

OBSAH

- Lavica a poplatky v zdravotníctve
- Predvídaná nepredvídateľnosť
- Co čeká české zdravotníctví po volbách?
- Kolko lekárov Slovensko potrebuje?
- Moderný koncept minimálnej siete



Fotografia na tejto strane pochádza zo servera www.rock-on-rock-on.com. Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance

mesačný newsletter o zdravotnej politike

HPI - Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 17
811 02 Bratislava
Slovak Republic

Phone: +421 2 54 643 051
E-mail: hpi@hpi.sk

Lavica a poplatky v zdravotníctve

Standard & Poor's predpovedá, že deficit maďarského štátneho rozpočtu dosiahne tento rok 11 % z HDP (maastrichtské kritériá na prijatie eura vyžadujú deficit pod 3 % HDP). Verejné financie sú po rokoch plytvania a odkladania reforiem v dezolátnom stave. Kabinet socialistickeho premiéra Gyurcsányho je postavený do nezávideniahodnej situácie: nastáva čas splatiť účet za život na dlh, pod ktorý sa lavica sama v posledných rokoch podpísala. Medzi záchranné kroky maďarskej vlády patrí aj zavedenie poplatkov v zdravotníctve. Netají sa pritom, že inšpiráciu vidí na Slovensku, kde sa však – taktiež lavicovým premiérom vedená vláda – netají zámerom tieto poplatky naopak zrušiť.

U praktického lekára by mal maďarský pacient zaplatiť 300 forintov (cca 40 Sk) za návštevu, u špecialistu 500 forintov (cca 66 Sk) a za každý deň strávený v nemocnici taktiež 500 forintov.

Dopady zavedenia poplatkov možno odhadnúť (podľa dát Health at Glance – OECD indicators 2005) nasledovne:

Pri priemernom ročnom počte návštev u lekára 12,2 per capita a takmer desiatich miliónoch obyvateľov (9,98 milióna odhad k júlu 2006) vychádza celkový počet kontaktov 122 miliónov. Keďže počet návštev nie je v dátach OECD štrukturovaný na všeobecnú a špecializovanú starostlivosť, pri odhade výnosu z poplatkov v ambulancijnej sfére sme použili model rovnakého počtu návštev vo VAS i ŠAS. Výsledok je 48,8 miliardy forintov.

Počet hospitalizácií (253 na 1000 obyvateľov) pri priemernej dĺžke hospitalizácie 6,9 dňa znamená celkovo 17,4 milióna hospitalizačných dní a odhadovaný výnos z poplatkov 8,5 miliardy forintov.

Maximálny možný výnos zo spoluúčasti poistencov sa dá tak odhadnúť na 57 miliárd forintov (ceteris paribus). V skutočnosti bude výnos nižší, pretože:

- výška poplatkov je zatiaľ len v štádiu návrhov a „pokusných balónikov“ a zrejme sa už nebude upravovať smerom nahor, skôr naopak,
- platby za služby budú mať legislatívne zakotvené výnimky podobné slovenskému modelu, ktoré oslobodia niektoré skupiny obyvateľov od tejto povinnosti
- poplatky slúžia ako regulátor spotreby, dá sa podľa slovenských skúseností predpokladať pokles návštev u praktických lekárov a skrátenie priemernej doby hospitalizácie.

AKÉ DOPADY BUDE MAŤ ZRUŠENIE POPLATKOV NA SLOVENSKU?

Jedným z hlavných programových cieľov novej vlády v zdravotníctve má byť podľa viacerých vyhlásení politikov zrušenie poplatkov v zdravotníctve, ktoré boli zavedené ako stabilizačné opatrenia v rámci reformy zdravotníctva v roku 2003. Ide o 20 Sk za návštevu ambulancie, 50 Sk za lôžkoden v nemocnici. Zos-

tať majú poplatky za pohotovosť (60 Sk), za pobyt v kúpeľoch (150 – 220 Sk za lôžkoden), za dopravu (2 Sk/km) a za recept (5 Sk namiesto doterajších 20 Sk).

Samotné zrušenie resp. zníženie platieb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou prinesie okamžitý výpadok príjmov poskytovateľov (a v prípade platby za recept aj zdravotných poisťovní) vo výške približne 2,5 mld Sk.

Sekundárnym efektom zrušenia poplatkov je zrušenie bariéry pre nadbytočný dopyt po zdravotnej starostlivosť. To spôsobí nárast výdavkov na lieky a SZM. Ak predpokladáme, že 95 % návštev v ambulancii končí predpísaním lieku a podľa výsledkov dopadových štúdií vieme, že poplatky znížili počet návštev v ambulanciách o cca 10 %, tak zrušenie poplatkov spôsobí rast počtu návštev a následne rast výdavkov na lieky minimálne o 3 až 5 % (cca 0,75 až 1,25 mld Sk). Spolu teda bude samotné zrušenie poplatkov stáť okolo 3,5 mld Sk.

HPI považuje zrušenie poplatkov za nesprávny krok. Obnoví sa tým zneužívanie systému, pričom rast nákladov bude tlačiť na zvyšovanie odvodového a daňového zaťaženia. Zároveň to bude znamenať opätovné šírenie mýtu, že „bezplatne“ znamená vlastne „zadarmo“.

**PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY**

Tabuľka 1: Makroekonomické parametre Maďarskej republiky

Parameter	Merná jednotka	Hodnota
HDP (2005)	mld HUF	21 785
HDP (2006)	mld HUF	23 259
HDP (1. štvrťrok)	medziročná zmena v %	4,4
HDP (1. štvrťrok)	zmena oproti predchádzajúcemu štvrťroku v %	0,8
Inflácia	12-mesačný index spotrebiteľských cien, jún	2,8
Základná úroková sadzba centrálnej banky	%	6,25
Deficit bežného účtu	mil. eúr	1442
Rozpočtový deficit (január - jún)	mld HUF	1284,9
Rozpočtový deficit (január - jún)	% deficitu prorgózaného MF na celý rok (1545 mld HUF)	72,7
Miera nezamestnanosti (marec - máj)	%	7,3



Od 1. júna má Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. nových členov predstavenstva. Na základe rozhodnutia Valného zhromaždenia poisťovne sa nimi stali Mária Lešňanská a Július Kováčik.

7. júna vzala vláda SR na vedomie informáciu o pripravenosti SR na vtáčiu chrípku a možnú pandémiu. Podľa tejto správy dosiahli náklady na nákup antivirov a ochranných pomôcok pre prípad pandémie chrípky k 26. máju tohto roka sumu 213,15 mil. Sk.

7. júna schválila vláda zmenu nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vďaka tejto zmene budú mŕtvy sestry a pôrodné asistentky pôsobiť samostatne, nezávisle na lekároch alebo agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

MONITORING

(od 1. 6. do 30. 6. 2006)

8. júna zverejnila akciová spoločnosť Kúpele Bojnice výsledky hospodárenia za rok 2005, podľa ktorých vytvorila v minulom roku zisk vyše 50 miliónov Sk pri celkovom obrate viac ako 200 miliónov Sk.

9. júna zverejnilo ministerstvo zdravotníctva výsledok výberového konania na post riaditeľa operačného strediska záchranej zdravotnej služby SR so sídlom v Bratislave. Bude ním Karol Kálig.

15. júna bol Špeciálnym súdom v Pezinku odsúdený na tri a pol roka väzenia a šesťročný zákaz vykonávať činnosť bývalý primár ortopedickej kliniky v Trenčíne Pavol P. za trestný čin prijímania úplatku a inej nenáležitej výhody. Rozsudok nenadobudol právoplatnosť, obhajca sa na mieste odvolal.

K 15. júnu dosiahol majetkový zostatok spoločnosti Veriteľ, a.s. v likvidácii 649,5 mil. Sk. Tento zostatok by mal podľa rozhodnutia vlády celý pripadnúť ministerstvu zdravotníctva.

MAKROEKONOMICKÝ KOMENTÁR

Predvídaná nepredvídateľnosť (Úvahy o možných zmenách v hospodárskej politike)

Volby priniesli diskontinuitu. V tejto chvíli ešte neexistuje Programové vyhlásenie vlády (ktoré sa však asi šíje horúcou ihlou), preto sa v úvahe o možných zmenách hospodárskej politiky musíme uspokojiť s ekonomickými časťami volebných programov koalíčných strán, s vyhláseniami členov vlády a iných autorít, personálnym obsadením vrcholných funkcií a pod. Bez ambície na úplnosť sa tu pokúsime zhrnúť niekoľko indícií a faktorov, ktoré by mali determinovať budúcu hospodársku politiku.

1. POSTOJE V PROGRAMOCH A PO VOĽBÁCH

Ako je zrejme z rámcov venovaných programom koalíčných strán, solidarita, spravodlivosť, boj proti chudobe a kritika doterajších ekonomických reforiem sú spoločným menovateľom ekonomických programov. Samozrejme, ciele ako solidarita či boj proti chudobe sú úplne legitímne hospodárskopolitické ciele, obavy vyvoláva skôr spôsob politiky, ktorý má k týmto cieľom viesť. Imidž koalíčných strán vedie k obave, že tieto ciele môžu byť „naplňané“ opatreniami, ktoré môžu spôsobiť rozvrat ekonomického prostredia.

Agresivita voči doterajším reformám však klesla hneď po voľbách. Zrejme aj na politikov Smer-u dolieha ťarcha budúcej zodpovednosti. Aj ciele ako solidarita alebo boj proti chudobe sa dajú naplňať rôznymi opatreniami a stratégiami. Vláda si určite nedovolí negovať svoje hlavné politické ciele, zrejme však pod tlakom prostredia bude korigovať svoje inštrumentárium. Doterajšie indície pre takúto stratégiu sú nasledovné:

- Samotný Smer zmiernil požiadavku na zmenu daňového systému. Namiesto sľubovaného návratu progresívneho zdanenia ponúkol možnosť konštrukcie špeciálnych odpočítateľných položiek či daňových bonusov.
- Je nápadné aj to, ako Smer v posledných dňoch omnoho častejšie hovorí o udržaní stability a rovnováhy vo verejných financiách. V opozičnej rétorike takéto pojmy predstaviteľia Smeru ani nepoužívali.
- Vláda zrejme nepôjde do ťažkých súbojov s víťazmi privatizačných tendrov. Hoci Smer pred voľbami sľuboval zrušenie privatizácie letísk, dnes sa stavia do polohy, že ak Protimonopolný úrad SR nebude

mať námietky, tak sa zdrží námietok aj vláda.

- SNS vo volebnom programe volala po „spravodlivom daňovom systéme“, ktorý zohľadňuje výšku príjmov. V súčasnosti vyhlasuje, že zachovanie rovnej dane je jej záujmom.
- Jeden z rozhodujúcich tvorcov daňovej reformy z roku 2004 (ktorú Smer vždy tvrdo napádal) sa stal podacmom ministra financií, nominanta Smer-u.

2. MÔŽE TO BYŤ PODOBNÉ AKO V DRUHEJ POLOVICI 90. ROKOV?

Pokusy politicky ovládať ekonomiku sú dobre známe z pôsobenia HZDS a SNS v druhej polovici 90-tych rokov. Takúto politiku je však už ťažko možné zopakovať. Výrazne sú totiž zredukované kanály na politické vplyvy v ekonomike:

- 1) veľké podniky sú už aspoň čiastočne privatizované a noví spolujatelia budú mať sotva nejaké pochopenie pre pokusy o zneužívanie týchto podnikov;
- 2) politické rozdeľovanie bankových úverov sa znemožnilo privatizáciou bánk;
- 3) možnosť skrytého pomáhania preťažovaným podnikom sa skomplikovala odbúraním špecializovaných štátnych fondov a celkovou zlepšenou transparentnosťou vo verejných financiách;
- 4) politicky motivované zasahovanie do vlastnických štruktúr je obmedzené tým, že proces privatizácie je takmer ukončený.

Ekonomika je už menej politicky citlivá a vláda má menej možností si ju každodennými zásahmi prispôbovať. Pravda, to neznamená, že by vláda nemala aspoň teoretickú možnosť politicky zmanipulovať ekonomiku, ale táto možnosť by si vyžadovala také nápadné a necitlivé zmeny, ktorých realizáciu je ťažké si predstaviť.

3. NAKOLKO VÁŽNE JE OHROZENÉ PRIJATIE EURA?

Napriek oficiálnym deklaráciám predstaviteľov vlády, že harmonogram prijímania eura zostáva nezmenený, je rad obáv celkom namieste. Pri plnení štyroch z 5 kritérií

SMER- Sociálna demokracia

Sľubuje zásadne opraviť reformné kroky z obdobia 2002-2006, v porovnaní napr. s LS-HZDS však zaujíma deštruktívnejšiu pozíciu. Tú zdôvodňuje napr. tým, že doterajšie reformy odstránili model sociálne a ekologicky orientovaného trhového hospodárstva zakotveného v Ústave SR.

Smer navrhuje pri dani z príjmu právnických osôb ponechať 19 % sadzbu, pričom z daňového základu umožní „zohľadniť investičné, znalostne-rozvojové, vedecko-výskumné a ekologické náklady“ (dajú sa zohľadniť aj teraz, pozn. autora). Zásadne však plánuje zmeniť zdaňovanie príjmov fyzických osôb: chce znovo zaviesť daň z dividend, pri dani z príjmov fyzických osôb navrhuje zaviesť progresívne zdaňovanie. Výsledkom vraj bude zníženie daní pre ľudí s nízkymi a priemernými príjmami a zvýšenie pre ľudí s nadštandardnými príjmami. Objavuje sa tu argumentačná chyba (rovnako aj LS-HZDS): hovorí sa o znížení daňovej záťaže skupín s najnižšími príjmami, pričom práve tieto skupiny v súčasnosti neplatia daň z príjmu kvôli vysokej odpočítateľnej položke zo základu dane. Smer chce predložiť aj návrh na dve sadzby dane z pridanej hodnoty (10 % a 19 %).

Program obsahuje odvážne tvrdenie, že „cena, ktorú občania zaplatili za hospodársky rast založený na lacnej pracovnej sile, liberálnom pracovnom zákonodarstve, znižovaní a odpúšťaní daní podnikateľským subjektom, nadštandardnej podpore zahraničných investorov a privatizácii strategických podnikov je najvyššia v celej EÚ“. Vôbec nie je známe, ako sa táto cena dá vypočítať (a ešte aj medzinárodne porovnať v rámci EÚ). Z citovanej vety však vyplýva snaha o silnejšiu reguláciu pracovnoprávných vzťahov, ústup od doterajšej formy podpory investorov aj od privatizačných aktivít.

Smer deklaruje, že chce spoločnosť prosperity, v ktorej bude dosahovaný hospodársky rast delený spravodlivejšie. Stanovuje si tri hlavné ciele:

1. nevyhnutnosť udržania ekonomického rastu nad 5 % ročne,
2. rast zamestnanosti,
3. splnenie kritérií umožňujúcich vstup SR do menovej únie v plánovanom termíne 1.1.2009 (v povolebných vyhláseniach sa objavilo relativizovanie tejto snahy).

Je ironické, že tieto tri ciele úspešne plnila aj Dzurindova vláda.



na prijatie eura možno čo i len trochu nezodpovednou politikou ľahko pochybiť:

- Mieru inflácie je nutné tlačiť smerom k 2 % (ide o pohyblivý terč, nie je známa cieľová hodnota, tá je závislá od inflácie v ostatných štátoch EÚ). Ľahko možno tento cieľ minúť kvôli znehodnoteniu meny (zdražujú tým dovozy a vzrastie celková cenová hladina).
- Stačí relatívne malé zaváhania v rozpočtovej disciplíne a deficit vo verejných financiách presiahne kritérium 3 % z HDP. Podľa dát za prvý polrok 2006 by už so splnením tohto kritéria nemal byť problém, keby sa finančná politika nemenila. Do 3 % HDP by sa deficit v roku 2006 mal zmestiť dokonca aj so zarátaním nákladov na dôchodkovú reformu. Ak si vláda kladie za cieľ dosahovať aj v ďalších rokoch deficit na úrovni 3 % z HDP (ako to z vyhlásení vyplynulo), je to málo ambiciózne cieľ. Súčasný vývoj vo verejných financiách umožňuje prijímať ambicioznejšie ciele. Rast deficitu môže pomáhať aj rastu úrokových mier a blokovat' tak plnenie dvoch kritérií (kritérium deficitu aj úrokov). Vážnym rizikom tu môže byť čo i len malý ústupok od finančnej disciplíny v zdravotníctve.
- Výmenné kurzy. Ak bude musieť NBS opakovane brániť pozíciu koruny (ako v prvej polovici júla), slovenská ekonomika poruší pravidlá systému ERM II a nesplní kurzové kritérium.
- Úrokové sadzby. NBS sa môže dostať do pozície, že bude musieť brániť inflačné ciele alebo pozíciu slovenskej meny tým, že vyženie veľmi vysoké úrokové miery. Je to ľahko predstaviteľná reakcia centrálnej banky pri prípadnej nezodpovednej finančnej politike vlády. Rast úrokov však môže znamenať nesplnenie kritérií pre stabilitu a výšku úrokových mier.
- Relatívne dobrá je pozícia Slovenska pri piatom kritériu, pri rozsahu verejného dlhu. Tu má Slovensko značnú rezervu a politika vlády by musela byť extrémne nezodpovedná, aby sa toto kritérium neplnilo (kritérium je dlh do 60 % HDP, SR má asi 40 %).

Treba si všimnúť, že Európska komisia a ECB zmenili chápanie maastrichtských konvergenčných kritérií. V minulosti to boli kritériá, ku ktorým sa stačilo blížiti, v súčasnosti sú to kritériá, ktoré treba

Ludová strana – Hnutie za demokratické Slovensko (ĽS-HZDS)

V protiklade so svojou politikou z 90. rokov považuje ĽS-HZDS zdravé a vybilancované verejné financie za základ prosperujúcej ekonomiky. Hlásia sa k úsporám v oblasti nákladov na štátny aparát, k príbrzdeniu doterajšieho „enormného nárastu štátneho dlhu“. Štátny (presnejšie verejný) dlh pritom v súčasnosti nemá znepokojujúci vývoj – pozn. autora.

Relatívne progresívnym prvkom v programe je realizácia nových foriem financovania verejných investícií, na báze verejno-súkromného partnerstva. Program sľubuje prijatie opatrení na podstatné zlepšenie prijímania pomoci z kohézneho a štrukturálnych fondov EÚ. Kombinácia verejných a súkromných zdrojov a zdrojov EÚ chce vytvoriť predpoklady pre urýchlené vybavenie krajiny modernou dopravnou infraštruktúrou a efektívnou komunikačnou sieťou.

Kontroverzným prvkom je prisľub preverenia ekonomickej a spoločenskej opodstatnenosti rozbehnutých privatizačných aktivít. V podnikoch strategického významu, ktoré doposiaľ neprešli plnou privatizáciou, má ĽS-HZDS záujem zachovať majetkový podiel štátu (nie je špecifikovaný podiel štátu).

Doterajšie prehĺbenie chudoby dáva program do súvislosti s „bezbrehým rastom cien“. Preto ĽS-HZDS sľubuje zvýšiť dôraz na činnosť regulačných úradov a zastaviť „neprimeraný rast cien a prehĺbovanie chudoby“. Zrejme sa tým myslí kontrola činnosti Úradu pre reguláciu sieťových odvetví, pretože ten je prvoradým regulátorom cien. Nie je však známe, či strana disponuje dôkazmi o tom, že rast týchto cien bol skutočne neprimeraný.

Bez bližšieho vysvetlenia si program dáva veľmi ambiciózne cieľ: „V záujme podnietenia rastu zamestnanosti a medzi prístupíme ku zníženiu odvodového zaťaženia zamestnancov a zamestnávateľov s cieľom znížiť mieru nezamestnanosti o jednu štvrtinu“. Znižovanie odvodov je mimoriadne náročná otázka a zaslúžila by si sofistikovanejší výklad, ktorý by doplnil tento asi prehnané ambiciózne prisľub. Presadzované výrazného zníženia odvodov je kontradiktórne voči sľubovanej väčšej solidarite.

V daňovej oblasti chce strana realizovať zníženie daňového zaťaženia najnižších príjmových skupín občanov (chyba v tomto sľube bola vysvetlená vyššie). Originálnejším prvkom je prisľubovaný daňový bonus na reinvestovaný zisk, ktorým chce strana zastaviť odlev ziskov a podporiť rast investícií.

Záhadne pôsobí prisľub prehodnotenia modelu „unáhľene zavedenej finančnej decentralizácie“ tak, aby bola zachovaná primeraná rovnováha a spravodlivosť v rámci rozdelenia verejných zdrojov medzi vládnym sektorom a regiónmi. Z tejto tézy môžu vzniknúť nečitlivé zásahy do procesu decentralizácie, nie je známe, ako si tvorcovia programu predstavujú „rovnováhu a spravodlivosť“ v tejto oblasti.

Program ĽS-HZDS je síce programom strany kritickej voči doterajšej hospodárskej politike, ale nestavia na zvrátení doterajších reforiem, či používaní úplne iného inštrumentária. Je to relatívne „opatrný“ program.

Slovenská národná strana (SNS)

SNS predstavila svoj ekonomický program pod heslom „Hospodárstvo 21. storočia, šanca pre Slovensko“ (a vzhľadom na to, ekonomika nie je hlavnou témou SNS, je tento program prekvapivo rozsiahly). Kritika východiskového stavu spomína, že „napriek vykazovaným tzv. makroekonomickým úspechom dvoch posledných vlád, hlavne údajom o tempe ekonomického rastu, mnohí ľudia na Slovensku žijú v chudobe, prepadajú sa do sociálnej siete... Okrem nedostatočných inovácií a manufaktúrneho typu výroby je to spôsobené aj stagnujúcou mierou investovania.“

SNS sľubuje presadzovanie „rozvoja ekonomiky a rastu blahobytu širokých vrstiev obyvateľstva v súlade s ľudskou európskou tradíciou sociálnej solidarity“. Pojem solidarita a kritika „biedy“ majú veľmi silnú pozíciu v programe: „Politika SNS ako národné orientovanej a kresťanskej strany bude zameraná proti pretrvávaniu biedy, zbedačovaniu skupín občanov a za sociálne spravodlivý štát“. Nástrojmi tohto zaťaženia majú byť „spravodlivý daňový systém“ vo väzbe na výšku príjmov a na celkové bohatstvo daňových subjektov (to asi znamená progresívnu daň, alebo zvláštne zdanenie majetnejších), zavedenie diferencovanej DPH na tovary, služby a výkony, ktoré zásadným spôsobom môžu zvýšiť ich dostupnosť pre chudobných, deti a dôchodcov.

SNS sľubuje vypracovať zásady modelu financovania výstavby bytov najmä pre mladé rodiny a chce zdokonaľiť modely financovania nájomných bytov. Nie sú známe verejné zdroje financovania tohto stavebného boomu.

nielenže bez výnimky splniť, ale treba ich dokonca splniť tak, aby neboli pochybnosti o udržateľnom stave ich plnenia. Vláda by sa mala vážne poučiť z prípadu Litvy spreď niekoľkých mesiacov: išlo krajinu s deficitom verejných financií len 1,5 % a verejným dlhom len 19 % z HDP a dobrým plnením ostatných kritérií – až na veľmi tesné prekročenie kritéria miery inflácie (ktoré je už spomenutým pohyblivým terčom, dokonca s kontroverznými prvkami v metóde výpočtu). Hlavný dôvod odmiet-

nutia prijatia Litvy do eurozóny bolo, že hoci momentálne plnila konvergenčné kritériá (s maličkou odchýlkou o 0,1 percentuálneho bodu v prípade inflácie), existovali podozrenia, že inflačné kritérium neplní udržateľne! Z toho aj pre slovenskú vládu vyplýva, že jej nemusí stačiť vtesnanie slovenskej ekonomiky do predpísaných „čísel“, ale musí realizovať politiku, ktorá nevyvolá pochybnosti o možnostiach udržať tieto dosiahnuté parametre. A to môže byť pre vládu Smer-SNS-HZDS, ak chce

17. júna sa uskutočnili parlamentné voľby. Vyhrala ich hlavná opozičná strana Smer-SD (29,1 %), nasledovaná SDKÚ-DS úradujúceho premiéra Dzurindu (18,3 %). Do parlamentu sa ešte dostali SNS (11,7 %), SMK (11,7 %), ĽS-HZDS (8,8 %) a KDH (8,3 %).

22. júna informoval generálny riaditeľ Európskej zdravotnej poisťovne Boris Procik, že poisťovňa eviduje už 50 000 prihlášok a do konca roka by chcela získať vyše 100 000 nových poistencov.

27. júna odsúhlasili poslanci Prešovského samosprávneho kraja transformáciu výkonu zdravotníckych činností v nemocniciach vo Svidníku a Humennom v prospech finančnej skupiny J&T, ktorá prostredníctvom svojej spoločnosti Svet zdravia, a.s. získala nemocnice vo verejnom tendry.

28. júna vzala vláda na vedomie správu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005. Podľa nej tvorili výdavky na zdravotnú starostlivosť vlni na Slovensku približne 6,7 % hrubého domáceho produktu, čo predstavuje približne 18 tis. Sk na jedného obyvateľa ročne a 910 eur v parite kúpnej sily. Podielom na HDP tak SR zaostáva za priemerom krajín OECD.

28. júna oznámil riaditeľ zdravotných poisťovní Sideria a Dôvera Patrik Mozola ich zlúčenie pod značkou Dôvera k začiatku roku 2007.

30. júna podpísali zástupcovia zdravotníkov v Košiciach Deklaráciu zdravotníckeho sektoru (viď str. 7). Ide o výraz konsenzu pri ďalšom budovaní zdravotníckeho systému a tvorbe zdravotnej politiky na Slovensku. Pod deklaráciu sa podpísali predstavitelia Združenia zdravotných poisťovní SR, Asociácie na ochranu práv pacienta SR, Asociácie nemocníc Slovenska, Asociácie súkromných lekárov SR, Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, asistentov, laborantov a techníkov, Slovenskej lekárskej komory, Slovenskej lekárskej spoločnosti a Slovenskej lekárskej únie špecialistov.

dokončenie na ďalšej strane

Krátko o aktuálnych tendenciách

Medziročná miera inflácie veľmi mierne poklesla, keď v júni dosiahla 4,6 % (v máji ešte 4,8 %). Priemerná hodnota za prvý polrok je 4,5 %. Na podmienky slovenskej ekonomiky to nie je vysoká miera inflácie, ale v roku 2007 by bola už neakceptovateľná vzhľadom na konvergenčné kritériá pre prijatie eura.

Miera evidovanej nezamestnanosti dosiahla v júni 10,4 %, čo je o 0,7 percentuálneho bodu menej ako pred rokom. Je dosť ľahko predstavitelné, že miera evidovanej nezamestnanosti na začiatku jesene (keď je v priebehu roka najnižšia) klesne na hranicu 10 % alebo aj tesne pod ňu. Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl však bude určite o 4 až 5 percentuálnych bodov vyššia.

Dynamika indexov produkcie je stále značná: májový medziročný rast v stavebníctve dosiahol až 19,4 %, v priemysle 11,4 % a v maloobchode 9,3 %. Tieto čísla nepriamo napovedajú, že tempo rastu HDP v druhom štvrtroku má šancu byť opäť z radu mimoriadne priaznivých.

Klesajúca mzdová kvóta. Štatistický úrad SR zrejme značne zvýšil svoje úsilie v publikovaní detailných národných účtov: v súčasnosti môžeme hodnotiť väčšie agregáty za rok 2005 a detailné za rok 2004. Takto dobrá ponuka makroekonomických agregátov na Slovensku ešte nebola. Jedným z dôležitých zistení je, že klesá mzdová kvóta: neobvykle nízky podiel miezd na HDP (ktorý sme poznali doteraz na údajoch od roku 2002) ešte ďalej klesá. Kompenzácie zamestnancov, štandardne tvoriace cca. 50 % HDP v krajinách EÚ, na Slovensku klesol na 37,4 %. Skutočnosť, že kompenzácie zamestnancov nerastú tak rýchlo ako je dosiahnutý rast HDP, by mali byť signálom k opatrnosti pri projektovaní všetkých systémov odvodzovaných z príjmov fyzických osôb. Rozdeľovanie príjmov v spoločnosti sa evidentne naďalej odkláňa od miezd smerom k podnikateľským príjmom: ziskom či tzv. zmiešaným dôchodkom živnostníkov.

KAROL MORVAY

aspoň sčasti dodržať volebné programy, vážny problém. (Inak keby sa aj v minulosti tak prísne posudzovali konvergenčné kritériá, eurozóna by doteraz nevznikla. Sprísnenie je však dobrá vec práve na zvýšenie tlaku na vlády nových členských štátov).

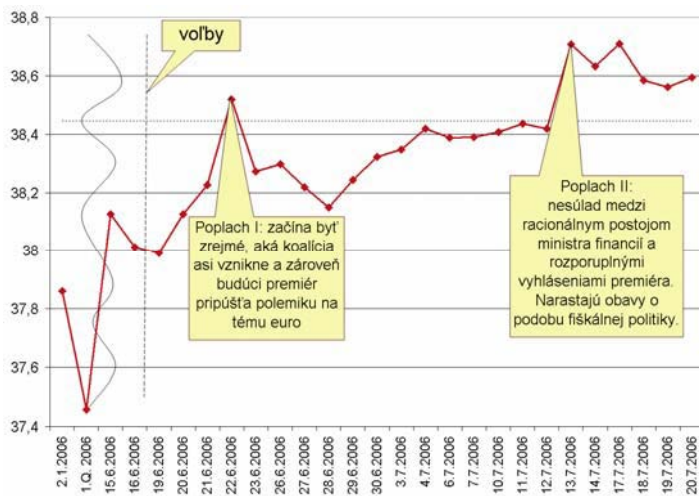
Z makroekonomického hľadiska nie je významné len samotné prijatie eura, ale aj (alebo hlavne) sprievodné mechanizmy. Už pred prijatím eura, ale aj po ňom, musia vlády veľmi dbať na makroekonomickú stabilitu a euro ich núti robiť veľmi zodpovednú politiku vo verejných financiách. Euro nie je len spoločná mena, ale aj ochranný štít pred ľubovôľou politikov pri regulovaní hospodárstva. Preto si kurióznym spôsobom prijímanie eura (alebo aspoň proces k tomu vedúci) želajú aj ekonómovia, ktorí predtým nepovažovali za potrebné prijímať euro príliš skoro (za takého sa považuje aj autor tohto príspevku).

4. FINANČNÉ TRHY ZAREAGOVALI NA NEZODPOVEDNÉ VYHLÁSENIA ČLENOV VLÁDY

Ešte predtým, ako by vláda zrealizovala akýkoľvek svoj praktický krok, bolo jej kreovanie, jej prvé vyhlásenia a nepredvídateľnosť politiky ocenené na devízových trhoch tlakom na oslabenie meny. Negatívny imidž vlády spolu s neopatrnými vyhláseniami niektorých jej členov (hlavne nejednota vo vyhláseniach predsedu vlády a ministra financií alebo relativizovanie cieľa prijať euro v roku 2009), viedol k oslabeniu meny o 1,6 % za tri týždne (do 17.7.2006). Táto hodnota ešte sama osebe neznamená dramatický pohyb meny, ale treba mať na zreteli, že:

- 1) „Len“ 1,6% to bolo preto, že centrálna banka opakovane intervenovala v prospech koruny a minula na jej spevňovanie minimálne 2 mld. eur do 17.7.2006.
- 2) Poplachu na devízových trhoch sa môžu opakovať, momentálny kľud a dokonca zhodnocovanie meny (v čase prípravy tohto príspevku, t.j., v dňoch 17.7.-20.7.) neznamená prekonanie tohto problému.
- 3) Nie je v súlade s pravidlami fungovania ERM II, aby centrálna banka opakovane strážila nejakú hranicu pohybov svojej meny. Systém ERM II je skonštruovaný práve preto, aby mena dokázala svoju stabilitu. Isteže, krátkodobé zakolísania v dôsledku psychologických či politických faktorov nie sú vážnou prekážkou ani pre fungovanie v rámci režimu ERM II,

Graf 1: Vývoj výmenného kurzu SKK/EUR



Poznámka: horizontálna trhaná čiara na úrovni 38,445 predstavuje centrálnu paritu, s ktorou vlni Slovensko vstúpilo do systému ERM II. Od nej sa možno odchýliť maximálne o 15 %.

Zdroj: NBS, vložené komentáre autor

pričasté opakovanie takýchto situácií by však mohlo znamenať problém.

- 4) Intervencie NBS sú vopred odsúdené na neúspech, ak vláda nepresvedčí investorov, že to s makroekonomickou stabilitou a vstupom do eurozóny myslí vážne. Môže to znamenať premrhanie značnej časti devízových rezerv. Momentálne však neexistujú ekonomické fundamenty pre zhnehdnocovanie kurzu, tie sú zatiaľ iba politicko-psychologické.

5. NIEKOĽKO TIPOV NA VÝVOJ BUDÚCEJ HOSPODÁRSKEJ POLITIKY

- Predstavené bude relatívne vágne Programové vyhlásenie vlády. Bude sa hlásiť aj k prijatiu eura, k udržiavaniu makroekonomickej stability a silného rastu, aj k vysokej miere solidarity a k rozvojovým výdavkom – v podstate sa bude hlásiť k súboru cieľov, ktoré budú aspoň čiastočne protichodné. Naďalej bude dominantnou črtou hospodárskej politiky jej zhoršená predvídateľnosť v porovnaní s obdobím 1999-2005.
- Je možné, že sa vláda oficiálne bude hlásiť k prijatiu eura v pôvodnom termíne, ale „nevýjde to“. Vždy bude možné poukazovať na iného vinníka (NBS, Európska komisia, ECB), alebo vysvetliť, že prijímanie eura nie je až také výhodné pre „bežného občana“.
- Prípadné posuny prijatia eura v susedných štátoch (viď príklad Maďarska), môžu poslužiť ako vynikajúci argument svedčiaci o tom, že ani Slovensko

sa nemusí ponáhľať. A pri inkorientovanej vláde by sa s týmto argumentom možno aj dalo súhlasiť...

- NBS bude zrejme tlačiť na vyššiu zodpovednosť vlády a na zlepšenú kooperáciu medzi vládou a NBS. Má dokonca isté páky ako vláde pohroziť: zvyšovaním úrokových mier alebo odmietaním nových intervencií v prípade opätovnej fázy oslabovania meny.
- Rovná daň sa zachová. Vláda zrejme vsadí na menej agresívne korekcie daňového systému: špeciálne daňové bonusy pre tie typy rodín, ktorým chce pomáhať, prípadne zavedenie zníženej sadzby DPH či zdanie príjmov z úrokového rozpätia vo finančných organizáciách.
- Vláda sa zrejme pokúsi posilniť pozíciu regulátorov na niektorých trhoch ovládaných dominantnými podnikmi. Nevyhovuje jej rola „štatistu“ pri určovaní cenovej politiky dominantov. Preto zrejme tvrdšie ako predchádzajúca vláda zasiahne na trhoch s palivami a energiou.
- Je málo pravdepodobné, aby sa v krátkodobom horizonte dramaticky zmenili základné charakteristiky makroekonomického vývoja. V najbližšom čase zostane zachovaný vysoký rast HDP, rast zamestnanosti aj rast reálnej mzdy. Rýchly obrat k nejakému katastrofickému scenáru nehrozí, pretrvanie silného rastu je v tejto chvíli predeterminované. Aj prípadné neplnenie kritérií na prijatie eura prinesie skôr postupnú eróziu rastového potenciálu, nie okamžitý zvrät.

KAROL MORVAY

Co čeká české zdravotnictví po volbách?

Volby přinesly České republice téměř dokonalý politický pat. Středoprávní koalice ODS, KDU a Strany zelených má ve sněmovně 100 poslanců, přesně stejně jako levicové strany (ČSSD a komunisté). Díky podivnému hybridu mezi systémem poměrného zastoupení a většinovým volebním systémem jsme se k takovému výsledku dopracovali, přestože středoprávní koalice získala celkem o 200 tisíc hlasů více. Co Čechy s takovými výsledky čeká? Koalice ODS, KDU a zelení se poměrně rychle dohodla na programových zásadách a pokusí se získat důvěru ve sněmovně. Zatím se ovšem nepodařilo zvolit ani předsedu sněmovny a tak stále zůstává u moci Paroubkova vláda. Varianty dalšího vývoje jsou zhruba tři. Buď se koalici podaří získat toleranci alespoň části levicových poslanců, nebo dojde k uzavření nějaké formy spolupráce ODS a ČSSD, ať už ve formě velké koalice, „opoziční smlouvy“ nebo jiného uspořádání. Pravděpodobnou součástí takové dohody by byl další posun směrem k většinovému volebnímu systému. Poslední variantou jsou nové volby. Pravděpodobnost jednotlivých variant je předčasné hodnotit, ale vztahy mezi ODS a ČSSD jsou zatím velmi napjaté.

Co to všechno znamená pro české zdravotnictví? Především oddalování naděje na změnu. Ministr Rath naprosto nerespektuje konec mandátu Paroubkovy vlády a pokračuje jak v personálních čistkách a ve vydávání vyhlášek bez právní opory, tak v zastrahování pojišťoven a soukromých lékařů. K seznamu dlouhodobých problémů českého zdravotnictví tak přibývá neméně dlouhý seznam akutních problémů vytvořených Rathem a jeho spolupracovníky. Nového ministra tedy čeká především úklid. Asi nejpalčivějším problémem je zákon o tzv. neziskových nemocnicích. Byl přijat z čistě politických důvodů těsně před volbami, neprošel řádným připomínkovým řízením a zcela v rozporu se zdravým rozumem, právními zásadami a trendy ve vyspělých zemích nutí vybrané nemocnice (cca 130 z 200 existujících v ČR) ke změně právní formy k 30. 11. tohoto roku. Ostatní nemocnice se mohou buď přidat nebo přijdou o peníze z veřejného zdravotního pojištění. Zákon ve skutečnosti není o ziskovosti či neziskovosti nemocnic, ale o jejich de facto zestátnění a totálním ovládnutí ministerstvem zdravotnictví, které má rozhodovat o struktuře oborů a služeb, počtu personálu, lůžek a dalšího vybavení i v té nejvzdálenější nemocnici. Pravomoc původních majitelů či zřizovatelů nemocnic (zejména krajské samosprávy, v některých případech i soukromí vlastníci) je redukována prakticky na jednu oblast – placení dluhů nadělaných managementem dosazeným správním radou ovládanou ministerstvem a odboráři. Mimo naprosto špatného obsahu je zákon vadný i po formální stránce a prakticky nerealizovatelný. Byla na něj již podána stížnost k Ústavnímu soudu, jeho realizaci ale může včas zabránit zřejmě jenom zrušení novou sněmovnou.

Podobných „časovaných bomb“ vyrobil ministr Rath několik. Jde mimo jiné o umělé vylepšení finanční bilance Všeobecné zdravotní pojišťovny pomocí vládní půjčky vratné těsně po volbách. Na podzim

se proto opět významně zpozdí platby zdravotnickým zařízením. Dalším příkladem je změna sazebníku (Seznamu výkonů), ve kterém byla zcela bez ohledu na finanční situaci systému radikálně navýšena cena práce lékaře. Celková bilance je zatím udržovaná pomocí regulace v oblasti úhrad, která limituje celkové příjmy jakéhokoliv zdravotnického zařízení na 103% minulého roku. To ovšem logicky vede k omezování poskytované péče.

Seznam výkonů je příkladem i dlouhodobých problémů. Zásadní nesrovnalosti v ocenění oborů vedou k významným pokřivením při hodnocení ziskovosti jednotlivých nemocničních oddělení a při investičních rozhodnutích. K dalším chronickým bolestem českého zdravotnictví patří nesmyslný systém úhrad nemocnicím a potřebám doby neodpovídající struktura a v některých případech i počet zdravotnických zařízení. Klíčem k nápravě je umožnit rozvoj efektivních a kvalitních zdravotnických zařízení včetně moderních způsobů poskytování zdravotní péče, především ambulantních a jednodenních zákroků a péče poskytované v domácím prostředí. Takové změny ovšem nejde naplánovat centrálně z ministerstva zdravotnictví nebo jiného „osvíceného“ úřadu. Jedinou cestou je regulovaná konkurence jak zdravotnických zařízení, tak zdravotních pojišťoven a umožnění nákupu zdravotní péče ze strany pojišťoven. Dlouhodobý rozvoj a úspěch takového modelu samozřejmě vyžaduje zásadní změnu motivace a zodpovědnosti pojišťoven, včetně jasného vlastníka.

Kandidátem středoprávní koalice na ministra zdravotnictví je senátor Tomáš Julínek. Již půl roku před volbami představil veřejnosti ucelenou představu reformy českého zdravotnictví založenou na regulované konkurenci zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Návrh je doplněn možností dobrovolně si zvolit pojištění s vyšší spoluúčastí hrazenou z tzv. osobního účtu pacienta. Nicméně, jak vyplývá z jeho povolebních vystoupení, je mu jasné, že úkolem nového ministra bude především pragmaticky řešit akutní problémy. Koaliční smlouva v oblasti zdravotnictví proto obsahuje především nápravu nesmyslné přítomnosti v současném systému, ale i některé nové prvky jako jsou regulační poplatky pacientů a možnost odlišení zdravotních plánů jednotlivých pojišťoven, včetně nabídky plánů řízené péče.

Jak se podaří tento pragmatický program naplnit v prostředí úmyslné předvolební politizace zdravotnictví ze strany sociální demokracie? Ministr Rath nevybíravými prostředky směřoval české zdravotnictví směrem k překonanému a všude v Evropě opouštěnému modelu centrálně řízené národní zdravotní služby. Je jisté, že s tímto postupem nesouhlasí ani řada sociálních demokratů. Odchod dr. Ratha proto snad umožní návrat k věčné diskusi a k hledání funkčních řešení. České zdravotnictví takový přístup nutně potřebuje.

PAVEL HROBŇ
Reforma zdravotnictví - forum.cz

Tabuľka: Aktualizované základné parametre makroekonomického vývoja v Slovenskej republike

	Merná jednotka	2003	2004	2005	2006 1.q.	2006 pred.
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	4,2	5,4	6,1	6,3	6,2
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	0,1	3,8	7,2	6,6	6,1
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	3,9	2,0	0,5	6,7	3,5
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	-2,3	5,0	13,8	16,1	13,5
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-1,9	-2,7	-4,5	-5,1	-4,8
Miera medziročnej inflácie	%	8,5	7,5	2,7	4,3	3,9
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	17,4	18,1	16,3	14,9	14,5
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	6,3	10,2	9,2		7,7
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	-2,0	2,5	6,3	3,1	4,0
Zmena počtu pracujúcich	%	1,8	0,3	2,1	3,7	1,8

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI

Deklarácia zdravotníckeho sektoru

Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky

Asociácia na ochranu práv pacientov Slovenskej republiky

Asociácia nemocníc Slovenska

Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky

Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast

Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov, asistentov, laborantov a technikov

Slovenská lekárska komora

Slovenská lekárska spoločnosť

Slovenská lekárska únia špecialistov

- vedomí si zodpovednosti nimi zastupovaných organizácií za zabezpečovanie a poskytovanie im prislúchajúcich služieb,
- vedení snahou o skvalitňovanie služieb v zdravotníctve pre poistencov a pacientov,
- vedení záujmom o zvyšovanie bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- vedomí si potreby efektívneho využitia finančných zdrojov alokovaných do zdravotníctva,
- vedomí si významu konkurencie založenej na transparentných vzťahoch a kritériách,
- vychádzajú z dokumentu „Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 – 2010“ (viď http://www.hpi.sk/attachments/zakladne_ramce.pdf),

deklarujú potrebu a spoločný záujem

- na navýšení finančných zdrojov v zdravotníctve zvýšením platby štátu za svojich poistencov o 1 % na rok 2007, t.j. 5 % z priemernej mzdy v hospodárstve Slovenskej republiky z roku 2005,
- na zabezpečení intersektorálneho členenia finančných zdrojov zdravotníctva na ambulantnú starostlivosť, ústavnú starostlivosť, lieky a zdravotnícke pomôcky, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a na ostatnú zdravotnú starostlivosť,
- na zabezpečení podmienok pre transparentnú súťaž poskytovateľov na základe dohodnutých kritérií,
- na realizovaní diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi podľa kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- na zabezpečení práva dosahovať primeranú a spravodlivú maržu pre všetky subjekty trhu zdravotníctva, ktorých cieľom je uspokojovať potreby svojich klientov – pacientov a poistencov.

V Košiciach, 30. júna 2006

Koľko lekárov Slovensko potrebuje?

Na túto otázku nejestvuje správna a jednoznačná odpoveď.¹⁾ Počet lekárov nemá podľa medzinárodných porovnaní vplyv na strednú dĺžku života populácie a nesúvisí ani s bohatstvom krajiny vyjadrenom hrubým domácim produktom. Najviac lekárov je paradoxne na Kube – viac než 500 na 100 000 obyvateľov. Na Slovensku ich máme 317 na 100 000 obyvateľov, Britom stačí okolo 200, Belgičania ich majú vyše 400.²⁾

Národný ústav zdravotníckych informácií (NCZI) sleduje počty lekárov v súčte lekári + zubní lekári. Tento ukazovateľ sa od roku 1999 zásadne nezmenil. Spolu na Slovensku pôsobí približne 19,5 tisíc lekárov. (Údaje spreď roka 1999 neboli zbierané v rovnakej metodike, preto neboli predmetom tejto analýzy.)

Napriek tomu, že počet lekárov zostáva konštantný, môžeme na Slovensku pozorovať významné zmeny vo vekovej štruktúre lekárskej obce:

- 1) od roku 1999 kontinuálne klesá podiel aj počet lekárov vo vekovej skupine 40 – 49 rokov,
- 2) stúpa však počet aj podiel lekárov vo vekovej skupine 50 – 59 rokov ako aj počet a podiel lekárov starších ako 60 rokov,
- 3) v skupine 30 – 39-ročných je mierne rastúci trend a najväčší prepad zaznamenávajú najmladší lekári do 29 rokov. Kým v roku 1999 ich v slovenskom zdravotníctve pôsobilo vyše 3100, v roku 2004 ich bola menej než polovica – 1527.

Každoročne všeobecné lekárstvo a stomatológiu ukončí približne 600 študentov. Z nich polovica nenačádza uplatnenie v slovenskom zdravotníctve, pričom tento trend trvá už niekoľko rokov (Graf 1). Slovenské lekárske fakulty pritom naďalej vychovávajú nezmenený počet budúcich lekárov.

Odkladaním odchodu do dôchodku neuvoľňujú starší lekári miesto mladším a tak sa priemerný vek lekára v zdravotníctve za posledných 5 rokov zvýšil o 2,5 roka na 44 rokov.

Keďže súčasný počet absolventov lekárske fakúlt reálne prevyšuje potreby slovenského zdravotníctva, ponúkajú sa minimálne dve riešenia v podobe zníženia počtu študentov:

- 1) administratívna regulácia počtu prijímaných študentov (numerus clausus)
- 2) trhová regulácia formou spoplatnenia vysokoškolského štúdia

Numerus clausus nerieši zásadný problém. Ak bude trend zvyšovania priemerného veku lekárov pokračovať, v priebehu najbližších 10-15 rokov odíde najsilnejšia generácia lekárov do dôchodku a nezanechá za sebou dostatočný počet vyučených nástupcov.

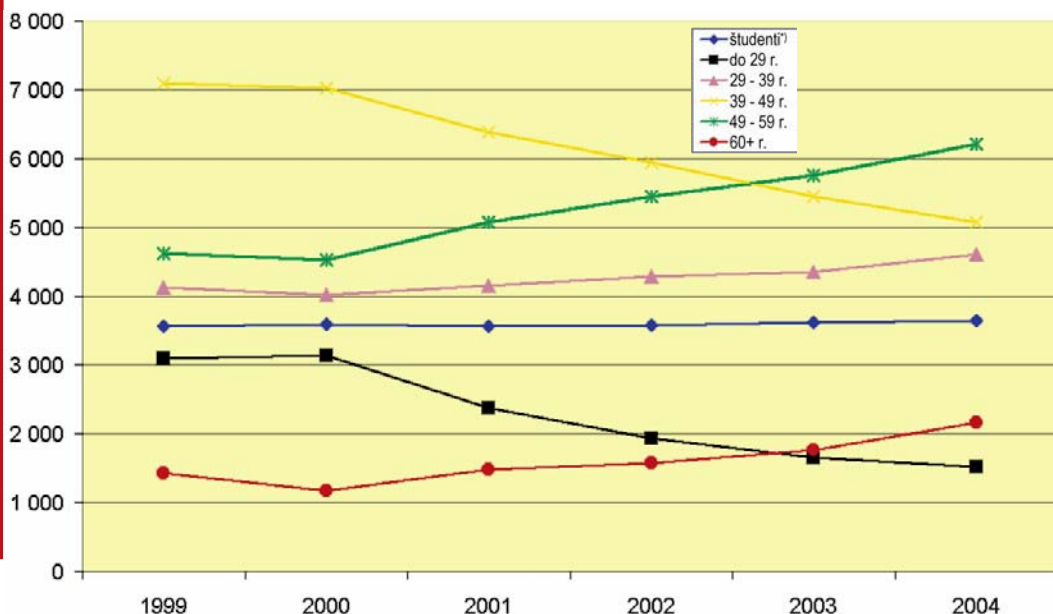
Budú nám títo lekári chýbať? Ako som spomenul v úvode, nejestvuje „správny“ počet lekárov. Ich počet podľa Forgácsa¹⁾ v jednotlivých krajinách vykazuje slabú mieru korelácie s počtom nemocničných lôžok. Keďže na Slovensku máme podľa medzinárodných porovnaní prebytok cca 10 000 postelí, dá sa predpokladať, že po ich redukcii poklesne potreba celkového počtu lekárov cca o 1000 až 1500 (na 18 až 18,5 tisíc). Medzera, ktorá vznikne odchodom generácie dnešných päťdesiatnikov a šesťdesiatnikov je približne dvojnásobná (2 až 3 tisíc lekárov). Týmto sa otvára priestor pre príchod lekárov zo zahraničia - rovnako, ako slovenskí lekári vyplňajú obdobnú medzeru v západných krajinách.

Druhým riešením je spoplatnenie vysokoškolského štúdia. To umožní zdravotníckym zariadeniam vypísať štipendiá výmenou za záväzok pracovať po skončení školy v zdravotníctve a do istej miery tak ovplyvňovať počet absolventov. Vzdelanie pritom nebude pre ostatných záujemcov nedostupné (na rozdiel od numerus clausus, ktorý navyiac zvyšuje riziko korupcie pri prijímaní na vysokú školu).

**PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY**

- 1) Forgacs I.: The required number of physicians: is it an optimal figure?, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 2002 Apr-Sep;42(2-3):269-82
- 2) www.who.int

Graf 1: Počet študentov lekárske fakúlt a počet lekárov na Slovensku podľa vekových kategórií



* počet denných študentov lekárske fakúlt v odboroch všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo/stomatológia
Zdroj: NCZI, 2005

Moderný koncept minimálnej siete

V polovici júna predložil dnes už bývalý minister zdravotníctva R. Zajac na pripomienkové konanie návrh nového nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Návrh v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva pripravoval Health Policy Institute. HPI prinieslo inovatívny pohľad metodiku tvorby minimálnej siete, ktorý predstavujeme na tomto mieste.

Dostupnosť podľa Svetovej zdravotníckej organizácie predstavuje *možnosť dostať zdravotnú starostlivosť v prípade, keď ju človek potrebuje*.

Z tohto pohľadu sa rozlišujú tri typy dostupnosti zdravotnej starostlivosti:

- geografická dostupnosť (v zmysle vzdialenosti a časovej dostupnosti)
- finančná dostupnosť (možnosť človeka si svojím príjmom zabezpečiť starostlivosť)
- sociálna dostupnosť (prístupnosť pre všetky vrstvy a kategórie obyvateľstva)

V nasledujúcom texte budeme narábať s pojmom *dostupnosť* z pohľadu geografickej dostupnosti, keďže táto je predmetom zákonnej úpravy verejnej minimálnej siete poskytovateľov (ďalej len „minimálna sieť“)

MINIMÁLNA SIET'

Reforma zdravotníctva zaviedla do praxe nový pojem, minimálnu sieť, ako najväčšie prípustné oko siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, garantujúce efektívnu dostupnosť, plynulosť, sústavnosť a odbornosť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ide o dôležitý nástroj zdravotnej politiky štátu, ktorý má zabezpečiť bezpečné fungovanie solidárneho systému verejného zdravotného poistenia. Dohľad nad dodržiavaním ustanovení o minimálnej sieti vykonáva Úrad pre dohľad.

Minimálna sieť je podľa § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zadefinovaná ako „*usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na*

- počet obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,
- chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia,
- migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území,
- bezpečnosť štátu.“

Verejnou sieťou poskytovateľov podľa § 6 toho istého zákona potom rozumieme všetkých verejne dostupných poskytovateľov, „*ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.*“

Minimálna sieť je teda definovaná ako abstraktný pojem. Norma neurčuje s kým má poisťovňa uzatvoriť zmluvu, ale *koľko* má takých zmlúv uzatvoriť. Zdravotná poisťovňa môže uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi aj nad rámec minimálnej siete v prípade, že jej to finančné zdroje umožňujú.

Posudzovanie dodržiavania minimálnej siete Úradom pre dohľad pre príslušnú zdravotnú poisťovňu musí zohľadňovať trhový podiel zdravotnej poisťovne na danom území. Trhový podiel príslušnej zdravotnej poisťovne sa vypočíta ako podiel počtu jej poistencov na danom území k počtu všetkých poistencov na danom území, vždy k 1. januáru príslušného kalendárneho roka.

DOTERAJŠIE PRÁVNE VYMEDZENIE MINIMÁLNEJ SIETE

Minimálna sieť je v súčasnosti ustanovená nariadením vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z.

Predreformný zákon o zdravotnej starostlivosti (č. 277/1994 Z. z.) nedefinoval, čo sa považuje za dostupnú zdravotnú starostlivosť. Preto sa mohlo stať, že aj k prístupu k tvorbe siete dochádzalo nerovnomerne, niektoré normatívy boli tvorené ako minimálne, iné - a to v jednom a tom istom materiáli ako optimálne a ďalšie ako maximálne bez toho, aby bol spôsob tvorby normatívu vôbec niekde popísaný. Navyše, vymožiteľnosť spomínaných aktov bola v aplikačnej praxi zakaždým obmedzená skutočnosťou, že buď vôbec nemali charakter všeobecne záväzného právneho predpisu¹⁾ alebo ak aj mali, de facto nezaväzovali všetky subjekty, ktoré mali rozhodujúci vplyv na to, v akej miere bola zdravotná starostlivosť dostupná.²⁾

Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. malo ambíciu odstrániť spomínané aplikačné nedostatky. Jednak úprava minimálnej siete má formu všeobecne záväzného právneho predpisu a to dokonca až na úrovni nariadenia vlády Slovenskej republiky, po druhé - vychádza z explicitne vyjadrených kritérií, ktoré boli východiskom pre jeho tvorbu (§ 5 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z.) a napokon - podporuje úmysel, aby na rozdiel od doterajšej aplikačnej praxe nové licencie a nové povolenia vydávané podľa nového zákona (č. 578/2004 Z. z.) samosprávnymi krajinami a ministerstvom zdravotníctva, neobsahovali údaj o zaradení alebo nezaradení zdravotníckeho zariadenia do siete zdravotníckych zariadení, takže držiteľ licencie alebo povolenia už nebude musieť žiadať ministerstvo zdravotníctva o umožnenie uzatvorenia zmluvy o uhrádzaní poskytovanej zdravotnej starostlivosti z prostriedkov plynúcich z povinného zdravotného poistenia (čo sa chápe pod zaradením do siete), ale sa po získaní licencie alebo povolenia obráti so žiadosťou o uzatvorenie zmluvy priamo na ktorúkoľvek zo zdravotných poisťovní.

Ambície však zostali neaplnené, s výnimkou vyššieuvedenej právnej záväznosti a faktu, že ministerstvo už nerozhoduje o tom, ktorý poskytovateľ smie uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. obsahuje viaceré zásadne technické i logické nedostatky, vzhľadom na ktoré je prakticky nevykonateľné.³⁾

Samotný koncept stanovenia minimálnej siete cez počty postelí a lekárske miest v samospráv-

ných krajoch nevypovedá o reálnej fyzickej (geografickej) dostupnosti poskytovateľov z pohľadu pacientov, pričom ide o jeden z parametrov efektívnej dostupnosti.

Minimálna sieť ustanovená nariadením vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z. bola navyše vydaná pod obmedzujúcim ustanovením § 98 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti („*(5) Minimálna sieť podľa tohto zákona sa nesmie do 31. decembra 2006 zvýšiť ani znížiť oproti sieti zdravotníckych zariadení podľa doterajších predpisov o viac ako 15 %.*“). Nová norma o minimálnej sieti mala byť účinná od 1. januára 2007, keď spomínané zákonné obmedzenie stratí platnosť. To umožňuje zmeny v sieti o viac než 15 % (návrh predpokladá tak zníženie ako aj zvýšenie minimálne potrebných kapacít poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v závislosti od typu a špecializácie poskytovateľa).

MODERNÝ KONCEPT MINIMÁLNEJ SIETE

Moderný koncept minimálnej siete zohľadňuje dva základné parametre:

- geografickú dostupnosť,
- kapacitnú priepustnosť.

Geografickú dostupnosť definujeme ako vzdialenosť bydliska pacienta od sídla poskytovateľa, pričom maximálnou geografickou dostupnosťou rozumieme prípad, ak bydlisko pacienta a sídlo poskytovateľa sú zhodné (t. j. nachádzajú sa v rovnakej obci).

Veľkosť oka minimálnej siete sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čím je zdravotná starostlivosť odkladnejšia a špecializovanejšia, tým môže byť oko minimálnej siete väčšie a tým menší význam v efektívnej dostupnosti zohráva vzdialenosť.

Kapacitná priepustnosť je maximálna kapacita poskytovateľa poskytnúť zdravotnú starostlivosť v určitom časovom úseku určitému počtu pacientov (napr. ak jedno vyšetrenie u špecialistu trvá 20 minút, priepustnosť jeho ambulancie je 24 pacientov za 8 hodín). Priepustnosť pre účely minimálnej siete počítame buď v podobe *zdravotníckych úväzkov* (úväzkov zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou pre poskytovanie príslušnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti) alebo *lôžok* (pre ústavnú zdravotnú starostlivosť).

Kapacitná priepustnosť ambulancií a nemocníc je pritom závislá od *dopytu* (počtu návštev, morbidít, incidencie a prevalencie v kombinácii so štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi ako je frekvencia návštev u chronických pacientov a pod.) a *trvania* poskytovania zdravotnej starostlivosti (dĺžka vyšetrenia, zákroku, hospitalizácie a pod.) pri dodržaní postupov lege artis. Kontrahované kapacity by mali rešpektovať aj regionálne zdravotné potreby obyvateľov. Žiaľ, pri tvorbe návrhu nariadenia nebolo možné tento princíp plne rešpektovať (Rámček 1).

METODIKA

Základom použitej metodiky pre výpočet dostupnosti je matica vzájomných vzdialeností medzi 2912-imi slovenskými obcami. *Dostupnosť je vyjadrená v minútach, pričom tento čas vyjadruje dopravnú vzdialenosť motorovým vozidlom podľa príslušnej Slovenskej technickej normy a charakteru príslušnej cestnej siete*. Matica je dielom Fakulty riadenia a informatiky Žilinskej univerzity.

V metodickom modeli je každá obec zredukovaná na bod. Ak poskytovateľ sídli priamo v obci, pre obyvateľov obce je dostupnosť tohto poskytovateľa „0 minút“, t. j. do úvahy sa neberie dopravná vzdialenosť.

Rámček 1: Pri definovaní minimálnej siete nebola plne zohľadnená chorobnosť obyvateľstva

Zastávame názor, že oba základné parametre (geografická dostupnosť a kapacitná priepustnosť) minimálnej siete by mali rešpektovať regionálne odchýlky v chorobnosti obyvateľstva pri dôležitých diagnózach.

Je však veľmi zložitá určiť regionálnu odchýlku od priemeru, keď:

- údaje o chorobnosti obyvateľstva podľa NCZI sa nezhrmádzajú podľa najzávažnejších diagnóz,
- údaje o chorobnosti podľa NCZI sú nedôveryhodné a neobstojia pri nezávislej analýze.

Dovtedy, kým nebudú dostupné dôveryhodné údaje o chorobnosti obyvateľstva podľa jednotlivých okresov a kľúčových diagnóz, tak budeme musieť priepustnosť odhadovať na základe počtu obyvateľov, čiže jednotkou priepustnosti sa stane počet obyvateľov na jedného lekára príslušnej špecializácie.

Pri tvorbe návrhu nariadenia vlády o minimálnej sieti sme nútení predpokladať rovnomerný výskyt jednotlivých ochorení podľa regiónov. Následne, keď budú dostupné dôveryhodné údaje o chorobnosti obyvateľstva, tak odchýlka v chorobnosti od priemeru v danom regióne bude mať vplyv aj na definíciu geografickej dostupnosti a priepustnosti siete v danom regióne.

nosť v rámci obce. Dostupnosť v zmysle použitej metodiky teda vyjadruje vzdialenosť príslušnej obce od takej obce, v ktorej sídli predmetný poskytovateľ.

Obce, ktoré sa nachádzajú v okruhu dostupnosti poskytovateľa podľa nariadenia (napr. do 30 minút) patria do jeho *spádového územia*. V prípade, ak niektorá obec patrí do spádového územia viacerých poskytovateľov, veľkosť spádu (počet obyvateľov spádového územia) sa medzi nich rovnomerne rozpočítava. Výsledkom je veľkosť spádového územia poskytovateľa.

Stanovenie geografickej dostupnosti má za cieľ prispôbiť hustotu siete poskytovateľov hustote populácie. Doterajšie stanovenie kapacít na krajskej alebo celoštátnej úrovni nereflektovalo nerovnomernosť v hustote osídlenia. Ďalej spádové oblasti zdravotníckych zariadení nie sú totožné s hranicami okresov ani krajov. Napríklad kapacity psychiatrickej nemocnice v Pezinku „patria“ bratislavskému kraju, hoci ich „cezhranične“ využívajú i obyvatelia trnavského kraja.

Kapacitná priepustnosť naväzuje priamo na každé spádové územie poskytovateľa tak, aby úväzky zmluvných poskytovateľov rešpektovali počet poistencov v spádovom území. Poskytovateľ pritom môže mať viac pacientov (slobodná voľba lekára); úlohou normy nie je obmedzovať počet pacientov, ale zabezpečiť pre nich rovnomernú geografickú dostupnosť kapacitne porovnateľne priepustných poskytovateľov.

Vyhodnotenie, či zdravotná poisťovňa uzatvorila kontrakty aspoň v rozsahu minimálnej siete, urobí Úrad pre dohľad na základe počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovni v jednotlivých obciach a na základe počtu a sídli poskytovateľov (Schéma 1).

Podkladové dáta, ktoré sme pri simulácii takéhoto vyhodnotenia používali (zoznam poskytovateľov, ktorým VÚC alebo MZ SR vystavilo povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia), nesú pritom mnohé nepresnosti a chyby. Spôsob ich zberu a skladovania nie je jednotný, nie je dôsledný a nie je vymáhaný v súlade so zákonom. Z podkladových dát nie je zvyčajne zrejme, či je poskytovateľ zmluvný alebo nie, resp. v akom rozsahu je zmluvný (počet úväzkov, ordinačné hodiny a pod.). Typy vydávaných povolení na špecializácie poskytovateľa sa líšia od jedného samosprávneho kraja k druhému. Databázy nie sú zdieľané. Chýba jednotná štruktúra zbieraných dát (*dátová veľa*), pričom zjednoteniu bránia aj legislatívne faktory. Ministerstvu zdravotníctva sme poskytli odporúčania v oblasti zberu a spracovania dát o sieti poskytovateľov.

LŮŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ

Na Slovensku bolo k 15. 7. 2004 spolu **38 518 postelí**, pričom ich využitie bolo v priemere na 64 %, z toho postelí:

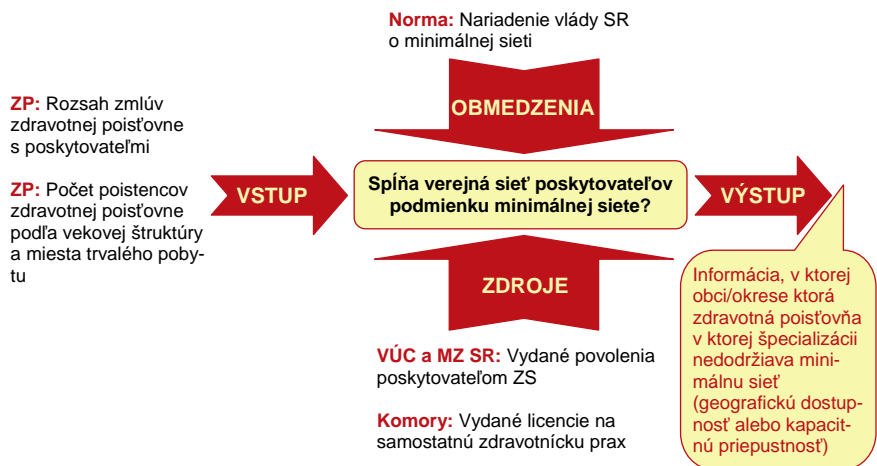
- akútnych 27 995
- chronických 5 882
- psychiatrických 4 641

Pre posúdenie deficitu, resp. prebytku postelí je nutné daný stav postelí konfrontovať s reálnym vyťažením, potrebou a medzinárodnými skúsenosťami. Z hľadiska potreby sme metodicky použili údaje z výkazu ON-4 za rok 2004 a z medzinárodného hľadiska sme použili normu OECD, ktorá vernejšie kopíruje trendy vo vyspelých krajinách. Zároveň v OECD sa nachádzajú aj krajiny ako USA, Austrália, Kanada, či J. Kórea, ktoré majú iný pohľad na ciele a nástroje zdravotnej politiky ako Európa.

Norma OECD definuje nasledovné pokrytie populácie lôžkami:

- 3,60 akútnej postele na 100 000 obyvateľov
- 0,86 chronickej postele na 100 000 obyvateľov
- 0,78 psychiatrickej postele na 100 000 obyvateľov

Schéma 1: Procesný model pre ÚDZS na kontrolu dodržiavania nariadenia vlády o minimálnej sieti



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Použitie normy OECD na celkový počet postelí podľa jednotlivých typov však nedáva odpoveď na štruktúru týchto postelí. Veľmi dôležitým krokom bolo preto určenie správneho pomeru medzi jednotlivými špecializáciami. Tu sme použili údaje o skutočných hospitalizáciách na Slovensku, priemernú vyťaženosť jednotlivých oddelení a skúsenosťnú krivku z USA, z Veľkej Británie a zo Severného Írska. Zároveň sme zohľadňovali charakter a budúci potenciál jednotlivých špecializácií pri akceptovaní súčasných moderných trendov ako jednoduchá medicína, znižovanie doby hospitalizácie, podpora ambulantných foriem liečby a sestier v teréne, či posilňovanie excelentnosti pred univerzálnosťou.

Výsledkom je návrh normy minimálnej siete pre lôžkovú starostlivosť s celkovým počtom **29 148 lôžok**, čo je o 23 % menej, než je reálny stav lôžkového fondu na Slovensku.

NIEKTORÉ ŠPECIFIKÁ NÁVRHU

1) Ambulantná pohotovosť

Lekárska služba prvej pomoci sa do reformných zákonov dostala vďaka poslanckej iniciatíve v druhom parlamentnom čítaní a je legislatívne veľmi zle ošetrená. Za zabezpečenie nepretržitej dostupnosti zdravotnej starostlivosti má byť zodpovedná zdravotná poisťovňa, nie poskytovatelia. Keďže inštitút LSPP je zakotvený v zákone, cez nastavenie minimálnej siete LSPP je možné nastaviť nevyhnutnú dostupnosť ambulantnej starostlivosti v mimopracovnom čase (VAS a stomatológia).

2) Centrá emergency

Pre úspešné fungovanie systému urgentnej medicíny je mimoriadne dôležitý čas, v ktorom záchranný tím dorazí na miesto určenia. Výrazným zvýšením počtu bodov sa tento čas pre 95 percent populácie znížil na 15 minút.⁴⁾ Pre záchranu života a zvýšenie kvality života je mimoriadne dôležité, aby bol pacient prevezený do takého zariadenia, ktoré sa oňho dokáže adekvátne postarať. Z tohto dôvodu by mali byť do minimálnej siete postupne zaradené centrá urgentnej medicíny. Ich súčasťou by mal byť tzv. multidisciplinárny tunel, ktorý v sebe zahŕňa všetky život zachraňujúce funkcie a činnosti.

Urgentná medicína by mala byť stanovená pevnou sieťou. V prvej fáze, do konca roku 2007 sa vybudujú tri centrá – Bratislava, Banská Bystrica a Košice. V druhej fáze, do konca roku 2009 sa dobudujú tri ďalšie centrá Nové Zámky, Žilina a Poprad.

3) Ošetrovateľstvo

Vzhľadom na to, že ošetrovateľstvo je nielen nákladovo efektívne, ale pacientovi poskytuje odbornú starostlivosť v domácom prostredí, predpokladáme zvýšený dopyt po týchto službách v budúcnosti. Oproti súčasnému stavu (603 sestier v minimálnej sieti) sme počet poskytovateľov v tejto odbornosti navrhli zvýšiť na takmer štvornásobok, čo má prispieť k vyššej kvalite zdravotnej starostlivosti a k zníženiu náročnosti na hospitalizáciu.

V nadväznosti na zvýšenie počtu sestier „v teréne“ je potrebné upraviť materiálno-technické a personálne zabezpečenie poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti tak, aby poskytovatelia ošetrovateľskej starostlivosti mohli flexibilne pracovať ako v ambulancii u lekára, tak aj pre pacientov v ich domácom prostredí (napr. zdravotnícky úväzok sestry v rozsahu 0,25 pre jednu ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti).

4) Geriatria vs. interná medicína

V medzinárodnom meradle je termín „interné lôžka“ veľmi flexibilný, lebo sa na nich riešia takmer všetky prípady. Pre potreby Slovenska dnes slúži 4946 interných lôžok (vrátane nefrológie, gastroenterológie, a pod.) pri priemernej obložnosti 72,1 %.

Geriatria je interné oddelenie pre seniorov, na Slovensku dnes má kapacitne 786 lôžok (2,8 % akútnych postelí) s obložnosťou 65 %. Oddelenia takéhoto typu budú v budúcnosti postupne vytlačť interné oddelenie (podľa odhadov nemocníc až 80 % hospitalizovaných na internom oddelení sú pacienti starší ako 65 rokov). Pre potreby minimálnej siete je preto potrebné zvyšovať počet geriatrických oddelení a postupne znižovať internistické postele.

ZÁVER

Keďže návrh nového nariadenia sa po vyhodnotení pripomienkového konania už nedostal na rokovanie Dzurindovej vlády, problematiku minimálnej siete bude musieť riešiť nová vláda. Tá by minimálnej sieti mala venovať veľkú dávku pozornosti, pretože redukcia siete poskytovateľov podporená racionálnym modelom časovej dostupnosti a kapacitnej priepustnosti je jednou z nevyhnutných podmienok zvýšenia efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

HENRIETA MAĎAROVÁ
PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY

1) napr. Opatrenie MZ SR č. 2718/98-A z 31.12.1998
2) napr. Smernice MZ SR z 25. novembra 1997 č. 2911/97-Zb.Pol zaväzovali na dodržiavanie stanovenej siete len vtedajšie krajské úrady a to v procese vydávania povolení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnom zdravotníckom zariadení, ale nezaväzovali zdravotné poisťovne
3) Maďarová, H.: Nedostatky nariadenia vlády o minimálnej sieti poskytovateľov, 2005, http://www.hpi.sk/attachments/Nedostatky_nariadenia_o_minimalnej_sieti.pdf
4) Sieť ZZS určená vyhláškou MZ SR č. 30/2006 Z. z. je pevná a metodika jej tvorby vychádzala z analogických princípov ako návrh minimálnej siete; je založená na dopravnej dostupnosti poskytovateľa do 15 minút od prijatia pokynu koordinačného alebo operačného strediska pre 95 % obyvateľov Slovenskej republiky.