

3.3 ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

3.3.1 Práva pacientov

Predmetom zdravotnej starostlivosti je pacient ako klient zdravotníckych služieb.¹⁰⁰ V demokratickom svete sa začal v ostatných desaťročiach kvalitatívne meniť vzťah medzi pacientom na jednej strane a lekárom, zdravotníckym personálom a celým systémom zdravotnej starostlivosti na strane druhej. Pacient prestáva byť iba pasívnym objektom zdravotnej starostlivosti, ktorého úlohou je podriaďiť sa rozhodnutiu odborníkov a pasívne prijímať predpísaný spôsob svojej liečby. Pacient sa stále viac stáva partnerom lekára, vážnym klientom zdravotníckych služieb.

Práva pacientov sú odvodené od základných ľudských práv, jednak občianskych a politických, ako aj sociálnych. Predpokladá sa, že rešpektovanie práv pacientov zdravotníckymi pracovníkmi zvyšuje zodpovednosť a angažovanosť pacientov v procese zdravotnej starostlivosti. Okrem toho, čím viac vie verejnosť o svojom práve na autonómiu, o práve rozhodovať sa a vybrať si, tým väčšia je účasť pacientov v procese zlepšovania kvality zdravotníctva. Informovaný občan tiež na seba aktívne preberá zodpovednosť za svoje zdravie.

Práva pacientov je možné rozdeliť na individuálne a sociálne. *Individuálne práva* sú založené na princípe sebaurčenia. Zvyčajne zahŕňajú princíp informovaného súhlasu, právo na súkromie, prístup k vlastným zdravotným záznamom, dôvernosť informácií a právo sťažovať sa.¹⁰¹

Informovaný súhlas – je jedným zo základných práv pacienta. Znamená spojenie informácie a súhlasu: pacient musí byť dobre informovaný, aby mohol dať súhlas k určitému vyšetreniu či zákroku. Čo sa týka informácie, podľa slovenskej legislatívy má pacient právo na „náležité poučenie najmä o povahe ochorenia, potrebných zdravotných výkonoch, o možnosti rizika a zdravotnej prognóze“.¹⁰² „Lekár je povinný vhodným a preukázateľným spôsobom poučiť pacienta, prípadne osoby blízke pacientovi o povahe ochorenia a o potrebných zdravotných výkonoch tak, aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Obsah vhodného poučenia určuje lekár v každom prípade individuálne tak, aby bolo urobené ohľaduplne a eticky a aby u pacienta nenarušalo liečebný proces.“¹⁰³ Takáto formulácia informovaného súhlasu je však v porovnaní so štandardmi krajín Európskej únie vágna.¹⁰⁴

Prístup k vlastným zdravotným záznamom – podľa slovenskej legislatívy má pacient právo nahliadať do zdravotnej dokumentácie a robiť si z nej na mieste výpisky.¹⁰⁵ Podľa legislatívy viacerých európskych krajín má pacient právo získať za poplatok kópie zo svojej zdravotnej dokumentácie.

Dôvernosť – podľa legislatívy SR má pacient právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich s jeho zdravotným stavom.

Možnosť sťažovať sa – pacient má podľa platnej legislatívy právo podať sťažnosť, ak sa domnieva, že sa porušilo jeho právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Sťažnosť môže pacient podať riaditeľovi štátneho zdravotného zariadenia, štátnemu okresnému lekárovi, štátnemu krajskému lekárovi, Ministerstvu zdravotníctva alebo stavovským inštitúciám.

Sociálne práva predstavujú prístupnosť a kvalitu zdravotných služieb (prístupnosť v geografickom aj finančnom zmysle) a odstránenie nespravodlivých diskriminačných bariér. Zabezpečenie sociálnych práv pacientov závisí do veľkej miery od ekonomických možností spoločnosti.

Základné sociálne právo v oblasti zdravia, *právo na zdravotnú starostlivosť*, znamená v prvom rade právo na ochranu zdravia. K základným medzinárodným dokumentom, ktoré všeobecné sociálne práva charakterizujú, patrí Európska sociálna charta Rady Európy z roku 1961 (novelizovaná v roku 1996), ktorú Slovenská republika ratifikovala v roku 1998. Článok 11 tejto charty nesie názov „Právo na ochranu zdravia“ a zaväzuje zmluvné štáty zabezpečiť, okrem iného, odstránenie príčin chorobnosti, vzdelávacie a poradenské zariadenia pre podporu zdravia, posilnenie osobnej zodpovednosti v otázkach zdravia a predchádzanie epidemických, endemických a iných chorôb a nehôd, do najvyššej možnej miery.

¹⁰⁰ V nasledovnom texte je použitý výraz pacient vo význame klient alebo spotrebiteľ.

¹⁰¹ Zdroj: De Bijl (2000).

¹⁰² § 6, Zákon NR SR č.277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti

¹⁰³ § 15, Zákon NR SR č.277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti

¹⁰⁴ Napríklad, podľa holandského zákona o zdravotnom kontrakte (Dutch Medical Contract Act), ktorý je súčasťou holandského občianskeho zákonníka, musí byť pacient informovaný o navrhovanom vyšetrení a liečbe, ako aj o svojom zdravotnom stave. Informácia sa má týkať nasledovných aspektov: charakter a účel navrhovaného vyšetrenia alebo liečby, potrebné výkony, riziká a následky pre zdravie pacienta, alternatívy vyšetrení a liečby, zdravotný stav pacienta a prognózy zdravotného stavu do budúcnosti. Taktiež podľa nemeckej Pacientskej charty musí lekár informovať pacienta o rizikách a cieľoch vyšetrenia alebo liečby, alternatívach liečby, pacientovom zdravotnom stave a prognóze liečby.

¹⁰⁵ § 16, Zákon NR SR č.277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti

Legislatívna úprava práv pacientov

Slovenská legislatíva o právach pacientov vychádza zo Všeobecnej deklarácie ľudských práv, ktorú prijalo Valné zhromaždenie OSN 10. decembra 1948 a z Ústavy Slovenskej republiky z 1. septembra 1992.

V článku 40 Ústavy SR sa uvádza: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotné pomôcky za

box 3.7*Právne povedomie verejnosti v SR*

V rámci projektu, podporeného viedenským Inštitútom pre spoločenské vedy, sa v r. 2000 uskutočnila štúdia, ktorej cieľom bolo zistiť právne vedomie občanov SR vo vzťahu k tej časti občianskych a ľudských práv, ktoré sa dotýkajú človeka pri jeho ochorení, teda jeho práv ako pacienta. V prieskume bola použitá dotazníková metóda a vyhodnotených bolo 1874 dotazníkov s pokrytím všetkých krajov Slovenska.

Základná vedomosť o právach pacientov je podľa prieskumu pomerne nepriaznivá – len 66% respondentov vedelo, že takéto práva existujú. Väčšina opýtaných je toho názoru, že sa tieto práva nedodržiajú. Tento negatívny postoj súvisí do určitej miery s celkovým názorom občanov na Slovensko ako právny štát a na dodržiavanie zákonnosti v celej spoločnosti.

Časť prieskumu sa týkala možnosti slobodnej voľby lekára a zdravotného zariadenia. Odpovede nasvedčujú tomu, že o tejto možnosti väčšina obyvateľstva vie. Menej jednoznačné stanovisko v otázke slobodnej voľby zdravotného zariadenia vychádza z praktických skúseností, kde napriek deklarovanej možnosti voľby platia určité obmedzenia. Z odpovedí ďalej vyplynulo, že lekári si svoju povinnosť poučiť pacienta o povahe jeho choroby a plánovaných výkonoch plnia len veľmi nedostatočne. Predpis o povinnej mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov sa zdá byť dostatočne známy, takisto možnosť odmietnuť potrebnú starostlivosť. Každý siedmy pacient však túto možnosť nepozná. Prekvapuje veľmi nízke právne vedomie o tom, že v určitých prípadoch môže byť liečba podľa zákona nariadená, a to bez súhlasu pacienta. Takisto udivuje, že len 61% respondentov vedelo, že má právo odmietnuť svoju účasť pri lekárskej výučbe a v zdravotníckom výskume.

V poradí hodnôt jednotlivých práv pacienta dala polovica respondentov na prvé miesto kvalitu starostlivosti, na posledné miesto sebaurčenie. Je zaujímavé, že bezplatnosť služieb nehrala v odpovediach významnejšiu úlohu. Absencia aktívneho záujmu o vlastné zdravie a neznalosť potreby spolupracovať pri jeho uchovaní je zreteľná aj v hodnotení povinností pacienta, kde na poslednom mieste je uvedený jeho záujem o dodržiavanie zásad zdravej životosprávy. Nelichotivé predposledné miesto zaujíma prevencia.

Z predloženej štúdie vyplýva najmä to, že väčšina občanov SR vie o tom, že nejaké práva pacientov existujú, ale prevláda názor, že sa nedodržiajú. Občania majú primerané znalosti o možnosti voľby lekára a zdravotného zariadenia, avšak z odpovedí vyplýva, že zdravotnícki pracovníci nedostatočne dbajú na právo pacienta vedieť všetko potrebné o svojom ochorení, jeho diagnostike a liečbe. Občania si neuvedomujú svoju povinnosť aktívne sa starať o svoje zdravie a neprikladajú dostatočný význam prevencii. Takisto si nedávajú dostatočne do súvislosti riadne platenie poisťného s možnosťami zdravotníctva poskytovať dobe primerané služby. Záverom možno povedať, že všetky aktivity – vládne i mimovládne – zamerané na zvyšovanie povedomia verejnosti o svojich právach, ale aj povinnostiach v procese zdravotnej starostlivosti, sú vítané a potrebné.

podmienok, ktoré ustanoví zákon.“ Právu na zdravotnú starostlivosť predchádza právo na ochranu zdravia. Ústavné zákony upravujú spôsob ochrany zdravia a poskytovania zdravotnej starostlivosti občanov. Zákon NR SR č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, jej organizáciu, práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri zabezpečovaní tejto starostlivosti. Zákon NR SR č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov definuje pojem zdravie, spôsob jeho ochrany a úlohy jednotlivých objektov. Zákon NR SR č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku v znení neskorších predpisov upravuje podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych pomôcok na základe zdravotného poistenia ako aj za čiastočnú alebo celú úhradu poistencov. Zákon NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriadení rezortných, odvetvových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov upravuje povinnosti a práva poistenca.

Čo sa týka sociálnych práv pacientov, zákon č. 277 o zdravotnej starostlivosti uvádza: „Štát utvára podmienky na to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala na odbornej úrovni, plynulo, sústavne a aby bola dostupná.“

V legislatíve Slovenskej republiky sú práva pacientov spomínané vo viacerých zákonoch, orientácia v nich nie je jednoduchá. Pracovná skupina pri Ministerstve zdravotníctva SR preto na prelome rokov 2000/2001 vypracovala Chartu práv pacienta v Slovenskej republike. Vtedajší minister zdravotníctva tento dokument predložil na rokovanie vlády SR. Charta bola schválená vládou v apríli 2001 a prijatá Národnou radou SR v septembri 2001. Charta má dve časti. Prvú – všeobecnú, kde sa hovorí o východiskách a všeobecných ľudských právach. Druhá časť charty je veľmi konkrétna a týka sa priamo práv pacientov. Obsahuje články o všeobecných právach pacientov, o práve na informácie, o podmienkach súhlasu pacienta, o dôvernosti zdravotných informácií, o starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich. V článku o samotnej liečbe a starostlivosti sa hovorí o tom, na akú starostlivosť

má občan nárok. Posledné dva články, podávanie sťažností a náhrada škody, budú určite predmetom najväčších diskusií a záujmu zo strany pacientov.¹⁰⁶

Charta práv pacienta v Slovenskej republike bola pripravená ako súhrnný dokument jednotlivých práv pacientov, zakotvených v našej legislatíve. Jej účelom je jednoduchšia orientácia občanov a zdravotníckych odborníkov v danej problematike. V porovnaní s legislatívou krajín Európskej únie v oblasti práv pacientov má SR nedostatky. Práva pacientov uvedené v zákonoch by bolo potrebné doplniť a rozšíriť, najlepšie vo forme samostatného zákona.

3.3.2 Hlavné problémy slovenského zdravotníctva a analýza ich príčin

Predpokladom slobodného rozhodnutia jednotlivca o svojom živote je plnohodnotný zdravotný stav. Zdravie je preto vnímané ako nevyhnutný predpoklad zmysluplnej a slobodnej voľby.

Ukazovatele zdravotného stavu v SR pomerne výrazne zaostávajú za najrozvinutejšími krajinami. Ako bolo načrtnuté v predchádzajúcich kapitolách, tento stav je výsledkom mnohých faktorov, zdravotníckeho a najmä mimozdravotníckeho charakteru. Spoločensko-politický vývoj v uplynulých desaťročiach zasial na Slovensku hlboké korene presvedčenia, že otázka zdravia súvisí – viac ako s „nezdravotníckou“ prevenciou zlého zdravotného stavu – s liečením tohto stavu zdravotnou starostlivosťou. Obyvatelia tak spájajú so zdravotníctvom očakávania prevyšujúce jeho reálny vplyv na ich zdravotný stav.

box 3.8

Vybrané údaje o zdravotníckom systéme SR

- ❑ Ústava SR garantuje právo každého občana na ochranu zdravia, bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia, postaveného na princípe solidarity, neziskovosti a plurality. Tento systém zahŕňa prakticky každého obyvateľa s trvalým pobytom v SR. Prístup k zdravotníckym službám zabezpečuje sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- ❑ Ambulantná sféra pozostáva z primárnej ambulantnej starostlivosti PAS (lekár všeobecný, detský, gynekológ-pôrodník, zubár), špecializovanej ambulantnej starostlivosti ŠAS (napr. lekár očný, kožný), spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek SVALZ (napr. biochemické laboratória, röntgen), lekární, polikliník, agentúr domácej ošetrovateľskej služby. Väčšina lekárov primárnej a sekundárnej starostlivosti podniká súkromne na základe licencie krajského štátneho lekára a dohody so zdravotnou poisťovňou.
- ❑ Ústavná starostlivosť zahŕňa nemocnice a špecializované ústavy (napr. onkologický, psychiatrický). Nemocnice sú rozdelené podľa rozsahu služieb do troch kategórií. V r. 2000 bolo na území SR v prevádzke 92 nemocníc, z toho tri súkromné (567 lôžok). Ostatné nemocnice sú verejné (35 557 lôžok) a väčšina z nich patrí po prechode kompetencií do pôsobnosti miest a obcí.
- ❑ Medzi komunitné (sociálne) služby patria ústavy dlhodobej starostlivosti, strediská dennej starostlivosti, sociálne služby pre dlhodobo chorých, starých ľudí a skupiny so špeciálnymi potrebami. Mnoho z týchto zariadení prešlo pod samosprávu alebo sú v zmiešanom vlastníctve.
- ❑ Ministerstvo zdravotníctva má široký rozsah kompetencií, ktorý pokrýva tvorbu zdravotnej politiky, prípravu legislatívy, poskytovanie zdravotnej starostlivosti v štátnych zariadeniach, reguláciu cien a miezd, dozor, atď.
- ❑ Pod pôsobnosť ministerstva patrí aj sieť 37 štátnych zdravotných ústavov, ktoré zabezpečujú zdravotnícke a hygienické služby v rámci opatrení na ochranu zdravia populácie, ako aj Národné centrum ochrany zdravia.
- ❑ V SR pôsobí v súčasnosti 5 zdravotných poisťovní, z ktorých dve sú riadené štátom. V dôsledku nerovnakého počtu aktívnych a neaktívnych poistencov dochádza k prerozdeľovaniu vybraných prostriedkov (v súčasnosti 100%).
- ❑ Na 100 tisíc obyvateľov pripadá 360 lekárov (resp. na 1 lekára pripadá 272 obyvateľov, odhad ŠÚ SR, 2001), čo je údaj porovnateľný s priemerom EÚ (353 v r. 1999). V porovnaní s EÚ je na Slovensku nižší počet všeobecných lekárov a vyšší počet špecialistov.
- ❑ V r. 2000 pripadalo na 1000 obyvateľov 6,5 nemocničných lôžok, čo je viac ako priemer OECD. Priemerná vyťaženosť lôžok je približne 70% (OECD viac ako 80%) a priemerná dĺžka pobytu predstavovala 8,9 dní, čo je viac ako v ČR (8,7), Maďarsku (7,0) alebo Rakúsku (6,8).
- ❑ Celkové výdavky na zdravotníctvo (vrátane neformálnych výdavkov) predstavovali v r. 2001 7,3% z HDP. Podľa údajov WHO tvoria verejné výdavky takmer 90% celkových výdavkov, čo je podstatne viac ako väčšina členských a kandidátskych krajín na vstup do EÚ (2000). Priemerné výdavky na jedného obyvateľa SR v parite kúpnej sily sú 690 USD, čo je menej ako v Slovinsku, ČR a Maďarsku, avšak viac ako v ostatných kandidátskych krajinách (s výnimkou Cypru a Malty).

Slovensko, podobne ako ostatné krajiny strednej a východnej Európy, dosiahlo počas socialistickej éry viaceré pokroky v oblasti zdravia. Súviseli najmä s plošnou imunizáciou a znížením úmrtnosti detí, preventívnymi prehliadkami, zlepšeným prístupom k nezávadnej vode a hygienickým zariadeniam, prekonaním problému podvýživy a snahou o zvládnutie prenosných chorôb.¹⁰⁷ Najrozvinutejšie krajiny z tohto regiónu dosahovali v 50.-60. rokoch dvadsiateho storočia ukazovatele zdravotného stavu porovnateľné s krajinami západnej Európy. Postupne sa však rozdiely prehľbovali, na čom mali podiel faktory zdravotníckeho aj nezdravotníckeho charakteru. Zdravotnícke systémy, poskytujúce navonok

¹⁰⁶ Zdroj: Sedláková, D.: *Vláda schválila Chartu práv pacienta*. Časopis Partnerstvo, č. 2, 2001, s. 14

¹⁰⁷ Zdroj: World Bank (2000a).

bezplatnú, komplexnú a univerzálnu starostlivosť, boli predimenzované a produkovali – podobne ako celé spoločenské zriadenie – dlh, pričom ostávali izolované od vývoja na Západe.¹⁰⁸

Spoločenské zmeny po r. 1989 priniesli aj zmeny vplývajúce na zdravie. Tieto súviseli napríklad s novými trendami v životnom štýle, širšou ponukou potravín, lepším prístupom k informáciám, transferom know-how v oblasti medicíny, lepšou dostupnosťou kvalitných liekov, a s demografickým vývojom. Uvedené zmeny sa pravdepodobne podpísali pod relatívne pozitívny vývoj zdravotného stavu obyvateľstva SR, ktorý však podľa názoru odbornej i laickej verejnosti nie je sprevádzaný adekvátnym rastom kvality poskytovania zdravotníckych služieb a kvality fungovania zdravotníckeho systému ako takého.¹⁰⁹ V zdravotníctve aj po desaťročí reforiem pretrváva mnoho deformácií z minulosti. Súčasná kríza zdravotníctva na Slovensku má tak pôvod v zdedených deformáciách z minulého obdobia a v doterajšej absencii hlbšej reformy.

Negatívne trendy v oblasti zdravotníctva odsúvajú do úzadia pozitívne tendencie a pozitívne zmeny. Poznanie príčin krízy slovenského zdravotníctva je jedným z rozhodujúcich východísk postupného riešenia problémov. Práve vzhľadom na túto skutočnosť sa nasledovný text sústreďí vo väčšej miere na problémové otázky a pozitívne aspekty ostávajú skôr v úzadí.

Moderný zdravotnícky systém by mal plniť tri základné ciele:

1. Zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva
2. Zvyšovať spokojnosť pacienta so zdravotníckymi službami
3. Zabezpečiť primeranú mieru ochrany občanov pred finančnými rizikami spojenými so zdravotnou starostlivosťou.

Pri hodnotení zdravotníckeho systému je vhodné zdefinovať podrobnejšie kritériá resp. ciele zdravotníckeho systému. Tieto majú na vyššie uvedené ultimatívne ciele významný vplyv, ale samé o sebe nie sú cieľmi konečnými:

- Prístup/dostupnosť
- Efektívnosť
- Kvalita
- Finančné bremeno
- Náklady

Vymedzenie týchto podporných cieľov umožňuje definovať problémy slovenského zdravotníctva (pozri tabuľku 3.11).

¹⁰⁸ Podľa výskumov, využívajúcich koncept odvrátiteľnej úmrtnosti, bola približne štvrtina rozdielu v úmrtnosti pre vekovú kategóriu 0-75 rokov medzi východnou a západnou Európou v r. 1988 spôsobená nedostatkami v zdravotníckej starostlivosti. Úmrtnosť na odvrátiteľné príčiny smrti klesala vo východoeurópskych krajinách pomalším tempom ako na Západe. (Zdroj: Study on the Social Protection, 2002).

¹⁰⁹ Niektoré zdroje (pozri napr. World Bank, 2000a) uvádzajú, že zmeny v ukazovateľoch zdravia v tranzitívnych krajinách po spoločenských zmenách (resp. ich zhoršenie v krajinách bývalého ZSSR) nevznikli dôsledkom podstatného zhoršenia zdravotníctva, ale skôr vplyvom zmien v životných podmienkach a správaní (zvýšená spotreba alkoholu a tabaku, rozšírenie HIV, a pod.). Výskumy v tranzitívnych krajinách poukazujú, že najviac zraniteľné sú skupiny, ktorých transformácia postihla najrýchlejšie, a ktorí majú najmenej sociálnych kontaktov: muži stredného veku, s nízkou úrovňou vzdelania a nedostatkom sociálnych kontaktov (napr. slobodní).

tabuľka 3.11

Hlavné problémy slovenského zdravotníctva

| Problém | Príčiny | Dôsledok |
|---|---|--|
| Nedostatočná efektívna dostupnosť | <ol style="list-style-type: none"> 1. Centrálné riadenie rezortu zdravotníctva 2. Nerovnosť šancí a mäkké rozpočtové obmedzenie 3. Pasivita zdravotných poisťovní 4. Pasivita a pretrvávajúci socializmus v správaní pacienta | <ol style="list-style-type: none"> 1. Korupcia 2. Prebytok kapacít, lebo neefektívni poskytovatelia nie sú vytlačení z trhu |
| Nízka alokatívna efektívnosť a technická efektívnosť | <ol style="list-style-type: none"> 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 subjektami | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plytvanie zdrojmi 2. Uprednostňovanie vyhľadávania renty pre tvorbu zisku 3. Extrémne vysoký dlh |
| Nízka kvalita | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie je dostatočne silný vzťah medzi tým, čo človek platí a tým, čo dostáva 2. Absencia konkurencie 3. Slabá organizovanosť pacientov | <ol style="list-style-type: none"> 1. Korupčný trh |
| Aká má byť miera solidarity a aký je optimálny výber zdrojov? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie je dostatočne oddelené zdravotné poistenie od štátneho rozpočtu 2. Nie je posilnený vzťah medzi tým, čo človek platí a tým, čo dostáva 3. Nie je legálne možné do zdravotníctva dostať súkromné zdroje | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kombinácia prvkov poistenia a redistribúcie príjmov 2. Neplatiči 3. Korupcia |
| Neudržateľná výška a nevyhovujúca štruktúra nákladov | <ol style="list-style-type: none"> 1. Neprimeraný rozsah nepoistiteľného rizika 2. Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vysoký objem prostriedkov na liečbu a nízky na prevenciu 2. Dlh 3. Nízky objem súkromných zdrojov |

Zdroj: Pažitný – Zajac (2001).

Prvý problém – nedostatočná efektívna dostupnosť

Univerzálny prístup je často vyzdvihovaný ako najväčší výdobytok zdravotníctva v SR. 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 možno interpretovať ako užitie (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.

Medzi príčiny nedostatočnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti na Slovensku patria:

- ❑ *Centrálné riadenie rezortu zdravotníctva.* Zdravotníctvo je centrálné riadené Ministerstvom zdravotníctva. Do jeho monopolu spadajú rozhodujúce kompetencie ako stratégia a manažment zdravotníctva, riadenie štátnych zdravotníckych zariadení, štátny dozor, rozhodovanie o finančných zdrojoch, tvorba cien a tarifných miezd, regulácia liekov. Takéto riadenie sa vyznačuje nízkou flexibilitou, vysokou mierou regulácie, vysokým objemom korupcie a nedodržiavaním rovnakých pravidiel hry pre všetky subjekty. V systéme naďalej pretrváva „socialistická“ forma, keď štát fixne určuje a centrálny riadi sieť zdravotníckych zariadení, deformuje cenové mechanizmy a konkurenciu a znemožňuje efektívnu mzdovú diferenciaciu.
- ❑ *Nerovnosť šancí a mäkké rozpočtové obmedzenie.* Týka sa predovšetkým nerovnosti v znášaní rizika. Štát totiž garantuje 100% platobnú schopnosť dvoch štátom riadeným zdravotným poisťovniam a ručí za dlhy nemocníc.¹¹⁰ Systém zdravotníctva sa oproti iným odvetviam ekonomiky pohybuje v mäkkom rozpočtovom obmedzení, ktoré sa vyznačuje udeľovaním výnimiek zo strany štátu (napr. udeľovanie výnimiek z exekúcií a konkurzov, neustále oddlžovanie lôžkových zariadení a zdravotných poisťovní a pod.).

¹¹⁰ Uvedené dve štátne poisťovne (Všeobecná zdravotná poisťovňa, Spoločná zdravotná poisťovňa) poisťujú asi 80% poisťencov, ostatní poisťenci patria do troch súkromných poisťovní. Zo všetkých lôžkových zariadení sú len tri nešťátne; za dlhy týchto zariadení štát neručí.

- *Pasivita zdravotných poisťovní.* Štát okrem znášania finančného rizika poisťovniam garantuje správny fond vo výške 4% z vybraného poistného. Na hospodárení zdravotných poisťovní sa chýbajúce znášanie rizika odzrkadľuje tak, že neplnia základnú úlohu, ktorou je aktívne nakupovanie efektívnych zdravotníckych služieb. Nezaujímam o vlastný hospodársky výsledok nemotivuje poisťovne k vyvíjaniu tlaku ani na efektívnejšie hospodárenie poskytovateľov služieb, ktoré by zodpovedali reálnym potrebám klientov. Poisťovne tak plnia len redistribučnú funkciu, keď plošne prerozdeľujú vyzbierané finančné prostriedky podľa ministerstvom určených podmienok.
- *Pasivita a pretrvávajúce socialistické praktiky v správaní pacienta.* Štát všetkým občanom garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť, čo priamo deformuje ich správanie. Medzi skutočne vynaloženými nákladmi za poskytnutie zdravotníckych služieb a finančným bremenom nie je žiadny vzťah, čo sa prejavuje neohraničenou spotrebou a dôrazom na liečbu namiesto prevencie. Sprievodným znakom je vysoká miera korupcie, ktorou si pacienti nakoniec zabezpečujú prístup k „bezplatným“ službám.

Druhý problém – nízka technická a alokatívna efektívnosť

Efektívnosť vyjadruje vzťah medzi nákladmi a želanými výstupmi. Pokiaľ nie je zdravotný systém technicky aj alokatívne efektívny,¹¹¹ tak bude plytvať vzácnymi zdrojmi a dosahovať menej želaných cieľov. Hlavnými príčinami nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva sú:

- *Nemotivačne nastavené parametre systému zdravotného poistenia.* Financovanie slovenského zdravotníctva sa opiera o poistný systém. Tento systém sa vyznačuje viacerými deformáciami, najmä:
 1. Napriek výrazným rozdielom vo výške platby za zdravotné poistenie systém každému občanovi poskytuje rovnakú úroveň celej zdravotnej starostlivosti. Nevýhodou takéhoto poňatia solidarnosti je jej časté zneužívanie.
 2. Zdravotné poisťovne, ktorých je v súčasnosti päť, zabezpečujú financovanie úplne rovnakej úrovne zdravotnej starostlivosti svojim poistencom, čím pluralita zdravotných poisťovní nadobúda deklaratívny charakter.
 3. Zdravotné poisťovne neznašajú žiadne finančné riziká a majú garantovaný 4% správny fond.
 4. Systém nevhodne kombinuje prerozdelenie príjmov (platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov) a prvky sociálneho poistenia (odvody ekonomicky aktívnych poistencov).
 5. Prerozdeľovanie vybraných finančných prostriedkov medzi zdravotnými poisťovňami kvôli nerovnakej štruktúre aktívnych a neaktívnych poistencov je od jeho zavedenia v r. 1995 predmetom viacerých sporov. Postupné zvyšovanie objemu prerozdeľovaných zdrojov na 100% vybraného poistného spôsobilo, že z tohto dotačného mechanizmu profitujú tie zdravotné poisťovne, ktoré majú nevýhodný poistný kmeň.¹¹² Pravidlá a výška prerozdelenia sa za uplynulých 7 rokov výrazne menili, čím nebola zabezpečená stabilita prostredia.¹¹³
 6. Nemotivačné postavenie poisťovní je výsledkom nedostatočnej legislatívy, ktorá ich nenúti lepšie a kvalitne hospodáriť. Chýba tlak reálnych financií v konkurenčnom prostredí poskytovateľov znižovať ceny služieb. Poisťovne nie sú závislé od zisku a neznašajú žiadne podnikateľské riziko, čím sa ich činnosť zúžila na prostoduchý výber financií a komplikovanú redistribúciu. Výsledkom často sa meniaceho a nemotivačne nastaveného systému zdravotných poisťovní je dlh celého systému zdravotníctva.
- *Nemotivačne nastavený systém platobných mechanizmov v ambulantnej sfére.* Lekári primárnej ambulantnej starostlivosti (napr. detský alebo všeobecný lekár) sú platení formou kapitácie. To 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, čo má svoje negatíva:
 1. Lekári nemajú motiváciu poskytovať zdravotné služby a často napriek fyzickej dostupnosti znižujú reálnu dostupnosť pacientov k starostlivosti (zvlášťne stanovované ordinačné hodiny, a pod.),
 2. Klesá kvalita poskytovaných služieb.
 3. Znižuje sa efektívnosť poskytovaných služieb, lebo za ten istý objem vstupov (zdroje lekára z kapitácie) dostávajú pacienti menej výstupov (lekár menej lieči).

¹¹¹ Technická efektívnosť znamená maximalizáciu výstupov za daného stavu vstupov, resp. znižovaním vstupov dosiahnuť danú hranicu výstupov. Alokatívna efektívnosť je rozhodnutie o takom súbore služieb, ktorému budú zodpovedať najväčšie prínosy zdravotného stavu. V slovenskom zdravotníctve často prevláda vnímanie, že zvyšovanie efektívnosti je otázkou zvyšovania vstupov pri ponechaní či znížení výstupov.

¹¹² Mechanizmus prerozdeľovania je 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 3 rokov a občania nad 60 rokov, ktorí majú vysoký index rizika a vysoké náklady spojené s ich liečbou). Zavedenie tohto krížového dotačného systému spôsobilo vznik tzv. zdvojených duší, ktoré sa stali predmetom prerozdelenia. Od roku 1997 až do polroku 1999 počet poistencov prevyšoval počet obyvateľov o takmer 250 tisíc osôb, čo je cca 4,4 % celkovej populácie SR.

¹¹³ Miera prerozdelenia poistného medzi poisťovňami predstavovala k decembru 2002 úroveň 85%. Ministerstvo zdravotníctva uvažuje o zvýšení miery na 100% napriek nesúhlasu niektorých zdravotných poisťovní.

4. Dochádza k presunu nákladov na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, napr. na nemocnice.

5. Kapitačný systém odmeňovania a jeho regulácia je plne v moci Ministerstva zdravotníctva, ktoré stanovuje kapitačnú sadzbu. Z pohľadu lekárov je kapitácia najlepším systémom odmeňovania (nie je viazaná na výkon), sú však nespokojní s nedostatočnou valorizáciou kapitačnej platby.

Neštátni lekári špecializovanej ambulantnej starostlivosti (napr. plastický chirurg) sú platení podľa výkonov, pričom každý výkon je ocenený patričným počtom bodov. Z dôvodu lekármi vyvolaného dopytu a limitovaného rozpočtu zdravotných poisťovní, sa špecialistom určuje horný limit preplatených bodov.¹¹⁴ Systém platenia za výkony so zavádzaním limitov je síce moderným platobným mechanizmom, má však svoje obmedzenia a na každého z účastníkov sektora zdravotníctva má viaceré špecifické dôsledky:

1. Ministerstvo zdravotníctva v rámci udržania nákladov nie je motivované valorizovať cenu bodu. Zároveň si uvedomuje, že neštátni lekári znášajú všetky finančné riziká osobne a musia zo svojich výnosov efektívne hospodáriť. Paradoxne, táto podmienka nie je smerovaná aj na štátom vlastnené nemocnice.

2. Zdravotné poisťovne viazané cenovým výmerom Ministerstva financií SR (ktorý vydáva na základe podkladov a návrhov MZ SR) pre jednotlivých neštátnych poskytovateľov stanovujú tzv. horné limity s cieľom minimalizovať vyvolaný dopyt a udržať rast výdavkov tejto skupiny poskytovateľov. Zároveň tak odhaľujú svoju najväčšiu slabinu, ktorou je nezáujem efektívne alokovať finančné prostriedky.

3. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – špecialistov tento systém znamená pracovať určitý čas v mesiaci zadarmo, alebo obmedzovať 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.

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 cez úplatky a korupciu.

- *Štátne vlastníctvo a pretrvávajúce socialistické praktiky v lôžkových zariadeniach.* Súčasnú slovenské zdravotníctvo trpí deformáciami z minulosti, ktoré sú najcitlivejšie vo fungovaní lôžkových organizácií. Nevhodná štruktúra lôžkových zdravotníckych zariadení spočíva v nadbytku akútnych postelí a nedostatku chronických postelí, zlom územnom rozmiestnení nemocníc s akútnymi lôžkami, v nadbytku lekárov, sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov – hlavne vo väčších aglomeráciách (Bratislava, Košice, Banská Bystrica). Odmeňovanie nemocníc i samotných zamestnancov je nemotivačné, lebo prebieha formou plošného prídeltu prostriedkov, resp. podľa tabuliek zohľadňujúcich vek a vzdelanie, nie však vykonanú prácu.

Takto nastavený systém nakoniec vedie k paradoxnému javu, že v slovenskom zdravotníctve je nadbytok ponuky pri nadmernom dopyte.

Tretí problém – nízka kvalita

Kvalita v zdravotníctve je vnímaná viacerými spôsobmi. Kvalita je často interpretovaná ako kvantita („veľa vyšetrení znamená vyššiu kvalitu“). Zdravotníci vnímajú kvalitu predovšetkým ako klinickú kvalitu (napr. správne určenie diagnózy). Pacienti veľmi často posudzujú kvalitu služieb podľa pohodlia, kvality ubytovania a stravy, rešpektu, a pod. Kvalita je mnohorozmerný faktor. Medzi príčiny nedostatočnej kvality zdravotnej starostlivosti možno zaradiť:

- *Nedostatočný vzťah medzi tým, čo občan platí a tým, čo dostáva.* Súčasnú nastavenie odvodovej povinnosti má charakter nútenej dane uvalenej na zamestnaných, ich zamestnávateľov a samostatne zárobkovo činné osoby. V podstate neexistujú žiadne platby za zdravotnícke služby¹¹⁵ či nepovinné zdravotné poistenie. Veľká časť populácie nevníma, že zdravotníctvo je platené a má pocit, že je zdarma. Chýba vedomie, že kvalita služieb závisí od vložených zdrojov. Kvalita zdravotníckych služieb na Slovensku je priamo znížená široko nastaveným objemom nepoistiteľného rizika (súčasná zákonná úprava núti poskytovateľov poskytovať všetko, čím priamo trpí kvalita) a nízkou

¹¹⁴ 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 mierne valorizujú (napr. na 31 až 34 halierov).

¹¹⁵ Zavedenie poplatkov či príplatkov môže mať význam ani nie tak z hľadiska získavania zdrojov, ale ako nástroj na tlmenie dopytu. Symbolická výška poplatkov môže mať na občanov-pacientov významný psychologický účinok na redukciiu dopytu a uvedomenie si, že zdravotníctvo nie je bezplatné.

efektívnosťou systému (limitované zdroje sú používané na dotovanie neefektívnych poskytovateľov a nie podporovanie kvalitných výkonov).

Elasticita dopytu po zdraví je vyššia ako jedna, čiže osoby s vyšším príjmom majú prirodzene sklon mŕňať 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.

- **Absencia konkurencie.** Kvalita je vysoko závislá od miery konkurencie v odvetví. Absencia konkurencie medzi poskytovateľmi zdravotných služieb je daná jednak nepružnými cenami (platobnými mechanizmami) a taktiež nepružnou ponukou (množstvom) poskytovateľov. Dôvodom je ministerstvom fixne stanovená sieť poskytovateľov (pozri tabuľku 3.12).

tabuľka 3.12

Deformácie trhu poskytovateľov zdravotných služieb

| Nepružné ceny | Nepružná ponuka |
|---|---|
| 1. Dobrý výkon lekára/nemocnice nie je adekvátne finančne ohodnotený, vládne skôr tendencia k „vyrovňavaniu“ všetkých poskytovateľov 2. Neexistuje cenová konkurencia, lebo ceny centrálné určuje Ministerstvo zdravotníctva 3. Neexistuje rovnosť šancí medzi štátnymi a súkromnými poskytovateľmi | 1. Monopolistický charakter lekárov primárnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti 2. Štátne vlastníctvo pri nulovej snahe o reštrukturalizáciu siete 3. Nadbytočná ponuka fyzických kapacít: lekárov, postelí |

Zdroj: Pažitný – Zajac (2001).

- **Slabá organizovanosť pacientov.** Nízku 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 vymáhateľnosť práva daná nízkou úrovňou inštitucionálneho rámca.

Štvrtý problém – miera solidarity a optimálny výber zdrojov

Dôležitým východiskom pre posudzovanie finančného bremena je skutočnosť, že osoba, resp. inštitúcia platiaca odvod priamo do systému, nemusí byť v konečnom dôsledku zároveň tým, kto znáša bremeno financovania systému. Príkladom je pozícia štátu ako platiteľa a pozícia daňovníka ako nositeľa finančného bremena pri platbe štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov. Z pohľadu rozdelenia finančného bremena sú kľúčové tieto príčiny:

- **Zdravotné poistenie nie je dostatočne oddelené od štátneho rozpočtu.** Toto prepojenie je zrejmé v troch oblastiach.
 1. Štát (parlament) určuje podmienky fungovania zdravotných poisťovní a stanovuje výšku vymeriavacieho základu pre „svojich“ poistencov (ekonomicky neaktívnych) bez ohľadu na reálne náklady spojené s ich liečením.
 2. Do zdravotných poisťovní sa cez MZ SR (zo štátneho rozpočtu) dostáva približne až 1/4 ich zdrojov.
 3. Zo štátneho rozpočtu do zdravotných poisťovní smerujú ďalšie finančné zdroje rôznymi tokmi (napr. formou finančnej výpomoci).

Dôsledkom je komplikovaný a neprehľadný systém finančných tokov, ktorý je kombináciou daňového a tzv. poistného systému (keďže aj odvody do zdravotného poistenia majú skôr charakter daní). Najdôležitejším bodom kritiky je však fakt, že parlament veľmi často mení podmienky financovania zdravotníctva, čím priamo limituje jeho fungovanie.

- **Nie je posilnený vzťah medzi tým, čo občan platí a tým, čo dostáva.** Financovanie zdravotníctva v Európe je postavené na solidárnosti, a to solidárnosti ekonomicky aktívnych občanov s generáciou, ktorá ešte neprodukuje statky a s generáciou, ktorá už neprodukuje statky. Ekonomicky aktívni musia byť navyše solidárni aj s rovesníkmi, ktorí sú nezamestnaní. Nastavenie systému má za dôsledok, že skupina „platiacich“ ekonomicky aktívnych je ešte zúžená o neplatičov daní a odvodov. Na Slovensku odvádza štát do poisťovní približne 25% ich celkových príjmov, avšak za takmer 60% populácie (tabuľka 3.13).¹¹⁶

¹¹⁶ Platby štátu na zdravotné poistenie neaktívnej osoby v r. 2002 predstavovali 378 Sk na osobu mesačne; v r. 2003 by mali predstavovať 405 Sk na osobu. Zamestnanec s priemernou mzdou pritom odvádza mesačne spolu so zamestnávateľom na zdravotné poistenie asi 1800 Sk.

tabuľka 3.13

Vývoj počtu poistencov (v tis. osôb, k 31. decembru príslušného roku)

| Ukazovateľ | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Celkový počet poistencov | 5 372 | 5 638 | 5 613 | 5 563 | 5 546 | 5 526 |
| z toho: | | | | | | |
| zamestnaní (zárobkovo činní) | 2 093 | 2 216 | 2 321 | 2 211 | 2 265 | 2 286 |
| registrovaní nezamestnaní ^a | 80 | 105 | 128 | 147 | 142 | 152 |
| štátni poistenci ^b | 3 200 | 3 278 | 3 131 | 3 195 | 3 130 | 3 079 |

Poznámka: a. Národný úrad práce odvádza poistné za registrovaných nezamestnaných, poberajúcich podporu v nezamestnanosti. b. Štát platí poistné za deti, dôchodcov, nezamestnaných poberateľov dávok sociálnej pomoci v hmotnej núdzi, osoby starajúce sa o deti a invalidov, vojakov v základnej vojenskej službe, osoby vo výkone väzby, utečencov a iné ekonomicky neaktívne osoby.

Zdroj: Štatistický úrad SR.

Slovenský systém zdravotného poistenia je koncipovaný tak, aby umožňoval všetkým občanom získavať úžitok vo forme zdravotnej starostlivosti bez ohľadu, či znášajú akékoľvek finančné bremeno spojené s poskytovaním tejto starostlivosti. Článok 40 Ústavy SR tento jav explicitne nazýva ako „bezplatná zdravotná starostlivosť“. Tvrdenia o bezplatnom zdravotníctve sú však iluzórne, keďže všetky zdroje financovania zdravotníctva pochádzajú od občanov.¹¹⁷

- Do zdravotníctva nie je možné dostať súkromné zdroje. Ekonomicky labilný a netransparentný systém zdravotníctva nemôže pritiahnúť súkromné zdroje.¹¹⁸ Druhým dôvodom absencie súkromných zdrojov je nedostatočná legislatíva, upravujúca vstup a fungovanie súkromných poisťovní v zdravotníctve v oblasti nepovinného poistenia.

Piaty problém – neudržateľná výška a nevyhovujúca štruktúra nákladov

Na výšku nákladov na zdravotníctvo, resp. ich zmenu možno pri limitovaných zdrojoch nazerať ako na náklady obetovaných príležitostí, ktoré mohli byť investované na iné statky ako zdravie. Rozhodujúcim kritériom potom je, či prospech zo spotreby zvýšených zdrojov v zdravotníctve prevýši potenciálny prospech plynúci z využitia týchto zdrojov v inom sektore.

Náklady na zdravotníctvo možno posudzovať aj primeranosťou minútých výdavkov. Výdavky rezortu zdravotníctva zahŕňajú všetky vládne výdavky, výdavky zdravotných poisťovní (verejnoprávnych aj súkromných), výdavky domácností (formálne aj neformálne) a výdavky firiem. Aj medzi týmito výdavkami možno registrovať náklady obetovanej príležitosti ústiace do hľadania optimálneho pomeru medzi výdavkami vládneho a súkromného sektora, ktorý by najpriaznivejšie ovplyvňoval celkovú štruktúru a výšku výdavkov zdravotníctva. Príčinami, prečo je súčasný stav vzdialený od optima, sú najmä:

- *Neprimeraný rozsah nepoistiteľného rizika.* Pod nepoistiteľným rizikom sa rozumie základný balík služieb, ktoré sú občanovi zo zákona poskytované nezávisle na výške zaplateného poistného. Tento balík je v súčasnosti definovaný v dvoch hlavných právnych normách – ústave a zákone o liečebnom poriadku.

Ústava zaručuje právo na ochranu zdravia a bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Dôsledkom nesprávnej interpretácie ústavy je prakticky neexistujúca finančná spoluúčasť pacienta pri poskytovaní zdravotných služieb a existencia morálneho hazardu.

Zákon o liečebnom poriadku patrí medzi kľúčové zákony, keďže určuje rozsah bezplatnej starostlivosti. Žiadna vláda nebola doteraz schopná, pravdepodobne z politických dôvodov, zúžiť príliš široko poňatý liečebný poriadok.

- *Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia.* Štátna regulácia sa prejavuje hlavne v regulovaní poskytovateľov (určovaním siete zdravotných zariadení), v ovládaní trhu s liekmi prostredníctvom kategorizácií liekov, regulovaním cien a platobných mechanizmov, 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.

¹¹⁷ Ekonomicky aktívne obyvateľstvo prispieva do zdravotných poisťovní formou odvodov. Štátny rozpočet naplňujú občania ako pracujúci prostredníctvom priamych daní (daň zo mzdy a daň zisku), ako spotrebitelia formou nepriamych daní (DPH, spotrebné dane, clá a podobne), ako vlastníci rôznymi daňami z majetku.

¹¹⁸ Podľa údajov WHO za r. 2000 tvorili súkromné výdavky na celkových výdavkoch na zdravotníctvo 10,4%.

3.3.3 Dôsledky neriešenia problémov v zdravotníctve

Vyššie popísané problémy slovenského zdravotníctva, predovšetkým problémy súvisiace s kvalitou a dostupnosťou služieb, majú priamy negatívny vplyv na zdravotný stav obyvateľstva. Domáce i zahraničné skúsenosti potvrdzujú, že nízka kvalita starostlivosti vedie k zbytočným úmrtiam, invaliditám, práceneschopnostiam, zlým výsledkom liečby, atď. Okrem negatívnych dôsledkov na samotný predmet zdravotníckych služieb – na zdravie človeka – majú problémy v zdravotníctve SR aj špecifické dôsledky. Tými najvýznamnejšími, ktoré dotvárajú kritický obraz celého systému, sú korupcia a dlh.

Prvý dôsledok – korupčný trh

Slovenské zdravotníctvo podľa bývalých socialisticky nastavených zákonov garantuje každému občanovi bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe jeho zdravotného poistenia. Samozrejme, takéto nastavenie systému 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 možnosti nájsť trhovú rovnováhu. Nástrojom „čistenia“ prebytočného dopytu a ponuky, sa v tomto nefungujúcom systéme, stávajú neformálne platby, ktoré takto nepriamo a neoficiálne podmieňujú efektívnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Neformálne platby nemožno obmedzovať len na kontakt samotného pacienta s lekárom. Neformálne platby fungujú medzi všetkými vrstvami systému a vytvárajú korupčný trh, ktorý nahrádza nefunkčné, či v prípade Slovenska neexistujúce trhovú vzťahy medzi jednotlivými subjektami v sektore zdravotníctva. Najčastejšie sa hovorí o korupcii medzi pacientom a zdravotníkom, ktorá sa týka prakticky každého. Podstatne nebezpečnejšia je však takzvaná sofistikovaná alebo neverejná korupcia, ktorá sa týka výrazne menšieho počtu ľudí, ale s výrazne väčšími čiastkami.

Motívy a predmety korupcie

Zdravotníctvo je oblasť, s ktorou má skúsenosť podstatná časť populácie – podľa prieskumov¹¹⁹ navštívilo zdravotnícke zariadenie počas predchádzajúcich dvoch rokov viac než 80 percent domácností. Zdravotníctvo je zároveň verejnosťou vnímané ako rezort najviac zasiahnutý korupciou (tabuľka 3.14).¹²⁰

tabuľka 3.14

Miera vnímania výskytu korupcie (v % odpovedí respondentov)

| Oblasti, v ktorých je potrebné podplácať | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Súdy | 22,51 | 23,65 | 26,37 | 26,18 |
| Privatizácia | 22,59 | 22,17 | 12,67 | 12,46 |
| Banky | 8,90 | 8,27 | 4,78 | 4,87 |
| Polícia | 14,45 | 16,71 | 14,18 | 17,18 |
| Zdravotníctvo | 66,62 | 68,93 | 66,77 | 66,89 |
| Školstvo | 28,59 | 33,72 | 27,89 | 32,01 |
| Podnikanie | 17,95 | 18,30 | 16,25 | 15,78 |
| Colné úrady | 5,10 | 6,32 | 6,85 | 6,12 |
| Daňové úrady | 6,69 | 7,03 | 7,81 | 6,64 |
| Úrady práce | 8,29 | 8,43 | 6,69 | 8,48 |
| KÚ, OÚ, MÚ, ObÚ | 14,37 | 12,57 | 13,55 | 12,83 |
| Inde | 6,24 | 2,73 | 5,42 | 2,58 |

Zdroj: Štatistický úrad SR, <http://www.government.gov.sk>

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 a keďže nefunguje normálny trh, tak je poskytovaná na trhu korupčnom. Tretím je tradícia, vyplývajúca z pocitu vďačnosti.

Dôsledky tohto javu majú výrazný dopad na kvalitu života ľudí. Znižujú dostupnosť kvalitného zdravotného ošetrovania, spoločnosť sa začína polarizovať na tých, ktorí si ju vedú zabezpečiť cez úplatky a tých, ktorí na to nemajú. To vyvoláva pocity nerovnosti ľudí vo veľmi citlivej oblasti akou je zdravie.

¹¹⁹ Zdroj: World Bank (2000b).

¹²⁰ Vnímanie rozšírenej korupcie v zdravotníctve potvrdzujú aj prieskumy Svetovej banky. Bližšie pozri *Korupcia na Slovensku. Výsledky diagnostického prieskumu*. World Bank (2000b).

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

box 3.9

Negatívne vplyvy korupcie

Zahraničné prieskumy dokazujú, že vysoká miera korupcie zhoršuje podmienky v zdravotníctve a zvyšuje nerovnosť ľudí:

- ❑ Gupta, Davoodi a Alonso-Terme (1998) na základe empirických prieskumov dokázali, že zvýšenie korupcie o jednu jednotku znižuje pomer výdavkov na zdravotníctvo o 0,6 až 1,7 bodu.
- ❑ Gupta, Davoodi a Tiongson (2000) zistili, že zvýšenie korupcie o jednu jednotku zvyšuje detskú úmrtnosť o 1,1 až 2,7 úmrtí na 1000 živonarodených detí.
- ❑ Ghura (1998) zistil, že zvýšenie korupcie o jednu jednotku znižuje príjmy chudobných o 2 až 10 percentuálnych bodov.
- ❑ Gupta, Davoodi a Alonso-Terme (1998) zistili, že zvýšenie korupcie o jednu jednotku zvyšuje nerovnosť príjmov (Gini koeficient) o 0,9 až 2,1 bodu. (Zdroj: *Global Corruption Report*, Transparency International, 2001)

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 je nastavený na „všimné a vďačnosť“, teda skôr na vytvorenie prostredia nútiaceho k aktivite pacienta odovzdať úplatok a navonok ku kvázi pasivite personálu na jeho prijatie. Čo je nebezpečné na tejto korupcii je jej masovosť a isté zakrývanie tejto korupcie takzvanou vďačnosťou ako slovenskou tradíciou.

Sofistikovaná korupcia je obmedzená na úzku skupinu ľudí, ktorí buď dokážu nefungujúci systém dokonale využívať vo svoj prospech, alebo dokonca majú moc a kompetencie zabezpečovať nefungovanie systému. Do tejto kategórie patria hlavne neformálne úhrady a služby:

1. lekárov primárnej sféry za uzavretie zmluvy s poisťovňou, alebo za skoršie úhrady výkonov;
2. lekární poisťovňam 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 pridelenie kapitálových transferov na nákup ťažkej techniky;
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.

Objem korupcie v zdravotníctve závisí od troch faktorov: od dostupnosti služby, od počtu kontaktov a naliehavosti prípadu. Vzhľadom na luxusnú povahu statkov zdravotnej starostlivosti (príjmová elasticita dopytu je vyššia ako 1) sa predpokladá, že objem korupcie v zdravotníctve prevyšuje kvótu 15%.¹²¹ Celkový objem korupcie možno vzhľadom na uvedené argumenty predpokladať vo výške 12 mld. Sk. V prepočte na obyvateľa tento objem predstavuje 2222 Sk ročne, čiže 186 Sk mesačne.¹²²

Druhý dôsledok – dlh

Primárnym problémom financovania slovenského zdravotníctva je nerovnováha medzi príjmami (zdrojmi) a výdavkami. V skutočnosti sú zdroje fixné a výdavky neohraničené (pozri graf 3.13).

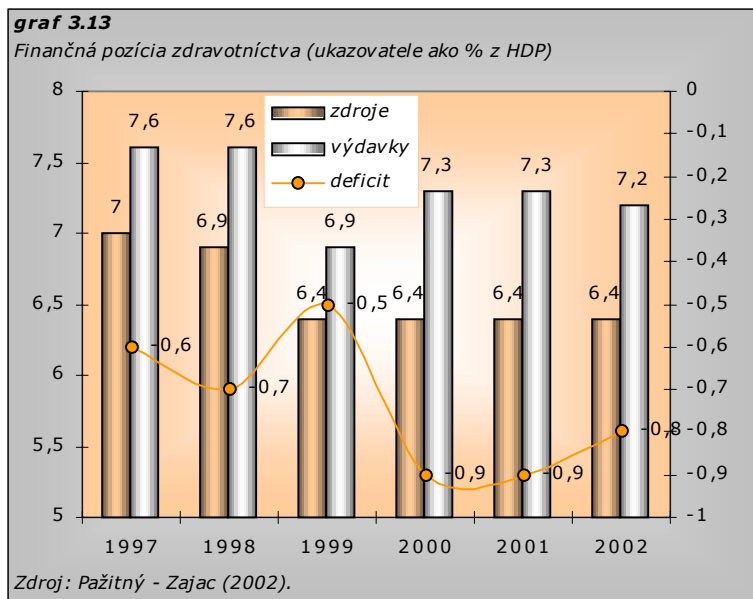
Na strane príjmov možno hovoriť o relatívne vysokom odvodovom zaťažení, ktorého ďalšie zvyšovanie by bolo neúnosné z pohľadu zamestnávateľov a zamestnancov a malo by dodatočný negatívny dopad na výber poistného a zamestnanosť vo formálnom sektore (navyše, podporilo by rast tieňovej ekonomiky). Úroveň poistného, ktoré odvádza štát za svojich poistencov, je relatívne nízka.

Problém však spočíva skôr v použití zdrojov, resp. ich alokácii, ako v ich dostupnosti. Na výdavkovú stránku vplyva mnoho faktorov. Platobné mechanizmy v ambulantnej i lôžkovej sfére podnecujú rýchly rast objemu výkonov, ktoré v kombinácii s veľkorysým balíkom zdravotných služieb pokrytých poistením prispievajú k nárastu výdavkov v systéme. Ako už bolo povedané, sieť zdravotníckych zariadení a poskytovateľov je široká a neefektívna, čo zvyšuje náklady na poskytovanie služieb.

Výsledkom systému, ktorý s prakticky pevne stanoveným rozpočtom poskytuje neobmedzené množstvo služieb, je začarovaný kruh, v ktorom zdravotné poisťovne nedostávajú dostatočné poistné, zároveň neplatia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a títo dlžia dodávateľom tovarov a služieb.

¹²¹ Podľa údajov Eurostatu predstavoval v r. 2001 podiel tieňovej ekonomiky na Slovensku 15% HDP.

¹²² Zdroj: Pažitný – Zajac (2001).



Vonkajší dlh v zdravotníctve dosahuje v súčasnosti takmer 30 mld. Sk.¹²³ Každý mesiac rastie zhruba o 780 mil. Sk, z toho asi 600 mil. Sk na strane poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti (napr. nemocníc) a zvyšok na strane zdravotných poisťovní.¹²⁴ V posledných rokoch sa rastúci dlh tlmil príjmami z privatizácie, ktoré však neodstraňujú príčiny jeho vzniku.¹²⁵ 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.

Príčiny vzniku a sústavnej kumulácie dlhov možno rozdeliť na externé a interné. Tie prvé sú spravidla mimo priameho dosahu rezortu zdravotníctva, naopak, interné príčiny môže ministerstvo zdravotníctva priamo ovplyvňovať (tabuľka 3.15).

tabuľka 3.15

Príčiny vzniku a kumulácie dlhu

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

Zdroj: Pažitný - Zajac (2001).

Dôsledky prehlbovania dlhu

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

- Nárast marže dodávateľov liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu. Do zvýšenej marže dodávateľa prenášajú zvýšené finančné náklady súvisiace s 300 a viac dňovým oneskorením uhrádzovania ich faktúr a súčasne, kvôli oneskoreným úhradám sa dodávateľom zvyšuje ich kurzové

¹²³ Vonkajší dlh vyjadruje zadlženie jednotlivých subjektov v sektore zdravotníctva voči externým veriteľom. Tvorí ho predovšetkým dlh lôžkových zdravotníckych zariadení voči dodávateľom a dlhy zdravotných poisťovní voči lekárom, štátnemu rozpočtu a ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

¹²⁴ Zdroj: <http://www.ineko.sk/reformy2003/zdravotnictvo.htm>

¹²⁵ Podľa ekonómov sú príjmy z privatizácie jedinečné a nemali by sa mýňať na spotrebu, ale na financovanie reforiem, prípadne na rozvojové investície.

- 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 zdravotnej starostlivosti a následne aj zdravotného stavu.
 4. Rastie vnútorný dlh, ktorý vyjadruje morálne a technické opotrebovanie majetku a vybavenia zariadení v sektore zdravotníctva (odhady tohto dlhu sa pohybujú okolo 50 mld. Sk¹²⁶). Tým, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú veľké problémy financovať bežnú prevádzku nemocníc, 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. Centrálné pridelovanie tejto dotácie je jednou zo živých pôd sofistikovanej korupcie.
 5. Vysoká zadlženosť má samozrejme nepriaznivý vplyv na verejné financie a tým aj na ekonomickú stabilitu krajiny.

box 3.10

Očakávania verzus ochota platiť

Jedným z hlavných bodov prebiehajúcej diskusie o reforme zdravotníctva na Slovensku (ale napríklad i reforme vysokého školstva) je hľadanie optimálneho systému ich financovania. V zásade existujú dve možnosti: platby používateľmi (poplatky za ošetrovanie, lieky a podobne) alebo platby celou spoločnosťou (pracujúcimi) formou všeobecného zdanenia.

Reprezentatívny prieskum verejnej mienky, ktorý uskutočnilo INEKO v spolupráci s agentúrou MVK (október-november 2002), zisťoval, aký model financovania preferujú slovenskí občania. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že približne 70% obyvateľov si neuvedomuje nutnosť výberu jednej z dvoch možností financovania: samotnými používateľmi služieb alebo celou spoločnosťou. Alternatívnym vysvetlením je, že občania nutnosť toho kompromisu chápajú, ale nemajú realistickú predstavu o nákladnosti systémov zdravotníctva a školstva. Ďalšou možnosťou je existencia falošnej solidarity občanov typu „zdravotníctvo a vysoké školy nech sú bezplatné pre každého, ale ja za to platiť nechcem“.

Príčinou takéhoto vnímania môže byť dlhodobá skúsenosť života krajiny na dlh, a to nielen pred rokom 1989, ale aj po ňom (zahraničné pôžičky, plávanie rozpočtu privatizačnými príjmami). Všetky vysvetlenia ale vedú k rovnakému výsledku: nesúladu medzi vysokými očakávaniami a reálnym fungovaním zdravotníctva či vysokého školstva v SR. Akékoľvek reformy teda automaticky narážajú na veľkú mieru odporu u obyvateľstva.

Podľa prieskumu až 94% zastáva názor, že za zdravotnícke služby a starostlivosť by mali občania platiť len menšiu časť nákladov alebo vôbec nič, no len asi štvrtina súhlasí, aby pracujúci pokrývali aspoň polovicu celkových nákladov na zdravotníctvo daňami.

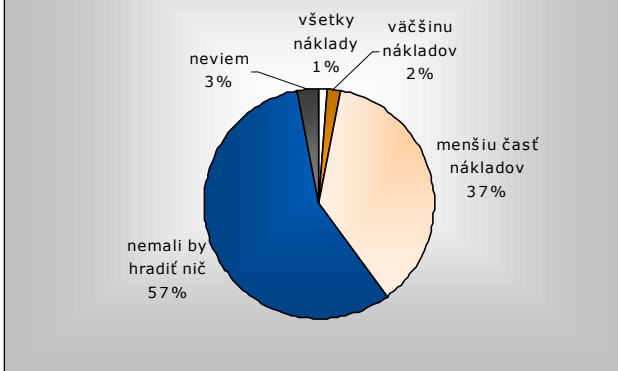
Extrémnym prípadom je takmer 9% občanov, ktorí nepripúšťajú žiadne platenie školného ani poplatkov za zdravotnícke služby a zároveň odmietajú, aby pracujúci platili akékoľvek dane na obe sféry. Ide v nadpriemernej miere o ľudí so základným vzdelaním, podpriemerným príjmom a dôchodcov. Takmer 15% občanov odmieta zároveň oba zdroje financovania pri školstve (žiadne školné, žiadne dane), kým 19% má podobne nekonzistentný názor na financovanie zdravotníctva (bezplatné zdravotníctvo pre používateľov, žiadne dane).

Kto podporuje priame platby za služby? Za plné úhrady v zdravotníctve pacientmi sú skôr tí „zdravší“: mladší, muži, vysokoškooláci, ľudia s vyšším príjmom, podnikatelia a odborní pracovníci. Naopak za úplné hradenie zdravotníckej starostlivosti daňami v dostatočnej miere sú skôr študenti, ľudia s vysokoškolským vzdelaním a vyšším vzdelaním, odborní pracovníci ale aj robotníci. (Zdroj: http://www.ineko.sk/projekt_verejna_mienka.htm)

graf 3.14

Financovanie zdravotníctva očami verejnosti

Akú časť nákladov by si mali, podľa Vás, hradiť z vlastných prostriedkov občania sami za zdravotnícke služby a starostlivosť?



¹²⁶ Zdroj: Pažitný – Zajac (2002).