahujeme od dlhu ako takého, ktorý bude nutné splatiť (viď časť o dlhu a návrhy na jeho likvidáciu).

**Nie je možné do zdravotníctva dostať súkromné zdroje**

Akékoľvek snahy ministerstva zaviesť v tomto štádiu takzvané viacpilierové financovanie (zámerne nepoužívame ministerstvom mylne používaný termín viaczdrojové financovanie, lebo podľa nás je len jeden zdroj financií – občan) nemôžu napriek svojej opodstatnenosti priniesť žiadne pozitívne výsledky. Do takéhoto ekonomicky labilného a netransparentného finančného systému štátneho zdravotníctva žiadne ministerstvo súkromné zdroje jednoducho nedostane. Druhým dôvodom absencie súkromných zdrojov je nedostatočná legislatíva, upravujúca vstup a fungovanie súkromných poisťovní<sup>77</sup> v zdravotníctve v oblasti nepovinného poistenia.

Umožnenie vstupu súkromných zdrojov (ako nevyhnutného predpokladu rastu efektívnosti a zvyšovania kvality zdravotníckych služieb) je podmienené zmenou súčasnej legislatívy, upravujúcej financovanie a fungovanie zdravotných poisťovní. K podrobnému vymenovaniu podmienky fungovania zdravotných poisťovní a vstupu súkromných poisťovní a fondov do sektora zdravotníctva sa venujeme v tretej časti publikácie.

<sup>77</sup> Jednoznačne ide o komerčný produkt.

## DEVIATA KAPITOLA

### Náklady

Aká je optimálna výška výdavkov na zdravotníctvo? Prístupov k tejto otázke je viacero. Z ekonomického hľadiska môžeme použiť "marginálnu analýzu". Porovnávame ňou výšku benefitu, ktorého sme sa museli vzdať mimo sektora zdravotníctva, s výškou dodatočného prírastku zdravia vyvolaného investovaním finančných prostriedkov práve v sektore zdravotníctva a nie mimo neho. Pri limitovaných zdrojoch ide o určitú formu "obchodu", pričom prírastok benefitu v oblasti zdravotníctva vieme dosiahnuť jedine na úkor výdavkov mimo neho. Náklady na zdravotníctvo môžeme vnímať ako náklady obetovanej príležitosti, ktoré sme mohli vynaložiť na iné statky ako zdravie.

Z pohľadu subjektívnych utilitariánov môže objem nákladov na zdravotníctvo posúdiť jedine každý jednotlivec samostatne, lebo on jediný naozaj vie, aké individuálne straty a benefity môže očakávať od investovania do sektora zdravotníctva alebo mimo neho. V protiklade objektívni utilitariáni sú nútení jednotlivé benefity v iných sektoroch merať ekvivalentom podobným QALY, alebo DALY.

Schéma 10

#### Piaty problém

##### Problém:

1. Neudržateľná výška nákladov
2. Nevyhovujúca štruktúra nákladov

##### Príčiny:

1. Neprimeraný obsah nepoistiteľného rizika
2. Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia

##### Dôsledky:

1. Vysoký objem prostriedkov na liečbu a nízky na prevenciu
2. Dlh
3. Nízky objem súkromných zdrojov

Zdroj: autori

Otázkou pre nich zostáva, či vyššia spotreba zdrojov na zdravotníctvo na úkor napr. školstva, ktorej výsledkom je určitý prírastok QALY, je porovnateľná so stratou, o ktorý poklesol index vyjadrujúci vzdelanosť obyvateľstva.

Dva spomenuté prístupy síce veľmi jasne poukazujú na nutnosť "obchodu" medzi jednotlivými prioritami, či už individuálnymi, alebo spoločenskými, ale meranie výšky nákladov na zdravotníctvo takýmto spôsobom by bolo veľmi komplikované. Hoci rozdiel medzi výdavkami a nákladmi vôbec nie je triviálny, často sa práve v zdravotníctve výška nákladov stotožňuje s výškou výdavkov. I keď tento prepočet nie je práve najkorektnejší, náklady na zdravotníctvo môžeme posudzovať primeranosťou minutých výdavkov.

Pri vypočítavaní objemu výdavkov rezortu zdravotníctva do celkovej sumy zahŕňame všetky vládne výdavky, výdavky zdravotných poisťovní (verejnoprávných aj súkromných), výdavky domácností (oficiálne aj neformálne) a výdavky firiem. Avšak aj medzi týmito výdavkami môžeme registrovať náklady obetovanej príležitosti, ústiace do hľadania optimálnych pomerov medzi výdavkami vládneho a súkromného sektora, ktoré by najpriaznivejšie ovplyvňovali celkovú štruktúru a výšku celkových výdavkov zdravotníctva (schéma 10).

#### Neprimeraný rozsah nepoistiteľného rizika

Uvedomujeme si, že z hľadiska poisťovníctva termín nepoistiteľné riziko nie je korektný (keď je niečo nepoistiteľné, tak sa to z definície nedá poistiť). Termínom nepoistiteľné riziko sa snažíme vyjadriť mieru solidárnosti, čiže zákonnú povinnosť poskytovať zdravotné služby každému občanovi nezávisle na výške zaplateného poistného.

Pod nepoistiteľným rizikom teda rozumieme základný balík služieb, ktorý je v súčasnosti definovaný v dvoch hlavných právnych normách, a to

- a) v ústave,
- b) v zákone o liečebnom poriadku.

§ 40 Ústavy SR znie: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“ Dôsledkom nesprávnej interpretácie ústavy<sup>78</sup> sú nulové hraničné náklady, súvisiace s poskytovaním zdravotných služieb a existencia morálneho hazardu.

Zákon o liečebnom poriadku patrí medzi hlavné a veľmi dôležité zákony. O jeho problematickosti svedčí aj fakt, že pôvodný zákon 98/1995 Z.z. vznikol až rok po zákone o zdravotných poisťovniach, zákon 273/94 Z.z. „Príčinou“ vzniku zákona bol Ústavný súd, ktorý svojimi uzneseniami 5/94, 7/94 a 8/94 namietol, aby prostredníctvom nariadenia vlády, resp. vyhlášky MZ SR bol tvorený Liečebný poriadok, ktorý určuje rozsah bezplatnej starostlivosti. Ústavný súd vychádzal z predpokladu, že NR SR bola „vyradená“ zo svojej základnej funkcie stanovovať zákony vychádzajúce z ústavných práv, v našom prípade § 40 Ústavy SR.

Je zarážajúce, že doteraz žiadna vláda nebola schopná, pravdepodobne z politických dôvodov, zúžiť liečebný poriadok a radšej riskovala rôzne nátlakové akcie poskytovateľov a „oddlžovacie“ tortúry zo štátneho rozpočtu.

### **Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia**

Štátna regulácia<sup>79</sup> sa prejavuje v:

- a) regulovaní poskytovateľov určením siete zdravotných zariadení,
- b) ovládaní trhu s liekmi prostredníctvom kategorizácií liekov (zaraďovanie do troch skupín a stanovovanie cien),
- c) regulovaní odmeňovania určením cien a platobných mechanizmov,
- d) fixovaní miezd formou mzdovej regulácie.

Výsledkom nastaveného nepoistiteľného rizika a neefektívnej štátnej regulácie je nepružný trh poisťovateľov a poskytovateľov, vyznačujúci sa prebytkom ponuky aj dopytu, ktorého dôsledkom je extrémny rast dlhu.

### **Dlh**

Vonkajší dlh vyjadruje zadĺženie jednotlivých subjektov v sektore zdravotníctva voči externým veriteľom. Rozumieme pod ním predovšetkým dlh lôžkových zdravotníckych zariadení voči dodávateľom a dlhy zdravotných poisťovní voči lekárom, štátnemu rozpočtu a ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na interný charakter dlhov zdravotných poisťovní voči lôžkovým zariadeniam, a tiež, aby sme sa vyhli duplicitě<sup>80</sup>, od nich pri kalkulácii externého dlhu abstrahujeme.

Pripomeňme si, že počas éry ministra Tibora Šagáta<sup>81</sup> externý dlh v období od 31. 12. 1998 až do 30. 6. 2000 vzrástol celkovo o 6,209 mld. Sk (čiže o 345 mil. mesačne). Hlavnou úlohou nového ministra zdravotníctva Romana Kováča, ktorý do funkcie nastúpil 13. 7. 2000, teda bolo ak nie zníženie, tak aspoň zastavenie rastu dlhu. Očakávalo sa zavedenie takých reformných krokov, ktoré by dlh stabilizovali. Nestalo sa tak.

Počas doterajšieho pôsobenia Romana Kováča v pozícii ministra zdravotníctva totiž externý dlh od 30. 6. 2000 do 30. 6. 2001 vzrástol podľa údajov MZ o 2,722 mld. Sk (čiže o 227 mil. Sk mesačne). Tento údaj je však klamlivý. Dôležitou „pripočítateľnou“ položkou sú mimoriadne zdroje z privatizácie „naliate do systému“ v celkovej sume 6,040 mld. Sk, ktoré výrazným spôsobom tlmili rast dlhu. Celkový dlh tak počas jedného roka reálne narástol o neuveriteľných 8,762 mld. Sk (730 mil. Sk mesačne) - tabuľka 10.

<sup>78</sup> Pozri vyššie -korupčný trh.

<sup>79</sup> Bližšie pozri aj kapitolu o prístupe/dostupnosti.

<sup>80</sup> Veľmi častá chyba v miliardách, ktorej sa dopúšťa MZ SR, keď raz pripočítava a raz odpočítava dlhy bez toho, aby jasne definovalo veriteľa a dlžníka. V ministerských oficiálnych materiáloch sa objavuje termín „dlh celého okruhu“ a číslo celého dlhu je blízke napríklad iba jednej miliarde. Samozrejme, že je to nezmysel.

<sup>81</sup> Po tom, čo v súvislosti s chorobou prezidenta označil svoj výkon za „excelentný“, dňa 4.7.2000 odstúpil.

Tabuľka 10

**Prírastok vonkajšieho dlhu za obdobie 30.6.2000 až 30.6.2001 v mil. Sk**

Dlžník	Veriteľ	Prírastok (+) Úbytok (-) dlhu za obdobie 30.6.2000 až 30.6.2001	Dodatočné mimoriadne zdroje z privatizácie na „oddĺženie“	Dodatočné zdroje z privatizácie na dotovanie bežnej prevádzky	Skutočný nárast dlhu po očistení
Zdravotné poisťovne	Lekárne	1 829	400	600	2 829
	Štátny rozpočet	400			400
	Ostatní PZS	548			548
Lôžkové zdravotné zariadenia (štátne)	Dodávateľia liekov a ŠZM	29	600		629
	Dodávateľia energie	580			580
	Sociálne fondy	-1 460	1 500		40
	Dodávateľia potravín a ostatné	796			796
	Bežná prevádzka			2 940	2 940
Vonkajší dlh		2 722	2 500	3 540	8 762
Kumulatívne		2 722	5 222	8 762	
Mesačný nárast		227	435	730	

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo financií

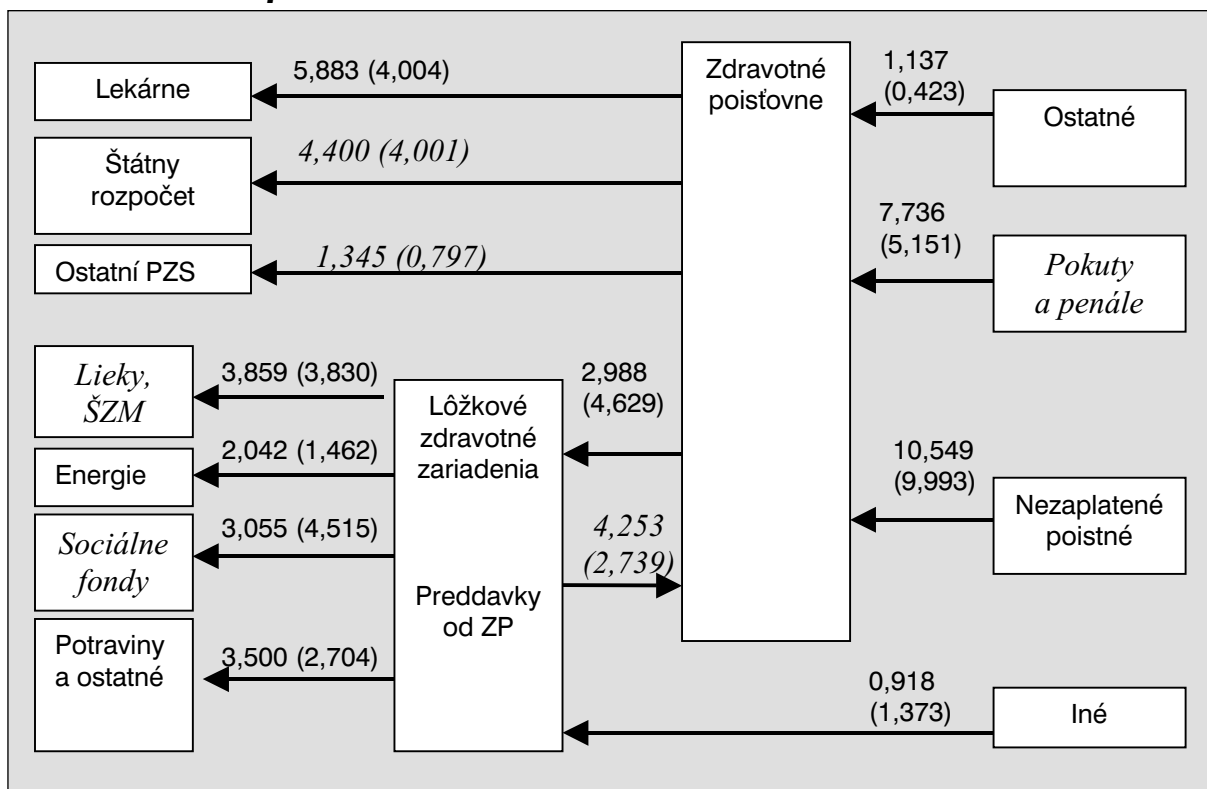
Poznámky: PZS – poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (najmä ambulánna starostlivosť)

Ministerstvo zdravotníctva tak dodaním jednorazových (a žiaľ jedinečných) finančných injekcií z privatizačných príjmov opticky zmiernilo rast dlhu, ale vonkoncom neodstránilo príčiny jeho vzniku. Tie spočívajú vo výdavkovej časti systému. Predovšetkým v pretrvávajúcom štátnom vlastníctve, nízkej reštrukturalizácii, nevyhovujúcej sieti a vysokých fixných nákladoch lôžkových zariadení, v nemotivačne nastavenom systéme platobných mechanizmov a nevhodnom

rozložení rizika. Môžeme konštatovať, že dlh ani k 30. 6. 2001 ešte zďaleka nie je stabilizovaný.

Vonkajší dlh systému zdravotníctva – tak ako sme ho definovali v úvode – dosiahol k 30. júnu 2001 objem 24,084 mld. Sk. Keďže v systéme máme viacero trhov a na každom z nich viacero subjektov, budeme ich záväzky a pohľadávky posudzovať oddelene. Podrobnejšiu štruktúru dlhu znázorňuje schéma 11.

Schéma 11

**Štruktúra záväzkov a pohľadávok v sektore zdravotníctva k 30. 6. 2001 v mld. Sk**

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Poznámka: Údaj v zátvorke je k 30.6.2000

Tabuľka 11

**Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní v mil. Sk**

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000	30.6.2001
Zdravotná starostlivosť	2 496	2 199	6 619	10 120	8 916	9 428	10 216
Lieky (lekárne)		0 773	2 138	3 839	3 582	4 004	5 883
Výkony zdravotnej starostlivosti		1 426	4 481	6 281	5 334	5 424	4 333
Úvery, pôžičky a návratná finančná výpomoc	0 646	0 743	1 677	1 903	4 369	4 001	4 400
<b>Záväzky spolu</b>	<b>3 142</b>	<b>2 942</b>	<b>8 296</b>	<b>12 023</b>	<b>13 285</b>	<b>13 429</b>	<b>14 616</b>

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo financií

Výška záväzkov zdravotných poisťovní k 30. 6. 2001 dosiahla 14,616 mld. Sk (tabuľka 11). Za špecifický môžeme považovať záväzok voči štátnemu rozpočtu vo výške 4,400 mld. Sk vo forme tzv. návratnej finančnej výpomoci. Ako zdroj financovania zdravotníctva je táto výpomoc svojím charakterom vysoko neštandardná a má slúžiť na posilnenie platobnej schopnosti poisťovní. V roku 1998 bolo poskytnutých 1,271 mld. Sk, v roku 1999 ďalších 2,730 mld. Sk, v roku 2000 potom 0,400 mld. Sk a napokon v lete 2001 ešte raz 0,400 mld. Sk. Túto sumu však vzhľadom na to, že bola poskytnutá až po 30. 6. 2001, do prehľadu nezahŕňame.

Z povahy návratnej finančnej výpomoci vyplýva jej návratnosť. Vzhľadom na deficitné hospodárenie zdravotných poisťovní sú očakávania<sup>82</sup> na jej splatenie nereálne. Skôr je možné ju považovať za určitý druh kompenzácie za nedostatočné plnenie si odvodovej povinnosti zo strany štátu za svojich poistencov.

Dlh zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti k 30. 6. 2001 podľa zdravotných poisťovní dosahoval 10,216 mld. Sk. Takmer 58% z tejto sumy tvoria dlhy lekárom (5,883 mld. Sk), ktorých objem zároveň zaznamenal aj mimoriadny medziročný nárast o 47%! Dlh voči lekárom má viacero dôležitých charakteristík. Po prvé, väčšina liekov na Slovensku je z dovozu a platíme za

ne devízami. Importéri a distribútori liekov tak znášajú kurzové riziko, ktoré potom implicitne prenášajú do zvyšovania ceny liekov. Po druhé, vzhľadom na ostatné dlhy v zdravotníctve je dlh voči lekárom relatívne krátkodobý – maximálne 6 až 9 mesiacov.

Zvyšných 42% tvoria dlhy zdravotných poisťovní na výkonoch zdravotnej starostlivosti. Z časového hľadiska došlo k medziročnému zníženiu tohto dlhu o viac ako miliardu korún. Pre lepšie pochopenie však musíme urobiť štruktúrny rozbor a dlh na výkonoch zdravotnej starostlivosti rozdeliť na dva celky. Prvým je dlh voči ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ten medziročne stúpol až o 70% na 1,345 mld. Sk.<sup>83</sup>

Druhým je dlh voči lôžkovým zdravotníckym zariadeniam. Na ten nazerať obidve zúčastnené strany – zdravotné poisťovne i lôžkové zariadenia – rozdielnou optikou. Kým zdravotné poisťovne vykazujú voči LZZ dlh vo výške 2,988 mld. Sk, lôžkové zariadenia tvrdia, že zdravotné poisťovne im dlhujú 6,676 mld. Sk.

<sup>82</sup> V návrhu štátneho rozpočtu na rok 2002 ministerstvom financií zahrnuté do príjmov.

<sup>83</sup> Ide prevažne o dlh z neuhradených faktúr lekárom, "PAS a ŠAS". Smutným paradoxom je, že poskytovatelia služieb sú súčasne aj veriteľmi za svoje poskytovanie služieb.

Tabuľka 12

**Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní v mil. Sk**

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000	30.6.2001
Pohľadávky na poistnom	1 089	1 705	4 708	6 977	9 203	9 993	10 549
Iné pohľadávky	176	1 058	2 069	5 993	7 102	9 686	14 044
Z toho príslušenstvo dlhu vo forme pokuty a penále						5 151	7 736
<b>Pohľadávky spolu</b>	<b>1 265</b>	<b>2 763</b>	<b>6 777</b>	<b>12 970</b>	<b>16 305</b>	<b>19 679</b>	<b>24 593</b>

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo financií

Tabuľka 13

**Štruktúra záväzkov lôžkových zariadení v mil. Sk**

	1995	1996	1997	1998	1999	30.6.2000	30.6.2001
Poistné (38%)	360	382	660	1 750	2 965	4 515	3 055
Lieky a ŠZM	1 150	1 220	2 330	3 555	3 701	3 830	3 859
Potraviny a ostatné	620	700	1 000	1 900	2 606	2 704	3 500
Palivá a energie	350	380	550	1 020	1 140	1 462	2 042
Záväzky spolu	2 480	2 682	4 540	8 225	10 412	12 171	12 456

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva – drobné odchýlky sú možné, lebo údaje (1995 – 98) boli odčítané z grafu  
Poznámka: ŠZM – špeciálny zdravotnícky materiál

Výška pohľadávok zdravotných poisťovní k 30.6.2001 dosiahla 24,593 mld. Sk (tabuľka 12). Najväčší podiel – 43% – na tomto objeme predstavujú pohľadávky za nezaplatené poisťné vo výške 10,549 mld. Sk. Pozitívnu črtou je medzročný pokles dynamiky rastu pohľadávok na poisťnom na 5,5%. Kumulatívne objem finančných prostriedkov, viazaných v pohľadávkach od roku 1994, keď bol systém zdravotného poistenia spustený, až po 30. 6. 2001 predstavuje menej ako 5 % z objemu vybraného poisťného, čo zodpovedá úspešnosti výberu zdravotných poisťovní na úrovni 95 %. Na tomto mieste musíme upozorniť na problém nezohľadňovania predpísaného poisťného v zdravotnom poistení a či by v hospodárení zdravotných poisťovní nevybraté poisťné nemalo byť pripočítateľnou položkou, tak isto ako pri komerčných poisťovniach.

Objemovo druhou najväčšou skupinou pohľadávok sú pokuty a penále<sup>84</sup> (7,736 mld. Sk), ktorých podiel dosahuje takmer 32% celého objemu pohľadávok zdravotných poisťovní. Vymôcť tieto pohľadávky bude pravdepodobne nemožné, objem týchto pohľadávok medzročne dynamicky rastie a má reálne nulovú hodnotu, čo značne deformuje pohľad na skutočné hospodárenie zdravotných poisťovní.

Relatívne malou skupinou sú ostatné pohľadávky zdravotných poisťovní. Sú to predovšetkým pohľadávky na prenájom priestorov a pod. Ich objem sa medzročne takmer strojnásobil a k 30. 6. 2001 dosahoval 1,137 mld. Sk.

Objem záväzkov lôžkových zariadení medzročne vzrástol o 285 mil. Sk, na 12,456 mld. Sk (tabuľka 13). Tento nízky rast dlhu o 2,3 % však nemôžeme pripísať efektívnejšiemu hospodáreniu nemocníc, ale predovšetkým extrémnemu prílivu dodatočných finančných prostriedkov z privatizácie, ktoré spôsobili brzdenie rastu dlhu. Celkovo bolo v priebehu od septembra 2000 do februára 2001 do lôžkových zdravotníckych zariadení priamo aj nepriamo<sup>85</sup>, dodatočne, doslova napumpovaných viac ako 5 miliárd korún (tabuľka 10).

Napriek týmto jednorazovým finančným dotáciám dlh v troch dôležitých položkách naďalej rastie. Mierne vzrástol za lieky (o 0,8 %), výraznejšie za potraviny a ostatné (o 39,4 %) a najmarkantnejšie za palivá a energie (o 39,7 %). K zníženiu dlhu došlo jedine v položke poisťné o 1,460 mld. Sk, avšak je potrebné si uvedomiť, že na oddĺženie LZZ voči Sociálnej poisťovni bolo vyčlenených rovných 1,500 mld. Sk. Pri posudzovaní pohľadávok lôžkových zariadení je potrebné byť opatrným a k jednotlivým dátam pristupovať veľmi obozretne. Zdravotnícke zariadenia vykazujú dve skupiny pohľadávok. Do prvej skupiny zahrňujeme pohľadávky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí si od LZZ prenajímajú ordinácie miestnosti, napr. prenájmy neštátnym lekárom. Tieto medzročne poklesli o jednu tretinu z 1,373 mld. Sk na 0,918 mld. Sk.

<sup>84</sup> Za neuhradené poisťné. Keď niekto nemá na zaplatenie istiny a nezaplatí ju, asi ťažko zaplatí príslušenstvo.

<sup>85</sup> Trochu to pripomína stav, keď pacientovi, namiesto aby sme mu zastavili krvácanie z otvorenej tepny, sústavne dolievame krv a navyše krvácajúce miesto prikryjeme plachtou, aby sme ho nevideli.

Tabuľka 14

**Porovnanie záväzkov ZP voči LZZ a pohľadávok LZZ voči ZP v mil. Sk**

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

Poznámka: Údaje za rok 2001 sú k 30.6.2001

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Druhou, oveľa komplikovanejšou skupinou, sú pohľadávky voči zdravotným poisťovniam. Tie sú totiž v porovnaní s deklarovávaným objemom záväzkov zdravotných poisťovní voči LZZ výrazne nižšie (tabuľka 14). Príčinou tejto nerovnováhy je neprehľadný systém financovania, nedostatočné výkazníctvo a nejednoznačné pravidlá platobných mechanizmov. Dôsledkom je už viackrát spomínaný a vysvetľovaný problém krytého a nekrytého dlhu.

**Príčiny vzniku dlhu**

Príčiny vzniku a sústavnej kumulácie dlhov rozdelíme na dve skupiny. Do prvej zaradíme externé príčiny, ktoré sú spravidla mimo priameho dosahu ministra zdravotníctva. Do druhej začleníme interné príčiny, ktoré môže ministerstvo ovplyvňovať priamo (tabuľka 15).

**Dôsledky prehlbovania dlhu**

Objem celkového externého dlhu v súčasnosti dosahuje zhruba 1/3 celého ročného rozpočtu zdravotníctva a jeho dôsledky na poskytovanie služieb sú doslova likvidačné.

1. Nárast marže dodávateľov liekov a ŠZM. Do zvýšenej marže dodávateľa prenášajú zvýšené finančné náklady, súvisiace s 300 a viac dňovým oneskorením uhradzovania ich faktúr a súčasne, kvôli oneskoreným úhradám sa dodávateľom zvyšuje ich kurzové riziko. Výsledkom je zvyšovanie cien a tým aj nákladov, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Inak povedané, dlh produkuje nový dlh.
2. Rastie objem korupcie. Pramení najmä z uprednostňovania tých veriteľov dlžníkmi, ktorí ich podplácajú.
3. Dlh viaže finančné prostriedky, klesá motivácia a efektívnosť, čoho dôsledkom je pokles kvality a následne aj celého zdravotného stavu.
4. Rastie vnútorný dlh, ktorý vyjadruje morálne a technické opotrebovanie majetku a vybavenia zariadení v sektore zdravotníctva. Tým, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú veľké problémy financovať bežnú prevádzku nemocnice, na pravidelnú obnovu investičného majetku môžu použiť jedine dotácie na kapitálové výdavky zo štátneho rozpočtu. Ich objem je stanovený na cca 2,2 mld. Sk ročne, čo ako čiastka zďaleka nepostačuje na reálne krytie investičných potrieb. O tom, že centrálné pridelovanie tejto dotácie je jednou zo živných pôd sofistikovanej korupcie, sme už hovorili.

Tabuľka 15

**Príčiny vzniku dlhu**

Externé príčiny	Interné príčiny
1. Hospodárska recesia v roku 1993	1. Netransparentné finančné vzťahy a zlyhania kontrolného systému
2. Nedostatočné odvádzanie poistného zo strany štátu	2. Dlh samotný
3. Článok 40 ústavy, garantujúci občanom bezplatnú zdravotnú starostlivosť	3. Nedostatočne reštrukturalizovaná strana ponuky (najmä LZZ a ich extrémne vysoké fixné náklady)
	4. Uplatňovanie výdavkového princípu pred nákladovým princípom a nulové hraničné náklady
	5. Organizačná štruktúra jednotlivých subjektov, zlý systém odmeňovania a platobných mechanizmov
	6. Všetko riziko znáša štát (aj za poisťovne, aj za LZZ)

Zdroj: autori



### Likvidácia dlhu

Takzvaná likvidáciu dlhu, ktorú z jedinečných a neopakovateľných zdrojov z privatizácie vykonalo MZ, bola absolútne neefektívna. Vyše 6 miliárd korún použitých v rámci "oddĺženia" len tlmilo rast dlhu a systém sa po tejto injekcii opäť ocitol tam, kde predtým. Dlh rastie a mimoriadne zdroje z privatizácie sú prejedené. Efektívna likvidácia dlhu závisí od dvoch kritických bodov: správneho výberu metódy oddĺženia a správneho načasovania.

Po "oddľžovacom" maratóne a prejedení prostriedkov z privatizácie zostávajú v podstate dve základné metódy oddĺženia:

- a) reštrukturalizácia dlhu (veriteľmi by sa mali stať banky namiesto dodávateľov),
- b) emisia dlhopisov.

Druhým kritickým bodom je správne načasovanie oddĺženia. V žiadnom prípade likvidácia dlhu nemôže začať skôr, ako bude zdravotníctvo finančne stabilizované a neprestane produkovať dlhy. Ak má totiž oddĺženie extenzívnu povahu a nepredchádza mu reštrukturalizácia a ozdravenie zdravotníctva, tak ide o bezprecedentné mrhanie jedinečnými finančnými zdrojmi, ktoré síce opticky rast dlhu tlmia, ale nezakladajú žiadne predpoklady, že dlh nebude znova rásť. Vo finančne nestabilnom prostredí, ktoré je charakteristické pre slovenské zdravotníctvo, je sústavné "oddľžovanie" nebezpečnou drogou, od ktorej môžeme byť pomaly závislí všetci.

## DESIATA KAPITOLA

### Rozhodujúce závery vyplývajúce z analýzy a identifikácie problémov

1. Systém ako tak funguje sám pre seba, pacient, pre ktorého je určený, v ňom nehrá žiadnu úlohu.
2. Systém je zároveň sám pre seba bremenom, pretože zabezpečuje kompletnú finančnú ochranu všetkým účastníkom poskytovania služieb v tom prípade, ak má "štátnu" ingerenciu. To platí pre takzvané poisťovne, štátne lôžkové zariadenia a pacientov. Na túto finančnú ochranu však nie sú pripravené financie.
3. Riziko, ktoré štát pôvodne nechcel mať a presunul ho na zdravotné poisťovne, tieto ihneď previedli poskytovateľom a tí ho ihneď vrátili štátu.
4. Úplne zaistený pacient nedostáva ani tie služby, na ktoré zdroje sú, pretože tieto zdroje sú veľmi neefektívne alokované.
5. Rozsiahly liečebný poriadok a nulové marginálne náklady vedú k častému zneužívaniu systému nielen pacientmi, ale aj poskytovateľmi.
6. Je vytvorená dokonalá živná pôda pre bezprostrednú dennú masovú korupciu, ale aj veľmi nebezpečnú "sofistikovanú korupciu", v ktorej je zapojených najviac niekoľko sto ľudí.
7. Ekonomicky paradoxne pri nadbytku ponuky stúpa dopyt po službách.
8. Vytvorený dlh a jeho mesačný rast hrozí vážnym kolapsom celého systému, ktorý môže ľahko prerásť do chaosu a anarchie.
9. Zdravotníctvo postupne stráca svoju „výrobnú schopnosť“ a nepomáhajú ani finančné injekcie z privatizácie, ktoré "maskujú" rýchlosť straty výrobnej schopnosti.

Ak chceme uvažovať o reálnej zmene, nie je možné uvažovať o nej ako o súbore čiastkových opatrení, ktoré väčšinou neriešia problém, ale jeho dôsledky, aj to spravidla nevhodne.

Zastávame názor, že je potrebné radikálne zmeniť všetky tri okruhy systému, týkajúceho sa poskytovania zdravotných služieb<sup>86</sup>.

Tieto zmeny pozostávajú hlavne zo:

- a) spôsobu výberu zdrojov (financovanie),
- b) spôsobu alokácie zdrojov do modernej elastickej siete poskytovateľov (platobné mechanizmy, znášanie rizika a organizácia poskytovateľov),
- c) spôsobu vyriešenia práva a povinnosti pacienta, ktorý je tak či tak rozhodujúcim faktorom celého systému a pre ktorého tu zdravotníctvo je.

Týmto prioritám sme venovali tretiu časť publikácie.

<sup>86</sup> Zásadne sa nám prieči názov starostlivosť. Rešpektujeme jedinečnosť človeka ako "najkomplikovanejšej chemickej továrne" a nedosiahnuteľného počítača s neuveriteľným softvérom. Napriek tomu chceme tomuto geniálnemu výtvoru prírody poskytovať kvalitné služby a nie nekvalitnú starostlivosť.

## TRETIA ČASŤ

# Návrh reformy zdravotníctva

---

Náš návrh reformy je založený na rešpektovaní troch rozhodujúcich vzťahov.

1. Posilnenie vzťahu medzi tým, čo občan do systému dáva a čo z neho dostáva.
2. Posilnenie motivácie poskytovateľov, že výkon bude vôbec ohodnotený a lepší výkon bude ohodnotený lepšie ako horší výkon.
3. Posilnenie zodpovednosti každého subjektu, aby znášal svoje riziko individuálne.

Prvým nevyhnutným krokom je definícia zákonného nároku na definovaný štandard, ktorej sa venujeme v jedenástej kapitole. Zákonný nárok bude slúžiť ako rozhranie medzi povinným a nepovinným poistením. Zúženie liečebného poriadku je zároveň krokom k zníženiu miery solidarity v systéme.

V oblasti financovania (dvanásta kapitola) za hlavný cieľ považujeme autonómiu systému financovania (čo najväčšie možné odpojenie od štátneho rozpočtu) a vytvorenie takého prostredia v nepovinnom poistení, ktoré umožní legalizáciu neformálnych platieb.

Platobné mechanizmy, ktorým sa venujeme v trinástej kapitole, sú jedným z najcitlivejších nástrojov zvyšovania vyššej efektívnosti a lepšej kvality poskytovaných služieb.

Náš návrh smeruje k:

- a) zavedeniu kombinovaného odmeňovania PAS a ŠAS,
- b) zavedeniu DRG pre odmeňovanie LZZ (nemocníc),
- c) zavedeniu lôžkodňa (kapitačná úhrada) alebo kombinovaného odmeňovania pre chronických pacientov, pre ošetrovanie a pôrody,
- d) zrovnoprávneniu štátnych a neštátnych poskytovateľov v oblasti platobných mechanizmov, autonómie a zodpovednosti.

Popri zmene financovania a platobných mechanizmov sa podrobne venujeme doteraz značne podceňovanej problematike, ktorou je oblasť organizácie poskytovateľov (štrnástá kapitola).

Navrhujeme:

1. korporatizáciu všetkých štátnych subjektov (LZZ, OLU, výskumné a pod.),
2. zrovnoprávnenie štátnych a neštátnych poskytovateľov v znášaní rizika.

Oblasťou regulácií a rozdeleniu kompetencií sa venujeme v pätnástej kapitole, hlavný dôraz kladieme na výrazné odpolitizovanie zdravotníctva, zrušenie rozhodovacieho a strategického monopolu ministerstva zdravotníctva. Za hlavné považujeme posilnenie kompetencií samosprávnych celkov a profesijných organizácií.

## JEDENÁSTA KAPITOLA

### Definovanie zákonného nároku na definovaný štandard

Rozhodujúcim prvkom predkladanej reformy zdravotníctva je jasné definovanie rozsahu nepoistiteľného rizika. Rozumieme pod ním základný balík služieb, nárokovateľný každým občanom SR, ktorý bude platený v rámci solidárnosti z verejných zdrojov. Zvyšok budú tvoriť ostatné služby, ktoré budú predmetom poplatkov alebo príplatkov.<sup>87</sup>

#### Zmena Liečebného poriadku

Liečebný poriadok je najviac diskutovanou "príčinou" krízy zdravotníctva. V našej koncepcii budeme vychádzať z predpokladu, že ústava<sup>88</sup> aj dnes v uvedenej dikcii umožňuje rozdeliť Liečebný poriadok na služby úplne hrazené nákupcami v rámci základného balíka služieb – basic benefit package – BBP (tzv. nepoistiteľné riziko) a na nákupcami čiastočne alebo vôbec nehradené výkony v rámci rôznych balíkov nepovinných služieb<sup>89</sup>.

#### Princípy určenia BBP

Tento balík služieb bude obsahovať tie diagnózy a k nim viazané preventívne, diagnostické a liečebné činnosti, ktoré bude mať pacient plne hrazené v základnom balíku povinného poistenia.

V princípe sem budú patriť:

1. všetky preventívne činnosti, ako sú očkovania, povinné preventívne prehliadky a skrínigové metódy, vedúce k prevencii alebo včasnej diagnostike závažných ochorení<sup>90</sup>,
2. všetky diagnostické činnosti vedúce k správnej diagnostike ochorení vedených v kategórii BBP<sup>91</sup>,
3. všetky liečebné úkony pre určené diagnózy<sup>92</sup>.

#### Hlavné princípy stanovenia BBP

##### – plne hrazeného balíka služieb

Do základného balíku budú patriť hlavne tieto ochorenia:

1. všetky akútne ochorenia,
2. všetky onkologické ochorenia,
3. všetky kardiologické ochorenia,
4. kompletná traumatológia,
5. všetky chronické ochorenia<sup>93</sup>,
6. cena základnej molekuly lieku v DDD<sup>94</sup>,
7. cena zákonom predpísanej prevencie,
8. základne stomatologické ošetrovanie, vrátane najlacnejších protetických náhrad<sup>95</sup>,
9. preprava<sup>96 97</sup>.

Problémom základného balíka je definovanie diagnózy a jej ceny. Metodicky budeme uvažovať o takomto postupe:

1. stanoví sa počet ošetrovaných pacientov v LZZ za definované obdobie<sup>98</sup>,
2. stanoví sa počet ošetrovaných pacientov v ŠAS za uvedené obdobie.

<sup>87</sup> Najčastejšie bude organizované formou komerčného poistenia, ale z pohľadu financií je vcelku jedno, či pacient uhradí za tieto služby "cash", alebo sa poistí.

<sup>88</sup> Pre právnych puristov by iste lepšie znel § 40, ak by za slovom podmienok bolo ešte slovo v rozsahu.

<sup>89</sup> Na tieto služby budú pôsobiť na trhu iní nákupcovia.

<sup>90</sup> Bude financované "per kapita" za vykonanú činnosť fixne stanovenou čiastkou za jednotlivé činnosti.

<sup>91</sup> Bude financované priamou úhradou ceny diagnostického výkonu SValZ a v rámci DRG u ŠAS a LZZ.

<sup>92</sup> Bude financovaná podľa poskytovateľov buď v PAS, alebo ŠAS a LZZ.

<sup>93</sup> Musí byť stanovená plne hrazená frekvencia kontrol v rámci úhrady "per kapita" za vykonanú kontrolu.

<sup>94</sup> DDD = doporučená denná dávka.

<sup>95</sup> Tu bude mať veľký význam regres.

<sup>96</sup> Regionálny princíp poznania lokálnej situácie a efektivity ceny.

<sup>97</sup> V rámci nakupovania služieb u extraregionálnych poskytovateľov v prípade, že inkasantom DRG bude jeden poskytovateľ, ktorý si objedná čiastkový výkon, alebo aj celú liečbu u iného poskytovateľa.

<sup>98</sup> Pôjde o štatistické vyhodnotenie posledných dvoch rokov.

Samotné stanovenie ceny na jednotlivý odbor bude reprezentovať priemer finančnej skutočnosti za roky 2000 a 2001 bez dotácií z privatizácie<sup>99</sup>, ktorú uhradili dnešné poisťovne na jednotlivý odbor. Následne sa prepočíta cena na ideálnu obložnosť 85 % z kapacity a získame jednotku ceny na pacienta a jednotlivý odbor<sup>100</sup>, nezávisle od toho, či je pacient liečený iba ŠAS, alebo aj LZZ. O túto jednotkovú sumu na rok sa budú uchádzať poskytovatelia každého typu podielom na cene, pričom u chronických pacientov časť prostriedkov bude prevedená do kapitálnej úhrady za vykonanú pravidelnú kontrolu. Jednotlivé ceny za odbor, spôsob, ako budú hradené, spôsob zmeny ceny budú stanovovať nákupcovia služieb na základe rokovaní s poskytovateľmi<sup>101</sup>.

### Nepovinný balík služieb

Predmetom nepovinného balíka budú prevažne tieto služby:

1. urýchlenie plánovaných operácií alebo honorár pacientom vybraného operátora<sup>102</sup>,
2. príplatok za iného ako zmluvného<sup>103</sup> poskytovateľa,
3. príplatok za drahší liek ako je v základnom balíku<sup>104</sup>,
4. príplatok za kvalitnejšiu náhradu, alebo pomôcku, ako je v základnom balíku,
5. príplatok na prepravu, ak nebude zahrnutý v základnom balíku<sup>105</sup>,
6. príplatok za kvalitnejšiu stravu a ubytovanie a služby na lôžku,
7. príplatok na prevádzku v LDCH a rehabilitačných strediskách<sup>106</sup>,
8. kozmetické a "skrášľovacie" operácie,
9. antikoncepcia a interrupcie<sup>107</sup>,
10. fertilizačné operácie a výkony<sup>108</sup>, vrátane mužov<sup>109</sup>,
11. príplatok za kúpele a rehabilitáciu nad rámec liečby akútneho ochorenia,
12. dobrovoľná prevencia<sup>110</sup>,
13. iné<sup>111</sup>.

Nákupcom týchto služieb bude iný právny subjekt<sup>112</sup> ako je nákupca základného balíka. Predpokladá sa účasť komerčných nákupcov. Zákon nebude brániť spolupráci a kooperácii<sup>113</sup> rôznych nákupcov<sup>114</sup>.

### Liečebné a diagnostické štandardy

Už v minulosti sme zaznamenali malú snahu prejsť z pôvodne výkonového systému<sup>115</sup> na systém DRG<sup>116</sup>. Na pôde MZ SR dokonca v roku 1998 vznikol akýsi

Katalóg k vyúčtovaniu výkonov<sup>117</sup> pre zdravotné poisťovne, postavený na princípe paušálnych úhrad<sup>118</sup>. Rozpor medzi rešpektovaním požiadavky vrátiť podľa možnosti pacientovi zdravie alebo zlepšiť jeho zdravotný stav, alebo stabilizovať jeho zdravotný stav a potrebou kvantifikovať cenu tejto požiadavky, viedol k príliš podrobnému a detailnému postupu potrebného k takzvanej "objektívizácie ceny".

Katastrofálna finančná situácia poskytovateľov, ale (a to je ešte dôležitejšie) aj katastrofálna situácia v okruhu verejných financií určených na zdravotníctvo, podľa nášho názoru neumožňuje v prvej etape postupovať pri hľadaní optimálnej ceny príliš detailne, a teda nutne aj pomaly<sup>119</sup>. Vypracovanie štandardov optimálnej liečby a k tomu stanovenie príslušných cien za jednotlivé odbory a ďalej, podrobnejšie na jednotlivé diagnózy a ich komplikácie, je úloha na celé roky.

<sup>99</sup> Na výpočet použijeme štatistiku UZIS o výnosoch a nákladoch jednotlivých odborov.

<sup>100</sup> Veľký význam zohrajú v budúcnosti diagnostické a liečebné štandardy, teda postup lége artis, v danej situácii však musíme presadzovať jednoduchšie a hlavne rýchlejšie riešenia.

<sup>101</sup> Zákon o liečebnom poriadku v žiadnom prípade nebude konkretizovať ceny, ale bude stanovovať pravidlá stanovenia ceny, spôsob kontroly a arbitrážneho a rozhodcovského konania.

<sup>102</sup> Napríklad žľzníkové kamene, haluxy, varixy, hernie, umelé kĺby, umelé očné šošovky.

<sup>103</sup> Ide o poskytovateľa, ktorý nemá kontrakt s nákupcom, ale má zmluvu s pacientom.

<sup>104</sup> Viac v cene lieku a cenovej regulácii.

<sup>105</sup> Podľa regiónov.

<sup>106</sup> Z dôchodkov a z príspevku na PN.

<sup>107</sup> Okrem vitálnych zdravotných indikácií a sectio parva.

<sup>108</sup> Použije sa regionálny princíp.

<sup>109</sup> Vyšetrenie spermioqramu, liečba mužskej neplodnosti, rekonštrukčné operácie na semenných cestách.

<sup>110</sup> Tu bude mať význam malus a bonus.

<sup>111</sup> Všetko čo nie je v BBP a čo sme nevymenovali.

<sup>112</sup> Predpokladáme komerčné poisťovne, ktoré budú tento produkt spájať s iným typom poistenia (životné, nehnuteľnosti, úrazové).

<sup>113</sup> Vznik spoločných podnikov (joint venture) pre základný balík a doplnkový balík vyžaduje širšiu diskusiu.

<sup>114</sup> Predpokladáme symbiózu spočívajúcu v kmeni poistencov základného balíka a kapitálu.

<sup>115</sup> Úhrady za jednotlivé diagnostické a liečebné postupy, ktoré sa dajú účtovať "donekonečna".

<sup>116</sup> Napríklad projekt "Vranov" Myjava.

<sup>117</sup> Sémantická chyba, nešlo o výkony ako jednotlivé úkony vedúce k diagnóze a liečbe, ale o výkony ako celok.

<sup>118</sup> Ide o vcelku veľmi kvalitný materiál, ku ktorému sa bude dať vrátiť.

<sup>119</sup> V druhom polroku 2001 mesačne dlh rástol o cca 720 miliónov Sk.

Z tohto pohľadu považujeme za samozrejmé, že koncepcia reformy zdravotníctva a obzvlášť samotná reforma musia získať celospoločenskú podporu a nezávisle od vládnucej politickej koalície, formou "štafetového behu", v nej musia pokračovať a zlepšovať jej výsledky celé generácie politikov, zdravotníkov a občanov.

### Regióny a liečebný poriadok

Je známe, že trvale dávame veľký význam súčinnosti regionálnej vlády a jej legislatívy s nákupcami služieb. Predpokladáme, že región vo svojich zákonných normách bude mať právo "modifikovať" niektoré ustanovenia liečebného poriadku<sup>120</sup>, hlavne v tých prípadoch, kde lokálne podmienky<sup>121</sup> ukážu potrebu pružnejšieho prístupu k celoštátnej zákonnej norme.

### Pohľadávka a regres

Pod pohľadávkou rozumieme výšku nezaplatenej istiny a jej príslušenstvo (tabuľka 16).

Problematickou zostávajú pohľadávky z dôvodu platiteľmi neuhradených a zákonom stanovených, teda povinných, odvodov<sup>122</sup>. Aby boli motivovaní nákupcovia služieb zabezpečiť si čo najvyšší výber poistného, bude potrebné zabezpečiť tieto opatrenia:

1. ponechať exekučnú právomoc nákupcom, teda možnosť vystaviť exekučné príkazy a realizovať exekúcie mimo súdnej cesty zrýchleným procesom,
2. za nevybraté odvody bude nákupca tvoriť rezervu a účtovať ju ako pripočítanú položku k svojmu hospodárskemu výsledku<sup>123</sup>, tým sa odstráni problém fakturovania<sup>124</sup> pohľadávok nákupcov voči neplatičom, čo dnešný zákon neumožňuje z dôvodu spravovania verejných zdrojov,
3. vyriešiť otázku regresu u neplatičov.

### Regres a neplatiči

Nastanú situácie, keď nákupca služieb zo zmluvy povinne plnil<sup>125</sup> (nakúpil služby), pričom ten, v ktorého prospech bola služba nakúpená, nedodrжал niektorú podstatnú zmluvnú povinnosť. V zásade môžeme podstatu regresu rozdeliť do dvoch skupín:

1. stav, kedy neplatič poistného čerpal službu. Na rozdiel od pohľadávky v tomto prípade utrpel nákupca škodu nielen z neuhradenia a následného odpočítania z hospodárskeho výsledku, ale aj úhrady služby, ktorú pre pacienta financoval, jednoducho povedané nedostal a dal, pretože zo zákona bol povinný dať,
2. iným prípadom regresu môže byť miera zavinenia a jej zohľadnenie<sup>126</sup>.

<sup>120</sup> Na vlastné riziko a zodpovednosť.

<sup>121</sup> Ide hlavne o prepravné služby, odosielanie pacientov iným poskytovateľom a pod, prípadne dotácie na niektoré služby v rámci regiónu financované z vlastných fondov.

<sup>122</sup> V komerčnom poistení získava platnosť poistná zmluva dňom podpísania, ale účinnosť dňom uhradenia poistného. Tam, kde je zákonná povinnosť poskytnúť plnenie nezávisle od uhradenia, vzniká regres, ak bolo medzitým plnenie.

<sup>123</sup> Vznikne mu škoda vo výške konečnej neuhradenej čiastky, ktorá bude predmetom vymáhania.

<sup>124</sup> Faktorovanie - ocenenie pohľadávky faktorom menším ako 1.

<sup>125</sup> V prípade BBP je to vždy.

<sup>126</sup> Ide o veľmi chýlostivý problém, napríklad úrazy v stave opilosti, alebo po použití drog, v širšom chápaní aj tie ochorenia, ktoré trvalo poškodzujú zdravie, ako je nikotinizmus, alkoholizmus či drogové závislosti. Do úvahy prichádzajú aj športové úrazy u exponovaných osôb atď.

Tabuľka 16

### Definícia pohľadávky

Istina	Príslušenstvo
1. Neuhradenie zákonom stanoveného odvodu nákupcovi služieb	1. Úrok z omeškania pri neuhradenej istine
2. Neuhradenie poskytnutej služby nákupcom poskytovateľovi	2. Dohodnuté sankcie a pokuty
3. Neuhradenie subdodávky medzi poskytovateľmi	
4. Neuhradenie tovarov a služieb poskytovateľmi dodávateľom	

Zdroj: autori

V prípade neplatiča, ktorý službu čerpal, bude mať právo nákupca na radikálne vymáhanie svojej straty (v určitej miere výšky), a tým aj škody, podobne, ako je to bežné v komerčnom poistení. V prípade iných regresov bude musieť spoločnosť dosiahnuť dohodu – konsenzus nielen v tom, či ide o regres, ale v jeho riešení. Do úvahy prichádzajú napríklad tieto možnosti:

1. povinné úrazové poistenie exponovaných osôb, ktoré by však nekrylo, ako je to doteraz, stratu na príjme poškodeného, ale okrem toho navyše aj liečebné náklady,
2. zvýšenie nepriamych daní pri alkohole a cigaretách, ktoré budú smerované priamo do zdravotníctva – išlo by o takzvanú vynútenú nepriamu solidárnosť.

## Prevenčia

Všeobecne môžeme prevenciu rozdeliť na tri zložky:

1. primárna prevencia – snaha o zamedzenie vzniku ochorenia,
2. sekundárna prevencia – snaha o včasné odhalenie vzniknutého ochorenia,
3. terciárna prevencia – liečba a rehabilitácia, zníženie utrpenia.

Pre naše potreby budeme uvažovať o primárnej časti prevencie a tej časti sekundárnej prevencie, ktorá vedie k rýchlejšiemu odhaleniu ochorenia (skrining<sup>127</sup>) spoločne. Primárna prevencia bola dlho u nás stotožňovaná s očkovaním. V skutočnosti by mala obsahovať minimálne nasledovné zložky:

- a) očkovanie,
- b) štátny zdravotný dozor,
- c) podpora zdravia.

## Očkovanie a skrining

Očkovanie je v súčasnosti riešené dosť komplikovane so zapojením PAS, štátnych zdravotných ústavov a pravdepodobne aj poisťovní. Na očkovaní budú zainteresovaní PAS a nákupcovia služieb. Vznikne zoznam povinných a odporúčaných očkovaní, ktoré bude realizovať PAS na základe pozývania klientov<sup>128</sup>. Úhrada povinných očkovaní bude realizovaná nákupcom v rámci základného balíka<sup>129</sup>. Tvorcami zoznamu by mali byť príslušné odborné spoločnosti SLK<sup>130</sup>. Tento systém by zároveň umožňoval aj istú konkurenciu nákupcov v oblasti hradenia odporúčaných<sup>131</sup> (nie povinných) očkovaní.

Sekundárna prevencia je vlastne už plnou súčasťou liečebno–preventívneho procesu. Jej najdôležitejšou zložkou by mal byť skrining. Zoznam skriningových vyšetrení podľa veku a pohlavia bude súčasťou základného balíka a tieto vyšetrenia budú plne hradené nákupcami<sup>132</sup>. Aby sme zabezpečili aktívne pozývanie osôb v riziku na tieto vyšetrenia, budeme motivovať lekárov PAS a ŠAS nielen cenou samotného vyšetrenia<sup>133</sup>. Tvorcami zoznamu skriningových vyšetrení by mali byť tak isto odborné spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti, alebo iné renomované odborné spoločnosti, prípadne lekárske fakulty.

## Štátny zdravotný dozor

Aby sme mohli podrobne rozobrať návrh štátneho zdravotného dozoru, ktorého súčasným nositeľom sú štátne zdravotné ústavy, musíme si aspoň stručne definovať ich súčasnú činnosť.

1. **Epidemiológia infekčných ochorení.** Sledovanie očkovania, vyšetrovanie nozokomiálnych nákaz, vyšetrovanie príčin nahlásených infekčných ochorení, vedenie evidencie nahlásených ochorení.
2. **Hygiena životného prostredia.** Kontrola kvality pitnej vody, ovzdušie, povoloovací proces.
3. **Hygiena výživy.** Kontrola reštaurácií a obchodov, kontrola vybraných výrobkov.
4. **Preventívne pracovné lekárstvo.** Evidencia rizikových pracovísk, kontrola pracovísk, schvaľovanie práce s jedmi.
5. **Hygiena detí a mládeže.** Kontrola prevádzky predškolských a školských zariadení.
6. **Laboratóriá.** Analýza vzoriek životného a pracovného prostredia, analýza vzoriek z potravinárskeho dozoru.
7. **Zdravotná výchova.** Základné činnosti zdravotnej výchovy, prednášky, letáky, poradne zdravia.

<sup>127</sup> Je veľmi podobný očkovaniu.

<sup>128</sup> Úhrada lekára PAS bude per kapita za vykonanie.

<sup>129</sup> Bližšie pozri DRG.

<sup>130</sup> Kapitola o regulácií a kompetenciách.

<sup>131</sup> Bližšie pozri DRG.

<sup>132</sup> Na niektoré vyšetrenia a preventívne prehliadky budú prispievať zamestnávateľia v rámci svojich sociálnych a zdravotných programov.

<sup>133</sup> Úhrada lekára bude per kapita za vykonanie úkonu.

Orgánom štátneho zdravotného dozoru však nie sú samotné ŠZÚ, ale okresní, resp. krajskí hygienici, ktorí sú často riaditeľmi ŠZÚ v regióne. Mnoho činností vytvára duplicitu s inými štátnymi firmami, napr. kontrola kvality vody vo verejných vodovodoch prevádzkovaných podnikmi vodární a kanalizácií alebo jazier v správe podnikov Povodí. Celkovo činnosť týchto ústavov je stále na úrovni klasickej hygieny 50–tych, 60–tych rokov, napriek zmene názvu. Sú financované plne z rozpočtu MZ SR, pričom je potrebné podotknúť, že nezanedbateľné finančné toky z pokút a penále idú práve z nálezov ŠZÚ do štátneho rozpočtu, bez akejkoľvek spätnej väzby.

Hygiena výživy napríklad dokonale vie, koľko percent výrobkov nevyhovelo norme, ale netuší, koľko ľudí tieto výrobky konzumuje a aká je skutočná skladba stravy obyvateľstva. Ťažko potom hovoriť o programe ozdravenia výživy. Nie sú dokonca hodnotené ani vnútorné vzťahy, nikto na Slovensku neporovnal, koľko infekčných ochorení má svoj pôvod v obchodoch a reštauráciách s nízkou úrovňou hygieny a v tých druhých. Dozor je vykonávaný mechanicky, s cieľom minúť pridelené prostriedky a vykázať činnosť.

Leto roku 2001 poskytlo dokonalé príklady nefunkčnosti tohto systému. Poplach okolo rakovinotvorného olivového oleja dokladoval neschopnosť posúdiť realitu, keď bez ohľadu na skutočnú spotrebu, následne mechanicky, na základe neoverených čísiel, došlo k sťahovaniu výrobkov.

Tento systém sa nedá reformovať. Jednoduchšie bude vytvoriť úplne nový systém, samozrejme, na báze existujúcich skúseností a poznatkov, a preto navrhujeme:

1. Oddeliť štátny zdravotný dozor od ostatnej činnosti ŠZÚ a preniesť ho úplne do kompetencie regionálnej štátnej správy (okresnej, resp. krajskej)<sup>134</sup>. Ako druhý variant uvádzame možnosť, často aplikovanú vo svete, že túto činnosť majú na starosti municipality, pričom, v prípade malých obcí dochádza k spojeniu do logických celkov. Vôbec sa netreba brániť ani tomuto variantu, t.j. prevod dozoru na samosprávu. Vybrané činnosti preniesť priamo do kompetencie nákupcu (nozokomiálne nákazy<sup>135</sup>), orgánov potravinárskej a poľnohospodárskej inšpekcie a úradov bezpečnosti

práce. Potom príjmy z pokút a penále by sa mali stať príjmami daného regiónu so zabezpečením spätnej väzby nezávisle od toho, či túto činnosť vykonáva štátna správa alebo samospráva.

2. Na báze zbytku ŠZÚ vytvoríť moderné ústavy verejného zdravotníctva, zamerané na aplikovaný výskum a odborné riešenie problémov prevencie. Tie zaradiť pod vznikajúce VÚC, resp. okresy a zaviesť príspevkový model financovania. Základný príspevok by mal byť z VÚC, objednávateľom prác by mohli byť okresné a krajské úrady, prípadne mestá a obce z prostriedkov získaných zo štátneho zdravotného dozoru a tretím zdrojom financií by boli grantové prostriedky z domácich a zahraničných zdrojov. Laboratória by mali zostať súčasťou tohto ústavu a postupne by mali vstupovať do voľnej súťaže s inými laboratóriami a v prípade výhodných ponúk by bola možná ich privatizácia.
3. Podpora zdravia ako výhradne nadrezortný proces musí byť zaradená samostatne ako jedna z úloh štátu a spoločnosti, pričom musí úzko spolupracovať s novými ústavmi verejného zdravotníctva. Do istej miery možno povedať, že by mala určovať činnosť týchto ústavov s cieľom naplniť Národný program podpory zdravia a štátnu zdravotnú politiku. Mala by byť tým článkom, ktorý preniesie odborné vedomosti do úrovne rozhodovania.
4. Ďalšou z úloh na úrovni štátu je existencia systému realizácie štátnej zdravotnej politiky a Národného programu podpory zdravia na prísne otvorenej a transparentnej báze cez poskytovanie grantov. K tomu treba vytvoriť nadáciu, resp. fond podpory zdravia, fungujúci podľa vzoru podobných fondov v západnej Európe, ale aj v Maďarsku alebo Poľsku. Zdrojom pre tento fond môžu byť percentuálne stanovené odvody zo spotrebných daní na tabak a alkohol. Táto nadácia alebo fond by však nemali byť pod Ministerstvom zdravotníctva, ale pod radou vlády pre podporu a ochranu zdravia (funkčná obdoba súčasnej Koordinačnej rady vlády pre ochranu zdravia).

<sup>134</sup> Ako súčasť ÚKOD.

<sup>135</sup> Ako súčasť DRG musí poskytovateľ znášať zo svojho aj náklady na nozokomiálne infekcie.



V prevencii má mimoriadne dôležitú úlohu medicínsky výskum. Na Slovensku prakticky neexistuje epidemiologický výskum, napriek tomu, že je tu množstvo problémov v zdravotnom stave. Nepoznáme príčiny a súvislosti, neexistuje, okrem rezortu školstva, jednotný systém financovania projektov výskumu. Obdobná je situácia vo vzdelávaní a špeciálne v postgraduálnom vzdelávaní. Kurzy s problematikou modernej prevencie je možné spočítať na jednej ruke a ich účastníci sú často tí istí.

Od roku 2001 navyše dochádza k ďalšiemu zneužívaniu monopolu SPAM. Kurzy aj atestácie sa stávajú platenými. Takýto krok je možný, ale potom by malo byť umožnené aj iným subjektom ponúkať svoje služby a zdravotníkom možnosť vybrať si z ponuky viacerých subjektov.

### **Prevencia detí a dorastu**

Samotný obsah prevencie detí a dorastu možno hodnotiť ako dobre vykonávaný. Prevenciou sa dosiahlo výrazné zlepšenie zdravotného stavu detí a dorastu po druhej svetovej vojne<sup>136</sup>. Tu naozaj socialistické zdravotníctvo zaznamenalo mimoriadny úspech.

### **Prevencia vykonávaná PAS, platená zo základného balíka „per kapita“ za výkon<sup>137</sup>**

V primárnej starostlivosti je vo všeobecnosti cieľom komplexný, integrovaný a preventívny liečebný systém práce, nazerajúci na pacienta ako na súčasť prostredia, v ktorom žije a pracuje. Zároveň je to najideálnejší priestor na uplatňovanie neformálnej a účelnej primárnej prevencie.

### **Primárna prevencia**

#### **1. Prevencia infekčných ochorení – očkovanie.**

U nás dnes povinné DITEPER, TRIMOVAX, HiB, ENGERIX, POLIO (vakcíny budú hrazené nákupcom v rámci základného balíka).

#### **2. Presadzovanie správnej výživy.** Poradne ako súčasť liečebno–preventívnej starostlivosti praktických lekárov pre deti a dorast. Každá preventívna prehliadka okrem antropometrie, vyšetrenia moču, zrakovej ostrosti, u väčších detí aj TK, obsahuje pohovor s matkou o správnej výžive.

- 3. Sledovanie dieťaťa počas jeho vývoja.** Možnosť zachytiť včas odchýlky (psychomotorika), ktoré by mohli viesť k zdravotnému postihnutiu, sa realizuje prostredníctvom pozývania detí na preventívne prehliadky<sup>138</sup>
- 4. Prenatálna prevencia.** Preventívne prehliadky tehotných v pravidelných intervaloch.

### **Sekundárna prevencia**

- 1. Plošná.** Skriningové vyšetrenia už prenatálne – alfafetoproteíny, sonografia tehotných, sledovanie Rh inkompatibility, BWR pozitivity a teraz aj AIDS. Skrining všetkých novorodencov na fenylketonuriu, hypothyreosu (skrining fenylketonurie a hypothyreózy sa robí z kvapky krvi novorodenca. Jedno vyšetrenie stojí okolo 100 Sk, a tým sa dá predchádzať - nasadením diéty - závažnému poškodeniu dieťaťa s trvalými následkami), v súčasnosti aj otoakustické vyšetrenie (viazané na vybavenie prístrojmi, zatiaľ nie je plošné), prevencia luxácie coxy, vyšetrenie Ortolániho na novorodeneckom oddelení a v druhom mesiaci života sonograficky alebo rtg vyšetrením.
- 2. Selektívna.** Amniocentéza u starších prvoroďčiek nad 30 rokov. Genetické vyšetrenia u detí z rizikových, geneticky zaťažených rodín. Poruchy rastu, poruchy motoriky zachytené v poradni praktického lekára pre deti a dorast. Laboratórne vyšetrenia detí z rodín so záťažou (kardiovaskulárne ochorenia, diabetes).

### **Skrining**

Doterajšie plošné skriningy mali výrazný vplyv na zachytenie ochorení. V základnom balíku budú úhrady ďalších skriningových metód u detí, a to so zameraním na alergiu<sup>139</sup> či na cholesterol<sup>140</sup>.

<sup>136</sup> Na začiatku v povojnovom období bola vysoká dojčenecká úmrtnosť detí z dôvodov detských infekčných ochorení (obrna, záškrt, tetanus, osýpky.) a zlej výživy, ktorá spôsobovala časté úmrtia na črevné ochorenia a podvýživu spojenú s dehydratáciou.

<sup>137</sup> Motivačná zložka. Bude zaplatené za vykonanie, napríklad očkovania, skriningu atď.

<sup>138</sup> Do roka deväť, do 18 roku dvadsaťjeden.

<sup>139</sup> Pozri aj časť týkajúcu sa DRG a úloh odborných spoločností.

<sup>140</sup> V 5. a 13. roku života ako prevencia kardiovaskulárnych ochorení.

Praktickí lekári pre deti a dorast dokázali prevenciou, ktorá sa stala súčasťou ich práce, znížiť dojčeneckú úmrtnosť na 8,4 promile (po vojne 140 promile, v 60. rokoch 20 promile). Kojenie sa vďaka pohovorom s matkami priamo v ambulanciách stalo do siedmeho mesiaca veku samozrejmosťou, klesla výrazne obložnosť na detských oddeleniach a zlepšila sa záchytnosť podstatnej časti ochorení. Samozrejme, že včasná liečba je predpokladom znižovania nákladov do budúcnosti.

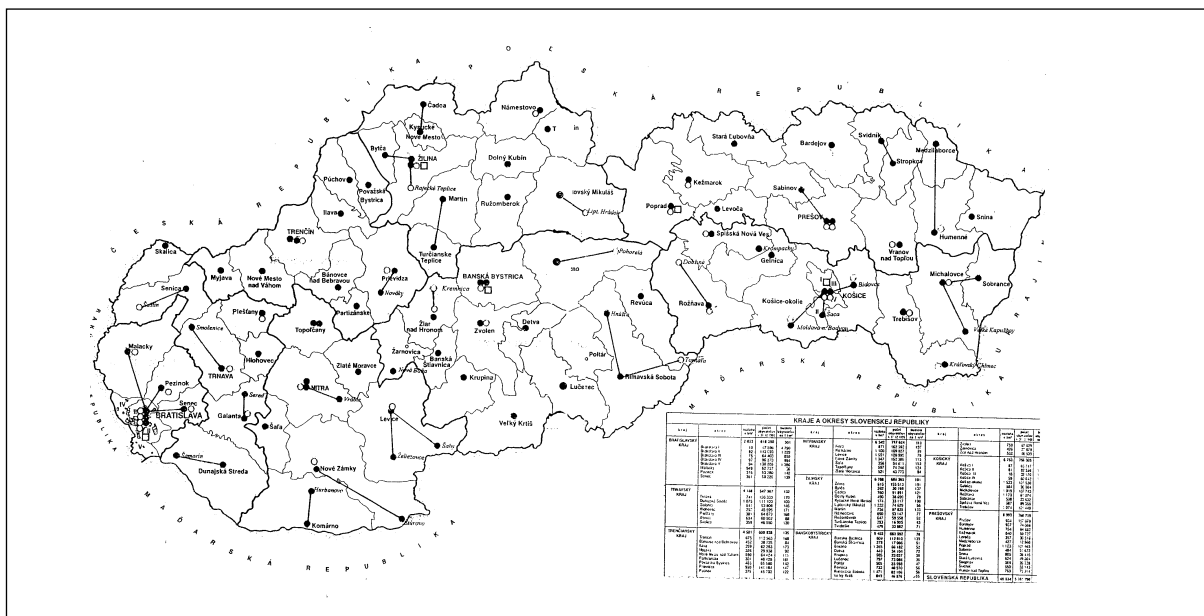
### Rýchla zdravotná služba – RZS

V prípade potreby urgentnej zdravotnej služby, ako sú havárie, úrazy, náhle život ohrozujúce stavy a pod., musí byť v rámci poskytovania zdravotníckych služieb zabezpečená činnosť rýchlej zdravotnej služby. Všeobecne možno konštatovať, že táto služba je v podstate funkciou času a kvality poskytnutej služby. K pacientovi je potrebné dostať sa v čo najkratšom čase a poskytnúť mu najkvalitnejšiu pomoc. Ide o typické nepoistiteľné riziko, ktoré patrí v celom rozsahu do základného balíka BBP.

Riešenie organizácie a financovania RZS však musí zohľadniť tieto špecifiká:

1. rôznorodé usporiadanie poskytovateľov na území SR,
2. rôzna členitosť terénu v SR,
3. priorita času pred regionálnym usporiadaním, pacient musí byť dopravený čo najrýchlejšie a najbližšie, nezávisle od regionálnej príslušnosti poskytovateľa,
4. musí byť zabezpečená súčinnosť s inými zložkami, ako sú hasiči, polícia, horská služba, vodná záchranná služba. Formou nadstavby vytvorenia tzv. Integrovaného záchranného systému, ktorý reprezentuje centralizáciu dispečingov minimálne uvedených troch zložiek (hasiči, polícia, zdravotníci), v ktorom by všetci dispečeri pracovali na jednom telefónnom čísle, používali integrované komunikačné frekvencie a používali jedno tiesňové číslo 112 podľa noriem EÚ,
5. služba musí fungovať princípom "stand by"<sup>141</sup>.

Mapa 1  
Sieť RZP



Vysvetlivky: plný kruh: pracovisko RLP, prázdny kruh: pracovisko RZP, štvorec: stredisko LZS, úsečka: detašované pracovisko

RZS bude organizovaná ako samostatná forma poskytovateľa. Poskytovatelia RZS budú tvoriť samostatnú sieť bez regionálneho delenia, ktorej hierarchické usporiadanie bude dané lokálnou situáciou, v ktorej sa títo poskytovatelia budú nachádzať. Podľa lokálnych pomerov si samostatní poskytovatelia budú v sieti vytvárať detašované pracoviská a záchytné body.

Financovanie takto štruktúrovanej siete bude centrálné, zo špeciálneho fondu, ktorý povinne vytvoria nákupcovia podľa indexu rizika. Dosiahneme tak garantovanosť "stand by", celoplošnú republikovú pôsobnosť systému a charakteru činnosti (hlavnou úlohou je záchrana života) a súčinnosť so štátnymi zložkami (polícia, hasiči). Výsledkom bude:

1. kumulácia finančných prostriedkov do samostatných právnych subjektov, ktorá zabezpečí efektívnejšie a rovnomernejšie financovanie z hľadiska celoplošnej pôsobnosti,
2. rovnomernosť pokrytia územia Slovenskej republiky pri rovnakej kvalitatívnej úrovni,
3. vyššia operatívnosť riadenia, vyššia akcieschopnosť a možnosť kumulovania záchranárskych kapacít v prípade hromadných nešťastí, živelných udalostí a pod.,
4. čiastočná úspora režijných nákladov.

Z ekonomických analýz nákladovosti vyplýva, že zdroje "per kapita" na každého občana SR vo výške cca 150 Sk ročne pre RZS je dostačujúca, pretože systém bude disponovať cca 800 mil. Sk ročne. Jednorazové náklady si vyžiada dokončenie obnovy tzv. rýchlych sanitiek, vrátane ich zdravotníckeho vybavenia. Podobne pre potreby Leteckej záchrannej služby (5 stredísk) je potrebné počítať s kapitáčnými zdrojmi platbou na obyvateľa 18,- Sk/rok, t.j. cca 90 mil. Sk ročne (cca 18 mil. na jedno stredisko LZS na rok). V uvedenej sume (uvažujeme s úverom na 10 rokov a s tvorbou fondu reprodukcie) sú zahrnuté už aj potrebné investičné náklady.

Nutnosť výmeny lietadlovej techniky vyplýva nielen z morálnej zastaranosti ruskej techniky, ale i nutnosti kompatibility s EÚ, resp. predpismi JAR /Jednotný letecký predpis/. V súčasnosti sa na Leteckú záchranú službu vynakladá cca 40 mil. Sk (na 4 strediská Poprad, Košice, Banská Bystrica, Žilina a LZS Bratislava mimo prevádzky).

<sup>139</sup> Pozri aj časti týkajúce sa DRG a úloh odborných spoločností.

<sup>140</sup> V 5. a 13. roku života ako prevencia kardiovaskulárnych ochorení.

<sup>141</sup> Stand by - máme na mysli pohotovosť, napríklad aj podiel kapitáčnej úhrady na lekára PAS je úhrada za stand by. Vo financovaní stand by je teda zahrnutá istá vynútená, ale potrebná tonizácia.

## DVANÁSTA KAPITOLA

### Financovanie

Termín financovanie zodpovedá všetkým procesom a inštitúciám, ktoré sú oprávnené vyberať finančné prostriedky na krytie všetkých aktivít, spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zahŕňame sem dane, odvody do zdravotných poisťovní, komerčné poisťné či priame úhrady a poplatky od pacientov.

Hlavným cieľom systému financovania zdravotníctva je zabezpečiť každému občanovi spoločensky dohodnutú a primeranú finančnú ochranu (schéma 12). Finančná ochrana znamená taký systém, ktorý každému občanovi garantuje, že pri platení za služby, poskytované v rámci zákonného nároku za stanovený štandard (základný balík), nebude konfrontovaný s katastrofickými nákladmi<sup>142</sup>.

Systém sa budeme snažiť nastaviť tak, aby z neho benefitovali aj sociálne slabšie skupiny, ktoré sa nepodieľajú na tvorbe zdrojov, ale zároveň nesmie vysokou mierou prerozdelenia odrádzať skupiny ekonomicky silné. Znamená to predovšetkým posilnenie

vzťahu medzi tým, čo do systému dávam a tým, čo zo systému dostávam. Z hľadiska mobilizácie zdrojov je potom rozhodujúce definovať, koľko zdrojov od ktorej sociálnej skupiny beriem a na čo ich používam, čo je možné jedine vtedy, ak bude systém financovania:

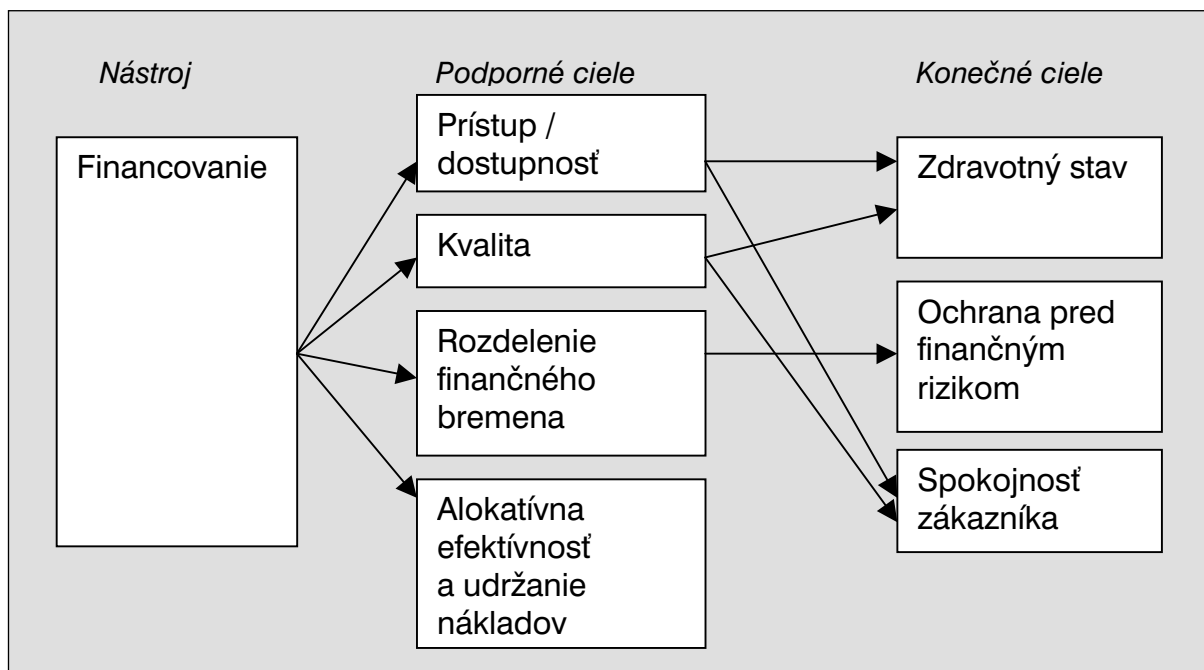
1. dlhodobo stabilný z hľadiska určovania "pravidiel hry" výberu finančných prostriedkov, ktoré štát veľmi rád a často prispôsobuje vlastným možnostiam a nie potrebám zdravotníctva (bližšie pozri analytickú časť),
2. finančne nezávislý od štátu<sup>143</sup>, predovšetkým od daňového systému, z ktorého do zdravotných poisťovní prúdi 13,7 mld. Sk, na kapitálové výdavky 2,2 mld. Sk a na samotnú správu ďalších 1,8 mld. Sk. (mieša sa tu prerozdelenie a sociálne poistenie),
3. nastavený tak, aby prilákal súkromné zdroje.

<sup>142</sup>Bude treba prelomiť psychologickú hranicu myslenia občanov, ktorí doteraz žijú vo viere, že keď potrebujú zdravotnú pomoc, dostáva sa im bezplatne. Pritom skúsenosť ich naučila, že niečo na tomto tvrdení nie je pravda. Zdravotné služby alebo sú bezplatne, alebo sú nedostatočné.

<sup>143</sup>Doslova treba povedať: od štátnych úradníkov, od ministrov až po posledného referenta.

Schéma 12

#### Vzťah medzi financovaním a podpornými/konečnými cieľmi



Zdroj: Hsiao, 2000 a autori, 2001

## Úloha štátu

Úloha štátu vo financovaní zdravotníctva bude v budúcnosti značne obmedzená. Presmerovaním súčasných finančných tokov MZ zo štátneho rozpočtu v objeme cca 17,0 mld. Sk priamo do zdravotnej poisťovne sa zruší jeden z významných korupčných bodov a markantne sa zvýši transparentnosť financií. Konkrétne sa štátu odoberie povinnosť (dnes vo výške cca 13,0 mld. Sk) platiť za "štátnych" poistencov<sup>144</sup>, zrušia sa kapitálové výdavky v objeme 2,0 mld. Sk a výrazne sa obmedzí rozpočet samotného MZ SR, ktorý v súčasnosti dosahuje 2,0 mld. Sk. Zároveň sa odoberie povinnosť štátu platiť do NÚP za nezamestnaných. Štát takýmto spôsobom stratí moc nad menením pravidiel hry "za pochodu".

Celý systém financovania sa stáva autonómny, pričom štát bude plniť šesť základných funkcií:

1. stanoví v Liečebnom poriadku princípy solidarítosti, a to tak, že určí zákonný nárok<sup>145</sup>,
2. stanoví percentuálnu výšku odvodu pre povinné zdravotné poistenie,
3. preberie funkciu finančného zaistenia v prípade mimoriadnych udalostí,
4. môže za presne definovaných podmienok na dobu určitú zasiahnuť v prípade zlyhania systému v regióne (inštitúit dočasného núteného dohľadu),
5. bude financovať nadregionálne činnosti zahrnuté v ÚKOD<sup>146</sup>,
6. bude uhrádzať poisťné iba za svojich zamestnancov, tak ako každý iný subjekt.

## Rozloženie finančného bremena

V princípe môžeme rozlišovať dva rozdielne systémy zdravotného poistenia. Prvý, používaný v Spojených štátoch amerických, je založený na čistom zdravotnom riziku. Výška poisťného je stanovená individuálne, na základe zdravotného stavu, veku, genetiky a rôznych iných faktorov, ovplyvňujúcich zdravotný stav jednotlivca. Tento systém však zápasí s dvoma základnými problémami: zbieranie smotany (risk selection) a adverzný výber (adverse selection). Výsledkom je síce systém efektívny a kvalitný, avšak s 20 % podielom nepoistenej populácie a extrémne rastúcimi výdavkami.

Miera solidarítosti<sup>147</sup> je veľmi nízka (výnimku tvoria z federálnych daní financované programy pre starých a chudobných, napríklad Medicare a Medicaid).

Druhý, používaný v Európe, je založený na výške mzdy. Výška poisťného nie je stanovená podľa zdravotného rizika, ale na základe výšky mzdy, ktorá býva väčšinou zdola aj zhora ohraničená. Pre tento systém je charakteristická nižšia efektívnosť a vysoká miera solidarity, ústiaca do problému morálneho hazardu<sup>148</sup>. Zároveň oba systémy trpia problémom s indukovaným dopytom. Keďže jedným z hlavných bodov našej reformy je zabezpečenie finančnej ochrany, aj náš systém bude založený na výške mzdy.

<sup>144</sup>Deti a dôchodcovia.

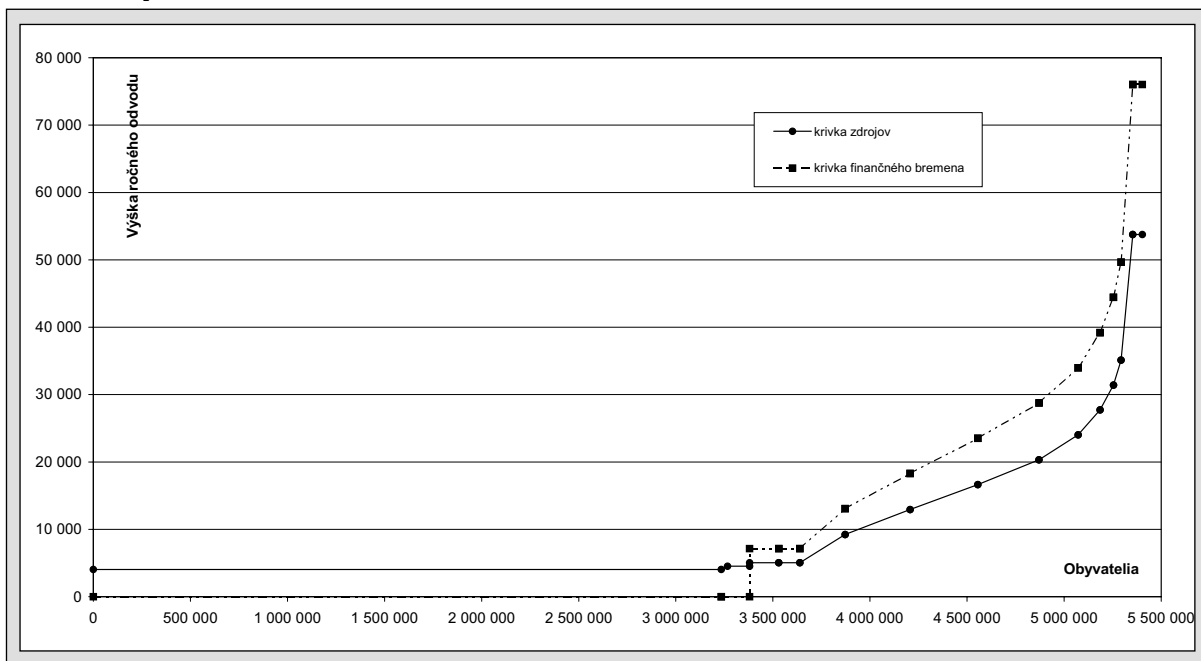
<sup>145</sup>Zákonom sa stanoví, čo je obsahom BBP ( nepoistiteľného rizika, základného balíka).

<sup>146</sup>Úrad pre kontrolu a dohľad.

<sup>147</sup>Musíme rozlišovať dva typy solidarítosti, a to "finančnú solidarítosť" a alokatívnu solidarítosť. Finančná solidarítosť je vtedy, ak ekonomicky aktívni platia do systému aj za ekonomicky neaktívnych. Alokatívna solidarítosť je vtedy, ak všetci dostávajú rovnaké pôžitky (úžitky) nezávisle od toho, koľko do systému zaplatili. Potom obsah BBP je v podstate lineárnou funkciou alokatívnej solidarítosti.

<sup>148</sup>Nebezpečenstvo morálneho hazardu rastie s mierou solidarity

Graf 3

**Krivka zdrojov a krivka finančného bremena v Sk**

Zdroj: prepočty autorov

Súčasný stav zdrojov a rozloženie finančného bremena znázorňujú krivky na grafe 3. Krivka zdrojov  $z_i$  zoraduje všetkých občanov SR podľa výšky zaplateného odvodu do zdravotných poisťovní, pričom nezohľadňuje, kto je v skutočnosti platiteľom zdravotného poistenia.

Všimnime si tri významné body na krivke zdrojov, ktoré ju rozdeľujú na štyri intervaly.

1. Prvý interval tvoria všetci poistenci štátu a NÚP. Počet štátnych poistencov je 3,23 milióna a štát za nich odvádza 14% z 2400 Sk, čiže 336 Sk mesačne (4032 Sk ročne). Počet poistencov NÚP je 0,15 milióna a NÚP za nich odvádza 14% z 2700 Sk, čiže 378 Sk mesačne (4536 Sk ročne). Tvar krivky je konštantá, mierne posunutá nahor v bode, kde začínajú nezamestnaní.
2. Druhý interval tvorí 0,26 milióna občanov, menovite všetci dobrovoľne poistení, pracujúci, ktorých príjem nepresahuje 3000<sup>149</sup> Sk a samostatne zárobkovo činné osoby, ktorých vymeriavací základ nedosahuje 3000 Sk. Ich mesačný odvod je stanovený na 420 Sk a ročne odvedú 5040 Sk. Tvar krivky na tomto intervale je konštantá.
3. Tretí interval tvoria všetci zamestnanci s príjmom medzi 3 000 Sk a 32 000 Sk a SZČO s vymeriavacím základom v intervale (3 000; 32 000). Patrí sem 1,72 milióna zamestnaných a SZČO. Krivka má na tomto intervale exponenciálny tvar.

4. Štvrtý interval tvorí asi 50 000 zamestnancov, ktorých príjem presahuje 32 000 Sk mesačne, pričom výška odvodu je stanovená maximálne na 4480 Sk mesačne, resp. 53760 Sk ročne. Tvar krivky na tomto intervale je konštantá.

Ak krivka individuálnych zdrojov  $z_i$  znázorňuje výšku ročného odvodu každého občana, tak celkový objem zdrojov smerujúcich do systému zdravotného poistenia môžeme vyjadriť integrálom tejto krivky  $\int z_i$ . Finančné bremeno je však rozložené inak (graf 3). Východiskom pre výpočet krivky individuálneho finančného bremena  $f_i$  bude predpoklad, že celkový objem zdrojov sa musí rovnať celkovému objemu finančného bremena, čo môžeme zapísať ako:

$$(11.1)$$

$$\int_{i=1}^n z_i = \int_{i=1}^n f_i$$

$n$  je počet občanov 5 402 547

<sup>149</sup> Minimálny vymeriavací základ pre zamestnancov aj pre SZČO je 4 400 Sk. Žiaľ, nemali sme relevantný podklad početnosti takejto skupiny, a preto sme pri modelovaní použili ako minimálnu hranicu 3 000 Sk. Relatívne nízka početnosť a nízke mzdy v týchto príjmových skupinách nemajú na hlavné závery nášho modelovania žiadny významný vplyv.

Krivka finančného bremena má na spomínaných štyroch intervaloch rovnaký priebeh ako krivka zdrojov. Hlavným rozdielom je výška dosahovaných hodnôt. Ako vidíme, žiadne finančné bremeno nenesie 3,38 milióna občanov a celé bremeno je proporcionálne rozložené len na zamestnaných a SZČO. Výška tohto bremena je 19,8% z vyplatených hrubých miezd, pričom rastie s výškou vyplatenej hrubej mzdy až do výšky 32 000 Sk a potom zostáva konštantná.

### Odpojenie financovania od štátneho rozpočtu

Do zdravotníctva z MZ SR a NÚP v roku 2001 smeruje 17,7 mld. Sk v členení: 13,7 mld. Sk za úhradu poistného za "poistencov štátu a NÚP", ďalších 2,2 mld. Sk na kapitálové transfery a 1,8 na samotnú činnosť ministerstva a jeho rozpočtových organizácií.

Ak by sme sa teda pokúsili odpojiť financovanie poistného od štátneho rozpočtu a NÚP, ceteris paribus<sup>150</sup>, percentuálna výška odvodového zaťaženia by musela stúpnuť zo súčasných 14,0 % na 19,8 %. Systém zdravotného poistenia by tak pri reáliách roka 2001 disponoval rovnakým objemom zdrojov z poistného 47,1 mld. Sk ako pri zachovaní existujúcich odvodov a súčasných transferov vo výške 13,7 mld. Sk. Ak odpojíme aj kapitálové výdavky (2,2 mld. Sk) a 0,8 mld. Sk prevádzky MZ, tak uvažujeme s financiami na úrovni rádovo 50,0 mld. Sk na krytie BBP. V tomto prípade by odvodové zaťaženie muselo vzrásť na 21,0 %, (tabuľka 17).

Mieru citlivosti objemu zdrojov zdravotného poistenia pri odpojení finančných zdrojov štátneho rozpočtu a pri zachovaní rovnakého rozdelenia príjmov zamestnancov a vymeriavacieho základu u SZČO znázorňuje tabuľka 17. Opakujeme, stále zostávame v intenciách, že finančné bremeno nesie len pracujúca časť obyvateľstva, čiže miera solidarnosti vybraných zdrojov na definovaný zákonný nárok dosahuje 100%.

Miera citlivosti je takmer lineárna (daná proporcionalitou zaťaženia a jasne zadanými extrémami). Pri súčasnom stave predstavuje zmena odvodového zaťaženia o 1 %, zmenu celkových zdrojov o 3,36 mld. Sk. Pri modelovanom stave zmena o 1 % znamená zmenu zdrojov o 2,38 mld. Sk.

### Modelovanie zníženia miery solidarity financovania zdravotníctva<sup>151</sup>

V modeli už predpokladáme absenciu tokov cez štátny rozpočet a prednostne sa zameriame na znížovanie miery a solidarity medzi sociálnymi skupinami.

Tú môžeme dosiahnuť iba tromi spôsobmi:

1. zavedenie povinnej fixnej platby každého občana pri nezúženom Liečebnom poriadku,
2. ponechanie 100 % solidarity ekonomicky aktívnych s neaktívnymi (doterajší tzv. poistenci štátu a nezamestnaní) pri rozdelení Liečebného poriadku na povinnú časť (zákonný nárok) a nepovinnú časť (doplňok),
3. kombinácia oboch možností.

<sup>150</sup>Pri zachovaní ostatných nezmenných podmienok .

<sup>151</sup>Na definovanú bezplatnú starostlivosť každého občana (BBP).

Tabuľka 17

### Miera citlivosti objemu zdrojov z poistného a transferov od výšky odvodového zaťaženia, vrátane započítania kapitálových transferov a zúženia rozpočtu ministerstva

Výška odvodu z hrubých miezd	Zdroje pri súčasnom nastavení (rok 2001)				Systém odpojený od štátneho rozpočtu a zúžený rozpočet MZ SR (rok 2001)			
	Poistné od zamestnaných a SZČO	Poistné zo ŠR a NUP	Kapitálové transfery a rozpočet MZ	Spolu	Zdroje ZP z poistného	Poistné zo ŠR a NUP do ZP	Kapitálové transfery a rozpočet MZ	Spolu
10,0%	23,8	9,8	4,0	37,6	23,8	0,0	1,0	24,8
14,0%	33,3	13,7	4,0	51,0	33,3	0,0	1,0	34,3
21,0%	50,0	20,6	4,0	74,6	50,0	0,0	1,0	51,0

Zdroj: výpočet autori

**Zavedenie povinnej fixnej platby každého občana**

V tomto prípade uvažujeme so zavedením povinnej fixnej platby každého občana. Ide o povinný prvok, nezávislý od výšky príjmu, čo predznamenáva jeho regresívny charakter. Ultimatívnym cieľom zavedenia povinnej fixnej platby je posilniť vzťah medzi tým, čo do systému dávam a tým, čo z neho dostávam a aspoň čiastočne stanoviť hodnotu zdravia, ktorá bola pre dominantnú časť občanov až doteraz nulová.

Krivka povinnej fixnej platby má na celom intervale rovnakú charakteristiku – je to konštanta a jej výška má dve extrémne polohy. Prvá je poloha, ak jej výšku stanovíme na nula, čo predstavuje 100 % solidaritu a zodpovedá súčasnej situácii. Druhým extrémom je situácia, ak by bola platba rovnaká pre každého občana, bez ohľadu na jeho príjem. Pri zachovaní súčasnej výšky zdrojov zdravotných poisťovní v objeme 47,1 mld. Sk a pripočítaní zdrojov z kapitálových transferov (2,2 mld. Sk) a ušetrovaných zdrojov z rozpočtu MZ (0,8 mld. Sk) by to znamenalo mesačnú paušálnu platbu 770 Sk na jedného občana.

Takýto krok striktno oddeľuje redistribúciu príjmov v spoločnosti (vyrovnávanie finančných rizík) a zavádza vyrovnávanie zdravotných rizík (nie všetci potrebujeme zdravotné služby v tom istom okamihu). Zároveň pripomíname, že to vonkoncom nie je poistenie založené na posúdení individuálneho rizika, lebo to by stanovovalo každému občanovi výšku poistného jednotlivo.

Z konštantnej charakteristiky povinnej fixnej platby a proporcionality odvodov vyplýva, vzhľadom na pomer ekonomicky aktívnych a ekonomicky pasívnych občanov, ich nevyvážený inverzný vzťah. Znižovanie fixnej platby z hodnoty 770 Sk mesačne smerom k nule znamená zvyšovanie percentuálnej sadzby odvodu z 0 % na 21 % a následné prenesenie váhy finančného bremena na zamestnancov a SZČO. Vzájomné vzťahy pri celkovom objeme zdrojov 50,0 mld. Sk pri jednotlivých hodnotách fixnej platby znázorňuje tabuľka 18.

Tabuľka 18

**Vzájomný vzťah fixnej platby a výšky odvodového zaťaženia**

Výška fixnej platby mesačne (zaťažuje všetkých občanov)	Výška percentuálneho odvodu (zaťažuje len zamestnaných a SZČO)	Zdroje spolu v mld. Sk (model pre rok 2001)
770 Sk	0,0%	50,0
545 Sk	6,2%	50,0
295 Sk	13,0%	50,0
0 Sk	21,0%	50,0

Zdroj: autori

Na záver tejto možnosti na zníženie solidarity pripomíname, že finančnú ochranu považujeme za jeden z ultimatívnych cieľov nášho návrhu zmeny zdravotníctva. Preto za hlavné považujeme 100% solidaritu financovania zákonného nároku na definovaný štandard. V tejto fáze neuvažujeme so zavedením fixnej platby v oblasti povinného financovania systému zdravotného poistenia. To ale neznamená, že v budúcnosti (po stabilizácii makroekonomických parametrov) nebude možné tento model použiť<sup>152</sup>. Z uvedených dôvodov ako prvý krok súčasného riešenia preferujeme zúženie Liečebného poriadku.

**Zúženie Liečebného poriadku**

Zúženie rozsahu Liečebného poriadku, teda stanovenia finančného rozsahu BBP (nepoistiteľného rizika), sme podrobne rozoberali v jedenástej kapitole. Na tomto mieste si rozoberieme finančné dopady rozdelenia Liečebného poriadku na nepoistiteľné riziko (zákonný nárok) a poistiteľné riziko (nepovinné poistenia). Pri zužovaní Liečebného poriadku sme zároveň brali do úvahy dve nevyhnutné podmienky:

- celkový objem zdrojov na zdravotníctvo nebudeme zvyšovať (vrátane priamych úhrad a neformálnych platieb), pričom sa prioritne zameriame na zmenu štruktúry finančných tokov,
- výška daňového a odvodového zaťaženia nebude zvýšená.

Tabuľka 19

**Zvýšenie sadzby zdravotného poistenia v %**

	Zamestnávateľ	Zamestnanec	SZČO	Dobrovoľní platitelia
Výška súčasnej sadzby zdravotného poistenia	10	4	14	14
Výška navrhovanej sadzby zdravotného poistenia	10	11	21	21

Zdroj: autori



Matica 2

**Hlavné toky súčasného systému financovania – rok 2001\***

v mld. Sk

Sprostredkovatelia	Zdroje						
	Zamestnávateľia	Zamestnanci	Samostatne zárobkovo činné osoby	Domácnosti	Ministerstvo zdravotníctva	Národný úrad práce	Spolu
Zdravotné poisťovne	22,8	8,7	1,6	0,3	13,0	0,7	47,1
Ministerstvo zdravotníctva					4,0		4,0
Priame úhrady				6,0			6,0
Neformálne platby				12,0			12,0
Nepovinné poistenie				0,0			0,0
Spolu	22,8	8,7	1,6	18,3	17,0	0,7	69,1

Zdroj: autori

\* Abstrahujeme od nepodstatných položiek

Matica 2 a matica 3 zobrazujú výraznú zmenu štruktúry jednotlivých tokov financovania. Dôležité sú nasledovné posuny:

1. Systém povinného poistenia je odpojený od štátneho rozpočtu. Dochádza k zvýšeniu participácie fyzických osôb (zamestnancov, SZČO a dobrovoľných platiteľov) prostredníctvom zvýšenia odvodového zaťaženia (tabuľka 19). Zároveň mienime zachovať rovnakú výšku daňového a odvodového zaťaženia a navrhujeme čiastku zaplatenú navyše do systému započítať ako sumu, priamo znižujúcu úhradu dane.
2. Celkový objem vybraných zdrojov vo výške 50,0 mld. Sk bude slúžiť na krytie zákonného nároku na definovaný štandard. Samozrejme, táto suma je len odhadom a slúži skôr k didaktickým účelom. Výška sadzby zdravotného poistenia môže proporcionálne klesať s postupným obmedzovaním Liečebného poriadku.
3. Zavedením nepovinného poistenia sa formalizujú neformálne platby.

Okrem zúženia súčasného rozsahu liečebného poriadku a jasného definovania zákonného nároku na definovaný štandard, na posilnenie vzťahu medzi tým,

čo dávam a tým, čo dostávam, uvažujeme o nasledovných krokoch:

1. zavedenie marginálnych nákladov pri určitých druhoch služieb, aj v rámci zákonného nároku,
2. umožnenie nepovinného poistenia v oblasti presahujúcej zákonný nárok na definovaný štandard.

**Zavedenie marginálnych nákladov**

Marginálne náklady sú tzv. posledné náklady, ktoré je potrebné vynaložiť na získanie nejakého statku. Samotné zavedenie marginálnych nákladov do slovenského zdravotníctva má dôležitý význam. Ani nie z hľadiska získavania zdrojov, ale predovšetkým ako nástroja na tlmenie dopytu. Výška marginálnych nákladov totiž ani zďaleka nepokryje skutočné náklady na poskytnutú zdravotnú službu, ale jej symbolická výška (napr. 10 Sk za recept či 100 Sk za deň pobytu v nemocnici) môže mať na občanov-pacientov významný psychologický účinok na redukciiu dopytu a uvedomenie si, že zdravotníctvo nie je bezplatné.

<sup>152</sup>Blíži sa to k takzvanému holandskému modelu.

Matica 3

**Hlavné toky navrhovaného systému financovania – model roku 2001\***

v mld. Sk

Sprostredkovatelia	Zdroje						
	Zamestnávateľia	Zamestnanci	Samostatne zárobkovo činné osoby	Domácnosti	Ministerstvo zdravotníctva	Národný úrad práce	Spolu
Povinné poistenie	22,8	23,9	2,7	0,6			50,0
Ministerstvo zdravotníctva					1,1		1,1
Priame úhrady				6,0			6,0
Neformálne platby				0,0			0,0
Nepovinné poistenie				12,0			12,0
Spolu	22,8	23,9	2,7	18,6	1,1	0,0	69,1

Zdroj: autori

\* Abstrahujeme od nepodstatných položiek

V súčasnom systéme slovenského zdravotníctva oficiálne marginálne náklady neexistujú. V určitom zmysle za ne môžeme považovať vynútené neformálne platby za určitú službu. Predmetom marginálnych nákladov by mohli napríklad byť:

1. platba alebo príplatok za stravovanie a ošatenie v nemocnici,
2. platba alebo príplatok za hotelové služby (myslíme ubytovanie) v nemocnici,
3. platba za vydaný recept, nie liek,
4. platba alebo príplatok za bežnú prepravu dopravnou službou.
5. iné<sup>153</sup>.

Marginálne náklady sa budú vzťahovať na služby poskytované v rámci BBP, a preto je možné, že nastanú situácie, keď pacient v hmotnej núdzi nebude schopný tieto platby zaplatiť. Riešenie v takomto prípade vidíme v práci charitatívnych organizácií, nadácií a daňovom systéme zvyhodňujúcom charitatívnu činnosť.

### Pluralita a konkurencia nákupcov zdravotných služieb

Zdravá konkurencia je nevyhnutným predpokladom efektívneho poskytovania služieb. Na úvod si pripomenieme dôležité deformácie súčasného nastavenia systému zdravotných poisťovní, na ktoré sme bližšie poukázali v analytickej časti:

1. Systém globálneho pridelovania takzvaného poisťného, častokrát na základe rozhodnutia tretieho, znemožňuje konkurenciu poisťovní.
2. Mäkké rozpočtové obmedzenia vo forme oddľžovania, možnosť jednoducho a ekonomicky beztretno sa zbavovať rizika prenesením dlhov, a teda aj problémov, na nemocnice, nijako nenúti zdravotné poisťovne k efektívnemu nakupovaniu zdravotníckych služieb pre poisťencov.
3. Zo zákona zaručená výška správneho fondu vo výške 4% nemotivuje poisťovne k znižovaniu nákladov a dosahovaniu zisku.

Súčasný pluralitný systém zdravotných poisťovní navrhujeme transformovať na pluralitný systém nákupcov zdravotných služieb. V tejto kapitole sa zameriame na tri oblasti ovplyvňujúce konkurenciu nákupcov (výber zdrojov, prerozdelenie zdrojov a

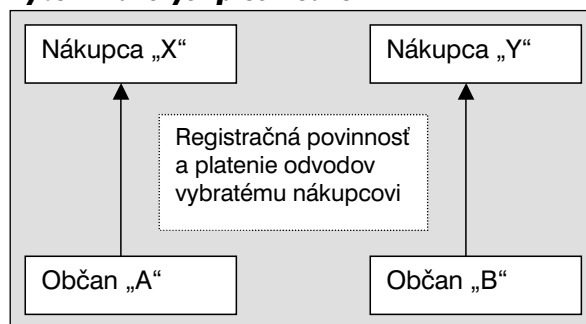
alokácia zdrojov). Keďže táto konkurencia bude mať prísne pravidlá, môžeme hovoriť aj o manažovanej konkurencii.

### Výber zdrojov

Výber zdrojov by mal byť decentralizovaný. Znamená to, že každý nákupca služieb bude vyberať poisťné od občanov samostatne (schéma 13). Zavedie sa pojem predpísané poisťné. Bude predstavovať objem poisťného, ktoré by mal nákupca podľa uzavretých/registrovaných zmlúv s poisťencami reálne vybrať. Rozdiel medzi skutočne vybratým poisťným od a predpísaným poisťným bude predstavovať nevybraté poisťné. A to sa v účtovníctve nákupcu premietne ako pripočítateľná položka<sup>154</sup>.

Schéma 13

### Výber finančných prostriedkov



Zdroj: autori

### Prerozdelenie zdrojov

Znamená efektívnejšie nastavenie prerozdelenia mechanizmu a rozdelenie verejných zdrojov rovnomerne do regiónov. Na splnenie tohto predpokladu bude používaný nasledujúci postup:

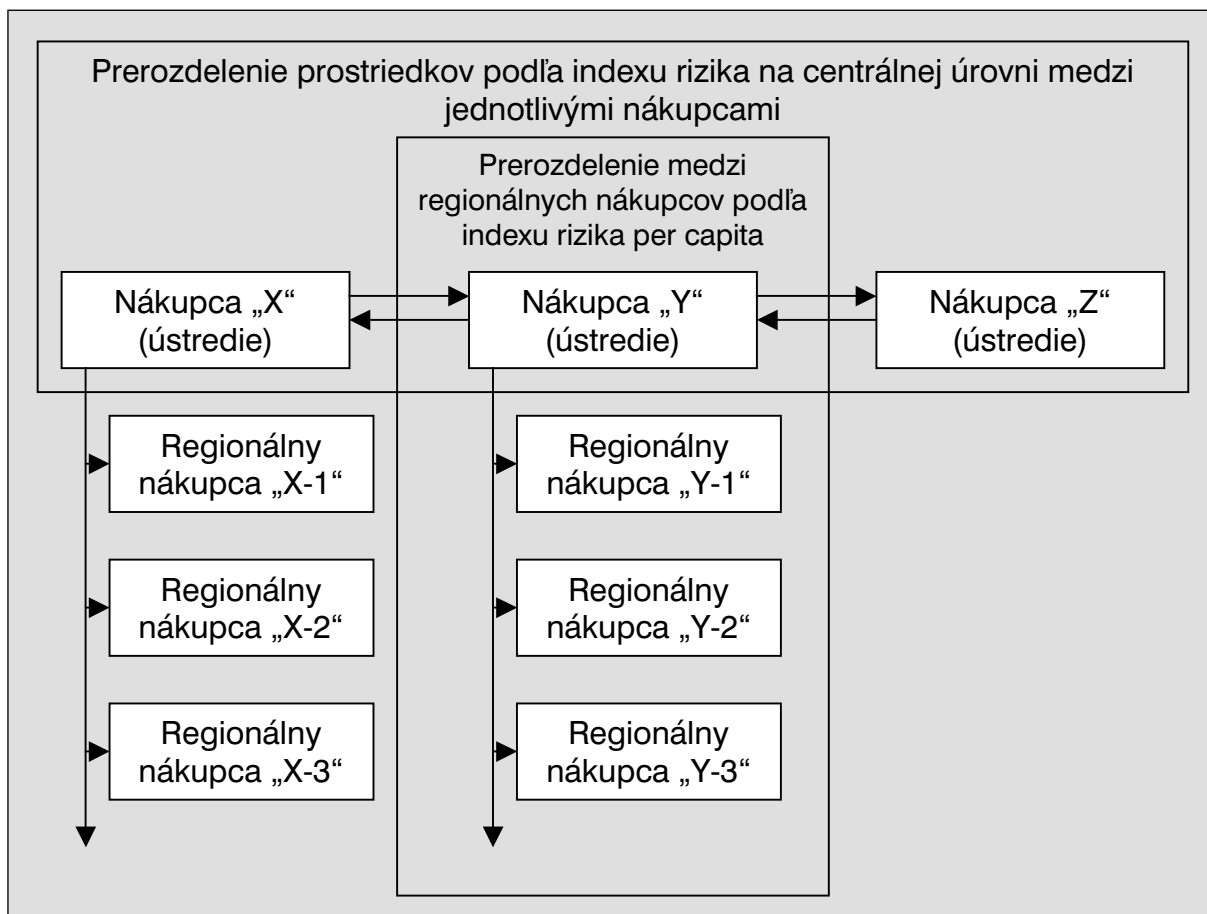
1. Prerozdelenie zdrojov bude výhradne na báze predpísaného poisťného
2. Vnútoraná štruktúra nákupcu môže pozostávať z jedného ústredia, zodpovedného okrem iného za výber zdrojov, a regionálnych pobočiek, zodpovedných za alokáciu zdrojov.

<sup>153</sup>Nie je naším cieľom túto skupinu platieb obmedzovať a sme skôr za jej rozšírenie.

<sup>154</sup>Pripočítateľná položka je taká položka, ktorú nie je možné dať do nákladov a vyrovnáva sa z čistého zisku.

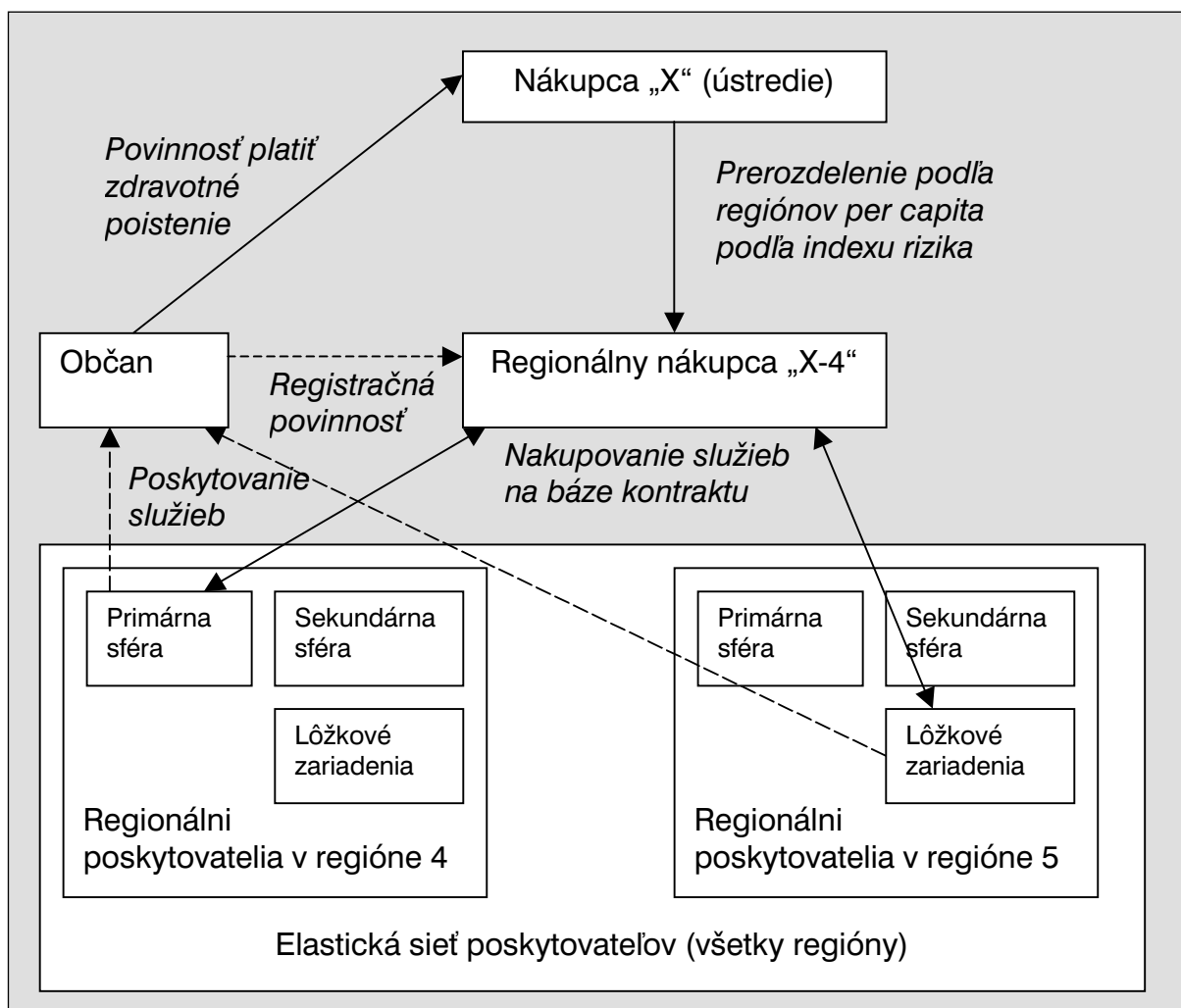
3. Prerozdelením mechanizmom v rámci SR (podľa indexu rizikovosti) medzi rôznymi ústrednými nákupcami služieb sa vyrovnajú rozdiely medzi jednotlivými vekovými (rizikovými) skupinami v rámci SR. V prípade, že by bol taký nákupca, ktorý by pôsobil iba v jednom regióne, potom v rámci regiónu.
4. Potom ústredný nákupca povinne pridelí svojim regionálnym pobočkám – regionálnym nákupcom, zdroje podľa štruktúry klientov (poistencov) v regióne, diferencovaných podľa indexu rizika (ide o váženú kapitáciu – prerozdelenie na hlavu v regióne podľa indexu rizikovosti). Problémom by sa mohla javiť právna subjektivita regionálneho nákupcu. Nie je rozhodujúca, nakoľko zlé hospodárenie regionálneho nákupcu si bude musieť na vlastné náklady a riziko riešiť ústredný nákupca.
5. Regionálny nákupca bude nakupovať služby u poskytovateľov pre svojich klientov na území celej Slovenskej republiky bez obmedzenia. Najväčšou hrozbou rovnomerného a spravodlivého rozdelenia verejných zdrojov sú rôzne štandardizované prerozdelenia, ako aj rôzne metódy spätného vyhodnocovania pohybu pacientov, dedukované z dnešného insuficientného systému.
- Takto zabezpečíme, aby na území celej Slovenskej republiky, v rámci solidárneho financovania BBP, bol k dispozícii na každého občana s rovnakým indexom rizikovosti rovnaký objem zdrojov (schéma 14). Doteraz práve pôsobením kapitálových transferov zo štátneho rozpočtu a neštandardným pôsobením zdravotných poisťovní dochádzalo k výrazne nerovnomernému a často diskriminačnému regionálnemu prerozdeleniu zdrojov.

Schéma 14

**Prerozdelenie zdrojov na centrálnej a regionálnej úrovni**

Zdroj: autori

Schéma 15

**Alokácia zdrojov a nákup služieb na úrovni regionálneho nákupcu služieb**

Zdroj: autori

**Použitie zdrojov**

Pluralita nákupcov má zmysel jedine vtedy, ak medzi nimi existuje reálna konkurencia. Konkurencia sa dá dosiahnuť jedine vtedy, ak nákupcovia:

1. Budú niesť finančnú zodpovednosť a riziko.  
To znamená, že si budú môcť tvoriť zisk a tento si ponechať. Súčasne budú musieť zo svojho znášať aj prípadnú stratu.
2. Budú sa musieť stať reálnymi nákupcami so všetkým, čo k tomu patrí<sup>155</sup>.
3. Nákupcovia budú môcť nakupovať služby pre občanov v elastickej sieti poskytovateľov na báze kontraktu (schéma 15).

Bližšie sa problematike nákupcov venujeme v časti platobné mechanizmy.

**Zaistenie**

Pri určovaní úloh štátu sme spomínali funkciu zaistenia. Išlo by o určité poistenie nákupcov v prípade hradenia extrémnych nákladov, spojených s vypuknutím určitých katastrof či epidémií, ktoré by výrazným spôsobom a v krátkom časovom slede zasiahli významnú časť poistného kmeňa určitého nákupcu bez jeho zavinenia.

<sup>155</sup> Cenové rokovanie, kontrolovanie, reklamačné konanie, právne vzťahy podľa Obchodného zákonníka

### Súkromné zdroje

Súkromné zdroje zohrávajú v nami navrhovanom systéme dôležitú úlohu. Bez nich sa nedá realizovať zabezpečenie efektívnosti a kvality. Prilákanie súkromných zdrojov je možné viacerými spôsobmi.

1. Najdôležitejšie je vybudovanie funkčného systému nepovinného zdravotného poistenia, v ktorom budú môcť operovať nezávislí nákupcovia služieb.
2. Poskytovaním daňových úľav pre subjekty, ktoré dávajú finančné prostriedky alebo dary charitatívnym organizáciám
3. Zavedením marginálnych nákladov<sup>156</sup>.

### Konkrétny návrh systému financovania

Podmienkou pre zavedenie tohto systému je, aby každý občan SR mal vedený svoj osobný účet (Schéma 16). Navrhujeme skutočný dvojpilierový systém financovania zdravotných služieb. Prvým, povinným pilierom nového systému financovania, by mali byť tzv. verejné zdroje občanov (zdravotné poistenie). Po odpojení systému zdravotného poistenia od štátneho rozpočtu dosiahne odvodové zaťaženie 21,0 %. Toto na prvý pohľad extrémne vysoké percento nezvýši celkové daňové zaťaženie, pretože použijeme nasledovné pravidlo:

- 14 % (10+4) bude nákladovou položkou ako doteraz,
- 7 % navyše odvedených úhrad, ktoré bude platiť zamestnanec<sup>157</sup>/SZČO sa rovná finančnému objemu, o ktorý absolútne znížime úhradu daňovej povinnosti<sup>158</sup>.

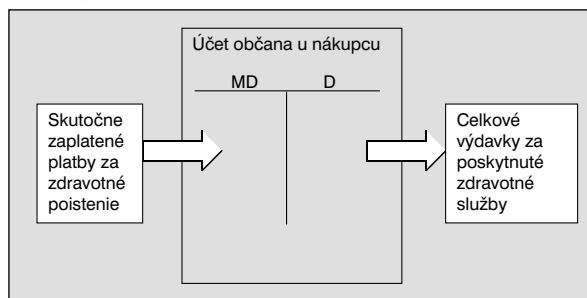
Tieto zdroje budú kryť náklady na poskytovanie zákonného nároku všetkých občanov, ktorý je garantovaný ústavou v systéme povinného zdravotného poistenia a budú s nimi disponovať nákupcovia služieb.

Najvýznamnejším cieľom nákupcov by malo byť poisťovať zdravotné potreby klienta a zabezpečovať ich k jeho najväčšej spokojnosti. Na zabezpečenie tohto cieľa však musia nákupcovia splňať viacero úloh.

1. Jednou z úloh nákupcov je zabezpečovať a uplatňovať zásadu kmeňovej<sup>159</sup> alokatívnej solidárnosti podľa navrhovaného systému prerozdelenia vybraných prostriedkov do regiónov.

Schéma 16

### Osobný účet občana



Zdroj: autori

2. Stimulačná funkcia nákupcu je nezastupiteľná najmä pri rozvinutí nepovinného<sup>160</sup> poistenia, resp. pripoistenia vo forme získavania nových klientov. Rovnako je možné uplatniť stimulačnú funkciu pri ovplyvňovaní škodovosti, resp. nákladovosti základného poisteného, napr. financovaním prevencie nad rámec zákonom stanoveného BBP<sup>161</sup>.
3. Kontrolná funkcia nákupcov sa uplatňuje pri kontrole správnosti a oprávnenosti vyúčtovania nákladov, čomu má slúžiť kvalitný revízny systém nákupcu<sup>162</sup>.
4. Rovnako je dôležité využívať získané poznatky na ďalšiu úlohu nákupcu, ktorou je potrebný tlak na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
5. K tomu sa pridružuje úloha zabezpečiť solventnosť poisťovne, t.j. kontrola toku peňazí, či už príjmov, alebo nákladov.

<sup>156</sup>Tu je slovo prilákanie neprimerané, ide skôr o vynútenie, ak však bude poskytovateľ rešpektovať tieto zdroje ako zdroje navyše, ktoré mu umožnia ľahšie "prežiť", budú aj tieto zdroje plniť konkrétnejšiu funkciu a stratia charakter "výpalného".

<sup>157</sup>Tento krok bude mať aj dôležitý psychologicko-výchovný faktor: zamestnanci si uvedomia, že zdravotníctvo nie je zadarmo.

<sup>158</sup>Napríklad, ak 7% bude zodpovedať 10000 Sk ročne a povinnosť uhradiť daň v peňažnom plnení bude 40000 Sk, tak zamestnanec/SZČO zaplatí 30000 Sk.

<sup>159</sup>"Terminus technicus" poisťovníctva: solidárnosť v rámci kmeňa poisťencov nákupcu ako základný princíp fungovania poisťovne.

<sup>160</sup>Napríklad systém bonus, prípadne malus.

<sup>161</sup>Je v záujme nákupcu, pretože mu šetrí náklady na liečbu.

<sup>162</sup>Tu počítame s významnou účasťou lekárov PAS a ŠAS, ktorí budú mať jednu zo svojich motivačných zložiek odmeny "preukázateľne úspory" za nesprávne účtované položky.

Tabuľka 21

**Stanovenie kritérií pre fungovanie poisťovní**

Funkcia	Aktivita	Výstup	Reálne poisťovne	Súčasnú zdravotné poisťovne
Identifikácia rizika	Poisťovňa identifikuje riziko, ktoré poisťuje	Určenie zákonného nároku na definovaný štandard ako rozhrania medzi povinným a nepovinným pilierom	áno	?
Analýza rizika	Poisťovňa analyzuje riziko z hľadiska jeho veľkosti a stupňa rizikovosti	Profil poistných súm a profil eventuality náhrad škôd	áno	?
Kvantifikácia rizika	Poisťovňa kvantifikuje riziko – určuje výšku poistného (cenu za poistenie), za ktorú je schopná toto riziko poistiť	Výška poistného	áno	?
Likvidácia škôd	Pri likvidácii škôd poisťovňa kontroluje položkovite, koľko a za čo sa platí a či je to v súlade s poistnými podmienkami, podľa ktorých riziko poistila	Výplata škody	áno	?
Monitoring príjmov a nákladov	Poisťovňa monitoruje vývoj príjmov (poistné) a nákladov (vyplatené škody)	Možnosť meniť výšku poistného (malus-bonus) alebo poistné podmienky	áno	?
Tvorba rezerv na škody	Súčasťou nákladov je aj tvorba rezerv na škody, ktoré už boli oznámené, ale ešte neboli vyplatené, ako aj na škody, ktoré už nastali, ale ešte neboli oznámené poisťovní		áno	?
Nedoplatky	Poistné, ktoré je predpísané (ktoré sa má zaplatiť), ale ktoré poistený nezaplatí, musí poisťovňa odpísať zo zisku v tej výške, v akej sa jej ho ani následne (súdnou cestou) nepodarí vymôcť od poistených		áno	?
Kritérium solventnosti	Poisťovňa musí kontrolovať tok peňazí (príjmy a výdaje), tak aby splnila kritériá pre výpočet solventnosti	Stanovenie minimálnej miery solventnosti	áno	?
Štátny dozor	Solventnosť poisťovne je dozorovaná zo strany štátu (aj s prípadnými sankciami)	Nezávislý úrad pre kontrolu, monitoring a audit	áno	?

Zdroj: T. Borik a autori

Druhým pilierom budú tzv. súkromné zdroje od občanov. Je to potom z hľadiska financovania len technický problém<sup>163</sup>, či si občania zvolia priplácanie nad rámec zákonného nároku prostredníctvom komerčných zdravotných poisťovní poskytujúcich nepovinné zdravotné poistenie (tabuľka 20), alebo vo forme priamych legálnych platieb poskytovateľom. Rozhranie medzi povinným a nepovinným zdravotným poistením bude určené objemom zákonného nároku na definovaný štandard. Hlavné podmienky efektívneho fungovania zdravotných poisťovní (v našom prípade nákupcov) sumarizuje tabuľka 21.

V povinnom pilieri predpokladáme nasledovné trendy vývoja financovania:

1. Dynamika rastu požadovaných finančných prostriedkov v povinnom pilieri bude závisieť od rozsahu nastaveného zákonného nároku. Predpokladáme, že dynamika rastu objemu týchto prostriedkov by sa mala postupne znižovať, čo umožní postupné znižovanie odvodového zaťaženia.
2. Zároveň ponechávame v budúcnosti otvorenú možnosť zavedenia paušálnych povinných úhrad, čo by umožnilo prenesenie určitej časti finančného bremena na všetkých občanov.

Tabuľka 20

**Návrh systému financovania zdravotníctva**

Typ zdravotného poistenia	Princíp	Poskytované zdravotné služby	Finanční sprostredkovatelia	Finančná participácia občanov	Odhadovaný objem zdrojov po zavedení reforiem	Odhadovaný podiel na celkových zdrojoch
Povinné	Solidárnosti	Definované zákonným nárokom na definovaný štandard a kryjúce nepoistiteľné riziká	Nákupcovia (fungujúci v pluralitnom systéme)	Povinné zdravotné poistenie	50 mld. Sk	75%
Nepovinné	Osobnej zodpovednosti	Nad rámec zákonného nároku	Občan priamo alebo cez nákupcov	Nepovinné poistenie a priame platby	18 mld. Sk*	25%*

Zdroj: autori

\* Pozorný čitateľ si všimne, že tento objem zdrojov už dnes pôsobí v neformálnych úhradách a priamych platiach a takýmto spôsobom bude formalizovaný.

3. Ďalším prvkom bude zavedenie rodinného poistenia a ďalších podobných produktov. Dôležitý tak bude trend zmeny: anonymná finančná solidárnosť bude nahradená solidárnosťou adresnou. Samozrejme, to nebude možné, kým občania nebudú mať u nákupcov vedené osobné účty.

V nepovinnom pilieri predpokladáme:

1. Jeho význam sa bude postupom času zvyšovať z navrhovaných 25 % až na úroveň 40 % celkových výdavkov na zdravotníctvo. Jeho dôležitosť v blízkej budúcnosti spočíva v jeho sfunkčnení, a nie vo výške jeho podielu na celkových výdavkoch na zdravotníctvo. Reálne fungovanie nepovinného piliera je totiž predpokladom, že objem financií v nepovinnom pilieri bude rásť a postupne vytlačí verejné financovanie. Jeho rozvoj bude determinovaný ekonomickým rastom a rastúcou kúpnu silou domácností.
2. Kombináciu s inými poistnými druhmi a produktmi (napr. životné a dôchodkové poistenie)

<sup>163</sup> Ako pri poistení napríklad auta: alebo celú škodu zaplatím sám zo svojich prostriedkov, alebo zo svojich prostriedkov si platím nepovinné poistenie auta.

## TRINÁSTA KAPITOLA

### Platobné mechanizmy a rozloženie rizika

Platobné mechanizmy zahŕňajú všetky procesy a inštitúcie, prostredníctvom ktorých sú odmeňovaní jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Vytvárajú dôležité stimuly, na ktoré poskytovatelia citlivo reagujú.

Rozhodujúcim prvkom ekonomicky udržateľného systému poskytovania zdravotných služieb je vhodné nastavený systém platobných mechanizmov, založený na motivačných faktoroch, zabezpečujúci zdravú konkurenciu.

Prvým predpokladom vybudovania takéhoto systému je záruka, že si zisk z tohto lepšieho ohodnotenia môže ponechať, na druhej strane musí znášať riziko straty sám zo svojich prostriedkov. Na Slovensku naplatí ani jeden z týchto predpokladov a systém platobných mechanizmov je hlboko deformovaný. Príčinou je nevhodne rozložené finančné riziko medzi pacienta, poskytovateľa a poisťovateľa. Druhým predpokladom je záruka, že vyššia výkonnosť a kvalita služieb zabezpečuje poskytovateľovi lepšie ohodnotenie a naopak. To je veľmi silný motivačný prvok, ktorý povedie k výraznému zvýšeniu efektívnosti (schéma 17).

#### Rozloženie finančných rizík vo financovaní zdravotných služieb

Z teoretického hľadiska rozlišujeme tri základné modely rozdelenia rizika, pričom ťažisko sa postupne presúva z pacienta na poskytovateľa.

##### Model 1

#### Riziko znáša pacient (schéma 18)

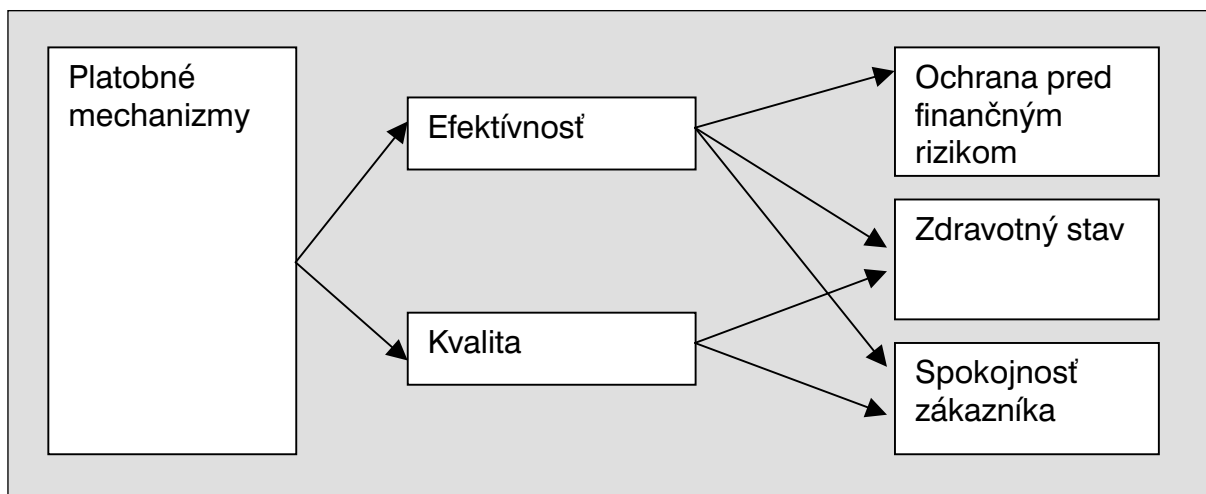
Pacient za zdravotnú službu zaplatí v hotovosti určitý stanovený poplatok, spojený s jej poskytnutím. Celé riziko znáša pacient z troch dôvodov:

1. potreba lekárskeho ošetrovania sa nedá dopredu odhadnúť (skrýva vysoký stupeň neistoty),
2. informačná asymetria mu nedovoľuje poznať skutočný zdravotný stav,
3. existuje možnosť poskytovateľom indukovaného dopytu.

Neistota a neurčitosť tak vytvára priestor pre vznik poistenia, alebo pre vládnu intervenciu.

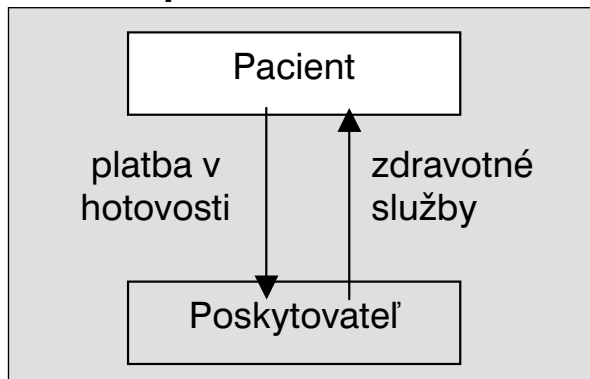
Schéma 17

#### Vzťah medzi platobnými mechanizmami a podpornými/konečnými cieľmi



Zdroj: Hsiao, 2000

Schéma 18

**Riziko znáša pacient**

Zdroj: Maynard, 2000

**Model 2****Riziko je rozdelené medzi pacienta a poisťovateľa**

Neurčitost na zdravotnom trhu vytvára stimuly pre rozloženie rizika. V tomto modeli pacient platí tretej strane (poisťovateľ, štát) určitý poplatok vo forme poistného, odvodov alebo daní, aby za neho v prípade potreby platila poskytovateľovi (schéma 19). Z krátkodobého hľadiska riziko znáša pasívny nákupca (poisťovateľ, vláda), pričom zapojenie platieb tretej strany a riziko morálneho hazardu môže ústiť do nadbytočnej spotreby. Zvýšený sklon k spotrebe, navyše podporený poskytovateľmi indukovaným dopytom, vedie v strednodobom horizonte k presunu rizika naspäť k pacientovi v zmysle zvýšenia poistného, odvodov alebo daní.

S cieľom redukcie nadbytočnej spotreby je do systému možné zaviesť užívateľské poplatky za určité služby. V strednodobom až dlhodobom horizonte je riziko rozdelené medzi pacienta a platiteľa, predovšetkým z dôvodu pasivity platiteľa v nákupnej činnosti: platiteľ

je v tejto polohe len redistribučným prvkom, platiacim poskytovateľov, ktorí majú prirodzenú tendenciu sami si určovať ceny, množstvo a kvalitu služieb.

Pasívna účasť zdravotných poisťovní a popisovaná situácia zodpovedá súčasnému nastaveniu systému zdravotného poistenia na Slovensku s tým rozdielom, že riziko poisťovní aj štátnych poskytovateľov nesie štát!

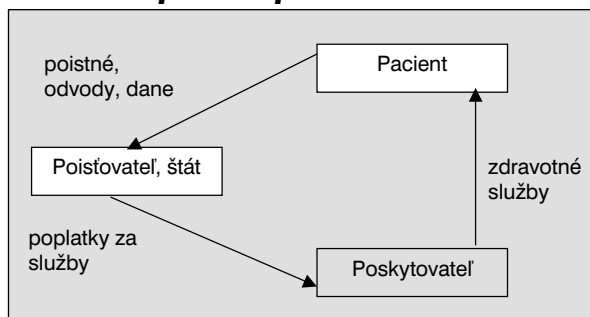
**Model 3****Prenesenie rizika na poskytovateľa**

V tomto modeli pacienti platia dane, odvody, poistné alebo užívateľské poplatky. Tieto zdroje sú najprv združené (vyrovnávanie rizík) a potom distribuované na základe systému platieb, zohľadňujúcich riziko, alebo systému vázenej kapitácie (súkromný sektor kontra verejný sektor) smerom k nákupcovi (schéma 20). Nákupné kontrakty sú nástrojom aktívnej politiky nákupcu: v mene svojich poistencov používa svoju kúpnu silu na ovplyvňovanie cien, kvality a kvantity poskytovaných zdravotných služieb.

Prínos tretieho modelu oproti prvým dvom spočíva v zavedení inštitútu nákupcu s aktívnou nákupnou politikou a prenesením časti rizika na poskytovateľa. Úspech nákupcu je však podmienený viacerými faktormi:

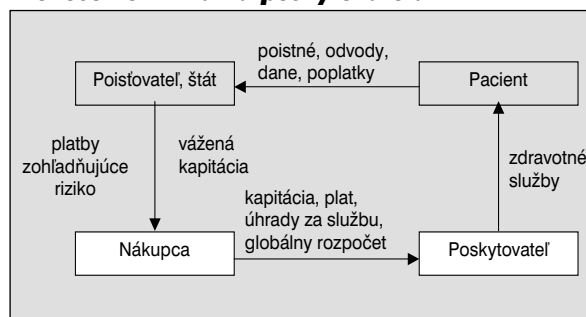
1. možnosť slobodného výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (stanovovanie cien, množstva a kvality) pre svojich klientov,
2. jasné vzťahy s poistencom resp. štátom (koľko dostanem a na čo),
3. jednoznačné znášanie finančného rizika (zisky aj straty),
4. rovnosť šancí s ostatnými nákupcami (platí najmä pre novonastupujúcich nákupcov).

Schéma 19

**Riziko nesie pacient a poisťovateľ**

Zdroj: Maynard, 2000

Schéma 20

**Prenesenie rizika na poskytovateľa**

Zdroj: Maynard, 2000



Z výkladu je zrejmé, že naše súčasné zdravotné poisťovne sa ani zďaleka nepodobajú aktívnym nákupcom zdravotníckych služieb. Kto však môže byť nákupcom? Rozličné systémy pristupujú k tejto otázke rozličným spôsobom a ako nákupca v rozličných systémoch môže vystupovať:

1. štátna agentúra: ministerstvo, štátna poisťovňa,
2. verejný sektor: VÚC, miestna samospráva,
3. privátna agentúra: regionálna poisťovňa,
4. poskytovateľ: lekár prvého kontaktu, alebo Managed Care Organization.

Navrhujeme, aby sa na Slovensku nákupcovia transformovali zo súčasných zdravotných poisťovní a postupne k nim pribúdali noví. Nákupcovia sa budú musieť riadiť deviatimi princípmi, ktoré sme podrobne popísali pri definovaní dvojpilierového financovania v kapitole Financovanie.

### **Zmluvný vzťah medzi občanom a nákupcom**

Pôjde o dohodu, ktorú budú platitelia poistného zo zákona<sup>164</sup> uzatvárať s regionálnymi nákupcami služieb. Jej forma bude písomná a bude povinne obsahovať tieto dohodnuté podmienky.

1. **Predmet zmluvy.** Bude definovaný rozsah základného balíka služieb BBP<sup>165</sup>, ktorý nákupca služieb pacientovi zabezpečuje. Dôležitou súčasťou definovaného rozsahu bude aj počet ošetrení, ktoré pacient bude mať plne hrazené nákupcami v základnom balíku pri vybraných diagnózach<sup>166</sup>.
2. **Poistné obdobie.** Bude určovať, na aké obdobie je pacient zaistený a súčasne od ktorého dátumu<sup>167</sup>. Bude určovať na akú dobu sa zmluva uzatvára a typ regresu.
3. **Spôsob úhrady poistného.** Bude definovať, akým spôsobom bude poistné uhrádzané, ďalej sankcie za omeškanie úhrad a typ regresu.
4. **Doba trvania zmluvy.** Bude definovať zmluvné obdobie, výpovedné podmienky a súčasne typ regresu. Zmluvu nebude možné vypovedať zo strany nákupcov.
5. **Osobitné dojednania.** V tejto časti zmluvy bude môcť nákupca zohľadňovať individuálne odchýlky a podmienky zmluvy.

### **Cenová politika nákupcu služieb**

Filozofii financovania služieb sa venujeme v zvláštnej kapitole. V tejto časti považujeme za potrebné znova pripomenúť, že základnou motiváciou všetkých subjektov, zúčastnených na procese poskytovania zdravotných služieb, je tvorba zisku. Nákupca bude musieť svojimi objednávkami na nákupy služieb hľadať najvýhodnejšie ponuky na poskytovanie služieb, pričom bude mať právo objednávať zo svojho regiónu služby svojim klientom na území celej SR, ale aj v zahraničí<sup>168</sup>.

Cenové rokovania<sup>169</sup> budú decentralizované a nezávislé na MZ SR a MF SR. Nesmierny význam pri cenových rokovaniach všetkých segmentov siete s nákupcami pripisujeme účastníkom týchto rokovaní, ktoré budú pozostávať:

1. za nákupcov zo zástupcov nákupcov,
2. za poskytovateľov zo zástupcov lekárov PAS, ŠAS, zo zástupcov lôžkových poskytovateľov, zastúpených svojimi asociáciami a odbornými spolkami, zástupcov lekárskejších komôr, zo zástupcov lekárenských komôr, zo zástupcov SValZ, zo zástupcov SLS – jej odborných spoločností,
3. za štát z hlavných odborníkov<sup>170</sup> a zástupcov MZ SR<sup>171</sup>,
4. za pacientov zo zástupcov pacientov<sup>172</sup>.

<sup>164</sup>Budú definovaní v zákone o povinnom zdravotnom poistení.

<sup>165</sup>Viď časť Liečebný poriadok.

<sup>166</sup>Napríklad 5-krát ročne chrípka.

<sup>167</sup>V komerčnej zmluve to býva dátum úhrady, teda dátum pripísania peňažných prostriedkov na účet poisťovne, v povinnom zdravotnom poistení to bude deň podpisu zmluvy zmluvnými stranami.

<sup>168</sup>Vieme si predstaviť nakupovanie služieb v zahraničí, hlavne v pohraničných oblastiach, napríklad Třinec, Katowice, Győr, Břeclav, Brno, ak budú títo poskytovatelia lacnejší ako tuzemskí.

<sup>169</sup>Pôjde o "klasické" dohodovacie konanie, ktoré sa bude opakovať pri potrebe spresnenia systému.

<sup>170</sup>Pozri ÚKOD.

<sup>171</sup>Len ako pozorovatelia bez možnosti dohadovania.

<sup>172</sup>Len ako pozorovatelia.

### Základné pravidlá platobných mechanizmov

Súčasný systém nastavenia platobných mechanizmov a rozloženia rizika ústi do extrémneho rastu dlhu. Dlh tak môžeme označiť ako miesto najslabšieho odporu systému (schéma 21).

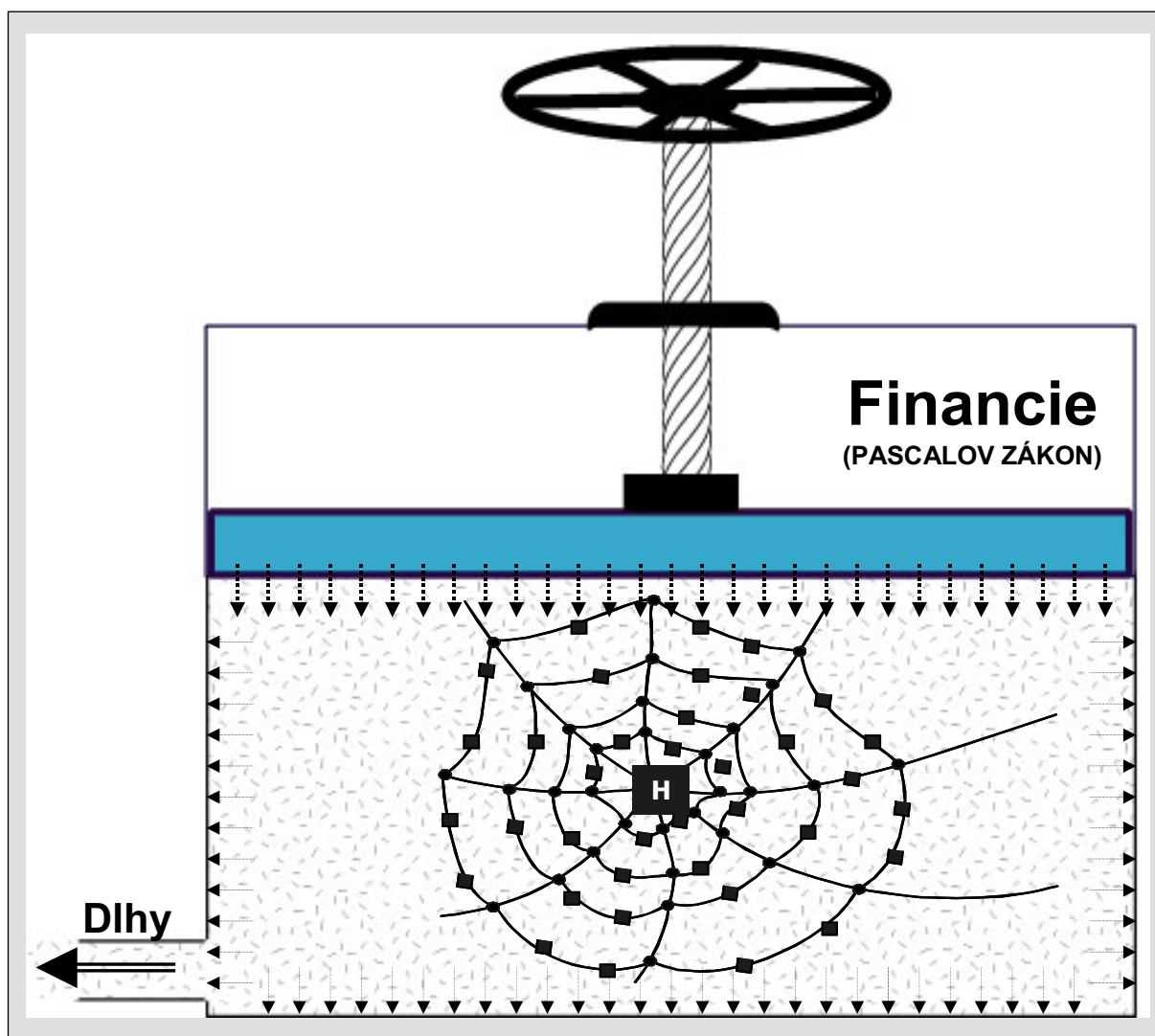
V tejto časti budeme nazerať na platobné mechanizmy ako jeden z rozhodujúcich nástrojov dosiahnutia vyššej efektívnosti poskytovania služieb, za podmienok uplatnenia všeobecných ekonomických pravidiel.

Predpoklady aktívneho a pre pacienta výhodného pôsobenia platobných mechanizmov, ako faktora potrebného pre dosiahnutie vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb<sup>173</sup>:

1. Bude jasne definovaný zákonný nárok<sup>174</sup> (BBP) na definovaný štandard. Zákonný nárok je tá služba alebo výkon, ktorý patrí do základného balíka služieb úplne hrađených a je súčasťou BBP (basic benefit package). Z hľadiska nákupcu je potom zákonný štandard najnižšia možná cena, za ktorú dojedná poskytovanie služby alebo výkonu na trhu poskytovateľov a bude platiť pre všetkých zmluvných poskytovateľov daného nákupcu<sup>175</sup>. To neznamená, že poskytovateľ túto cenu nemôže prekročiť, ale bude ju hradíť zo svojho. Dá sa predpokladať, že takýto stav bude pri určitých diagnózach nastávať, dôležité je, aby portfólio výkonov poskytovateľa tvorilo kladnú hodnotu, vyjadrenú v zisku poskytovateľa.

Schéma 21

### Pascalov zákon financií



Zdroj: autori

Poznámka: Dlhy sú lokus minoris rezistencie (miestom najslabšieho odporu) systému

2. Poskytovatelia si medzi sebou budú uhradzovať dohodnuté služby, teda budú platiť dodávateľsko–odberateľské vzťahy.
3. Na všetkých poskytovateľov budú rovnako a bez výnimky platiť zákony SR používané v hospodárskej sfére, napríklad Obchodný zákonník, Občiansky zákonník, zákon o konkurze a vyrovnaní, Zákonník práce, zákon o účtovníctve, daňové zákony a pod.
4. Poskytovatelia budú autonómni<sup>176</sup> a nezávislí od štátnej sféry riadenia a bude rešpektovaná ústavou garantovaná rovnosť šancí.
5. Vytvorený zisk poskytovateľov bude zdaňovaný podľa rovnakých pravidiel, ako je zdaňovaná podnikateľská sféra. Oslobodenie od platenia daní bude možné iba za predpokladu investovania zisku do predmetu podnikania – poskytovania zdravotných služieb a na obmedzenú dobu pri použití zisku na splácanie dlhov z predchádzajúcich období.

V oblasti výberu zdrojov bude ponechaný existujúci princíp odvodov v prospech nákupcov služieb. Štátny rozpočet sa nebude zúčastňovať na financovaní zdravotníctva, ani nebude (v mene ľudu) dotovať individuálne niektoré nemocnice. Nákupcovia budú zainteresovaní na výbere zdrojov tým, že nevybraté zdroje budú hradíť zo svojho zisku (ako pripočítateľná položka).

Vybrané prostriedky sa budú alokovať do troch úsekov<sup>177</sup>.

1. Prostriedky určené na úhradu liekov v rámci BBP.
2. Poskytovateľom do celej elastickej siete<sup>178</sup> v rámci BBP.
3. Prostriedky určené na prevádzku centrálnych úradov, ako sú Ministerstvo zdravotníctva (MZ), Úrad pre kontrolu, audit a dohľad (ÚKOD).

#### **Prostriedky určené na úhradu liekov v rámci BBP (základného balíka)**

Ide o prostriedky, z ktorých budú financované úhrady za lieky, respektíve príspevky na lieky. Existujúci stav rozdeľuje lieky do 3 kategórii, a to na lieky plne hradené poisťovňami (tzv. I. kategória), lieky čiastočne hradené poisťovňami (II. kategória) a lieky, ktoré plne uhrádza pacient (III. kategória). Súčasťou dnešnej liekovej politiky je aj stanovenie maximálnych cien, za ktoré sa lieky môžu predávať. Obidva tieto inštitúty prinášajú skôr nevýhody ako výhody.

Kategorizácia a zaradovanie liekov<sup>179</sup> je v súčasnosti predmetom najväčšieho trvalého a priebežného lobbingu v Slovenskej republike a nakoniec aj neuveriteľnej korupcie. Pre firmy, zaoberajúce sa výrobou a predajom liekov, je životne dôležité, aby ich lieky boli kategorizované do I. kategórie, pretože logicky tieto majú najväčšie odbytové možnosti.

Stanovenie maximálnych cien je u nás proces pripomínajúci snahu akoby regulovať "Dunaj za gabčíkovskou hrádzou". Myšlienka, že cenovou reguláciou sa dá brániť "bezuzdnému" zvyšovaniu cien, reprezentuje najstaršiu obavu socialistického systému "z imperialistickej obchodnej diverzie"<sup>180</sup>. Nedôvera v trhové regulačné mechanizmy, dané prirodzenou konkurenciou medzi výrobcami a aj medzi dodávateľmi, viedla k nezmyselnému inštitútu cenovej regulácie nemonopolných dodávateľov, hoci inštitút cenovej regulácie sa v modernom svete používa hlavne na reguláciu cien monopolných dodávateľov<sup>181</sup>.

<sup>173</sup>Napriek veľkému odporu zdravotníkov ide naozaj o obyčajné poskytovanie služieb. U nás zavedený termín zdravotná starostlivosť vytvára okamžité ilúziu "vyššieho princípu", termínu, ktorým zdravotníci často obhajujú ekonomické šafárenie s prostriedkami.

<sup>174</sup>Čo je v nároku, musí nákupca objednať, nakúpiť a zaplatiť, nezávisle od počtu prípadov. Nedá sa obmedzovať napríklad počet "nakúpených" zlomenín alebo infarktov.

<sup>175</sup>Takýmto krokom prechádzame zo súčasného hierarchického usporiadania na kontraktčný princíp.

<sup>176</sup>Pre potreby nášho návrhu reformy zdravotníctva považujeme pojmy autonómia a korporatizácia, na rozdiel od zahraničnej literatúry, za rovnocenné. Podľa zahraničnej literatúry rozdiel medzi autonómiou a korporatizáciou spočíva v tom, že korporatizovaná nemocnica má právnu subjektivitu a autonómna nemocnica ju nemá. Náš návrh reformy predpokladá, že každý subjekt bude mať vlastnú právnu subjektivitu.

<sup>177</sup>V celom ďalšom texte budeme vychádzať zo sumy 55 miliárd korún, t.j. sumy, ktorá má byť k dispozícii v roku 2001 z verejných zdrojov.

<sup>178</sup>Termínom elastickej sieť vyjadrujeme pružného a trhového vyrovnávania nadbytku ponuky.

<sup>179</sup>Aby mohlo byť niečo kategorizované, musí to byť najprv zaradené, na čo existuje okrem kategorizačnej komisie aj iná - zaraďovacia komisia.

<sup>180</sup>Pretože lieky na 85 % importujeme z krajín EÚ a USA.

<sup>181</sup>Podobný nezmysel je sústavné vydieranie občanov SR termínom "potravinová bezpečnosť".

Miesto pomerne jednoduchého vzorca (13.1) sme u nás zaviedli stanovenie maximálnych cien na základe 8 cenníkov z 8 rôznych krajín, ktoré musí výrobca predložiť Ministerstvu financií.

$$VC^{182} = \text{najlacnejšia molekula}^{183} / \text{pre DDD}^{184} / \text{v najnižšej možnej cene dodávateľa}^{185} \quad (13.1)$$

Výrobcovia aj distribučné firmy vedia, že medzi cenníkovou a realizačnou cenou je dramatický rozdiel a dosiahnutá realizačná cena môže byť v desiatkach percent nižšia. Ak budeme plne hradiť pacientom najnižšiu možnú cenu lieku v rámci BBP<sup>186</sup>, potom nie je problém žiadať doplatok vo výške rozdielu ceny medzi základným, plne hrazeným liekom a chemicky tým istým, ale drahším. A tento doplatok je už poistiteľné riziko<sup>187</sup>.

Metodika výpočtu marže distributérov a lekární degresívnym spôsobom je uvedená v prílohe.

### Odmeňovanie poskytovateľov v elastickej sieti a úhrady za poskytnuté služby

Doteraz je u nás, okrem lekárov ŠAS a výkonov SVALZ<sup>188</sup>, zavedený systém úhrady "za existenciu", ako je to v prípade u lekárov PAS formou kapitácie za uzavretú zmluvu, alebo globálnym prídelom, ktorým sú financované LZZ.

Zmena celého systému platobných mechanizmov spočíva v dodržaní princípu, že lepší výkon musí byť odmenený vyššou odmenou. Pre jednotlivé segmenty siete poskytovateľov navrhujeme ekonomicky odôvodniteľné formy úhrady, ktoré budú viazane na ich efektívnosť a výkonnosť. Súčasne zohľadňujeme špecifické podmienky jednotlivých segmentov poskytovateľov.

Tabuľka 23

### Platobné mechanizmy pre lekárov – finančné riziká a stimuly

Platobný mechanizmus	Balík poskytovaných služieb	Riziko znáša		Stimuly poskytovateľa			
		Platiteľ	Poskytovateľ	Zvyšovať počet pacientov	Znižovať počet služieb na účtovateľnú jednotku služby alebo konzultácie	Zvyšovať zložitost a vážnosť choroby	Selektovať zdravších pacientov
Poplatok za úkon	Jednotlivé položky služieb alebo konzultácií	Všetky	Žiadne	Áno	Nie	Áno	Nie
Plat	Jeden týždeň, alebo jeden mesiac	Všetky	Žiadne	Nie	...	...	Áno
Plat a príplatok	Príplatok založený na počte pacientov	Podiel pevného platu	Podiel za príplatok	Áno	...	...	Áno
Kapitácia	Všetky kryté služby pre jedného pacienta v danom období	Objem nad „ziskovým“ stropom	Riziká po daný „ziskový“ strop	Áno	...	Nie	Áno

Zdroj: Hsiao, 1997

Tabuľka 22

### Finančné riziká a stimuly spolupráce pacienta

Druh finančnej spolupráce	Riziko znáša		Stimuly pre pacienta
	Poistovateľ	Pacient	
Bezplatná starostlivosť	Všetky	žiadne	Zvyšuje dopyt
Plne hrazená starostlivosť	Žiadne	všetky	Znižuje dopyt
Odpočet (napr. pacient hradí prvých 1000 Sk)	Čiastka nad hranicou odpočtu	Čiastka pod hranicou odpočtu	Znižuje dopyt po hranicu odpočtu, potom ju zvyšuje
Pevný príplatok za návštevu	Plná hodnota mínus príplatok	Príplatok	Znižuje počet návštev
Pripoistenie (ako X% vyjadrenie z ceny úkonu)	(1 - X) % z ceny úkonu	X % z ceny úkonu	Znižuje dopyt (v závislosti od výšky percenta pripoistenia)
Strop na čiastku platenú poisťovňou (napr. 100 000 Sk)	Čiastka pod stropom	Čiastka nad stropom	Znižuje dopyt ak je prekročený strop

Zdroj: Hsiao, 1997

Charakter platobných mechanizmov do veľkej miery ovplyvňuje správanie sa nákupcu a poskytovateľa, lebo determinuje rozloženie rizika. Pre zachovanie úplnosti však do nášho výkladu zahrnieme najprv pacienta a možnosti prenášania rizika aj na neho. Odmeňovanie poskytovateľov sa môže uskutočňovať priamo medzi pacientom a poskytovateľom. Jednotlivé metódy, od absolútnej bezplatnosti až po pripoistenie a stropy, sumarizuje tabuľka 22.

<sup>182</sup>VC - výsledná cena, DDD - denná doporučená dávka

<sup>183</sup>Je úplne jedno či originálna, alebo generická, teda replika iného výrobcu po skončení patentových práv "originálu", alebo ak výrobca originálu predá licenciu výrobcovi generika.

<sup>184</sup>Doporučená denná dávka.

<sup>185</sup>Za ktorú ju v celoštátnom výberovom konaní ponúkne pre plne hrazené lieky, nie je vylúčené, že víťazom budú aj dve tri výrobné, alebo distribučné firmy, ak bude ich liek v identickej, alebo veľmi podobnej cene.

<sup>186</sup>Synonymá sú: nepoistiteľné riziko, zákonný nárok na definovaný štandard, základný balík.

<sup>187</sup>Anomálie z tohto pravidla, dané napríklad alergiami alebo neznášanlivosťou, sú z pohľadu financií štatisticky nevýznamné.

<sup>188</sup>Pri týchto dvoch segmentoch je vykonávaná úhrada s rôznymi obmedzeniami.

### Primárna ambulantná sféra

Jednotlivé možnosti odmeňovania lekárov v ambulantnej sfére sumarizuje tabuľka 23. Ako vidno, každý z jednotlivých platobných mechanizmov má svoje perverzné podnety, preto navrhujeme ich kombináciu s cieľom posilnenia ich výhod a eliminácie ich nedostatkov. Navrhujeme viaczožkové odmeňovanie lekárov v primárnej ambulantnej starostlivosti:

- % odmeny budú "per capita" za uzavretú zmluvu<sup>189</sup>,
- % odmeny budú za "DRG" za ambulantne vyriešené prípady<sup>190</sup>,
- % odmeny budú "per pacient" za vykonaný úkon, ako je očkovanie, preventívna prehliadka<sup>191</sup>,
- % odmeny budú podiel z ceny diagnózy (DRG) pri odoslaní pacienta na odborné vyšetrenie do ŠAS,
- % odmeny budú motivačné, z úspory, ktorú preukáže pri kontrole ceny za poskytnutú starostlivosť v systéme ŠAS a LZZ<sup>192</sup>.

### SVaLZ

Pri týchto činnostiach je úplne logické, aby boli uhrádzované za vykonanú prácu, teda za výkon. Predpokladom je ocenenie výkonu, ktoré musí zodpovedať vynaloženým nákladom a dokonca pre rozvoj týchto činností musí vytvárať zisk. Aj u SVaLZ musí platiť jednoduchý ekonomický vzorec:

$$(13.2)$$

$$\text{Výnosy} - \text{Náklady} = \text{Zisk} \quad (\text{tabuľka 24})$$

Úhradu za poskytnuté úkony budú mať priamo od poskytovateľov v sieti, teda od lekárov PAS, ŠAS, LZZ (pacientov z akútnych, alebo z chronických lôžok). SVaLZ musia pôsobiť ako subdodávatelia pre poskytovateľov<sup>194</sup> a v prípade, že si ich poskytovatelia objednávajú, budú im tvoriť nákladovú položku, čím dosiahneme:

- zabránenie zbytočného a duplicitného vyšetrovania poskytovateľmi,
- optimalizáciu a kvalitu vyšetrení, pretože zlé a nekvalitné vyšetrenia budú musieť v rámci reklamačného konania znášať SVaLZ zo "svojho".

Tabuľka 24

### Kalkulácia zisku pri SVaLZ

Výnosy	Náklady
• Úhrady za činnosť	• Hodnota odpisov použitých strojov
	• Hodnota ŠZM a diagnostik
	• Obslužné náklady (energie, nájom, upratovanie, údržba a servis)
	• Mzdy <sup>193</sup>

Zdroj: autori

<sup>189</sup>Ide o princíp istej tonizácie siete alebo úhrada za "stand by".

<sup>190</sup>Pôjde hlavne o virózy, dýchacie katary, hnačkové a horúčnaté ochorenia.

<sup>191</sup>Určená ako povinná liečebným poriadkom.

<sup>192</sup>Ide o istý prvok fund holdingu, avšak v tomto ponímaní budú zainteresovaní nákupcovia služieb, ktorí s lekármi PAS môžu výhodne kooperovať na revíznom systéme.

<sup>193</sup>Úmyselne sme ich dali na posledné miesto, pretože dnes tvoria najvyššiu položku a v budúcnosti to bude najvariabilnejšia nákladová položka.

<sup>194</sup>V prípade, že LZZ má vlastné SVaLZ, bude si ho oceňovať v rámci rentability strediska, súčasne sa otvorí priestor na úvahy, či a ktoré SVaLZ je výhodné vlastniť pre LZZ a ktoré činnosti SVaLZ si objedná a zaplatí externe.

Tabuľka 25

### Platobné mechanizmy v nemocnici – finančné riziká a stimuly

Platobný mechanizmus	Balík poskytovaných služieb	Riziko znáša		Stimuly poskytovateľa		
		Platiteľ	Poskytovateľ	Zvyšovať počet pacientov	Znižovať objem služieb na účtovateľnú jednotku služby alebo konzultácie	Zvyšovať zložitosť a vážnosť choroby
Poplatok za úkon	Jednotlivé položky služieb alebo konzultácií	Všetky	Žiadne	Áno	Nie	Áno
Platba za prípad (DRG)	Platba sa mení v závislosti od prípadu	Riziko počtu a zložitosti prípadov	Riziko nákladov na liečenie daného prípadu	Áno	Áno	Áno
Prijatie	Každé prijatie	Riziko počtu prijatí	Riziko objemu služieb na jedno prijatie	Áno	Áno	Nie
Lôžko-deň	Každý deň pacienta v nemocnici	Riziko počtu dní	Riziko výšky nákladov poskytnutých služieb v rámci jedného dňa	Áno	Áno	Nie
Kapitácia	Všetky kryté služby pre jedného pacienta v danom období	Objem nad „ziskovým“ stropom	Riziká po daný „ziskový“ strop	Áno	...	...
Globálny rozpočet	Všetky služby poskytované poskytovateľom v danom období	Žiadny	Všetky	Nie	...	...

Zdroj: Hsiao, 1997

**ŠAS a LZZ – akútne lôžka**

Jednotlivé možné platobné mechanizmy odmeňovania nemocníc (v niektorých metódach aplikovateľných aj na ambulantnú sféru) sumarizuje tabuľka 25.

U tejto skupiny poskytovateľov predpokladáme prechod na úhradu za diagnózu – teda DRG. Výhodou tejto platby je, že ide o platbu za niečo merateľné (resp. viac menej merateľné). Nevýhodou je, že ak je systém klasifikácie oceňovania DRG príliš podrobný, dochádza k dvom nepriaznivým javom:

1. presúvanie, a tým preceňovanie pacientov do drahších skupín,
2. vysoké obslužné a následne transakčné náklady s prevádzkou podrobného systému DRG.

Keďže ide o základný krok, potrebný pre zmenu uhrádzovania, navrhujeme, aby sa pre nastavenie ceny DRG začalo s veľmi širokým "záberom" (vzorec 13.3) tak, že výšku zdrojov pre jednotlivé odbory dohodnú nákupcovia a poskytovatelia z dlhodobých výdavkov, týkajúcich sa konkrétneho odboru, za podmienok určenia ceny, ktoré sme uviedli vyššie.

$$(13.3)$$

$$1 \text{ základný odbor} = 1 \text{ diagnóza}$$

**ŠAS a LZZ chronické lôžka**

U chronických pacientov, ktorí vyžadujú dispenzarizáciu alebo občasnú hospitalizáciu, bude použitý nasledovný postup. Po uhradení ceny diagnózy DRG za jej prvé stanovenie a liečbu predpokladáme pravidelné kontroly ŠAS v rámci dispenzarizácie a liečby, ktoré budú hradené per kapita na základe zmluvy s nákupcom o počte kontrol<sup>195</sup> a výške úhrady.

U pacientov hospitalizovaných v LZZ budeme rozlišovať dva spôsoby úhrady:

1. **náklady na chronického pacienta na akútnom lôžku** ako súčasť liečby pri zhoršení stavu bude poskytovateľ mať pokryté nákupcom ako zmluvne dohodnuté náklady<sup>196</sup>,
2. **náklady na chronického pacienta v LDCH**, psychiatrickej liečebni, detskej ozdravovni a dennom sanatóriu bude mať poskytovateľ uhradené formou lôžkovej na základe zmluvy s nákupcom<sup>197</sup>. Význam pre stanovenie počtu optimálnych dní bude mať "medicínsky revízny systém", ktorým budú nákupcovia kontrolovať oprávnenosť dĺžky hospitalizácie.<sup>198</sup>

Pri tejto skupine pacientov je potrebné si jasne uvedomiť, že hlavne pacienti v LDCH sú spravdla poberateľmi príjmu<sup>199</sup>, ktorým môžu sami pacienti prispievať na náklady za ich hospitalizáciu.<sup>200</sup>

**Ošetrovateľská starostlivosť**

Okrem tradičných foriem ošetrovateľskej starostlivosti (v nemocniciach) pripisujeme veľký význam financovaniu ošetrovateľskej starostlivosti priamo u pacienta.

**Primárna starostlivosť.** Veľký dôraz kladieme na ADOS, ako efektívny spôsob poskytovania služieb pacientom priamo v domácom ošetrovaní. V zásade možno predpokladať tri druhy "klientely":

1. **Pacienti s akútnym ochorením**, ktorí budú doliečovaní doma v rámci skracovania doby ústavnej liečby. Tu predpokladáme, že motivačným prvkom bude nižšia cena domácej ako ústavnej liečby a služby. ADOS si budú objednávať príjemcovia ceny za DRG.
2. **Chronickí pacienti**, kde bude obojstranne výhodnejšie liečiť pacienta doma. V tomto prípade predpokladáme, že ADOS bude objednaný lekárom PAS a ŠAS alebo nákupcom služieb. V každom prípade sa bude v tejto skupine uvažovať aj o súčinnosti so sociálnou sférou. Služby týmto pacientom budú hradené v rámci kontraktu nákupcu a poskytovateľa za podobných podmienok, za akých sa stanoví cena v LZZ (lôžkovej alebo per kapita).
3. **Terminálne štádia** u detí a dospelých, pri ktorých predpokladáme súčinnosť so sociálnou sférou. Tak isto služby týmto pacientom budú hradené v rámci kontraktu nákupcu a poskytovateľa za podobných podmienok, ako sa stanoví cena v LZZ (lôžkovej alebo per kapita).

<sup>195</sup>Veľmi dôležité je stanoviť tento počet v zmysle postupu "lege artis".

<sup>196</sup>Náklady na lôžko, náklady na lieky a ŠZM, SVaLZ a zisk, všetko v rámci zmluvy medzi poskytovateľom a nákupcom (v princípe ide o definovanie ceny na lôžkovej).

<sup>197</sup>Predpokladáme priemerné náklady na pacienta ako jednotku úhrady.

<sup>198</sup>Bude treba eliminovať liknavosť poskytovateľov, keď jeden deň urobí jedno vyšetrenie, iný deň druhé, pacienta umelo držia na lôžku atď.

<sup>199</sup>Starobné, invalidné alebo čiastočne invalidné dôchodky, sociálne podpory a iné dávky.

<sup>200</sup>Musíme predpokladať viacero prienikov medzi sociálnou sférou a zdravotníctvom.

**Sekundárna starostlivosť.** Táto ošetrovateľská starostlivosť je určená hlavne pre pacientov s chronickými ochoreniami, pre imobilných pacientov a pre tých pacientov, ktorí nevyžadujú sústavný lekársky dohľad, ale nie je ich možné doliečovať doma. Bude realizovaná hlavne:

- v domoch ošetrovateľskej starostlivosti,
- na oddelenia ošetrovateľskej starostlivosti<sup>201</sup>,
- v pôrodných domoch<sup>202</sup>.

Služba týmto pacientom bude hradená v rámci kontraktu nákupcu a poskytovateľa za podobných podmienok, ako sa stanoví cena v LZZ (lôžkodeň alebo per kapita).

**Následná starostlivosť.** Sem patria hlavne hospice. Tieto zariadenia majú slúžiť dôstojnému umieraniu pacientov každej vekovej kategórie. Pôjde tu hlavne o zmiernenie utrpenia a poskytnutie služieb, ktoré uľahčia pacientom posledné hodiny života<sup>203</sup>. Služby týmto pacientom budú hradené v rámci kontraktu nákupcu a poskytovateľa za podobných podmienok, ako sa stanoví cena v LZZ (lôžkodeň alebo per kapita).

Pre financovanie ošetrovateľskej starostlivosti budú motivovaní hlavne nákupcovia služieb, dokonca predpokladáme, že táto starostlivosť bude organizovaná priamo nákupcami služieb<sup>204</sup>. Je logické predpokladať integrované pôsobenie zariadení ošetrovateľskej starostlivosti s inými zariadeniami.

### **Zisk ako základná motivačná funkcia**

Uvedomujeme si, že ide o pomerne "sprofanované" slovo, a aj z početných diskusií, ktorých sa zúčastňujeme s odbornou aj laickou verejnosťou<sup>205</sup>, predstava tvorby zisku naráža na odpor poskytovateľov, ktorí ako záštitu používajú najčastejšie termíny ako "humanita, poslanie a Hippokratova prísaha".

Pritom sa ale všetci poskytovatelia u nás správajú tak, aby dosiahli zisk, ktorý sa ale prejavuje v inej podobe. Ide najmä o tvorbu osobného zisku vo forme osobnej renty, alebo neformálnych úhrad (pozri kapitolu o korupcii). Podobne poskytovatelia nežiadúco znižujú svoje náklady neposkytovaním služieb, čo sa však dnes zdôvodňuje nedostatkom zdrojov.

### **Odmena**

Odmena za vykonanú službu musí byť pre poskytovateľa profitabilná. V analytickej časti sme poukázali na neúmerne vysoké fixné náklady poskytovateľov typu LZZ – akútne lôžka, v ktorých rozhodujúcu mieru zohrávajú mzdové a personálne náklady. Nemotivačné odmeňovanie pracovníkov plošne, zavedenými tarifnými mzdami, viedlo k tomu, že dnes niektorí poskytovatelia vynakladajú všetky voľné zdroje na odmeny zamestnancom, dokonca niektorí ani toto už nie sú schopní a platia iba zálohy na mzdy. Vysokú zamestnanosť sme navrhli riešiť takzvanou elastickou sieťou, teda nadbytku lekárov a sestier z LZZ umožniť prácu v terénnej sieti za rovnoprávných podmienok.

<sup>201</sup> Pôjde o autonómne oddelenia, samostatne financované nákupcom, ktoré môžu byť v priestoroch LZZ

<sup>202</sup> Zjavne nepatrí do sekundárnej starostlivosti, ale filozoficky je tu skupina, ktorá nevyžaduje sústavný lekársky dohľad a nedá sa riešiť doma. Ide o lôžkové zariadenia pre fyziologické tehotenstvá a pôrody. Ak si bude pacientka želať k fyziologickému pôrodu lekára (príplatok), ten musí vždy prizvať pôrodnú asistentku.

<sup>203</sup> Nesmieme si ich mýliť z paliatívnymi onkologickými oddeleniami.

<sup>204</sup> Na základe zmluvy.

<sup>205</sup> Semináre M.E.S.A. 10 ako SEF, stretnutia s občanmi v rámci SKOI a ANO.

### **Zmluvné vzťahy medzi nákupcami a poskytovateľmi**

Medzi nákupcami a poskytovateľmi budú uzatvorené kontrakty. Pôjde o zmluvný vzťah. Okrem iného bude kontrakt obsahovať tieto náležitosti:

1. **Predmet kontraktu.** Bude definovať druh, rozsah a počet zdravotníckych služieb, ktoré budú nákupcami služieb kontrahované v rámci základného povinného poistenia, v rozsahu a frekvencii, ktoré budú stanovené v Liečebnom poriadku.
2. **Doba platnosti kontraktu.** Bude určovať zmluvné obdobie, možnosti predlžovania a spôsob ukončenia zmluvného vzťahu. Nevyhnutnou súčasťou kontraktu bude zmluvné, dohodnuté právo, za akých podmienok budú mať zmluvné strany právo okamžite ukončiť dobu platnosti.
3. **Cena, spôsob úhrady a zmluvné pokuty.** Bude určovať dohodnutú cenu zmluvných cien pri dodržaní spôsobu stanovenia ceny za DRG, za výkon pre capita<sup>206</sup>, za kapítáciu<sup>207</sup>, lôžkoden<sup>208</sup>, motivačnú zložku. Cena bude dohodnutá ako zmluvná cena a v žiadnom prípade nebude súčasťou Liečebného poriadku.<sup>209</sup> Spôsob úhrady, platobné podmienky, sankcie za omeškané úhrady a omeškané činnosti, ako aj zmluvné pokuty sa budú riadiť podľa ustanovení Občianskeho a Obchodného zákonníka, ak si zmluvné strany nedohodnúť podmienky iné, ako sú stanovené zákonom.
4. **Náhrada škody.** Toto dôležité ustanovenie kontraktu sa bude riadiť ustanoveniami a podmienkami Občianskeho a Obchodného zákonníka.
5. **Zvláštne ustanovenia.** Predpokladáme možnosť zmluvného riešenia otázok regresu, sporov a ich riešení.

Vzájomné úhrady medzi poskytovateľmi, resp. úhrady nákupcov služieb za poskytnuté služby vo vnútri a hlavne mimo regionálnej siete. Splnenie tejto podmienky je nevyhnutné pre dosiahnutie efektivity a identifikovanie ekonomicky neefektívnych poskytovateľov. Ak si jeden poskytovateľ objedná u iného službu, musí ju zaplatiť. Bude potom na rozhodnutí poskytovateľa ekonomicky efektívne sa rozhodovať<sup>210</sup> a zlým ekonomickým rozhodnutím bude preberať na seba aj riziko takého postupu.

<sup>206</sup> Napríklad za vykonané očkovanie, za vykonanú preventívnu prehliadku, za vystavenie požadovaného dokladu atď.

<sup>207</sup> Pozri PAS.

<sup>208</sup> Pôjde v podstate o dohodnutú paušálnu úhradu za pacienta, teda per capita, pričom sa do portfólia ceny musia dostať náklady na liečbu, stabilizáciu zdrav. stavu, spomaľovanie zhoršovania, alebo dôstojné (do) opatrovanie na základe zmluvnej cenovej dohody medzi nákupcom a poskytovateľmi.

<sup>209</sup> Ide o to, aby nákupcovia a poskytovatelia viedli rokovanie a spolu hľadali cenu, ktorá bude efektívna pre nákupcu a bude dostatočne stimulujúca pre poskytovateľa.

<sup>210</sup> Predstavme si dilemu poskytovateľa: má si kúpiť CT za 20 miliónov Sk, alebo bude uhradzovať CT vyšetrenia svojim pacientom cez SValZ, čím rozloží finančnú náročnosť do viacerých rokov.



## ŠTRNÁSTA KAPITOLA

### Organizácia

Je definovaná dvoma dimenziami. Makroštruktúra opisuje, ako sú medzi jednotlivými organizáciami rozdelené aktivity podľa ich činnosti, zamerania, resp. konkurenčného vzťahu. Mikroštruktúra opisuje, ako sú jednotlivé jednotky organizované vnútorne – ako sú rozdelené úlohy a ako sú odmeňovaní zamestnanci. Pod poskytovateľmi rozumieme všetkých účastníkov procesu poskytovania zdravotných služieb.

Môžeme ich rozdeliť do dvoch základných skupín.

- starostlivosť o ambulantného pacienta (nelôžková starostlivosť, resp denné sanatória),
- starostlivosť v lôžkových zariadeniach všetkých typov.

Už na prvý pohľad je zrejmé, že toto veľmi hrubé rozdelenie nám nebude postačovať, pretože v systéme poskytovania zdravotných služieb pôsobí celý komplex účastníkov, ktorí sú nejakým spôsobom na ňom „zainteresovaní“. Máme na mysli hlavne verejné lekárne, dodávateľov liekov, špeciálneho zdravotného materiálu do zdravotníckych zariadení, dodávateľov energií, potravín, atď.

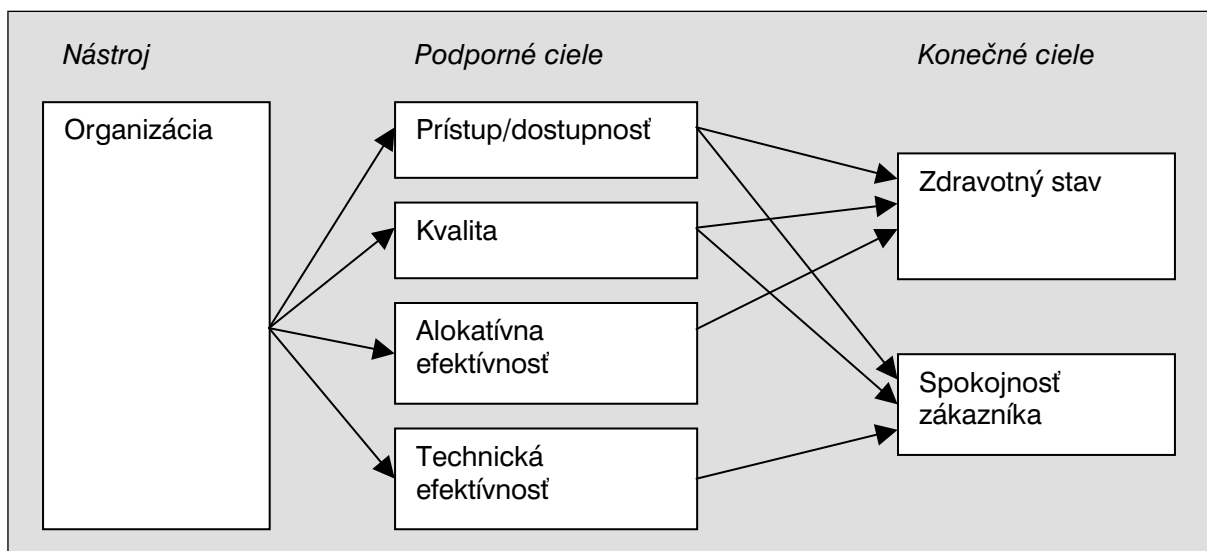
### **Rovnaká autonómia, rovnaká zodpovednosť a rovnosť šanci poskytovateľov**

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia byť, tak isto ako iné podnikateľské subjekty, autonómni a musia konať na vlastnú zodpovednosť a riziko. Tejto podmienke najviac bráni dedičstvo socializmu, najmä vysoká vlastnícka a riadiaca účasť štátu. Rovnaké práva a povinnosti poskytovateľov neznamenaajú nič iné, ako umožniť všetkým subjektom mať rovnaké podmienky a rovnakú šancu. Neschopnosť a nemohúcnosť deetatizovať segment poskytovania zdravotníckych služieb a zaviesť požadovanú rovnosť šanci viedla ku kríze zdravotníctva<sup>211</sup>.

<sup>211</sup> Pozri analytickú časť.

Schéma 22

### **Vzťah medzi organizáciou a podpornými/konečnými cieľmi**



Zdroj: Autori

Navrhujeme nasledovné riešenie:

1. Odštatnenie majetku: prebehne odovzdaním všetkého doteraz štátneho majetku<sup>212</sup>, slúžiaceho k poskytovaniu služieb, do vlastníctva samosprávnych krajov.
2. Prenesenie kompetencií a vybudovanie elastickej siete: regióny musia mať právo zakladať vlastné zariadenia. Regionálnu sieť budú na základe efektívnej dostupnosti spolubudovať regionálni nákupcovia služieb. Regionálna štruktúra poskytovateľov tak bude elastická, pričom úlohou štátu je stanoviť normu na princípe "nesmie byť menej ako..."<sup>213</sup> poskytovateľov v jednotlivých segmentoch poskytovateľov. Región bude zodpovedať za poskytovanie zdravotných služieb v takej miere, v akej si ponechá vlastníctvo poskytovateľov<sup>214</sup> najmä preto, že v regióne najlepšie poznajú svoje lokálne podmienky, potrebné pre poskytovanie zdravotných služieb. Rozhodne budú rozdiely v štruktúre siete v bratislavskom VÚC a napríklad v žilinskom, alebo prešovskom<sup>215</sup>. Nastane reštrukturalizácia siete a tzv. trhové čistenie (schéma 23).

Znova považujeme potrebné zopakovať základnú podmienku takéhoto usporiadania, spočívajúcu v tom, aby všetci účastníci v sieti mali rovnaké práva (napríklad vstup na trh či znášanie rizika) podieľať sa na poskytovaní služieb financovaných zo základného balíka v rámci BBP a rovnaké povinnosti<sup>216</sup> poskytovať zdravotné služby "lege artis".<sup>217</sup>

<sup>212</sup>Pôjde prevažne o nemocnice všetkých typov, od najmenších až po vrcholové, špičkové, fakultné, národné a slovenské, vrátane lôžkových výskumných pracovísk.

<sup>213</sup>Dnes platí "nesmie byť viacej ako".

<sup>214</sup>Predpokladáme, že bude hľadať spoluinvestorov, alebo dokonca odpredávať celky, pričom cena môže byť nulová

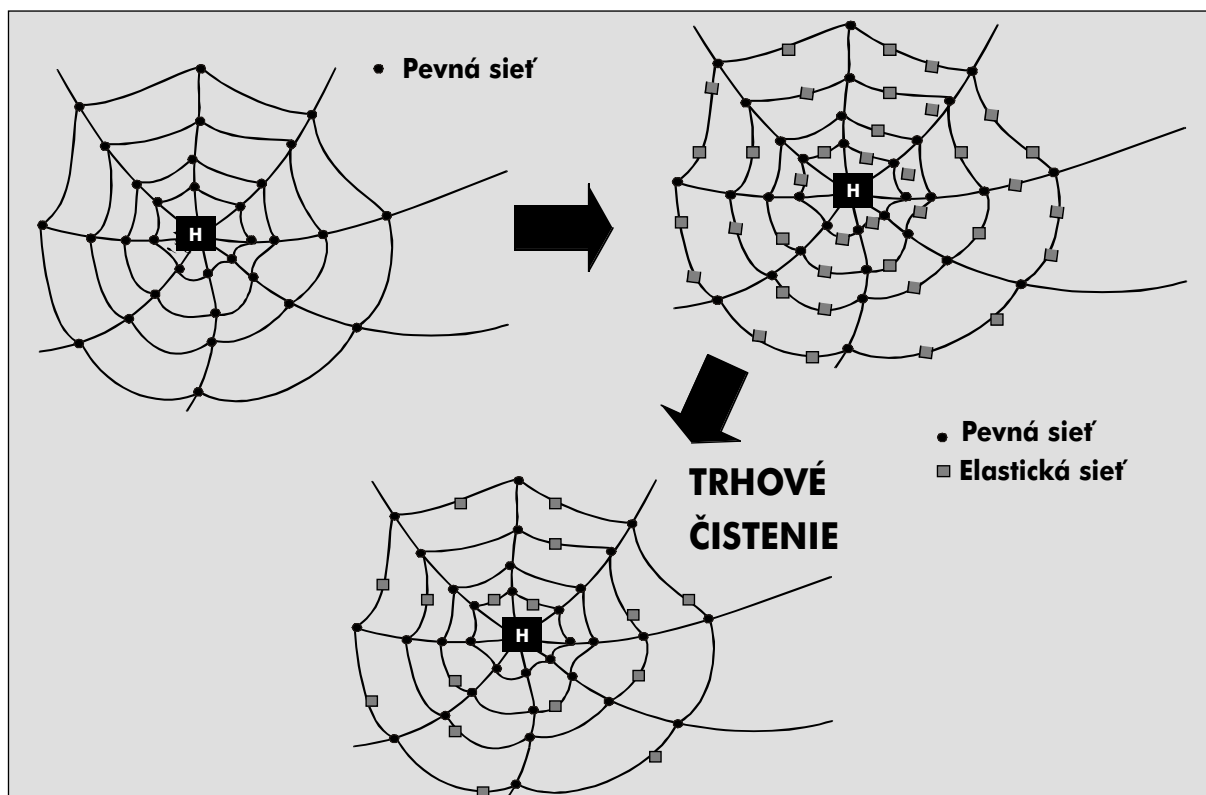
<sup>215</sup>V regióne najlepšie poznajú svoje materiálne aj technické vybavenie, dostupnosť a stav komunikácií, klimatické vplyvy. Nič nebráni tomu, aby v jednom regióne kládli dôraz na prácu v teréne u pacienta a v inom viacej preferovali lôžkovú starostlivosť.

<sup>216</sup>V súčasnosti, ak lekár nemá zmluvu s poisťovňou, aj keď má licenciu, je diskriminovaný, pretože musí žiadať priame úhrady od pacientov, ktoré ale pacientom nie sú preplácané poisťovňami.

<sup>217</sup>Pozri DRG a účasť profesionálnych združení.

Schéma 23

### Reštrukturalizácia siete a trhové čistenie



Zdroj: autori

### Právna subjektivita jednotlivých subjektov

Poskytovateľ musí vidieť motiváciu, kompenzujúcu znášanie rizika. Tou motiváciou je zisk! Snahou nákupec je dostať pod tlak poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vytvorí medzi nimi konkurenciu, zvýši ich efektívnosť a presunúť na nich svoje riziko, alebo čo najväčšiu jeho časť. Prirodzenou reakciou súkromného poskytovateľa v záujme získať kontrakt je prispôbenie sa podmienkam nákupeca a znížiť riziko bankrotu. Riziko bankrotu štátnych poskytovateľov (napr. štátnej nemocnice) nesie v konečnom dôsledku štát. Ešte horšie však je, že všetky zisky<sup>218</sup> z prevádzky nemocnice berie taktiež štát. Manažment nemocnice tak nemá žiadne stimuly zvyšovať efektívnosť a zlepšovať služby, lebo vie, že v konečnom dôsledku riziko zlého manažmentu a zisk z dobrého manažmentu znáša štát. Nevyhnutným predpokladom zavedenia inštitútu efektívneho nákupeca je odštátnenie všetkých zdravotníckych zariadení a širokospektrálna korporatizácia a privatizácia všetkých zdravotníckych zariadení.

V analytickej časti sme poukazovali na to, že dôležitým problémom súčasného zdravotníctva je vysoká účasť štátu na poskytovaní zdravotných služieb. Riziko, ktoré z tejto činnosti vyplýva, chcel štát svojím spôsobom eliminovať tak, že ho posúval na fiktívne poisťovne. V časti nákupeca sme poukázali na to, že poisťovne na Slovensku naozaj nemôžu plniť svoju funkciu a zákonite sa zmenili na prostoduchých vyberačov peňazí. Lôžkové zdravotnícke zariadenia ostali všetky<sup>219</sup> vo vlastníctve štátu. Ochrana týchto poskytovateľov je výrazne väčšia ako ochrana strategických podnikov. V primárnej sfére boli odštátnené činnosti u lekárov PAS a ŠAS, ale nebola urobená deetatizácia majetku.

Jedným z prvých predpokladov reálnej zmeny zdravotníctva (od súčasného hierarchického a statického usporiadania smerom ku kontraktačnému systému) je jasné definovanie kompetencií poskytovateľov. V slove kompetencie, na čo sa často zabúda, sú práva a povinnosti jednotlivých subjektov siete. Aby sme mohli dosiahnuť požadovaný stav, musíme:

- a) osamostatniť poskytovateľov<sup>220</sup> – poskytnúť im presne taký rozsah autonómie, aký majú iné podnikateľské subjekty<sup>221</sup>,
- b) osamostatniť nákupcov služieb<sup>222</sup>,
- c) umožniť občanovi reálnu slobodnú voľbu lekára, zariadenia, nákupecu<sup>223</sup>.

Autonómia poskytovateľov, jasne definované práva a povinnosti, zrušenie rôznych ochranárskych mechanizmov, je jediná cesta, ako možno prinútiť poskytovateľa prevziať tú časť rizika, ktorá je príslušná jeho činnosti.

### Právne formy, zabezpečujúce autonómiu/korporatizáciu poskytovateľov

Do úvahy prichádzajú dva varianty riešenia.

**Po prvé, využitie súčasnej legislatívy<sup>224</sup>.** Ak neuvažujeme zaviesť nové právne formy, tak budeme využívať existujúci stav, ktorý je definovaný Občianskym alebo Obchodným zákonníkom. Potom v prístupe k poskytovateľom navrhujeme tento postup:

1. **Zdravotné sestry, iných SZP a NZP.** Uvažujeme o dvoch právnych formách. Zamestnanec poskytovateľa alebo kontraktačná sestra, pracujúca na kontrakt pre poskytovateľa.<sup>225</sup>
2. **ADOS.** Budú podnikať v právnej forme občianskeho združenia, alebo ako kapitálové spoločnosti.<sup>226</sup>
3. **Lekári PAS a ŠAS.** Pre ich podnikanie použijeme právnu úpravu podobnú iným slobodným povolaniam.<sup>227</sup> K tomu samozrejme patrí možnosť odpredať alebo kúpiť prax.

<sup>218</sup>Dlh nie je nič iné iba negatívny zisk, teda strata.

<sup>219</sup>Okrem troch, a to Onkologický ústav sv. Alžbety, Nemocnica Milosrdných bratov v Bratislave a nemocnica Šaca.

<sup>220</sup>Táto požiadavka vyvoláva sériu razantných protiargumentov, obsahom ktorých je spravidla zneužívanie "citov" populácie, argumentujúc najčastejšie, že ide o zdravie. Občania si len pomaly, postupne a po vlastných skúsenostiach často aj bolestne uvedomujú, že systém, ktorý argumentuje ich zdravím, často ich zdravie najviac ohrozuje.

<sup>221</sup>Všetkých bez výnimky, teda od lekárov v teréne až po špičkové a vrcholové nemocnice.

<sup>222</sup>Tak ako sú samostatní komerční nákupcovia.

<sup>223</sup>Doterajšia sloboda je veľmi obmedzovaná pevnou sieťou a systémom rajonizácie.

<sup>224</sup>Hneď však treba upozorniť na veľa problémov, ako je napríklad ručenie svojím majetkom.

<sup>225</sup>Podobný model je v Európe a sestra je angažovaná na určitú prácu a určitú dobu.

<sup>226</sup>Hlavne spoločnosti s ručením obmedzeným (s.r.o.) a akciové spoločnosti (a.s.).

<sup>227</sup>Advokáti a komerční právnici.

4. **SVaLZ.** Budú podnikat' v právnej forme občianskeho združenia, alebo ako kapitálové spoločnosti.
5. **LZZ všetky typy.** Predpokladáme korporatívny charakter podnikania. Pôjde o spojenie individuálnej pracovnej sily a servisnej nehnuteľnosti. Pre lekárov LZZ budú platiť rovnaké pravidlá ako pre sestry a lekárov PAS. Predpokladáme u mladých lekárov<sup>228</sup> a niektorých starších<sup>229</sup> zamestnanecký pomer. Ostatní lekári budú podobne ako lekári PAS a ŠAS v slobodnom povolaní a budú uzatvárať rôzne typy kontraktov s lôžkovými zariadeniami. Pevnejšie väzby medzi lekármi a lôžkovými zariadeniami budú mať formu typickú pre spoločnosti o nerovnakej kapitálovej sile.<sup>230</sup>

Predpokladom pre úspešné a motivované pôsobenie účastníkov siete je odštátnený majetok, pluralita vlastníkov a foriem podnikania. Logicky však musíme požadovať aj tú skutočnosť, že existencia poskytovateľov bude závisieť aj od "nepriemerných" paragrafov Občianskeho zákonníka, Obchodného zákonníka, zákona o konkurze a vyrovnaní atď.

**Po druhé, nová právna forma.** Bude musieť zohľadniť iné špecifiká, než tie, akými sa dnes bežne argumentuje. Pri príprave novej právnej formy budeme vychádzať z nasledujúcich podmienok:

1. Ide o kooperáciu činnosti a majetku, teda bude sa viazať know-how pracovníkov a majetok vlastníkov budov a zariadení.
2. Bude potrebné vyriešiť ručenie majetkom a otázky právnej zodpovednosti za svoju činnosť.<sup>231</sup>
3. Bude potrebné stanoviť princípy auditu činnosti a rozhodcovského konania.

Nová právna forma bude teda definovať podmienky vzniku existencie a zániku korporácie (zlúčenie know-how<sup>232</sup> a majetku do jedného celku).

Pri oboch variantoch riešenia, teda s využitím existujúcich zákonov alebo s novou legislatívnou formou, však musia platiť podmienky, ktoré sme uviedli vyššie, a to hlavne autonómnosť a zodpovednosť pri dodržaní rovnosti pred zákonom s inými právnymi subjektmi.

## Rušenie LZZ

V analytickej časti sme jasne ukázali, že máme nielen nadbytok lôžok, ale celých zariadení. Pre dosiahnutie efektivity bude potrebné likvidovať<sup>233</sup> celé celky. Jediným kritériom požadovanej optimalizácie množstva a veľkosti zariadení sa musia stať ekonomické kritéria s tým, že prežije iba ten, kto na seba zarobí a dokáže tak odolať konkurencii. Významným prvkom, schopným manažovať túto úlohu, sa stanú regionálni nákupcovia a región ako prvý vlastník všetkých štátnych zariadení, ktoré sú na jeho území. Región musí mať zodpovednosť za dodržiavanie zákonných noriem, platných na celom území Slovenskej republiky.

Región musí mať kompetenciu spravovať a zakladať vlastných poskytovateľov<sup>234</sup>. Štruktúra poskytovateľov formovaná regionálnymi nákupcami môže byť koncipovaná rôznym spôsobom v rôznych regiónoch. V regiónoch s hustejším výskytom poskytovateľov, hlavne typu LZZ, bude potrebná výrazná redukcia nadbytočných poskytovateľov<sup>235</sup>. V iných regiónoch môžu zo základného balíka financovať napríklad dopravnú službu pacientovi v prípade, ak je toto pre poskytovateľa a pacienta výhodnejšie ako napríklad stavať zariadenie v jeho blízkosti. Inak povedané, miera elasticity siete bude stanovená potrebami občanov prostredníctvom regionálnych nákupcov a bude zahrnutá do zmluvy a kontraktu v rámci základného poistenia BBP<sup>236</sup>.

<sup>228</sup>Do ukončenia postgraduálnej prípravy.

<sup>229</sup>Prednosta, primár, starší lekár.

<sup>230</sup>V našom prípade hlavne verejnoobchodné spoločnosti (v.o.s.) a komanditné spoločnosti (k.s.).

<sup>231</sup>Napríklad riešiť otázku poškodenia pacienta a rozlíšiť vis major od zavinenia.

<sup>232</sup>Dá sa veľmi dobre oceniť, ide totiž o duševné vlastníctvo zdravotníkov.

<sup>233</sup>Je zrejmé, že toto je jedna z úloh trhu, eliminovať ekonomicky neefektívnych na perifériu a do zániku.

<sup>234</sup>Samozrejme, že tým preberá na seba nie len profit ale aj riziko.

<sup>235</sup>Prebytok lôžkových zariadení a zamestnancov v nich je možné riešiť iba elasticitou siete. Nadpočetný lekár, sestra v nemocnici bude mať veľmi dobrú príležitosť sa uplatniť autonómne, na vlastnú zodpovednosť, ale aj profit v elastickej sieti.

<sup>236</sup>Basic benefit package.

Tabuľka 26

**Klady a zápory inštitucionálnej formy postgraduálnej výučby**

Kritické hlasy proti inštitucionálnej forme	Hlasy za inštitucionálnu formu
Nízka kvalita vyučovania	Tradícia
Vysoké finančné náklady <sup>243</sup>	Jednotnosť prípravy
Zneužívanie monopolného postavenia	
Kupčenie s akademickými titulmi <sup>244</sup>	
Dvojstupňový diskriminačný <sup>245</sup> systém	
Zdvojovanie nákladov a zbytočná umelá konkurencia <sup>246</sup>	
Pozostatok socializmu a sovietskych metód <sup>247</sup>	

Zdroj: autori

**Zdravotnícke školstvo**

Moderné zdravotníctvo kladie vysoké nároky na prácu lekárov aj sestier. Nielen že musia zvládnuť modernú techniku, ale aj technologické zmeny liečby a ošetrovania v nadväznosti na demografické zmeny a zvýšenú požiadavku na poskytovanie zdravotníckych služieb.

Napriek tomu, že by sa mohlo zdať, že téma je pomerne jednoduchá, tak ako v celom systéme zdravotníctva, aj tu je chaos a zbytočne vysoká štátna ingerencia.

**Pregraduálna príprava lekárov**

Bude vykonávaná, tak ako doteraz, lekáorskými fakultami. Otázku počtov študentov bude potrebné riešiť komplexne v rámci reformy vysokých škôl. V súčasnosti nepredpokladáme nadbytok lekárov<sup>237</sup>. Regulačným mechanizmom záujmu o štúdium na lekáorských fakultách bude nakoniec trh práce.

Dlhé roky nebol riešený problém financovania praktickej výučby študentov na klinických pracoviskách<sup>238</sup>. Lekárske fakulty, okrem Martina, sú etablované v Bratislave a Košiciach. V oboch mestách je nadbytok nemocníc a lôžok a dostatok kvalifikovaných pedagógov.

Jednoznačne navrhujeme tendrový spôsob výučby. Princíp spočíva v tom, že v podstate na výučbu prebiehajúcu v nemocnici nazeráme ako subdodávku nemocnice pre lekárske fakulty. Logicky by lekárske fakulty mali vypisovať súťaže, v ktorých by definovali podmienky výučby jednotlivých odborov<sup>239</sup> a hľadali by najvýhodnejšiu cenu za jej poskytnutie<sup>240</sup>. Nemocnice by boli motivované úhradou lekáorských fakúlt za poskytnuté služby a jasne by bolo oddelené financovanie výučby od poskytovania zdravotných služieb.<sup>241</sup>

<sup>237</sup>Ide skôr o nevhodné rozmiestnenie - prebytok v nemocniciach, nedostatok v teréne u pacienta, riešenie je v elastickej sieti.

<sup>238</sup>Tzv. stáže.

<sup>239</sup>Prístrojové a priestorové vybavenie

<sup>240</sup>Logicky by došlo k výučbe jednotlivých klinických predmetov u rôznych poskytovateľov v rôznych LZZ, ale tento stav je napriek tomu, že existujú špecializované fakultné nemocnice.

<sup>241</sup>Dnes toto nie je prakticky vôbec možno diferencovať a je to predmetom mnohých sporov.

### Postgraduálna výučba lekárov

Doteraz prebieha inštitucionálne v špecializovanej inštitúcii SPAM<sup>242</sup>. Súčasne prebieha rozsiahla diskusia o vhodnej forme postgraduálnej prípravy lekárov (tabuľka 26).

Kvalitná postgraduálna príprava si vyžaduje sústavnú dennú prácu s mladými lekármi priamo v teréne. Neinštitucionálna forma trvalej a priebežnej prípravy by podľa nás mala prebiehať na úrovni kvalitných oddelení terajších NsP III. typu a vyšších, riadená primárom oddelenia<sup>248</sup>. Po uplynutí predpísanej doby praxe pod dohľadom – predpokladáme 5 rokov, adept po komisionálnom preskúšaní dostane certifikát a je pripravený na samostatnú prácu<sup>249</sup>.

### Príprava sestier

Práca sestier musí okrem iného reagovať na zvýšené požiadavky v primárnej ambulantnej starostlivosti. Služby sestier musia byť poskytované tak, aby boli čo najbližšie k pacientovi alebo klientovi<sup>250</sup>.

Súčasná platná legislatíva EÚ garantuje právo na voľný pohyb sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť, určuje minimálne štandardy vzdelávania a praxe od roku 1977 a obdobne pre pôrodné asistentky platné od roku 1980. Pre Slovensko je dôležité, že podobná, skoro zhodná je legislatíva pre Radu Európy, ktorej Slovensko je (ako nástupnícky štát po rozdelení ČSFR) od roku 1990 členom.

K splneniu týchto cieľov je potrebné radikálne zmeniť doterajšiu odbornú<sup>251</sup> prípravu sestier a pôrodných asistentiek, ako aj ich postavenie v praxi. Na ploche tejto práce nie je možné detailne popísať podmienky prípravy, preto uvedieme len základné zásady. Minimálne vstupné požiadavky pre vzdelávanie všeobecnej sestry:

- musí mať minimálne 17 rokov a ukončené 10 ročné všeobecné vzdelanie<sup>252</sup> diplomom alebo certifikátom<sup>253</sup>,
- musí byť definovaný minimálny obsah odbornej prípravy<sup>254</sup>,
- štúdium trvá 4600 hodín, alebo 3 roky, prevažuje praktická výučba.<sup>255</sup>

Na splnenie týchto podmienok je zrejmé, že najnižšie možné vzdelanie sestier bude musieť byť na úrovni univerzitného vzdelania bakalárskeho typu.

Pre pôrodné asistentky sú vstupné požiadavky na vzdelanie obdobné ako u sestier. Požaduje sa ukončené všeobecné vzdelanie. Získanie odbornej spôsobilosti bude možné:

- priamym vzdelaním v dennej forme štúdia v trvaní 4600 hodín, alebo troch rokov,
- ďalším štúdiom po získaní odbornej spôsobilosti všeobecnej sestry, v definovanom rozsahu počtu hodín podľa dĺžky praxe<sup>256</sup>.

Ak sestra nemá prax, musí absolvovať kompletný študijný program. Po skončení bakalárskeho štúdia bude mať viacero možností:

- pracovať ako všeobecná sestra,
- pokračovať v magisterskom štúdiu<sup>257</sup>,
- pokračovať v špecializovanom štúdiu ešte rok a uplatniť sa ako napríklad psychiatrická sestra<sup>258</sup>, detská sestra, operačná sestra a iné.

<sup>242</sup>Slovenská postgraduálna akadémia medicíny.

<sup>243</sup>SPAM je dokonca zákonom etablovaný prevažne v nemocnici na Kramároch, ktorá patrí k nemocniciam s najhoršou efektivitou (po NsP Banská Bystrica).

<sup>244</sup>Nebolo by možné, ak by prípravu vykonávali lekárske fakulty.

<sup>245</sup>Druhá atestácia je výberová, hlavne v malých mestách primária bránia svojim sek. lekárom ju absolvovať zo strachu o svoje postavenia.

<sup>246</sup>Nebolo by možné, ak by prípravu vykonávali lekárske fakulty.

<sup>247</sup>V pôvodnom názve bolo slovo Inštitút.

<sup>248</sup>Bude potrebná akreditácia.

<sup>249</sup>Bude potrebná súčinnosť s lekárskou komorou a odbornými spoločnosťami SLS.

<sup>250</sup>Vychádza sa z rezolúcie WHO z roku 1978 - Zdravie pre všetkých a z deklarácie WHO Zdravie 21.

<sup>251</sup>V roku 1992, kedy sa zrušilo postgraduálne štúdium sestier - PŠS a prešlo sa na štúdium tzv. vyššieho odborného vzdelania, ukončené absolutoriom a diplomom.

<sup>252</sup>Mimoriadne je dôležité, aby bolo zabezpečené všeobecné vzdelanie.

<sup>253</sup>Zatiaľ u nás neexistuje, do úvahy prichádza všeobecná maturita.

<sup>254</sup>Je daný smernicami EÚ.

<sup>255</sup>Cca 60%.

<sup>256</sup>Smernice EÚ.

<sup>257</sup>Uvažuje sa so zavedením kreditného systému.

<sup>258</sup>Správne má byť sestra mentálneho zdravia.

### Magisterské štúdium

Univerzitné vzdelanie magisterského typu sa bude vyžadovať pre:

- a) pedagógov pre odbor ošetrovateľstva a pôrodných asistentiek,
- b) plánovanie a riadenie ošetrovateľskej a pôrodnej starostlivosti na úrovni vedúceho príslušného zariadenia zdravotnej, alebo sociálnej starostlivosti<sup>259</sup>,
- c) komunitnú sestru<sup>260</sup>,
- d) occupation sestru<sup>261</sup>,
- e) výskum v ošetrovateľstve a výskum v pôrodnej asistencii,
- f) sestry pracujúce v revíznej činnosti,
- g) etiku ošetrovateľstva a v pôrodnej asistencii,
- h) získanie akademických hodností.

Vstupné požiadavky pre vzdelávanie. Úplne 12-ročné všeobecné vzdelanie ukončené maturitou, alebo ukončené bakalárske štúdium v odbore všeobecná sestra alebo pôrodná asistencia.

Všeobecne musí platiť, že povolanie zdravotnej sestry vyžaduje výrazne vyššiu kvalifikáciu, akú im poskytuje súčasný systém prípravy. Cieľom je nie len zlepšiť prípravu, ale aj kvalifikáciu sestier a dosiahnuť, aby mohli výrazne viac pracovať samostatne a aby sa zrovnoprávnilo ich postavenie voči lekárom a stali sa reálnou súčasťou tímu poskytujúceho zdravotné služby.

Bude potrebné vypracovať koncepciu prípravy komunitnej sestry, rodinnej sestry<sup>262</sup> a tzv. occupation sestry.

Istým problémom sa ukazuje, ako budeme postupovať u sestier a pôrodných asistentiek, ktoré z objektívnych príčin<sup>263</sup> nespĺňajú minimálne štandardy smerníc EÚ. Pre prácu v krajine (SR) musia byť dodržané ich nadobudnuté práva, a teda budú pracovať ako sestry a pôrodné asistentky. Pre voľný pohyb pracovných síl v rámci EÚ v týchto povolaniach musia všeobecné sestry a pôrodné asistentky preukázať, že za posledných päť rokov<sup>264</sup> pracovali najmenej tri roky ako sestry zodpovedné za poskytovanie a riadenie<sup>265</sup> ošetrovateľskej starostlivosti<sup>266</sup>.

Obdobným spôsobom sa bude musieť postupovať u laborantov, asistentov a technikov. Predpokladáme minimálne bakalárske štúdium a u riadiacich a pedagogických pracovníkov magisterské štúdium<sup>267</sup>. Povolanie všeobecnej sestry a pôrodnej asistentky nepochybne musí patriť medzi regulované a slobodné povolania.

Vzhľadom na stav nášho zdravotníckeho školstva je zrejmé, že u sestier a pôrodných asistentiek musíme presadzovať radikálnu reformu vzdelávania. Naše sestry a pôrodné asistentky musia v každom prípade spĺňať kvalifikačné podmienky, bežné v krajinách EÚ, o to viac, že očakávame práve v tejto profesii skrátenie prechodného obdobia voľného pohybu osôb po vstupe SR do EÚ.

<sup>259</sup>Doterajšie vedúce sestry alebo námestníčky pre ošetrovateľstvo.

<sup>260</sup>Sestra, ktorá zodpovedá za zdravé životné prostredie.

<sup>261</sup>Sestra, ktorá má na starosti zdravé pracovné prostredie v podnikoch.

<sup>262</sup>Bude samostatne vykonávať činnosť v rodinách.

<sup>263</sup>Ide o absolventky stredných zdravotných škôl s maturitou.

<sup>264</sup>Pomerne veľkým problémom tu bude nezamestnanosť sestier a pôrodných asistentiek ako aj fakt, že veľa sestier a pôrodných asistentiek pracuje mimo zdravotníctva alebo sociálnej sféry.

<sup>265</sup>Sestra alebo pôrodná asistentka v chápaní tohto povolania v krajinách EÚ pracuje samostatne, a teda riadi svoju činnosť.

<sup>266</sup>Smernice EÚ pre všeobecné sestry a pôrodné absolventky.

<sup>267</sup>Už máme prvých absolventov magisterského vzdelania v odboroch liečebnej rehabilitácie a laboratórnych vyšetrovacích metód.

## PÄTNÁSTA KAPITOLA

### Regulácia a kompetencie jednotlivých subjektov

Regulácia je jeden z najsilnejších nástrojov štátu pre budovanie pravidiel hry a vymedzenie správania nákupcov a poskytovateľov zdravotných služieb.

Kontrolu solventnosti a finančné toky (vrátane prerozdelenia) nákupcov bude kontrolovať Úrad pre finančný trh, ktorého fungovanie budú financovať nákupcovia stanoveným percentuálnym podielom z objemu predpísaného poistného.

Medicínsku kontrolu, zameranú na kontrolu poskytovania služieb „lege artis“, bude vykonávať Úrad pre kontrolu a dohľad (ÚKOD). Hospodárenie poskytovateľa bude kontrolovať vlastník.

U pacienta bude nákupca kontrovať oprávnenosť a vykonanie požadovanej služby. Monitorovanie zdravotného stavu obyvateľstva (hygienická a epidemiologická situácia a pod.) bude spadať do kompetencie ÚKOD.

<sup>268</sup>Pre získanie a udržanie registrácie.

Tabuľka 27

#### Úlohy a kompetencie jednotlivých subjektov

Subjekt	Úlohy a kompetencie
Úlohy štátu	Legislatívna povinnosť
	Metodika
	Vybudovať systém kontroly
	Prístupové procesy a prístupové fondy
	Zabezpečiť vznik grantových agentúr
	Platiť za svojich zamestnancov
	Zaistiť nákupcov pre prípad „vis major“ za presne definovaných podmienok dočasne prevziať kompetencie formou „nútenej správy“
Úlohy regiónu/ samosprávneho kraja	Prevzatie vlastníctva štátnych poskytovateľov ako prvé odštátnenie
	Spoluúčasť na tvorbe regionálnej siete
	Financovanie regionálnych rozvojových zdravotníckych programov ako nadštandardnej služby „svojim“ obyvateľom
Úlohy nákupcu	Výber zdrojov od ekonomicky aktívnych v rámci finančnej solidárnosti
	Solidárna alokácia zdrojov na základe indexu rizika
	Vytváranie finančného tlaku na sieť poskytovateľov
	Uzatváranie zmlúv s občanmi a kontraktov s poskytovateľmi
	Dohodovanie cien
	Spoluúčasť pri tvorbe platobných a odmeňovacích mechanizmov.
Úlohy poskytovateľov v sieti	Stanovovať a spresňovať prerozdelenie na základe indexu rizika
	Poskytovať zdravotné služby
Úlohy profesionálnych organizácií	Dohodovanie a tvorba cien
	Legislatívna príprava v súčinnosti so štátom a VÚC
	Regulácia povolania najmä prostredníctvom povinnej registrácie a kontrola poskytovania služieb
	Prehodnocovanie základných programov vzdelávania
	Príprava programov pre ďalšie vzdelávanie <sup>268</sup>
	Kontrola dodržiavania vzdelávacích programov
	Účasť na skúškach
	Účasť na rokovaniach o cene s nákupcami služieb
Zastúpenie vo vedeckých radách a akreditačných komisiách	

Zdroj: autori



## ŠESTNÁSTA KAPITOLA

### Hlavné závery

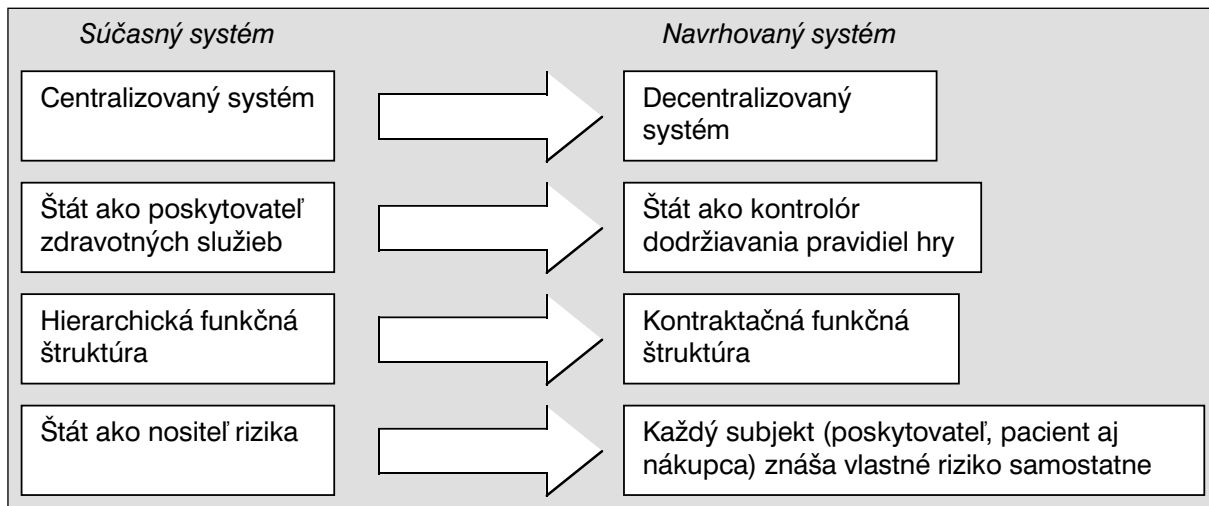
Zdravotný systém musí slúžiť občanom. Občan – pacient je reálnym zákazníkom zdravotníctva a zároveň jediným reálnym prameňom financií ako pre poskytovateľa, tak pre nákupcu a štátnu správu.

Naším elementárnym dlhodobým cieľom je budovanie takého systému zdravotníctva, ktorý každému občanovi garantuje poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti nie ako konečný cieľ, ale ako predpoklad pre zmysluplnú voľbu. Zdravie totiž považujeme za nevyhnutný predpoklad kvalitného života.

Zároveň systém zakladá prvky, zvyšujúce vlastnú zodpovednosť. Občanom teda dávame do rúk slobodný výber, zodpovednosť za tento výber a súčasne mu chceme tento slobodný výber umožniť.

Schéma 24

#### Hlavné štrukturálne a funkčné zmeny systému zdravotníctva



Zdroj: autori

Tabuľka 28

**Kľúčové prvky reformy zdravotníctva**

Pacient	Poskytovatelia	Financovanie
Každý pacient je autonómny vo svojej voľbe.	Každý poskytovateľ je autonómny.	Solidárnosť bude ponechaná pri financovaní zákonného nároku na definovaný štandard.
Každý pacient je zodpovedný za svoj vlastný zdravotný stav.	Každý poskytovateľ nesie zodpovednosť za kvalitu svojich výstupov.	Dôjde k zúženiu Liečebného poriadku.
	Poskytovateľ znáša všetky finančné riziká spojené s jeho hospodárením. Znamená to, že znáša všetky zisky, ale aj zodpovednosť za všetky straty.	Nákupcovia budú pluralitní.
	Poskytovatelia budú fungovať v elastickej sieti, čo bude znamenať voľný vstup do odvetvia (pri financovaní z verejných zdrojov podmienený jedine dostatočnou kvalifikáciou a kontraktom s nákupcom, pri financovaní zo súkromných zdrojov podmienený jedine kvalifikáciou).	Budú uplatňované rôzne platobné mechanizmy podľa segmentu siete.
	Bude zabezpečená rovnosť šancí všetkých poskytovateľov.	Každý nákupca je autonómny a znáša riziko svojho hospodárenia.
	Pre všetkých poskytovateľov budú pri úhradách platiť rovnaké pravidlá odmeňovania za vopred definovaných podmienok bez rozdielu formy vlastníctva.	Je zodpovedný za nákup a zabezpečenie zdravotných služieb pre svoj kmeň poistencov.
	Poskytovatelia budú platení za skutočne poskytnuté služby a nie za existenciu.	Systém každému poistencovi v rámci BBP garantuje každému občanovi s rovnakým indexom rizika rovnaký objem zdrojov.
		Vznikne nepovinný pilier financovania zdravotníctva.

Zdroj: autori

Najdôležitejším prienikom všetkých troch kľúčových okruhov (pacienti, poskytovatelia, financovanie) nášho návrhu reformy zdravotníctva je prenesenie zodpovednosti zo štátu (tabuľka 28) na:

1. pacienta,
2. nákupcu,
3. poskytovateľa.

V našej koncepcii prioritnou úlohou štátu nie poskytovať zdravotné služby občanom tak ako doteraz, ale garantovať občanom ich práva dané zákonmi, ako aj vymáhateľnosť týchto práv. V tomto smere sa plne stotožňujeme s výrokom Tonyho Blaira: "Vláda je tu na to, aby kormidlovala, nie na to, aby veslovala".

## ŠTVRTÁ ČASŤ

# Prílohy

---

Do prílohy sme zaradili štyri ucelené texty, ktorými sme nechceli zaťažovať hlavný text. Myslíme si, že ich obraz vhodne dopĺňuje koncept publikácie.

V sedemnástej kapitole sa zameriavame na stručné zhodnotenie zdravotného stavu obyvateľstva v porovnaní s ostatným tranzitívnymi krajinami.

Osemnásť kapitola porovnáva rozličné zdravotné systémy z hľadiska ich financovania a organizácie.

Devätnásť kapitola obsahuje tabuľku vnímania korupcie vypracovanú spoločnosťou GfK.

Dvadsať kapitola je zameraná na model výpočtu marže distribútorov a lekární regresívnym spôsobom (tzv. regresívna marža).

## SEDEMNÁSTA KAPITOLA

### Zdravotný stav obyvateľstva na Slovensku v porovnaní s krajinami SVE a EU

Zdravotný stav obyvateľstva môžeme objektívne hodnotiť dvoma metódami:

1. **Stredná dĺžka života.** Vyjadruje očakávanú dĺžku života pri narodení jednotlivca, pri zohľadnení počtu úmrtí vo všetkých vekových skupinách.
2. **Mortalita.** Vyjadruje počet zomretých v populácii, ale často sa vyjadruje aj na 100 000 obyvateľov populácie.

#### Stredná dĺžka života

Stredná dĺžka života vyjadruje očakávanú dĺžku života pri narodení jedinca, pri zohľadnení počtu úmrtí vo všetkých vekových skupinách. V roku 2000 dosiahla stredná dĺžka života u mužov 69,2 rokov a u žien 77,2 rokov. Za posledných štyridsať rokov sa stredná dĺžka života významne predĺžila jedine u žien, o 4,5 roka. U mužov stúpala celkovo len o 0,8 roka, pričom až do roku 1990 postupne klesala (graf 4).

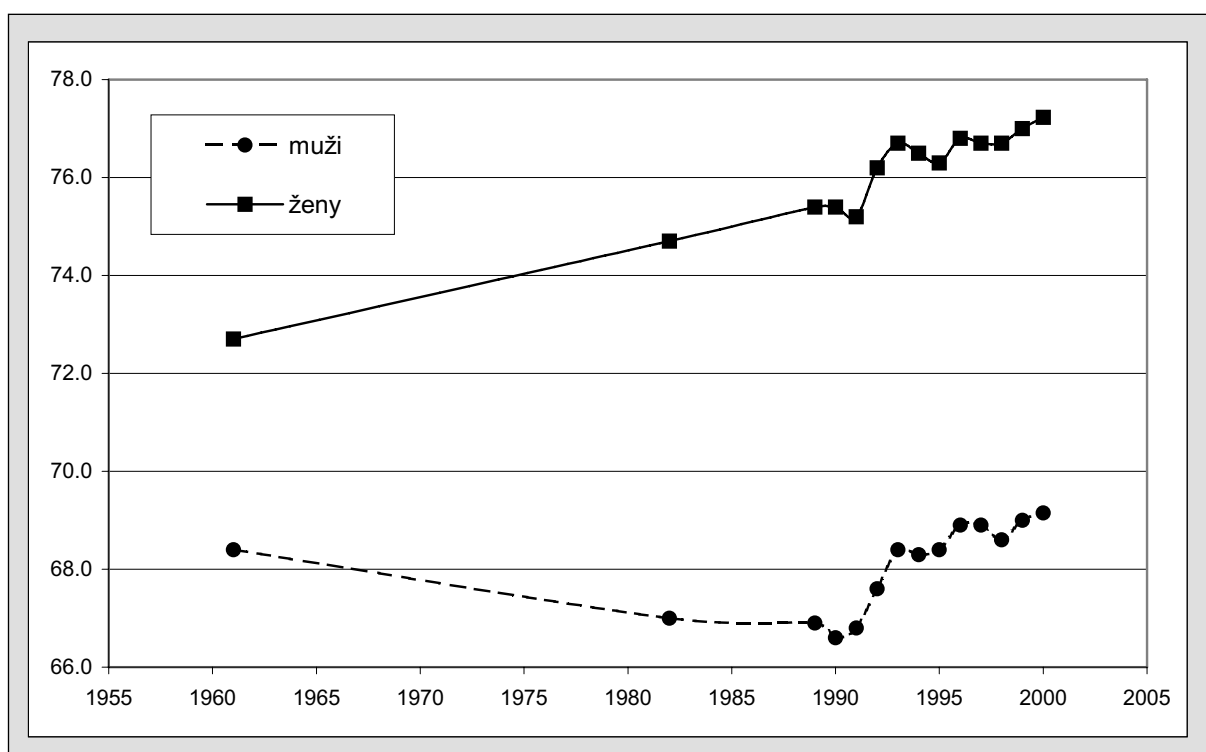
Počas sledovaného obdobia sa výrazne zvýšil rozdiel v dĺžke života medzi mužmi a ženami. Kým v roku 1961 to bolo len 4,3 roka, tak v roku 2000 sa diferenciacia takmer zdvojnásobila na 8,1 roka. Najväčší rozdiel bol dosiahnutý v roku 1990 – až 8,8 roka.

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

Pre medzinárodné porovnanie Slovenska s krajinami strednej a východnej Európy a EU použijeme indikátor stredná dĺžka života upravená o nespôsobilosť<sup>269</sup>, ktorá sumarizuje očakávaný počet rokov života, ktoré je možné označiť ekvivalentom "plné zdravie".

Graf 4

#### Stredná dĺžka života u mužov a žien v rokoch 1961 – 2000



Zdroj: Ústav zdravotných informácií a štatistiky, 2000

Dlhší život v plnom zdraví ako na Slováci (66,6 roka<sup>270</sup>) prežijú spomedzi východných krajín len Česi (68,0 roka) a Slovinci (68,4 roka). Avšak aj tieto dve najzdravšie krajiny východnej Európy predbehli Portugalci (68,9), ako posledná krajina EU. Najdlhší život v plnom zdraví prežijú Japonci (74,6) a spomedzi krajín v EU Francúzi (73,1). Občania Spojených štátov v plnom zdraví prežívajú 70,1 rokov života, čo ich aj napriek bezkonkurenčne najvyšším investíciám do zdravia (4000 USD ročne na občana) radí až do tretej desiatky na svete. Najkratší život v plnom zdraví spomedzi krajín Strednej a Východnej Európy sa dožívajú občania Rumunska (62,3 roka) a Lotyšska (62,2 roka). Vzájomnú pozíciu krajín znázorňuje graf 5.

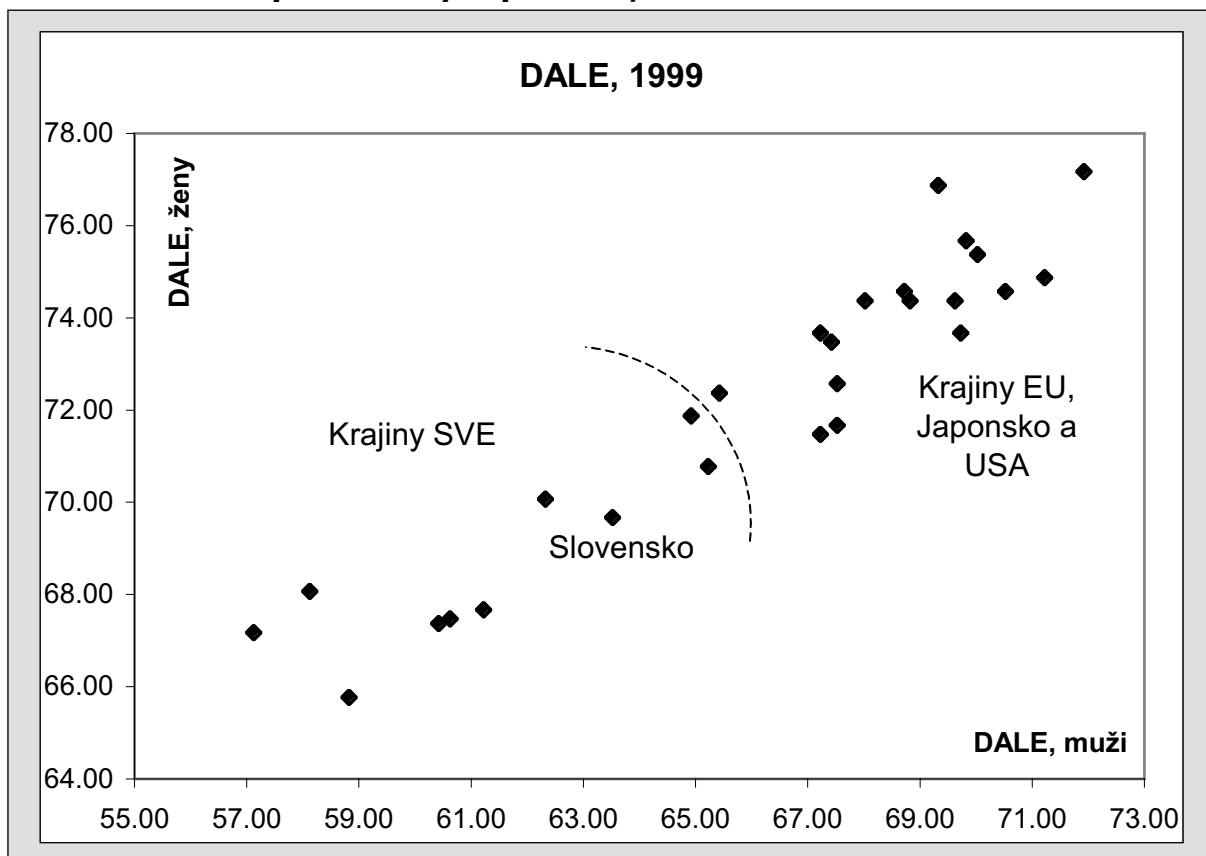
Rozdiely v zdravotnom stave obyvateľov krajín bývalého východného bloku oproti vyspelým krajinám sa počas desiatich rokov transformácie zvýšili (Schneider, 2000). Príčinou negatívneho vývoja zdravotného stavu obyvateľov Strednej a Východnej Európy je predovšetkým nepriaznivý ekonomický vývoj a rastúca nezamestnanosť ako dôsledky transformačnej recesie, spôsobenej kolapsom socialistických ekonomík. Výrazne vyšší je aj rozdiel medzi dĺžkou života žien a mužov. Kým v EU žijú ženy v priemere život na úrovni plného zdravia dlhšie o 5,4 roka, tak v krajinách SVE rozdiel dosahuje až 7,4 roka.

<sup>269</sup>Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization - WHO) vo svojej pravidelnej Správe World Health Report 2000 po prvýkrát zverejnila indikátor očakávaná dĺžka života upravená o nespôsobilosť – DALE (Disability adjusted life expectancy) za všetky členské krajiny za rok 1999.

<sup>270</sup>Ak nie je inak uvedené, tak všetky údaje sú stredné hodnoty pre mužov a ženy za rok 1999

Graf 5

### Stredná dĺžka života upravená o roky nespôsobilosti, 1999



Zdroj: WHO, 2000

**Mortalita/úmrtnosť**

V krajinách strednej a východnej Európy nižšia stredná dĺžka života korešponduje s vyššou mierou mortality – úmrtnosti takmer vo všetkých chorobách/diagnózach (Schneider, 2000). Mortalita<sup>271</sup> vyjadruje počet zomretých v populácií, ale často sa vyjadruje aj na 100 000 obyvateľov populácie.

V roku 2000 v SR celkovo zomrelo 24 567 žien a 28 157 mužov. Najčastejšou príčinou smrti sú choroby obehovej sústavy, ktoré tvoria asi 50 % všetkých úmrtí. Podrobnejší rozbor na skupinové diagnózy ukazuje, že rovnako u mužov i žien sú najčastejšou príčinou smrti ischemické choroby srdca (Tabuľka 28 a 29). U mužov je počet a miera štandardizovanej úmrtnosti na ischemické choroby srdca pomerne stabilizovaná, u žien medziročne dramaticky rastie a v absolútnych číslach predbieha počet u mužov. Kým v roku 1996 na ischemické choroby srdca zomrelo 6 975 žien,

v roku 2000 to bolo už 8 212. Druhou najčastejšou chorobou u žien sú cievne choroby mozgu (2 537 prípadov) a u mužov zhubné nádory tráviacich ústrojov (2 456 prípadov).

Pre medzinárodné porovnania sa používa štandardizovaná miera úmrtnosti, ktorá vylučuje vplyv skutočnej deformovanej vekovej štruktúry na úmrtnosť. Štandardizácia spočíva v prevedení aktuálnych údajov krajiny na danú štandardizovanú populáciu, ktorú určuje WHO.

Vzájomné porovnanie štandardizovanej úmrtnosti obyvateľov Slovenska s niektorými krajinami strednej a východnej Európy znázorňuje Tabuľka 30.

<sup>271</sup>Na rozdiel od mortality, ktorá vyjadruje počet úmrtí, morbidita predstavuje chorobnosť – výskyt a pôsobenie chorôb v populácií. Na Slovensku ju prepočítavame zo štatistiky hospitalizovaných.

Tabuľka 28

**Najčastejšie príčiny smrti u žien v SR v roku 2000**

Por. č.	Skupinové diagnózy	Počet úmrtí	Úmrtnosť (na 100 000 obyv.)	Štandardizovaná úmrtnosť
1	Ischemické choroby srdca	8 212	295.93	234.42
2	Cievne choroby mozgu	2 537	91.42	71.62
3	Hypertenzné choroby	1 932	69.62	56.08
4	Zhubné nádory tráviacich ústrojov	1 769	63.75	54.29
5	Choroby tepien, tepničiek a vlásočnic	1 448	52.18	40.78

Zdroj: ÚZIS – Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2000

Tabuľka 29

**Najčastejšie príčiny smrti u mužov v SR v roku 2000**

Por. č.	Skupinové diagnózy	Počet úmrtí	Úmrtnosť (na 100 000 obyv.)	Štandardizovaná úmrtnosť
1	Ischemické choroby srdca	7 476	284.73	367.06
2	Zhubné nádory tráviacich ústrojov	2 456	93.54	115.47
3	Cievne choroby mozgu	2 140	81.50	103.78
4	Zhubné nádory dýchacích a vnútro-hrudníkových ústrojov	2 136	81.35	100.11
5	Hypertenzné choroby	1 549	58.99	74.44

Zdroj: ÚZIS – Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2000

Tabuľka 30

**Štandardizovaná úmrtnosť na 100 000 obyvateľov, 1997**

Krajina	Choroby obehovej sústavy		Ischemické choroby srdca		Cievne choroby mozgu		Zhubné nádory	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Albánsko	554.0	308.0	138.0	57.8	197.0	126.0	178.0	70.0
Bulharsko	971.4	683.2	307.2	181.6	251.0	188.9	206.4	122.9
Česká republika	660.8	428.2	298.4	160.4	145.1	111.0	330.6	179.5
Maďarsko	735.4	467.2	342.7	187.9	184.5	128.6	401.9	204.0
Poľsko	670.5	419.5	165.2	60.5	91.6	71.9	297.7	155.7
Slovensko	696.2	451.1	368.1	212.8	114.6	82.5	318.2	153.1
Slovinsko	431.2	272.8	174.6	87.2	117.1	82.7	308.2	161.8

Zdroj: Schneider, 2000

## OSEMNÁSTA KAPITOLA

### Stručný prehľad základných schém financovania zdravotníctva vo svete

Vo vyspelých krajinách sveta sa stretávame s piatimi základnými modelmi financovania zdravotnej starostlivosti. Ako však ukazuje schéma 25, toto rozdelenie je vzhľadom na vývoj a vzájomnú konvergenciu jednotlivých systémov orientačne a jednotlivé systémy rozlišujeme podľa dôrazu na hlavný cieľ a dominantného kanála financovanie zdravotnej starostlivosti. V Európe sa postupným rozvojom starostlivosti o občana, vynútenou poznáním zamestnávateľov, že len zdravý a spokojný pracovník dokáže produkovať, historicky vyvinuli dva základné klasické systémy kolektívneho zaistenia pacienta.

Prvým je tzv. Bismarckov systém, založený na princípe poistenia, teda zaistenia istého rizika solidárnosťou poistencov a financovaný prevažne zo sociálnych odvodov (napr. Nemecko, Holandsko, Belgicko). Druhým je tzv. Beveridgov systém národnej zdravotníckej služby, financovaný z daní s prerozdeľovacou úlohou štátu (napr. Veľká Británia, Dánsko, Taliansko). Napriek tomu, že oba systémy sú dosť odlišné, vychádzajúce z rovnakých hodnôt, medzi ktoré patrí univerzálny a rovný prístup, univerzálna finančná ochrana a sociálna solidarita.

Systém sociálneho poistenia je charakterizovaný solidaritou medzi poistenou populáciou, samosprávnymi prvkami a kontraktmi s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Skutočný/pôvodný systém sociálneho poistenia funguje v podstate len v Nemecku a čiastočne v Holandsku. V oboch krajinách totiž systém sociálneho poistenia nepokrýva tú časť populácie, ktorá má príjem vyšší ako určitá stanovená hranica. Táto sociálnym poistením nekrytá časť populácie je poistená v súkromných zdravotných poisťovniach a fondoch. V ostatných západných, ale aj východných krajinách Európy je systémom sociálneho poistenia poistená celá populácia (nie je určená príjmová hranica, ktorej prekonanie by znamenalo „vyletenie“ občana zo systému).

Systém národnej zdravotnej starostlivosti garantuje solidaritu celej populácii, vyznačuje sa verejnou správou a vertikálnou integráciou poskytovateľov.

Schéma 25

#### Modely financovania zdravotnej starostlivosti vo vyspelých krajinách sveta

Model	Hlavný cieľ	Financovanie v %					Finančná ochrana
		Dane	Sociálne odvody	Priame platby	Prívätne poistenie	Iné	
Národná zdravotná služba (Veľká Británia)	Univerzálny a rovný prístup	72,9	7,1	15,2	4,8	0,0	Univerzálna
Národné zdravotné poistenie (Kanada)	Univerzálny a rovný prístup	70,1	1,0	23,8	5,1	0,0	Univerzálna
Sociálne poistenie (Nemecko)	Sociálna solidarita	11,2	69,4	11,3	7,1	1,0	Univerzálna
Dobrovoľné zdravotné poistenie (Spojené štáty)	Individuálna sloboda a výber, nízka priorita na rovnosť	37,5	1,9	21,1	36,1	3,4	17% občanov je nepoistených
Individuálne sporivé účty s katastrofickým poistením (Singapur)	Individuálna zodpovednosť						Univerzálna

Zdroj: Schneider, 1994 a Hsiao, 2000

Oba systémy majú svoje variácie, dané vývojom a charakterom jednotlivých krajín. Najdôležitejšia variácia existuje v prípade systémov sociálneho poistenia, ktorá má dve formy:

1. poistenie s peňažným plnením (napr. Belgicko) – pacient najprv zaplatí a následne mu zdravotná poisťovňa uhradí jeho výdavky,
2. poistenie bez peňažného plnenia (napr. Nemecko) – pacient priamo za služby neplatí.

Dlhé desaťročia sa vedie diskusia, ktorý zo systémov je lepší a objavujú sa tisíce argumentov pre a proti jednotlivým systémom. Hlavné argumenty proti poistným systémom sú v jeho vysokých nákladoch na samotnú prevádzku (od 10 do 25 % z celého vybraného poistného), spočívajúce v komplikovanej administratíve, revíznom a kontrolnom systéme a v jeho zneužívaní pacientmi aj poskytovateľmi. U daňových systémov sa kritizujú nedostatky v prerozdeľovaní zdrojov a subjektivita ceny poskytovaných služieb. Markantným prejavom, vyvolávajúcim nespokojnosť, sú dlhé čakacie lehoty na hospitalizáciu. Tak isto je spochybňovaná efektívnosť alokovaných zdrojov.

Principiálny rozdiel medzi oboma systémami spočíva v charaktere platby od občanov a v mieste vyrovnávania rizika. Kým v systéme sociálneho poistenia sú to odvody naviazané na výšku príjmu, tak v prípade národnej zdravotnej služby sú to dane (ktoré môžu byť priamo viazané pre zdravotníctvo). Vyrovnávanie rizika prebieha v systéme sociálneho poistenia na prerozdeľovaní určitej časti prostriedkov.

Napriek týmto rozdielom v oboch systémoch, hlavne v poslednej dobe, pozorujeme snahu „skrátit a zrýchliť“, cestu financií od platiteľov k poskytovateľom a zvýšiť efektívnosť výberu. Tak isto sa „modernizuje“ spôsob likvidácie poistného plnenia, resp. úhrady za poskytnuté služby. Moderný spôsob zaistenia financovania zdravotníctva smeruje ku kombinácii pôvodných „klasických“ spôsobov.

Najdôležitejším súčasným trendom financovania zdravotnej starostlivosti sa tak stáva vzájomná konvergencia pôvodne rozdielnych systémov. Prejavuje sa postupným zblížovaním systémov v zmysle kombinácie zdrojov financovania zdravotnej starostlivosti. Rastúce nároky na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vyplývajúce z hybných síl reforiem (podrobnejšie popísaných v kapitole 1) a presadzovanie sa trhov ako najefektívnejšieho nástroja prerozdelenia obmedzených prostriedkov spôsobili, že ani jedna z tzv. vyspelých krajín sveta na financovanie nepoužíva výlučne jeden kanál financovania.<sup>4</sup>

<sup>222</sup>V prípade tranzitívnych ekonomík, Slovensko nevynímajúc, však budeme k tradičným kanálom, ako dane, odvody či poistné pripočítavať aj mimoriadne zdroje z privatizácie a neformálne platby.



## DEVÄTNÁSTA KAPITOLA

### Vnímanie korupcie – výskum GfK

Tabuľka 31

**Úplatky sú úplne samozrejmom súčasťou života, kto chce vyžiť, musí dávať**

Poradie	Krajina	Percento kladných odpovedí
1	Slovensko	48
2	Ukraina	36
3	Česká republika	25
4	Rumunsko	24
5	Maďarsko	24
6	Rusko	23
7	Chorvátsko	18
8	Poľsko	17
9	Bulharsko	17
10	Slovinsko	7
11	Rakúsko	7

Zdroj: GfK Praha, 2001

Tabuľka 32

**Súčasná vláda nemá skutočný záujem postihovať korupciu**

Poradie	Krajina	Percento kladných odpovedí
1	Slovensko	80
2	Ukraina	74
3	Chorvátsko	68
4	Rusko	62
5	Slovinsko	59
6	Česká republika	58
7	Bulharsko	55
8	Rumunsko	54
9	Maďarsko	52
10	Rakúsko	39
11	Poľsko	38

Zdroj: GfK Praha, 2001

## DVADSIATA KAPITOLA

### Degresívna marža

Tento princíp degresívnej marže vypracoval Dr. Támer a uvádzame ho ako jednu zo zaujímavých možností.

#### Návrh princípov cenotvorby liekov – degresívna marža:

1. Pre výpočet cien neslúži tabuľka, ale pravidlo.
2. Degresia je najprirodzenejšou vlastnosťou navrhovaného systému.
3. Nie je potrebné definovať žiadne rozpätia - degresia je prirodzená krivka, závislá na výške výrobnéj ceny.
4. Malé vidiecke lekárne (20 - 25 %) s lacnejšími liekmi budú zvýhodnené na úkor lekární s drahšími liekmi, čo umožní ich prežitie.
5. Pre vyhodnotenie celkového dopadu na bilanciu potrebujeme len dva parametre:
  - celkový počet vydaných balení liekov
  - celkovú hodnotu týchto liekov vo výrobných cenách

#### Zdôvodnenie výpočtu

Náklady spojené s veľko i malodistribúciou liekov majú dvojaký charakter:

1. Náklady nezávislé na cene lieku: liek treba prijať, vložiť do počítača, osignovať cenovkou, umiestniť v sklade, vydať, skrátka treba s ním manipulovať, pričom je jedno, či ide o liek s hodnotou 10 Sk alebo s hodnotou 1000 Sk. Rovnako režijné náklady, cena elektriny, či náklady na skladové priestory nezávisia na tom či máme na sklade lacný, alebo drahý liek. Tieto náklady predstavujú fixnú časť označenú symbolom **fix** v Sk.
2. Náklady závislé na cene lieku: nákup lieku a jeho uchovávanie až do zaplatenia poisťovňou, alebo pacientom, viaže finančné prostriedky a to tým viac, čím je liek drahší. Tieto náklady predstavujú variabilnú časť označenú symbolom **var** v %.

Ak pre distributéra navrhujeme, že marža v Sk = 2.0 Sk + 9.0 % z výrobnéj ceny, potom: pevná časť nákladov bude:  $fix = 2.0 \text{ Sk}$  variabilná časť bude:  $var = 9.0 \%$

marža v % bude  $var + (fix \cdot 100 / vce)$   
 marža v Sk bude  $fix + (var \cdot vce / 100)$   
 kde vce je maximálna výrobná cena vyhlásená MF SR

Tabuľka 33

#### Kalkulácia degresívnej marže u distributéra

Výrobná cena lieku v Sk	10	11	100	1000
Marža v %	29,0	27,2	11,0	9,2
Marža v Sk	2,9	3,0	11,0	92,0

Zdroj: PharmDr. Támer, 2001

Ak pre lekára navrhujeme:

$fix = 4 \text{ Sk}$

$var = 15 \%$

Tabuľka 34

#### Kalkulácia degresívnej marže v lekární

Priemerná výrobná cena v Sk/bal	50	75
Marža v %	23,0	20,3
Marža v Sk	11,5	15,3

Zdroj: PharmDr. Támer, 2001

#### Dopady

Zmenou hodnôt **fix** a **var** získame rôzne priebehy degresie. Súčasný systém je len špeciálnym prípadom tohto návrhu, kde  $fix=0$  a  $var = 13 \%$ , resp.  $21 \%$ . Ak použijeme pracovne navrhnuté hodnoty, potom pri priemernej výrobnéj cene jedného balenia 75 Sk dostávame nasledovné výsledky:

Tabuľka 35

#### Vplyv degresie na priemernú maržu distributéra

	fix	var	výpočet	priemerná marža
Súčasný stav	0.00 Sk	13%	$13 + (0.0 \cdot 100 / 75)$	13.00%
Návrh	2.00 Sk	9%	$9 + (2.0 \cdot 100 / 75)$	11.70%

Zdroj: PharmDr. Támer, 2001

Tabuľka 36

#### Vplyv degresie na priemernú maržu lekárne

	fix	var	výpočet	priemerná marža
Súčasný stav	0.00 Sk	21%	$21 + (0.0 \cdot 100 / 75)$	21.00%
Návrh	4.00 Sk	15%	$15 + (4.0 \cdot 100 / 75)$	20.30%

Zdroj: PharmDr. Támer, 2001

## Použité skratky

---

ADOS	– Agentúra domácej opatrovateľskej služby
BBP	– Basic Benefit Package
DALE	– Disability Adjusted Life Expectancy
DRG	– Diagnosis Related Growth
LDCH	– Liečebňa dlhodobo chorých
LZZ	– Lôžkové zdravotnícke zariadenie
MF SR	– Ministerstvo financií SR
MZ SR	– Ministerstvo zdravotníctva SR
OECD	– Organizácia pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj
PAS	– primárna ambulantná starostlivosť
SLK	– Slovenská lekárska komora
SPAM	– Slovenská postgraduálna akadémia medicíny
ŠAS	– špecializovaná ambulantná starostlivosť
ŠZÚ	– Štátny zdravotný ústav
THP	– technicko–hospodársky pracovník
ÚKOD	– Úrad pre kontrolu a dohľad
WHO	– Svetová zdravotnícka organizácia

## Literatúra

---

1. Hsiao William: What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer, International Monetary Fund, 2000
2. Hsiao, William C.; Roberts, Marc J.; Berman, Peter A.; Reich, Michael R.: Getting Health Reform Right, The World Bank Institute, 2000
3. Jakab, M; Harding, A.; Preker, A.; Hawkins, L.: Module on Organisational Reform and Management of Public Providers: Focus on Hospitals, World Bank, 2000
4. Johnson, Ronald W. and Minis, Henry P. Jr.: K demokratickej decentralizácii – Prístupy k podpore dobrého spôsobu vlády, Research Triangle Institute, 1996
5. Križan, P.: Ad\* Peter Pažitný, Rudolf Zajac: Štvorfázový miliardový kolotoč, Domino Fórum 31/2001
6. Maynard, Alan and Bloor, Karen: Payment and Regulation of Providers, University of York, 2000
7. Nemeč, J.: Zdravotné poistenie, in ed.: Radičová, I.: Zdravie, práca, dôchodok, S.P.A.C.E a Centrum pre zdravotnú politiku a stratégie, 1999
8. Nižňanský, V.: Protikorupčné nástroje, M.E.S.A. 10, 2000
9. Pažitný, P. a Zajac, R.: Reforma zdravotníctva – reforma pre občana, M.E.S.A.10, 2001
10. Schneider Markus et al.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Basys, 1994
11. Schneider Markus et al.: Gesundheitssysteme Mittel- und Osteuropas, Basys, 2000
12. Schleifer, A. – Vishny, R.: The Grabbing Hand, Harvard University Press, Cambridge, 1998
13. Zajac, R. a Pažitný, P.: Zdravotníctvo, in: Slovensko 2000 – Súhrnná správa o stave spoločnosti, Inštitút pre verejné otázky, 2000

## PART ONE

# The identification of the Slovak health sector's key problems and the analysis of their causes

The Slovak health sector has been gradually losing its „manufacturing capacity“ and even financial injections using privatization proceeds that „disguise“ the pace of this loss are no good.

1. The system works for itself; the patient whom it is to serve does not play any role in the system.
2. The system is a burden for itself because it only provides full financial protection if it gets support

from the state. This applies to so-called health insurance funds, state-owned inpatient facilities and patients. However, money for such financial protection is not available.

3. Originally, the state was not willing to bear risk and shifted it to the health insurance funds, which passed it onto providers and providers immediately shifted it back to the state.

Table 1

### Identification of problems faced by the Slovak health sector and the analyses of their causes

Problem	Causes	Consequences
Insufficient effective availability	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Central management of the health sector</li> <li>2. Unequal chances and soft budgetary restrictions</li> <li>3. Passivity of health insurance funds</li> <li>4. Passivity and lasting socialistic attitudes of patients</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corruption</li> <li>2. Spare capacity resulting from the fact that marginal (ineffective) providers are not shaken off</li> </ol>
Low allocation efficiency and technical inefficiency	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Health insurance system parameters are set in a way that does not induce motivation</li> <li>2. Payment mechanism system applied to out-patient departments does not induce motivation</li> <li>3. State ownership and lasting socialist practice in in-patient facilities</li> <li>4. Inappropriately set system of risk sharing by the individual entities</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wasting of sources</li> <li>2. Rent-seeking behavior is preferred to profit-seeking</li> <li>3. Extremely high debt</li> </ol>
Poor quality	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A relation between what I pay and what I get in turn is not sufficiently strong</li> <li>2. Competition absence</li> <li>3. Poor organization of patients</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corruption market</li> </ol>
What degree of solidarity is desirable and which level of revenue collection is optimal?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Health insurance is not sufficiently separated from the state budget</li> <li>2. A relation between what I pay and what I get in turn is not supported</li> <li>3. Private sources in the health sector are not legally permitted</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Combination of insurance and income redistribution elements</li> <li>2. Default payers (delinquents)</li> <li>3. Corruption</li> </ol>
Unbearable amount and inappropriate structure of costs	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadequate scope of uninsurable risk</li> <li>2. Ineffective and often useless state regulation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. High value of funds for treatment and low for prevention</li> <li>2. Debt</li> <li>3. Low proportion of private sources</li> </ol>

Source: The Authors of this publication

4. A fully reinsured patient does not even receive services, for which funds are available, because such funds are allocated in a very inefficient way.
5. The extensive Rules of Medical Procedures and zero marginal costs often result in the abuse of the system by patients as well as health care providers.
6. The existing arrangement nurtures daily mass-scale corruption as well as very dangerous „sophisticated corruption“, which involves up to several hundreds of people.
7. Although there is an excess of supply, demand is still growing, which is an economic paradox.
8. The existing debt constantly growing every month could result in the collapse of the whole system, which could lead to chaos and anarchy.

Part one of this publication places an emphasis on the identification of the key problems faced by the Slovak health sector. In contrast with the usual approach in Slovakia, we have defined the problems as objectives in order to avoid exchanging objectives with causes and causes with consequences.

There are three ultimate objectives - improving health status, improving customer satisfaction and providing protection against financial risks. However, this definition is not sufficient and thus the individual problems will be specified by means of supporting objectives. Although these supporting objectives significantly influence the ultimate objectives, they are not ultimate. These are:

1. Access/availability;
2. Efficiency;
3. Quality;
4. Financial burden;
5. Costs.

The specification of supporting objectives leads to a clear-cut definition of the problems faced by the Slovak health care sector. Table 1 offers a detailed analysis of each problem, its causes and consequences.

## PROBLEM ONE

### **Insufficient effective availability**

---

The universal approach is often referred to as the key achievement and advantage of our health sector. This part of this publication dealing with access discusses a distorted understanding of this notion and identifies factors directly reducing health care access.

The notion access has several dimensions. First, it is often understood in terms of the types and number of services offered within a specific region. In such case, access stands for physical availability. Second, access could be interpreted as use. This means hospitalization or outpatient visits measured per capita in various population groups. Access as effective availability is probably the most important understanding of this notion as it takes into consideration location, costs, travel expenses, waiting time, behavior of providers and business hours.

If access is understood as an auxiliary, supporting objective, i.e. an instrument designed to achieve a better health condition, the consequences of such understanding are far from trivial. For instance, a claim that every town „should have“ certain facilities and provide certain services – because it is „just“ – does not hold water if such facilities and/or services are not part of a cost-efficiency plan seeking to attain the minimum objectives of health condition improvement. If a regional center is more suitable than a local one, taking into consideration the actual use of such centers and time costs, it is more cost efficient to run the regional one.

#### **Cause one – Central management of the health sector**

The health sector is centrally managed by the Ministry of Health, which is exclusively responsible for:

- 1. Strategy and management of the health sector.** More than 10-years lasting absolute monopoly of the Ministry of Health in respect of the preparation and implementation of various, often contradictory „reforms“ has resulted in immense damages to the Slovak health sector. The health care system still has a „socialist“ form. The reforms only affected partial areas and as such reforms were not comprehensive, their effects quickly disappeared.
- 2. Management of state-owned health facilities.** The Ministry of Health directly appoints the management of state-owned inpatient facilities. Such managers - bureaucrats - do not control inputs such as human resources or physical capital and are not responsible for outputs and financial performance. And thus inpatient facilities are in deficit, offer low-quality services and their efficiency is low.
- 3. State supervision.** The role of the supervisory authority is a paradox, which means that civil servants supervise and check civil servants. One of the consequences of the failure of state supervision is a risk-free existence of health insurance funds.
- 4. Decisions about the financial resources of the Ministry of Health.** Annually, the Ministry makes decisions about more than four billion SKK. In terms of transparency and efficiency, the allocation of funds in the format of so-called capital expenditures, which are often subject of corruption, is the most crucial.

5. **Price setting** for the purpose of remuneration of doctors of primary ambulatory care, specialist ambulatory care and inpatient facilities. This powerful competence is one of the main causes of poor efficiency of our health care system. The market involving providers and insurers is encroached upon by the state, which grossly distorts price mechanisms and suppresses competition.
6. **The health care facilities network.** The Ministry strictly defines and centrally manages the network of health care facilities (of socialist nature). The above-referred price regulation and the fixed network do not allow the market to shake off inefficient providers. This results in an excess of inpatient facilities and high fixed costs of such facilities and/or inappropriate ratio between the outpatient and inpatient care. This means that health care facilities are not distributed in line with the needs of population, but according to the Ministry's needs.
7. **Medicine pricing and regulation.** Regulation, which is set inadequately and the useless categorization of medicines result in an extreme consumption of drugs and inappropriate increases in the acquisition costs of drugs.
8. **Tariff wages.** Tariff wages are an instrument of the government's social policy and do not allow hospital managers to differentiate their employees in terms of salaries and to purchase manpower efficiently.

Poor flexibility, inadequate responses to problems, a high level of regulation and immense corruption are common to this type of management. However, the fact that the same rules of the game are not binding upon and observed by all the involved distorts the system even more.

### **Cause two – Unequal chances and soft budgetary restrictions**

This mainly refers to the fact that risk is not shared equally. The state guarantees the ability to pay in respect of two health insurance funds, managed by the state, and is liable for debt generated by all state hospitals. Needless to say, that the two state-owned health insurance funds insure about 80 per cent of the insured and there are only three non-state inpatient facilities, which are severely discriminated.

Unlike so-called regular sectors, the health sector is subject to soft budgetary restrictions. This means that the state grants exceptions even if laws or the constitution are violated. The following are the most visible examples of soft budgetary restrictions:

1. Health insurance funds and state-owned hospitals do not bear any financial risk.
2. Health insurance funds are regularly provided with financial aid.
3. The debts of hospitals and health insurance funds are often relieved by the state.
4. Exceptions from distraints and bankruptcy proceedings are granted.
5. Subsidies are provided on a selective basis.
6. Proven and common accounting standards and procedures are not applied and enforced.

The following is a summary of the differences between state-owned and non-state hospitals as drawn up by the manager of a non-state hospital:

1. The state protects state-owned hospitals from winding-up, while a private company must go bankrupt under the same conditions.
2. Non-state hospitals must pay their electricity, gas, water, postal bills (to state-owned companies) as well as premiums and social dues. However, purpose-tied subsidies are only available to reduce the debt of delinquent state-owned hospitals.



3. Non-payment of insurance premiums and taxes is a crime. In case of some state-owned facilities and entities, the government adopts resolutions permitting debt relief instead of their criminal responsibility.
4. More than 30 per cent of incomes from health insurance public sources go back to the funds or state budget!
5. In excess of the level set by the applicable pricing regulation, health insurance funds claim regulatory interventions through which they unjustifiably reduce the income of non-state hospitals below the justified reasonable costs.
6. Non-state hospitals use the accounting item of depreciation by replacement. State-owned hospitals usually only record depreciation and its bookkeeping value is used for a proportion of consumption.
7. Private hospitals do not have access to the investment sources of the state budget. Investments as well as entailing fees (for instance, interest, leasing fees) are not part of the calculated price of medical performance/services. The founder of a non-state health care facility must incur costs that are incurred by the state in case of state-owned facilities. Although foreign investments are verbally supported and welcome, there are no written rules and procedures in place that would offer financial incentives to attract foreign investors to the health sector.

### **Cause three – Passivity of health insurance funds**

As indicated above, the financial risks of health insurance funds are borne by the state. Furthermore, the state guarantees the funds an administration fund amounting to four per cent of premium collected. The fact that the funds do not bear any risk results in the following:

1. They do not perform their fundamental role, which is to actively buy effective health services in the name of patients. As they are reluctant about their financial performance (profit/loss), they are not motivated to place sufficient pressure on providers to perform more cost effectively, which would then have a positive effect on the structure of providers corresponding to the real needs of customers.
2. They only have a redistribution function, which means that they allocate funds collected across the country in line with the terms and conditions set by the Ministry.

What is tragic about the passivity of health funds is the fact that they are more than happy with such situation. Arguing that they „guarantee the interests of the patient“ they strictly object any change that would really strengthen the interests of the patient and make them more accountable.

### **Cause four – Passivity and lasting socialist attitude of the patient**

Free medical care for all citizens guaranteed by the state directly distorts its behavior. Patients are not exposed to any marginal costs and there is no link between the incurred costs of medical services provided and financial burden. This results in:

1. Unlimited consumption;
2. An emphasis on treatment (which is expensive) and not on prevention (which is cheap);
3. Sweeping corruption through which patients get access to „free services“.

## PROBLEM TWO

### Poor Technical and Allocation Efficiency

Efficiency expresses a relation between costs and desirable outputs. If a health care system is not efficient in technical and allocation terms, it does not attain the desirable objectives. An inefficient system means that spare sources are wasted and such wasting does not allow transferring all inputs into the desirable outputs.

#### **Cause one – The existing health care system parameters do not induce motivation**

Like in the Czech Republic, the financing of the Slovak health care sector has focused on an insurance system after the split of the former Czechoslovak Republic. Act No 273/1994 on health insurance was adopted in 1994. Gradually, 13 health insurance funds started to operate in the market. However, only five of them operate at present. The existing health insurance fund system financed from public resources is distorted in several ways:

1. The health insurance funds do not bear any financial risk and a four per cent administration fund for each of them is guaranteed.
2. Despite significant differences in the amounts of health insurance contributions, the system provides every citizen with the same level of health care, which is to be in line with the principle of „solidarity“. The disadvantage of this understanding of solidarity is the fact that it is often misused.
3. The five health funds finance the same level of health care to all the insured registered with them, which turns the plurality of health funds into an empty word.
4. The system inadequately combines the redistribution of funds (the state's payments for „its“ insured) and the elements of social security insurance (contributions).
5. The doctors of primary care define the health insurance funds in negative terms, which means that they recommend their patients to register or change their existing fund for another fund, which somehow pays for health care services provided.
6. The remuneration for primary and specialized health care does not motivate and is not dependent on the

real medical performance/services. In general, the sphere of primary care does not serve the patient. It does not place pressure on health care staff to take care of the patient who - although indirectly (for instance, by means of a contract with doctor) is the only source of finance. Specialist care provided via outpatient departments is restricted in terms of service units that can be provided and thus it is adjusted to the level of financing provided.

7. Hospitals are paid in a way that does not allow introducing the elements of economic efficiency based on competition, on competing for the patient as the only „provider“ of funds for services delivered.

Funds collected are distributed to the health insurance funds via a special redistribution account. This arrangement was introduced as a result of different structures of active and non-active insured registered with the health insurance funds. However, since the introduction of this system in 1995 it has been subject to many arguments and discussion. We have identified three crucial problems related to its current arrangement.

1. **A gradual increase in the amount of re-allocated funds to 100 per cent** of insurance premium collected resulted in a situation where only the health funds with disadvantageous portfolios benefit from this subsidy mechanism. The redistribution account mechanism is based on the redistribution of premium collected from the health insurance funds with a high proportion of active population, which has a low risk index. It is then distributed to the health insurance funds with inappropriate portfolios (including mainly children up to the age of three and elderly people above the age of 60, who have high risk indices and high costs of medical treatment). The introduction of this cross-subsidy system triggered a spiral of „double souls“ who are subject of re-distribution. Over the period of 1997 to 1999, the number of the insured was by 250,000 (approximately 4.4 per cent) higher than the country's population.

2. Often changing rules of redistribution. The key components of the redistribution formula are risk index, the population (number) of a specific age group and a percentage of premiums collected (first, 60 per cent of premium collected was not sufficient. In 1996, it went up to 80 per cent, then dropped to 75 per cent in 1997 and to 75, 70 to 65 per cent. Currently, it is 100 per cent.) Unfortunately, both factors have dramatically changed every year and thus the stability of the situation and conditions has not been ensured. The individual health insurance funds cannot pay for some of the above-the-standard services delivered to their insured because additional funds are drawn and used by the health insurance funds, which have mainly „cost-causing“ insured for which the state only pays the minimum premium.
3. The administration of this account with its transitional costs is not offset by the resulting effect.

Furthermore, poor allocation and technical efficiency resulting into deficit financing and increasing debts is strengthened by the fact that the health insurance funds are not motivated because poor legislation does not force them to operate and manage funds in a better way. There is also a lack of real finances in the competitive environment of providers that would decrease the prices of services. In the light of the existing amount of funds, the health insurance funds are not able and willing to call for more output because they are not dependent on profit generation and do not bear any business risk. In principle, they are not motivated. Their operation is only reduced to a mere collection of premiums and ensuing complicated redistribution. Our critical opinion on the health funds is summarized in Table 2. This chaotic, often changing system of health insurance funds lacking any motivation has resulted in the indebtedness of the whole health sector.

Table 2

### **What are the existing health insurance funds reproached for?**

● They are not real buyers of services;
● They do not have a sufficient say as to the structure of costs;
● They do not purchase efficient health care plans;
● They do not bear business risk;
● They are not subject to independent audit;
● They do not press for allocation efficiency – they are passive;
● Nothing motivates the health funds to reduce health care costs.

Source: The Authors of this publication

### **Cause two – Outpatient care payment mechanisms lack motivation**

Lasting socialism in the primary care sphere is visible in the following areas:

1. Remuneration of health care staff lacks motivation;
2. Number of providers, often showing monopolistic elements, is fixed;
3. Non-existing real free-choice of a provider;
4. Zero competition among providers.

Dealing with payment mechanisms applicable to the outpatient care segment, two groups of health care providers are to be considered: primary outpatient care and specialist outpatient care. Although they do not belong to the primary care segment, doctors working in state-owned in-patient facilities will also be referred to in order to provide the reader with comparisons.

Primary care doctors in outpatient departments are paid on a per capita basis. This means that a doctor receives a flat sum from the relevant health insurance fund for each contractually registered patient, irrespectively of actual performance/service delivered. Thus, the doctor is paid for „readiness“ to provide health services. This „readiness“ also has weaknesses.

1. Costs are shifted to other health care providers, for instance to hospitals.
2. Doctors are not motivated to provide health services. Despite being physically available, they often reduce the real availability of care to patients (for instance by low working hours, etc.);
3. Changing a doctor for another one is complicated (i.e. contracts are made for six months and are quite inflexible).
4. The quality of services provided has been falling.
5. The efficiency of services provided has been falling as patients receive fewer outputs (doctors treat less) for the same volume of inputs (funds received by doctors on a per capita basis).

It is the Ministry of Health that benefits most from this system. The per capita remuneration system (or simply the capitation) is easy to administer and its regulation falls within the Ministry's responsibilities, which specifies the capitation rate. From the point of view of doctors, the capitation is the best remuneration system (it is not dependent on performance/services delivered). What they mind is the fact that level of capitation payments is not sufficiently appreciated and increased.

Non-state specialists working in outpatient departments are paid on a fee-for-service basis, whereas each service unit performed is priced by an appropriate number of points. Due to demand induced by doctors and a limited budget of the health insurance funds, an upper limit (cap) of pre-paid points is specified for specialists. The price per point at SKK 0.30, set by the Ministry of Health in 1996, has not changed. However, some health insurance funds have slightly increased this rate for specialists (for instance, to SKK 0.31 – 0.34) taking into consideration „competition“.

Although the capped fee-for-service payment system is a modern payment mechanism, it has some weaknesses and specific consequences for every player in the health sector.

1. The Ministry trying to hold on costs is not motivated to increase the value of point price. At the same time, the Ministry is aware that non-state doctors are exposed to all financial risks and will have to manage their revenues efficiently, which means that they will have to economize. It is a paradox that the Ministry of Health is not willing to require the same from state-owned hospitals!
2. Being bound by the Price Regulation of the Ministry of Finance (issued by the Finance Ministry on the basis of documents and recommendations of the Ministry of Health) specifies so-called upper limits for the individual non-state providers. Such upper limits are designed to minimize induced demand and prevent costs increases in this group of providers. At the same time, they show their weakest link - their lack of interest in an efficient allocation of funds. Due to such alibis, the health insurance funds only operate as re-distributors of funds and their passive attitude directly contributes to the negative conditions of our health care sector.
3. For health care providers - specialists, this system means that they have either to work for free for the some proportion of month or to reduce the number of patients treated in order to be in line with the „number of points ordered“. Any points exceeding the upper limit (also referred by the health insurance funds as the „ordered services“) are not accepted by the health insurance funds, which unilaterally violate the right to own claims. This is one way how uncovered debt is created.

In Slovakia, state doctors receive salaries specified by the Ministry of Health in one of its decrees. This decree is binding upon every state-owned facility manager. And thus the management of a state-owned facility can hardly influence this key cost group - the labor costs. The only, limited room for maneuvering left is personal bonuses. Poorly paid doctors offset their low salaries by rent seeking taking the format of bribery and corruption.

### **Cause three – State ownership and lasting socialist practices in in-patient facilities**

In addition to problems described in the above chapters, the Slovak health sector mainly suffers from the „lasting socialism“, which is most visible in the operation of in-patient facilities. It can be described as follows:

1. **The inappropriate structure of in-patient facilities entails:**
  - a) An excess of acute beds and a lack of chronic beds;
  - b) An inappropriate territorial distribution of hospitals with acute beds: the cities of Bratislava and Košice with 10 per 1,000 inhabitants;
  - c) An excess of doctors, nurses and other medical staff, technical and operating staff, notably in bigger cities (i.e. Bratislava, Košice, Banská Bystrica).
2. **Non-motivating payment of:**
  - a) Hospitals for work done. Hospitals are globally financed on a budgetary basis. Such funds are allocated according to vague and often very subjective rules;
  - b) Hospital employees according to salary tables taking into consideration age and education, but not performance.

As already discussed above, this arrangement has ultimately resulted in a situation in the health sector with an excess supply and excess demand. It is impossible to specify the need for resources, as the system is probably able to consume an unlimited volume of resources.

## PROBLEM THREE

### Poor quality

#### **Cause One – The link between what I pay and what I get in turn is not sufficiently strong**

It is necessary to realize that quality is a function of resources. Many people do not realize that the health system is paid for and they think that it is free of charge. In principle, no marginal costs or voluntary health insurance exist.

The quality of health services in Slovakia is reduced as a direct result of:

1. A broadly conceived notion and scope of uninsurable risk. Two contradictory tendencies are in clash: quantity and quality. The currently applicable legislation forces providers to provide everything. Such arrangement is detrimental to quality.
2. A poor efficiency of the system. Limited resources are used to subsidize ineffective providers and not to support quality performance.

In respect of public resources, they can be mobilized in two ways – by introducing marginal costs and improving efficiency. The latter is of decisive importance, as an ineffective system does not attract private resources.

The elasticity of demand for health is more than one, which means that higher income individuals tend to spend more on health care, but the existing system does not allow this. The failure of the regular, normal market attracts corruption. The lack of resources could be overcome by introducing non-mandatory insurance that would:

1. Legalize the existing revenues from corruption;
2. Increase competition between health insurance funds;
3. Increase the personal responsibility of citizens.

#### **Cause two – The absence of competition**

Quality largely depends on the degree of competition in the sector. The absence of competition between health service providers is a result of two inflexible parameters (Table 3) of the health service providers market:

1. Inflexible prices (payment mechanisms). They result in a poor allocation and technical efficiency of inpatient facilities.
2. Inflexible supply (number) of providers. This is caused by the fact that the provider network is fixed by the Ministry of Health. The most visible and crucial aspect of this arrangement is high fixed costs of inpatient facilities.

Table 3

#### **Provider Market Distortion**

Inflexible prices	Inflexible supply
1. A well-performing doctor/hospital is not adequately paid. There is rather a tendency to "equalize" all providers.	1. Monopolistic nature of primary ambulatory and specialist ambulatory doctors.
2. There is not price competition because the Ministry of Health centrally sets prices.	2. State ownership with no effort to restructure the network.
3. There is no equality of chances between state-owned and private providers.	3. Excess supply of physical capacity: doctors, beds.

Source: The Authors of this publication

#### **Cause three – Poor organization of patients**

Poorly organised patients directly influence poor quality, among others. This is a result of a poor legal awareness of citizens and the impossibility to compare the existing system with another alternative system.

At the same time, it should be noted that there is still collective lack of responsibility prevailing in the Slovak health sector and poor law enforcement resulting from a poor institutional framework.

## **PROBLEM FOUR**

### **What degree of solidarity is desirable and what revenue collection is optimum?**

#### **Cause one – Health insurance is not sufficiently separated from the state budget**

The existing system does not sufficiently separate health insurance from the state budget. The existing link is obvious in three areas:

1. The state (parliament) sets requirements for the operation of health insurance funds and unilaterally specifies the amount of insurance base for „its“ insured irrespectively of the real costs incurred in respect of their treatment.
2. The health insurance funds receive approximately 1/4 of their revenues via the Ministry of Health (from the state budget).
3. The health insurance funds receive other funds via several channels from the state budget, for instance from other ministries or directly by means of financial aid from the general treasury.

The above-specified arrangement results in a complicated and non-transparent system of cash flows, which is a mix of tax revenues and an insurance system. However, the core of our criticism is the fact that the parliament willfully and too often changes the conditions of health system financing and thus restricts its operation.

#### **Cause two – The relation between what I pay and what I get in turn is not strengthened**

In Europe, the financing of health systems is based on solidarity, notably the solidarity of economically active population with that proportion of population that does not produce assets yet and a proportion of population that does not produce assets any longer. Furthermore, economically active population must also show solidarity with their unemployed peers. It is important to realize that there are on-going discussions about the degree of solidarity in various sectors, including the health system.

The Slovak health insurance system is designed to allow all Slovak citizens to benefit from it by means of health care irrespectively of the fact whether they share any financial burden related to the delivery of such care or not. Article 40 of the Slovak Constitution clearly refers to „the right to free health care.“

However, free health care is only an illusion because all resources of financing come from citizens. Economically active population contributes by health insurance payments to health funds. State budget income comes from direct taxes (wage tax and profit tax) and indirect taxes (VAT, concise taxes, customs duties, etc.) as well as various property taxes.

#### **Cause three – The contribution of private resources to the health system is impossible**

Any efforts of the Ministry to introduce so-called multi-pillar financing at this stage (we avoid using the term „multi-resource financing“ applied by the Ministry because, in our opinion, there is only one source of finances – the citizen) cannot bring any positive results. No ministry is able to attract private resources into this economically unstable and non-transparent financial system of the state health system. Another reason explaining the absence of private resources is insufficient legislation governing the establishment and operation of private insurance companies in the health sector, notably in respect of voluntary insurance schemes.

If private resources are a necessary prerequisite for increases in efficiency and quality of health services, the existing legislation governing the financing and operation of health insurance funds must be changed. Part III of this publication deals with detailed requirements for the operation and financing of health insurance funds and private insurance companies and funds in the health care sector.

## PROBLEM FIVE

### **Unbearable amount and inappropriate structure of costs**

The sum of health sector costs includes all governmental expenditures, health insurance funds (public as well as private) expenditures, household expenditures (official and informal) and corporate expenditures. However, these expenditures also include opportunity costs related to the search for an optimum ratio between public and private sector expenditures, which would be most beneficial to the whole structure and amount of health sector expenditures.

#### **Cause One – Inadequate scope of uninsurable risk**

Uninsurable risk means the essential package of services, which is currently specified by two pieces of legislation:

- a) The Constitution,
- b) The Act on the Rules of Medical Treatment.

Article 40 of the Constitution reads as follows: „Everyone shall have the right to protection of his or her health. The citizens shall have the right to free health care and medical equipment for disabilities on the basis of medical insurance under the terms to be laid down by a law.“ However, a wrong interpretation of the Constitution resulted in zero marginal costs related to the delivery of health services and the existence of moral hazard.

The Act on the Rules of Medical Treatment belongs to the key and very important laws governing this sector. However, there are some problems related to this piece of legislation. It is also evidenced by the fact that the original legislation, i.e. Act No. 98/1995, was adopted later than the Act on Health Insurance Funds, i.e. Act No. 273/1994. This act was „occasioned“ by the Constitutional Court, which in its resolutions No.

5/94,7/94 and 8/94 objected the introduction of the Rules of Medical Treatment specifying the scope of free health care by a governmental decree and/or ministerial regulation. The Constitutional Court assumed that the parliament „did not perform“ its fundamental role, which is to enact laws on the basis of the constitutional rights, notably Article 40 of the Constitution.

It is striking that no government so far has been able, probably due to political reasons, reduce the scope of the Rules of Medical Treatment. They have rather opted for various forms of pressure on providers and „debt relief“ tortures using the state budget.

#### **Cause Two – Inefficient and often useless state regulation**

State regulation comprises:

- a) The regulation of providers by specifying the health facility network;
- b) The control of the market in medicines through the categorization of drugs (i.e. the classification of medicines into three groups and the specification of prices);
- c) The regulation of remuneration by setting prices and payment mechanisms;
- d) The fixing of salaries through wage regulation.

The existing scope of uninsurable risk and inefficient state regulation result in the inflexible market in insurers and providers. Excess supply and demand causing an immense increase in debt is common to such market.

## PART TWO

# Consequences

---

### CONSEQUENCE ONE

#### Corruption Market

---

According to its communist legislative legacy, the Slovak health system guarantees free health care to every citizen. Under law, the citizen must get „everything“ for „nothing“. Such arrangement undoubtedly causes several deformations of supply as well as demand. One of the sharpest post-communist deformations is excess supply and demand without any official possibility for an economic market cleaning. In the existing, non-functioning system, informal payments that indirectly and unofficially condition the effective availability of health care have become cleaning instruments.

It is necessary to realise that informal payments are not restricted to the patient-doctor contact. They work at all the layers of the system and result in the corruption market (Scheme 1), which replaces non-functioning, or even non-existent market relations, as it is the case of Slovakia. Corruption involving the patient and health care staff is mostly discussed (involving hundreds of thousands of people on either side). It should be clearly said that so-called sophisticated or non-public corruption is much more dangerous. On the one hand, it involves significantly less people (several hundreds, perhaps thousands), but enormous financial means are at stake, on the other hand.

Dealing with the corruption market in Slovakia, two outstanding issues must be tackled. First, how big is corruption and what transactions or goods are subject to corruption.

#### **Size of corruption**

It is extremely difficult to quantify corruption. In the health sector, it depends on three factors: service availability, the number of contacts and urgency of a case. The quantification of corruption in the Slovak health system is based on three independent sources:

1. In 1998, the Wall Street Journal referred to Slovakia as the most corrupt central European country.
2. In 2001, the Transparency International organization dealing with corruption world-wide ranked Slovakia No. 51 among 99 countries assessed and thus Slovakia is perceived as a country with a higher degree of corruption.
3. In 2001, Eurostat, the EU statistical bureau, said that the gray economy in Slovakia represented 15 per cent of GDP, which was above the level common in the candidate countries wishing to join the European Union.

Taking into consideration that health care goods/services are a luxury, (i.e. the income elasticity of demand is more than 1), it is assumed the corruption in the health sectors is definitely above the limit of 15 per cent. In our opinion, the estimated scope of corruption amounting to SKK 12 billion supported by the above-specified arguments is realistic. When calculated on a per capita basis, corruption stands at SKK 2,222 a year, which is SKK 186 a month.



**Motivation behind corruption and the subject matter of corruption**

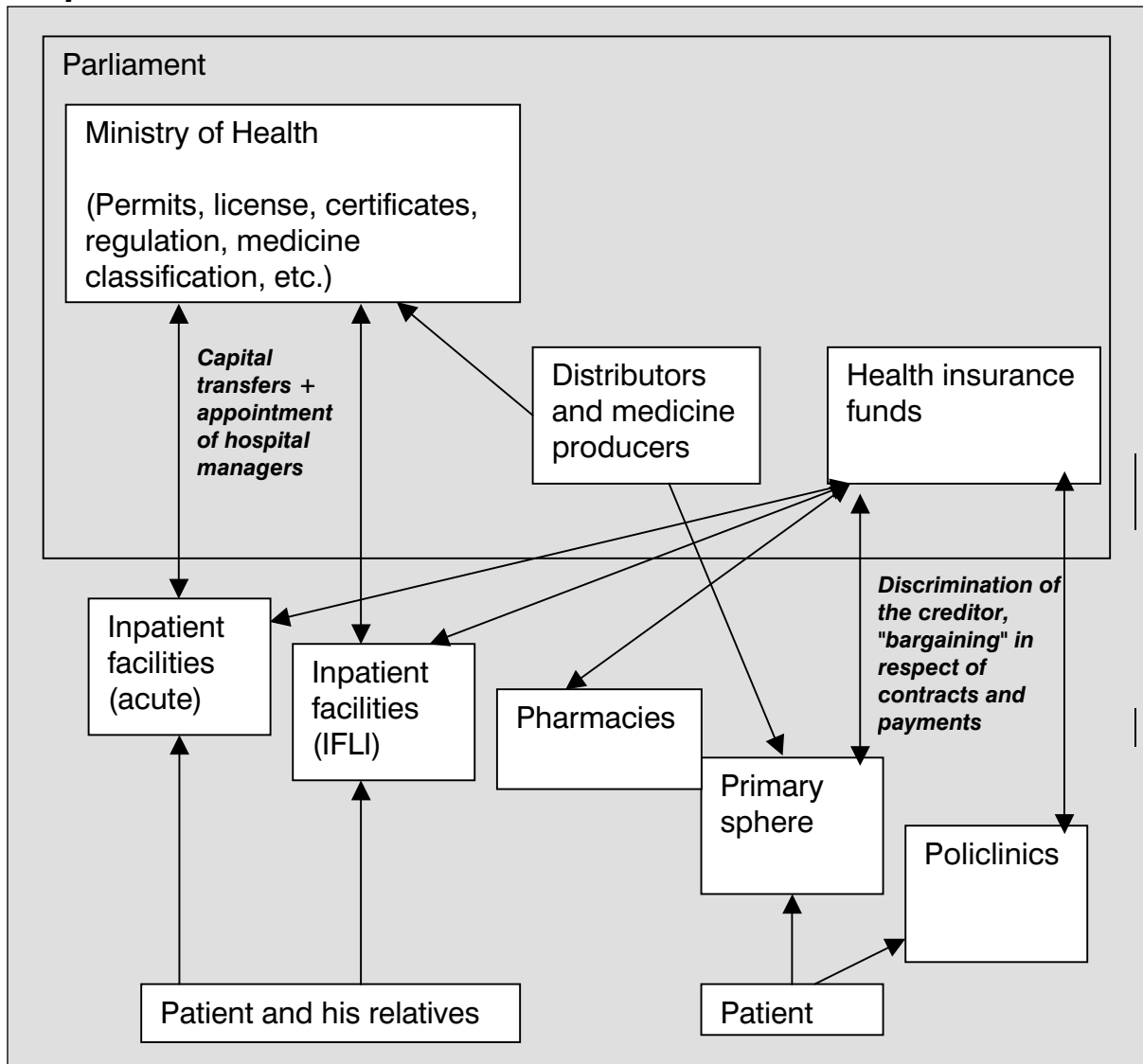
There are several reasons motivating corruption. In principle, it results from the „free nature“ of health care. Speaking about patients, there are three key reasons behind their corruptive behavior. First, the desire to obtain certain additional advantage, for instance to reduce waiting time, to select a surgeon, etc. Second, the desire to get access to medical treatment that should be provided as an essential service, however, due to limited resources and the lack of motivation in respect of the payment mechanisms, such treatment is scarce. Since the regular market does

not function, as it should, such treatment is offered in the corruption market. Third, a tradition resulting from the feeling of gratitude.

As regards health care staff, notably in state-owned facilities, corruption is a result of, among others, their poor financial conditions. Doctors as well as other medical staff improve their financial conditions by means of additional informal income. In hospitals, the salaries of medical staff are based on the principle of general wages reflecting age and qualifications and not work done. And thus even an available service artificially becomes unavailable to „make“ the patient

Scheme 1

**Corruption market**



Source: The Authors of this publication  
 Note: IFLI – inpatient facilities for the long-term ill

to stimulate the provider. This category also includes so-called „willingness“ or „lack of willingness“ of a doctor, a nurse, a laboratory worker, an ambulance driver, etc. In this specific hospital environment, the whole behavior of medical staff expects some „graft“ or „bribe“. This environment makes the patient to be active and bribe and pretends that the staff is passive and left to accept bribes. What is dangerous about this form of corruption is its mass-scale nature. It is often pretended that this is not corruption, but one of Slovak traditions and habits called „gratitude“.

Sophisticated corruption is limited to a small group of people who are either able to use the non-functioning system to their benefit or even have power and competencies to ensure the non-functioning of the system. This category mainly comprises informal services and payments by:

1. Primary care doctors for making contracts with a health insurance fund or for an earlier payment for their performance;
2. Pharmacies to health insurance funds for giving a priority to their invoices;
3. The suppliers of goods and services to hospitals for the deliveries of goods and subsequent payment of their invoices;
4. The producers and distributors of medicines and special medical material for incorporating their products into category I (fully paid);
5. State-owned hospitals for receiving capital transfers to purchase heavy equipment;
6. The suppliers of heavy equipment for the purchase of their products (financed from the capital transfers from the state);
7. Members of parliament for amendments to legislation;
8. Health insurance funds investing billions of SKK into buildings and IT systems.

Another type of corruption should not be omitted - political corruption, meaning that politicians responsible for the non-functioning system tend to portrait themselves as „guardians“ and they do not realize the paradox of their role and behavior. They think that this attracts popular vote. However, such attitude may only work to a certain degree of the system failure. If it exceeds the threshold (in Slovakia, this threshold is very low), politicians loose their legitimacy instead of gaining political support.

At the end of this depiction of grim reality, it should be mentioned that one of the typical aspects of communism was to have a system of services that did not function. Under such circumstances, a citizen who requested such a service got it if he paid for it (in an informal way). And thus the service became an additional advantage.

## CONSEQUENCE TWO

### Debt

External debt expresses the indebtedness of the individual entities in the health sector towards external creditors. It mainly refers to the debt generated by inpatient facilities towards their suppliers and the debt generated by health insurance funds towards pharmacies, state budget and other health care providers. Taking into consideration the internal nature of the debt of health insurance funds towards inpatient facilities and to avoid duplication, this debt will not be considered as part of the external debt.

For illustration, under Minister Tibor Šagát external debt went up by SKK 6,209 million (i.e. by SKK 345 million a month) over the period of 31 December 1998 to 30 June 2000. The key task of the new Minister of Health, Roman Kováč who took office on 13 July 2000, was to stop the debt from increasing at least. Reform measures were expected to be taken to stabilize the scope of debt. It did not turn out to be the case.

As indicated by the Ministry of Health, under Minister Roman Kováč the external debt went up by SKK 2,722 million (i.e. SKK 227 million a month) during the period of 30 June 2000 to 30 June 2001. However, this figure is misleading. An important amount to be added to the above figure are privatization proceeds amounting to SKK 6,040 million which were „poured into the system“ and significantly suppressed any further increase in debt. Over one year the entire debt increased by an unbelievable amount of SKK 8,762 million (i.e. SKK 730 million a month). See Table 4.

By injecting one-off sums (and unfortunately unique privatization revenues), the Ministry of Health has reduced the growth of debt, but it did not eliminate the causes of such indebtedness. This debt comes from the cost side of the system. It is mainly caused by lasting state ownership, insufficient restructuring, the inadequate network and high fixed costs of inpatient facilities, the payment mechanisms lacking any motivation and inappropriate risk spreading. In our opinion, the debt as of 30 June 2001 was far from stabilized.

Table 4

#### Increase in external debt over the period of 30 June 2000 to 30 June 2001

(SKK million)

Debtor	Creditor	Increase (+) / Decrease (-) in Debt	Additional extraordinary privatization proceeds used for "debt relief"	Additional extraordinary privatization proceeds used to subsidize operating costs	Real increase in debt
Health insurance funds	Pharmacies	1,829	400	600	2,829
	State budget	400			400
	Other health care providers (mainly out- patient departments)	548			548
(State-owned) Inpatient facilities	Medicine suppliers and special medical material	29	600		629
	Electricity suppliers	580			580
	Social funds	-1,460	1,500		40
	Suppliers of food and others	796			796
	Operating costs			2,940	2,940
External debt		2,722	2,500	3,540	8,762
Total		2,722	5,222	8,762	
Monthly increment		227	435	730	

Source: Authors using figures from Ministry of Health, Ministry of Finance

The health sector's external debt – as defined above – stood at SKK 24.084 billion as at 30 June 2001. Since the system comprises several markets, each of them involving several entities, their respective receivables and payables will be discussed separately. Scheme 2 shows a detailed structure of debt.

The payables of the health insurance funds stood at SKK 14.616 billion (Table 5) as at 30 June 2001. This also includes a specific amount of SKK 4.4 billion representing so-called repayable financial aid provided from the state budget. This is an extremely unusual method of financing. Its purpose is to strengthen the health insurance funds' ability to pay. In 1998, SKK 1.271 billion was provided; another SKK 2.730 billion was provided in 1999, SKK 0.4 billion in 2000 and SKK 0.4 billion in summer 2001. However, since this amount was provided after 30 June 2001, it is not included in our calculations.

As referred above, this financial aid is to be repaid. However, in the light of the fact that the health

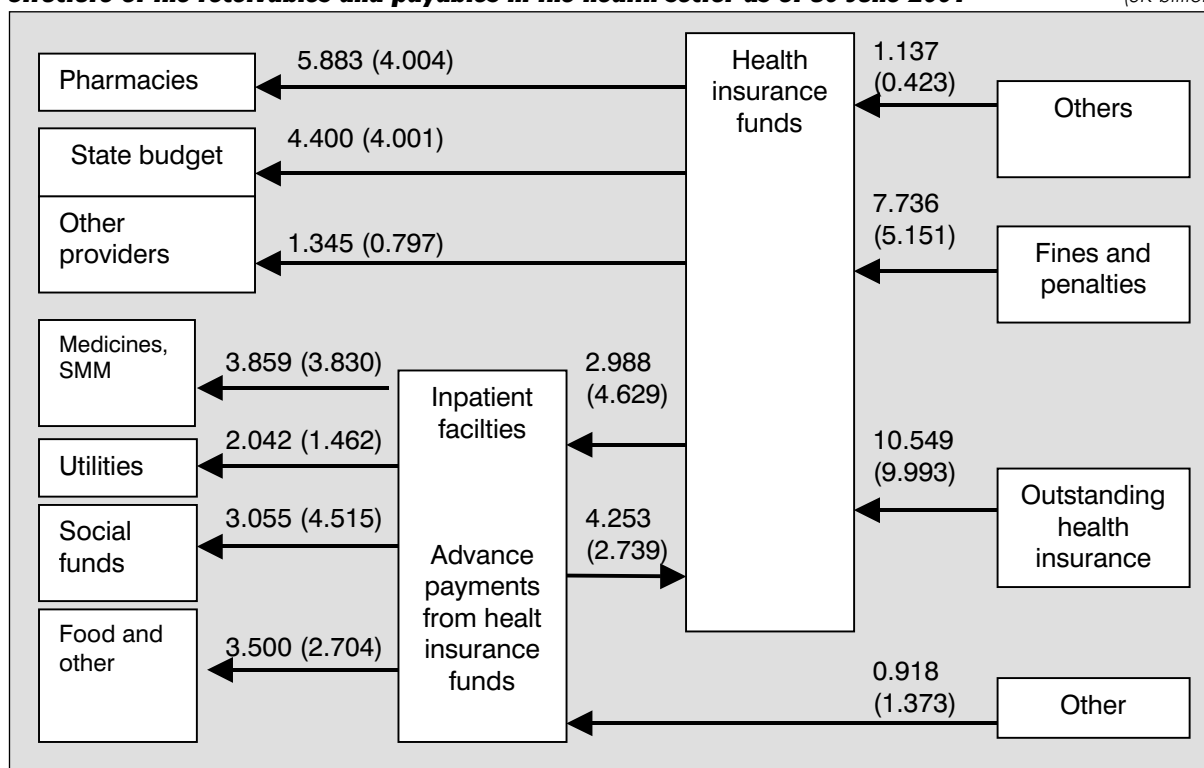
insurance funds are in deficit, it is unrealistic to expect them to repay this assistance. It should be rather considered a form of compensation from the state for its failure to pay mandated insurance contributions for its insured.

The health insurance funds indicate that they owed health care providers SKK 10.216 billion as at 30 June 2001. Almost 58 per cent of this amount is owed to pharmacies (SKK 5.883 billion). The debt to pharmacies went up by 47 per cent on a year-to-year basis! There are several important aspects to be considered in respect of money owed to pharmacies. First, most medicines are imported to Slovakia and they are paid for in foreign currencies. Thus, medicine importers and distributors are exposed to foreign exchange risk, which they then incorporate into higher prices of drugs. Second, taking into consideration other proportions of the overall debt in the health sector, the debt to pharmacies is relatively short in term of time – 6 to 9 months at the maximum.

Scheme 2

**Structure of the receivables and payables in the health sector as of 30 June 2001**

(SK billion)



Source: Ministry of Health

Notes: Figures in brackets indicate situation as of 30 June 2000  
SMM – special medical materials

The remaining 42 per cent are debts of the health insurance funds in respect of health care performance. In terms of time, this debt dropped by more than a billion SKK on a year-to-year basis. To provide the reader with a full picture, it is needed to analyze the structure of this debt and split it into two components. First, debts towards other health care providers, which went up by 70 per cent to SKK 1.345 billion on a year-to-year basis.

Second, debt towards inpatient facilities. Both parties involved – the health insurance funds and inpatient facilities – have different opinions of this debt. On the one hand, the health insurance funds owe inpatient facilities SKK 2.988 billion. On the other hand, inpatient facilities claim that the health insurance funds owe them SKK 6.676 billion.

The receivables of the health insurance funds stood at SKK 24.593 billion as at 30 June 2001 (Table 6). The largest bulk of this amount – 43 per cent – is represented by outstanding insurance contributions amounting to SKK 10.549 billion. The receivables accumulated over the period of 1994 when the system was launched to 30 June 2001 represent less than five per cent of the premium collected, which indicates that the health insurance funds are able to collect 95 per cent of revenues. It is necessary to mention that written premium is not considered. The question is whether premium that has not been collected should not be added to their income as it is in the case of commercial insurance companies.

In terms of volume, the second largest group comprises fines and penalties (SKK 7.736 billion) amounting to almost 32 per cent of the whole of the health insurance funds' receivables. These receivables are probably not collectible. Gradually, their amount dramatically increases and is worth nothing in real terms, which significantly distorts the real accounting and management of the health insurance funds.

The other receivables of the health insurance funds represent a relatively small group. These are mainly the receivables related to the rental of premises, etc. Their volume went up almost threefold on a year-to-year basis and stood at SKK 1.137 billion as at 30 June 2001.

The payables of inpatient facilities increased by SKK 285 million on a year-to-year basis to SKK 12.456 billion (Table 7). This small increase in debt of 2.3 per cent cannot be attributed to a more efficient management of hospitals, but to an extreme inflow of privatization proceeds, that has put a halt to a further growth of debt. Over the period of September 2000 to February 2001, more than SKK 5 billion (Table 4) was injected directly and indirectly into inpatient facilities.

In spite of these one-off financial subsidies, three important components of debt continue to grow. The debt component of medicines has increased slightly (by 0.8 per cent), the debt component of food and other has gone up much more significantly (by 39.4 per cent) and the debt for fuel and utilities has increased dramatically (by 39.7 per cent). The debt

Table 5

**Structure of the health insurance funds' debt**

[SKK billion]

	1995	1996	1997	1998	1999	30.06.2000	30.06.2001
Health care	2.496	2.199	6.619	10.120	8.916	9.428	10.216
Medicines (pharmacies)		0.773	2.138	3.839	3.582	4.004	5.883
Health care performance		1.426	4.481	6.281	5.334	5.424	4.333
Loans and repayable financial aid	0.646	0.743	1.677	1.903	4.369	4.001	4.400
<b>Total liabilities</b>	<b>3.142</b>	<b>2.942</b>	<b>8.296</b>	<b>12.023</b>	<b>13.285</b>	<b>13.429</b>	<b>14.616</b>

Source: Ministry of Health and Ministry of Finance

Table 6

**Structure of the health insurance funds' receivables**

[SKK billion]

	1995	1996	1997	1998	1999	30.06.2000	30.06.2001
Premium contributions	1.089	1.705	4.708	6.977	9.203	9.993	10.549
Other receivables	0.176	1.058	2.069	5.993	7.102	9.686	14.044
Of which fines and penalties						5.151	7.736
<b>Total receivables</b>	<b>1.265</b>	<b>2.763</b>	<b>6.777</b>	<b>12.970</b>	<b>16.305</b>	<b>19.679</b>	<b>24.593</b>

Source: Ministry of Health and Ministry of Finance

component of premium contributions has fallen by SKK 1.460 billion. However, it is necessary to realize that as much as SKK 1.5 billion was earmarked to relieve debt of inpatient facilities to Social Security Fund.

The assessment and evaluation of the payables of inpatient facilities has to be done cautiously. Inpatient facilities report two groups of payables. First, the payables towards health care providers that rent outpatient departments from inpatient facilities, for instance private doctors. On a year-to-year basis, these payables have fallen by one third from SKK 1.373 billion to SKK 0.918 billion.

Second, the payables towards the health insurance funds are more complicated. Compared to the declared volume of the health insurance funds' liabilities to inpatient facilities, these payables are significantly lower (Table 8). This disproportion results from the vague system of financing, inappropriate reporting and the ambiguous rules of payment mechanisms. In general, this has caused the problem of the covered and uncovered debt, which is discussed in this publication.

### **The origin of the debt**

The origin, causes and on-going increase in debts can be divided into two groups. First, external causes that usually cannot be influenced by the Ministry of Health. Second, internal causes that can be directly affected by the Ministry (Table 9).

### **Consequences of the growing debt**

At present, the external debt amounts to approximately one third of the health sector's annual budget. Such enormous debt has been taking its toll:

1. The margin of the suppliers of medicines and special medical material has gone up. The margin thus includes the suppliers' increased costs related to the fact that their bills (invoices) are overdue for 300 and more days. Due to late payments, the suppliers are exposed to a higher foreign exchange risk. This results into increases in prices and costs related to the delivery of health services. In other words, debt generates more debt.
2. Corruption is stronger. It is mainly caused by the preferential treatment of those creditors by debtors who bribe them.
3. The debt ties financial means, motivation and efficiency plummet – this results in a decrease in quality and subsequently in the deterioration of health.
4. The internal debt continues to grow. It reflects tear and wear and obsolescence of assets in the health sector. Since health care providers have difficulties in covering their operating costs, they can only use subsidies earmarked for capital expenditures to replace fixed assets. Subsidies amount to about SKK 2.2 billion a year, which is not enough to finance investment projects. It was already mentioned that the centrally allocated subsidies attract sophisticated corruption.

Table 7

#### **Structure of inpatient facilities' payables**

[SKK billion]

	1995	1996	1997	1998	1999	30.06.2000	30.06.2001
Premium (38 %)	360	382	660	1.750	2.965	4.515	3.055
Medicines and special medical material	1.150	1.220	2.330	3.555	3.701	3.830	3.859
Food and other	620	700	1.000	1.900	2.606	2.704	3.500
Fuel and utilities	350	380	550	1.020	1.140	1.462	2.042
Total payables	2.480	2.682	4.540	8.225	10.412	12.171	12.456

Source: Ministry of Health – minor deviations are possible because the data (1995–1998) specified in the table above was only available in the chart format

Table 8

#### **Comparison of the health insurance funds payables towards inpatient facilities and the receivables of inpatient facilities regarding the health insurance funds**

[SKK billion]

	1996	1997	1998	1999	2000	30.06.2001
Health insurance funds' payables to inpatient facilities	1.426	4.481	4.198	2.844	3.544	2.988
Inpatient facilities' receivables towards health insurance funds	3.376	4.151	5.530	4.890	6.251	6.667

Source: Ministry of Health

### Debt Elimination

So-called debt elimination process carried out by the Ministry of Health using unique privatization proceeds was inefficient. More than SKK 6 billion used for „debt relief“ only suppressed debt increase. After this injection, the system has return into the same situation as in the past. Debt continues to grow and extraordinary privatization proceeds have been used for good. Any efficient debt elimination is dependent on two critical aspects: the right method of debt relief and right timing.

Following the „debt relief“ marathon and the final use of privatization proceeds, only two essential debt relief methods are available:

- a) Debt restructuring (the banks should replace suppliers in their capacity as creditors);
- b) A bond issue.

The other critical aspect is the right timing of the debt relief process. The debt relief process cannot start before the health sector is stabilized and not generating debts. If debt relief is of an extensive nature and is not preceded by the restructuring and revitalization of the health sector, it would only be an unprecedented waste of money. Although it would make an impression that the existing debt does not grow any more, but there are no guarantees that it would not increase in the future. In the financially unstable environment, which is typical of the Slovak health sector, on-going debt relief is a dangerous drug that could turn almost all of us into addicts.

Table 9

### Causes of the debt

External factors	Internal factors
1. The 1993 economic recession. 2. Insufficient payment of health insurance contributions by the state. 3. Article 40 of the Constitution guaranteeing free health care.	1. Non-transparent financial relations and the failure of the control/audit system. 2. The debt itself. 3. Insufficiently restructured supply side (notably inpatient facilities and their extremely high fixed costs). 4. The application of the income/expenses principle is preferred to the revenues/cost principle and zero marginal costs. 5. The organizational structures of the individual entities, the wrong system of remuneration and payment mechanisms. 6. All risk is borne by the state (for the health insurance funds as well as inpatient facilities).

Source: The Authors of this publication

## **PART THREE**

# **Proposal of the health care reform**

---

Health care systems must serve citizens. The citizen - patient is a real customer of a health care system and the only real source of finances for providers, purchasers as well as state administration. Our essential long-term objective is to establish a health care system that would guarantee the provision of essential health care to every citizen not as the ultimate objective, but as a prerequisite of a meaningful and free choice. Only a healthy individual can freely decide about his/her life and that's why we consider health as necessary prerequisite for a good-quality life.

At the same time, such system must introduce elements increasing self-responsibility. Citizens will have the option of free choice, they will be responsible for their choice and we wish to make our best to facilitate citizens' free choice. Under our health care reform, the crucial overlapping principle is the shift of responsibility from the state to all the three areas of healthcare system (patients, providers, purchasers).

Our strategic objectives are:

1. To improve human health at reasonable costs, notably by improving the quality of health condition and reducing health differences between comparable age groups.
2. To increase patients' satisfaction with health services while respecting the requirement of preserving patient's dignity.
3. To provide citizens with financial protection, meaning that when an individual needs and requests health care he/she would not have to incur disastrous financial costs.

In the analytical part we have pointed out the main reasons and their consequences a rather poorly than well functioning health care system. The draft reform is based on the respect of three critical relations.

1. Strengthening the relation between what the citizen contributes to the system and what he receives in return.
2. Enhancing the motivation of providers by remunerating the service and better service will be remunerated better than a worse service.
3. Strengthening the responsibility of each entity in the system to individually assume their risks.

Our understanding is such that the priority role of the state is not to provide health services to citizens, as it is the case at present, but to guarantee statutory rights and their enforcement. In this respect, we fully endorse a statement by Tony Blair: „*The government is to steer and not to row*“.



## STEP ONE

### Defining the benefit basic package

The critical element of the submitted reform of the health care system is a clear definition of the scope of uninsurable risks. The uninsurable risks mean the basic benefit package (BBP), to which each citizen of the SR shall be entitled and which shall be covered from public funds according to the solidarity principle. The rest will be other services, which shall be subject to fees or additional charges.

#### Change in the Rules of Medical Treatment

The Rules of Medical Treatment are the most discussed „cause“ of the crisis in health care. In our plan we shall proceed from the assumption that the Constitution even in its current wording allows the division of the Rules of Medical Treatment into services fully covered by the purchasers within the basic benefit package (also referred to as the so-called uninsurable risk) and services partially or not at all covered by purchasers within various packages of voluntary services (of the purchasers).

#### Principles for defining BBP

This package of services shall include those diagnoses and the related preventive, diagnostic and treatment activities, which shall be fully covered for the patient within the basic package of statutory insurance.

The package shall include mainly:

1. All preventive activities, such as vaccinations, mandatory preventive examinations and screening methods leading to prevention or early diagnostics of serious illnesses,
2. All diagnostic activities leading to a proper diagnostics of illnesses listed in the BBP category,
3. All treatment for the set diagnoses.

#### Main principles of stipulating BBP – fully covered package of services

The main package shall include mainly these illnesses:

1. All acute illnesses,
2. All oncological illnesses,
3. All cardio logical illnesses,
4. Complete traumatology,
5. All chronic diseases,
6. Price of the basic molecule of a medical drug in defined daily dose (DDD),
7. Price of statutory prevention,
8. Basic dentist treatment, including the cheapest prosthetic substitutes,
9. Transport.

The problem of the basic package is to define the diagnosis and its price. We shall consider the following procedure:

1. Set a number of patients treated in inpatient facilities for a defined period,
2. Set a number of patients treated in specialist ambulatory care for the defined period.

The stipulation of the price itself for individual departments shall represent the average actual figures for the years 2000 and 2001 without subsidies from privatization that were covered by the existing insurance funds for individual departments. In the follow up the price shall be calculated per ideal use of capacity at 85% and the result shall be the price unit per patient and individual department, regardless of whether the patient is treated only in specialist ambulatory care, or also in an inpatient facility. All types of providers shall compete for this unit price in a year by sharing in the price, while for chronic patients a part of the funds will be transferred into the capitation coverage for the performance of regular check-ups. The purchasers of services on the basis of negotiations shall stipulate individual prices per department, the method of coverage and the method of price change with providers.

**Voluntary services package**

The voluntary services package shall include mainly:

1. Expediting of planned surgery or medical fee for the surgeon selected by the patient,
2. Additional fee for a provider different than the contractual one,
3. Additional fee for a more expensive drug than the one included in the basic package,
4. Additional fee for a higher quality substitute or aid than those specified in the basic package,
5. Additional fee for transport if not included in the basic package,
6. Additional fee for higher quality board and accommodation and services at sick-bed,
7. Additional fee for the operation of long stay patients facilities and rehabilitation centers,
8. Cosmetic and „beauty“ surgery,
9. Contraceptives and abortions,
10. Fertilization surgery and services including services for men,
11. Additional fee for spas and rehabilitation beyond the treatment of acute disease,
12. Voluntary prevention,
13. Other.

The purchaser of these services shall be another legal entity than the one purchasing the basic package. It is assumed that commercial purchasers would participate. The act shall not prevent co-operation of various purchasers.

**Treatment and diagnostic standards**

Independently of the method of funding the principle according to which the providers have to provide their services „lege artis“ is a „conditio sine qua non“. The problems with the transition to DRG should not be a significantly complicating factor, since in the past we have already noticed the effort to transform the originally service-based system into a DRG system. The Ministry of Health of the SR has even developed in 1998 a certain Catalogue for the calculation of services for health insurance companies, based on the principle of flat coverage. The contradiction between the requirement to reinstate patients' health if possible or to improve their condition or to stabilize their state and the need to set the price of this requirement resulted in a too detailed approach necessary for the so-called „objective specification of the price“.

The catastrophic financial situation of the providers but, even more importantly the catastrophic situation in the public finance designed for health care, does not allow to proceed in detail and thus slowly at the first stage of searching the optimum price. The drafting of standards for optimum treatment „lege artis“ and with that the stipulation of corresponding prices for individual departments and furthermore detailed for individual diagnoses and their complications is a task for many years. From this point of view we consider it a matter of fact that the plan of the health care reform and in particular the reform itself must receive global support in society, independently of the ruling political coalition, like a „relay race“ entire generations of politicians, health care professionals and citizens have to ensure its continuity.

**Regions and the Rules of Medical Treatment**

It is well known that we have always attached great importance to the co-operation of the regional government and its legislative branch with the purchasers of services. We assume that the region shall have the right to „modify“ with its legislation some stipulations of the Rules of Medical Treatment, mainly through „betterment“ for their citizens or in such cases where the local situation shows the need of a more flexible approach to the national legal standard.

## **Prevention**

This is an important part of funding services, while the thesis „prevention is always cheaper than cure“ applies to its maximum extent. Undoubtedly the method of funding prevention has to be redesigned (not according to its destination), it needs to be defined, which part and what scope of prevention shall be included in the basic package (BBP or uninsurable risk).

In general we can divide prevention into three components:

1. Primary prevention – the effort to prevent the occurrence of a disease,
2. Secondary prevention – the effort to early detect the occurring disease,
3. Tertiary prevention – treatment and rehabilitation, reducing the suffering.

For our purposes we shall consider jointly the primary prevention and that part of secondary prevention, which allows a faster detection of disease (screening). Primary prevention has for a very long time been identified with vaccination. In fact it should contain at least the following elements:

- a) Vaccination,
- b) State health supervision,
- c) Promotion of health.

## **Vaccination and screening**

Vaccination is currently dealt with in a rather complicated manner, with the participation of Primary ambulatory care, state-owned health facilities and probably also health insurance funds. The primary ambulatory care and the purchasers of services shall be involved in the vaccination. A list of mandatory and recommended vaccinations shall be drafted and the vaccination provided by the primary ambulatory care on the basis of inviting clients. The purchaser within the basic package shall cover the payment for mandatory vaccinations. The list should be drafted by the corresponding specialized entities of the Slovak Medical Chamber. This system would at the same time allow a certain competition among purchasers in the area of covering the recommended (not mandatory) vaccinations.

Secondary prevention actually is already a full component of the treatment–prevention process. Its most important component should be the screening. A list of screening examinations according to age and sex will be a part of the basic package and these examinations shall be fully covered by the purchasers. In order to ensure active inviting of persons at risk to these examinations, we will motivate the doctors in primary ambulatory care and specialist ambulatory care not only by the price of the examination itself. The list of screening examinations should also be drafted by the specialized entities of the Slovak Medical Society or other renowned specialized societies or medical schools.

### **Prevention for children and youth**

The contents of the currently performed prevention for children and youth can be considered good. Through prevention we have achieved a significant improvement in the health of children and youth after World War II. The communist health care indeed scored an immense success here.

In primary care, the general goal is a comprehensive, integrated and preventive treatment system, considering the patient as part of an environment in which he lives and works. At the same time it is the most ideal room for applying informal and efficient primary prevention.

#### **Primary prevention covered within BBP**

1. *Prevention of communicable diseases* – vaccination. Currently mandatory in Slovakia are DITEPER, TRIMOVAX, HiB, ENGERIX, POLIO.
2. *Promotion of correct nutrition.* The consulting facilities as a part of the treatment-prevention care of primary-contact physicians for children and youth. Each preventive check-up apart from antropometry, examination of urine and sight includes a conversation with the mother concerning the correct nutrition.
3. *Monitoring of the child during its development.* The possibility to uncover all deviations early (psychomotorics), which could lead to a handicap, is given by inviting children to preventive examinations.
4. *Prenatal prevention.* Preventive examinations of pregnant women at regular intervals.

#### **Secondary prevention covered by BBP**

1. *Comprehensive.* Screenings at prenatal stage – alfaphetoproteins, sonographs of pregnant women, monitoring Rh incompatibility, BWR positivity and now also AIDS. Screening of all newborns for phenylketonuria, hypothyreosa, currently also otoacoustic examination and coxitic examination according to Ortoláni at neonatology departments and in the second month of life by ultrasound or x-rays.
2. *Selective.* Amniocentesis for older primigravid patients above the age of 30 years. Genetic examinations for children from genetic risk families. Growth disorders, motoric disorders, detected in the consulting with primary-contact physician for children and youth. Laboratory checks for children with family history (cardiovascular diseases, diabetes).
3. *Screening.* The current comprehensive screenings have significantly influenced the detection of diseases. The basic package shall include the cover for other screening methods for children, focused on allergies or cholesterol.

#### **Urgent medical service – UMS**

In case of need of an urgent medical service, such as accidents, injuries, sudden life threatening conditions etc. the urgent medical service has to be ensured within the provision of health services. In general it can be concluded that this service is actually a function of time and quality of the service provided. It is necessary to get to the patient as soon as possible and provide the best quality of service. This is a typical uninsurable risk, which is fully covered within the basic package BBP.

The organization and funding of UMS has to take account of these particularities:

1. Diverse organization of providers on the Slovak territory,
2. Diverse structure of the terrain in the SR,
3. Priority of time over regional set-up, patient has to be transported as fast as possible and as close as possible, independently of regional jurisdiction of the provider,

4. Cooperation with other branches, such as fire department, police, mountain rescue, water rescue has to be ensured. Through the creation of the so-called Integrated rescue system, which will represent a centralized office of the dispatching offices of at least the three above mentioned branches (fire department, police, paramedics), where all dispatchers would operate one phone number, use the integrated communication frequencies and use one urgency number 112 according to EU standards,
5. The service must operate on a „stand by“ principle.

The UMS will be organized as an independent form of provider. The providers of UMS will create an independent network without regional divisions; the hierarchical set-up will depend on the local situation of these providers. According to the local situation the providers will also create detached workplaces in their networks as well as points of contact. The funding for such structured network will be provided centrally from a special fund, which shall be created by the purchasers according to the risk index of their client portfolio. We shall thus achieve a financial guarantee necessary for the „stand by“ in the comprehensive national scope of the system and the nature of the activity (main role is the saving of lives), with the necessary cooperation with state branches (police, fire departments).

### **Accounts receivable and regress**

An account receivable shall be the amount of unpaid principal and its related fees. For now the health insurance funds were not motivated to ensure the highest possible collection of insurance contributions, and thus it will be necessary to ensure the following measures:

1. Leave execution rights with the purchasers, thus the possibility to issue warrants and carry out distraints out of court, i.e. in a fast-track procedure,
2. For the non-collected contributions the purchaser shall create a reserve fund and incorporate it into the calculation of its profit/loss, thus eliminating the problem of invoicing accounts receivable of purchasers towards delinquents, which is not allowed by the current law, due to administering public funds,
3. Settle the issue of regress for delinquents.

### **Regress and delinquents**

There will be situations when the purchaser of the contracted service fulfilled the contract (purchased services), whereas the person, for the benefit of which, the service was purchased did not observe one of the substantial contractual obligations. Basically the regress can be divided into two groups:

1. A situation where the delinquent who is in delay with insurance contributions used a service. Unlike in the case of an account receivable, the purchaser sustained a damage not only due to not receiving the payment and the following deduction from the profit/loss, but also due to a coverage of a service, the purchaser financed for the patient, put simply the purchaser did not receive but did provide, since he was obliged by law to do so,
2. Another case of regress could be the degree of fault and its consideration.

In case of a delinquent who used the service the purchaser shall be entitled to radical enforcement of his loss (up to a certain level) and thus the damage, similarly as it is the case in commercial insurance. In case of other regresses the company will have to reach consensus not only whether it is a regress but also how to settle it. These possibilities could be taken into consideration:

1. Mandatory accident insurance of exposed persons, (participants in road traffic, professional sportsmen) however the insurance would not cover, unlike it is now, the loss in income of the injured party, but apart from that also the cost of treatment,
2. Increase in indirect taxes on alcohol and cigarettes, that will be channelled directly into health care – this would be the so-called enforced indirect solidarity.

## STEP 2

### Financing

The notion financing corresponds with all processes and institutions by which we ensure the funds to cover all activities related to the provision of health care. This includes taxes, contributions into health insurance funds, commercial insurance or direct payments and fees from patients.

We will try to set the system up in a way allowing also socially weaker groups that are not contributing to the creation of funds to benefit, but at the same time it not must discourage the economically strong groups through a high level of redistribution. This means above all to strengthen the relation between what we give into the system and what we receive from the system. From the point of view of mobilizing funds it is therefore critical to define, how many funds from which social groups we shall take and for what we shall use them, which is possible only if the system of financing will be:

1. Stable in the long run in terms of stipulating the „rules of the game“ for the collection of funds, which the state likes to adjust frequently to its own possibilities and not to the needs of the health care (for more details cf. the analytical part),
2. Independent from the state in financial terms, mainly from the taxation system, from which the health insurance funds receive SKK 13 billion, SKK 2 billion for capital expenditure and another SKK 2 billion for administration (it is a mix of redistribution and social insurance),
3. Adjusted to attract private funds.

#### **Role of the state**

The role of the state in the funding of health care shall be significantly restricted in future. Through redirecting the current financial flows of the Ministry of Health (MH) from the state budget totaling approximately SKK 17.7 billion directly into the health insurance fund, one of the significant corruption points will be eliminated and the transparency of financing substantially enhanced. In particular, the state shall be relieved of the obligation (currently equal to approximately SKK

13.0 billion) to pay for „state“ insured persons, the capital expenditure totaling SKK 2.2 billion will be abolished and the budget of the MH currently totaling SKK 1.8 billion shall be significantly restricted. At the same time, the state shall be relieved of its obligation to pay to the National Labor Office for the registered unemployed. Thus the state will lose control over changing the rules of the game „on the way“. The entire system of financing shall become autonomous, while the state shall fulfill five basic functions:

1. It shall stipulate in the Rules of Medical Treatment the principles of solidarity by stipulating the contents not the price of the basic entitlement,
2. It shall stipulate the percentage of contributions for mandatory health insurance,
3. It shall take over the function of financial reinsurance in case of extraordinary events,
4. It may on precisely defined conditions for a defined period of time intervene in case of failure of the system in the region (institute of temporary mandatory administration),
5. It shall pay insurance dues only for its employees, just like any other entity.

#### **Reduction in the Rules of Medical Treatment**

The reduction in the scope of the Rules of Medical Treatment, i.e. the stipulations of the financial scope of BBP (uninsurable risk) has already been dealt with in detail. Here we shall discuss the financial impact of the division of the Rules of Medical Treatment into uninsurable risk (statutory entitlement) and insurable risk (voluntary insurance). When reducing the scope of the Rules of Medical Treatment we also considered two necessary conditions:

1. The total volume of funds for health care shall not be increased (including direct payments and informal payments) while we shall primarily focus on a change in the structure of financial flows,
2. The tax burden and insurance contributions shall not increase.

In order to achieve this, we propose

1. Maintain the same level of taxation and insurance contributions and propose that the portion, which has to be paid extra into the system (instead of the state) to be considered as an amount directly reducing the tax to be paid to the state.
2. Allocate the entire amount of funds collected totaling SKK 50.0 billion for the coverage of the statutory entitlement to the defined standards. Certainly this amount is only an estimate and serves rather didactic purposes. The rate of health insurance may decline in proportion to the gradual restrictions in the Rules of Medical Treatment.
3. By introducing voluntary insurance achieve a formalization of informal payments.

Apart from the reduction of the current scope of the Rules of Medical Treatment and a clear definition of the statutory entitlement to the defined standard, to strengthen the relation between what we give and what we get in return, we consider the following steps:

1. Introducing marginal costs for certain types of services also within the statutory entitlement,
2. Allowing voluntary insurance in an area beyond the statutory entitlement to the defined standard.

### **Introducing marginal costs**

Marginal costs are the so-called last costs, which have to be spent to acquire an asset. The introduction of marginal costs into the Slovak health care is of great importance. Not that much from the point of view of funds acquisition, but mainly as a tool to attenuate demand. The amount of marginal costs cannot by far cover the actual costs for the health service provided, but its symbolic value (e.g. SKK 10 per prescription, or SKK 100 per one day in hospital) can have a significant psychological effect on the citizens-patients in terms of reducing the demand and the awareness that health care is not free of charge.

In the current system of the Slovak health care there are officially no marginal costs. In a certain way the enforced informal payments for a certain service could be considered marginal costs. The marginal costs could for example be:

1. Payment or extra fee for food and clothing in hospital,

2. Payment or extra fee for hotel services (we mean accommodation) in hospital,
3. Payment per prescription, not drug,
4. Payment or extra fee for ordinary transport or transport by transport service.
5. Other.

Marginal costs shall relate to services provided within BBP and therefore it is possible that there will be situations where the patient in material need will not be able to pay for these services. The solution in such case could be the work of charity organizations, foundations and the taxation system favoring charity activities.

### **Pluralism and competition of purchasers of health care services**

Sound competition is an inevitable precondition of an efficient provision of services. In the analytical part we have pointed to the current deformations in the system of health insurance funds.

We propose to transform the current pluralistic system of health insurance funds into a pluralistic system of purchasers of health care services. In this chapter we shall focus on three areas influencing the competition of purchasers (collection of funds, redistribution of funds and allocation of funds). Since this competition will be strictly regulated, we could also speak of managed competition.

### **Collection of funds**

The collection of funds will be decentralized. This means that every purchaser of services shall collect insurance contributions from citizens and business entities independently. The term written premium shall be introduced. It shall represent the amount of insurance contributions, which the purchaser should actually collect according to the concluded/registered contracts with the insured. A lower volume of actual collection than the written premium will be the uncollected premium and this shall be reflected in the accounting of the purchaser as an extra charge and should lower the net profit.

**Redistribution of funds**

Means a more efficient redistribution mechanism and the even distribution of public funds to the regions.

In order to meet this precondition the following approach shall be applied:

1. The redistribution of funds will be based on the volume of written premium.
2. The internal structure of the purchaser can consist of one headquarters responsible among other things also for the collection of funds and regional branches responsible for the allocation of funds.
3. The redistribution mechanism within the SR (according to the profitability index) among various central purchasers of services shall set off the differences between individual age (risk) groups within the SR. In case of a purchaser operating only in one region, then redistribution within the region.
4. Then the central purchaser shall allocate to its regional branches – regional purchasers, funds according to the structure of clients (insured persons) in the region, depending on the risk index (it is weighted capitulation – redistribution per capita in the region, according to the risk index). The legal capacity of the regional purchaser could appear to be a problem. It is not critical, as the poor management of the regional purchaser will have to be settled by the central purchaser at his own costs and risk.
5. The regional purchaser shall purchase services from providers for his clients on the territory of the entire Slovak Republic without limitations. The biggest threat to an even and fair distribution of public funds is to be seen in standardized redistributions and various methods of backward evaluation of patients' movements, extracted from the current insufficient system.

In this manner we will ensure, that within the solidarity in financing of BBP there will be the same amount of funds available for each citizen with the same risk index in the entire SR. Thus we will eliminate the current negative effect of capital transfers from the state budget related to the non-standard effect of health insurance funds, which caused a significantly uneven and often discriminatory regional redistribution of funds.

**Use of funds**

The pluralism of purchasers is meaningful only if there is real competition among them. Competition can be achieved only if the purchasers:

1. Will bear financial responsibility and risk, i.e. they will be able to generate profit and keep this profit, but at the same time they shall bear their entire losses,
2. Will become real purchasers neck and crop.

We focus in more detail on the issue of purchasers in the part payment mechanisms.

**Reinsurance**

When defining the tasks of the state we mentioned the function of reinsurance. This would be a quasi insurance of purchasers in case of covering extreme costs related to the outbreak of certain disasters or epidemics, which would significantly and in short term affect a substantial part of the client portfolio of the purchaser without his fault.

**Private funds**

Private funds play an important role in the system we propose. Without them it is impossible to ensure efficiency and quality. Attracting private funds is possible in several ways:

1. Developing a functional system of voluntary health insurance, where independent purchasers of services will be allowed to operate.
2. Granting tax relief for entities providing funds or donations to charity organizations
3. Introducing marginal costs.

**Specific proposal of a funding system**

A precondition for the introduction of this system is that each citizen of the SR had a personal account. We propose a real two-pillar system of funding health care services. The first, mandatory pillar of the new funding system should be the so-called public funds of the citizens (health insurance). After separating the health insurance system from the state budget, the contributions payable to insurance funds will account for 21% of income. This extremely high percentage at



first sight will not result in an increase of the total tax burden, because we will apply the following rule:

- 14% (10+4) will be a cost item like it is now,
- 7% extra paid contributions, which shall be paid by an employee/self-employed person equals the amount by which we shall reduce payable tax.

These funds will cover the costs of providing the legal entitlement to all citizens, which is guaranteed by the constitution in the system of mandatory health insurance and they shall be available to the purchasers of services.

The most important goal of the purchasers should be to ensure the health care needs of the client and to ensure them to the client's maximum satisfaction. In order to ensure this goal however, the purchasers have to implement several tasks.

1. One of the tasks of the purchasers is to ensure and apply the principle of portfolio allocating solidarity according to the proposed system of redistribution of collected funds into the regions.
2. Motivational function of the purchasers is irreplaceable mainly in the development of voluntary insurance, or additional insurance through acquiring new clients. It is equally possible to apply the motivational function in the influencing of the burning costs, or the costs of the basic insurance, e.g. through funding of prevention beyond the framework set by law for the BBP.
3. Control function of the purchasers is applied in the control of the correctness and eligibility of the costs calculation, for which the purchaser shall have a high quality revision system.
4. It is equally important to use the acquired knowledge in the further role of the purchaser, which is the necessary pressure on the providers of health care.
5. Along with that goes the task, to ensure solvency of the insurance company, i.e. the control of cash flows either on the revenue side or on the expenditure side.

The second pillar will be the so-called private funds from the citizens. It is then only a technical problem in terms of funding, whether the citizens decide to pay extra beyond the framework of the basic statutory entitlement through commercial health insurance companies, providing voluntary health insurance or through direct legal payments to the providers. The border between mandatory and voluntary health insurance will be given by the amount of the statutory entitlement to the defined standard.

In the mandatory pillar we foresee the following development trends for funding:

1. Dynamic growth of the required funds in the mandatory pillar will depend on the scope of the set statutory entitlement. We assume that the dynamism of the growth of the volume of these funds should progressively decline, which should allow a progressive decrease in the amount of contributions to be paid.
2. At the same time we will preserve the possibility for the future to introduce flat mandatory payments, which would allow transferring a certain portion of the financial burden on all citizens.
3. Another element will be the introduction of family insurance and other similar products. Thus the trend of change will be important: anonymous financial solidarity will be replaced by means-tested solidarity. Certainly, this will not be possible while the citizens do not have personal accounts with the purchasers.

In the voluntary pillar we assume:

1. Its importance will progressively grow from the proposed 25% to 40% share in the total expenditure for health care. Its importance in the near future lies in its operation and not in the share in the total expenditure for health care. The real operation of the voluntary pillar is the precondition for the growth of funds available in the voluntary pillar and these will progressively replace public funding. Its development will depend on the economic growth and the growing fiscal capacity of the households.
2. Combination with other types of insurance and insurance products (e.g. life and retirement insurance)

## STEP 3

### **Payment mechanisms and the distribution of risk**

This includes all processes and institutions through which individual providers of health care are remunerated. The payment mechanisms create important incentives, to which the providers react sensitively. A critical element of an economically viable system of providing health care services is an appropriate system of payment mechanisms based on the incentive factors ensuring sound competition.

A first precondition of developing such a system is the guarantee that the profits from such better remuneration can be kept and on the other hand the risk of loss has to be borne by themselves from their own funds. The second precondition is the guarantee that higher performance and service quality ensure the provider a better remuneration and vice versa. This is a very strong motivating element that would lead to a significant increase in efficiency.

#### **Distribution of financial risk in the funding of health services**

In the analytical part we have pointed out that none of the above preconditions apply in Slovakia. For now the risk is indirectly assumed by the state through additional funding, often from one-time privatization proceeds and directly by patients, by not receiving the required services. The insurance funds and the providers do not assume any risks in the existing system, but more or less they do not assume any responsibility for their activity either.

We propose to introduce the institute of a purchaser with an active purchasing policy and transfer a part of the risk to the provider. The success of the purchaser however depends on several factors:

1. The possibility of free choice of the health care provider (setting prices, quantities and qualities) for their clients,
2. Transparent relations with the insured or the state (how much will I receive and for what),

3. Clear assumption of financial risk (profit and loss),
4. Equal opportunities with other purchasers (applies mainly for the emerging purchasers).

It is obvious from this explanation that our current health insurance funds do not by far resemble active purchasers of health care services. Given the various possibilities that are usual in the world, (e.g. a state agency: ministry, state insurance, or public sector of regions, local self-administration or private agency, e.g. a regional insurance company or even provider, e.g. primary contact physician), we propose to transform the purchasers in Slovakia from their current status as health insurance funds to be joined by new ones later. The purchasers will have to observe the five principles that were described in detail when defining the two-pillar financing.

#### **Pricing of the purchaser of services**

We consider it necessary to reiterate in this part that the basic motivation of all entities participating in the process of providing health care is the generation of profit. The purchaser will have to search the most profitable offers in his orders of service purchases, while he shall have the right to order for his clients from his region services on the entire Slovak territory but also abroad.

Price negotiations (between purchasers and providers) will be decentralized and independent of the Ministry of Health and the Ministry of Finance. Extremely important in the price negotiations of all segments of the purchaser network are the participants of these negotiations, which will involve:

1. For the purchasers representatives of the purchasers,
2. For the providers representatives of doctors of primary ambulatory care, specialist ambulatory care, the representatives of inpatient facilities represented by their associations and specialised societies, representatives of doctors' chambers, representatives

- of pharmacists' chambers, representatives of laboratories, representatives of the Slovak Medical Society – its specialized societies,
3. For the state main experts and representatives of the Ministry of Health of the SR (only as observers)
  4. For the patients representatives of patients (only as observers)

### **Basic rules of the payment mechanisms**

We have to consider finance one of the critical tools to achieve efficiency of the services provided on condition of applying the general economic rules that will be favorable for the patient. Let us mention the principal factors necessary to achieve efficiency in the provision of health care services.

1. The statutory entitlement shall be clearly defined (BBP) for the defined standards. From the point of view of the purchaser then the legal standard is the lowest possible price at which he shall agree to the provision of service on the providers' market, and it shall be applicable to all contractual providers of the given purchaser. This does not mean that the provider must not surpass this price, but he shall cover it from his own funds. It can be assumed that such state will occur for some diagnoses, it is important however, that the portfolio of services of the provider creates a positive value expressed in the profit of the provider.
2. The providers shall cover the agreed services to each other, i.e. the supplier-customer relation shall apply.
3. All providers will be equally subject without any exception to the law of the SR, applied in the business sector, such as the Commercial Code, the Civil Code the Bankruptcy and Composition Act, the Labor Code, the Accounting Act, tax legislation etc.
4. Providers shall be autonomous and independent of the state sector of management and equal opportunities for all entities, as guaranteed by the Constitution shall be respected.

5. The profit generated by the providers shall be subject to tax according to the same rules as apply in the business sector. Tax exemptions shall be possible only on condition of investing profits into the scope of business – i.e. the provision of health care services and for a limited period when using the profits to repay debt from previous periods.

In the area of fund collection, the existing principle of contributions shall be maintained to the benefit of the purchasers of services. The state shall not participate in the funding of health care and shall not (in the name of the people) subsidize individually some hospitals. The purchasers shall be involved in the collection of funds by covering not collected funds from their profits (incorporated in the calculation of profit/loss).

The collected funds shall be allocated into three areas.

1. Funds for the payment for medical drugs within BBP.
2. Providers in the entire elastic network within BBP.
3. Funds designed for the operation of central authorities such as the Ministry of Health (MH), the Office for the Control, Audit and Supervision (OCAS) and for the operation of the national network of UMS within the requirements of „stand by“.

### **Funds designed for the payment of medical drugs within BBP (basic package)**

Those are funds to cover the payments for medical drugs or the contributions to medical drugs. We propose a relatively simple formula:

FP = cheapest molecule/for DDD/at the lowest possible price of the supplier  
(FP= final price, DDD% defined daily dose)

If we cover the lowest possible price of the medical drug for the patients within the BBP, then there is no problem to request an additional payment equaling the difference between the price of the basic fully covered drug and chemically the same but more expensive drug. And this additional payment constitutes insurable risk.

### **Remuneration of providers in the elastic network and payments for services provided**

A change in the entire system of the payment mechanisms lies in the respect of the principle that the activity has to be measurable and that better service has to be paid better. We propose for the individual segments of the provider network economically justifiable forms of payment that shall be related to their efficiency and performance. At the same time we take into account specific conditions in the individual segments of providers.

### **Remuneration in the primary ambulatory care**

Each of the payment mechanisms has its perverse incentives, therefore we propose a combination thereof to enhance their advantages and eliminate their shortcomings. We propose a multi-faceted remuneration of doctors in the primary ambulatory care:

- a) % Of remuneration will be „per capita“ per contract concluded, (to keep the provider „stand by“)
- b) % Of remuneration will be for „DRG“ for cases settled in ambulatory treatment (e.g. influenza, diarrhoea, etc.)
- c) % Of remuneration will be „per patient“ fee-for-service performed (vaccination, preventive check-up)
- d) % Of remuneration will be a share of the price of the diagnosis (DRG) when sending the patient for a specialized examination to specialist ambulatory care,
- e) % Of remuneration shall be incentives from the savings, reported in the control of the price for the care provided in the system of specialist ambulatory care and inpatient facilities.

### **Laboratories**

It is fully logical for these activities to be covered as for work performed. The precondition is the pricing of the service, which has to correspond with the cost spent and must even generate profit for the development of these activities. Here too for laboratories a simple economic formula must apply:

$$\text{Revenues} - \text{Costs} = \text{Profit}$$

Table 10

### **Calculating the profit of laboratories**

Revenues	Costs
• Payments for activities	• Depreciation of equipment used
	• Value of special medical material and diagnostics
	• Servicing costs (energies, rent, cleaning, maintenance)
	• Wages

Source: authors

The payment for the services provided will come directly from the providers in the network, i.e. from the doctors of primary ambulatory care, specialist ambulatory care, inpatient facilities (patients from acute or chronic beds). Laboratories have to operate as sub-suppliers for the providers and in case the providers order them, they will create a cost item, by which we will achieve:

1. Prevention of unnecessary and duplicate examinations by providers,
2. Optimization and quality of examinations because bad and low quality examinations will have to be borne by the laboratories from their own resources within a complaint proceedings.

### **Specialist ambulatory care and inpatient facilities – acute beds**

For this group of suppliers we assume a transition to a payment for diagnosis - i.e. DRG. The advantage of this payment is that it is a payment for something measurable (or more or less measurable). The disadvantage is, that if the system of classification of the DRG pricing is too detailed, there are two negative phenomena:

1. Transfers and re-pricing of patients into more expensive groups,
2. High service and follow-up transaction costs related to the operation of a detailed DRG system.

It is a basic step necessary for a change in the payments. To set a DRG price it is necessary to start with a very broad „scope“ proceeding from the principle:

*1 basic department = 1 diagnosis*

The purchasers and providers, on the basis of costs related to the given department known in the long run, shall agree upon the amount of funds for individual departments.

### **Specialist ambulatory care and inpatient facilities – chronic beds**

For chronic patients, (patients requiring dispensing or temporary hospitalization) the following procedure shall apply. Upon paying the price of the DRG diagnosis for its first confirmation and treatment we assume regular controls of specialist ambulatory care within dispensing and treatment, which shall be covered per capita on the basis of a contract with the purchaser about the number of controls and the amount to be covered.

For patients hospitalized in inpatient facilities we shall differentiate two ways of payment:

1. Costs for a chronic patient on an acute bed as a part of the treatment for worsened condition, shall be covered for the provider by the purchaser as contractually agreed costs,
2. Costs for a chronic patient in long stay patient facilities; mental hospital, children's sanatorium in daily care etc. shall be covered for the provider as bed/day on the basis of a contract with the purchaser. Very important for the stipulation of the optimum number of days will be the „medical revision system“, through which the purchasers will control „in a tough manner“ whether the length of hospitalization was justified.

For this group of patients it is necessary to be aware of the fact that mainly patients in long stay patient facilities are usually recipients of incomes with which they can contribute to the costs of their hospitalization.

### **Nursing**

Apart from the traditional forms of nursing care (in hospitals) we attach great importance to the funding of nursing in patients' homes.

Primary care. We place great emphasis on ambulatory nursing, as an efficient means of providing services to patients directly at their homes. In principle three types of „clients“ can be assumed:

1. Patients with an acute condition, who shall be after-treated at home in order to shorten the period of hospital treatment. We assume for this category, that a motivation element will be the lower price of home treatment as compared to hospital treatment and service. The recipients of the payment will order ambulatory nursing for DRG.
2. Chronic patients, where it is more favorable for either side to treat the patient at home. In this case we assume that ambulatory nursing shall be ordered by the doctors of primary and specialist ambulatory care or by the purchasers of services. In any case the cooperation with the social sector should be considered for this category. Services to these patients will be covered within a contract between the purchaser and the provider on similar conditions as are used for the stipulation of the price in inpatient facilities (bed/day or per capita).
3. Terminal stages of children and adults where we assume cooperation with the social sector. Also services to these patients will be covered within a contract between the purchaser and the provider on similar conditions as are applied to the pricing in inpatient facilities (bed/day or per capita).

Secondary care. This nursing care is designed mainly for patients with chronic diseases, for immobile patients and for those patients, who do not need a permanent monitoring by a doctor, but it is not possible to treat them at home. It will be provided mainly:

- a) In nursing homes,
- b) In nursing departments,
- c) In maternity homes.

The service for these patients will be covered within a contract between the purchaser and the provider on similar conditions as are applied to the pricing in inpatient facilities (bad/day or per capita).

Follow-up care. This includes mainly hospices. These facilities are to serve a dignified dieing of patients of each age group. The focus is on the alleviation of the suffering and of providing services that make the last hours of patients' lives easier. Services to these patients will be covered within a contract between the purchaser and the provider on similar conditions as are applied to the pricing in inpatient facilities (bad/day or per capita).

Mainly purchasers of services shall be motivated to finance nursing care, we even assume that this care could be organized directly by the purchasers of services. It is logical to assume an integrated cooperation of nursing facilities with other facilities.

The mutual payments between the providers and purchasers for the services provided within and outside the regional network will be an important factor. The meeting of this condition is inevitable to achieve efficiency and identify economically inefficient providers. If one provider orders a service from another, he will have to pay for it. It is then up to the provider to decide economically. Certainly, by making an inappropriate economic decision he assumes the entire risk of such procedure.

### **Profit as the main motivation function**

We are aware of the fact that it is a rather „unhallowed“ word and also the many discussions we attend with the specialized and general public show the resistance of the providers towards the idea of profit generation, who usually defend themselves with notions such as „humanity, mission and Hippocratic oath“.

Nevertheless all providers here behave in a way allowing profit generation, however the profit appears in another form. It is mainly the generation of personal profit, through personal rent or informal payments. Similarly the providers reduce their cost in an undesirable way, by not providing services, which however is reasoned to be consequence of the lack of funds.

### **Remuneration**

Remuneration for the service provided has to be profitable for the provider. In the analytical part we have pointed to the disproportionately high fixed costs of the providers of inpatient facilities - acute beds, where the main portion is made up by labor costs. The non-motivational remuneration of staff by flat tariff wages resulted in a situation where some providers use all the available funds to remunerate their employees, some are even no longer able to do that and pay only wage advances. We proposed to tackle the issue of high employment by the so-called elastic network, thus allowing the surplus of doctors and nurses from inpatient facilities to work in the field on equal conditions.

### **Contractual relations between the purchasers and the citizens and the purchasers and between the purchasers and providers**

The purchasers will conclude contracts with their clients - the citizens on precisely defined conditions and at the same time they shall conclude agreements (it is only a verbal differentiation, basically it will be contracts) with the providers.

## STEP 4

### Organization

Providers mean all the participants in the process of providing health services. They can be divided into two basic groups.

- a) Outpatient care (outpatient treatment, or day sanatoria),
- b) Inpatient care (facilities of all kinds).

It is clear at first sight that this very broad division will not be sufficient, because there is an entire complex of participants in the system of providing health services, who are somehow "involved". We refer mainly to the public pharmacies, suppliers of drugs, special medical materials for health care facilities, suppliers of energies, food, etc.

#### **Equal autonomy, equal responsibility and equal opportunities for the providers**

Providers of health care have to be autonomous just like other business entities, and they have to act at their own responsibility and risk. This condition is mostly prevented by the heritage of communism, mainly the high involvement of the state in the ownership structures and management. Equal rights and obligations of providers mean only that all entities shall have the same conditions and same chances. The incapacity and inability to denationalize the segment of health services provision and to introduce the requested equal opportunities lead to the crisis of health care.

We propose the following solution:

1. *Deetatization of property*: this will be performed by transferring all current state-owned property used to provide services to the ownership of self-governing regions.
2. *Transfers of competencies and development of an elastic network*: the regions have to have the right to establish their own facilities. The regional services shall be co-developed by regional purchasers of services based on efficient availability. The regional structure of providers thus will be elastic while it shall be the role of the state to set a standard on the basis of the principle „must not be less than“

(currently applies „not more than“) providers in individual segments. The region shall be responsible for the provision of health services to the extent to which it retains the ownership of the providers, mainly because they know best their local conditions, necessary for the provision of health services. There will definitely be differences in the structure of the network in the Bratislava region as compared with the Žilina or Prešov regions.

We consider it important to reiterate the basic conditions for such a set-up, meaning that all participants in the network must have equal rights (e.g. access to market or assumption of risk) to participate in the provision of services funded from the basic package within BBP and equal obligations to provide health services „lege artis“

#### **Legal capacity of individual entities**

The provider must see the motivation compensating the assumption of risk. That motivation is the profit! It is the effort of the purchaser to exercise pressure on the health care providers, to create competition among them, to enhance their efficiency and transfer to them his risk or a major part thereof. A natural reaction of a private provider in order to conclude a contract is to adapt to the conditions of the purchaser and reduce the risk of a bankruptcy. The risk of bankruptcy of state-owned providers (e.g. a state-owned hospital) is finally borne by the state. It is even worse however, that all profits (and debt too is negative profit) resulting from the operation of the hospital are also borne by the state. The management of the hospital thus has no incentives to improve the efficiency and enhance the services, because they know that after all the risk of mismanagement and the profit of good management is borne by the state. A necessary condition for the introduction of the institute of an efficient purchaser is the denationalization of all health care facilities and their broad corporatization and privatization.

We have pointed out in the analytical part that the high degree of involvement of the state in the provision of health services is a serious problem of the current health care. The state wanted to eliminate the risk resulting from this activity by transferring it to fictitious insurance funds. In the part „purchaser“ we pointed out that insurance funds in Slovakia indeed cannot fulfill their function and have therefore changed into simple collectors of money. Inpatient facilities remained almost exclusively in the ownership of the state. The protection of these providers is significantly higher than the protection of the so-called strategic companies. In the primary sector the activities of primary and specialist ambulatory care doctors were privatized, however the property was not.

One of the first preconditions of a change in the health care (shift from hierarchical structures to a contractual system) is a clear definition of the competencies of the providers. The word competency, which is often forgotten, includes the rights and obligations of individual segments in the network. In order to achieve the desired state, we have to:

- a) Make providers independent – provide exactly the same extent of autonomy as is offered to other business entities,
- b) Make the purchasers of services independent,
- c) Allow the citizen a real free choice of doctor, facility and purchaser.

The autonomy of providers, clearly defined rights and obligations, the elimination of various protection mechanisms that is the only way, how to force the provider to assume that part of the risk which is related to his activity.

### **Legal forms ensuring the autonomy/corporatisation of providers**

The following two solutions could be considered.

*First, the use of currently applicable legislation.* If we do not consider introducing new legal forms, than we shall use the existing state as defined by the Civil Code or the Commercial Code. Then we propose the following approach for the providers:

1. Nurses, paramedics and health care staff. We consider two legal forms. Either as an employee of

the provider or a contract nurse, working on the basis of a contract for the provider (the so-called registered profession).

2. Ambulatory nursing. Shall operate as civil associations or joint stock companies.
3. Doctors of primary and specialist ambulatory care. Similar legislation shall apply to their activity as applies to free-lance occupations (registered occupation)
4. Laboratories. Shall operate as civil associations or joint stock companies.
5. Inpatient facilities all types. We assume a corporate nature of business. It should be a combination of individual labor and real estate used for the provision of services. For the doctors in inpatient facilities the same rules shall apply as do for the nurses and doctors in primary ambulatory care. We consider offering employee status to young doctors and some older ones. Other doctors shall be in a freelance occupation, as the doctors in primary and specialist ambulatory care (registered occupation) and shall conclude various types of contracts with inpatient facilities. Stronger ties between doctors and inpatient facilities shall take the form typical for companies with differing capital participation. (e.g. general partnership, limited partnership).

A precondition of a successful and motivated work of the network participants is the denationalization of assets, pluralism of owners and forms of enterprise. It is however logical to also require that the existence of providers should depend also on „uncomfortable“ sections of the Civil Code, Commercial Code, the Bankruptcy and Composition Act, etc.

It is a disadvantage in the use of the existing legal forms that e.g. they do not sufficiently take into account the particularities of various activities of the providers. The liability for damage, responsibility and mismanagement usually does not correspond with the needs.

*Secondly, new legal form.* This will have to take into account particularities other than those currently used for arguments. When preparing a new legal form we shall proceed from the following conditions:



1. It is a cooperation of activities and assets, thus it shall be linked to the know-how of the staff and the owners of buildings and equipment.
2. It will be necessary to settle the property liability and the issues of legal liability for action.
3. It will be necessary to stipulate the principles for auditing the activities and arbitration.

The new legal form shall thus define the conditions for the establishment and winding up of a corporation (merging know-how and assets in one entity).

For both alternatives, i.e. using the existing legislation or drafting a new legal form however, the conditions outlined above have to apply, that is mainly autonomy and responsibility while respecting the principle of equality with other legal entities before law.

### **Liquidation of inpatient facilities**

We have pointed out in the analytical part that we have not only a surplus of beds but of entire facilities. In order to achieve efficiency it will be necessary to liquidate entire units. The only criterion of the required optimization of the number and size of facilities has to be economy (based on performance), while stating that only those can survive who earn their living and can thus face competition. Regional purchasers and the region as the first owner of all formerly state-owned facilities on its territory will become an important component able to manage this task. The region shall have the responsibility for respecting legal standards applicable on the entire territory of the Slovak Republic.

The region shall have the competence to manage and establish its own providers. The structure of providers formed by regional purchasers can be planned differently in different regions. A significant reduction of surplus providers will be necessary in regions with a denser network of providers, mainly inpatient facilities. In other regions the basic package could finance e.g. the transport of patients in case if this is more favorable for the provider and the patient than e.g. building a facility close to the patient. In other words the level of network elasticity shall depend on the needs of citizens through regional purchasers and shall be included into the do contract and agreement within the basic insurance of BBP.

### **Medical education and training**

Modern health systems are very demanding on doctors and nurses. They have to be able to use and operate modern equipment, manage technological changes in treatment resulting from demographic changes and cope with a general increase in demand for health care services.

Although it might appear that the issue of medical training is quite simple, like in the whole health system in Slovakia, there is also chaos and unnecessary strong involvement of the state in this sector.

### **Undergraduate training of doctors**

It will continue to be provided by the faculties of medicine. The issue of the number of undergraduates will have to be sorted out as part of the overall university reform. An excess of doctors is not envisaged at present. It will be the labor market that will ultimately regulate interest in medical studies. The financing of clerkships has not been addressed for many years. The faculties of medicine are established in the cities of Martin, Bratislava and Košice. The last two cities have an excess of hospitals, beds and a sufficient number of competent teachers.

We clearly endorse the principle of tendering in teaching. This means that teaching in hospitals is understood as supplies delivered by hospitals to the faculties. Logically, the faculties of medicine as contracting authorities should specify the requirements for the individual study branches and get the best price through tendering. Payments made by the faculties of medicine for services provided would motivate hospitals. Separate accounts for teaching and the delivery of health care services are a must.

### **Postgraduate training of doctors**

At present, postgraduate training is provided by a specialized institution – SPAM. At the same time, there is an extensive debate on the postgraduate training of doctors going on. The key arguments are summarized in the table 11.

Good-quality postgraduate training requires working with young doctors in the field on a daily basis. In our opinion, the non-institutional form of permanent and

on-going training should be carried out at high-quality departments of the existing hospitals with outpatient departments of Class III and higher, directly managed and supervised by the consultants of such departments. After the specified period of such supervised postgraduate training – we recommend 5 years – the finals would to be taken before a committee of examiners. Those who pass their finals will be issued certificates and could start to work independently.

Table 11

### Arguments on postgraduate training reform

Opponents of the institutional reform	Proponents of the reform
1. Poor quality of training	1. Tradition
2. High financial costs	2. Unified training
3. Abuse of the monopolistic position	
4. Bargaining with academic degrees	
5. Two-tier discriminatory system	
6. Costs are doubled up; useless artificial competition	
7. Legacy of communism and Soviet methods	

Source: Authors

### Nurse training

Nurses will have to respond, among others, to increased requirements in primary outpatient care. Nursing services must be provided as close to the patient or the customer as possible.

EU legislation guarantees the freedom of movement of persons, including the movement of general care nurses. In this field, EU legislation set the minimum standards for training and practice in 1977 and similar requirements for midwives in 1980. It is important that almost the same legislation is applied within the Council of Europe, of which Slovakia has been a member since 1990 (as a successor after the split of the former Czechoslovak Federal Republic).

To attain these objectives, the existing training of nurses and midwives as well as their role and status in practice will have to undergo changes. It will be necessary to implement the requirements regarding the training of general nurses at the level of bachelor's studies. Master's studies will be required in respect of:

- a) Teachers training nurses and midwives;
- b) Nursing officers in the field of nursing, obstetrics and social services;
- c) Community nurses (in charge of the healthy environment);
- d) Occupation nurses (in charge of healthy working conditions in companies);

- e) Researches in the field of nursing and midwifery;
- f) Audit/inspection nurses;
- g) Nursing ethics in the area of midwifery;
- h) Further studies designed to obtain academic degrees.

In general, the job of nurse requires higher qualifications than those provided by the existing education and training system. One of the objectives is to improve training as well as competencies and skills of nurses so that they would be able to work more independently, are on equal footing with doctors and become a real part of teams providing health services.

It will be necessary to draft plans for the training of community, family and occupation nurses.

There is a pending issue of nurses and midwives who, due to objective reasons, do not comply with the EU requirements. If they want to work in Slovakia, their acquired rights have to be respected so that they can work as nurses and midwives. However, one of the requirements of free movement of persons in respect of general nurses and midwives in the EU is to prove that a candidate has worked as a nurse responsible for the provision and control of nursing for at least three years out of the last five years.

Similar requirements apply to laboratory staff, assistants and technicians. In our opinion, such professions require bachelor's studies and master's studies will be required for managers and teachers in this field. The professions of general nurse and midwife will undoubtedly belong to regulated and free-lanced jobs.

Taking into consideration the present day conditions of our medical training system, a radical reform will be required in respect of the training of nurses and midwives. Our nurses and midwives will undoubtedly have to meet the qualification requirements common in the EU. This requirement is even sharper in the light of the expected shortening of the transition period for the free movement of persons following Slovakia's accession to the European Union.

**STEP 5****Regulation, powers and responsibilities of the individual entities involved**

Responsibilities and competencies are one of the most powerful instruments available to the state in its efforts to influence and control the behavior of financial intermediaries and to set the rules of the game for providers.

Solvency and cash flows (including redistribution) of purchasers will be checked by the Financial Market Office. This authority will be financed from the mandated fees of purchasers.

The Audit and Supervisory Office will carry out ex-lege medical control of providers. The owners will check how the respective providers manage assets. The purchasers will check the legitimacy and delivery of services requested by patients. The Audit and Supervisory Office will also monitor human health (hygiene and epidemiological conditions, etc.).

Table 12

**The roles and competences of the individual entities involved**

<b>Entity</b>	<b>Role and competencies</b>
State	Legislation
	Methodology
	Introduction of a control/audit system
	Accession processes and accession funds
	Provision for the establishment of grant agencies
	Payments on behalf of its employees
	Protection of purchasers against "vis major"; under clear-cut specified circumstances and conditions
	Reinsurance of purchaser against "vis major" and the competencies of "forced receivership" under pre-defined circumstances
Regional state administration / Regional authorities	Responsibility for the ownership of state-owned providers as part of the transfer of assets from the state to regions
	Contribution to the set-up of a regional network
	Financing of regional health development programs as above-the-standard service offered to "its" citizens
Purchasers	Collection of revenues from economically active population within the scope of financial solidarity
	Allocation of funds on the principles of solidarity and risk indexes
	Placement of financial pressure on the network of providers
	Making contracts with citizens and providers
	Price negotiation
	Contribution to and involvement in the preparation of payment and remuneration mechanisms
Providers	Specification and clarification of redistribution on the principle of risk indices
	Provision of health services
Professional organizations	Price negotiation and pricing
	Legislation drafting in co-operation with the central government and regional authorities
	Regulation of the profession, mainly through obligatory registration and control of service delivery
	Review of basic training programs
	Preparation of programs for further education
	Monitoring of the compliance with the training programs
	Involvement in and presence at tests
	Involvement in price negotiations with the purchasers of services
Representation on scientific boards and accreditation committees	

Source: Authors

# Poznámky

---

## **Poznámky**

---

# Poznámky

---

## **Poznámky**

---

# Poznámky

---