

## OBSAH

- Hodnota poistného kmeňa
- Mimoriadne čísla o raste ekonomiky – čo znamenajú a prečo ich nik nečakal
- Parlament škodí zdraviu
- Rok 2006 v zdravotníctve
- Dlhý a právna forma zdravotníckych zariadení



Fotografia na tejto strane pochádza zo servera [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  
mesačný newsletter  
o zdravotnej politike

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

Tel: +421 2 54 643 051  
Fax: +421 2 54 643 053  
E-mail: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)

## Hodnota poistného kmeňa

Ministerstvo zdravotníctva už niekoľko mesiacov pripravuje a analyzuje viaceré zásadné zmeny v systéme financovania zdravotnej starostlivosti. Aj keď konkrétnu podobu riešenia poskytnú najskôr v úplnom závere tohto roku, už dnes je zrejmé, že minimálne tri zo štyroch rozpracovaných návrhov prikazujú niektorým skupinám poistencov príslušnosť k jednej z dvoch štátnych zdravotných poisťovní. Bez ohľadu na to, či je takéto obmedzovanie slobodnej voľby zdravotnej poisťovne legitímne alebo nie, jeho realizácia by mala bezpochyby významný dopad na všetky súkromné poisťovne.

### POISTENCI NIE SÚ MAJETOK, ALE ZDROJ VÝNOSOV

V prípade, že sa ministerstvo rozhodne pre povinné prepoistenie určitej skupiny resp. všetkých poistencov, musí zároveň zohľadniť účtovné a investičné dopady na subjekty, ktoré toto rozhodnutie negatívne ovplyvní. Ak dnes minister zdravotníctva hovorí, že poistenci nie sú majetkom zdravotných poisťovní, má pravdu. Mýli sa v tom, že pri ich povinnom prepoistení nedochádza k „vyvlastneniu“ pôvodných zdravotných poisťovní.

Poistenci sú kľúčovým zdrojom výnosov zdravotných poisťovní ako aj rozhodujúcim objektom ich nákladov. Ak štát prikáže, čo i len jednému poistencovi, aby sa prepoistil, siaha tým na zdroje príslušnej zdravotnej poisťovne. Získanie resp. udržanie tohto zdroja vyžaduje enormné úsilie a nemalé náklady. S vynaložením tohto úsilia a nákladov, ktoré možno považovať z pohľadu podnikateľského plánu za investíciu do poistného kmeňa, sú spojené očakávania budúcich výnosov a zisku. Zdravotné poisťovne majú na ne legitímne ústavou chránené právo. Je preto nesprávne si myslieť, že štát môže kedykoľvek nariadiť presun poistného kmeňa k inému nákupecovi zdravotnej starostlivosti bez toho, aby musel poskytnúť adekvátnu kompenzáciu subjektom, ktoré o tento kmeň pripravil.

### VÝŠKA KOMPENZÁCIE

Na mieste je otázka, aká kompenzácia by bola v danom prípade adekvátna. Z laického hľadiska by ňou mala byť suma nákladov, vynaložených dotknutými poisťovňami na získanie svojho poistného kmeňa. Uvedený prístup je však príliš zjedno-

### Poisťovne môžu žalovať štát

Neoficiálne sa zatiaľ hovorí, že výška odškodného za všetkých šesť poisťovní by mohla dosiahnuť okolo 36 miliárd korún. Zdravotná poisťovňa Union môže požiadať o pomerne vysoké odškodné. Akcionárom poisťovne je totiž holandská Eureko a Slovensko má s Holandskom dohodu o ochrane investícií.

Zdroj: *SME*, 1. 12. 2006,  
reakcia na pozmeňovacie návrhy  
poslanca P. Obrimčáka (Smer-SD)

dušený a ignoruje viaceré podstatné aspekty investovania majetku. Investori, ktorými sú aj majitelia súkromných zdravotných poisťovní, vyhodnocujú pri svojich rozhodnutiach nielen náklady investície, ale tiež očakávané čisté príjmy z investície, ktoré by mali byť vždy vyššie ako vynaložené náklady.

Vzhľadom k tomu, že investičné zdroje sú obmedzené, investori sa pri voľbe jednej investičnej príležitosti vzdávajú príjmov z iných - alternatívnych príležitostí. U racionálne uvažujúceho investora platí, že pri investíciách s porovnateľnou mierou rizika si vyberie tú alternatívu, ktorá mu prinesie najväčší výnos. Potenciálny zisk zo zamietnutých investičných alternatív zostáva pre investora „benchmarkom“, ktorý musí zvolená investícia prekonať. Preto je pri vyčíslení kompenzácie plynúcej zo straty povinne prepoisteného kmeňa nevyhnutné zohľadniť nielen vynaložené náklady, ale tiež očakávané výnosy nerealizovanej investície.

Pre úplnosť treba dodať, že každá investícia nesie so sebou svoje riziko (miera pravdepodobnosti nenaplnenia očakávaní investora), ktoré musí byť vyhodnotené ešte pred realizáciou investície. Riziko je ovplyvnené množstvom faktorov, vrátane stability právneho prostredia, ktorú garantuje samotný štát. Ak štát naruší stabilitu legislatívneho rámca v tak zásadnej miere ako v prípade povinného prepoistenia, musí mať na zreteli, že spôsobené straty si budú uplatňovať všetci vlastníci súkromných zdravotných poisťovní. Zároveň sa požadovaná náhrada neobmedzí na výšku vynaložených nákladov. Vlastníci súkromných spoločností napriek tomu, že sú v nerovnomernom postavení so štátom, bývajú pri ochrane svojich investícií nekompromisní.

**MICHAL GAJZICA**



6. novembra predložilo ministerstvo zdravotníctva do prípiemienkového konania novú kategorizáciu liekov, ktorá by mala platiť od januára.

7. novembra informoval minister zdravotníctva Ivan Valentovič o záveroch komisie, ktorá analyzovala možnosť odčlenenia petržalského pracoviska od bratislavskej Fakultnej nemocnice s poliklinikou. Komisia toto odčlenenie neodporučila, minister bude jej rozhodnutie rešpektovať.

## MONITORING

(od 1. 11. do 30. 11. 2006)

7. novembra potvrdil minister zdravotníctva Ivan Valentovič plán vzniku fondu na financovanie zvlášť náročných výkonov. Fond by mal slúžiť na financovanie transplantácií, druhej liečby a ďalších výkonov. Prispievať by doň mali aj všetky zdravotné poisťovne.

8. novembra oznámil predseda Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb Andrej Kučinský, že odborový zväz bude presadzovať garantované minimálne mzdy v zdravotníctve. Podľa jeho názoru však nepôjde o návrat k tabuľkovým platom.

9. novembra vyhlásil predseda Asociácie poskytovateľov záchranej zdravotnej služby SR Ján Hencel, že prevádzkovatelia záchranných služieb nesúhlasia so znižovaním platieb záchránkám, ani s možným znižovaním ich počtu.

9. novembra sa predstavitelia Asociácie súkromných lekárov SR a Slovenskej lekárskej komory dohodli na jednotnom postupe pri presadzovaní konkrétnych ekonomických požiadaviek pri rokovaniach k zmluvám so zdravotnými poisťovňami na rok 2007.

## MAKROEKONOMICKÝ KOMENTÁR

# Mimoriadne čísla o raste ekonomiky – čo znamenajú a prečo ich nik nečakal

Už dávno neboli nejaké makroekonomické čísla v SR tak frekventovane komentované médiami, ako posledné údaje o ekonomickom raste. V novembri Štatistický úrad SR zverejnil svoj tzv. rýchly odhad vývoja HDP a vyvolal menší šok: málokto by bol očakával (a verejne nikto), že reálny rast HDP sa takmer dotkne hranice 10 %. Štatistický úrad následne na začiatku decembra potvrdil číslo 9,8 % (za tretí štvrtrok 2006), čo je najvyššia hodnota tempa reálneho rastu HDP v histórii vykazovania HDP na Slovensku. Podobné hodnoty sa v uplynulých dekádach objavovali v juhovýchodnej Ázii, prípadne nedávno v pobaltských republikách (konkrétne v Lotyšsku).

Po zverejnení tzv. rýchleho odhadu dát za tretí štvrtrok často zaznievala aj otázka, či nedošlo k chybe v podobe duplicitného započítania nejakých položiek. Ale po tom, ako bola táto hodnota potvrdená, môžeme konštatovať nasadenie koruny na aj tak už veľmi dobré výsledky ekonomického rastu v SR v období posledných troch rokov. V súvislosti s publikovaným mimoriadne dobrým výsledkom možno položiť nasledovné otázky:

### • PREČO ZOSTALA ODBORNÁ VEREJNOSŤ PREKVAPENÁ?

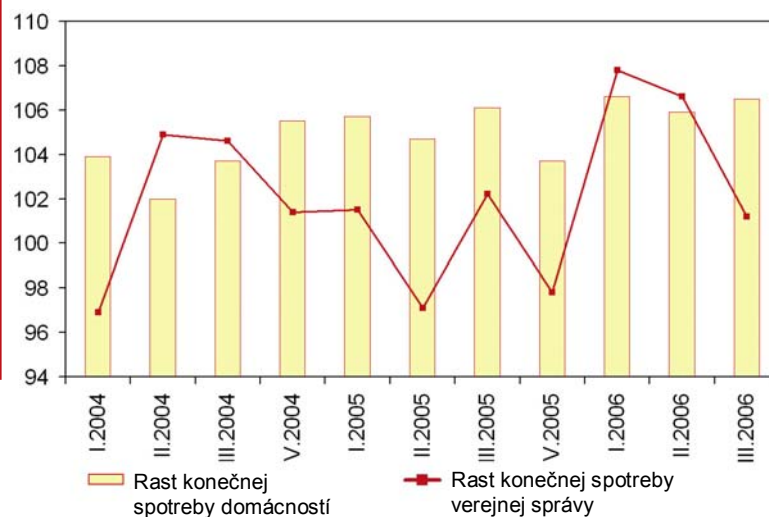
V poslednej dobe sa nestávalo, že by sa prognózy tempa rastu HDP (a to vrátane krátkodobých prognóz Štatistického úradu) tak významne odchyľili od skutočnosti. Organizácie zaoberajúce sa prognózami ekonomiky SR boli prehnane opatrné pri predpovedaní ekonomického rastu. Zrejme vychádzali (podobne ako my) z princípu opatrnosti, ktorý bránil tomu, aby publikovali čísla nemajúce v histórii SR obdobu.

Navyše k mimoriadnemu výsledku dopomohli práve tie najhoršie predikovatelné komponenty v štruktúre HDP:

- Dobře predvídateľná je konečná spotreba domácností, tvoriaca asi polovicu použitia HDP. Tá reálne vzrástla o 6,5 %, čo je vzhľadom na doterajšie tendencie celkom predvídateľné a v podstate „nezaujímavé“ číslo (Graf 1).
- Stredne spoľahlivo možno predvídať spotrebu verejnej správy, vývoj exportu a importu (Grafy 1 a 2). Ani tu sa nič mimoriadne nestalo. Spotreba verejnej správy slabšie rástla (v stálych cenách o 1,2 %), reálny rast vývozu mierne predstihol rast dovozu (čo je však zase očakávaným dôsledkom rozmachu niektorých priemyselných výrobov po začatí prevádzkovej fázy veľkých zahraničných investícií).
- Ešte vyššie riziko sa viaže k predpovedi tvorby hrubého fixného kapitálu. Ani tu však nevzniklo prekvapenie: reálny rast o 6,7 % je síce chvályhodný, ale extrémna hodnota rastu HDP sa tým nevysvetlí.
- Veľmi zle predvídateľná je však zmena stavu zásob. Ide o veľmi nestabilnú premennú. A práve tu zaznamenávame v treťom štvrtroku zvýšenie o viac ako 16 mld. Sk (v stálych cenách), čo je viac ako polovica celkového objemu prírustku HDP (29,9 mld. Sk). Prudký výkyv v stave zásob znamená prudký výkyv aj v tvorbe hrubého kapitálu (Graf 3).

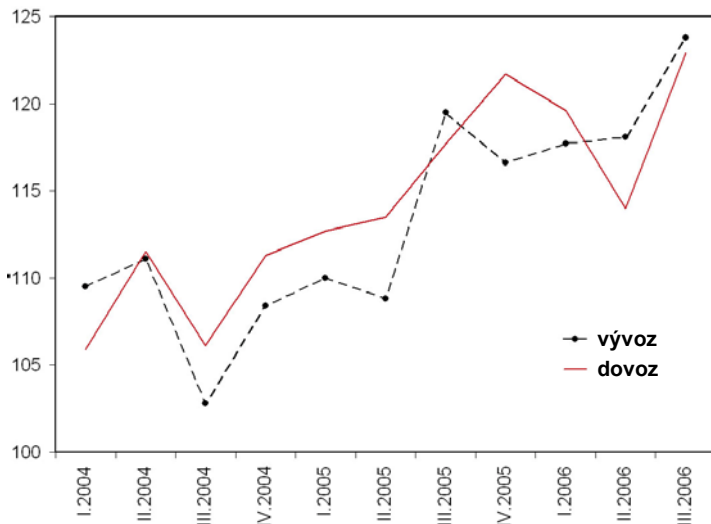
Zo stránky použitia HDP teda môžeme zhrnúť, že extrémna hodnota rastu vznikla ako

Graf 1: Index reálneho rastu spotreby (index, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



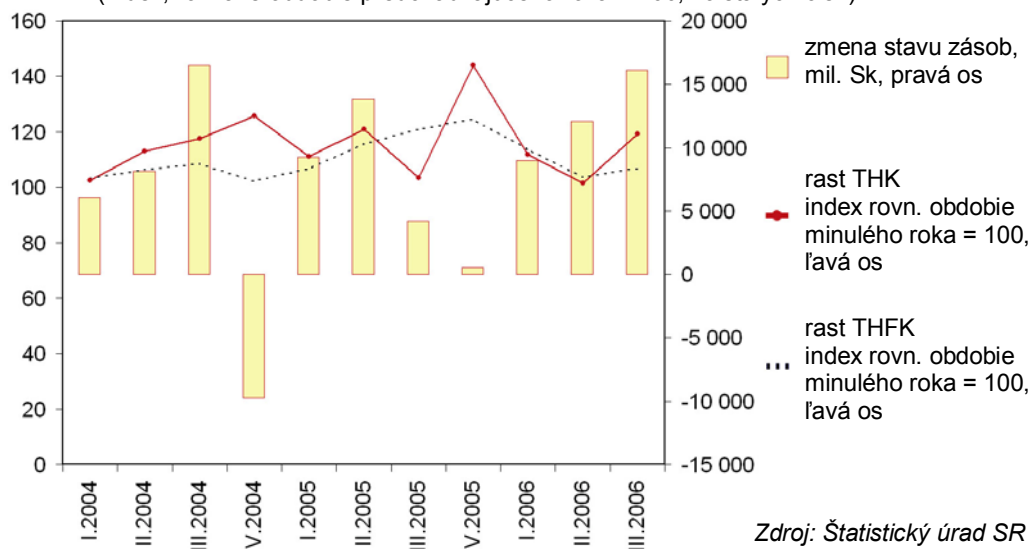


**Graf 2: Index reálneho rastu vývozu a dovozu výrobkov a služieb**  
(index, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

**Graf 3: Vývoj tvorby hrubého kapitálu (THK) a jeho zložiek: fixného kapitálu (THFK) a zásob**  
(index, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100, zo stálych cien)



Zdroj: Štatistický úrad SR

súčet správne očakávaných silných prírastkov spotreby domácností, exportu či tvorby fixného kapitálu a mimoriadneho prírastku volatilnej, ťažko predvídateľnej položky zásob. Tieto zásoby môžu kedykoľvek významne klesnúť (pozri v Grafe 3 prípad konca roka 2004) v dôsledku ich premeny na iný spôsob konečného použitia.

Silný rast zásob je spojený s realizáciou veľkých investícií. Je veľmi zle odhadovateľné, kedy a v akej miere realizované rozsiahle projekty zahraničných investorov prispievajú k tvorbe HDP. Preto je istá zdržanlivosť v prognózach pochopiteľná.

Pri pohľade zo stránky tvorby HDP si možno všimnúť, že hlavný determinant HDP, ktorým je tzv. hrubá pridaná hodnota, nerástol o nič rýchlejšie ako v predchádzajúcich štvrťrokoch (Graf 4). Opäť prudko vzrástla iná volatilná premenná, ktorou sú čisté dane z produkcie (alebo dane mínus subvencie).

**EXISTUJE ŠANCA PRE POKRAČOVANIE?**

Je fakt, že veľmi vysoký rast HDP môže aj naďalej pretrvať a môže aj naďalej pevne stáť na viacerých pilieroch (spotreba domácností, tvorba kapitálu aj export). Je však menej pravdepodobné, aby sa miera ekonomického rastu dlhšie držala na takej hodnote ako za tretí štvrťrok. Je možné, že naakumulovaná značná masa zásob sa „rozpustí“ medzi iné položky (asi hlavne medzi tvorbu fixného kapitálu a export). Tempo rastu HDP síce zrejme poklesne, ale na hodnotu, ktorá bude ešte stále mimoriadne priaznivá (okolo 8 %). Tento odhad môže vzhľadom na čerstvú skúsenosť pôsobiť znovu konzervatívne. Upozorňujeme však na väčšie nebezpečenstvo toho, keby sme po desaťpercentom raste v jednom štvrťroku automaticky očakávali rovnakú alebo vyššiu hodnotu aj ďalej a výsledok by bol nakoniec horší.

12. novembra nadobudol právoplatnosť súhlas Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na zlúčenie zdravotných poisťovní Sideria a Dôvera. Poisťovne dostali na zlúčenie 90 dní od právoplatnosti rozhodnutia.

15. novembra vyjadrilo Združenie zdravotných poisťovní SR svoj kritický postoj k návrhu ministerstva zdravotníctva, podľa ktorého by mali byť poisťenci štátu povinne poistení v štátnej zdravotnej poisťovni. Združenie vníma takýto návrh ako nezodpovedný, neprijateľný a nesystémový.

15. novembra sa novým riaditeľom banskobystrickej Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta stal doterajší námestník pre LPS, neurochirurg Ján Šulaj, brat podpredsedu strany Smer-SD a generálneho riaditeľa Daňového riaditeľstva SR Igora Šulaja.

20. novembra zverejnil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou výsledky analýzy využitia mamografů. Záver: mamografy sa na Slovensku nevyužívajú efektívne. Dôvodom, pre ktorý je počet mamografických vyšetrení v niektorých krajoch nízky, je zrejme nedostatočná organizácia práce, ale aj nedostatočná osвета či znalosť nárokov na preventívne vyšetrenia, oznámil úrad.

25. novembra, na volebnom sneme Slovenskej lekárskej komory, bol novým prezidentom komory zvolený Ján Valjan, ktorý tak nahradil doterajšieho prezidenta Petra Mihálika.

30. novembra zastavil Proti-monopolný úrad SR konanie vo veci zlúčenia zdravotných poisťovní Sideria a Dôvera. Poisťovne sa tak môžu zlúčiť.

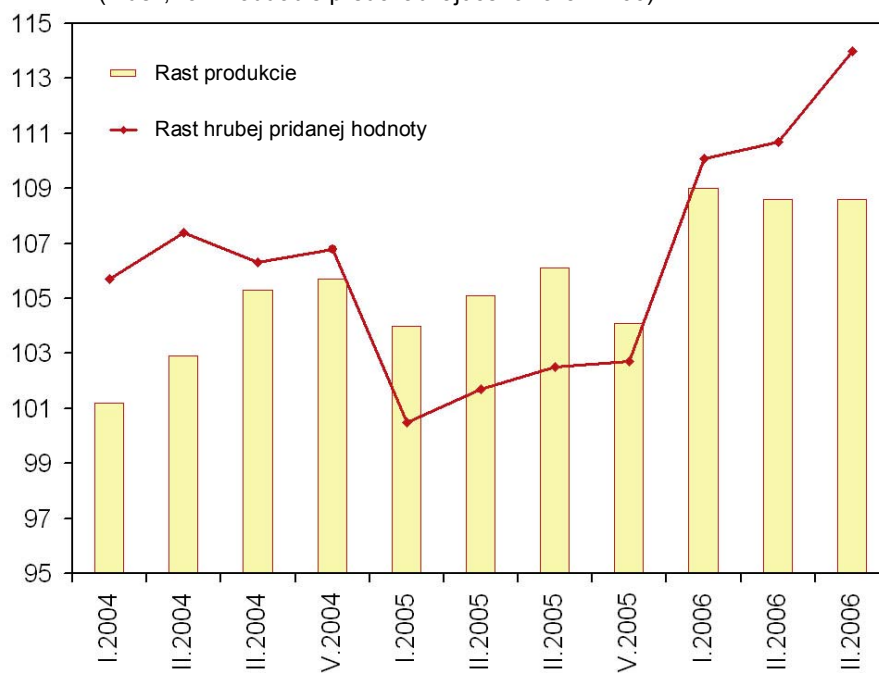
### • KTO SA TAKÝMTO RASTOM MÁ PÝŠIŤ?

Tvorcom fiškálnej politiky zistené hodnoty o ekonomickom raste určite pomôžu: zmierni sa tým potreba fiškálnej disciplíny, veď pri silnom raste HDP klesá podiel deficitu verejnej správy na HDP. Podľa pôvodných prognóz rastu sa mal v absolútnych číslach objem HDP zvýšiť o približne 40 mld. Sk (tu ide o bežné ceny). Namiesto toho sa zvýšil o 51 mld. Sk. Celkovo pre spoločnosť to znamená 11 mld. Sk „k dobru“. Ak zoberieme do úvahy, že o niečo viac ako tretinu vytvorených zdrojov prerozdelí verejný sektor, tak to znamená aspoň 3,5 mld. dodatočných zdrojov pre verejný rozpočet. A je čo politicky rozdeľovať.

V politickej rovine okamžite začal spor o privlastnenie si zásluh za takýto výsledok (ktorý by bol za „normálnych“ okolností výsledkom posledného štvrtroka končiacej vlády, vďaka predčasným voľbám bol výsledkom prvého štvrtroka nastupujúcej vlády). HDP nie je veličina, ktorá by sa menila rýchlo, podľa nejakých náhlych vplyvov (v tom sa líši napr. od výmenného kurzu). Má značnú tendenciu k zotrvačnosti. V momentálnom raste HDP sa prejavujú dlhodobé rastové faktory. Pravda, je možné tempo rastu HDP aj krátkodobo ovplyvniť napr. náhlou expanziou verejných výdavkov,

**Graf 4: Tempo medziročného reálneho rastu produkcie hrubej pridanej hodnoty**

(index, rovn. obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

toto však nie je prípad súčasného Slovenska (tu znovu pripomíname nízke číslami) vzniklo kumulovaním vplyvov tempo rastu spotreby verejnej správy). zlepšovania podnikateľského prostredia Predpokladáme skôr, že vysoké tempo v uplynulých rokoch a vplyvu veľkých rastu (ktoré existovalo aj pred tretím štvrtrokom 2006, hoci s „umiernenějšími“

KAROL MORVAY

## Krátko o aktuálnych tendenciách

**V konjunktúrnych testoch sa odráža nárast optimizmu spotrebiteľov.** Indikátor ekonomického sentimentu, typický viaczožkovy indikátor konjunktúry sledovaný Štatistickým úradom SR, dosahoval počas jesenných mesiacov pozoruhodne priaznivé úrovne. Takéto indikátory zvyčajne dobre odrážajú stav očakávaní v ekonomike. V štruktúre tohto indikátora možno badať relatívne dobré - nie však jedinečné - úrovne indikátora dôvery v priemysle či v stavebníctve, jedinečné sú však výsledky indikátora spotrebiteľskej dôvery. Indikátor spotrebiteľskej dôvery, ktorý odráža očakávania domácností ohľadne svojej kúpnej sily a budúcej spotreby, dosahuje najvyššie hodnoty za posledných 9 rokov. Pri podrobnejšom pohľade na vývoj indikátora v roku 2006 asi zaujme fakt, že sa skokovito zlepšil v druhej polovici roka: v „povolebných“ mesiacoch má podstatne lepšie hodnoty ako v „predvolebných“, hoci vývoj ekonomiky sa nijak podstatne nezmenil.

Indikátor vychádza zo subjektívnych názorov respondentov. Preto jeho výsledky môžu byť ovplyvnené náladami v spoločnosti a inými masovopsychologickými javmi. Indikátor je výsledkom číselného bodovania subjektívnych názorov občanov na predpokladaný vývoj ekonomiky, na vývoj

nezamestnanosti, na predpokladaný vývoj finančnej situácie a vývoj úspor vo vlastnej domácnosti. Respondenti v jesenných mesiacoch roka 2006 podstatne pozitívnejšie oproti minulosti hodnotili vývoj predpokladanej nezamestnanosti a trochu pozitívnejšie vnímali očakávanú finančnú situáciu v domácnosti. Je pravdepodobné, že pod mimoriadne dobrý výsledok tohto indikátora sa podpísali jednak objektívne vývojové tendencie v ekonomike (dlhodobá klesajúca miera nezamestnanosti, rast reálnej mzdy), ale aj masovopsychologické javy súvisiace s konaním vlády (odmietanie zvyšovania cien v energetike, sľuby vlády v sociálnej oblasti a paternalistické postoje).

**Za rok pribudlo 85 tisíc pracujúcich.** Skvelé makroekonomické výsledky v treťom kvartáli sa netýkali iba HDP. Pokračuje totiž aj na pomery slovenského trhu práce nevídaný rast zamestnanosti. V treťom štvrtroku sa podľa výberového zisťovania pracovných síl medziročne zvýšil počet pracujúcich osôb o 85,1 tis. (o 3,8 %). Miera nezamestnanosti (takisto podľa výberového zisťovania pracovných síl) v treťom štvrtroku klesla na hodnotu 12,8 % (čo bola najnižšia úroveň od 4. štvrtroka 1998).

KAROL MORVAY

# Parlament škodí zdraviu

Prečo sú návrhy, ktoré môžu zásadne zmeniť systém zdravotníctva, predkladané tak pokútne, narychlo a aká je skutočná motivácia tých, ktorí riadia zdravotnú politiku? Čoraz naliehavejšie otázky.

Zdravotná politika nie je tvorená transparentne na ministerstve zdravotníctva, ale zliepa sa tajne, po kúskoch, bez jasnej vízie na chodbách parlamentu. Kto o tom dosiaľ pochyboval, po minulotýždňovom rokovaní zdravotníckeho výboru parlamentu už nemôže.

## FORMA A OBSAH

Tí, ktorí prijímajú rozhodnutia – teda najmä minister zdravotníctva Ivan Valentovič a predseda parlamentu Pavol Paška – si doslova prehadzujú novinárov a každý sa tvári, že práve jeho sa tá-ktorá vec v podstate netýka. Akýkoľvek návrh je len „predbežný“, „pracovný“ a vraj sa o ňom v správny čas ešte len bude diskutovať. Lenže diskusia neprebíha a snaha obísť pri štandardnom legislatívnom procese povinné pripomienkové konanie je evidentná – napríklad tým, že už niekoľko návrhov bolo predložených vo forme poslaneckých iniciatív, respektíve pozmeňujúcich návrhov k nim. Odborná verejnosť tak nedostáva priestor ani čas jednotlivé návrhy dostatočne preštudovať a vyjadriť sa k nim. Toto je však len problém štýlu, podstatnejší je obsah zmien, o ktoré sa predstavitelia strany Smer usilujú.

Tu však nie je hodnotenie o nič lichotivejšie. Z predkladaných návrhov vyplýva, že ich pripravujú ľudia, ktorí nemajú základný prehľad o štandardných nástrojoch zdravotnej politiky. Takým je aj pozmeňovací návrh poslanca Smeru Petra Obrimčáka k novele zákona o zdravotných poisťovniach, ktorého ambíciou je vykonať dve zásadné zmeny v zdravotnom poistení – zaviesť takzvaný spoločný účet a tiež povinnosť použiť kladný hospodársky výsledok zdravotných poisťovní len na úhradu zdravotnej starostlivosti. Prečo sú tieto návrhy nebezpečné?

## SPOLOČNÝ ÚČET KORUPCIE

Legislatívna úprava spoločného účtu na financovanie zvlášť náročnej liečby je problematická z viacerých dôvodov. Návrh zaväzuje ministerstvo zdravotníctva zriadiť samostatný účet, na ktorý budú všetky zdravotné poisťovne povinne

poukazovať predpísanú čiastku za každého svojho poistenca. Ročne je na tomto účte možné naakumulovať až 12,84 miliardy korún, čo by v roku 2007 predstavovalo 14 percent z príjmov zdravotného poistenia. Absolútnu právomoc rozhodovať o spôsobe nakladania s týmito prostriedkami, o definovaní zoznamu preplácaných výkonov a mechanizmov úhrady by dostali ministerskí úradníci. Ak budú pravidlá stanovené vo vyhláske, dozorná rada, zložená z neznámeho počtu zástupcov ministerstva, úradu pre dohľad a zdravotných poisťovní bude vykonávať len úlohu štatistu. Inak povedané, minister by tak získal možnosť nakladať v rámci systému s vyše 12 miliardami korún ročne, na ktoré dnes prakticky nemá dosah.

Kto ponesie zodpovednosť za to, ako sa budú tieto peniaze používať a kto bude vykonávať kontrolu, keď už nepôjde o prostriedky zdravotných poisťovní ani ministerstva? Úradníci na ministerstve získajú jednoduchý a nekontrolovateľný nástroj manipulácie poskytovateľov, patientskych organizácií aj samotných pacientov. Prípadne nástroj na odmeňovanie spriaznených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Nesystémové je aj zvýhodňovanie niektorých poistencov pred inými bez explicitného definovania solidárneho balíka zdravotnej starostlivosti a priorit v zdravotných rizikách. Zdroje na zdravotníctvo sú obmedzené a už v súčasnosti nestačia na krytie bezbrehého dopytu po zdravotnej starostlivosti. Ak pri nedefinovanom solidárnom balíku budú niektoré výkony prednostne hrazené, menej prostriedkov zostane na ambulantnú starostlivosť, prevenciu, diagnostiku, lieky, ale aj na „obyčajné“ výkony ústavnej starostlivosti (napríklad akútne zápal slepého čreva). Zároveň je možné očakávať, že lekári, poskytujúci privilegované výkony, sa budú snažiť vyčerpať vyčlenený limit za každú cenu a budú poskytovať tieto výkony aj osobám, ktoré ich v skutočnosti nepotrebujú alebo ich už nevyužijú (napríklad transplantácie osobám starším ako 75 rokov). Dokázať takéto neefektívne nakladanie so zdrojmi bude zložitá, keďže pozmeňovaciemu návrhu nepredchádzala žiadna analýza o tom, ktorá finančne náročná liečba dnes nie je adekvátne hrazená. Z reakcie ministerstva vyplýva, že sa v najbližšom čase nijaká ani nechystá.

Tabuľka 1: Aktualizované základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2003	2004	2005	2006 predikcia	2007 predikcia
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	4,2	5,4	6,1	8,0	7,5
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	0,1	3,8	7,2	6,6	6,4
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	3,9	2,0	0,5	4,5	4,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	-2,3	5,0	13,8	10,8	7,5
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-1,9	-2,7	-4,5	-4,0	-1,0
Miera medzioročnej inflácie	%	8,5	7,5	2,7	4,4	2,7
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	17,4	18,1	16,3	13,6	13,1
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	6,3	10,2	9,2	8,0	7,6
Medzioročná zmena reálnej mzdy	%	-2,0	2,5	6,3	3,4	4,8
Zmena počtu pracujúcich (zamestnanci aj podnikatelia spolu)	%	1,8	0,3	2,1	3,5	1,9

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI, 2006

### AKO ŠTANDARDNE PREROZDEĽOVAŤ VEĽKÉ FINANČNÉ RIZIKÁ

Ak by sa dokázalo, že poisťenci, vyžadujúci finančne zvlášť náročnú liečbu nie sú rozdelení v poisťovniach rovnomerne, systémovým riešením je rozšírenie parametrov prerozdeľovania poisťného. V súčasnosti sa vyrovnávanie zdravotných rizík medzi zdravotnými poisťovňami vykonáva na základe veku a pohlavia poisťencov. Tento mechanizmus je možné jednoducho rozšíriť o ďalší parameter, pričom sa ponúkajú dve možnosti.

Prvou je prerozdeľovanie časti nákladov na finančne zvlášť náročnú liečbu cez „high risk pool“. Ak náklady na liečbu poistenca bez ohľadu na diagnózu prekročia stanovenú hranicu, napríklad 1 milión korún, zdravotná poisťovňa dostane z rozdielu medzi skutočnými nákladmi (1,2 milióna) a hranicou (1 milión) kompenzáciu vo výške napríklad 75 percent z tohto rozdielu. Niektoré krajiny majú túto kompenzáciu vo výške 60 percent (Nemecko), iné vo výške 80 percent (ČR). Zdravotná poisťovňa je naďalej nútená nakupovať starostlivosť efektívne, lebo sama znáša časť rizika. Na kompenzácií časti nákladov nad limit by sa ostatné poisťovne podieľali pomerne.

Druhou možnosťou je prerozdeľovanie nákladov na liečenie vybraných diagnóz, pričom prerozdeľovací mechanizmus by sa rozšíril o parametre definujúce zdravotný stav. Zavedenie tohto systému vyžaduje zvýšenie disciplíny vo vykazovaní diagnóz a zavedenie ďalších identifikačných parametrov, napríklad poskytnutý zdravotný výkon, aby sa zabránilo nekontrolovateľnému vykazovaniu vybraných diagnóz. Podľa analýzy HPI je súčasné vykazovanie diagnóz lekármi nepresné a arbitrárne. Priemerný počet diagnóz vykázaných lekármi na jedného chronického pacienta je až 30, v rozpätí 5 až 60 diagnóz. Je zřejmé, že ide o chybovosť kódovania. Ako inak si možno vysvetliť, že podľa výkazov zdravotných poisťovní lekári na Slovensku ročne vykážu viac ako 10 prípadov cholery? Má prvý kód v klasifikácii – A00.

#### HRIEŠNY ZISK?

Druhým veľmi vážnym návrhom je snaha donútiť zdravotné poisťovne použiť kladný hospodársky výsledok výlučne na úhradu zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom roku. Odôvodnenie poslanca Obrimčáka, ktorým vysvetľuje snahu zakázať zdravotným poisťovňám štandardné použitie

zisku, vychádza z mýtu, že poskytovanie a zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti je poslaním, pri ktorom nemožno dosahovať zisk. Návrh je v rozpore so všeobecne akceptovaným pravidlom, že každému za prácu alebo znášanie rizika prináleží spravodlivá odmena.

Navrhovaná novela zákona tiež ignoruje skutočnosť, že väčšina subjektov v zdravotníctve má právo dosahovať zisk – napríklad farmaceutické spoločnosti, ambulantní lekári, dodávatelia zdravotníckej techniky, ako aj zdravotnícka eseročka poslanca Obrimčáka. V niektorých prípadoch je toto právo dokonca aj legislatívne regulované, napríklad marža lekárníkov je stanovená zákonom na úrovni 21 percent. Na základe dostupných údajov sa odhaduje, že miera ziskovosti farmaceutických spoločností dosahuje 14 percent, lekární a výdajní zdravotníckych pomôcok 7 percent, distribútorov liekov a zdravotníckych pomôcok 5,5 percenta a ostatných poskytovateľov a ich dodávateľov 5 percent. Podľa tohto odhadu potom celkový zisk v zdravotníctve dosiahol v roku 2005 objem 7,4 miliardy korún, čo predstavuje 10 percent z celkových zdrojov. Zdravotné poisťovne prevzali ako akciové spoločnosti plnú zodpovednosť za efektívne využitie zverených prostriedkov na nákup zdravotnej starostlivosti a zároveň dostali právo podieľať sa na zisku v sektore. Ostatné subjekty – farmaceutické spoločnosti, lekárenský reťazec, dodávatelia zdravotníckeho materiálu a technológií a poskytovatelia v nich dostali rovnocenného súpera, ktorý má vysokú motiváciu kontrolovať každú vynaloženú korunu. Ak by poslancový návrh prešiel, vzniknutá nerovnováha v motiváciách by viedla k opätovnému rastu dlhu a znižovaniu kvality poskytovanej starostlivosti.

Zásadné návrhy poslanca Smeru parlamentný výbor pre zdravotníctvo neschválil. Je však pravdepodobné, že poslanec Obrimčák ich opätovne predloží na schválenie v pléne parlamentu. Takto pokútne presadzované kľúčové zmeny vyvolávajú vážne otázky o tom, kto v skutočnosti určuje zdravotnú politiku a akú má motiváciu. Zvýšenie kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti ňou celkom iste nebude.

HENRIETA MAĎAROVÁ  
PETER PAŽITNÝ

článok bol uverejnený v časopise .tyždeň č.49/2006

## Návrh na redukcii siete: V Bratislave pribudnú lôžka a celkovo sa zruší 40 % všetkých chronických postelí...

Ministerstvo zdravotníctva si dalo vypracovať analýzu siete ústavnej zdravotnej starostlivosti. Ako uviedol minister Ivan Valentovič na tlačovej besede 21. decembra 2006, analýza ukázala, že na Slovensku je 6 193 prebytočných lôžok a sieť sa musí reštrukturalizovať. Minister uviedol, že zatiaľ nie je jasné, ktoré kapacity sa budú redukovať, na ťahu sú podľa neho najmä VÚC.

Analýza zohľadňovala pri kalkuláciách migráciu obyvateľstva a oprela sa najmä o normatívy z Rakúska. Výsledkom je návrh na zrušenie 9 % všetkých akútnych lôžok (Tabuľka 1), 40 % všetkých chronických lôžok a 29 % všetkých psychiatrických lôžok. Podľa návrhu by najviac lôžok (až 2 062) malo byť zrušených v Prešovskom samospráv-

nom kraji, v Bratislave by naopak mali lôžka pribúdať (+ 81).

Analýza Health Policy Institute pre ministerstvo zdravotníctva uskutočnená v máji 2006 dospela k podstatne odlišnému návrhu redukcie minimálnej siete tak v štruktúre (Tabuľka 1), ako aj

v geografickom rozložení tejto redukcie. K téme minimálnej siete sa preto v januárovom newsletteri vrátíme v podrobnom zhodnotení ministrom Valentovičom prezentovanej analýzy potrieb lôžkových kapacít.

TOMÁŠ SZALAY

Tabuľka 1: Porovnanie potrieb lôžkových kapacít podľa aktuálnej analýzy ministerstva zdravotníctva a návrhu HPI so skutočnosťou 2005

typ lôžka	počet lôžok				
	skutočnosť 2005	potreba (návrh MZ)	rozdiel	potreba (návrh HPI)	rozdiel
Akútne lôžka	26 580	24 117	- 2 463	19 937	- 6 643
Chronické lôžka	6 089	3 647	- 2 442	5 232	- 857
Psychiatrické lôžka	4 462	3 175	- 1 287	4 196	- 266
Spolu	37 131	30 938	- 6 193	29 365	- 7 766

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2006 a Health Policy Institute, 2006

# Rok 2006 v zdravotníctve

**Vymenovanie Ivana Valentoviča za nového ministra zdravotníctva 4. 7. 2006** rozťalo práve sa končiaci rok na dve polovice. Kým jeho predchodca Rudolf Zajac ako prvý minister zotrval na tomto poste celé volebné obdobie, budúcnosť súčasného ministra sa ráta už len v mesiacoch.

Výrazný rozdiel v životnosti vyplýva z odlišnosti týchto osôb. Mimoriadne silná pozícia Rudolfa Zajaca v minulej vláde sa odvíjala od jasnej vízie, silnej pozície v sektore a proreformnej nálady celej vlády. Naopak, súčasnému ministrovi chýbajú všetky tri atribúty. Nemá víziu, nevládne svojmu rezortu a nálada vo vláde sa dá charakterizovať všelijako, len nie ako proreformná.

## DO 4. 7. 2006: RUDOLF ZAJAC

Pozícia Rudolfa Zajaca v poslednom polroku Dzurindovej vlády bola najmenej stabilná spomedzi jeho štvorročného funkčného obdobia. Bolo to dané stratou jeho oficiálneho politického krytia (rozpad ANO), žltou kartou od premiéra (ktorú dostal v januári) a hlasovaním

o vyslovení nedôvery (vo februári). Za jeho odvolanie vtedy hlasovalo 68 poslancov. Všetci komunisti z KSS, celý klub HZDS (s výnimkou neprítomného Karlína), všetci poslanci SMER-u (okrem neprítomného Hanzela), kompletne Slobodné Fórum, jeden poslanec ANO (Kuljaček) a jediný poslanec SDKÚ (Devínsky).

Za Zajaca sa jednoznačne postavili len (24) poslanci: celý klub KDH (s výnimkou Bielika, Brocku a Sabolovej), poslanci ANO (okrem spomínaného Kuljačka) a niektorí nezávislí poslanci. Paradoxne, z SDKÚ, ktorá sa politicky hlási k reforme zdravotníctva sa všetci poslanci zdržali. Medzi nimi aj Viliam Novotný, ktorý Zajacovu reformu najviac podporoval.

Postupné oslabovanie Zajacovej pozície sa prejavilo na (ne)presadzovaní nevyhnutných opatrení súvisiacich s reformou. Z hľadiska zdravotnej politiky Zajac stihol predstaviť dve významné technické normy (katalóg výkonov a nariadenie o minimálnej sieti) a dokončiť nábeh záchrániek. Katalóg výkonov je mimoriadne dôležitý, lebo definuje jednotnú terminológiu s jasným obsahom pojmov a je predpokladom na vytvorenie zoznamu zdravotných výkonov, ktorý definuje štandardné diagnostické a liečebné postupy, ktoré možno vykazovať pri jednotlivých diagnózach. Nová definícia minimálnej siete je dôležitá pre zabezpečenie rovnakého prístupu všetkých poistencov k zdravotnej starostlivosti. Toto zabezpečenie vyplýva z dobrej definície časovej dostupnosti a kapacitnej priepustnosti ponukovej stránky systému. Nariadenie sa síce dostalo cez pripomienkové konanie, ale vláda ho už nestihla schváliť.

Za najväčšie sklamanie je možné považovať rozhodnutie premiéra Dzurindu zablokovať transformáciu štátnych nemocníc z príspevkových organizácií na akciové spoločnosti, ktoré bolo vysvetľované predčasnými voľbami a ospravedlňované nezmyselným štrajkom zdravotníkov. Štrajkujúci síce oficiálne bojovali za vyššie mzdy, ale v skutočnosti išlo o blokádu transformácie nemocníc na akciovú spoločnosť. Tá by raz a navždy vyriešila otázku ich majetku, hospodárenia, odmeňovania zamestnancov a postavenie na trhu. Krátkodobý cieľ (potenciálny politický zisk vo voľbách), tak vytlačil cieľ dlhodobý (štandardne fungujúce nemocnice).

Reforma zdravotníctva spustená v roku 2004 tak zostala nedokončená (a veľmi zraniteľná) najmä v oblasti ponukovej strany systému. Najväčším problémom ktoré nový minister zdedil tak nebolo financovanie systému, ani zdravotné poisťovne, ale zlá situácia v štátnych nemocniciach.



#### OD 4. 7. 2006: IVAN VALENTOVIČ

„Smerovanie“ zdravotnej politiky od júla 2006 nemá jasné kontúry. Pozícia ministra Valentoviča je veľmi slabá. Nepredstavil žiadnu víziu fungovania zdravotníctva, nemá odborné kapacity na makroekonomické prognózovanie a veľmi ľahkovážne začal sľubovať veci, na ktoré nemá finančné krytie.

Legislatíva sa vykonáva cez pozmeňovacie návrhy poslancov v druhom čítaní v parlamente bez vedomia ministra. Je pravda, že aj minister Zajac, niektoré zmeny vykonával v druhom čítaní, ale išiel ich do parlamentu obhajovať sám. Valentovič sa však od poslancových návrhov úplne dištancoval a demonštroval tak svoje slabé postavenie v rezorte. Čo je horšie, ministra nezaujímali ani prípadné dopady týchto opatrení na fungovanie sektora.

Jediným spoločným menovateľom doterajšieho pôsobenia nového ministra zostáva zmäkčovanie prostredia a centralizácia kompetencií. Vláda doteraz stihla znížiť poplatky na 0 Sk (pri receptoch na 5 Sk), čím poskytovateľov a poisťovne pripravila o reálne 2,5 mld. Sk. Zavedením ochrany pred exekúciami sa poslanci snažili nesystémovo riešiť narastajúci dlh nemocníc. Ústavný súd však predbežným opatrením pozastavil platnosť tohto ustanovenia pre rozpor s ústavou.

Neštandardné zvýšenie poistnej sadzby štátu zo 4 % na 5 % len na prvé štyri mesiace roka 2007 ako aj nezmyselné preradenie liekov do nižšej sadzby DPH demonštrujú veľmi nízky cit ministra pre stabilitu a vypočítateľnosť verejných financií.

Za najväčší zásah do zdravotného systému však môžeme jednoznačne považovať návrh poslancov Valockého a Zvonára, ktorým sa vláde umožňuje kedykoľvek odvolať predsedu a jednotlivých členov správnej rady úradu pre dohľad. Úrad pre dohľad týmto stratil svoje nezávislé postavenie a dostáva sa do vážneho konfliktu záujmov.

Prijaté zmeny ako aj informácie, ktoré prenikajú o pripravovanom zákone o verejnoprávnom postavení zdravotných poisťovní naznačujú, že súčasná moc sa rozhodla vybudovať štátne zdravotníctvo. Chce štát posunúť z pozície efektívneho regulátora do úlohy dominantného hráča – normotvorcu (MZ a poslanci), nákupcu (len jedna poisťovňa), poskytovateľa (štátni sú



najlepší) a kontrolóra (ovládnutie úradu pre dohľad). Táto „štvorrola“ zakladá do budúcnosti vysoké riziká pre stabilný rast zdravotného trhu:

- **Legislatíva nebude koordinovaná** a navzájom sa budú prebíjať vláda a parlament a nikto vlastne nebude zodpovedný za zdravotnú politiku
- **Štát bude uprednostňovať svoje poisťovne** – postaví ich do privilegovaného postavenia, resp. sa bude snažiť vytvoriť len jednu – monopolnú poisťovňu
- **Štát bude operatívne riadiť nemocnice**, pričom ich bude ovplyvňovať centrálnymi rozhodnutiami
- **Dohľad bude závislý od MZ SR**

#### BRUTE FORCE UŽ STAČÍ NEBUDE

Pre vládu, ktorá je závislá od prieskumov verejnej mienky bude zdravotníctvo vždy veľkým problémom. Zrušenie dvadsaťkorunáčok „smerom k ľuďom“ stačilo v roku 2006. Ďalšie zlepšovanie systému si však vyžaduje oveľa sofistikovanejšie techniky (zjemňovanie pre-rozdeľovacieho mechanizmu, platba za výkon (DRG), minimálna sieť, health technology assessment, protokoly, reštrukturalizácia ponuky) a nie hrubú silu (spoločný fond, jedna poisťovňa). **Avšak sofistikované techniky dvíhajú reputáciu, nie preferencie.**

PETER PAŽITNÝ  
HENRIETA MAĎAROVÁ

## Podľa prieskumov je prevažná väčšina opýtaných za slobodnú voľbu zdravotnej poisťovne

V polovici novembra unikli z ministerstva zdravotníctva informácie o pripravovaných zmenách v zdravotníckych zákonoch. Od úvah, aby zamestnanci silových rezortov boli povinné poistení v Spoločnej zdravotnej poisťovne cez povinné poistenie štátnych zamestnancov v niektorej štátnej poisťovni až po povinné poistenie všetkých poistencov štátu v niektorej štátnej poisťovni.

O téme sme písali v minulomesačnom newsletteri, kde sme avizovali i internetovú anketu na túto tému. Jej výsledky nájdete v **Grafe 1**. Podobnú anketu zorganizoval i denník SME na svojej webovej stránke [www.sme.sk](http://www.sme.sk) (**Graf 2**). A do tretice, Združenie zdravotných poisťovní SR si objednalo reprezentatívny telefonický prieskum od agentúry GfK, jeho výsledky sú zhrnuté v **Grafe 3**.

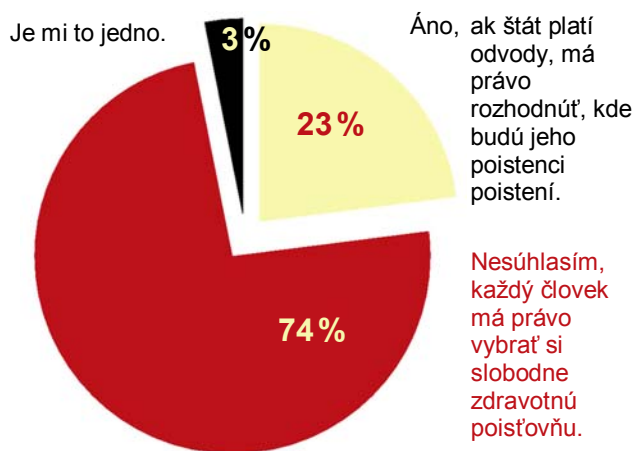
-red-



**Graf 1: Internetová anketa Health Policy Institute**

Na otázku „Súhlasíte s tým, aby štát prikazoval poistencom, za ktorých platí poisťné (t.j. deti, dôchodcovia, práceneschopní zamestnanci, nezamestnaní, atď.), aby boli povinné prihlásení v ním určenej štátnej zdravotnej poisťovni?“ odpovedalo na stránke [www.hpi.sk](http://www.hpi.sk) od 21. novembra do 12. decembra 2006 **335 respondentov**.

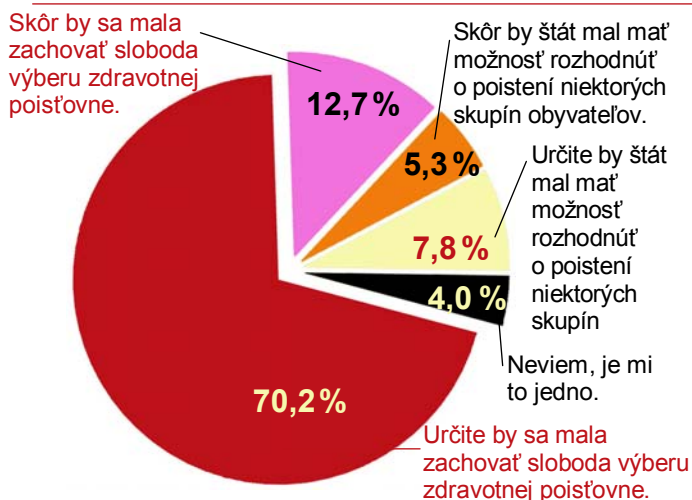
Zdroj: Health Policy Institute, 2006



**Graf 2: Internetová anketa sme.sk**

Na otázku „Súhlasíte s tým, aby štát vyberal poistencom štátu (asi 3,1 milióna ľudí) zdravotnú poisťovňu?“ odpovedalo na stránke [www.sme.sk](http://www.sme.sk) od 22. do 30. novembra 2006 **11 234 respondentov**.

Zdroj: [www.sme.sk](http://www.sme.sk), 2006



**Graf 3: Reprezentatívny telefonický prieskum GfK**

Na otázku „Mala by sa zachovať možnosť výberu zdravotnej poisťovne pre všetkých obyvateľov?“ odpovedalo **1 000 respondentov** vo veku 18 rokov a viac od 15. do 26. novembra 2006; spôsob dopytovania: CATI (computer assisted telephone interviewing).

Zdroj: GfK pre ZZZ SR, 2006

# Dlhy a právna forma zdravotníckych zariadení

Na hospodárenie zdravotníckych zariadení má vplyv veľký počet vzájomne prepojených faktorov interného (napr. kvalifikácia a motivácia manažmentu, akcionárov a zamestnancov, právna forma zdravotníckeho zariadenia) aj externého prostredia (ochrana pred exekúciami, priority v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zrušenie poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti).

Už niekoľkokrát sme poukazovali na dôležité prepojenie medzi právnou formou organizácie, tvrdými rozpočtovými obmedzeniami a jej vôľou hospodáriť bez zadlžovania sa. Potvrdzujú to aj údaje o dlhu zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni, ktoré demonštrujú zmenu správania sa nemocníc vyplývajúcu zo zmeny očakávaní v závislosti od nastavenia externého prostredia.

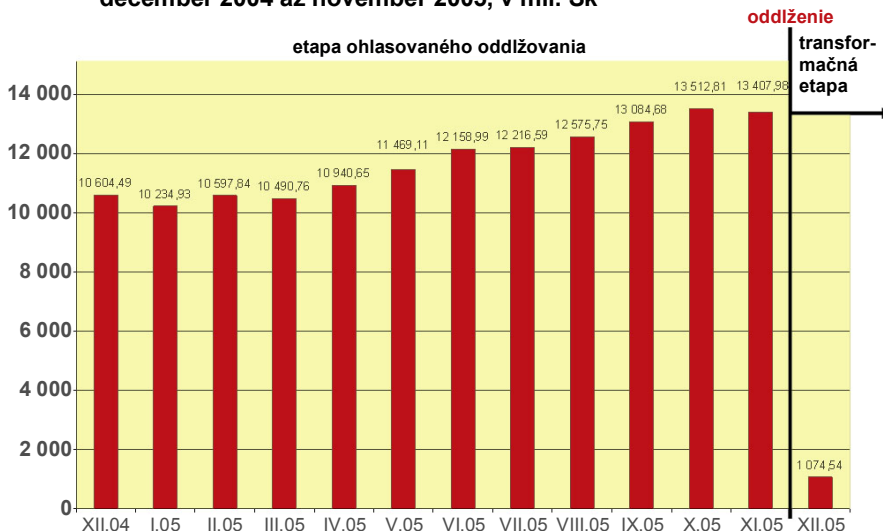
## SOCIÁLNA POISŤOVŇA JE NAJMÄKŠÍ VERITEĽ

Dlh zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni tvoril vždy významnú časť ich celkových dlhov. Údaje za rok 2004 dokumentujú, že v zariadeniach MZ SR predstavoval 35 % z celkových dlhov a v delimitovaných zariadeniach dokonca 51 %. V oboch prípadoch išlo o najväčšiu položku. Podiel dlhu voči Sociálnej poisťovni významne poklesol v roku 2005 po oddĺžení prostredníctvom akciovej spoločnosti Veriteľ – na 6 % v zariadeniach MZ SR a 19 % v delimitovaných zariadeniach.

Takýto vysoký podiel na celkových dlhoch vyplýva z unikátneho postavenia Sociálnej poisťovne medzi veriteľmi zdravotníckych zariadení. Najväčšiu položku nákladov nemocníc tvoria mzdy (približne 60 – 70 %), ktoré zdravotnícke zariadenia musia vyplatiť, ak nechcú prísť o personál a následne o povolenie. Druhou významnou skupinou veriteľov sú súkromní dodávatelia materiálu, liekov, energie, potravín a ostatných komodít. V prípade, že títo nedostanú zaplatené, môžu odmietnuť ďalšie dodávky alebo prerušiť dodávku energií. Preto sa s nimi zdravotnícke zariadenia zvyčajne dohodnú na postupnom, hoci aj oneskorenom splácaní.

Samostatne sledovanou kategóriou bol aj dlh voči zdravotným poisťovňiam. Ten výrazne poklesol potom ako legislatíva umožnila vzájomný zápočet záväzkov a pohľadávok medzi zdravotným poisťovňami a zdravotníckymi zariadeniami.

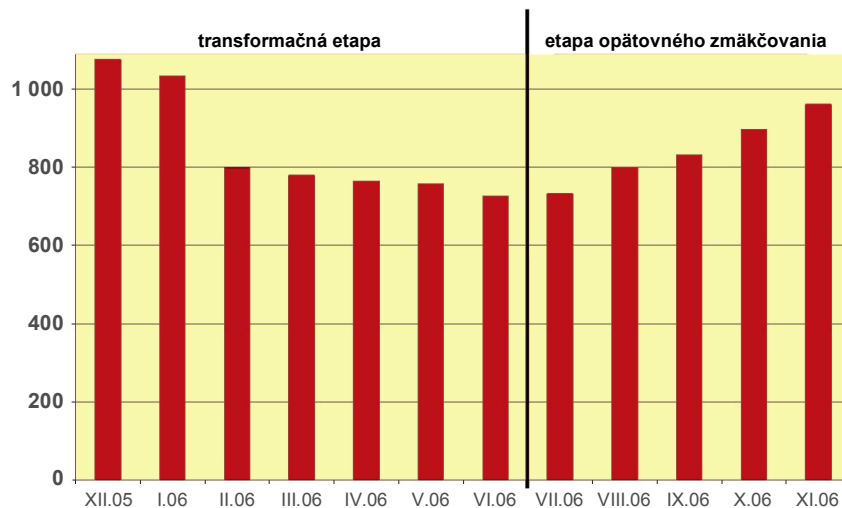
**Graf 1: Etapa ohlasovaného oddlžovania – celkový dlh zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni, december 2004 až november 2005, v mil. Sk**



Poznámka: údaje zahŕňajú všetky zdravotnícke zariadenia, voči ktorým Sociálna poisťovňa evidovala v uvedenom období pohľadávku.

Zdroj: Health Policy Institute podľa údajov Sociálnej poisťovne

**Graf 2: Vývoj celkového dlhu zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni podľa pobočiek Sociálnej poisťovne, december 2005 až október 2006, v mil. Sk**



Poznámka: údaje zahŕňajú všetky zdravotnícke zariadenia, voči ktorým Sociálna poisťovňa evidovala v uvedenom období pohľadávku.

Zdroj: Health Policy Institute podľa údajov Sociálnej poisťovne

niami. Miestom najmenšieho odporu, kde môže dlh rásť, sa tak stali platby do Sociálnej poisťovne. Medzi výnosmi zdravotníckeho zariadenia a dlhmi voči Sociálnej poisťovni totiž neexistuje žiaden vzťah. Navyše, väčšinou ide o dlh

štátnej nemocnice voči štátnej Sociálnej poisťovni. Štátne nemocnice tak podvedome počítajú so zhovievavým prístupom Sociálnej poisťovne, ako aj s tým, že sa to nejakým politickým urovná.

**ZMENY OČAKÁVANÍ A VÝVOJ DLHU**

Vo vývoji dlhu zdravotníckych zariadení od spustenia reformy Rudolfa Zajaca v januári 2005 je možné pozorovať niekoľko zásadných zlomov, ktoré ho rozdeľujú na tri etapy. Jednotlivé etapy je možné charakterizovať podľa rôznej výšky dlhu v závislosti od zmien v externom prostredí zdravotníckych zariadení (Tabuľka 1):

1. **etapa ohlasovaného oddĺžovania** (december 2004<sup>1)</sup> – november 2005) – napriek schváleniu reformy zdravotníctva na jeseň 2004, existujúcej spoluúčasti pacientov a prebiehajúcej transformácii zdravotných poisťovní, prevládajú mäkké rozpočtové obmedzenia. Okrem pretrvávajúcej ochrany pred exekúciami a tabuľkových platov, dôležitú úlohu zohráva aj očakávané oddĺžovanie prostredníctvom Veriteľa, a.s. Pri takomto nastavení podmienok externého prostredia platí, že „najlepší manažment“ je ten, ktorý hospodári zle a vytvorí najväčší dlh, ktorý mu štát preplatí (Graf 1),

2. **transformačná etapa** (december 2005 – jún 2006) – postupné zavádzanie tvrdých rozpočtových obmedzení najmä v dôsledku postupnej transformácie zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti so štandardnými účtovnými postupmi a povinnosťou vyhlásiť na seba konkurz v prípade dlhodobej insolventnosti (Graf 2),

3. **etapa opätovného zmäkčovania** (júl 2006 – november 2006) – Nová vláda prijala hneď po svojom nástupe dve kľúčové opatrenia vplyvajúce na zmenu správania zdravotníckych zariadení. V prvom rade pozastavila rozbehnuté transformácie a odložila transformáciu zostávajúcich zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti. V druhom rade opätovne zaviedla retrospektívnu ochranu pred exekúciami pre zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, neziskové organizácie ako aj delimitované zdravotnícke zariadenia na obce a VÚC do konca roku 2007. Z tejto ochrany však boli vyňatí všetci súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

**Tabuľka 1: Etapy vývoja v zadlžovaní sa zdravotníckych zariadení**

Parametre externého prostredia	I. etapa ohlasovaného oddĺžovania	II. transformačná etapa	III. etapa opätovného zmäkčovania
Spoluúčasť pacientov	✓	✓	✗
Právna forma štátnych zdravotníckych zariadení ako a.s.	✗	príprava na transformáciu a postupné schvaľovanie transformácií vybraných zariadení s termínom ukončenia 31.12.2006	✗ pozastavenie a odloženie transformácie
Oddĺžovanie (prostredníctvom Veriteľa a.s.)	očakávalo sa	oddĺženie voči Sociálnej poisťovni prebehlo k novembru 2005	?
Zrušenie ochrany pred exekúciami	✗	✓ od 1.1.2006	✗ znovuzavedenie ochrany pred exekúciami od 1.10.2006, s výnimkou súkromných poskytovateľov
Odmeňovanie zamestnancov deregulované na manažment <sup>2)</sup>	✗	✓	✓ ale politicky vynútené zvyšovanie miezd ešte zo sľubov predchádzajúcej vlády ku koncu roka; sľubovanie ďalšieho zvyšovania už novou vládou
Zdravotné poisťovne ako a.s.	✓ od 1.1.2006	✓	✓
Deregulácia cien a platobných mechanizmov	✓ od 1.1.2006	✓	✓
	⇓	⇓	⇓
Rozpočtové obmedzenie	prevažujú MÄKKÉ rozpočtové obmedzenia	prevažujú TVRDÉ rozpočtové obmedzenia	prevažujú MÄKKÉ rozpočtové obmedzenia
Vývoj dlhu	rast dlhu	prepad v absolútnej výške dlhu po oddĺžení z 13,407 mld. Sk na 1,075 mld. Sk, postupné znižovanie miery zadlžovania	rast dlhu
Priemerná mesačná zmena výšky dlhu v sledovanom období*	+ 234 mil. Sk	- 50 mil. Sk	+ 41 mil. Sk

Vysvetlivky: ? ... opatrenie je v danej etape prítomné  
 ✓ ... opatrenie nie je v danej etape prítomné  
 ✗ ... zatiaľ nie je známe  
 \* ... bez zohľadnenia jednorazového oddĺženia v decembri 2005

Zdroj: Health Policy Institute

1) Predchádzajúce disponibilné údaje o dlhu sú nespojité.  
 2) Tento faktor je externo-interný podľa toho, či sú mzdy zamestnancov v zdravotníctve centrálné regulované (tzv. tabuľkové platy) alebo ponechané v kompetencii manažmentu zariadenia

Platnosť tejto novely zákona z dôvodu protiústavnosti dočasne pozastavil Ústavný súd SR svojím predbežným opatrením v decembri 2006. Zároveň zrušenie poplatkov pripravilo poskytovateľov o časť príjmov a podpora požiadaviek zvýšiť mzdy zamestnancom v zdravotníctve vytvára tlak na realokáciu zdrojov v rámci zariadení od dodávateľov k zamestnancom (Graf 2).

#### VPLYV TRANSFORMÁCIE NA VÝVOJ DLHU

Transformácia zdravotníckych zariadení z príspevkových organizácií na akciové spoločnosti zohráva kľúčovú úlohu pre zlepšenie ich hospodárenia. Hoci v novembri 2005 boli vysporiadané všetky dlhy voči Sociálnej poisťovni, zariadenia, ktoré neprešli transformáciou na štátom vlastnené akciové spoločnosti (alebo sa na ňu aspoň nepripravovali), sa naďalej zadlžujú (Graf 3). Medzi ne patria zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR so sídlom v Bratislave, Košiciach, Prešove a Banskej Bystrici.

Naopak, zdravotnícke zariadenia, ktoré transformáciou prešli alebo ktorých transformácia bola už schválená predchádzajúcou vládou, hospodária naďalej vyrovnané. Do tejto kategórie patria zdravotnícke zariadenia v Poprade (prešlo transformáciou), Nových Zámkoch (transformácia schválená uznesením vlády SR č. 158/2005 zo dňa 21.12.2005), Žiline a Martine (transformácia schválená

uznesením vlády SR č. 158/2005 zo dňa 21.12.2005).

V sledovanom období sa transformovali alebo pripravovali na transformáciu aj niektoré zariadenia v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici. Vývoj ich dlhu nie je možné analyzovať samostatne. Údaje boli dostupné len podľa pobočiek Sociálnej poisťovne a nie samostatne podľa zdravotníckych zariadení. Pre porovnanie preto neboli vybrané konkrétne zariadenia, ale okresy, v ktorých:

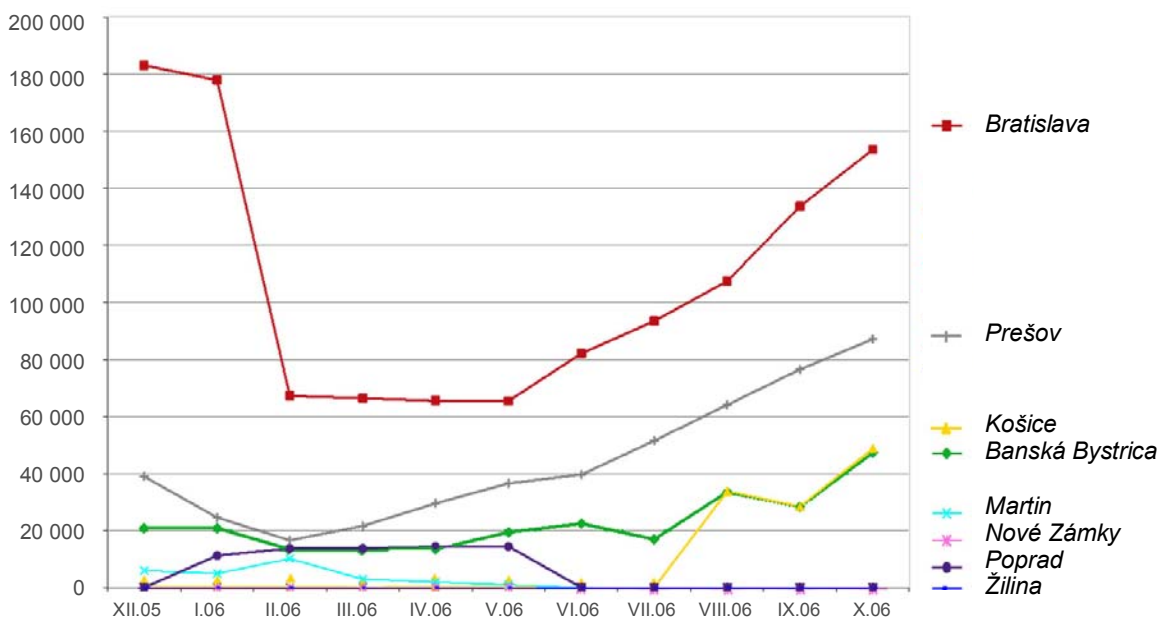
- sú všetky monitorované zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR (Nové Zámky),
- zariadenia mimo pôsobnosť MZ SR nevykazovali k októbru 2006 žiaden dlh voči Sociálnej poisťovni (Banská Bystrica, Košice, Martin, Poprad, Prešov, Žilina).

Výnimkou bola Bratislava, kde však dlh iných ako štátnych zariadení predstavoval v októbri 2006 len 3,2% z celkového dlhu voči Sociálnej poisťovni.

**Uvedené údaje o raste dlhu poskytujú dostatočné dôkazy o výhodnosti právnej formy „akciová spoločnosť“ a nevyhnutnosti tvrdých rozpočtových obmedzení pre zdravé ekonomické fungovanie lôžkových zariadení a vyrovnané hospodárenie verejných financií.**

HENRIETA MAĎAROVÁ

**Graf 3: Vývoj dlhu vybraných zdravotníckych zariadení v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR voči Sociálnej poisťovni podľa pobočiek Sociálnej poisťovne**



Zdroj: Health Policy Institute podľa údajov Sociálnej poisťovne

**Pokojné a láskyplné prežitie Vianočných sviatkov, príjemný vstup do Nového roka a hlavne veľa zdravia – fyzického i psychického – v novom roku 2007 Vám želá**

tím Health Policy Institute

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