

» obsah

**Jednoducho
nie sú peniaze****„Relatívna cena“
lekára v SR rastie:
v domácom
aj medzinárodnom
meradle****HPI nesúhlasí
s plošným rušením
nočnej pohotovosti****Zrušenie ročného
zúčtovania pre
poistencov EZP****Transformácia
nie je cieľ, ale nástroj****Obrat v kauze
Veriteľ, a. s.****Vítazná práca HMA:
Trhová hodnota
ambulancie
špecialistu**

» tirage

**Into Balance
štvrtročník
o zdravotnej politike****Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika****tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: hpi@hpi.sk****editor: Tomáš Szalay
fotografie: Eva Sívá,
Tomáš Szalay**

Jednoducho nie sú peniaze

Dlhy všetkých zdravotníckych zariadení k 31. 12. 2008 dosiahli 273 mil. eur (8,2 mld. Sk). Z toho dlh zdravotníckych zariadení v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva (MZ) tvoril 196 mil. eur a dlhy všetkých ostatných zariadení boli na úrovni 77 mil. eur (5,9 mld. Sk resp. 2,3 mld. Sk). Podľa medializovaných informácií lehoty splatnosti nemocníc sa predĺžili na 300 až 400 dní a na dodávateľov je zo strany riaditeľov nemocníc vyvíjaný neprimeraný nátlak. V tejto situácii MZ prijalo tri opatrenia, z ktorých jedno je protiústavné, druhé je kontraproduktívne a tretie slúži na odvedenie pozornosti.

ZÁKAZ EXEKÚCIÍ JE PROTIÚSTAVNÝ

Prezident 15. mája 2009 podpísal zákaz exekúcií majetku nemocníc do konca roku 2009. Týmto opatrením vládni poslanci zmäkli podmienky pre fungovanie nemocníc, čo však poškodzuje veriteľov nemocníc. Ficova vláda už zákaz exekúcií presadila hneď po svojom nástupe v lete 2006, avšak Ústavný súd ešte v decembri 2006 predbežným opatrením zákaz exekúcií štátnych nemocníc pozastavil. Poslanec Daniel Lipšic pre Hospodárske noviny potvrdil, že aj v tomto prípade pripravuje podnet na Ústavný súd.

ZRUŠENIE DEGRESÍVNEJ MARŽE JE KONTRAPRODUKTÍVNE

Zrušenie degresívnej marže v nemocniciach pri nákupe liekov je kontraproduktívne, lebo z nemocníc odčerpá zdroje vo výške 6 až 9 mil. eur (180 až 270 mil. Sk) ročne, ktoré mohli slúžiť práve na zníženie istiny dlhu. MZ svoj krok obhajuje tým, že maržu zvýšilo z dôvodu zhoršenej platobnej schopnosti nemocníc. Takýmto krokom ju však ešte viac prehĺbi.

„PLÁN NA ODDLŽENIE“ SLUŽÍ NA ODVEDENIE POZORNOSTI

MZ niekoľkokrát deklarovalo, že má k dispozícii 200 mil. eur (6 mld. Sk) na oddĺženie nemocníc. Viackrát sme upozorňovali, že takáto suma nie je schválená v štátnom rozpočte. Prípadné čerpanie týchto zdrojov zo štátnych finančných aktív môže v čase krízy naraziť na priority ostatných rezortov, ktoré môžu byť uprednostnené na úkor zdravotníctva.

Zatiaľ sa ukazuje, že štátny rozpočet bude mať v roku 2009 asi o 1,5 až 2,0 mld. eur (45 až 60 mld. Sk) menej daňových príjmov ako očakával rezort financií, čo je výpadok na úrovni 10 – 15 % rozpočtu. Scvrkávajúce sa štátne finančné aktíva sú zatiaľ používané na záchranu neefektívnych štátnych firiem. Preto je celkom logické, že sumu 200 mil. eur (6 mld. Sk) na oddĺženie štátnych nemocníc ministerstvo financií zatiaľ nepotvrdilo.

Podľa nášho odhadu môžeme očakávať, že na oddĺženie bude v konečnom dôsledku použitých asi 33 mil. eur (1,0 mld. Sk). Ako hlavný argument takejto nízkej sumy môže MZ použiť nízku kvalitu podnikateľských plánov nemocníc, pričom skutočný dôvod bude zrejme oveľa prozaickejší. Jednoducho nie sú peniaze.



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
je riaditeľ, partner a senior analytik
Health Policy Institute.
Zaoberá sa zdravotnou politikou,
ekonómiou zdravotníctva a
makroekonomiou.

*článok bol napísaný
pre internetový časopis
asociácie SK-MED „FÓRUM“*

nájdete ho tiež na blogu

*[http://blog.tyzden.sk/
peter-pazitny/](http://blog.tyzden.sk/peter-pazitny/)*

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

„Relatívna cena“ lekára v SR rastie: v domácom aj medzinárodnom meradle

Kvôli relatívne rýchlemu rastu miezd v odvetví zdravotníctva a sociálnej pomoci (a v rámci toho aj miezd lekárov) v období 2007-2008 sa zlepšila relatívna cena práce lekára pri porovnaní v rámci ekonomiky SR. A navyše, aj kvôli kurzovému vplyvu, narástla relatívna cena práce lekára aj v medzinárodnom porovnaní. Lekár v SR prestáva byť „chudobným kolegom“ lekára v Maďarsku alebo Česku. Dokonca pre maďarského lekára už začína byť lukratívne pracovať v SR.

Vzhľadom na kvalitu dostupných údajov tu pracujeme s priemernými mzdami lekárov alebo všetkých zamestnancov zdravotných zariadení (či odvetvia zdravotníctva) v SR, Maďarsku a Česku. Neberieme do úvahy počty odpracovaných hodín, štruktúru priemernej mzdy, výšku stabilných či premenlivých častí mzdy a pod. Pracujeme len s kategóriou priemerná mzda v takej výške, ako ju sprostredkovali príslušné kompetentné inštitúcie v spomínaných krajinách¹.

Relatívna mzda v odvetví je pomerom priemernej mzdy v danom odvetví k priemernej mzde v celej ekonomike. V **Grafoch 1 až 3** konfrontujeme relatívnu mzdu v odvetví zdravotníctva s relatívnou mzdou v ostatných odvetviach tzv. netrhových služieb (školsťvo ako aj verejná správa, obrana a povinné sociálne zabezpečenie). To sú totiž štátom silno regulované odvetvia, poskytujúce služby vo verejnom záujme, závislé od verejných financií. Spoločnými prvkami pri porovnávaní relatívnych miezd v týchto odvetviach sú tieto:

- Vo všetkých troch krajinách je relatívna mzda v zdravotníctve výrazne pod hodnotou 1 (teda pod priemerom ekonomiky).
- Z odvetví netrhových služieb je najvyššia relatívna mzda dosahovaná v odvetví verejnej správy, obrany a povinného sociálneho zabezpečenia.

Špecifiká SR vidno v týchto javoch:

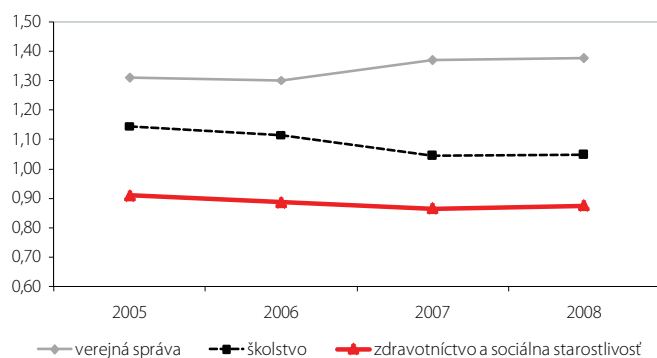
- Na začiatku sledovaného obdobia (2005) bola relatívna mzda v zdravotníctve najnižšia spomedzi týchto krajín. V roku 2008 je už rovnaká (dokonca nepatrne vyššia) ako v ČR a MR, pozri v **Grafe 4**.
- V SR je relatívna mzda v zdravotníctve podobná alebo vyššia ako v školstve. V ostatných štátoch relatívna mzda v zdravotníctve významnejšie zaostávala za relatívnou mzdou v odvetví školstva.

Relatívna mzda lekára (vyjadrujúca relatívnu vzácnosť profesie) je pomerom mzdy lekára k priemernej mzde v ekonomike. Vyjadrujeme tu relatívnu mzdu vo vnútri odvetvia (pomer mzdy lekára k priemernej mzde v odvetví zdravotníctva) aj v ekonomike ako celku (pomer mzdy lekára k priemernej mzde v celej ekonomike).

Relatívna mzda lekára (na rozdiel od väčšiny profesií) tu nevzniká čisto ako funkcia trhom generovanej vzácnosti, ale je tiež funkciou regulácie odvetvia.

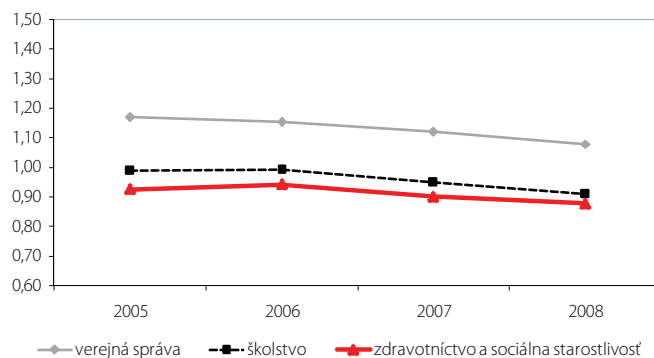
V minulosti bola relatívna príjmová pozícia lekára v SR v porovnaní s ČR a MR menej priaznivá. V rokoch 2007 a 2008 sa však situácia mení: relatívna príjmová pozícia lekára v SR sa nápadne zlepšuje.

Graf 1: Relatívna mzda vo vybraných odvetviach v Maďarsku



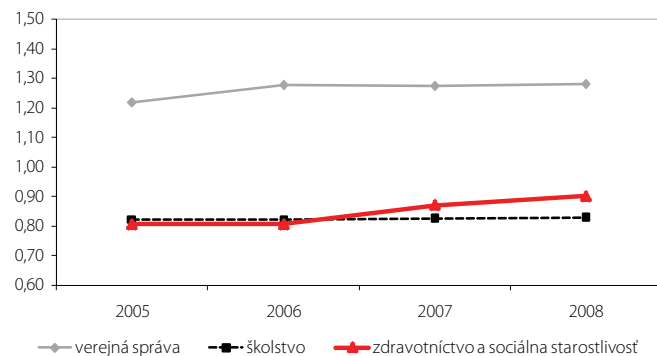
Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov KSH

Graf 2: Relatívna mzda vo vybraných odvetviach v Česku



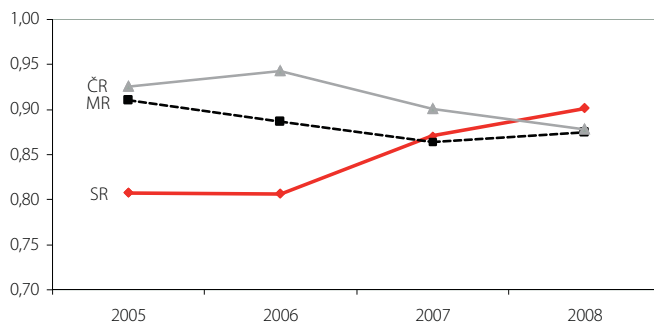
Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov ČSÚ

Graf 3: Relatívna mzda vo vybraných odvetviach v SR



Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov ŠÚ SR

Graf 4: Porovnanie relatívnej mzdy v zdravotníctve



Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov KSH, ČSÚ a ŠÚ SR

Tabuľka 1: Relatívna mzda lekára

	SR		ČR ²		MR ³	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008(*)
Relatívna mzda lekára (voči celému hospodárstvu)	1,80	2,02	1,94	1,89	1,72	1,68
Relatívna mzda lekára (voči odvetviu zdravotníctva)	1,87	1,98	1,84	1,84	1,84	1,83

Pozn. (*) v prípade MR ide o údaje za 1.-3. štvrťrok

Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov SOZZASS, ÚZIS ČR, ESKI

Tabuľka 2: Priemerná mzda zamestnancov v zdravotníckych zariadeniach prepočítaná na SKK

	2005	2006	2007	2008
SR	14 835	16 524	19 354	22 212
ČR	25 684	28 984	28 615	31 656
MR (*)	23 503	22 627	23 330	23 314
pomer SR/ČR	0,58	0,57	0,68	0,70
pomer SR/MR	0,63	0,73	0,83	0,95

Pozn. (*) v prípade MR ide o údaje za 1.-3. štvrťrok

Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov SOZZASS, ÚZIS ČR, ESK a NBS

Už v období 2007-2008 došlo k zmierneniu (či zániku) nevýhody lekára v SR, pritom predpokladáme, že v roku 2009 sa táto tendencia ešte zvýrazní. Dôvodom je kurzový vývoj (zavedenie eura v SR a znehodnotenie CZK aj HUF voči EUR v prvom polroku 2009). Ak abstrahujeme od rastu miezd v roku 2009 (ktorý bude nevýrazný kvôli vplyvu ekonomickej recesie) a posledný známy údaj o mzdách lekárov prepočítame výmennými kurzami z 1. polroka 2009, zistíme nasledovné:

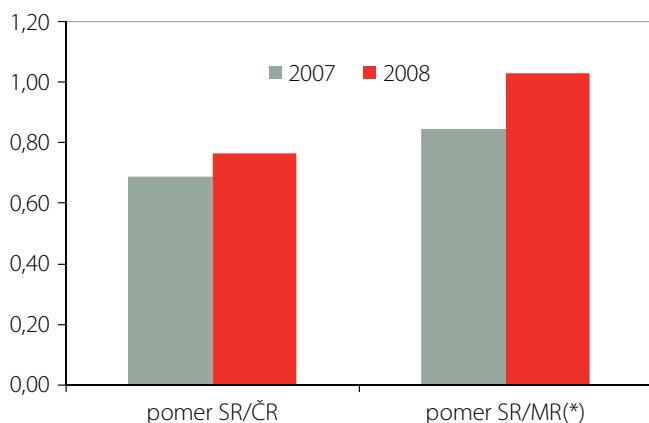
- Pomer mzdy lekára v SR ku mzde lekára v MR sa posúva na hodnotu 1,27 (z 1,03 v roku 2008).
- Pomer mzdy lekára v SR ku mzde lekára v ČR sa posúva na úroveň 0,87 (z 0,77 v roku 2008).

Pravda, tu ide len o „analytické cvičenie“ bez reálnej znalosti vývoja miezd lekárov za rok 2009 a bez znalosti priemerného výmenného kurzu za celý rok. Predpokladáme však, že v roku 2009 sa opäť významne zníži miera mzdového zaostávania lekárov v SR za lekármi v ČR a dokonca práca v sloven-

skom zdravotníctve môže byť mzdovo atraktívna pre lekára z Maďarska.

Táto analýza nemá za cieľ posúdiť oprávnenosť mzdových požiadaviek lekárov (či v širšom chápaní zdravotníckych pracovníkov) v SR. Ukazuje len, že ustupuje „mzdová nevýhoda“ lekára v SR oproti susedným krajinám. Narastá tak mzdová atraktivita slovenského zdravotníctva pre lekárov zo susedných krajín (alebo aspoň ustupuje pôvodná mzdová neatraktivita).

1. Zámerne sa tak vyhýbame zložitým debatám o tom, ako je kto odmeňovaný tarifnou mzdou, príplatkami za pracovnú pohotovosť, za prácu nadčas a pod.
2. Časť lekárov či zdravotníckych pracovníkov v ČR je odmeňovaná podľa predpisov o plate, časť podľa predpisov o mzde. Štatistické dáta sú prístupné separátne za obe skupiny a v niektorých prípadoch bolo problematické dospieť k jednej spoločnej priemernej hodnote. Tam sme použili priemernú hodnotu tých, ktorí sú odmeňovaní podľa predpisov o plate. Štruktúra tejto skupiny lepšie vyhovovala obsahu analýzy. Týka sa to Tabuliek 1 a 2 aj Grafu 5 (k problému bližšie ÚZIS ČR).
3. V prípade Maďarska boli v čase spracovania tohto textu prístupné dáta o mzdách lekárov len po III. štvrťrok 2008. Predpokladáme však len malú odchýlku celoročného priemeru mzdy od priemeru mzdy za prvé tri štvrťroky. Celoročný údaj o priemernej mzde za celú ekonomiku MR bol v roku 2008 o 2,4 % vyšší ako údaj za tri štvrťroky. Je to dané pravidelným sezónnym výkyvom v poslednom štvrťroku, ktorý však v roku 2008 nebol silný kvôli efektom blížiacej sa recesie.

Graf 5: Pomer priemernej mzdy lekára v SR k mzde lekára v ČR a MR

Pozn. (*) v prípade MR ide o údaje za 1.-3. štvrťrok

Pomer je vyjadrený z priemerných miezd prepočítaných na SKK.

Zdroj: Prepočty HPI podľa údajov SOZZASS, ÚZIS ČR, ESKI a NBS.



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973)
je senior analytik
Health Policy Institute.
Zaoberá sa hospodárskou
politikou, makroekológiou a
ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

HPI nesúhlasí s plošným rušením nočnej pohotovosti

Ministerská analýza lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) – vid' *IntoBalance 1/2009* – viedla poslanca Jozefa Valockého (Smer-SD) k legislatívnej aktivite. Predložil parlamentu novelu zákona, ktorou sa ruší nepretržitá dostupnosť pohotovosti a zavádzajú sa centrálné výberové konania na poskytovateľov LSPP. Všeobecní lekári by mali aj naďalej mať povinnosť slúžiť na pohotovosti. Návrh je v súčasnosti v druhom čítaní v parlamente.

Návrh poslanca Valockého na zmeny v LSPP považuje Health Policy Institute (HPI) za neprijateľný z troch dôvodov:

1. **návrh obchádza pripomienkové konanie** a neumožňuje tak diskusiu odbornej ani laickej verejnosti k rušeniu pohotovosti,
2. **návrh plošne ruší nepretržitú dostupnosť** ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
3. **návrh zabezpečuje bezrizikové podnikanie** centrálnym vybraným firmám, pre ktoré budú všeobecní lekári povinne slúžiť na základe rozpisu samosprávneho kraja.

Na prijímanie správnych rozhodnutí v zdravotníctve je diskusia viac než žiaduca. Keďže poslanecké návrhy zákonov neprechádzajú pripomienkovým konaním, Valockého návrh na zmeny v LSPP nemusí podstúpiť konfrontáciu s pacientmi, odborníkmi, profesijnými združeniami či laickou verejnosťou. **Vyhýbanie sa oponentúre zvyšuje riziko prijatia nesprávneho rozhodnutia.**

Plošné zrušenie nepretržitej dostupnosti LSPP je podľa HPI krokom **v rozpore s programovým vyhlásením vlády** („Vláda zabezpečí zachovanie dostupnosti a kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov.“). Znižuje sa totiž dostupnosť zdravotnej starostlivosti, a to najmä v lokalitách so zhoršeným prístupom k centrálnym príjmom nemocníc. Analýza MZ SR uvádza, že niektoré pohotovosti ošetrí v nočných hodinách až 40 % všetkých pacientov. Zrušením nočnej pohotovosti sa zhorší dostupnosť aj vo väčších mestách – napríklad stomatologickú pohotovosť v Bratislave navštívi po polnoci 18 % všetkých jej pacientov. Podotýkame, že návrh zákona nestanovuje garanciu, že pohotovosť bude fungovať „aspoň“ do 24:00.

Pohotovosť majú aj naďalej slúžiť lekári prostredníctvom krajského rozpisu služieb. Ich zamestnávateľom majú byť firmy vybrané ministerstvom zdravotníctva na 5 rokov pre celé územie Slovenska na základe nejasných kritérií výberu. Kombinácia povinných služieb lekárov, pevnej ceny stanovenej vládou a zrušenia nepretržitej pohotovosti vytvorí víťazným firmám priestor na maximalizáciu zisku na úkor zníženia dostupnosti. Takéto nastavenie systému nezodpovedá misii HPI. **Vyzývame preto tvorcov zdravotnej politiky, aby zastavili prebiehajúci legislatívny proces a tému zmien v LSPP predložili do verejnej diskusie.**

-red-

HPI víta iniciatívu ministerstva financií pri referencovaní cien liekov

Health Policy Institute privítal iniciatívu Ministerstva financií SR (MF SR), ktoré v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva (MZ SR) pripravilo analýzu cien a cenových návrhov liekov registrovaných na Slovensku. Na svojej internetovej stránke MF SR v máji upozornilo na tie lieky, ktorých ceny sú vyššie ako je priemer cien daných liekov v šiestich najlacnejších krajinách EÚ. Doterajšie referencovanie cien liekov v réžii MZ SR podľa HPI zrejme neprinieslo očakávané výsledky v podobe úspor v liekovej politike.

Rezort financií uviedol, že zoznam „hriešnikov“ je predbežný a je zverejnený len ako informácia pre odbornú a všeobecnú

verejnosť z dôvodov transparentnosti. Dodávatelia namieta, že podklady na prípravu potrebných materiálov získali len dva dni pred termínom ich odovzdania, čo sa mohlo prejavíť v kvalite analyzovaných dát. Prípadné vecné a metodické rozdiely boli prerokované s dotknutými dodávateľmi počas tzv. hearingov organizovaných MZ SR.

HPI oceňuje angažovanie sa MF SR v referencovaní cien liekov ako snahu prispieť k väčšej transparentnosti a efektívnosti využívania verejných zdrojov v zdravotníctve.

-red-

Európsky súdny dvor o vlastníctve lekární

Môžu nefarmaceuti vlastniť lekáreň? Dve kauzy s podobnou otázkou nedávno riešil Európsky súdny dvor (ESD). V prípade Talianska Európska komisia požadovala liberalizáciu vlastníctva lekární. V nemeckom prípade sa spor týkal holandského internetového predajcu liekov, spor vyvolala lekárnická komora v Sársku proti štátu a spolkovej krajine. **V oboch prípadoch ESD rozhodol, že vnútroštátny zákaz vlastníctva a prevádzkovania lekární nefarmaceutami neodporuje zásade voľného pohybu tovaru a služieb** (nemecká kauza: C-171/07 a C-172/07, talianska kauza: C-531/06). Zovšeobecnene povedané, jednotlivé členské štáty môžu obmedzovať vlastníctvo lekární. Neznamená to však, že musia.

Téma obmedzenia vlastníctva lekární na Slovensku nie je podľa HPI v súčasnosti aktuálna. Problémy lekárenstva netkvejú vo vlastníctve lekární, ale v regulácii kvality, dohľade nad jej dodržiavaním a vymáhaní pravidiel. To je priestor, v ktorom je potrebné dnešný systém zlepšovať, a to v súčinnosti štátu, regionálnych i profesijných samospráv.

HPI považuje za vhodné v tejto veci uvažovať o tesnejšom prepojení zodpovednosti a kompetencií odborných zástupcov v lekárnach.

-red-

Zrušenie ročného zúčtovania pre poistencov EZP

Parlament novelou poistného zákona č. 192/2009 Z. z. zrušil povinnosť niekdajších poistencov zaniknutej Európskej zdravotnej poisťovne podávať ročné zúčtovanie poistného za rok 2008. Šlo o poslanecký pozmeňovací návrh v druhom čítaní, ktorý ministerstvo zdravotníctva podporilo argumentáciou priveľkej zložitosti robiť ročné zúčtovanie, keďže EZP v roku 2008 fungovala len 4 mesiace.

Zrušenie ročného zúčtovania za rok 2008 HPI chápe ako retroaktívne ustanovenie. Nesystémovo odpúšťa poistencom nedoplatky, nepriznáva im preplatky a likvidátorovi poisťovne odopiera zdroje na pokrytie záväzkov voči veriteľom (lekárom, nemocniciam či lekárnikom).

Keďže šlo o poslanecký pozmeňovací návrh v druhom čítaní (poslanec Smer-SD J. Zvonár), nemusel prejsť žiadnym pripomienkovým konaním ani analýzou finančných dopadov či posúdenia súladu s inými právnymi predpismi.

Ročné zúčtovanie prináša každoročne zdravotníctvu okolo jednej miliardy korún. Časť týchto peňazí by za normálnych okolností získal likvidátor EZP a mohol by z nich zaplatiť neuhradené faktúry EZP voči lekárom či nemocniciam. Rovnako poistenci EZP, ktorým na základe zaplatených preddavkov vznikol preplatok, mohli legitímne očakávať vrátenie peňazí.

Zrušenie ročného zúčtovania pre poistencov EZP je prípadom priamej retroaktivity: v roku 2008 – za ktorý sa robí ročné zúčtovanie – takáto právna úprava neplatila. Poškodzuje to veriteľov zrušenej poisťovne ako aj poistencov, ktorým v minulom roku vznikol preplatok. Na druhej strane nespravodlivo zvýhodňuje poistencov, ktorým vznikol nedoplatok na zdravotnom poistení, keďže im odpúšťa povinnosť ho doplatiť. **V čase hospodárskej krízy a nedostatku zdrojov v systéme verejného zdravotného poistenia sa zrušením zúčtovania pre časť poistencov pripraví rezort o ďalšie zdroje.**

Preplatok v ročnom zúčtovaní pritom nemávajú len bohatí ľudia so súbehom viacerých zamestnaní. Ak dôchodca, študent či matka s malými deťmi podniká a za rok zarobí málo

peňazí (vymeriavací základ v roku 2008 nepresiahne 64 332 korún), zdravotné odvody za takéhoto poistenca platí štát. Lenže nie vždy je zrejmé vopred, koľko títo ľudia zarobia. Zistí sa to až po podaní daňového priznania, teda ex post.

Ak takýto dôchodcovia, študenti či matky počas roka 2008 platili preddavky na zdravotné poistenie, pri ročnom zúčtovaní ich mali dostať od zdravotnej poisťovne naspäť a so spätnou platnosťou sa mali stať poistencami štátu.

Lenže to by nesmel byť tento dôchodca, študent či matka poistencom EZP. **Retroaktívne zrušenie ročného zúčtovania znamená, že títo ľudia s nízkymi príjmami nedostanú naspäť ani euro, hoci im to legislatíva až do konca mája 2009 garantovala.**

Kto tým ušetrí je štát, ktorý nebude musieť zaniknutej EZP zaplatiť nedoplatky za svojich poistencov. Likvidátorovi poisťovne budú chýbať zdroje na uspokojenie lekárov a lekární, ktorým poisťovňa dlžila peniaze. A k nezaplateným faktúram došlo preto, že Úrad pre dohľad pri problémoch v EZP nezaagoval včas a ani správne (viď *Into Balance* 8/2008).



MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Transformácia nie je cieľ, ale nástroj

Nemocnice fungujú vo svete reálnej ekonomiky. Nie sú to izolované vesmíry, kde vládnu iné prírodné zákony. V krvnom obehú nemocnice kolujú tie isté peniaze ako tam, kde majú trvalý pobyt zamestnanci, dodávatelia i pacienti.

Príspevkové organizácie sú však pri narábaní s peniazmi i motiváciami menej efektívne než okolitý svet. Minimalizujú zodpovednosť za nesprávne rozhodnutia. Nemotivujú manažment k zamedzeniu plytvania. Neprispievajú k tvorbe vízie a dlhodobej koncepcii rozvoja. Sú vo vleku politických cyklov. Chýbajú tam efektívne pravidlá pre zodpovednú správu spoločnosti.

Transformácia je cesta, nie cieľ. Ak nemocnice ako príspevkové organizácie vedia preukázať životaschopnosť a prosperitu aj bez transformácie, tak ich potom nepotrebujeme transformovať. Lenže príspevkové organizácie to dlhodobo nevedia. Za posledný rok sa ukazuje, že nalievanie dodatočných zdrojov bez zodpovedajúcich zmien na strane nemocníc nemá vplyv na úroveň plytvania, rozsahu alebo kvality poskytovanej starostlivosti.

Nemocnice nebudeme mať lepšie, ak im na zlepšenie nevytvoríme podmienky. Nemocnica s jasným účtovníctvom, zodpovednosťou manažmentu a motivovaným vlastníkom je podľa môjho názoru nevyhnutným predpokladom pre spokojnejších zamestnancov i pacientov.

Súčasný režim príspevkových ako aj neziskových organizácií je uvedeným pravidlám na hony vzdialený. To, samozrejme, môže niekomu vyhovovať. Na rozdiel od Obchodného zákonníka tu totiž chýbala motivácia na zaplätanie dier.

Z právnych foriem, ktoré ponúka slovenská legislatíva, spĺňa tieto kritériá práve akciová spoločnosť.

TOMÁŠ SZALAY

vyšlo v *Zdravotníckych novinách* č. 27/2009

Stanovisko HPI k zlučovaniu VŠZP a SZP

Health Policy Institute považuje zlúčenie VŠZP a SZP za logický krok v čase hospodárskej krízy. Zlúčenie štátnych poisťovní ako jedno z protikrizových opatrení sme popísali už v publikácii *Dopady krízy* v marci 2009. Scenár zlúčenia VŠZP a SZP bol zrejme urýchlený zmenou prerozdelenia mechanizmu z 85,5 % na 95,0% poistného od januára 2009, ktorý spôsobil čistý odliv 15 mil. EUR zo SZP do VŠZP.

Predpokladané úspory tohto kroku vidíme predovšetkým **v úspore administratívnych nákladov SZP** (18 mil. EUR) **a v zjednotení nákupnej politiky**, kde predpokladáme nižšie ceny VŠZP oproti SZP. Naopak, zlúčenie musí posúdiť Protimonopolný úrad, **aby nedochádzalo v niektorých regiónoch k zneužívaniu dominantného postavenia.**

Technicky sa dá zlúčenie uskutočniť veľmi jednoducho – a to **prevodom poistného kmeňa SZP do VŠZP** podľa § 61 zákona 581/2004 Z. z. Po prevode poistného kmeňa by SZP zanikla. Táto technika navyše ušetrí množstvo komplikácií, ktorým sa pri zlučovaní nedá vyhnúť – a to najmä v otázke kompatibility informačných systémov, integrácie dvoch or-

ganizačných štruktúr a obsadenia postov jednotlivými ľuďmi. Takýto scenár si nevyžaduje zmenu legislatívy a operácia je vykonateľná v priebehu niekoľkých týždňov.

-red-



Vyhláška o čakacích zoznamoch v pripomienkovaní. Konečne.

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkového konania návrh vyhlášky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Health Policy Institute (HPI) na absenciu tejto vyhlášky upozorňoval štyri roky.

Výpadok zdrojov v systéme z dôvodu hospodárskej krízy povedie k predlžovaniu lehôt na poskytnutie odkladnej starostlivosti. Netransparentnosť vedenia čakacích zoznamov vytvára priestor na diskrimináciu sociálne znevýhodnených skupín. HPI preto navrhlo regulovať čakacie zoznamy ako jeden z nástrojov na zmiernenie dopadov krízy (viď publikáciu *Slovenské zdravotníctvo 2009. Dopady krízy*).

Ministerský návrh vyhlášky o čakacích zoznamoch definuje tri okruhy zdravotníckych výkonov, pre ktoré sa bude tvoriť poradovník plánovanej starostlivosti: implantácia kĺbov, šošoviek a zákroky v oblasti srdca. V slovenskom zdravotníctve však pacienti čakajú aj na iné typy operačných zákrokov (hernie, varixy, cholecystektómie,...). Rovnako sa čakanie týka niektorých diagnostických výkonov (CT, MR, PET,...) a výkonov v ambulantnej starostlivosti. **Predložený návrh vyhlášky preto HPI chápe len ako prvý krok ku komplexnejšej regulácii čakacích zoznamov, s rozšírením okruhu indikácií.**

Čakacie zoznamy vznikajú z dôvodu časového nesúladu finančných zdrojov a požadovanej zdravotnej starostlivosti.

Transparentné čakacie zoznamy podľa HPI zvyšujú ochranu pacientov a definujú vymáhateľný nárok poistencov.

Z ďalších ustanovení navrhovanej vyhlášky vyberáme:

- Do čakacieho zoznamu bude poistenca na návrh poskytovateľa zaraďovať poisťovňa. Poskytovateľ takýto návrh podá vtedy, ak by poistenec mal na poskytnutie zdravotnej starostlivosti čakať viac ako 3 mesiace. Ďalší mesiac môžu trvať administratívne procesy pri zaraďovaní na zoznam.
- O maximálnej dĺžke zotrvania na zozname sa zmieňuje zákon o zdravotných poisťovniach 581/2004 Z.z. Stanovuje, že ak má poisťovňa zdroje, čakací zoznam nesmie byť dlhší ako 12 mesiacov. Ak však zdroje poisťovne nestačia ani na úhradu neodkladnej starostlivosti, čakací zoznam sa môže predĺžiť aj nad 1 rok.
- Pri zmene zdravotnej poisťovne sa poistenec automaticky preradí na koniec zoznamu.

-red-

Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2006-2008

Ministerstvo zdravotníctva predložilo koncom júla do pripomienkového konania *Správu o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2006-2008*. Deskriptívna správa Úradu verejného zdravotníctva SR poukazuje na signifikantné regionálne rozdiely v chorobnosti ako aj v strednej dĺžke života. Autori dokumentu však neidentifikujú príčiny týchto rozdielov ani stratégie na ich zníženie.

Medzi zverejnenými dátami stojí za pozornosť vývoj výskytu infekcie HIV/AIDS. V posledných rokoch dochádza k výraznému nárastu nových prípadov. V roku 2008 to bolo 49 prípadov, najviac od začiatku sledovania v roku 1985 (!). Ani v tomto prípade správa neuvádza dôvody takéhoto vývoja. Pripomienkové konanie sa končí 4. augusta 2009.

-red-

Obrat v kauze Veriteľ, a. s.

Vykonanými vládnymi auditmi neboli zistené závažné nedostatky v správnosti stavu záväzkov vykázaných k 31. decembru 2006 vo vzťahu k procesu oddĺženia prostredníctvom spoločnosti Veriteľ, a.s. Uvádza sa to v materiáli, ktorý začiatkom júla predložili na rokovanie vlády ministri financií a zdravotníctva. Audit sa uskutočnil v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva. Materiál sa však zároveň s očistením Veriteľa pokúša zahľadiť stopy po tzv. Valentovičovom zostatku vo výške 649,5 mil. Sk.

Dokument na jednej strane vyvracia časť pochybností, ktoré v roku 2007 nastolila tzv. Počiatočná správa o činnosti spoločnosti Veriteľ, a.s. Voči nepravdivým a skresľujúcim tvrdeniam uvedeným v správe sa vlni ohradili bývalí členovia dozornej rady spoločnosti. Z ich iniciatívy vznikla internetová stránka www.veritel.sk, ktorá podrobne dokumentuje použitie zdrojov na oddĺženie zdravotníctva v rokoch 2003 až 2006.

Na druhej strane predkladaný vládny materiál legitimizuje použitie 649,5 mil. Sk. To bola výška zostatku po likvidácii Veriteľa, ktorý bol na základe uznesenia Dzurindovej vlády prevedený na účet ministerstva zdravotníctva. Prostriedky boli rovnakým uznesením vlády účelovo viazané na oddĺženie podľa schválených podmienok. Rozhodovalo sa o nich však až po voľbách 2006, preto dostali pomenovanie Valentovičov zostatok.

Použitie Valentovičovho zostatku na sklonku roku 2006 nebolo dosiaľ preukázateľne vysvetlené a rovnako sa nepodariť vyvrátiť pochybnosti, či sa zdroje použili v súlade so schváleným uznesením vlády. Minimálne v jednom prípade malo dôjsť k vyplateniu pohľadávky, ktorú Veriteľ odmietol uhradiť z dôvodu pochybnosti o jej oprávnenosti.

Vláda materiál vrátila neprerokovaný na prepracovanie.

V rovnakom čase denník SME priniesol investigatívnu reportáž redaktora Toma Nicholsona, ktorý pátral po použití Valentovičovho zostatku. Dokázal, že peniaze po Veriteľovi sa po voľbách použili v rozpore s uzneseniami vlády. V prípade uhradenej spornej pohľadávky voči Technopolu vo výške 150 mil. Sk vedú dokonca stopy k spojeniu s podsvetím. Pritom tri rôzne právnické kancelárie sa zhodovali v tom, že pohľadávka je sporná a jej veriteľ sa ju ani len nepokúšal uplatniť súdnou cestou. Navyše, pár dní po termíne úhrady by bola bývala premlčaná.

Ďalšou nejasnou transakciou z Valentovičovho zostatku je úhrada pohľadávok Spoločnej zdravotnej poisťovne (SZP) voči štátnym nemocniciam vo výške 230 mil. Sk. Keďže tok financií v zdravotníctve je skôr opačný, nie je zjavné, ako k týmto pohládkam vôbec mohlo dôjsť.

Podľa uznesenia vlády mal byť Valentovičov zostatok použitý len na likvidáciu starých dlhov. SZP však žiadne staré pohľadávky nemala mať. V rámci transformácie na akciovú spoločnosť bola totiž Veriteľom plne oddĺžená. Ak sa v jej účtovníctve našli staré pohľadávky, na ktoré sa pri transformácii zabudlo, treba si pripomenúť, kto transformáciu Spoločnej zdravotnej poisťovne vtedy riadil. Zhodou okolností ten istý Ivan Valentovič, ktorý už ako minister zastrelil túto transakciu.

Kam ďalej pokračovali tieto peniaze? Je pravdepodobné, že SZP ich vrátila vybraným nemocniciam ako platbu za nadlimitné výkony a tie ich použili na mimoriadne nákupy zdravotníckej techniky. Podľa zistení týždenníka Trend, na

...štát púšťal z Veriteľa desiatky miliónov korún do firiem, ktoré boli zrejme od začiatku predurčené na to, aby s pomocou bielych koní zisk z obchodu so štátom vyprali.

Tom Nicholson: Veriteľ sa správal pochybne. Za Fica SME, 13. 7. 2009

prelome rokov 2006 a 2007 nakúpili štátne nemocnice zdravotnícku techniku, ako napríklad mikroskopy, za preukázateľne predražené ceny, v celkovej hodnote 235 miliónov korún. Čo je zhodou okolností približne toľko isto, ako mala dostať Spoločná zdravotná z likvidačného zostatku po Veriteľovi.

Keď som podľa infozákona zisťoval v jednej z nemocníc, odkiaľ získali peniaze na objednané prístroje, odpovedali, že z vlastných zdrojov. V tom čase sa pritom fakultné nemocnice zadlžovali tempom 200 mil. Sk mesačne.

Tesne pred koncom minulého roka (2006) dostali slovenské, najmä fakultné nemocnice prídel peňazí na nákup zariadení. Takmer všetky obchody prebehli bez verejnej súťaže... Spoločný menovateľ veľkej časti predvianočných balíčkov pre nemocnice je riadne premrštená cena. Zo štyridsiatky veľkých súťaží iba v troch prípadoch sa v nej zúčastnil viac ako jeden záujemca o obchod.

Gabriel Beer: Ako sa bačuje za Valentoviča Trend, 30. 4. 2007

Príbeh Veriteľa sa za posledný rok obrátil o 180 stupňov. Ukazuje sa, že oddĺženie počas predchádzajúcej vlády bolo v poriadku a problém začínajú mať vo svojich radoch jeho kritici.



MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Vyhláška MZ o podrobnostiach medicínsko-ekonomického rozboru dietetickej potravy

Č: 149/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú druhy lekárničiek a obsah lekárničiek pre osobnú dopravu, nákladnú dopravu a hromadnú dopravu

Č: 143/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Výnos MZ, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o vydávaní dokladu, že cudzinec netrpí chorobou, ktorá ohrozuje verejné zdravie

Č: 07478/2009-OL Ú: 1/5/2009

Novela vyhlášky MZ č. 239/2004 Z. z. o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax

Č: 148/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Nariadenie vlády, ktorým sa ustanovujú analytické normy, toxikologicko-farmakologické normy, klinické normy a protokoly vzťahujúce sa na dokumentáciu o výsledkoch farmaceutického skúšania, toxikologicko-farmakologického skúšania a klinického skúšania vykonávaného na účely registrácie liekov

Č: 120/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Novela vyhlášky MZ č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poisťné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poisťného a o vzoroch tlačív

Č: 169/2009 Z. z. Ú: 16/5/2009

Opatrenie MZ, ktorým sa ustanovuje výška náhrady za bolesť a výška náhrady za sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2009

Č: 12284/2009-OL Ú: 31/5/2009

Novela zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Č: 192/2009 Z. z. Ú: 1/6/2009

Novela vyhlášky MZ č. 549/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prípustných hodnotách hluku, infrazvuku a vibrácií

Č: 237/2009 Z. z. Ú: 1/7/2009

Novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

S: schválená v NR SR Ú: 1/9/2009

Novela zákona č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia

S: MPK ukončené 25/8/2008

Novela nariadenia vlády č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania

S: MPK ukončené 24/10/2008

Novela vyhlášky MZ č. 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva

S: MPK ukončené 26/11/2008

Deväť hláv novely zákona o poskytovateľoch

Prvého júna 2009 nadobudla účinnosť novela zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti č. 192/2009 Z. z., ktorá mení ustanovenia v ďalších ôsmich zákonoch. Na tomto mieste prinášame stručný súhrn zmien, ktoré nová legislatívna úprava prináša.

- Mení sa definícia príslušného územia pre stanovenie minimálnej siete (okrem okresov a krajov to môže byť aj územie celej Slovenskej republiky).
- Umožňuje sa vznik špecializovaných centier na sústreďovanie vybraných zdravotných výkonov u zriedkavých ochorení; zriadenie centra schvaľuje ministerstvo.
- Rozširuje sa zoznam zdravotníckych povolání.
- Ruší sa povinnosť poskytovateľa mať odborného zástupcu pre zdravotnícke povolanie sestry.
- Doplnili sa ustanovenia, ktoré sa týkajú kurzov inštruktorov a kurzov prvej pomoci.
- Zavádza sa inštitút dočasného prerušenia, zrušenia, obnovenia a zániku registrácie.
- Slovenská komora laborantov, asistentov a technikov sa premenúva na Slovenskú komoru medicínsko-technických pracovníkov.
- Vytvára sa nová komora, Slovenská komora fyzioterapeutov.
- Komory budú sledovať a hodnotiť aj neakreditované vzdelávacie aktivity. Budú sa tiež podieľať na sledovaní a hodnotení úrovne ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.
- Zavádza sa povinnosť prehliadky mŕtveho.
- Zavádza sa oznamovacia povinnosť poskytovateľa: zastupovanie musí oznámiť samosprávnemu kraju.
- Zavádza sa povinnosť poskytovateľa uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou, ak poskytuje jej poisťencovi všeobecnú ambulantnú starostlivosť.
- Upravuje sa poskytnutie návratnej finančnej výpomoci (NFV) v rámci oddelenia nemocníc, ak nemocnice do 31. 8. 2009 vypracujú a predložia ministerstvu zdravotníctva podnikateľský plán. NFV môže byť poskytnutá len do konca roku 2009. Lehota splatnosti je 15 rokov.
- Zavádza sa ochrana zdravotníckych zariadení pred exekúciami do 31. 12. 2009. Ochrana sa týka štátnych zariadení, neziskových organizácií, ktoré vznikli zo štátnych zariadení a príspevkových organizácií vo vlastníctve samospráv.
- Odkladá sa termín, dokedy majú mať príspevkové organizácie podľa zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy vyrovnané hospodárenie, z konca roku 2009 na koniec roku 2011.
- Poslanci navrhli a schválili právo Sociálnej poisťovne „v odôvodnených prípadoch“ odpúšťať penále, ak bolo k 1. júnu 2006 uhradené dlžné poisťné.
- Rozšírili sa výnimky pre odporúčacie lístky na vyšetrenie u špecialistu novelizáciou zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.
- Zákom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa definujú hlavné a krajské odborníci ministra zdravotníctva.
- Poslaneckým návrhom sa upravil aj zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, aby zdravotná poisťovňa mohla dlžné poisťné uplatňovať priamo voči platiteľovi poisťného.
- Poslanci zrušili povinnosť poisťencov EZP podávať ročné zúčtovanie zdravotného poistenia za rok 2008.
- Novelizácia zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach ustanovuje, že pri rušení zdravotnej poisťovne s likvidáciou budú poisťenci prevedení do niektorej štátnej zdravotnej poisťovne.

Chcete dostávať e-mailové avíza o nových článkoch?

Informácie o nových komentároch a analýzach na www.hpi.sk zasielame v podobe elektronického newslettera e-mailom takmer dvom tisíckam odberateľov. Chcete patriť medzi nich? Stačí, ak sa na stránke www.hpi.sk prihlásite svojou e-mailovou adresou na odber newslettera alebo ak nám napíšete na newsletter@hpi.sk.

Absolventi vzdelávacieho programu Manažér



Deň otvorených dní HMA 18. 6. 2009, Piešťany



DOBÝR POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?



Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk)

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?



V štúdiu HPI analyzuje schopnosť súčasného systému financovania generovať zdroje v dlhodobom horizonte a podrobne hodnotí 4 varianty financovania do roku 2025.

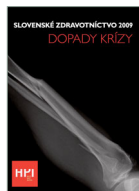
Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay a A. Szalayová

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk)

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

Objednávky zasielajte prosím e-mailom na adresu hpi@hpi.sk

SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009. DOPADY KRÍZY.

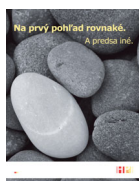


Prognóza pre rok 2009 vystriedala doterajšiu sériu publikácií Základné rámce zdravotnej politiky. Analytici v nej upozorňujú na dopady, ktoré bude mať svetová hospodárska kríza na slovenské zdravotníctvo. Navrhujú konkrétne opatrenia, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Autori: T. Szalay, K. Morvay, P. Pažitný, A. Szalayová, I. Morvayová

Elektronická verzia publikácie (pdf) je bezplatne dostupná na www.hpi.sk

NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ.



Rating zdravotných poisťovní 2008 znižuje informačnú medzeru medzi poisťovňami a poisťovníkmi a zvyšuje transparentnosť prostredia. Plní dva základné ciele: informuje poisťovňu o rozdieloch medzi zdravotnými poisťovňami a poskytuje poisťovníkam porovnávaciu bázu na zlepšenie ich vlastných procesov a ponúkaných služieb.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová a T. Szalay

Elektronická verzia publikácie (pdf) je bezplatne dostupná na www.hpi.sk

» legislatívny monitoring

máj – júl 2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú štandardy pre zdravotnícku informatiku

S: MPK ukončené 9/3/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku

S: MPK ukončené 18/3/2009

Novela zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov

S: MPK ukončené 30/4/2009

Novela vyhlášky MZ č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie

S: MPK ukončené 26/5/2009

Novela výnosu MZ č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

S: MPK ukončené 16/6/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa určujú kritériá zdravotnej spôsobilosti pre uchádzačov o zdravotnícke študijné odbory

S: MPK ukončené 17/6/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poisťencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

S: MPK do 29/7/2009

Opatrenia MZ, ktorými sa vydáva zoznam liečiv a liekov, zoznam zdravotníckych pomôcok a zoznam dietetických potravín plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia
Júlová kategorizácia Ú: 1/7/2009
Októbrová kategorizácia S: v MPK do 4/8/2009

Novely opatrenia MZ č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva

Novela z apríla Ú: 1/7/2009

Novela z júla S: v MPK do 5/8/2009

Výnos MZ, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť (na rok 2010)

S: MPK do 13/8/2009

Novela zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach

S: v II. čítaní v NR SR

Novela zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

S: v II. čítaní v NR SR

Č = číslo predpisu, Ú = účinnosť, S = status quo, MPK = medzirezortné pripomienkové konanie

Trhová hodnota ambulancie špecialistu

V júni 2009 sa úspešne skončil druhý ročník vzdelávacieho programu Manažér na Health Academy Management (HMA, viac informácií vid' www.hma.sk). Desať vyučovacích modulov bolo zavŕšených prezentáciou záverečnej práce. V nich mali študenti HMA za úlohu spracovať tému o slovenskom zdravotníctve a využiť pritom poznatky zo vzdelávania. Záverečné práce odprezentovali študenti v rámci Dňa otvorených dverí 18. júna 2009 v penzióne Diana v Piešťanoch. Celkové hodnotenie prác zohľadňuje hodnotenie spolužiakmi, ako aj hodnotenie akadémie. Najlepšie práce budeme postupne uverejňovať na stránkach Into Balance. V tomto čísle začíname najlepšie hodnotenou prácou, ktorej autorom je MUDr. Eva Dzurillová.

1. ZHRNUTIE

Cieľom práce je stanoviť hodnotu ambulancie špecialistu, na základe súčasnej hodnoty budúceho cash flow pri zadefinovanej diskontnej sadzbe. Súčasná hodnota je spracovaná v dvoch alternatívach (kríza, nekríza) a je vyjadrená viacerými hodnotami na základe budúceho cash flow medzi rokmi 2009 – 2015 v závislosti od doby návratnosti investície za 3 roky, 5 rokov a 7 rokov.

Napriek použitiu subjektívnych parametrov má práca ambíciu stanoviť objektívne odôvodnenú a obchodne obojstranne výhodnú hodnotu ambulancie špecialistu, rešpektujúc existujúce právne predpisy a všeobecne záväzné nariadenia. Reálnosť výpočtu v konečnom dôsledku preverí trh, ktorý môže vypočítanú hodnotu posunúť ako smerom nadol, tak aj nahor.

2. DÔVODY VZNIKU A HLAVNÝ CIEĽ PROJEKTU

Výkon zdravotníckeho povolania je nesporne dôležitým poslaním, náročnou a zodpovednou prácou. Je však nutné konštatovať, že v prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe povolenia v neštátnom zdravotníckom zariadení je v podstate aj podnikaním. Obchodný zákonník charakterizuje podnikanie ako sústavnú činnosť vykonávanú samostatne podnikateľom vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť, za účelom dosiahnutia zisku. Už na prvý pohľad je zrejmé, že tieto atribúty sú splnené aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v neštátnom zdravotníckom zariadení a snaha o dosiahnutie zisku, aj v prípade lekára, je celkom prirodzená.

Rovnako ako v iných oblastiach, aj v prípade podnikania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, je potrebné zohľadniť všetky špecifiká, zvážiť všetky ich výhody a nevýhody tak, aby zisk podnikateľa – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bol maximalizovaný.

Hlavným dôvodom vzniku práce boli praktické potreby v ambulanciách lekárov odchádzajúcich do dôchodku, ktorí svoje celoživotné snaženie pre neexistujúce predpisy nevedia zhodnotiť tak, ako je to v ostatných oblastiach podnikania.

2.1 SÚČASNÝ STAV

2.1.1 Podnikanie lekárov – fyzické osoby

Najčastejšou formou poskytovania zdravotnej starostlivosti je podnikanie fyzických osôb na základe povolenia, vydaného lekárom samosprávneho kraja.

V prípade lekára – fyzickej osoby, podľa platnej právnej úpravy nie je možné zhodnotiť v podstate celoživotné úsilie lekára a previesť prax ako celok na iný subjekt. Povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti lekár nemôže podľa zákona previesť na inú osobu a nemôže odovzdať zdravotnú dokumentáciu inému preberajúcemu lekárovi, ktorý by si chcel prax kúpiť (§ 15 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.).

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, v danom prípade lekár ako fyzická osoba je v prípade ukončenia svojej činnosti povinný zdravotnú dokumentáciu, ktorá predstavuje zhmotnenie jeho práce a jeho najväčšiu podnikateľskú hodnotu, odovzdať lekárovi samosprávneho kraja. Ten rozhodne o bezodplatnom odovzdaní dokumentácie inému lekárovi s príslušnou kvalifikáciou. V takomto prípade je možný len predaj hmotných zložiek podnikania, čo je ekonomicky, právne a časovo náročné a v žiadnom prípade nezaručuje skutočný profit z predaja.

Hoci je táto forma podnikania najrozšírenejšia, nemožno konštatovať, že je pre lekárov aj najvhodnejšia. Pri danej forme podnikania lekára existuje množstvo negatív, najmä:

- a) **vysoké podnikateľské riziko**, keďže fyzická osoba zodpovedá za záväzky vo svojom podnikaní celým svojím majetkom.
- b) **nemožnosť zhodnotenia investície v prípade odchodu do dôchodku**, a to aj napriek tomu, že celoživotnou prácou lekára vznikla hodnota spočívajúca:
 - vo vybudovanej klientele,
 - v zmluvách s poisťovňami,
 - v priestoroch ambulancie, ktorá je v nájme alebo vo vlastníctve,
 - v materiálo-technickom vybavení ambulancie,
 - v personálnom vybavení ambulancie,
 - v kvalitných a výhodných dodávateľsko-odberateľských vzťahoch,
 - v ostatných hmotných aj nehmotných zložkách podnikania.

c) nemožnosť zhodnotenia investície v prípade ukončenia činnosti lekára z iných dôvodov, napríklad ak chce lekár z akýchkoľvek dôvodov ukončiť činnosť napr. odchodom do inej oblasti podnikania, alebo zo zdravotných dôvodov. Rovnako ako v prípade odchodu do dôchodku, napriek tomu, že vytvoril nemalé hodnoty, vzniká právny problém pri snahe o zhodnotenie doterajšej práce, keďže pokiaľ nebude osobne vykonávať svoju prax, musí požiadať o zrušenie povolenia. Okrem toho sa bude musieť vysporiadať s existujúcimi pohľadávkami a záväzkami, ktoré budú ovplyvňovať a neúmerne predlžovať celý proces ukončovania podnikania. Nezanedbateľné by boli v tomto prípade aj daňové a odvodové dopady.

d) nemožnosť zhodnotenia praxe v prípade zániku platnosti povolenia z dôvodu úmrtia lekára. V tomto prípade dediči nebudú môcť prevádzkovať vybudovanú prax a pokračovať v činnosti. Ako v každom inom podniku budú existovať záväzky, pohľadávky, majetok, ktoré sa stanú súčasťou dedičstva a bude ich treba vysporiadať v rámci zdĺhavého dedičského konania. Taktiež bude treba podľa zákona odovzdať zdravotnú dokumentáciu lekárovi VÚC. S podnikom ako celkom nemôže ani poručiťel disponovať pre prípad smrti vo forme závetu.

e) právna neistota, spôsobená skutočnosťou, že ukončením podnikania neskončí možnosť veriteľov žalovať lekára a vymáhať dlhy z podnikania. Ukončením podnikania ako fyzickej osoby, sa nestráca spôsobilosť byť účastníkom konania v spore, ktorý vznikol z podnikateľskej činnosti, pretože aj po ukončení podnikania stále ide o fyzickú osobu spôsobilú mať práva a povinnosti a spôsobilú na právne úkony.

f) výrazná odvodová zaťaženosť spôsobená tým, že vymeriavacím základom je celý príjem fyzickej osoby.

g) osobná účasť na podnikaní, keďže ako fyzická osoba lekár vykonáva svoju činnosť osobne. V prípade odňatia resp. zániku licencie nemôže ďalej prevádzkovať zdravotnícke zariadenie a svoje podnikanie musí ukončiť.

Uvedené riziká sa môžu dotknúť ktoréhokoľvek lekára a rizikám možno predísť poskytovaním zdravotnej starostlivosti prostredníctvom právnickej osoby, najmä spoločnosti s ručením obmedzeným.

2.1.2 Podnikanie lekárov – právnické osoby

Spoločnosť s ručením obmedzeným možno charakterizovať ako obchodnú spoločnosť kapitálového typu, ktorá vytvára svoje základné imania z povinných vkladov svojich spoločníkov. Výhodou v porovnaní s ostatnými obchodnými spoločnosťami je skutočnosť, že spoločnosť s ručením obmedzeným môže založiť aj jediná fyzická osoba, ako tzv. jednoosobovú spoločnosť.

Na rozdiel od akciovej spoločnosti, zakladatelia pri vzniku spoločnosti nemajú povinnosť vytvoriť rezervný fond. Tento je možné vytvoriť až po dosiahnutí zisku. Zakladateľ spoločnosti tak pri založení spoločnosti nie je zaťažený popri nákladoch na vklad inými platbami. Spoločnosť s ručením obmedzeným je právnickou osobou, má vlastnú právnu subjektivitu, odlišnú od jej spoločníkov a je teda majetkovo samostatná a má z toho vyplývajúcu právnu zodpovednosť z vlastných úkonov.

Výhodou podnikania formou spoločnosti s ručením obmedzeným sú nasledovné atribúty:

a) založiť spoločnosť môže aj jediná osoba, v dôsledku čoho lekár nie je nútený meniť svoj spôsob práce a rozhodovania. Podnikať tak môže aj sám, čo je v prípade ostatných obchodných spoločností vylúčené.

b) možnosť predať prax, formou prevodu obchodného podielu, pričom na základe zmluvy o prevode obchodného podielu sa novým spoločníkom a vlastníkom spoločnosti stane nadobúdateľ a lekár tak legálnou formou zhodnotí všetko, čo dovtedy vybudoval, vrátane dobrých zmlúv s poisťovňami, portfólia zamestnancov a pacientov. Jediným daňovým efektom bude príjem z prevodu obchodného podielu.

c) minimalizovanie podnikateľského rizika vo vzťahu k majetku fyzickej osoby – spoločníka. Majetok spoločnosti je oddelený od majetku spoločníka a ak vznikne škoda, bude za ňu zodpovedať výlučne spoločnosť. Spoločník zodpovedá za dlhy spoločnosti len do výšky nesplateného vkladu a prípadné záväzky sa nedotknú jeho osobného majetku. Výnimkou je len úmyselné konanie trestnoprávneho charakteru. Škoda za ktorú poskytovateľ zodpovedá môže byť značná, preto je ochrana osobného majetku odôvodnená.

d) právna istota v prípade ukončenia podnikania spoločnosti, keď zodpovednosť lekára za záväzky spoločnosti je zo zákona obmedzená do výšky podielu na likvidačnom zostatku. Zánikom právnickej osoby, zaniká jej spôsobilosť byť účastníkom súdneho konania a v takomto prípade už nie je možné uplatňovať voči nej pohľadávky. Ukončením podnikania spoločnosti sa spoločník definitívne vysporiada s jej záväzkami bez rizika dopadu na osobný majetok.

e) možnosť dedenia obchodného podielu, pričom obchodný podiel môže byť aj predmetom závetu, teda poručiťel s ním môže pre prípad smrti ľubovoľne nakladať. Smrťou spoločníka vstupuje dedič do všetkých jeho majetkovoprávnych vzťahov tzn. do všetkých práv a povinností voči spoločnosti v rozsahu, v akom tieto existovali ku dňu smrti poručiťela. V praxi to znamená, že vytvorené hodnoty sa „nestratia“ a dedič bude môcť pokračovať v činnosti po splnení podmienok povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré nemusí splniť osobne, ale aj zamestnaním odborne spôsobilej osoby. Druhou možnosťou bude, že zdedený obchodný podiel predá a prevedie na nadobúdateľa. Celkovo možno konštatovať, že dedenie je v porovnaní s podnikaním fyzickej osoby právne dostatočne isté pre dedičov aj poručiťela a tiež podstatne jednoduchšie.

f) nie je potrebný osobný výkon činnosti – s.r.o., ktorá sa zaoberá poskytovaním zdravotnej starostlivosti môže založiť aj osoba, ktorá nie je lekárom alebo ktorej licencia bola zrušená, pretože činnosť sa vykonáva prostredníctvom odborného zástupcu, ktorý jediný musí spĺňať požiadavky podľa zákona č. 578/2004 Z. z.. Ak je aj spoločníkom lekár, ani v tomto prípade nemusí osobne pracovať pre s.r.o. Preto v prípade ak nebude chcieť alebo z akýchkoľvek dôvodov nebude môcť osobne vykonávať činnosť lekára, môže stále profitovať na zisku spoločnosti, ako jej spoločník alebo manažér.

g) ekonomické výhody – spoločník s.r.o. nemusí platiť odvody vypočítavané zo zisku, ale len podľa určenej mzdy.

2.2 CIEĽOVÝ STAV

„Zdravie nie je tovar! So zdravím nemožno obchodovať!“ S podobnými výrokmami sa stretávame v súčasnosti čoraz častejšie. Je potrebné si uvedomiť, že zdravie nie je zdravotníctvo. Zdravie je stav a nemá charakteristiky ekonomického statku. Zdravotníctvo, ktoré poskytuje zdravotné služby je predmetom ekonomických zákonov. Môžeme ho definovať ako súbor orgánov, inštitúcií a nimi zabezpečovaných činností, ktorých cieľom je ochrana zdravia obyvateľstva.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti pozostávajúcej zo zdravotníckych služieb a spotreby zdravotníckeho materiálu sa realizuje v prostredí ekonomickej vzácnosti. Môžeme hovoriť o jej produkcii – dochádza totiž rovnako ku spotrebe výrobných faktorov ako je ľudská práca (lekári, sestry, farmaceuti) a kapitál (medicínske technológie a budovy).

V zdravotníctve tak ako vo všetkých iných odvetviach hospodárstva platia ekonomické zákony. Pre jeho fungovanie musia byť vyprodukované, alebo inak získané nasledujúce zdroje:

- zdravotnícka pracovná sila
- zdravotnícke zariadenia
- zdravotnícky tovar
- zdravotnícke vedomosti

Najčastejším a zároveň najbanálnejším dôvodom, ktorý sa uvádza proti možnosti dosahovania zisku je pocit, že zisk v zdravotníctve je nenormálny, keďže ide o profitovanie z utrpenia druhých. Tento pohľad je zavádzajúci. Zisk v zdravotníctve totiž nepochádza z utrpenia druhých, ale z odstraňovania tohto utrpenia. Ziskoví budú tí poskytovatelia, ktorí budú v odstraňovaní utrpenia a v liečení rôznych chorôb najúspešnejší a najefektívnejší.

Zisk v zdravotníctve je hlavným motorom inovácie, motivuje k efektívnosti, teda maximálnemu využitiu existujúcich zdrojov v zdravotníctve, priťahuje kapitál potrebný na zvyšovanie produktivity v odvetví. Konkurencia ziskových subjektov vedie k zvyšovaniu kvality zdravotnej starostlivosti a k snahe identifikovať a riešiť problémy pacientov.

Približne 80 % zdrojov v zdravotníctve prerozdeľujú zdravotné poisťovne, ktoré pre svojich poistencov nakupujú zdravotnú starostlivosť. V ambulantnej starostlivosti existujú v zásade dve formy úhrady poisťovní:

- kapitáčná platba vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti (PLD, PLDD, gynekológ)
- platba za výkon v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Privatizácia ambulantných zariadení začala v prvej polovici 90-tych rokov. Ich počet kulminoval v roku 2004 na čísle 6147, v posledných rokoch klesol zhruba o šestinu. Príčinou je spájanie súkromných ambulancií do obchodných spoločností poskytujúcich komplexnejšie zdravotnícke služby. Podľa údajov Infostatu tvorili v apríli 2007 súkromné ambulancie fyzických osôb viac než dve tretiny všetkých zdravotníckych zariadení na Slovensku. Napriek veľkému počtu ambulancií a potrebe stanovenia ich trhovej hodnoty, neexistuje žiadna vyhláška, ktorá by stanovila kritériá na ocenenie majetku ambulancie, najmä jej nehmotnej časti (know-how).

Cieľom práce je hľadať všetky relevantné parametre, ktoré sa podieľajú na tvorbe hodnoty ambulancie súkromného lekára, špecialistu. Rozdielne financovanie lekárov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecialistov, vyžaduje iný prístup k ohodnoteniu ich ambulancie. Zatiaľ čo u lekárov VAS počet kapitovaných poistencov pri známej cene kapitácie je určitou konštantnou veličinou, špecialista má viac „premenlivých veličín“, ktoré ovplyvnia príjem ambulancie a v konečnom dôsledku jeho zisk a trhovú hodnotu.

Dôležitým faktorom je právne postavenie, ktoré dáva povinnosť zdravotnej poisťovni uzavrieť so všeobecným lekárom zmluvný vzťah, keď má čo i len jediného ich poistenca. V už schválenej novele zákona o poskytovateľoch sa rozšírila táto povinnosť aj na lekára, čo bude v praxi znamenať na jednej strane istotu zmluvného vzťahu, ale na druhej strane riziko uzavretia nevýhodnej zmluvy, ktorá nebude dostatočne pokrývať jeho náklady a môže ho podnikateľsky zničiť.

Špecialista má právnu istotu oveľa menšiu, lebo zdravotnej poisťovni nevyplýva povinnosť uzavretia zmluvy s konkrétnym lekárom, ale len v rozsahu naplnenia minimálnej siete v danom odbore a regióne. Výkonová platba je pri regulácii objednávok zdravotnými poisťovňami výrazným rizikovým faktorom celého podnikania. Toto riziko musí byť vyvážené práve snahou lekára o získanie čo najväčšieho počtu klientov, ktorí ho vyhľadávajú a tým zvyšuje hodnotu svojej ambulancie.

2.2.1 Zisk ako ekonomická kategória

Zisk ako ekonomická kategória sa vyjadruje nasledovnými spôsobmi:

- **EBITDA** (Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization), čím je číslo vyššie, tým je podnik zdravší a má lepšiu aj dlhodobú udržateľnosť. Ak je EBITDA menej ako 0, nedokáže finančne pokryť ani základné procesy a má problém s likviditou. Prevádzka je veľmi ťažká už aj z krátkodobého hľadiska. Podnik má akútne problémy a pojedá seba samého.
- **EBIT** (Earnings Before Interests and Taxes), ak je EBIT menší ako 0, zisk nepokrýva základný rozvoj a investície. Prevádzka nemusí byť problémová v krátkodobom horizonte, ale môže predstavovať riziko zo strednodobého hľadiska.
- **Zisk po zdanení** znamená výplatu dividend pre akcionára, ak je zisk po zdanení menší ako 0, tak financovanie a investície musia byť kryté z naakumulovaného zisku z predchádzajúcich rokov. Prevádzka z dlhodobého hľadiska je problematická, podnik potrebuje pomoc akcionárov. V ambulantnej starostlivosti špecialistu to znamená potrebu zvýšenia objednávok od zdravotných poisťovní alebo hľadanie iných zdrojov príjmu, napr. používanie nadštandardných jednorázových materiálov na vyšetrenie, medzinárodné klinické štúdie skúšania nových liekov, prístrojové vyšetrenia, ktoré nie sú hrazené zdravotnými poisťovňami.

Príklady ambulancií:

v Sk	špecialista bez prístrojov	špecialista s prístrojmi
výnosy	1 200 000	2 200 000
materiálové náklady	250 000	400 000
personálne náklady	600 000	600 000
EBITDA	350 000	1 200 000
odpisy	30 000	400 000
EBIT	320 000	800 000
nákladové úroky	0	80 000
19 % daň	60 800	136 800
zisk po zdanení	259 200	583 200

Z uvedenej tabuľky vyplýva záver, že pri dobrých zmluvných objemoch sú ambulancie špecialistov, ktoré využívajú prístrojovú techniku ziskovejšie (napr. interné, kardiológia, gastroenterológia) ako porovnateľné ambulancie bez prístrojovej techniky, v prípade ak sa riadime nominálnym výsledkom v korunách. Iná situácia nastane, ak porovnáme hodnoty relatívne v % (ROE je mierne v prospech špecialistu s prístrojmi a ROI vychádza lepšie pri špecialistovi bez prístrojov).

Príklady ambulancií:

v Sk	špecialista bez prístrojov	špecialista s prístrojmi
EBITDA	350 000	1 200 000
EBIT	320 000	800 000
zisk po zdanení	259 200	583 200
vlastný kapitál	250 000	550 000
úvery	0	1 800 000
ROE – EBIT/vlastný kapitál	128 %	145 %
ROI – EBIT/ investovaný kapitál	128 %	34 %
19 % daň	60 800	136 800
zisk po zdanení	259 200	583 200

3. HODNOTA AMBULANCIE ŠPECIALISTU

3.2 ZÁKLADNÉ METÓDY OHODNOCOVANIA

Najčastejšie používané metódy pri ohodnocovaní majetku podnikov sú v členení na:

1. majetkové metódy,
2. výnosové metódy,
3. kombinované metódy.

3.1.1 Majetkové metódy

Sú založené na ohodnotení podniku ako celku na základe ohodnotenia jeho jednotlivých zložiek. Pri ohodnotení majetku podľa týchto metód sa väčšinou vychádza z účtovníctva podniku. Základné druhy majetkového ohodnotenia sú účtovná hodnota (vlastné imanie), likvidačná hodnota, alebo substančná hodnota.

Pri ohodnotení účtovnou hodnotou sa vychádza zo súvahy, v ktorej sa vykazuje vlastné imanie ako rozdiel medzi účtovnou hodnotou aktív a záväzkov.

Likvidačná hodnota v podstate predstavuje cenu, za ktorú možno predat podnik, alebo jeho časť. Niekedy býva táto metóda zaradená medzi výnosové metódy ohodnocovania majetku. Dôvodom je identifikovanie peňažných tokov, ktoré plynú vlastníkom pri predaji majetku.

Substančná hodnota majetku predstavuje súčet jednotlivých zložiek majetku podniku ohodnotených samostatne. Ohodnotenie sa môže vykonať brutto metódou, alebo netto metódou. Substančná brutto metóda predstavuje len ohodnotenie aktív, netto metóda predstavuje ohodnotenie aktív, od ktorých sa odpočítajú ocenené záväzky.

3.1.2 Výnosové metódy

Výnosová metóda diskontovaných peňažných tokov (DCF discounted cash flow). Je to najčastejšia metóda používaná v rôznych variantoch: podľa spôsobu kalkulácie daní, či podľa použitých cien (očakávané peňažné toky v stálych alebo bežných cenách). Podľa spôsobu kalkulácie peňažných tokov – rozlišujeme 3 základné techniky:

- a) metóda „entity“
- b) metóda „equity“
- c) metóda „APV“ (adjusted present value)

Metóda „entity“ – najprv sa vypočíta brutto hodnota podniku z peňažných tokov, ktoré sú k dispozícii vlastníkom aj veriteľom. Potom sa odpočtom hodnoty cudzieho kapitálu získa hodnota vlastného kapitálu.

Metóda „equity“ – vychádza z diskontovania peňažných tokov, ktoré sú k dispozícii vlastníkom podniku, pričom sa získa hodnota vlastného kapitálu.

Výnosová metóda kapitalizačných čistých výnosov. Vychádza z výpočtu odnímateľného čistého výnosu, čo je výška prostriedkov, ktoré možno rozdeliť vlastníkom. Základom pre odhad odnímateľného čistého zisku pre budúce obdobie sú minulé upravené čisté výnosy. Trvale odnímateľný čistý výnos sa vypočíta ako vážený priemer minulých upravených čistých výnosov (paušálna metóda). Hodnotu vlastného kapitálu vypočítame, ak vydělíme trvale odnímateľný čistý výnos kalkulovanou úrokovou mierou.

3.1.3 Kombinované metódy

Sú založené na kombinácii rôznych metód pri stanovení hodnoty majetku. Pri stanovení výslednej trhovej hodnoty možno využiť nielen kombináciu substančnej a výnosovej, ale aj ďalšie metódy. Patrí medzi ne:

- a) **Schmalenbachova metóda (metóda strednej hodnoty).** Jej podstatou je hodnota podniku vytváraná jednak vloženým majetkom a výkonmi do podniku, jednak budúcim výnosom. Obidve zložky možno považovať za rovnocenné. Výsledná hodnota majetku predstavuje jednoduchý aritmetický priemer, ktorý možno vyjadriť vzorcom: $\text{hodnota podniku} = (\text{hodnota výnosu} + \text{hodnota substancie}) / 2$. Rozdiel výnosovej a substančnej hodnoty vytvára goodwill, preto možno predchádzajúci vzorec napísať takto: $\text{hodnota podniku} = \text{hodnota substancie} + \frac{1}{2} * \text{goodwill}$. Podmienkou vzniku goodwillu je, že hodnota výnosu je vyššia ako hodnota substancie.

b) Metóda váženej strednej hodnoty – predstavuje kombináciu substančnej a výnosovej metódy na základe pridelenia váh jednotlivým veličinám. Vzorec na výpočet trhovej hodnoty podniku metódou váženej strednej hodnoty je takýto:

hodnota podniku = $v_1 \times S + (1 - v_1) \times V$, kde:

S = hodnota podniku stanovená substančnou metódou

V = hodnota podniku stanovená výnosovou metódou

v_1 = koeficient vyjadrujúci váhu substančnej hodnoty

3.2 STANOVENIE HODNOTY AMBULANCIE KLINICKEJ IMUNOLÓGIE A ALERGOLÓGIE

Ocenenie ambulancie bolo vykonané k 30. aprílu 2009. Podklady pre vypracovanie ocenenia:

- vyhláška č. 86/2002 Z. z. o stanovení všeobecnej hodnoty majetku
- informácie o príjmoch a výdavkoch ambulancie v rokoch 2004 až 2008
- prognóza príjmov a výdavkov ambulancie na roky 2009 – 2015
- informácie o vybavení ambulancie prístrojovou technikou

3.2.1. Hodnota hmotného majetku ambulancie

Ambulancia spĺňa požiadavky na povinné materiálne a technické vybavenie stanovené platnými právnymi predpismi, navyše je vybavená prístrojom na funkčné vyšetrenie pľúc – spirometrom. Ambulancia je vybavená podľa požiadaviek platných predpisov štandardným ambulantným nábytkom, odkladacími priestormi, počítačom. Hodnota hmotného majetku je 80 000,- Sk.

Hodnotu hmotného majetku môžeme stanoviť dohodou na základe akceptácie obstarávacej ceny prepočítanej na úroveň roku 2009 a predpokladanej doby využívania pri akceptovaní stupňa opotrebovania. Obstarávacia cena prepočítaná na úroveň roku 2009 je 355 000 Sk + 80 000 Sk (predajná cena) = 435 000 : 3 (roky využitia) = 145 000 Sk.

3.2.2. Hodnota nehmotného majetku ambulancie

Ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť približne 4 800 pacientom, ktorí sú u nás evidovaní. Ročne vyšetříme priemerne 11 800 pacientov. Tento počet klientov je stabilizovaný. Poskytovateľ má stabilné zmluvné vzťahy so všetkými zdravotnými poisťovňami, ktorých poistencov ošetruje.

Všeobecná hodnota nehmotného majetku ambulancie vyjadrená know-how a goodwill získanom z uplynulých rokov. V **Prehľade 2** sú základné ekonomické ukazovatele za obdobie posledných 5 rokov. Odčerpateľné zdroje kulminovali v roku 2005, kedy predstavovali 537 624 Sk a do roku 2008 poklesli na 242 820 Sk. Rozhodujúci vplyv na ich pokles mal stagnujúci príjem od dominantnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Nárast ceny práce lekára premietnutý do zmluvnej ceny bodu nebol sledovaný adekvátnym nárastom finančnej objednávky. Zatiaľ čo cena bodu sa v rokoch 2007 a 2008 zvýšila o 28,5 %, finančné objemy stagnovali, čo pri rovnakom počte ošetrovaných poistencov a nezaplatených 20%-ných nadlimitoch devalvovalo cenu bodu z 0,54 Sk na reálnych 0,39 Sk. Nezohľadnenie medziročnej inflácie v príjmoch a jej prejavení sa vo výdavkoch, neznižuje len zisk, ale aj hodnotu ambulancie.

V **Prehľade 3** je súčasná hodnota vyjadrená na základe diskontovaného budúceho cash flow medzi rokmi 2009 – 2015. Pri diskontnej sadzbe 10 % je to suma 4 080 485 Sk. Tento optimistický variant budúcich príjmov predpokladá

Prehľad 1: Hodnota hmotného majetku ambulancie

v tis. Sk	obstarávacia cena	obstarávacia cena prepočítaná na úroveň r. 2009	predajná cena
povinné vybavenie ambulancie	200 000	250 000	50 000
počítačové vybavenie	60 000	40 000	10 000
spirometer	60 000	65 000	20 000
spolu	320 000	355 000	80 000
Hodnota hmotného majetku ambulancie			145 000

Prehľad 2: Hodnota nehmotného majetku ambulancie

v Sk	príjmy zo ZP	výdavky	zisk pred zdanením	odčerpateľné zdroje čistý zisk
rok 2008	2 205 000	1 260 000	945 000	242 820
rok 2007	2 358 000	1 220 000	1 113 800	377 112
rok 2006	2 162 000	970 000	1 192 000	492 936
rok 2005	1 654 000	1 020 000	634 000	537 624
rok 2004	1 406 000	980 000	426 000	502 740
spolu	9 785 000	5 450 000	4 335 000	2 153 232

Prehľad 3: Prognóza hodnoty nehmotného majetku ambulancie na roky 2009 – 2015

v Sk	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
výnosy	1 900 000	1 995 000	2 094 750	2 199 488	2 309 462	2 424 935	2 546 182
náklady	1 200 000	1 272 000	1 348 320	1 429 219	1 514 972	1 605 871	1 702 223
zisk	700 000	723 000	746 430	770 269	794 490	819 064	843 959
diskontná sadzba 10 %	1,00	1,10	1,21	1,33	1,46	1,61	1,77
Čistá súčasná hodnota = 4 080 486	700 000	657 273	616 884	578 715	542 647	508 574	476 393

Prehľad 4: Hodnota nehmotného majetku ambulancie v troch variantoch – bez hospodárskej krízy

	% zo Sk	hodnota Sk	% podiel	podiel Sk
optimistický	100 %	4 080 486	30 %	1 224 145
stredný	80 %	3 264 388	25 %	816 097
pesimistický	60 %	2 448 291	45 %	1 101 731
			100 %	3 141 974

Prehľad 5: Hodnota nehmotného majetku ambulancie v troch variantoch – v hospodárskej kríze

	% zo Sk	hodnota Sk	% podiel	podiel Sk
optimistický	100 %	4 080 486	30 %	1 224 145
stredný	70 %	2 856 340	25 %	714 085
pesimistický	50 %	2 040 243	45 %	918 109
			100 %	2 856 340

zachovanie financovania zo zdrojov zdravotných poisťovní minimálne na úrovni medziročného nárastu 5 %. V prípade poklesu príjmov z verejného zdravotného poistenia, alebo zásadnej zmeny financovania, bude nutné doplniť príjmy z činností nehradených z verejného zdravotného poistenia.

Pri strednom variante predpokladáme cash flow na úrovni 80 % optimistického a pri pesimistickom na jeho 60% -nej úrovni. Po namodelovaní predpokladaných percentuálnych parametrov a bez zohľadnenia dopadov finančnej krízy na budúce príjmy, poklesla hodnota zo 4 080 485 Sk na 3 141 974 Sk.

Vážnejšie dopady hospodárskej krízy s predpokladaným 30%-ným znížením pri strednom a 50%-ným pri pesimistickom variante zníži hodnotu o 285 607 Sk, čo predstavuje pokles výslednej hodnoty o 9,1 %.

	Bezkrízový variant	Krízový variant
Hodnota hmotného majetku ambulancie	145 000 Sk	145 000 Sk
Všeobecná hodnota nehmotného majetku ambulancie	3 141 974 Sk	2 856 340 Sk
Hodnota zdravotníckeho zariadenia	3 286 974 Sk	3 001 340 Sk

4 ZÁVER

Cena je predmetom dohody. Vyššie uvedená metodika a kvantifikácie potvrdzujú, že je reálne stanovenie odôvodnenej ceny ambulancie, ktorá môže viesť k tejto dohode pri rešpektovaní skutočnosti, že cena je subjektívnou kategóriou. Hlavným kritériom stanovenia takejto odôvodnenej ceny je návratnosť peňažnej investície kupujúceho a ohodnotenie práce predávajúceho vynaloženej na získanie a udržanie postavenia ambulancie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

5 LITERATÚRA

- študijné materiály Finančný manažment I. a II. pre účastníkov programu Manažér HMA, Ing. Peter Pažitný MSc.
- Anna Harumová: Ohodnocovanie pohľadávok, Iura edition 2002
- LEKÁR s.r.o., Odborné nakladateľstvo Dr. Jozef Raabe Slovensko, s.r.o., 2007
- Mařík M: Určování hodnoty firem, Praha: Ekopres, 1998
- Karpiš, Ďurana, Ďurana: Zdravý zisk, INESS Bratislava 2007

Konzultant: Ing. Peter Pažitný, MSc.

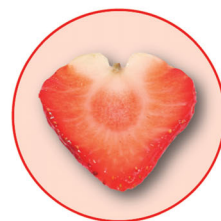


MUDr. Eva Dzurillová (1949)
viceprezidentka Asociácie súkromných lekárov pre ŠAS
Prevádzkuje špecializované ambulancie klinickej imunológie Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.

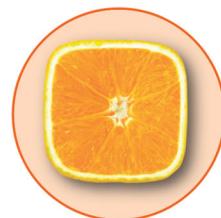
Health Management Academy



Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.



Program **Lekár**



Program **Reformátor**



Program **Manažér 1, 2**



Program **Lekárnik**



Program **Mix**

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

Health Management Academy, s.r.o.

Hviezdoslavovo nám. 14

811 02 Bratislava

 health management academy **hmd**

e-mail: frisova@hma.sk

web: www.hma.sk

tel.: +421 (0)911 596 050