



**Zhodnotenie mzdového vývoja v zdravotníctve SR
a odhad dopadov požadovaných úprav**

Ing. Karol Morvay, PhD.
Health Policy Institute

Zhodnotenie mzdového vývoja v zdravotníctve SR a odhad dopadov požadovaných úprav.

Zhrnutie

- 1) **Relatívna mzda v zdravotníctve SR** (t.j. pomer priemernej mzdy v odvetví zdravotníctva k priemernej mzde v hospodárstve SR) **má stúpajúcu tendenciu**. Konkrétne čísla sa menia podľa metodiky a zdroja, vývojová tendencia je však podľa viacerých metód priaznivá pre zdravotníctvo. Napr. podľa porovnania na základe dát SOZZASS dosiahla relatívna mzda v zdravotníctve svoje dno opakovane v rokoch 2000 a 2005 (asi 86 % priemernej mzdy v hospodárstve). Odvtedy však stúpa a v roku 2013 už o 16 % presiahla priemernú mzdu v hospodárstve. *(Pri takomto porovnaní vchádzajú do výpočtu priemernej mzdy v odvetví mzdy osôb s rozličnými profesiami- zdravotníckymi aj nezdravotníckymi).*
- 2) **Relatívna mzda lekárov v SR výrazne stúpla. Zlepšovala sa aj relatívna mzda lekárov vo vzťahu k iným vysokoškolsky vzdelaným zamestnancom v SR**. Kým napr. v roku 2000 priemerná mzda lekára iba o necelé 3 % presahovala priemernú mzdu vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov, v roku 2013 ju už presiahla o viac ako 56 %.
- 3) **Pomer miezd lekárov k priemernej mzde v hospodárstve je porovnateľný s takýmto pomerom v iných ekonomikách regiónu**. Napr. OECD uvádza, že priemerná mzda všeobecného lekára (teda bez lekárov- špecialistov) je 1,99- násobkom priemernej mzdy v ekonomike. V iných krajinách regiónu (ktoré sa prieskumu zúčastnili), boli mzdy takýchto lekárov v intervale 1,28 až 2,25-násobkom priemernej mzdy v príslušnej ekonomike. Slovenská hodnota z toho nijako nevybočuje. Mzdy lekárov v SR sú teda v podobnom pomere k mzdovej hladine štátu, ako je to aj v iných ekonomikách. Podľa zisťovania OECD dosiahla priemerná mzda nemocničných sestier v SR 89 % priemernej mzdy v ekonomike v roku 2012, čo je v medzinárodnom porovnaní skôr nižšia hodnota (nie však dramaticky nízka). Podľa údajov SOZZASS vychádza relatívna mzda sestier vyššia, až okolo 110 % priemernej mzdy v ekonomike. **Aj relatívna mzda sestier v SR mala rastúcu tendenciu**.
- 4) **Mzdy v zdravotníctve sú menej regionálne diferencované ako mzdy vo väčšine iných odvetví**. Je tu podstatne výraznejšia nivelizácia.
- 5) **Vnútoraná diferencácia miezd lekárov v nemocniciach sa vychyľovala v prospech lekárov vo fakultných či univerzitných nemocniciach**. Ich mzdy dosahovali v roku 2008 okolo 208 % priemernej mzdy v ekonomike, v roku 2013 to už bolo 256 %. Podobne to platí pre mzdy sestier (posun zo 110 % na 121 % výšky priemernej mzdy v hospodárstve SR v období 2008-2013). Najmenej priaznivo z tohto porovnania vychádzajú lekári a sestry v zariadeniach, ktoré fungujú ako neziskové organizácie. Lepšia relatívna pozícia lekárov a sestier vo fakultných a univerzitných nemocniciach zrejme súvisí aj s rozdielnymi platbami zo strany zdravotných poisťovní, keďže tieto sú zvýhodnené ako koncové nemocnice (ako také by mali riešiť ťažšie prípady a zamestnávať vysoko erudovaných špecialistov. Aj kvôli rôznemu charakteru nemocníc treba mzdovú diferenciaciu medzi nimi chápať ako prirodzený jav a nie je namieste vynucovanie akéhosi mzdového vyrovnávania.

- 6) **Pre rok 2015 treba počítať s dodatočnými výdavkami na mzdy lekárov vo výške cca 37 mil. eur.** To vyplýva zo zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (ide o realizáciu tzv. tretej vlny zvyšovania miezd, ktorá bola rozložená medzi roky 2014 a 2015). **Ak by sa mali v plnej miere realizovať aj požiadavky sestier a pôrodných asistentiek, mohlo by to znamenať dodatočné výdavky vo výške asi 85 mil. eur.**
- 7) **Predstavený návrh zvýšenia minimálnej mzdy pri zavedení odvodovej odpočítateľnej položky (OOP) znamená zníženie nákladov práce v odvetví zdravotníctva o približne 5,4 mil. až 6,8 mil. eur.** Pritom **výpadok príjmov zdravotných poisťovní z titulu tejto reformy má predstavovať 150 mil. eur.** Z toho vyplýva, že pri absencii nejakej kompenzácie zdrojov by bol výpadok zdrojov v systéme zdravotníctva na úrovni okolo 143,2 – 144,6 mil. eur. Kompenzácia však bola deklarovaná.
- 8) **Ak by sa mali súčasne zvyšovať mzdy lekárov, realizovať požiadavky sestier (v plnej miere) a implementovať OOP so zvýšením minimálnej mzdy, mohlo by to znamenať výpadok zdrojov v zdravotníctve v súhrnnej výške okolo 266 mil. eur** (výpadok kvôli OOP plus potreba financovania vyšších miezd lekárov a sestier). Ak by sa navyše zvýšila mzdová hladina u časti zamestnancov prostredníctvom kolektívnej zmluvy vyššieho stupňa, mohol by súhrnný dopad všetkých týchto vplyvov dosiahnuť až sumu do **272 mil. eur.** Chápeme to ako hornú hranicu dopadu, keďže je málo pravdepodobné, aby sa všetky uvedené vplyvy realizovali v plnej miere súčasne. Ide o mimoriadne výrazný vplyv na zdroje zdravotníctva, ktorý by si vyžadoval kompenzácie zo strany štátu. Iným dodatočným rizikom pre zamestnávateľov v sektore zdravotníctva, tu nekvantifikovaným, je stanovovanie koeficientov pre minimálnu mzdu podľa náročnosti práce v Zákonníku práce.
- 9) **Ak by mal štát kompenzovať vyššie uvedené vplyvy (272 mil. eur), musela by sadzba pri platbe štátu za svojich poistencov dosiahnuť úroveň 4,5 %.** Je to značná zmena v porovnaní s navrhovaným rozpočtom verejnej správy, z ktorého vyplýva sadzba za poistencov štátu hlboko pod hranicou 4 % (čo bola doteraz dlhšiu dobu minimálna sadzba). Minister financií deklaroval zvýšenie sadzby za poistencov štátu, aby vykryl výpadok súvisiaci so zavedením odvodovej odpočítateľnej položky pri súčasnom zvýšení minimálnej mzdy,
- 10) Ak by sa kompenzácia nerealizovala, je vysoko pravdepodobné, že by sa takmer celý objem kvantifikovaných dopadov „prelial“ do dlhov zdravotníckych zariadení. Keďže aktuálna výška ich dlhov presahuje 300 mil. eur, pri zrealizovaní všetkých spomínaných dopadov (272 mil. eur) by sa mohla výška dlhov zdravotníckych zariadení takmer zdvojnásobiť! Expanzia dlhu by zrejme zase rozdielne ovplyvnila zdravotné zariadenia v závislosti od ich zriaďovateľa: v prípade štátnych nemocníc by bol nárast dlhu síce nezodpovedným, zato však nie likvidačným riešením (zrejme by ich štát sanoval). V prípade stredných a malých nemocníc (ktoré nie sú zriaďované štátom) je takýto nárast dlhu zrejme likvidačný (nakoľko ich dlhy v minulosti sanované neboli a pravdepodobne ani v budúcnosti sanované nebudú). Pri takýchto neplánovaných výdavkoch (pri ich nekrytí príjmami) a zároveň súčasnej miere dlhu môže byť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súčasnej podobe ohrozené.

11) Pokusy o ďalšiu nivelizáciu miezd (centrálne stanovenými minimálnymi mzdami lekárov a sestier) likvidujú podstatu mzdy ako meradla vzácnosti práce. Mzda potom stráca silu manažérskeho nástroja. Každá regulácia minimálnej úrovne mzdy je aj nepriamou reguláciu celej mzdovej škály. A keďže **zdravotníctvo je extrémne mzdovo náročné odvetvie (mzdy majú veľmi vysoký podiel na hodnote produkcie odvetvia alebo na objeme pridanej hodnoty), regulácia miezd znamená reguláciu ceny rozhodujúceho produkčného vstupu!**

* * * * *

Sledovanie mzdového vývoja v zdravotníctve je značne skomplikované nesúladmi v dátach. Nasledujúci prehľad je zostavený z rôznych typov údajov (údaje o priemerných mzdách, o nákladoch práce, o kompenzáciách zamestnancov), pričom ide o skladanie mozaiky, v ktorej každý element je neúplný. V štatistických zisťovaniach sa pracuje s rôznou definíciou kategórií zdravotníckeho personálu, s rôznym rozsahom zapojených krajín či s rôzne chápanou mzdou (s náhradami za pracovnú pohotovosť či bez nich, tarifné mzdy či mzdy s príplatkami a pod.). Pri skladaní a porovnaní rôznych typov štatistík z rôznych zdrojov však možno pomenovať niekoľko charakteristík aj vyvodit' niekoľko dôležitých záverov.

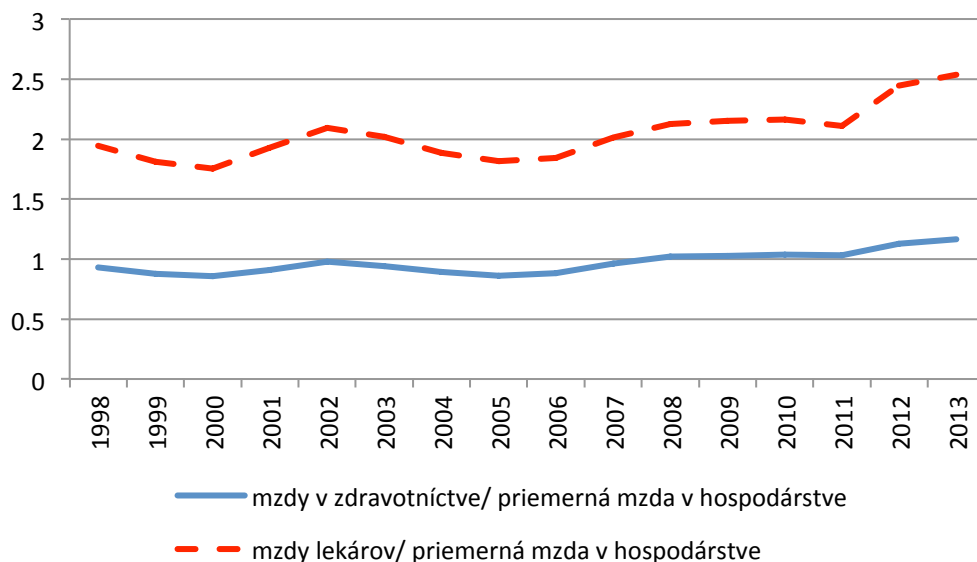
Pracujeme tu s údajmi o lekároch a sestrách pracujúcich v zamestnaneckom pomere, ktorí poberajú mzdu; nepracujeme s kategóriou samostatne zárobkovo činných osôb.

1. Relatívne mzdy v sektore zdravotníctva vo vzťahu k mzdám v SR

Pod relatívnou mzdou sa chápe pomer mzdy k priemernej mzde v celom hospodárstve. Možno tak vyjadriť, aká je mzda v jednotlivých profesiách, odvetviach či regiónoch vo vzťahu k mzdovej úrovni príslušnej ekonomiky. Ide aj o formu vyjadrenia relatívnej vzácnosti práce (v našom prípade relatívnej vzácnosti práce lekára, sestry, či zamestnancov v odvetví zdravotníctva).

Z údajov v grafe 1 vyplýva nárast relatívnej mzdy v odvetví zdravotníctva a takisto nárast relatívnej mzdy lekárov. Obe tieto tendencie sa podstatne zvýraznili v závere sledovaného obdobia – v rokoch 2012 a 2013.

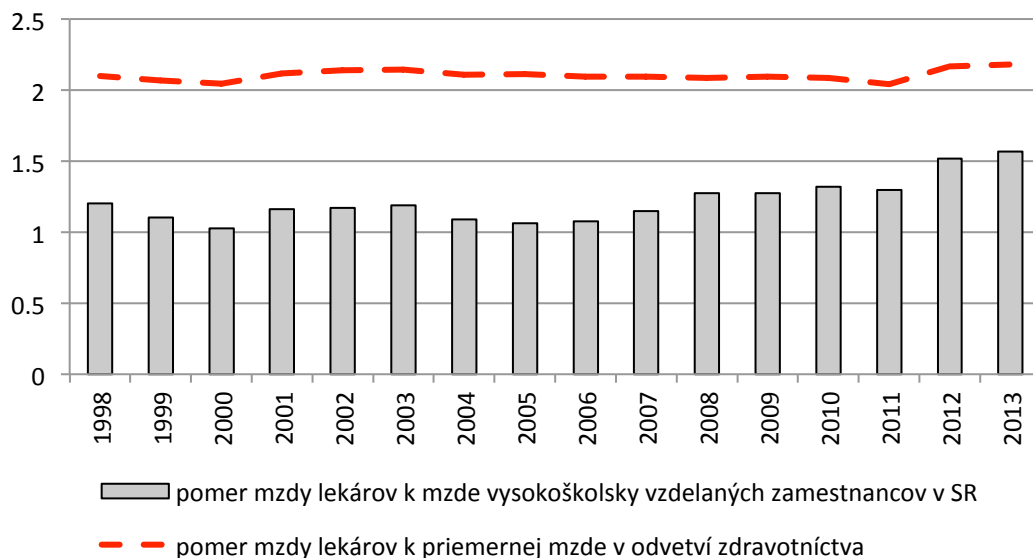
Graf 1: Relatívna mzda narastá: pomery priemernej mzdy v zdravotníctve a miezd lekárov k priemernej mzde v hospodárstve SR



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov SOZZASS a Štatistického úradu SR

Podľa porovnania na základe dát SOZZASS dosiahla relatívna mzda v zdravotníctve svoje dno dvakrát – v rokoch 2000 aj 2005 klesla na cca. 86 % priemernej mzdy v hospodárstve. Do roku 2013 už vystúpala na 116,3 % priemernej mzdy v hospodárstve. Pri takomto porovnaní vchádzajú do výpočtu priemernej mzdy v odvetví mzdy osôb s rozličnými profesiami-zdravotníckymi aj nezdravotníckymi. Ak zúžime záber na lekárov, konštatujeme nárast ich relatívnej mzdy z minimálnej úrovne 175 % priemernej mzdy v hospodárstve (rok 2000) na takmer 254 % (rok 2013). Keďže profesia lekára si nevyhnutne vyžaduje vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, je namieste porovnanie mzdovej hladiny lekárov s mzdovou hladinou zamestnancov s vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa. Pri takomto porovnaní takisto zisťujeme, že sa relatívna mzdová hladina lekárov zvýšila: V roku 2000 priemerná mzda lekára iba o necelé 3 % presahovala priemernú mzdu vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov, v roku 2013 ju už presiahla o viac ako 56 % (graf 2).

Graf 2: Pomery priemernej mzdy lekárov k priemernej mzde vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov v hospodárstve SR a k priemernej mzde v odvetví zdravotníctva



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov SOZZASS a Štatistického úradu SR

2. Vnútoraná diferenciácia miezd lekárov a sestier v SR

Na základe databáz odborovej organizácie SOZZASS možno zhodnotiť vývoj diferenciácie miezd lekárov a sestier v zariadeniach ústavnej starostlivosti. Ak porovnáваме mzdy lekárov v rôznych typoch zariadení s priemernou mzdou v hospodárstve SR, môžeme konštatovať, že:

- Diferenciácia miezd lekárov sa vyvíjala v prospech lekárov vo fakultných či univerzitných nemocniciach. Ich mzdy dosahovali v roku 2008 okolo 208 % priemernej mzdy v ekonomike, v roku 2013 to už bolo 256 % (mzdy bez náhrad!).
- Zhoršila sa hlavne relatívna pozícia lekárov v neziskových organizáciách (v pomere k lekárom v iných typoch zariadení).
- V porovnaní s priemernou mzdou v hospodárstve SR sa však zlepšila relatívna mzda vo všetkých typoch zariadení (graf 3).

Podobne to platí pre mzdy sestier (graf 4):

- Ich relatívna mzda je tiež najvyššia vo fakultných a univerzitných nemocniciach (posun zo 110 % na 121 % výšky priemernej mzdy v hospodárstve SR v období 2008-2013).
- Najmenej priaznivo z tohto porovnania vychádzajú sestry v zariadeniach, ktoré sú neziskovými organizáciami.
- Takisto, ako v prípade lekárov, aj v prípade sestier platí, že ich relatívna mzda v čase rastie vo všetkých typoch organizácií ústavnej starostlivosti (v troch typoch však nedosahuje úroveň priemernej mzdy v SR).

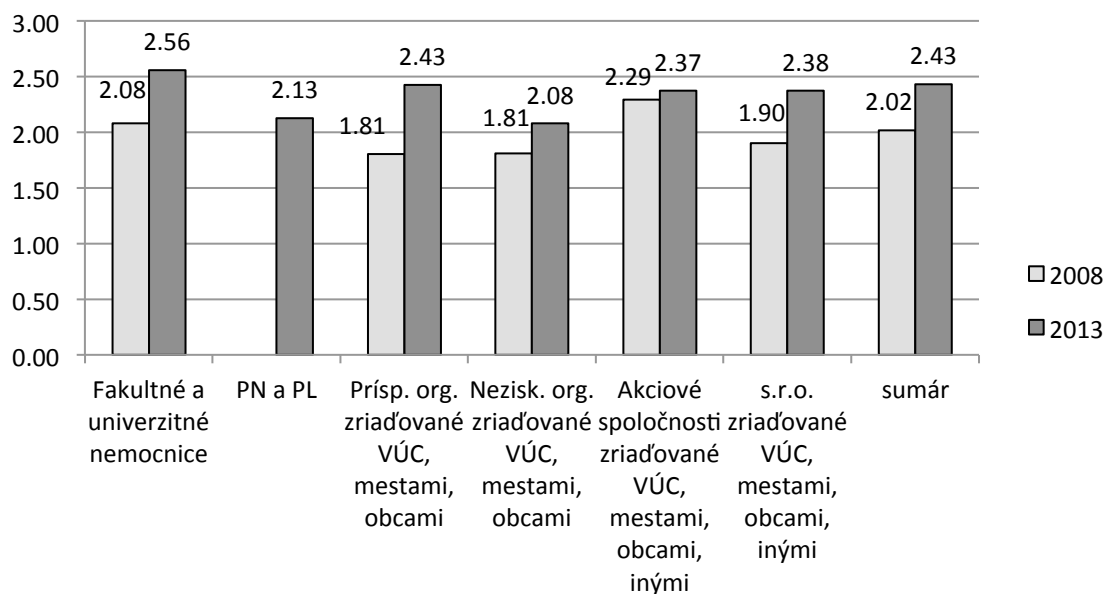
Tabuľka 1: Priemerné mzdy lekárov v rôznych typoch zariadení ústavnej starostlivosti, EUR

	Fakultné a univerzitné nemocnice	PN a PL	Prísp. org. zriaďované VÚC, mestami, obcami	Nezisk. org. zriaďované VÚC, mestami, obcami	a.s. zriaď. VÚC, mestami, obcami, inými	s.r.o. zriaď. VÚC, mestami, obcami, inými	Priemer
2008	45356		39336	39365	49971	43970	43970
2013	2109	1754	1999	1712	1954	1957	2003

Pozn.: mzdy bez náhrad. PN a PL - psychiatrické liečebné zariadenia (nemocnice, liečebne).

Zdroj: SOZZASS

Graf 3: Pomer miezd lekárov v rôznych typoch zariadení k priemernej mzde v hospodárstve SR



Pozn.: do výpočtu vstupovali mzdy bez náhrad

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov SOZZASS a Štatistického úradu SR

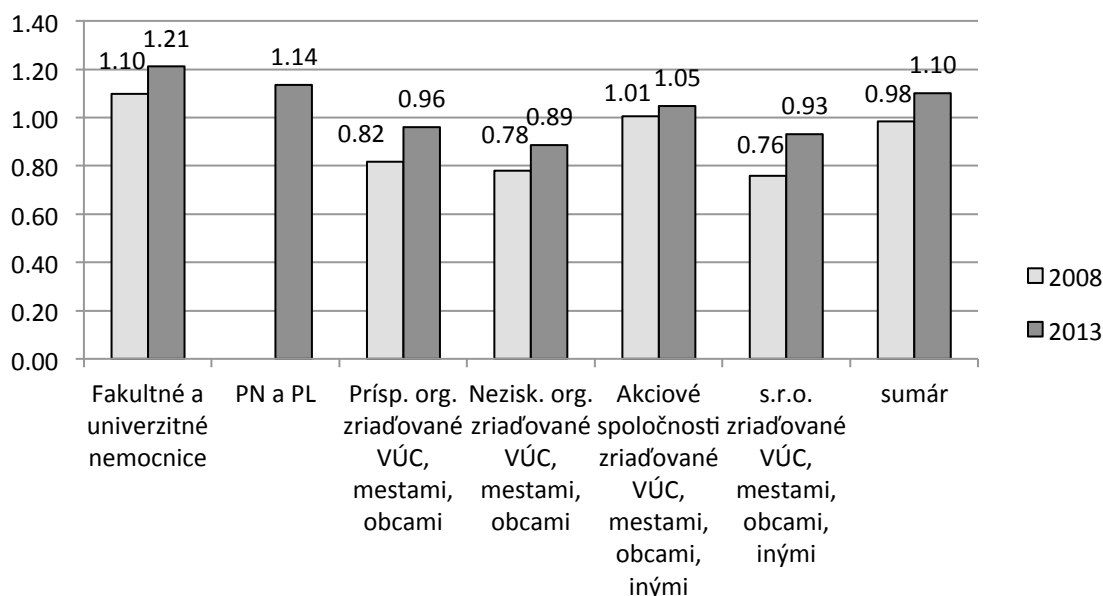
Tabuľka 2: Priemerné mzdy sestier v rôznych typoch zariadení ústavnej starostlivosti, EUR

	Fakultné a univerzitné nemocnice	PN a PL	Prís. org. zriaďované VÚC, mestami, obcami	Nezisk. org. zriaďované VÚC, mestami, obcami	a.s. zriaď. VÚC, mestami, obcami, inými	s.r.o. zriaď. VÚC, mestami, obcami, inými	Priemer
2008	23937		17789	16956	21895	16510	21406
2013	998	936	790	730	863	767	908

Pozn.: mzdy bez náhrad

Zdroj: SOZZASS

Graf 4: Pomer miezd sestier v rôznych typoch zariadení k priemernej mzde v hospodárstve SR



Pozn.: do výpočtu vstupovali mzdy bez náhrad

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov SOZZASS a Štatistického úradu SR

Diferenciácia miezd podľa typu zariadení je prirodzený jav a nemusí byť dôvodom pre egalizáciu. Lepšia relatívna pozícia lekárov a sestier vo fakultných a univerzitných nemocniciach zrejme súvisí aj s rozdielnymi platbami zo strany zdravotných poisťovní, keďže tieto sú zvýhodnené ako koncové nemocnice (ako také by mali riešiť ťažšie prípady a zamestnávať vysoko erudovaných špecialistov. Aj kvôli rôznemu charakteru nemocníc treba mzdovú diferenciáciu medzi nimi chápať ako prirodzený jav a nie je namieste vynucovanie akéhosi mzdového vyrovnávania.

Pre nedostupnosť regionálnej databázy miezd podľa zdravotníckych profesií tu posudzujeme regionálne diferencie v mzdách v celom odvetví zdravotníctva (tabuľka 3). Mzdy v zdravotníctve sú menej regionálne diferencované ako mzdy vo väčšine iných odvetví. Je tu podstatne výraznejšia nivelizácia. Aj tu platí (rovnako ako v celom hospodárstve), že mzdová hladina v Bratislavskom kraji výrazne prevyšuje mzdovú hladinu v ostatných krajoch. Odstup ostatných krajov však nie je taký výrazný ako v prípade iných odvetví. V Bratislavskom a Trnavskom kraji je priemerná mzda v ekonomike (za všetky odvetvia) vyššia ako je mzda v zdravotníctve. V ostatných regiónoch je to naopak.

Tabuľka 3: Regionálne diferencie miezd v zdravotníctve a v celej ekonomike SR

	Výška priemernej nominálnej mzdy v EUR		Pomer miezd v regióne k mzde v bratislavskom kraji		Pomer miezd v zdravotníctve k mzde za všetky odvetvia
	za všetky odvetvia	v zdravotníctve	za všetky odvetvia	v zdravotníctve	
Bratislavský	1159	1043	1,000	1,000	0,900
Trnavský	831	759	0,717	0,728	0,913
Trenčiansky	797	816	0,688	0,782	1,024
Nitriansky	783	827	0,676	0,793	1,056
Žilinský	830	873	0,716	0,837	1,052
Banskobystrický	783	787	0,676	0,755	1,005
Košický	851	857	0,734	0,822	1,007
Prešovský	715	754	0,617	0,723	1,055

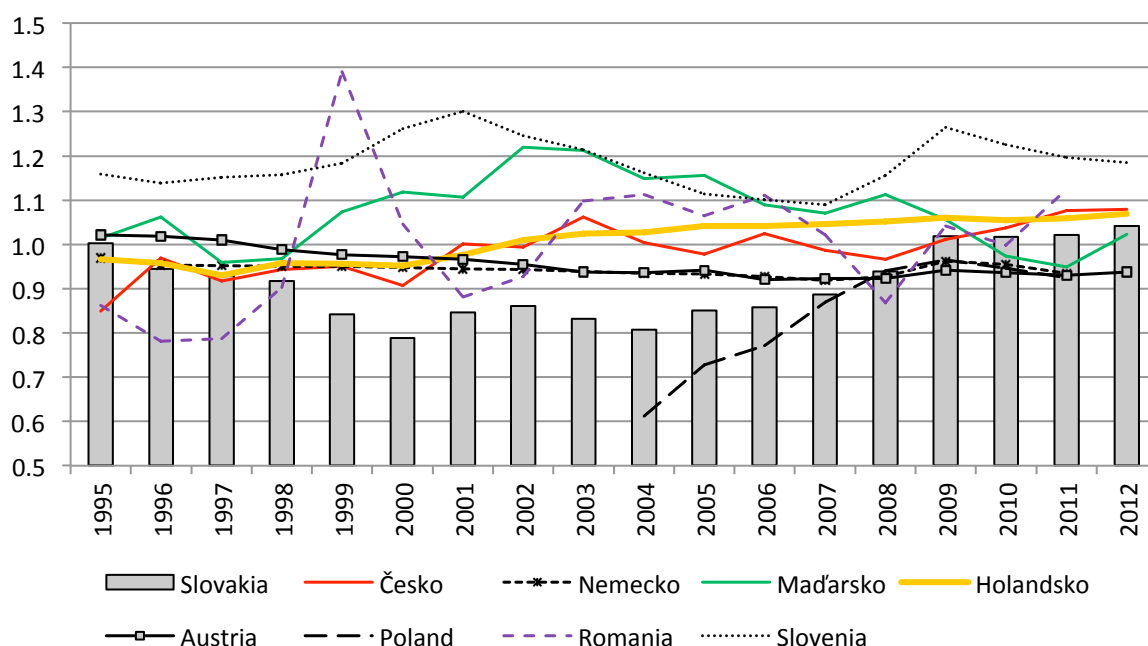
Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov ŠÚ SR

3. Relatívne mzdy v medzinárodnom porovnaní

Keďže medzinárodné porovnania miezd sú metodologicky značne rôznorodé, porovnali sme tu objemy miezd uvádzané v národných účtoch (tie sú metodologicky jednotné) prepočítané na zamestnanca. Tým sme „napodobnili“ ukazovateľ priemernej mzdy v odvetví zdravotníctva (graf 5). Touto metódou zisťujeme, že relatívna mzda v odvetví je v SR nie je významne odlišná od

hodnôt v iných krajinách, za ktoré boli dostupné údaje. Podotýkame, že takto vypočítaná relatívna mzda v odvetví je za SR iná ako v grafe 1 (tu je v celom časovom rade nižšia kvôli inej metóde získania priemernej mzdy). Tendencia je však rovnaká, rastúca. V prípade SR sa zvýšila zo 79 % priemeru hospodárstva v roku 2000 na 104 % v roku 2012.

Graf 5: Mzdy v odvetví zdravotníctva v pomere k priemeru hospodárstva. (objem miezd prepočítaný na počet zamestnancov)



Pozn.: údaje získané z národných účtov. Objem vyplatených miezd v zdravotníctve je delený počtom zamestnancov v odvetví. Rovnako objem vyplatených miezd v ekonomike je delený počtom zamestnancov v celej ekonomike. V grafe je pomer týchto dvoch podielov. Je to alternatívna forma vyjadrenia relatívnych miezd.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u.

Eurostat vo vybraných rokoch realizuje prieskumy nákladov práce podľa odvetví; tieto údaje sme použili v tabuľke 4. Za SR opäť konštatujeme nárast relatívnych miezd (ako súčasti relatívnych nákladov práce) a dosiahnutie takej úrovne, ktorá v medzinárodnom porovnaní nezaostáva (102 % priemernej mzdy v hospodárstve pri prepočte na tzv. full-time ekvivalent počtu zamestnancov). Doteraz sme tak niekoľkými metódami porovnali relatívnu mzdovú hladinu v odvetví zdravotníctva v SR. Hoci sme sa stretli s rôznymi hodnotami, ale mali vždy rovnakú rastovú tendenciu a podobný výsledok v medzinárodnom porovnaní..

Tabuľka 4: Relatívne mzdy v zdravotníctve podľa výberového zisťovania nákladov práce

	Relatívne mzdy 2008	Relatívne mzdy 2012
Česko	0,98	1,09
Maďarsko	0,91	0,86
Holandsko	1,01	1,03
Rumunsko	1,21	1,08
Slovinsko	1,18	
Slovensko	0,94	1,02
Ukrajina*		0,73

Pozn.: Mzdy a platy prepočítané na full-time ekvivalentom počtu zamestnancov. Takéto zisťovania sa realizujú len v niektorých rokoch a niektorých krajinách. Pre absenciu geograficky blízkych vyspelých krajín v súbore (ako Rakúsko či Nemecko) sme sem vybrali údaj za Holandsko, ktorého zdravotný systém je vysoko hodnotený.

**Údaj za Ukrajinu bol získaný inou metódou (porovnaním priemerných miezd v odvetviach), porovnanie s ostatnými krajinami je preto len orientačné.*

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u a Ukrajinského štátneho úradu štatistiky.

OECD realizuje porovnávanie miezd lekárov (zvlášť všeobecných a zvlášť špecialistov) a nemocničných sestier. SR vystupuje v porovnaní všeobecných lekárov a sestier (tabuľka 5). Pomer miezd všeobecných lekárov k priemernej mzde v hospodárstve bol v roku 2012 v SR bol porovnateľný s takýmto pomerom v iných ekonomikách regiónu. Priemerná mzda všeobecného lekára bol 1,99- násobkom priemernej mzdy v ekonomike. V iných krajinách regiónu (ktoré sa prieskumu zúčastnili) boli mzdy takýchto lekárov v intervale od 1,28- násobku priemernej mzdy (Maďarsko) až po 2,25-násobok priemernej mzdy v príslušnej ekonomike (Slovinsko). Mzdy všeobecných lekárov v SR boli teda v podobnom pomere k mzdovej hladine štátu, ako je to aj v iných ekonomikách.

Kým relatívne mzdy lekárov v SR medzinárodnom porovnaní nezaostávali, relatívne mzdy sestier boli v medzinárodnom porovnaní nižšie (nie však dramaticky). Priemerná mzda nemocničných sestier bola na úrovni 89 % priemernej mzdy v ekonomike v roku 2012. Podľa už vyššie uvedených údajov SOZZASS vychádzala relatívna mzda sestier vyššia, až okolo 110 % priemernej mzdy v ekonomike. Každopádne, bez ohľadu na metódu a zdroj, mala aj relatívna mzda sestier v SR rastúcu tendenciu.

Tabuľka 5: Relatívne mzdy všeobecných lekárov a nemocničných zdravotných sestier podľa zisťovania OECD

	Pomer miezd všeobecných lekárov k priemernej mzde	Rok, ku ktorému sa viaže údaj
Slovensko	1,99	2012
Poľsko	2,07	2012
Maďarsko	1,28	2012
Slovinsko	2,25	2012
Holandsko	1,92	2011
	Pomer miezd nemocničných zdravotných sestier k priemernej mzde	Rok, ku ktorému sa viaže údaj
Slovensko	0,89	2012
Česko	1,04	2012
Poľsko	1,03	2012
Maďarsko	0,80	2012
Slovinsko	0,97	2012
Nemecko	1,16	2010
Holandsko	1,00	2011

Zdroj: OECD Health Statistics 2014

4. Spornosť potreby ďalšieho posilnenia regulačných prvkov v určovaní miezd v zdravotníctve

Vzhľadom na vyššie uvedené sa nejaví ako opodstatnené posilňovanie centrálnej mzdovej regulácie v zdravotníctve. Relatívna mzda v odvetví dlhšiu dobu stúpa (hoci podstatnejší nárast sa viaže k obdobiu po roku 2011). „Vítazi“ v prerozdelení zdrojov sú zatiaľ lekári, hlavne lekári vo fakultných a univerzitných nemocniciach. Takáto diferenciácia nie je dôvodom na vynucovanie vyrovnávania plátov medzi zariadeniami, regiónmi ani profesiami. Mzdové diferencie sa prirodzene formujú vo všetkých odvetviach a majú svoj priestor aj v zdravotníctve.

V posledných rokoch sa opakujú požiadavky na ďalšiu nivelizáciu miezd (centrálne stanovenými minimálnymi mzdami lekárov, sestier aj ďalších zdravotníckych profesií). Nivelizácia likviduje podstatu mzdy ako meradla vzácnosti práce. Mzda potom stráca silu manažérskeho nástroja. Každá regulácia minimálnej úrovne mzdy je aj nepriamou reguláciou celej mzdovej škály (úprava spodného stupňa rebríčka tlačí na posúvanie všetkých stupňov).

Keďže zdravotníctvo je extrémne mzdovo náročné odvetvie (mzdy majú veľmi vysoký podiel na hodnote produkcie odvetvia alebo na objeme pridanej hodnoty), regulácia miezd znamená reguláciu ceny rozhodujúceho produkčného vstupu. V takýchto podmienkach je možnosť manažérskeho rozhodovania značne obmedzená.

Prvky centrálnej regulácie miezd v ktorejkoľvek profesii vyvoláva podobnú požiadavku v ďalších profesiách. Je nezmyselné, aby boli minimálne mzdové úrovne profesií definované ako pomer priemerných miezd v ekonomike. Mzda už potom nie je cenou práce ale výsledkom zacyklenej matematickej funkcie, kde výška prvku závisí od priemeru prvkov a ten priemer zase závisí od jednotlivých prvkov. Túto zvláštnu (a podľa nášho názoru škodlivú) zacyklenosť má v sebe zabudovaný aj Zákonník práce.

5. Odhadovaný dopad realizácie zvýšenia miezd lekárov, prípadnej realizácie požiadaviek sestier či úpravy miezd kolektívnymi zmluvami vyššieho stupňa

Vychádzame tu z úprav, ktoré už boli legislatívne zakotvené; prípadne z požiadaviek, ktoré boli medializované (do konca augusta 2014).

V prípade miezd lekárov je potrebné počítať s dokončením "tretej vlny" úprav miezd, ktorá bola rozdelená medzi roky 2014 a 2015. *(Táto úprava o. i. znamená, že základná zložka mzdy lekára a zubného lekára pracujúceho v pracovnom pomere na ustanovený týždenný pracovný čas v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore, je najmenej 2,30-násobok priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve SR zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy¹.)*

Navyšovanie je obsiahnuté v zákone o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a dopad tejto legislatívnej úpravy miezd bol kvantifikovaný na **36,6 mil. Eur** v roku 2015.

Mzdové požiadavky sestier a pôrodných asistentiek predstavujú podstatne zložitejší komplex, nemožno zatiaľ vychádzať z kodifikovanej úpravy ako v prípade miezd lekárov. Z požiadaviek vyberáme:

Objavila sa požiadavka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek na zavedenie vyšších koeficientov pre stanovenie základnej mzdy²:

¹ Spracované podľa § 80a zákona 578/2004: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-578#f6272585>

² <http://aktualne.atlas.sk/boj-zdravotnych-sestier-sa-opat-zacal-ziadaju-o-zvysenie-zakladnej-mzdy/slovensko/zdravotnictvo/>

Kým rezort zdravotníctva pre sestry a pôrodné asistentky plánuje stanoviť pri odborných činnostiach koeficient 0,81, teda ich základná mzda by predstavovala 81 percent z priemernej mzdy na Slovensku spreď dvoch rokov, komora požaduje zaviesť koeficient 0,87. Pri tzv. certifikačných činnostiach sestry a pôrodnej asistentky by ich základná zložka mzdy mala podľa komory vychádzať z koeficientu 0,90. Ten by tak oproti plánu ministerstva zdravotníctva stúpol o 0,05. Vo finančnom vyjadrení ide pre rok 2014 o nárast základnej mzdy o 40,25 eura na 724,5 eura. V prípade špecializovaných činností sestry a pôrodnej asistentky navrhuje komora pokles koeficientu o 0,03 na 0,93. Základná mzda sestier a pôrodných asistentiek by tak v tomto roku predstavovala 748,65 eura, čo je v porovnaní s návrhom ministerstva zdravotníctva menej o 24,15 eura.

Sestry a pôrodné asistentky okrem toho požadujú, aby sa základné zložky mzdy za každé tri roky ošetrovateľskej praxe sestry alebo výkonu pôrodnej asistencie zvýšili minimálne o 0,03-násobok priemernej mzdy na Slovensku.

Základnú zložku mzdy by pritom mal štát podľa komory garantovať sestere a pôrodnej asistentke aj vtedy, ak pracuje v neštátnom sektore.

Keďže odhadovanie dopadov cez modelovanie mzdových koeficientov je veľmi náročné (a vyžaduje si podrobné, ťažko dostupné vstupné údaje), použijeme zjednodušenie opreté o deklarovaný princíp odborových a stavovských organizácií (Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek; Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek). Pri odhade dopadov komplexu požiadaviek sestier sa teda opierame o nasledovný princíp:

„Prvým princípom je stabilizácia platov minimálne na úrovni zrušeného zákona o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek tak, ako nám to už raz vláda SR garantovala a Národná rada SR takmer jednohlasne prijala.“³

Ešte presnejšie je tento princíp sformulovaný v stanovisku Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek:

„SK SaPA naďalej trvá na tom, že stabilizácia platov musí prebehnúť minimálne na úrovni zrušeného zákona 62/2012 Z. z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek z roku 2012 tak, ako to už raz vláda garantovala, pričom by mala byť zohľadnená aj valorizácia týchto platov.“⁴

Sestry tak požadujú stabilizáciu platov minimálne na úrovni, akú im garantoval zákon, o ktorom neskôr Ústavný súd SR rozhodol, že nie je v súlade s ústavou. Predpokladáme, že prípadný návrat k takej úrovni odmeňovania, akú predpokladal zákon 62/2012 Z. z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek by aj v súčasnosti znamenal podobnú dodatočnú záťaž, aká bola vyjadrená v sprievodných dokumentoch pôvodného zákona. V doložke návrhu zákona 62/2012 Z. z. sa možno stretnúť s kvantifikáciou vplyvov na úrovni 80

³ <http://ozsapa.sk/clnk.php?clanokid=42>

⁴ <http://www.sksapa.sk/z-cinnosti-komory/sestry-su-v-navrhu-novej-legislativy-trestane-pre-ich-vysoky-pocet.html>



mil. eur (pre rok 2013) a 82 mil. eur (pre rok 2014)⁵. Ak očakávame podobný dopad, ale aj s valorizáciou, môžeme pracovať s odhadom na úrovni **85 mil. eur**.

Očakávaný dopad kolektívnych zmlúv vyššieho stupňa je menší ako dopad zvyšovania miezd lekárov či sestier. V čase spracovania tohto materiálu nebola podpísaná kolektívna zmluva vyššieho stupňa a nebolo tak možné nasimulovať nejaké skutočné hodnoty. Z medializovaných informácií bolo zrejmé, že dlhšiu dobu bola vyvíjaná snaha odborov o rozšírenie pôsobnosti takejto zmluvy (v niektorých iných odvetviach už k extenzii KVZS skutočne došlo). Vzhľadom na neznáme sadzby zvyšovania miezd aj neistý okruh zamestnancov „krytých“ takouto prípadnou zmluvou v roku 2015, môžeme tu predstaviť iba hypotetické čísla. Ak by počítame so sadzbou zvyšovania miezd 1 % a s maximálnym limitom osôb „krytých“ takouto zmluvou na úrovni cca 40 tisíc (nedotkne sa teda väčšiny zamestnancov), potom dopad sa blíži k hodnote **6 mil. eur**.

Tabuľka 6: Dopad zvýšenia miezd kolektívnou dohodou vyššieho stupňa o 1 %
(dopad na objem miezd a nákladov práce)

Kategória zamestnancov		Zvýšenie miezd o 1 %
		Dodatočný výdavok na 1000 zamestnancov (tis. eur)
Všetci zamestnanci	Zmena objemu miezd	108,0
	Zmena nákladov práce	145,8
Lekári	Zmena objemu miezd	229,7
	Zmena nákladov práce	310,1
Sestry	Zmena objemu miezd	88,9
	Zmena nákladov práce	120,0
OZP	Zmena objemu miezd	66,5
	Zmena nákladov práce	89,7
THP	Zmena objemu miezd	84,2
	Zmena nákladov práce	113,7

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov HPI

⁵ Vplyvy na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu. Príloha č. 13a k Návrhu zákona 62/2012 Z. z.

6) Odhadovaný dopad zavedenia odvodovej odpočítateľnej položky pri súčasnom podstatnom zvýšení minimálnej mzdy (podľa návrhu reformy MF SR z augusta 2014)

Pripomíname, že ide o reformu, ktorá má nízkopříjmovým zamestnancom zvýšiť čistý príjem a zamestnávateľom znížiť náklady práce tým, že sa znížia zdravotné odvody zamestnávateľov a zamestnancov. Parametre a princípy tejto reformy používame v tej podobe, ako boli uvedené v prezentácii uverejnenej 19.8. 2014 na stránke MF SR⁶:

- Počítame tak so zvýšením minimálnej mzdy zo súčasnej úrovne 352 EUR na 380 EUR.
- Zavedie sa odvodová odpočítateľná položka (OOP), ktorá zníži zdravotné odvody v pásme od minimálnej mzdy po 1,3 násobok minimálnej mzdy (s dodatočným jedným eurom príjmu klesá OOP o 3,3 eur).
- Deklarovaný výpadok zdrojov zdravotných poisťovní v roku 2015 je na úrovni 150 mil. eur.

Uvádzaný výpadok zdrojov v zdravotníctve (150 mil. eur) tu konfrontujeme s odhadom úspory nákladov práce v sektore zdravotníctva.

Podľa odhadov HPI sa OOP dotkne asi 28,5 % zamestnancov odvetvia zdravotníctva. Taký je odhadovaný podiel zamestnancov, ktorí poberajú mzdu v pásme od minimálnej mzdy po 1,3 násobok minimálnej mzdy (teda po 494 eur). Pri celkovom počte zamestnancov v odvetví zdravotníctva (91,5 tis.- bez samozamestnaných) sa teda OOP týka asi 26 tisíc zamestnancov.

Ak berieme do úvahy úspory nákladov práce pri jednotlivých pásmach miezd (kvantifikované MF SR v materiáli, na ktorý sa odvolávame) a odhadovanú početnosť zamestnancov v mzdových pásmach (odhad HPI), môžeme úsporu nákladov práce odhadnúť na 5,4-6,8 mil. eur v roku 2015.

Na jednej strane tak stojí deklarovaný výpadok zdrojov v zdravotníctve vo výške 150 mil. eur, na druhej strane úspora nákladov práce v zdravotníctve vo výške 5,4-6,8 mil. eur. Z tejto reformy teda zdravotníctve vychádza s čistým výpadkom zdrojov vo výške asi 143,2-144,6 mil. eur, čo je bez kompenzácie príliš dramatickým výpadkom.

Možno ešte podotknúť, že toto je statický prepočet (ktorý nepočíta s rastom miezd). Ak zoberieme do úvahy, že prudké zvýšenie minimálnej mzdy vyvolá tlak na úpravu aj ďalších miezd (a tým sa časť zamestnancov posunie k vyššej mzde a tým k nižšej hodnote OOP), potom môžeme vyššie vypočítanú úsporu nákladov práce brať ako nadsadenú. Preto treba úsporu pracovných nákladov v uvedenej výške chápať skôr ako horný limit úspory.

⁶ <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=38&id=722>

Tabuľka 7: Odhadované výpadky a úspory zdrojov v zdravotníctve v roku 2015 z titulu realizácie navrhutej odvodovej reformy pri súčasnom zvýšení minimálnej mzdy.

Výpadok zdravotných odvodov v systéme verejného zdravotného poistenia	150 mil. eur
Úspora nákladov práce v odvetví zdravotníctva (úspory odvetvia zdravotníctva ako zamestnávateľa)	5,4 až 6,8 mil. eur
Čistý výpadok zdrojov v zdravotníctve	143,2 až 144,6 mil. eur

Zdroj: MF SR a odhady HPI.

7. Sumár dopadov a potreba kompenzácie

V tabuľke 8 sú zhrnuté odhady dopadov úprav mzdovej hladiny a zavedenia odvodovej odpočítateľnej položky. Ak by sa mali súčasne zvyšovať mzdy lekárov, realizovať požiadavky sestier (v plnej miere) a implementovať OOP so zvýšením minimálnej mzdy, mohlo by to znamenať výpadok zdrojov v zdravotníctve v súhrnnej výške okolo 266 mil. eur (výpadok kvôli OOP plus potreba financovania vyšších miezd lekárov a sestier). Ak by sa navyše upravovala mzdová hladina u časti zamestnancov prostredníctvom kolektívnej zmluvy vyššieho stupňa (modelovali sme dopad zvýšenia o 1 %), mohol by súhrnný dopad všetkých týchto vplyvov dosiahnuť sumu okolo 272 mil. eur. Chápeme to ako hornú hranicu dopadu, keďže je málo pravdepodobné, aby sa všetky uvedené vplyvy realizovali v plnej miere súčasne. Ide o mimoriadne výrazný vplyv na zdroje zdravotníctva, ktorý by si vyžadoval kompenzácie zo strany štátu.

Možno tak položiť otázku, ako by sa mala zmeniť sadzba, ktorá sa používa na výpočet platby štátu za svojich poistencov, aby sa dopady vykompenzovali. Vychádzame pritom z niektorých parametrov vyplývajúcich z návrhu rozpočtu verejnej správy, aký bol k dispozícii v čase finalizácie tohto textu (ku koncu augusta 2014). Ak by mal štát kompenzovať vyššie uvedené vplyvy (272 mil. eur) cez platby štátu za svojich poistencov, musela by sadzba pri platbe štátu dosiahnuť úroveň 4,5 % z priemernej mzdy. Je to značná zmena v porovnaní s navrhovaným rozpočtom verejnej správy, z ktorého vyplýva sadzba za poistencov štátu hlboko pod hranicou 4 %.

Ak by sa kompenzácia nerealizovala, je vysoko pravdepodobné, že by sa takmer celý objem kvantifikovaných dopadov „prelial“ do dlhov zdravotníckych zariadení. Keďže aktuálna výška ich dlhov presahuje 300 mil. eur, pri zrealizovaní všetkých spomínaných dopadov (272 mil. eur) by sa mohla výška dlhov zdravotníckych zariadení takmer zdvojnásobiť! Nepredpokladáme totiž, že by zdravotnícke zariadenia dokázali absorbovať nejakú podstatnejšiu časť tu vyjadrených dopadov nejakými vnútornými úsporami či preskupovaním svojich zdrojov (hlavne nie v krátkodobom horizonte).

Tabuľka 8: Rekapitulácia odhadovaných dopadov zmien mzdovej hladiny

Opatrenia	Odhadovaný dopad v roku 2015	Poznámka
Zvyšovanie miezd lekárov- vyplývajúce zo zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti	37 mil. eur	Legislatívne už upravené
Prípadné zvyšovanie miezd sestier a pôrodných asistentiek na úroveň podľa zákona 62/2012 Z. z.	85 mil. eur	Neisté, iba v rovine požiadaviek. Možná čiastočná realizácia.
Dopad zvýšenia minimálnej mzdy a zavedenia odvodovej odpočítateľnej položky (korigovaný o úspory nákladov práce v odvetví zdravotníctva)	144 mil. eur	Vysoká pravdepodobnosť realizácie, ale legislatívne zakotvenie ešte chýba.
Prípadné zvyšovanie miezd kolektívnou zmluvou vyššieho stupňa	do 6 mil. eur pri zvýšení o 1 %	Neisté, kolektívna zmluva zatiaľ chýba.
Spolu	do 272 mil. eur	

Zdroj: odhady HPI

Tabuľka 9: Údaje o prípadnej kompenzácii cez platbu za poistencov štátu

Priemerná mesačná mzda v hospodárstve v roku 2013 (dva roky pred rokom, ku ktorému sa odhad viaže)	824 eur
Predpokladaný počet osôb, za ktoré platí poistné štát	3,15 mil.
Sadzba za poistencov štátu podľa predloženého návrhu rozpočtu	3,63 % z priemernej mzdy spred dvoch rokov
Očakávaný objem platby štátu podľa predloženého návrhu rozpočtu	1,13 mld. eur
Potrebný objem platby štátu, ak sa má vykompenzovať najvyšší očakávaný dopad úprav miezd	1,13 mld. eur + 0,272 mld. eur = 1,402 mld. eur
Sadzba za poistencov štátu, ak má dôjsť k plnej kompenzácii mzdových úprav	4,5 %

Zdroj: Štatistický úrad SR a odhady HPI