

**OBSAH**

**Referendum v Maďarsku – stop štrukturálnym reformám**

**Základné rámce zdravotnej politiky 2008 – 2011**

**Občania uprednostňujú kvalitu pred dostupnosťou**

**Česko pripravuje zásadnú reformu zdravotníctva**

**Reforma na Slovensku rozhýbala V4**



Foto:  
[www.rock-on-rock-on.com](http://www.rock-on-rock-on.com)  
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

**Into Balance**  
newsletter  
o zdravotnej politike

Health Policy Institute  
Hviezdoslavovo nám. 14  
811 02 Bratislava  
Slovenská republika

Tel: +421 2 5464 3051  
Fax: +421 2 5464 3053  
E-mail: [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk)

## Referendum v Maďarsku predstavuje stop štrukturálnym reformám

Reforma zdravotníctva v Maďarsku sa po rezignácii Lajosa Molnára v marci 2007 stala centrálnym dejiskom politického boja. Tým, že premiér Ferenc Gyurcsány rezignáciu ministra Molnára prijal, zároveň odmietol jeho koncepciu reformy poisťného systému. Tá bola založená na holandskom modeli, konkurencii súkromných zdravotných poisťovní a limitovanej úlohe štátu ako regulátora zdravotného trhu.

Molnárove krátke pôsobenie (menej ako 12 mesiacov) však bolo plné potrebných stabilizačných opatrení zdravotnej politiky:

- zaviedol poplatky u lekára, u špecialistu a za pobyt v nemocnici
- zaviedol Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- znížil počet lôžok o viac ako 10 000
- liberalizoval liekovú politiku a zároveň znížil výdavky na lieky

Výsledkom jeho pôsobenia je stabilizovaný systém. **Podľa odhadov Inštitútu pre strategický výskum zdravotníctva ESKI sa monopolná zdravotná poisťovňa OEP po viac ako 12 rokoch opäť dostane do prebytkového hospodárenia (Graf 1).**

Nástupkyňa Lajosa Molnára pani Ágnes Horváth bola pri nástupe do funkcie v mimoriadne zložitej situácii. Holandský, pro-trhovo orientovaný model zdravotného poistenia bol zamietnutý a vláda nemala žiadnu inú reformnú agendu, a tak sa v júni 2007 zrodil tzv. kompromisný model. Hybrid, o ktorom autor píše v inom článku (viď str. 8).

V konečnom dôsledku však nebol dôležitý zákon, ale politika okolo neho. Poplatky a nový návrh systému zdravotného poistenia sa stali ústrednou témou boja vo vnútri koalícií ako aj boja medzi koalíciou a opozíciou. Nový zákon o zdravotných poisťovniach bol nakoniec v decembri 2007 prijatý a prežil aj prezidentovo veto. Neprežili však poplatky.

Opozičná strana FIDESZ totiž iniciovala referendum, v ktorom sa hlasovalo o troch otázkach. Dve sa týkali poplatkov v zdravotníctve a jedna poplatkov za vysokoškolské štúdium. Aj keď sa očakávala vysoká účasť, výsledky referenda prekvapili všetkých.

**Graf 1: Hospodárenie zdravotnej poisťovne OEP v Maďarsku v mld. HUF v bežných cenách**



Zdroj: ESKI, 2008

**K urnám prišlo 50,51 % voličov a proti poplatkom sa vyjadrilo viac ako 82 % hlasujúcich (Graf 2).** Komentátori situáciu označujú ako veľké víťazstvo Viktora Orbána – lídra opozície.

Toto víťazstvo však nie je dobrá správa pre maďarských občanov. Znamená totiž riziko, že žiadna z budúcich vlád nebude chcieť robiť bolestivé, avšak mimoriadne dôležité štrukturálne reformy. Maďarsko stále trpí vysokými daňami, vysokým deficitom verejných financií a sužuje ho veľmi nízky hospodársky rast na úrovni 1 %. **Ratingová agentúra Standard & Poor's 14. 3. 2008 znížila ratingový výhľad Maďarska na negatívny s odôvodnením na zhoršujúcu sa perspektívu udržateľnej konsolidácie verejných financií.**

Kým v deväťdesiatych rokoch bolo Maďarsko lídrom reforiem (najmä za čias Lajosa Bokrosa, 1995-96), dnes musíme konštatovať, že stagnuje. Od roku 2002 sa jeho HDP na hlavu zvýšilo len veľmi mierne. Kým Slovensko dokázalo vďaka reformám zvýšiť HDP na hlavu v parite kúpnej sily z 54,3 % priemeru EÚ27 na 69,8 %, tak Maďarsko zvýšilo svoje HDP na hlavu v rovnakom období zo 61,7 % iba na 63,5 % (viď **Tabuľka** na 3. strane). Reformami v dlhodobom horizonte získavajú všetci – aj tí, ktorí v krátkodobom horizonte dočasne strácajú. Je škoda, že Maďari sami sebe zobrali šancu na rýchlejšie zbohatnutie.

**PETER PAŽITNÝ**

**Graf 2: Účasť a výsledky maďarského referenda z 9. marca 2008**

**ÚČASŤ**



oprávnených voličov:  
8 040 125

**VÝSLEDKY**



Zdroj: maďarská Národná volebná kancelária, [www.valasztas.hu](http://www.valasztas.hu), 2008

1. februára informovalo ministerstvo zdravotníctva, že uznesenie správnej rady Špecializovanej nemocnice respiračných chorôb v Kvetnici o hromadnom prepúšťaní zamestnancov nepovažuje z procesných dôvodov za právoplatné.

## MONITORING FEBRUÁR 2008

8. februára predložila poslankyňa Národnej rady SR za KDH Mária Sabolová poslanecký návrh na zrušenie tzv. výmenných lístkov. Poslanci vládnej koalície v NR SR tento návrh zamietli.

13. februára informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že v roku 2007 uložil pokuty v celkovej výške takmer 28,27 milióna korún.

14. februára informovala spoločnosť IMS Health, že v minulom roku sa na Slovensku predalo do lekární 162,3 mil. balení liekov (medziročný rast o 4,8 %).

15. februára informovala Asociácia fakultných nemocníc, že základné platy zamestnancov fakultných nemocníc sa od 1. februára zvýšila o 10 %. Asociácia tak vyhovel požiadavke Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb.

19. februára informovalo ministerstvo zdravotníctva, že pripravuje návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach. Novela by mala zmeniť kompetencie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zároveň by sa mala zaoberať finančne náročnou zdravotnou starostlivosťou.

# Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011

Health Policy Institute už po tretí raz pripravil publikáciu *Základné rámce zdravotnej politiky*, tentoraz pre obdobie rokov 2008 – 2011. Každým novým vydaním sa snažíme zlepšiť a priniesť kvalitnejšie údaje a prognózy.

Našou ambíciou je, aby sa Základné rámce zdravotnej politiky stali najdôležitejším a najdôveryhodnejším zdrojom údajov o slovenskom zdravotníctve. Preto nás veľmi zaujíma názor vás – našich čitateľov. Vaše pripomienky a podnety nám pomáhajú zlepšiť argumentáciu a spresniť údaje v prognóze. Preto ich radi uvítame na adrese [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk).

Oproti predchádzajúcim vydaniam sme sa tento rok snažili napísať publikáciu stručnejšie, viac sa orientujeme na prognózu samotnú. Na základe pripomienok našich recenzentov z minulého roka sme sa snažili texty čo najviac odpolitizovať a venovať sa vecnému hodnoteniu zdravotnej politiky a jej nástrojov.

Publikácia bude oficiálne predstavená na konferencii *Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať?* 10. apríla 2008 v Bratislave. Na tomto mieste prinášame úvodnú kapitolu nazvanú **Zhrnutie**.

V roku 2008 zdravotníctvo najzávažnejšie ovplyvní **budovanie tzv. konceptu „štátneho zdravotníctva“**. Odrazí sa to najmä v smerovaní zdrojov štátnej VŠZP, ktorá bude koncentrovať zdroje do fakultných nemocníc a obmedzovať zdroje súkromným a neštátnym nemocniciam.

Súkromné zdravotné poisťovne a ich akcionári sa budú musieť **vysporiadať s reguláciou použitia zisku**, ktorá neumožňuje zisk rozdeliť akcionárom poisťovne, ale núti ich použiť ho na nákup zdravotnej starostlivosti. Viaceré zdravotné poisťovne uviedli, že mienia Slovenskú republiku za túto legislatívu žalovať na medzinárodných arbitrážnych súdoch.

V oblasti liekovej politiky vstúpi do platnosti degresívna marža, ktorá vyrovnáva motivácie pre distribúciu drahých a lacných liekov. Podľa našich prepočtov tento krok bude zmiernovať riziko vysokého rastu cien liekov. Vzhľadom na to, že porastú aj objemy predaných liekov, predpokladáme, že **lieky naďalej zostanú najväčšou výdavkovou položkou zdravotných poisťovní**.

**Lôžkovú starostlivosť najviac ovplyvní kartelové správanie fakultných nemocníc**, ktoré majú oporu v minimálnej sieti, kam vláda zaradila len štátne zariadenia. Vzniká tak dvojrýchlostný systém – štátne nemocnice dostanú od štátnych poisťovní medziročne viac než dvojnásobok (rast približne 20 až 25 %) v porovnaní so súkromnými a neštátnymi nemocnicami (rast 0 až 10 %). **Dvojrýchlostný systém však nemá jeden dôležitý vektor – a to je zvyšovanie kvality, efektívnosti a produktivity**. Pacienti tak za viac peňazí dostanú menej kvalitnej starostlivosti.

**Ambulantnú sféru najviac ovplyvnia odporúčacie lístky**. Predpokladáme, že protesty pacientov, ako aj zbytočná byrokracia s nimi spojená, prispievajú k ich rýchlemu zrušeniu.

**Mzdy v zdravotníctve budú podľa nás rásť v rozpätí 10 až 15 %** a určite nedôjde k naplneniu požiadavky odborárov o ich zvýšenie o 30 %. Migrácia lekárov preto naďalej môže zohrávať dôležitú úlohu.

Naďalej predpokladáme, že ani v roku 2008 sa vláda a ministerstvo zdravotníctva neposunú k štandardným nástrojom zdravotnej politiky a **budú používať neštandardné nástroje** na presadenie konceptu „štátneho zdravotníctva“.

**SIMONA FRISOVÁ  
MICHAL GAJDZICA  
LUCIA LENÁRTOVÁ  
KAROL MORVAY  
PETER PAŽITNÝ  
TOMÁŠ SZALAY  
ANGELIKA SZALAYOVÁ**



Tabuľka 1: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>A. Príjmy zdravotných poisťovní</b>	<b>73,6</b>	<b>81,2</b>	<b>90,1</b>	<b>98,4</b>	<b>107,1</b>	<b>116,2</b>	<b>124,4</b>
A.1 Odvody zamestnancov	46,6	52,5	57,4	62,2	66,9	71,8	77,3
A.2 Odvody SZČO	3,4	3,8	4,5	5,0	5,5	6,0	6,7
A.3 Odvody samoplatiteľov	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
A.4 Odvody za poisťencov štátu	21,7	23,3	26,9	29,9	33,3	36,9	39,0
A.5 Ostatné príjmy	1,6	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>B. Výdavky zdravotných poisťovní</b>	<b>73,6</b>	<b>81,2</b>	<b>90,1</b>	<b>98,4</b>	<b>107,1</b>	<b>116,2</b>	<b>124,4</b>
B.1 Ostatné výdavky	7,7	5,7	6,0	5,7	6,2	6,6	7,0
B.1.1 Marža (prevádzkové náklady + zisk)	4,1	5,1	5,3	4,9	5,3	5,7	6,0
B.1.2 Príspevok ZP na činnosť ÚDZS	0,7	0,3	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
B.1.3 Príspevok ZP na operačné strediská	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
B.1.4 Iné (NFV, pokuty, penále, poplatky)	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
B.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	65,9	75,4	84,1	92,4	100,6	109,2	117,0
B.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	24,9	28,7	29,9	33,1	36,3	39,6	42,8
B.2.2 Zdravotnícke pomôcky	2,2	2,9	3,3	4,0	4,4	4,7	5,1
B.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	16,6	18,8	22,9	26,3	29,0	31,9	34,4
B.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	3,4	3,8	4,2	4,5	4,9	5,3	5,5
B.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	8,6	9,6	10,8	11,0	11,9	12,8	13,4
B.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	7,1	7,7	8,4	9,2	9,9	10,6	11,4
B.2.7 Záchranná zdravotná služba	1,2	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
B.2.8 Ostatné, EÚ, bezdomovci	1,7	2,1	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6

Zdroj: Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011, Health Policy Institute, 2008



health management academy

hma

**Vo Zvolene už 26. apríla! Program LEKÁR** ➔ [www.hma.sk](http://www.hma.sk)

Prvý z troch modulov: Legislatíva v zdravotníctve / Uzatváranie zmlúv

Tabuľka: HDP na hlavu v parite kúpnej sily, EÚ27=100

	1997o	1998o	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007o	2008p
Slovinsko	77,0	77,8	79,7	78,9	79,0	81,3	82,5	85,4	87,0	88,0	90,7	91,1
Cyprus	86,2	87,0	87,7	89,1	91,3	89,6	89,3	90,6	92,7	92,1	91,6	90,1
Česká republika	73,2	70,7	69,8	68,7	70,5	70,7	73,7	75,4	76,7	78,7	81,2	82,0
Malta	80,8	80,8	81,3	84,0	78,2	79,8	78,7	76,9	77,5	77,0	77,4	76,3
Estónsko	42,0	42,5	42,5	44,8	46,3	50,0	54,6	57,0	63,0	68,5	72,5	74,4
Slovensko	51,5	52,2	50,7	50,3	52,5	54,3	55,7	57,3	60,6	63,8	67,7	69,8
Maďarsko	51,7	52,9	53,7	56,3	59,1	61,7	63,5	63,4	64,3	65,0	64,1	63,5
Litva	38,3	40,3	38,9	39,4	41,6	44,2	49,1	50,6	53,2	56,2	60,1	62,4
Lotyšsko	34,7	35,7	36,2	36,9	38,9	41,4	43,5	45,8	50,0	54,2	57,4	59,6
Poľsko	46,9	48,0	48,7	48,4	47,7	48,5	49,1	50,8	51,3	52,5	54,7	55,7

Poznámky: o... Odhad, p... Prognóza

Zdroj: Eurostat, 2008

21. februára informovalo vedenie Sanatória Dr. Guhra, n.o. v Tatranskej Polianke, že od 1. apríla mení časť lôžok na domov dôchodcov. V prvej etape bude sanatórium poskytovať sociálne služby na 32 lôžkach.

22. februára sa generálny riaditeľ Všeobecnej zdravotnej poisťovne Anton Kováčik z osobných dôvodov vzdal funkcie.

26. februára bola potvrdená informácia o zmene podmienok štúdia pre študentov bakalárskeho štúdia na lekárskech a zdravotníckych fakultách. Od februára tohto roku budú musieť študenti, absolventi bakalárskeho štúdia, ktorí chcú pokračovať na magisterskom stupni, ísť povinne na rok do praxe.

Od 26. má Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj (SAFS) nové predstavenstvo. Staronovým predsedom SAFS sa stal Miroslav Lednár (Sanofi-Aventis). Za podpredsedov opätovne zvolili Štefana Mesároša (Pfizer) a Pavla Trnovca (GlaxoSmithKline). Ďalšími členmi predstavenstva sú Vladimír Pacholík (Eli Lilly) a Klaus Mittmann (Bayer Schering Pharma).

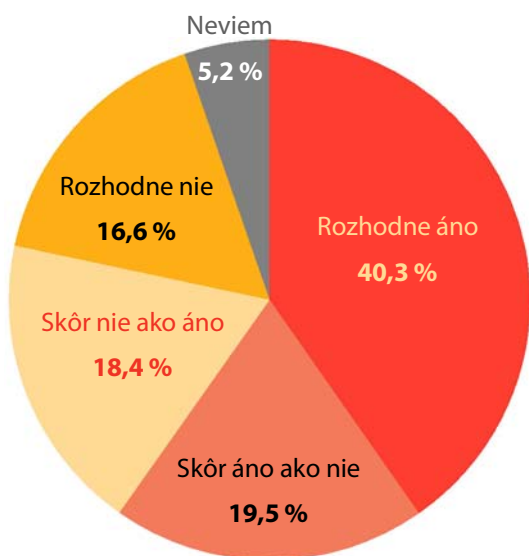
27. februára informovala hovorkyňa Všeobecnej zdravotnej poisťovne, že novou predsedníčkou predstavenstva a generálnou riaditeľkou Všeobecnej zdravotnej poisťovne bude od 1. marca Zuzana Zvolenská.

29. februára zverejnila Sociálna poisťovňa údaje o dlhoch zdravotníckych zariadení voči sociálnej poisťovni. Tie dosiahli ku koncu roka 2008 1,3 mld. korún, z toho pohľadávka voči štátnym zdravotníckym zariadeniam dosiahla 887,4 mil. korún.

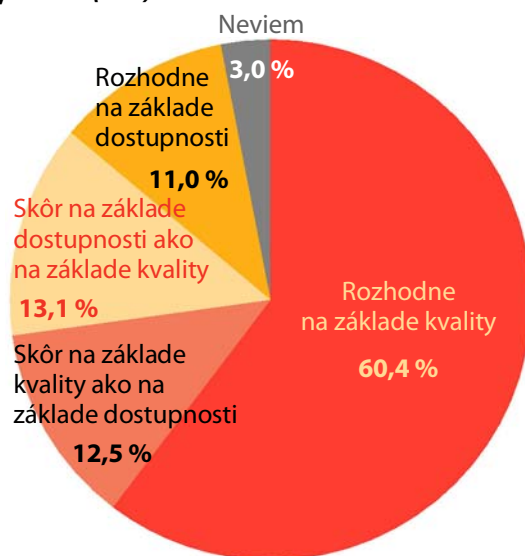
# Prieskum: väčšina opýtaných uprednostňuje kvalitu pred dostupnosťou

V dňoch 1. – 4. marca 2008 vykonala agentúra Polis Slovakia pre Združenie zdravotných poisťovní (ZZP SR) telefonický prieskum na vzorke 1015 respondentov starších ako 18 rokov, ktorí boli pomocou kvótného výberu vybraní tak, aby vzorka vyhovovala základným demografickým a politickým znakom celej verejnosti. Respondentom boli položené otázky spracované v nasledujúcich grafoch.

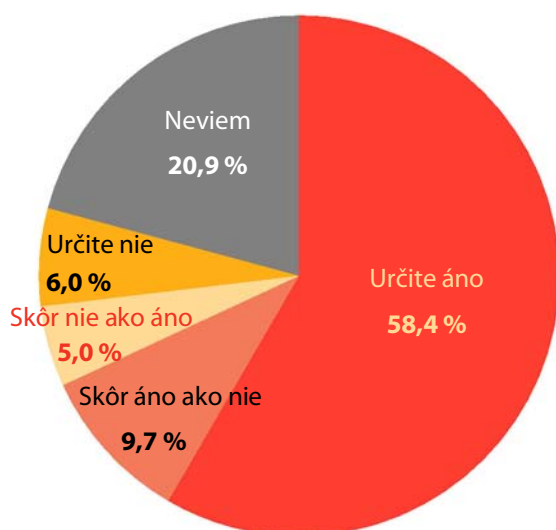
► **Máte dostatok informácií o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytovanej vašou nemocnicou? (v %)**



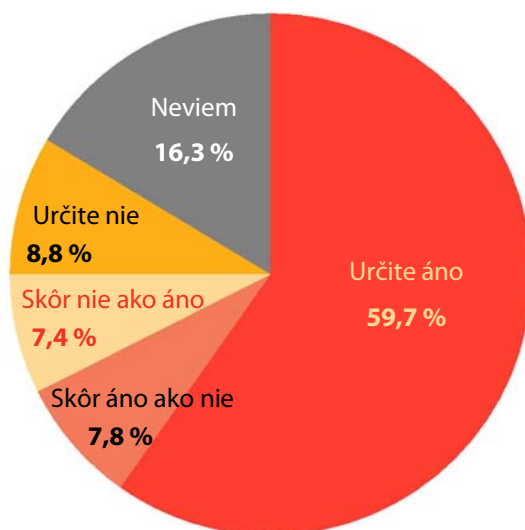
► **Ak by ste potrebovali nemocničnú starostlivosť, vybrali by ste si nemocnicu na základe kvality, alebo dostupnosti? (v %)**



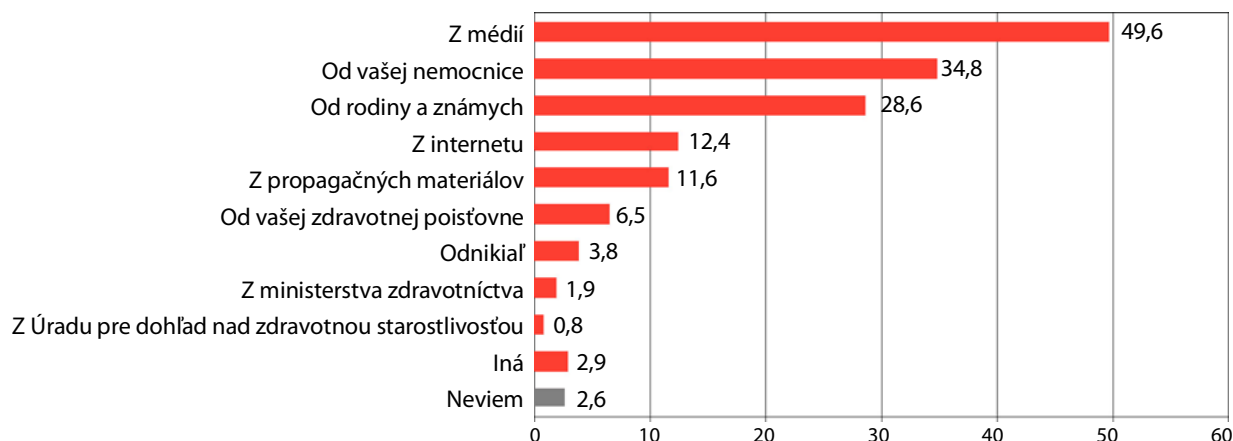
► **Súhlasíte s tým, aby zdravotné poisťovne neobjednávali starostlivosť pre svojich poistencov na tých nemocničných oddeleniach, ktoré nemajú dobré medicínske výsledky a ani nehospodária efektívne? (v %)**



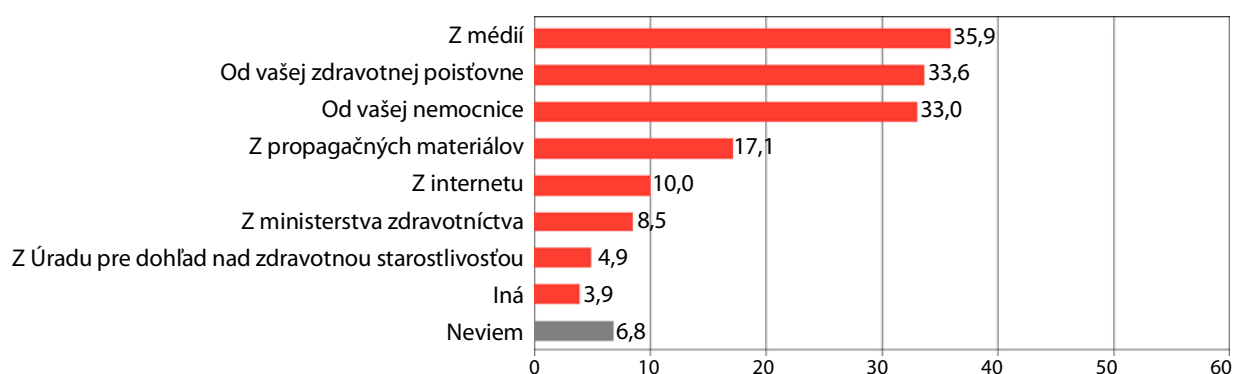
► **Súhlasíte s tým, aby zdravotné poisťovne neuzatvorili zmluvy s takými nemocnicami, ktoré nemajú dobré medicínske výsledky a ani nehospodária efektívne? (v %)**



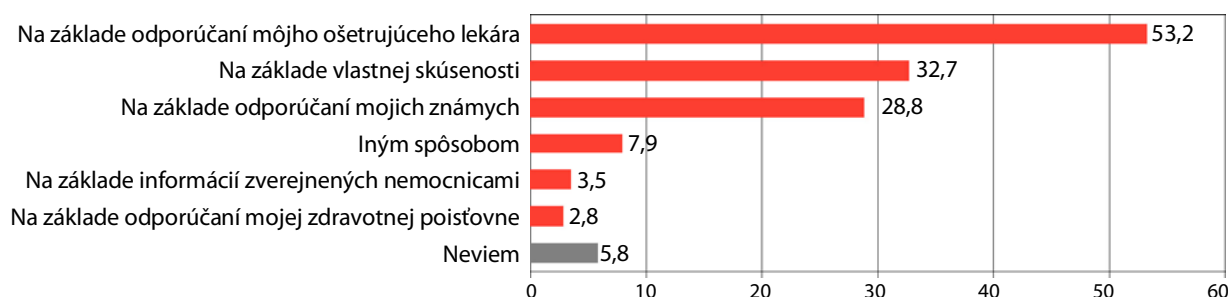
► **Odkiaľ dostávate informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti vo vašej nemocnici? (v %)**



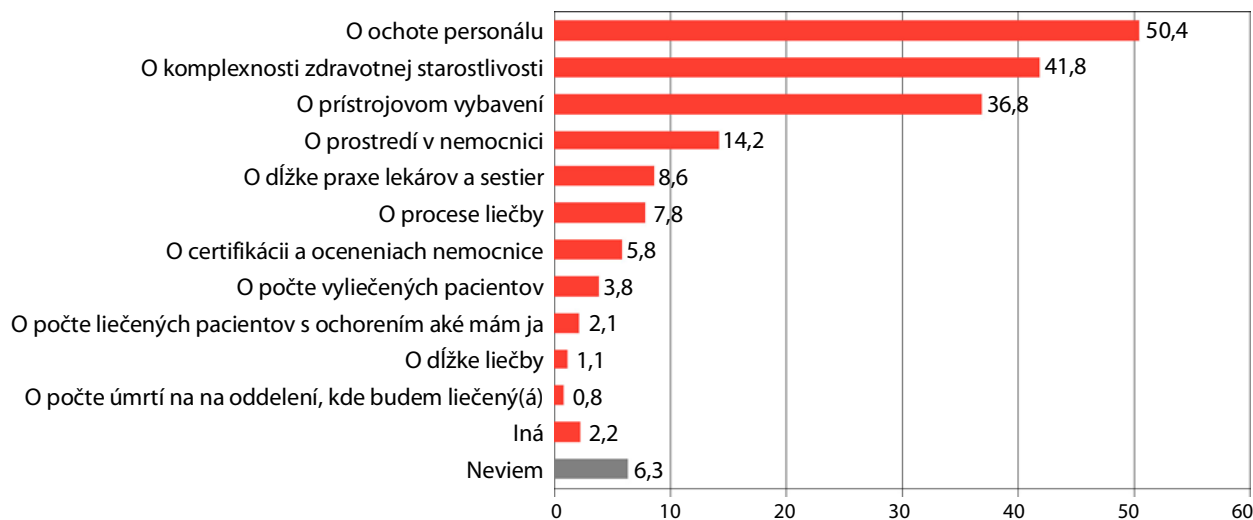
► **Odkiaľ by ste chceli dostávať informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti? (v %)**



► **Na základe čoho sa rozhodujete pri výbere nemocnice? (v %)**



► **Aké informácie považujete za najdôležitejšie pri voľbe nemocnice? (v %)**



Pozn.: súčet percent je vyšší ako 100, keďže respondenti mali možnosť viacerých odpovedí.

# Česká republika pripravuje zásadnú reformu svojho zdravotníctva

České ministerstvo zdravotníctva (MZ ČR) už viac ako rok intenzívne pracuje na reforme, ktorá má zlepšiť fungovanie českého zdravotného systému. Pripravované zmeny sa týkajú predovšetkým oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti a oblasti verejného zdravotného poistenia. Minister zdravotníctva Tomáš Julínek by mal ešte v tomto roku predložiť vláde 7 reformných zákonov, ktoré budú obsahovať nosnú časť vecného riešenia zmien. Finálnu podobu budúcej legislatívy zdravotníctva predurčí rokovanie vlády 2. apríla 2008, ktorá prerokuje vecné návrhy zákonov.

Reforma zdravotníctva patrí k prioritám českej vlády. Samotnej reforme predchádzajú **stabilizačné opatrenia**. K tým najdôležitejším patrí **zmrazenie sumy platieb na zdravotné poistenie za tzv. poistencov štátu** v rokoch 2008 a 2009 (na úrovni roku 2007) a **zavedenie regulačných poplatkov** od 1. 1. 2008. Poplatky sú vyberané poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a lekárňami a majú stanovený maximálny ročný limit na úrovni 5.000,- CZK. V prípade jeho prekročenia vráti poistencovi zdravotná poisťovňa príslušný rozdiel. Systém zároveň oslobodzuje určité skupiny osôb od platenia poplatkov.

**Reforma je rozdelená do troch fáz.** Okrem už spomenutej **stabilizačnej časti**, ktorá má zabezpečiť návrat ku štandardným vzťahom a komunikácii, by malo dôjsť k **reforme vybraných inštitúcií** s cieľom zvýšiť efektivitu systému. V poslednej fáze by mala byť zrealizovaná **reforma financovania**, ktorá má zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť zdravotníctva.

Kľúčovým logickým integrátorom reformy je klient systému – poistenec, od ktorého sa odvíjajú všetky dôležité kroky. Poistenec je zároveň hlavným cieľom všetkých zásadných zmien. Potreba reformy zdravotníctva vychádza z potreby zefektívniť a zlepšiť zdravotný systém a zabezpečiť vymáhateľnosť plnenia nárokov pre poistencov. Mnohé oblasti fungovania českého zdravotníctva sa roky nemenili a vyžadujú zásadné zmeny. K najzaostávajúcejším prvkom českého zdravotníctva patrí segment verejného zdravotného poistenia. Jeho nedokonalosťou dnes najviac

trpí poistenec, ktorý nemá k dispozícii takmer žiaden nástroj ani garanta, prostredníctvom ktorého by sa mohol domáhať nárokov, ktoré mu zaručuje ústava. Všetky dôležité subjekty dnes pôsobia v prostredí mäkkých rozpočtových obmedzení a nemajú reálnu motiváciu vykonávať svoju činnosť efektívne a v prospech príjemcu poskytovaných služieb. Aj preto MZ ČR **pristúpilo k zásadnej revízií fungovania zdravot-**



**ných poisťovní, ktoré by sa mali transformovať na štandardné obchodné spoločnosti s jasne definovanými povinnosťami voči poistencom. Transformáciou na akciové spoločnosti by mali prejsť aj všetky fakultné nemocnice, ktoré by sa mali zmeniť na univerzitné nemocnice.** Spolu so zmenami v zdravotnom poistení plánuje MZ ČR **zaviesť nezávislý a komplexný dohľad nad subjektmi verejného zdravotného poistenia**, ktorý bude vykonávať Úrad pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami.

MICHAL GAJZICA

## Tabuľka: Prehľad siedmich českých reformných zákonov

Oblasť verejného zdravotného poistenia	Zákon o verejnom zdravotnom poistení
	Zákon o zdravotných poisťovniach
	Zákon o Úrade pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami
Oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti	Zákon o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania
	Zákon o špecifických zdravotných službách
	Zákon o zdravotnej záchrannej službe
	Zákon o univerzitných nemocniciach a univerzitných zdravotníckych pracoviskách

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Reformným zmenám v českom zdravotníctve sa budeme pravidelne venovať aj v ďalších číslach *Into Balance*. Postupne rozoberieme všetky návrhy zákonov a zosumarizujeme ich hlavné ciele. Rovnako budeme sledovať legislatívny proces prípravy siedmich reformných zákonov a dôležitých súvisiacich predpisov.

**Schéma: Tri fázy reformy českého zdravotníctva**

CIEĽ		
Návrat k štandardným vzťahom a komunikácii	Reforma inštitúcií – zvýšenie efektivity dnešného systému	Reforma financovania – zaistenie dlhodobej udržateľnosti solidárneho systému
	<b>Reforma svojprávneho pacienta</b>	<b>Reforma pre ohrozeného poistenca</b>
1. Zlepšenie výkonu štátnej správy 2. Schválená kategorizácia liekov pre rok 2007 3. Zaistenie zdrojov zo štrukturálnych fondov EÚ	1. Posilnenie práv, ale aj zodpovedností občanov 2. Opatrenia na strane zdravotných poisťovní 3. Opatrenia na strane poskytovateľov	1. Zmeny v odvodoch na verejné zdravotné poistenie 2. Možnosť zdravotného sporenia 3. Možnosť voľby rozsahu poistenia 4. Zmena financovania zdravotnej sociálnej oblasti
<b>STABILIZAČNÁ FÁZA</b> 2006 - 2007	<b>REFORMA PRE SÚČASnosť</b> 2007 - 2009	<b>REFORMA PRE BUDÚCNOSť</b> 2010 -

Zdroj: Into Balance č. 4/2007

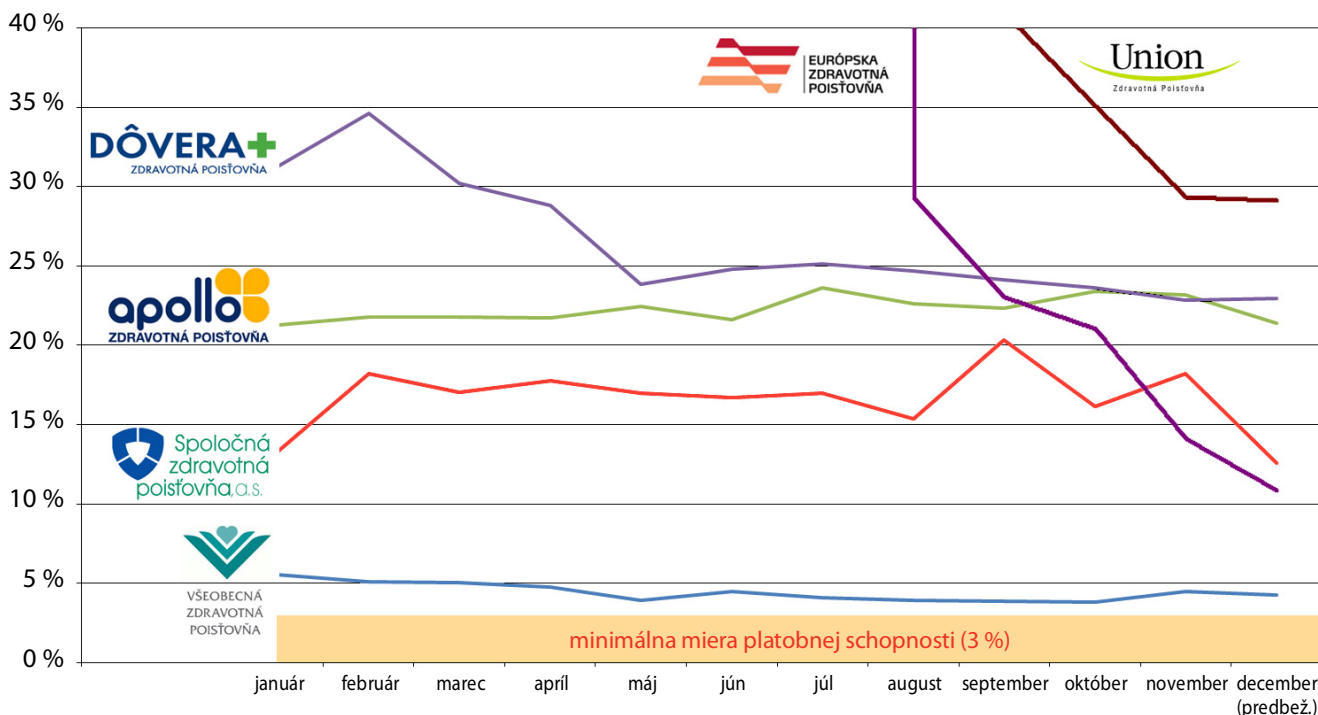
**Vyhláška o minimálnych štandardoch nemocníc v pripomienkovom konaní**

Ministerstvo zdravotníctva SR uverejnilo na pripomienkovanie návrh vyhlášky, ktorou sa stanovujú minimálne personálne a materiálne-technické štandardy pre lôžkové zariadenia. **Termín pripomienkovania je do 26. marca 2008**, návrh predpisu nájdete na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

Oceňujeme – bez komentovania konkrétneho znenia – že tento dokument vôbec vznikol. Na rozdiel od ambulancie sféry v ústavnej starostlivosti doteraz neplatia žiadne záväzné

štrukturálne kritériá kvality a až doteraz nijaký z ministrov zdravotníctva takýto predpis nepripravil.

Ak by bol návrh vyhlášky prijatý, po prechodnom období by bolo možné pristúpiť k redukcii lôžkových zariadení práve jej účinným vymáhaním. Nepopulárne opatrenia bude možné komunikovať pozitívne: ako úsilie o zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti a o bezpečnosť pacientov.

**-red-****Tabuľka: Vývoj miery platobnej schopnosti zdravotných poisťovní na Slovensku v roku 2007**

Poznámka: Vzhľadom na vývoj parametrov, z ktorých vychádza prepočet platobnej schopnosti nebola skutočná miera platobnej schopnosti Union zdravotnej poisťovne, a. s. a Európskej zdravotnej poisťovne, a. s. plne porovnateľná v celom sledovanom období s ostatnými zdravotnými poisťovňami.

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008

# Reforma na Slovensku rozhýbala V4

## ZAOSTÁVANIE V4 ZA EÚ15 JE 15 ROKOV

Napriek tomu, že životná úroveň obyvateľov strednej Európy sa zvyšuje, **sú krajiny V4 ešte stále 15 rokov za krajinami EÚ15. Toto zaostávanie je citelné v troch rovinách – v ekonomickej výkonnosti, vo výdavkoch na zdravotnú starostlivosť a v strednej dĺžke života.** Medzi týmito tromi parametrami môžeme nájsť nasledovné vzťahy:

1. vyššia ekonomická sila umožňuje vyššie výdavky na zdravotníctvo
2. vyššie výdavky na zdravotníctvo generujú lepšie výsledky zdravotného systému
3. vyššie výdavky na zdravotníctvo generujú nižšiu variabilitu vo výkonnosti zdravotného systému
4. ak sú výdavky nízke, tak možnosti zlepšovania výsledkov rastú rýchlo s nárastom výdavkov

V roku 2005 dali krajiny EÚ15 na zdravotníctvo v priemere 2 875 USD na hlavu (v parite kúpnej sily), čo je takmer dvaapokrát viac ako priemer V4. Tie vynaložili na zdravotníctvo v roku 2005 na hlavu 1 221 USD, čo je približne rovnako ako krajiny EÚ15 v roku 1990 (1 261 USD).

Vyššie výdavky na zdravotníctvo umožňuje krajinám EÚ15 alokovať vyššia ekonomická sila. Kým v roku 2005 dosiahli krajiny EÚ15 HDP na hlavu v objeme 33 913 USD (v parite kúpnej sily), tak krajiny V4 len 17 003 USD. To je úroveň, kde boli krajiny EÚ15 v roku 1990 (17 677 USD).

**Pri porovnaní očakávanej dĺžky života je zaostávanie medzi V4 a EÚ15 ešte hlbšie.** Priemerný obyvateľ V4 mohol v roku 2005 počítať so životom dlhým 74,5 roka. Túto úroveň dosiahli krajiny EÚ15 už v roku 1983! Dnes je očakávaná dĺžka života v EÚ15 už na hladine 79,4 – takmer o 5 rokov vyššia ako vo V4. Čo je však horšie, za posledných 15 rokov sme naše zaostávanie dokázali zmenšiť ešte menej ako minimálne. Kým v EÚ15 sa dĺžka života zvýšila o 3,5 roka, tak vo V4 o 3,6 roka.

Na rozdiel od bohatstva, výdavkov na zdravotníctvo a dĺžky života však **nezaostávajú naše očakávania a nároky** voči zdravotnému systému. Z obmedzených zdrojov požadujú pacienti úroveň starostlivosti, ktorú vidia vo vyspelých štátoch EÚ15. Vzhľadom na to, že na zdravotníctvo je možné vydávať len toľko zdrojov, aká je sila ekonomiky, snažia sa krajiny nájsť riešenia, ktoré odkrývajú vnútorné rezervy systému. Reformami.

V krajinách V4 sa reformy sústreďujú najmä na:

1. obmedzenie nadužívania zdravotnej starostlivosti zavedením poplatkov
2. zvýšenie efektívnosti nákupu zdravotnej starostlivosti komercializáciou zdravotného poistenia
3. zvýšenie bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti zavedením nezávislých úradov pre dohľad

## SEMAŠKOVO DEDIČSTVO

Bezplatná zdravotná starostlivosť v postsocialistických krajinách je dedičstvom sovietskeho systému zdravotníctva, ktorého základy po Veľkej októbrovej revolúcii v roku 1917 položil Nikolaj Semáško. Prvým základom bolo, že za zdravie je zodpovedná vláda. Druhým, že platí univerzálny a bezplatný prístup k zdravotnej starostlivosti. A tretím, že dôraz sa kladie na preventívnu medicínu.

Sovietsky zväz sa tak stal prvou krajinou sveta, kde bola bezplatná zdravotná starostlivosť pre všetkých občanov garantovaná priamo v ústave. Prakticky však pacienti často platili neformálne platby. Ciele univerzálneho a rovnostárskeho zdravotného systému boli sústavne konfrontované s nedostatočným rozpočtovým krytím. **Výsledkom bol podfinancovaný a vysoko neefektívny systém ponúkajúci nízku kvalitu bez pridanej hodnoty zlepšovania zdravotného stavu populácie.** Centrálné plánovanie viedlo k nárastu korupcie, škodlivých motivácií a mohutným štrukturálnym nerovnováham.



**Tabuľka 1: Stredná dĺžka života a prírastok strednej dĺžky života za jeden rok v SR**

		1960	1990	2000
Stredná dĺžka života	muži	68,3	66,8	69,2
	ženy	72,8	75,5	77,2
Prírastok strednej dĺžky života za jeden rok	muži		- 0,05 roka	+ 0,24 roka
	ženy		+ 0,09 roka	+ 0,17 roka

Zdroj: Kalkulácie MZ SR na základe údajov ÚZIS, 2004

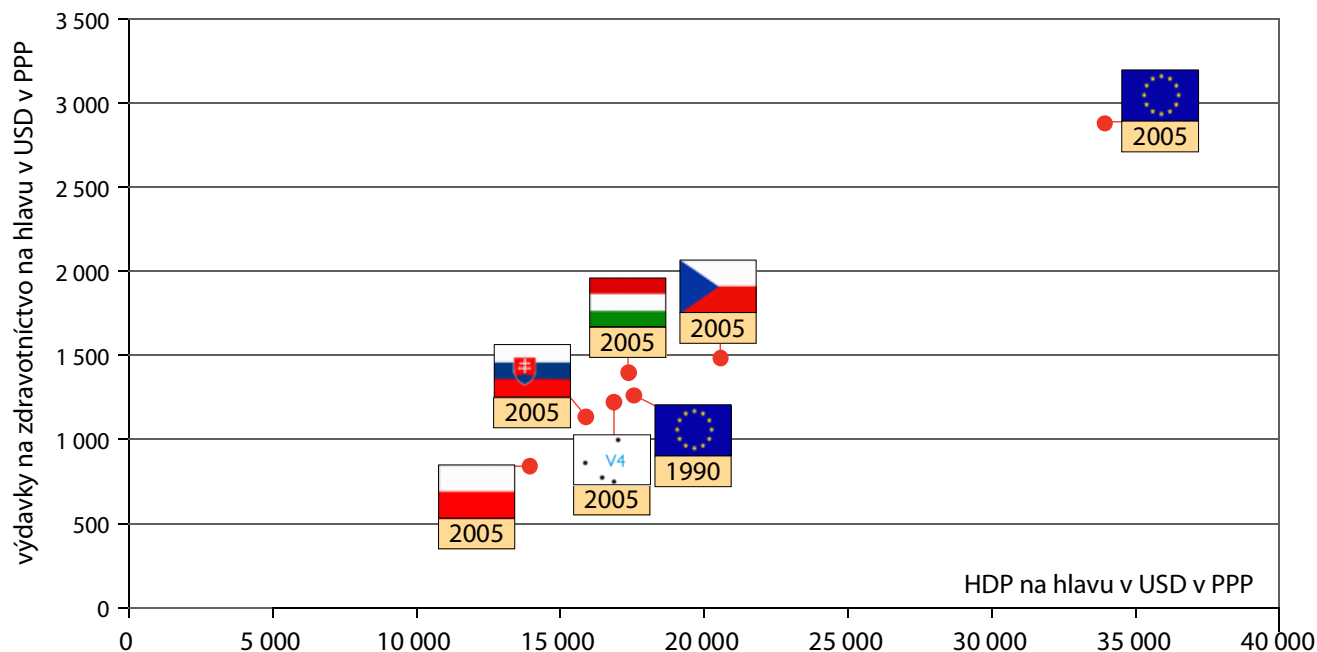
Semaškov model bol po druhej svetovej vojne exportovaný do krajín východného bloku a uvrhol ich do pasce naivnej bezplatnosti a individuálnej nezodpovednosti. **Cenou bola obmedzená ponuka moderných liekov, diagnostiky a liečby. Výsledkom bolo znížovanie strednej dĺžky života.** Na Slovensku sa priemerná dĺžka života mužov od roku 1960 do roku 1990 skrátila o 1,5 roka a u žien narástla len o 2,7 roka. K rýchlejšiemu predlžovaniu života došlo až v 90.-tych rokoch, avšak zaostávanie za vyspelými štátmi EÚ15 sa nám dodnes podarilo zmierniť len minimálne.

### NA SLOVENSKU BOLI POPLATKY ZAVEDENÉ AŽ V ROKU 2003 – 14 ROKOV PO PÁDE SOCIALIZMU

Pacienti bezplatnú zdravotnú starostlivosť nepovažujú za vzácnu, a to v nich generuje v nich tri druhy správania:

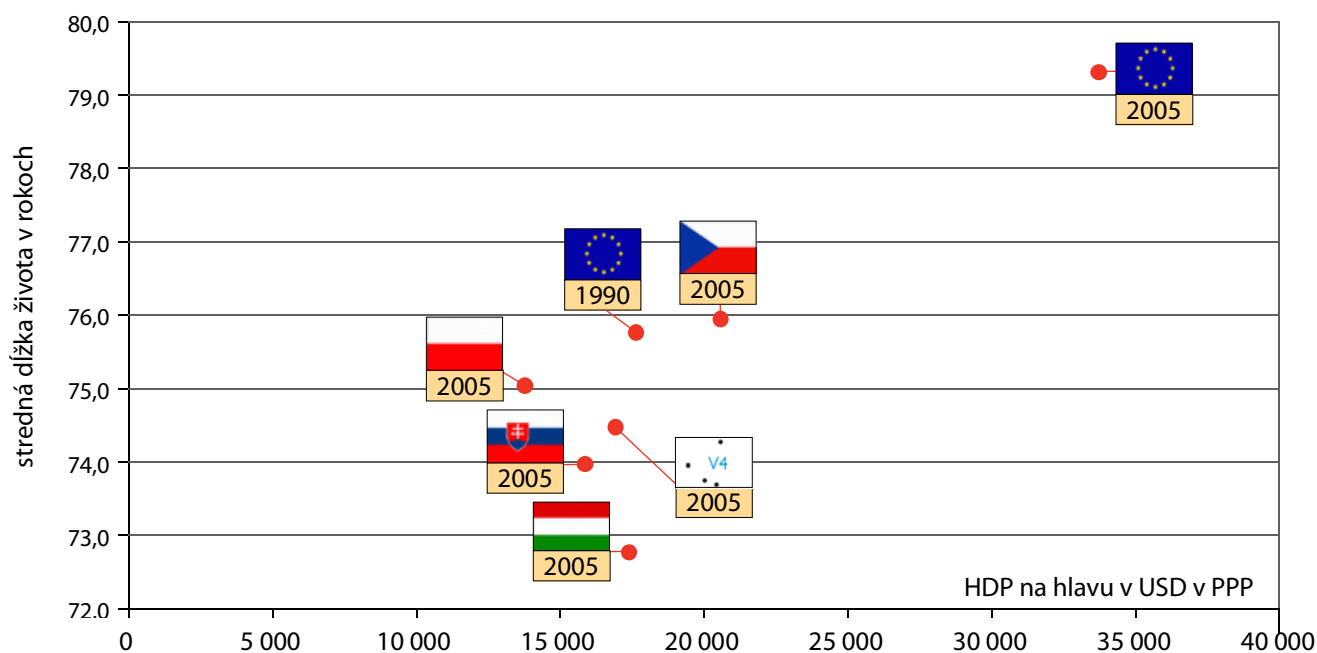
1. **Nezodpovednosť**, ktorá v spojení s absenciou funkcie individuálneho rizika **ústi do morálneho hazardu**, keď bez výčitiek svedomia vystavujú svoje telá rizikovým faktorom, akými sú fajčenie, alkohol, či zlá životospráva, pretože v konečnom dôsledku nie ten, kto sa takto správa znáša náklady na liečenie.

**Graf 1: Porovnanie HDP na hlavu a výdavkov na zdravotníctvo na hlavu, v USD v parite kúpnej sily**



Zdroj: OECD Health Data 2007

**Graf 2: Porovnanie HDP na hlavu (v USD v PPP) a strednej dĺžky života v rokoch**



Zdroj: OECD Health Data 2007

2. **Tendenciu k nadmernej konzumácii zdravotných statkov**, aj keď na to nie je reálna potreba.
3. **Potrebu vyjadriť svoju vďačnosť iným spôsobom**, napr. vo forme korupcie.

Spomedzi krajín V4 sa ako prvé poplatky za zdravotnú starostlivosť rozhodlo zaviesť Slovensko v roku 2003 s nasledovnými výsledkami:

1. **Počet návštev v primárnej sfére klesol o 10 %**. Podobný výsledok bol zaznamenaný aj u lekárskej služby prvej pomoci (pokles o 13 %). Len **minimálny pokles bol zaznamenaný pri lekároch špecialistoch (o 2 %) a v nemocniciach (taktiež o 2 %)**.
2. **Obava zo „zhoršenia“ dostupnosti zdravotných služieb sa nepotvrdila**. Podľa agentúry FOCUS v januári 2004 len 1,5 % respondentov uviedlo, že zavedenie poplatkov natolko ovplyvnilo ich správanie, že k lekárovi prestali chodiť úplne.
3. **Zníženie počtu návštev bolo významným faktorom poklesu predpísaných liekov**, pretože až 95 % návštev pacienta u lekára primárnej ambulantnej starostlivosti sa končí predpísaním lieku. Zavedenie poplatkov za recept u viac ako 20 % pacientov viedlo k požiadavke na predpísanie menšieho počtu receptov. Údaje zdravotných poisťovní potvrdili významné zníženie rastu dynamiky výdavkov na lieky. Kým do roku 2002 rástli výdavky na lieky dvojciferné, tak v roku 2003 len o 8 percent.
4. V decembri 2002 viac ako 32 % respondentov považovalo **korupciu v zdravotníctve** za najzávažnejší problém (v celkovom poradí sa umiestnila hneď na druhom mieste). Oproti tomu v januári 2004 ju za najzávažnejší problém označilo už iba 10 % respondentov, pričom v celkovom poradí klesla až na siedme miesto.

Žiaľ, Ficova vláda po svojom nástupe v roku 2006 poplatky de jure znížila na 0 Sk, čím ich de facto zrušila. V roku 2007 sa snažila nájsť iné riešenie obmedzenia nadbytočného dopytu a od 1. 1. 2008 zaviedla **odporúčacie lístky**. Tie však obmedzujú pacienta hneď dvakrát. Po prvé, **predlžuje sa čas efektívnej dostupnosti špecialistu**, lebo predtým si pacient musí ísť vypýtať odporúčací lístok. Pacienti tak dnes namiesto peniazmi (20 Sk), platia časom (čakanie v rade). Po druhé, odporúčacie lístky **znižujú spokojnosť pacientov** z hľadiska dôstojnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti pri citlivých špecializáciách (napr. psychiatria, dermatovenerológia).

### U MAĎAROV BOLI POPLATKY ZAVEDENÉ AŽ V ROKU 2007

Poplatky boli v Maďarsku zavedené presne pred rokom (15. 2. 2007) a výsledky po ich zavedení sú veľmi podobné tým, ktoré boli zaznamenané na Slovensku. Zníženie nadbytočného dopytu, zvýšenie úspor systému, zvýšenie príjmov poskytovateľov a pokles miery korupcie.

**Zníženie nadbytočného dopytu** je najmarkantnejšie **pri lekároch pre dospelých, kde došlo až k 25%-tnému poklesu (Tabuľka 3)**. U špecialistov došlo k poklesu o 19% (Graf 3) a počet hospitalizácií sa v priemere **znižil o 22 % (Graf 4)**. Na druhej strane, tam kde regulačné poplatky zavedené neboli (detskí lekári), sa žiadna zmena neudiala (-1 %).

Druhým významným efektom je **uvolnenie úspor systému**, ktoré boli doteraz viazané nadbytočným dopytom. Podľa kalkulácií maďarského ministerstva zdravotníctva dosiahne táto úspora 41,6 mld. forintov ročne (5,2 mld. Sk), pričom najväčšia časť úspor pripadá na akútnu lôžkovú starostlivosť 21,2 mld. forintov (2,6 mld. Sk) a na lieky 15,0 mld. forintov (1,9 mld. Sk).

**Tabuľka 2: Poplatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v krajinách V4**

	Slovensko	Maďarsko	Česká republika	Poľsko
Návšteva za lekára (za návštevu)	20 SKK (znižený na 0 SKK od 1. 9. 2006)	300 HUF (cca 40 SKK)	30 CZK (cca 40 SKK)	Poľsko zatiaľ neuvažuje o zavedení poplatkov
Poplatok v lekárni (za recept/položku na recepte)	20 SKK (znižený na 5 SKK od 1. 10. 2006)		30 CZK (cca 40 SKK)	
Poplatok za hospitalizáciu (za 1 deň v nemocnici)	50 SKK (znižený na 0 SKK od 1. 9. 2006)	300 HUF (cca 40 SKK)	60 CZK (cca 80 SKK)	
Pohotovosť (za návštevu)	60 SKK	1000 HUF (cca 125 SKK)	90 CZK (cca 120 SKK)	
Dátum zavedenia	1. 6. 2003	15. 2. 2007	1. 1. 2008	

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**Tabuľka 3: Počet návštev v ambulancii všeobecného lekára v Maďarsku (mesačný priemer)**

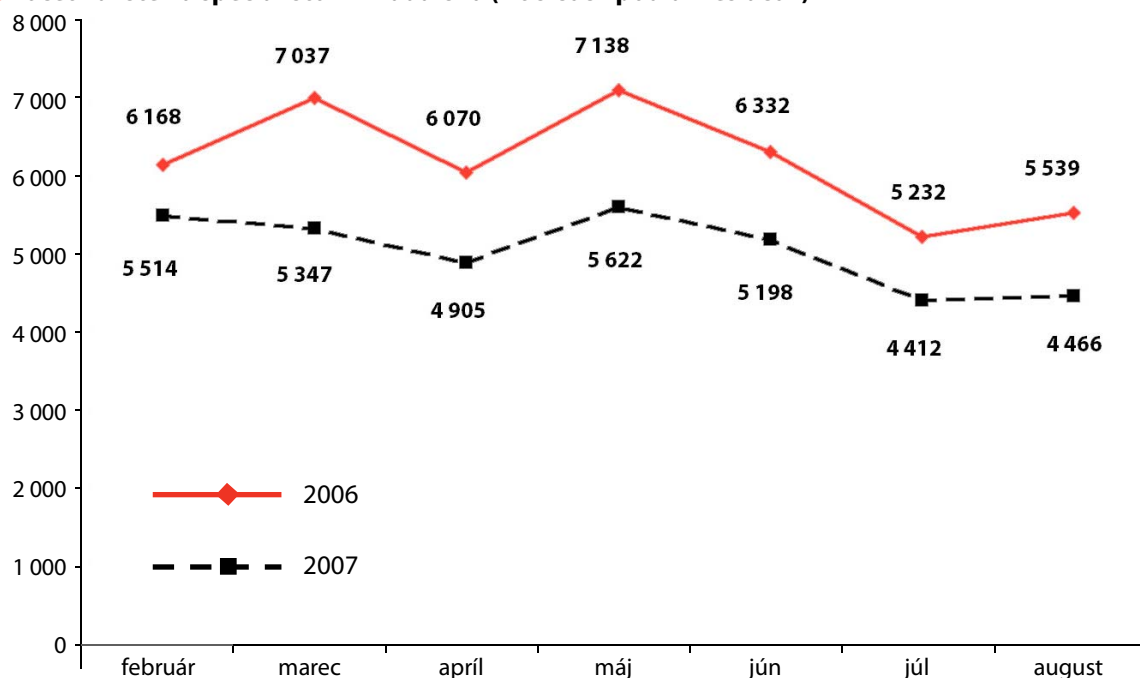
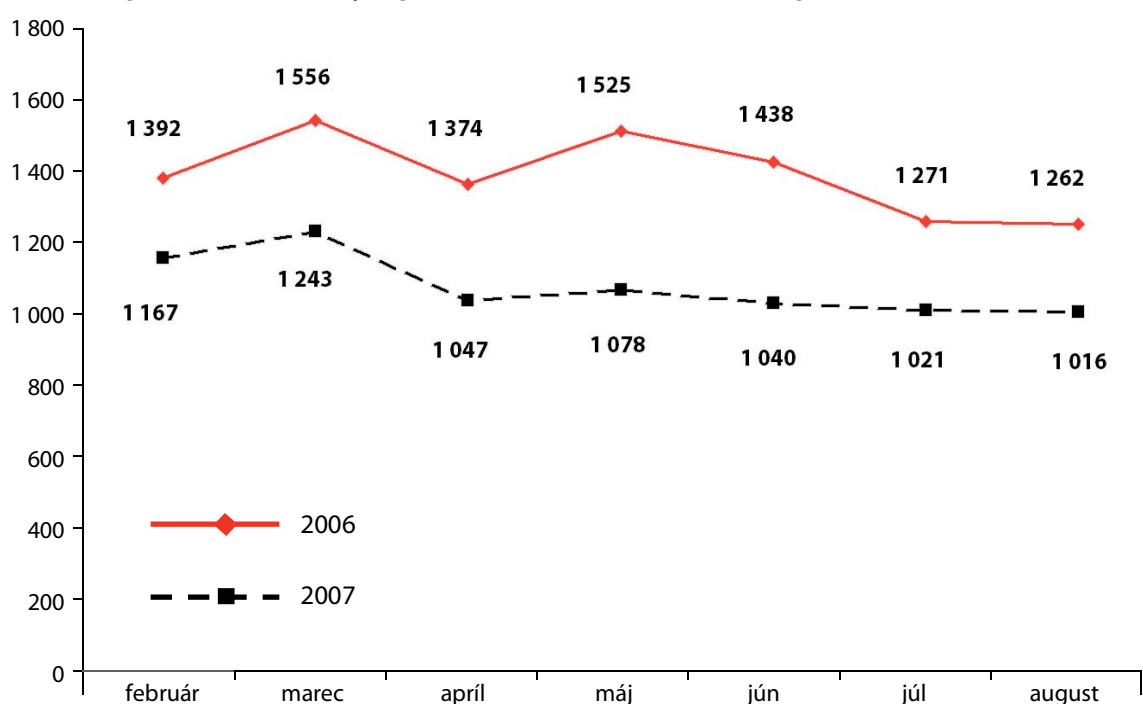
	2006	2007	Rozdiel
Lekár pre dospelých	939	698	-25 %
Lekár aj pre dospelých aj pre deti	950	773	-19 %
Lekár pre deti (nie je poplatok)	573	563	-1 %

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky, 2008

**Tabuľka 4: Úspory vyvolané znížením nadbytočných výkonov v Maďarsku v mld. forintov**

Typ zdravotnej starostlivosti	Úspora	
Ambulantná starostlivosť	3,0 mld. HUF	370 mil. SKK
Akútna lôžková starostlivosť	21,2 mld. HUF	2 650 mil. SKK
Chronická zdravotná starostlivosť	1,1 mld. HUF	140 mil. SKK
Lieky	15,0 mld. HUF	1 880 mil. SKK
Zdravotnícke pomôcky	0,5 mld. HUF	60 mil. SKK
Doprava	0,8 mld. HUF	100 mil. SKK
<b>Spolu</b>	<b>41,6 mld. HUF</b>	<b>5 200 mil. SKK</b>

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky, 2008

**Graf 3: Počet návštev u špecialistov v Maďarsku (v tisícoch podľa mesiacov)****Graf 4: Počet hospitalizácií na akútnych posteliach v Maďarsku (v tisícoch podľa mesiacov)**

Zdroj k obom grafom: Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky, 2008

**Tabuľka 5: Príjmy poskytovateľov zo zavedenia poplatkov v Maďarsku**

Typ zdravotnej starostlivosti	Prijaté poplatky za návštevu a za hospitalizáciu, 15. 2. 2007 až 31. 10. 2007	
Všeobecní lekári	6,9 mld. HUF	860 mil. SKK
Špecialisti	4,5 mld. HUF	560 mil. SKK
Lôžková starostlivosť (akútne posteľe)	1,4 mld. HUF	175 mil. SKK
Zubári	0,9 mld. HUF	110 mil. SKK
Iné	1,5 mld. HUF	185 mil. SKK
<b>Spolu</b>	<b>15,2 mld. HUF</b>	<b>1 900 mil. SKK</b>

Poznámka: V prepočte na kalendárny rok to bude 21 mld. HUF  
Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Maďarskej republiky, 2008

Tretím, nezanedbateľným efektom, je **rast príjmov maďarských poskytovateľov**, ktorí si polepšia o približne 21 mld. forintov (2,6 mld. Sk) ročne (Tabuľka 5), pričom príjmy z kapitácie im zostávajú nezmenené. Podľa Petra Mihályiho sa tak pre 5 300 ambulantných praktikov zvýšili príjmy v priemere o 180 000 forintov mesačne (22 500 Sk), čo pre nich znamená nárast o 20 až 50 % oproti predchádzajúcej úrovni príjmov. Podľa neho sa tým zároveň vytvorili podmienky pre presun lekárov z nemocníc do ambulantnej sféry, čo je dôležité a zároveň vítané z hľadiska budúceho zníženia váhy výdavkov na lôžkovú starostlivosť a jej presunu na ambulantnú sféru.

#### **V ČESKU POPLATKY FUNGUJÚ LEN DVA MESIACE – OD 1. 1. 2008**

Dostupné sú tak len predbežné výsledky. Podľa českého ministerstva zdravotníctva regulačné poplatky fungujú a spĺňajú svoj primárny účel – **návštevy na pohotovosti klesli v januári 2008 oproti rovnakému obdobiu roka 2007 o 44 %, návštevy u ambulantných špecialistov až o 24 % a počet hospitalizácií klesol o 14 %**. Podľa predbežných údajov výrazne poklesli návštevy v lekárňach – **počet receptov klesol o 45 %**, to však môže byť aj dôsledkom predzásobenia sa obyvateľstva liekmi v decembri 2007.

Podľa ministerstva už po dvoch mesiacoch fungovania ročného ochranného limitu (5 000 Kč) ho na poplatkoch a doplatkoch za lieky prekročili prví dvaja poistenci. Limit takto ochránil prvých chronicky chorých pacientov pred nadmernou finančnou záťažou za lieky a poplatky.

**Zdravotnícke zariadenia, lekári a lekárnici na poplatkoch v januári vybrali celkovo 385 mil. Kč.** Najviac na poplatkoch zaplatili ekonomicky aktívni ľudia (viac ako 200 mil. Kč). Podľa českého ministerstva zdravotníctva tak každý, kto v priebehu januára navštívil lekára a vybral si v lekárni lieky, uhradil v priemere poplatky vo výške 90 Kč.

#### **Rámček 1: Mäkké rozpočtové obmedzenia**

Pojem mäkké rozpočtové obmedzenia prvýkrát použil János Kornai v sedemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia. Syndróm mäkkých rozpočtových obmedzení pre určitú organizáciu vzniká vtedy, ak v danom prostredí existuje podporná inštitúcia (napr. štát), ktorá je pripravená finančne kryť celý deficit danej organizácie. Môže sa jednať o priamu „podporu“, „pomoc“, či „vyrovnanie“. Za určitú nepriamu formu mäkkých rozpočtových obmedzení môžeme považovať aj iné výhody, ktoré štát zdravotným poisťovniam alebo nemocniciam garantoval vo forme „zmäkčovania“ prostredia, v ktorom sa pohybujú – napr. zákaz exekúcií nemocníc.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006, na základe článku Kornai, J., Maskin E., Roland G.: Understanding the Soft Budget Constraint, 2002, <http://post.economics.harvard.edu/faculty/kornai/papers/understanding.pdf>

#### **ZVÝŠENIE EFEKTÍVNOTI NÁKUPU**

Zvyšovanie vzácnosti zdravotných služieb u občanov prostredníctvom poplatkov nemôže byť izolované od zvyšovania vzácnosti zdrojov v zdravotných poisťovniach. Skúsenosť všetkých štyroch krajín s mäkkými rozpočtovými obmedzeniami (Rámček 1) je bolestivá. Dlhý zdravotného systému ku koncu roka 2002 dosahovali na Slovensku 26,6 mld. Sk. Česká republika musela v posledných rokoch do systému naliat takmer 10 mld. Kč (13,1 mld. Sk) z ČKA a v roku 2006 výrazne zvýšila príspevok štátu do systému o 9 mld. Kč (11,8 mld. Sk), aby vyrovnala dlhy. Maďarský monopolný nákupca OEP od roku 2002 vytváral deficit vyše 300 mld. forintov ročne (38,2 mld. Sk) a k jeho stabilizácii došlo až potom, ako vláda každoročne deficit vyrovnávala. Dlh poľských nemocníc v marci 2005 napriek štátnej pomoci dosiahol výšku 6 miliárd zlotých (55,8 mld. Sk).

#### **SLOVENSKO: ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE AKO AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI**

Slovensko sa ako prvé vydalo cestou výrazného prítvrdenia rozpočtových obmedzení s cieľom zabrániť plytvaniu vzácných zdrojov. Zdravotné poisťovne sa v roku 2005 pretransformovali na akciové spoločnosti s možnosťou dosahovať zisk. Zároveň prestali produkovať dlhy. Podobne aj nemocnice, ktoré sa pretransformovali na akciové spoločnosti. Dôležitým momentom pri transformácii bola spoločnosť Veriteľ, ktorá na seba prebrala pohľadávky veriteľov voči nemocniciam a zdravotným poisťovniam. Jej fungovanie bolo mimoriadne efektívne, keď za 20 mld. Sk oddĺžila dlh v objeme 33 mld. Sk. Jediný, kto dnes v systéme vytvára dlhy sú štátne netransformované nemocnice. Dlh štátnych nemocníc k 31. 12. 2007 dosiahol približne 7 mld. Sk.

**Tvrde rozpočtové obmedzenia a motivácia dosahovať zisk viedla zdravotné poisťovne k zmene nákup-**

**ného správania.** Poistovne vytvárajú rebríčky poskytovateľov, začínajú sa prejavovať prvé náznaky na selektívny kontrakt, vznikajú nové produkty pre poistencov. Súkromné poistovne za posledné tri roky zvýšili svoj trhovú podiel z 20 na 33 %.

A to všetko sa deje v makroprostredí, ktoré vonkoncom nie je naklonené súkromným poistovním a trhovej konkurencii. Nová vláda nepochopila koncept reformy zdravotníctva, ktorá je založená na rozumnej regulácii trhových síl a z nedostatku know-how a ľudských kapacít sa snaží kontrolovať, centralizovať a manažovať systém sériou nezmyselných opatrení (napr. príkaz reinvestovať zisk), ktoré sú zjavne protiústavné a poškodzujú zahraničných investorov.




**Každopádne, myšlienka prenechať celý nákup zdravotnej starostlivosti tomu, kto má o nej najviac informácií a má motiváciu kontrolovať náklady pri úlohe vlády ako rozumného regulátora (kvalita a dostupnosť) nezostala len na Slovensku, ale šíri sa do všetkých krajín V4.** Navyše, okrem posunu k tvrdým rozpočtovým obmedzeniam sa krajiny V4 snažia trh zdravotného poistenia decentralizovať a prejsť na systém viacerých poistovní. Maďarsko v roku 2008 a Poľsko v roku 2010.

### MAĎARSKO: VLASTNÍCKA SCHIZOFRÉNIA A FÓBIA ZO ZISKU

Maďarská reforma je hybrid, ktorý vykazuje výrazne viac experimentálnych charakteristík, než sa pripisovalo slovenskej reforme zdravotného poistenia. Je to do veľkej miery dané politickou situáciou, keď vo vláde sedia socialisti s liberálmi. Reformu poistného systému podľa slovenského, resp. holandského vzoru začal ešte Lajos Molnár, ktorý po vzájomnom konflikte s Gyurcsányom v marci 2007 odstúpil a nahradila ho ministerka Ágnes Horváth. Tým sa skončila nádej na štandardný model zdravotného poistenia.

Model navrhnutý maďarskou vládou síce spĺňa základné podmienky zavedenia pluralitného modelu (**Rámček 2**), avšak v návrhu sa nachádzajú niektoré kontroverzné opatrenia, ktoré budú výrazne komplikovať (ak nie priamo znemožňovať) fungovanie pluralitného modelu. Je to **návrh, aby v každej zdravotnej poisťovni mal štát majoritný podiel a návrh na obmedzené použitie zisku.**

**Schéma 1: Posuny v krajinách V4**

	Model jednej zdravotnej poisťovne	Pluralitný model zdravotného poistenia
Mäkké rozpočtové obmedzenia		
Tvrde rozpočtové obmedzenia		

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

### Rámček 2: Základné podmienky zavedenia pluralitného modelu

- Poistenec má garantovaný slobodný výber poisťovne
- Zdravotná poisťovňa nemôže odmietnuť poistenca
- Na vyrovnávanie rozdielov v kmeni bude zavedený systém kompenzácie rizík
- Zdravotné poisťovne môžu medzi sebou súťažiť službami a produktmi

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Štát plánuje založiť 22 akciových spoločností, do ktorých chce prilákať investorov, ktorí budú v medzinárodnom tendri súťažiť o právo na získanie poistencov niektorých z 22 žúp. Zároveň budú môcť poisťovne „lovit“ aj v tých župách, na ktoré si nekúpili právo. Štát si v tendri sľubuje výnos 12 000 forintov za občana (1 500 Sk/občana, spolu 120 mld. forintov, 15 mld. Sk), ktoré mieni použiť na modernizáciu zdravotníctva. Investori sú však zatiaľ veľmi opatrní. Majorita štátu a obmedzenie zisku nie sú práve najlepšie motivačné faktory pre vstup na trh.

### 1. VLASTNÍCKA SCHIZOFRÉNIA

Majoritný vlastnícky podiel štátu v každej poisťovni je výsmechom pravidiel corporate governance. Poisťovne sa budú snažiť vytvoriť vlastnú víziu a stratégiu. Každá sa bude orientovať na svoje cieľové skupiny. Môžu mať rôzne preferencie čo sa týka veľkosti, ziskovosti či regionálneho pôsobenia.

Štát ako majoritný akcionár však bude mať prístup do každej jednej poisťovne a ako majoritný akcionár môže zásadne ovplyvňovať dianie v poisťovni. Ako bude zástupca štátu hlasovať na valnom zhromaždení zdravotnej poisťovne? Proti stratégii inej zdravotnej poisťovne alebo sa bude tváriť, že nepozná stratégiu konkurenta? Je to ako hrať šach sám so sebou. Najprv bude hrať za bielych, a potom si sadne na opačnú stranu a potiahne za čiernych? A ako bude chcieť štát zabrániť korupcii pri vykonávaní akcionárskych práv samotnými nominantami štátu?

Ešte paradoxnejšia situácia vznikne, keď niektorá zdravotná poisťovňa bude čeliť riziku bankrotu. Bude ju štát zachraňovať navýšením základného imania? Navýši zároveň svoje imanie aj v iných poisťovniach, aby sa vyhol podozreniu z neoprávnenej štátnej pomoci a diskriminácie ostatných účastníkov trhu?

A do tretice, ako sa na celú vec bude pozerat Protimonopolný úrad? Môže hospodárska súťaž fungovať, ak jeden vlastník (v tomto prípade štát) vlastní zo zákona majoritné podiely vo všetkých subjektoch trhu? Nebude potom dlho očakávaná demonopolizácia zdravotného poistenia v Maďarsku v podstate iba čiastočnou dekoncentráciou moci s navonok atraktívnymi, avšak reálne nefungujúcimi súkromnými poisťovňami?

János Kornai vo svojom článku pre Népszabadság zhrnul túto časť maďarskej reformy do nasledovného príbehu: v jednom hoteli podávajú čašníci na raňajky dlhé roky striedavo kávu a čaj. Jedného dňa sa však nevedia rozhodnúť, či kávu, alebo čaj a tak jeden z nich príde na myšlienku aby do pohárov nalievali spoločne čaj a spoločne kávu... Ako taký mix bude chutiť?

## 2. FÓBIA ZO ZISKU

Fóbia zo zisku zdravotných poisťovní je celoeurópsky úkaz a zatiaľ sa ho podarilo prelomiť jedine v Holandsku, Rusku, Švajčiarsku, Slovensku (zatiaľ), a čiastočne v Nemecku. Potenciálne sa o zavedení ziskovo orientovaných zdravotných poisťovní uvažuje v Maďarsku a v Česku.

**Zisk v zdravotnom poistení v podmienkach tvrdých rozpočtových obmedzení je odmenou poisťovne za znášanie časového rizika** (poisťovňa nevie, kedy bude mať poistenec poistnú udalosť) **a nákladového rizika** (poisťovňa nevie, akú výšku budú mať náklady spojené s plnením voči poistencovi), **ktorým poisťovňa chráni poistenca pred vznikom tzv. katastrofických nákladov.**

**Maďarský vládny návrh sa však už vopred opiera o reguláciu zisku** (maximálne 1 % z príjmov z prerozdelenia). Takéto ponímanie je však od základu chybné. Vláda by sa nemala orientovať na výšku, prípadne obmedzenie použitia zisku – to je plne v kompetencii vlastníka zdravotnej poisťovne. **Čo maďarská vláda urobiť môže, je regulovanie dosahovania zisku.**

Pri fixnej sadzbe poistného pre každého a definovanej kompenzácií rizika je to možné **jedine dôsledným dohľadom nad kontraktingom a nákladovými položkami s cieľom predchádzať podliečovaniu pacientov a presným definovaním pravidiel tvorby rezerv s cieľom zamedziť kumulovaniu zisku na úkor tvorby čakacích zoznamov.**

Mechanizmus regulácie dosahovania zisku musí zohľadňovať schopnosť zdravotnej poisťovne znášať časové a nákladové riziko jej poistného kmeňa a kladie nároky na regulátora, aby dôsledne kontroloval tvorbu a rozpúšťanie povinných rezerv.

Úloha štátu v modernej zdravotnej politike by sa mala koncentrovať na efektívnu a rozumnú reguláciu systému a nie na jeho dennodennú prevádzku. Výrazne sa tak zníži miera politického vplyvu, neefektívnej alokácie zdrojov a korupcie.

Ak má Maďarsko ambíciu vybudovať moderný pluralitný systém zdravotného poistenia a dať v ňom šancu súkromným poisťovňam, malo by tak urobiť **po vzore Holandska, kde na trhu súperí viac ako 30 poisťovní, pričom ani v jednej z nich štát nemá ani jednu akciu. Má však 5 regulačných orgánov, ktoré dozerajú na férovosť súťaže v zdravotnom poistení.**

## ČESKO: ZATIAĽ V LEGISLATÍVNOM PROCESE

Ministrovi Tomášovi Julínkovi prešlo 27. februára 2008 legislatívnu radou všetkých 7 reformných zákonov. Najviac sa diskutovalo o transformácii zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti a presune súčasných fakultných nemocníc pod univerzity. Proti akciovkám nie je len opozícia, ale aj koalíčná KDU-ČSL, ktorá vyhlásila, že chce zaistiť neziskový charakter poisťovní. Otázka dosahovania zisku je tak podobne ako v SR a v Maďarsku jednou z kľúčových otázok reformy.

Reforma poistného systému v ČR však prevodom na akciovky nekončí. Jej **kľúčovou súčasťou má byť možnosť vybrať si zdravotný plán podľa osobných preferencií poistenca.** Podľa vecného zámeru zákona o zdravotných poisťovniach budú môcť poisťovne prevádzkovať nasledovné typy zdravotných plánov:

- **Štandardný zdravotný plán** so štandardným (zákonom definovaným) rozsahom a prístupom k zdravotnej starostlivosti.
- **Zdravotný plán riadenej zdravotnej starostlivosti** s riadeným resp. usmerňovaným prístupom k zdravotnej starostlivosti (garantujúci zákonom stanovený rozsah a dostupnosť ZS, umožňujúci zdravotnej poisťovni usmerňovať plánovanú ZS).
- **Zdravotný plán s vysokou spoluúčasťou**, ktorým sa rozumie plán s minimálnym rozsahom úhrady zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia (plán garantujúci ZS a jej dostupnosť len v minimálnom rozsahu).

## POLSKO: LEN PLÁNY

Podľa pripravovaných návrhov novej ministerky Ewy Kopacz **je v pláne rozdelenie NFZ** (monopol zdravotného poistenia) **na niekoľko autonómnych zdravotných poisťovní**, ktoré budú fungovať na princípe konkurencie s jasne definovaným rozsahom práv a povinností, pričom časom sa má utvoriť priestor aj pre iné súkromné poisťovne fungujúce podľa rovnakých práv na rovnakom princípe.

**Občania budú mať slobodnú voľbu pri výbere poisťovne. Má sa pripraviť minimálny rozsah zdravotných výkonov pokrytých zdravotným poistením. Novovytvorený kontrolný systém bude dohliadať na zabezpečenie a dostupnosť týchto zdravotných výkonov garantovaných poisťovňou.**

Tabuľka 6: Regulátori trhu v krajinách V4

	Slovensko	Maďarsko	Česká republika	Poľsko
<b>Regulátor</b>	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Úrad pre dohľad nad zdravotným poistením	Úrad pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami	Úrad pre dohľad nad zdravotným poistením
<b>Predseda</b>	Richard Demovič	Zsombor Kovácsy		
<b>Kontakt</b>	<a href="http://www.udzs.sk">www.udzs.sk</a>	<a href="http://www.ebf.hu">www.ebf.hu</a>		
<b>Rok začiatku fungovania</b>	2005	2007	2009	2010 - 2012

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Reforma počíta s vytvorením doplnkového pripoistenia, ktoré bude pokrývať nadštandardné výkony a výkony nepreplácané zo všeobecného zdravotného poistenia. Zadĺženie nemocníc bude povinne splácané ich vlastníkom. Projekt rozdelenia NFZ by mal byť známy v štvrtom kvartáli 2008 a do platnosti by mal vstúpiť 1. 1. 2010. O dva roky neskôr by sa mal otvoriť trh pre súkromné zdravotné poisťovne.

### NEZÁVISLÍ REGULÁTORI

Posun štátu v zdravotnej politike z pozície poisťovateľa a poskytovateľa do pozície tvorca pravidiel hry si vynútili vznik nových nezávislých regulačných úradov. Okrem dôležitej funkcie oddelenia tvorby pravidiel hry a vymáhania ich dodržiavania sú úrady dôležité aj z hľadiska transparentnosti a objektívnosti.

Z hľadiska funkcie je zatiaľ najkomplexnejší slovenský ÚDZS, ktorý má takmer 500 zamestnancov a vykonáva dohľad nielen nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ale aj nad zdravotným poistením. Jeho maďarský náprotivok EBF začal výrazne s menším rozsahom úloh (má zodpovednosť len za dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) aj s menším počtom zamestnancov, avšak svojimi aktivitami je tomu slovenskému zdatným partnerom. EBF napr. zverejňuje rebríčky nemocníc v dosahovaní rôznych indikátorov výkonnosti, pričom na svojej webovej stránke zverejnil celý harmonogram pridávania ukazovateľov až do roku 2009. Zároveň od tohto roka mu pribudne celá agenda dohľadu nad zdravotným poistením.

**Citlivou otázkou pri regulátoroch je ich finančná a politická nezávislosť.** Ukazuje sa, že dobrým riešením je financovať regulátora zo zdrojov dohliadaných subjektov a nie zo štátneho rozpočtu. Najväčšiu ranu nezávislosti úradu ušetrila slovenskému ÚDZS Ficova vláda, ktorá predsedu úradu vystavila rozmarom ministra. Takáto pozícia predsedu ÚDZS nie je dôstojná a nezodpovedá atribútu nezávislosti úradu. V Maďarsku, kde je predseda odvolateľný ministrom je pozícia šéfa úradu podobná.

Poľská ministerka Ewa Kopacz avizovala, že bude vytvorený úrad pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami, ktorého úlohou bude dozeráť na dodržiavanie pravidiel fungovania verejného zdravotného poistenia a v budúcnosti aj súkromného zdravotného poistenia.

### PODIEL DANÍ NA FINANCOVANÍ VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA STÚPA

Všetky štyri krajiny majú systém zdravotného poistenia financovaný z odvodov pracujúcej populácie, ktoré sú doplnené zdrojmi štátu za nepracujúcu populáciu. Pred

zavedením tvrdých rozpočtových obmedzení za prípadný deficit zdravotných poisťovní zodpovedal štát.

**Trend zvyšovanie podielu daní na celkových zdrojoch je zrejmy.** Kým v roku 2000 tvorili zdroje zo štátneho rozpočtu na Slovensku len 24 % zdrojov, tak v roku 2008 to je už 31 %. Podobne v Maďarsku, kým do roku 2002 podiel daní neprekročil 20 %, tak od roku 2003 sa ich podiel pohybuje na úrovni 30 %. Najvyrovnanějšíja je situácia v Česku, kde je podiel daní takmer konštantný s miernym zvýšením v roku 2006 na 23 % z dôvodu už spomínaného navýšenia platby za poistencov štátu z titulu oddĺženia.

Okrem mierneho zvyšovania podielu štátu na financovaní je dôležité aj **zvýšenie predvídateľnosti objemu zdrojov.** Dôvodom je napojenie platby štátu na parameter reálnej ekonomiky. Na Slovensku je platba štátu za svojich poistencov naviazaná na priemernú mzdu, v Česku zase ako 25 % z všeobecného vymeriavacieho základu stanoveného nariadením vlády pre účely dôchodkového poistenia. Jedine Maďarsko zatiaľ ponecháva tzv. zbytkové financovanie a predvídateľnosť zdrojov je relatívne nízka.

### NEPOPULÁRNE POPLATKY

Ukazuje sa, že slovenská reforma zdravotníctva v rokoch 2002 – 2006 pod vedením Rudolfa Zajaca je výnimočne silnou inšpiráciou pre okolité krajiny v reformnom kurze. Rozhodli sa implementovať nástroje vedúce k vyššej zodpovednosti pacientov (poplatky), vyššej zodpovednosti zdravotných poisťovní za nákup zdravotnej starostlivosti (tvrdé rozpočtové obmedzenia) a vyššej zodpovednosti poskytovateľov (úrady pre dohľad).

Maďarsko a Česko po vzore Slovenska zaviedli poplatky za zdravotnú starostlivosť, aby viedli svojich občanov k vyššej zodpovednosti za svoje zdravie a využívanie zdravotných služieb. Vo všetkých troch krajinách sú však tieto kroky nepopulárne, čo využívajú populistí na zvyšovanie svojich preferencií. Na Slovensku poplatky po troch rokoch fungovania vláda Roberta Fica hneď po nástupe k moci zrušila. V Maďarsku sa 9. 3. 2008 (iba rok po ich zavedení) konalo úspešné referendum za ich zrušenie iniciované opozičnou stranou FIDESZ. Maďarská vláda prisľúbila ich zrušenie od 1. 4. 2008. Podľa liberálov z SZDSZ, ktorí poplatky zaviedli, ľudia uverili tomu, že je možné zaradiť reformám spiatocku a že existuje „obed zdarma“. V Česku zase opozičná strana ČSSD poplatky kritizuje a sľubuje ich zrušenie s cieľom budovať „bezplatné zdravotníctvo“. Ale veď také sme tu už mali od súdruha Semaška...

PETER PAŽITNÝ

**Tabuľka 7: Podiel daní (platba štátu) na financovaní zdravotníctva**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SK	0 %	7 %	26 %	28 %	26 %	25 %	25 %	24 %	26 %	28 %	27 %	28 %	29 %	29 %	31 %	31 %
HU	14 %	20 %	18 %	22 %	13 %	12 %	12 %	17 %	15 %	20 %	30 %	28 %	28 %	29 %	24 %	24 %
CZ	29 %	21 %	18 %	19 %	20 %	22 %	25 %	23 %	23 %	23 %	23 %	21 %	20 %	23 %	23 %	22 %

Zdroj: Kalkulácie Health Policy Institute na základe nasledovných údajov:

1. údaje za Slovensko – Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo financií SR
2. údaje za Maďarsko – ESKI a konzultácie s Petrom Gaálom z EMK SOTE
3. údaje za Českú republiku – Ministerstvo zdravotníctva ČR a Ministerstvo financií ČR



## Konferencia Health Policy Institute o stratégii financovania zdravotníctva do roku 2025

„Alternatívy financovania  
zdravotníctva v dlhodobom  
horizonte“

Karol Morvaj  
Ludovít Ódor  
Zdenko Krajčír  
Lucie Bryndová  
Péter Mihályi

„Zodpovednosť politikov  
za fiškálnu udržateľnosť  
financovania zdravotníctva“

Martin Barto  
František Palko  
Pavel Hroboň  
Gyula Kincses

**Zdravie je luxus.**

Vieme ako ho financovať?

10. apríl 2008, Bratislava

Registrácie na: [www.konferencie.hpi.sk](http://www.konferencie.hpi.sk) ■ e-mail: [frisova@hpi.sk](mailto:frisova@hpi.sk) ■ tel.: +421 2 5464 3051



Mediálni partneri konferencie:



.týždeň

# Intelligentné preklady s tradíciou

- « **Preklady a lokalizácia**  
» prekladáme presne, bez chýb a s nadšením
- « **DTP služby**  
» preložený materiál bude vyzerať tak ako má
- « **Tlač**  
» dostanete od nás hotový „výrobok“
- « **Jazykové mutácie a redizajn webstránok**  
» Vaše webstránky „oblečíme“ do krásnych šiat  
a naučíme ich hovoriť cudzími jazykmi
- « **B2B**  
» služby pre prekladateľské agentúry

Cronica, s. r. o. (Ltd.)  
Haanova 12, 851 04 Bratislava 5  
tel. +421-2-6224-2096, +421-907-442-837  
office@cronica.sk, www.cronica.sk



**translation and localization services**

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako \*.pdf súbor) si môžete v anglickej i slovenskej mutácii bezplatne objednať na e-mailovej adrese [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk), kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

**Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na [www.hpi.sk](http://www.hpi.sk).**

**Into Balance 3/2008**

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná