ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2008 - 2011

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2008 - 2011

Health Policy Institute

2008

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY

PRE ROKY 2008 – 2011

Health
Policy
Institute

BRATISLAVA, 2008

AUTORI A OPONENTI

AUTORI

Ing. Simona Frisová
Mgr. Michal Gajdzica
PhDr. Lucia Lenártová
Ing. Karol Morvay, PhD.
Ing. Peter Pažitný, MSc.
MUDr. Tomáš Szalay
MUDr. Angelika Szalayová

OPONENTI

Ing. Martin Barto, CSc.
Ing. Igor Dorčák
Ing. Mgr. Martin Filko, MSc.
PhDr. Peter Goliaš
Mgr. Martin Hargaš
Mgr. Juraj Karpiš
Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.
Mgr. Ľudovít Ódor
MUDr. Ladislav Pásztor
Ing. Viliam Pätoprstý, MSc.

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2008 – 2011

© Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie nesmie byť bez predošlého súhlasu vlastníkov autorských práv akýmkoľvek elektronickým alebo mechanickým spôsobom reprodukovaná a/alebo šírená nad rámec podmienok fair use.

Grafický dizajn obálky: PUBLICIS KNUT, s. r. o.

ISBN 978-80-969907-0-2 EAN 9788096990702

OBSAH

ZOZNAM SKRATIEK 4
1. ÚVOD 5
2. ZHRNUTIE 6
3. PROGNÓZA PRÍJMOV ZDRAVOTNÍCTVA 8
3.1 ZDROJE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 8
3.1.1 Odvody za zamestnancov 9
3.1.2 Odvody od samostatne zárobkovo činných osôb (SZČO) 13
3.1.3 Odvody od samoplatiteľov 16
3.1.4 Odvody za poistencov štátu 17
3.1.5 Ostatné príjmy 18
3.1.6 Príjmy zdravotných poisťovní 18
3.2 ZDROJE KAPITOLY MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA VRÁTANE EUROFONDOV 19
3.2.1 Bežné výdavky 19
3.2.2 Eurofondy 19
3.2.3 Kapitálové výdavky 19
3.3 ZDROJE MIEST, OBCÍ A VÚC 20
3.4 SÚKROMNÉ ZDROJE 20
3.5 PRÍJMY ZDRAVOTNÍCTVA 21
4. PROGNÓZA VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO 22
4.1 VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 22
4.1.1 Výdavky na lieky 22
4.1.2 Výdavky na zdravotnícke pomôcky 25
4.1.3 Výdavky na lôžkovú starostlivosť vrátane kúpeľnej starostlivosti 25
4.1.4 Prognóza výdavkov na ambulantnú starostlivosť 29
4.1.5 Prognóza výdavkov na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVaLZ) 30
4.1.6 Výdavky na záchrannú zdravotnú službu 31
4.2 VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ 32
OPONENTSKÉ POSUDKY 34
MISIA HEALTH POLICY INSTITUTE 48
REFERENCIE HEALTH POLICY INSTITUTE 49

ZOZNAM SKRATIEK

AFN	Asociácia fakultných nemocníc
ASL	Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky
ČR	Česká republika
DPH	daň z pridanej hodnoty
ESNÚ	Európsky systém národných účtov
EÚ	Európska únia
HDP	hrubý domáci produkt
IFP	Inštitút finančnej politiky na Ministerstve financií Slovenskej republiky
INEKO	Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NFV	návratná finančná výpomoc
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
RLP	rýchla lekárska pomoc
RZP	rýchla zdravotná pomoc
SECAL	úver na podporu modernizácie sektora (SECtor Adjustment Loan)
SLÚŠ	Slovenská lekárska únia špecialistov
SR	Slovenská republika
SVaLZ	spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SWOT	analýza vnútorných silných a slabých stránok v súvislosti s vonkajšími príležitosťami a hrozbami
SZČO	samostatne zárobkovo činná osoba
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
VÚC	vyšší územný celok
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
ZP	zdravotná poisťovňa

1. ÚVOD

Základné rámce zdravotnej politiky prinášame už po tretíkrát. Každým novým vydaním sa snažíme zlepšiť a priniesť kvalitnejšie údaje a prognózy.

Našou ambíciou je, aby sa Základné rámce zdravotnej politiky stali najdôležitejším a najdôveryhodnejším zdrojom údajov o slovenskom zdravotníctve. Preto nás veľmi zaujíma názor vás – našich čitateľov. Vaše pripomienky a podnety nám pomáhajú zlepšiť argumentáciu a spresniť údaje v prognóze.

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

Vaše pripomienky veľmi radi uvítame na adrese hpi@hpi.sk.

Autori

2. ZHRNUTIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

3. PROGNÓZA PRÍJMOV ZDRAVOTNÍCTVA

Príjmy zdravotníctva sú tvorené štyrmi zdrojmi:

1. zdroje zdravotných poisťovní,
2. zdroje kapitoly ministerstva zdravotníctva,
3. zdroje miest a obcí,
4. súkromné zdroje obyvateľstva.

3.1 Zdroje zdravotných poisťovní

Zdroje zdravotných poisťovní sú tvorené:

1. odvodmi za zamestnancov,
2. odvodmi od samostatne zárobkovo činných osôb,
3. odvodmi od samoplatiteľov,
4. odvodmi štátu za svojich poistencov,
5. ostatnými príjmami.

Model prognózovania zdrojov zdravotných poisťovní pre rok 2008 znázorňuje Schéma 1. Prvým krokom je **určenie počtu jednotlivých kategórií poistencov**. Druhým krokom je definovanie kľúčovej zložky ovplyvňujúcej vymeriavací základ a **výpočet vymeriavacieho základu**. V treťom kroku je ako korekčný faktor zohľadnená **úspešnosť výberu a faktor „horného limitu“**. Tento korekčný faktor zohľadňuje mieru transformácie kľúčovej zložky na výšku vybratého poistného. Štvrtým krokom je priradenie **poistnej sadzby**.

Prognóza počtu poistencov vychádza z prognózy počtu obyvateľov. Zdrojom prognózy počtu obyvateľov do roku 2011 je štúdia Infostat.[1] Od počtu obyvateľov je nutné odpočítať počet ľudí pracujúcich v EÚ, ktorí sú na základe smerníc EÚ poistencami v tej krajine, kde pracujú. Počet týchto migrantov z roka na rok narastá a odhadujeme, že do roku 2011 vzrastie na 150 tisíc. **Počet poistencov tak v roku 2008 dosiahne 5 286 tisíc osôb a do roku 2011 klesne na 5 254 tisíc osôb** (Tabuľka 2).

Schéma 1: **Model prognózovania zdrojov zdravotných poisťovní**

1. krok: určenie počtu poistencov v kategóriách	2. krok: kľúčová zložka ovplyvňujúca vymeriavací základ	3. krok: korekčný faktor ovplyvňujúci mieru transformácie	4. krok: poistná sadzba
zamestnanci	priemerná nominálna mzda	úspešnosť výberu a faktor „horného limitu“	14,0 %
SZČO	minimálna mzda	úspešnosť výberu	14,0 %
samoplatitelia	priemerná nominálna mzda v národnom hospodárstve spred 2 rokov	úspešnosť výberu	4,0 %
poistenci štátu	priemerná nominálna mzda v národnom hospodárstve spred 2 rokov	nie je	4,5 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 2: **Vývoj počtu poistencov v jednotlivých kategóriách a prognóza do roku 2011**

	2005	2006	2007o	2008p	2009p	2010p	2011p
Počet obyvateľov	5 384	5 386	5 390	5 393	5 397	5 401	5 404
Počet obyvateľov poistených v EÚ mimo SR	62	70	89	107	126	145	150
Počet poistencov	**5 322**	**5 316**	**5 301**	**5 286**	**5 271**	**5 256**	**5 254**
- zamestnanci	1 783	1 851	1 884	1 914	1 934	1 950	1 966
- SZČO	271	285	307	323	332	341	346
- samoplatitelia	120	114	111	103	102	101	100
- štát	3 148	3 066	2 999	2 946	2 902	2 864	2 842

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza Infostat a Health Policy Institute
Zdroj: Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050, Infostat, 2002, Health Policy Institute, 2008

1) Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050, Infostat, 2002

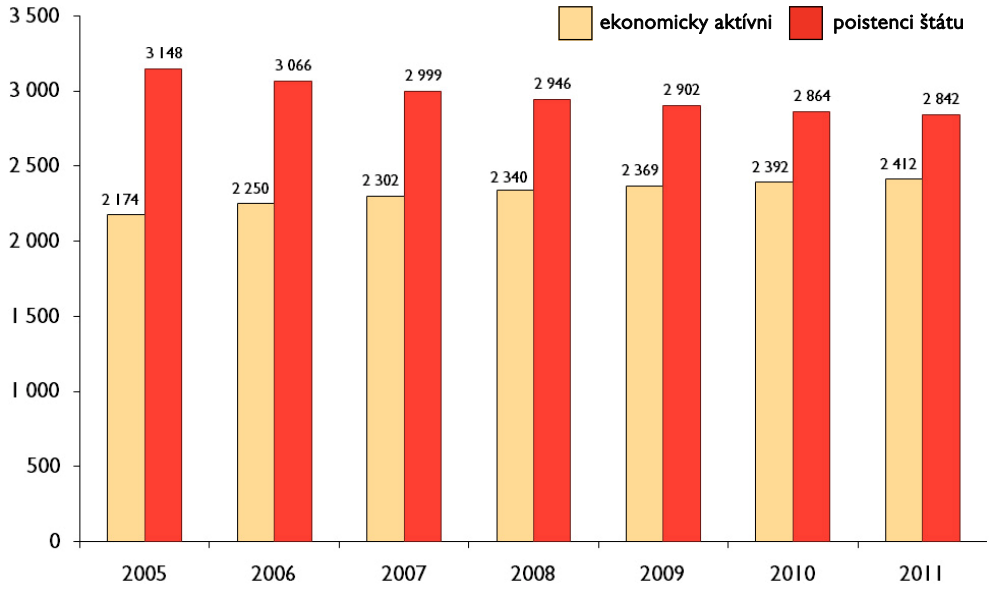
Hlavnou charakteristikou budúceho obdobia bude **postupný pokles počtu poistencov štátu** z 3 148 tisíc (v roku 2005) na 2 836 tisíc (v roku 2011) a to najmä v dôsledku rastu zamestnanosti a „pracovnej" emigrácie. Ich podiel na celkovom počte poistencov klesne z 59 % na 54 %. Tento posun vyvolá menší tlak na verejné rozpočty a umožní štátu platiť za jedného poistenca nominálne viac.

3.1.1 Odvody za zamestnancov

Odvody za zamestnancov tvoria najväčší zdroj príjmov zdravotných poisťovní. Ich objem závisí od:

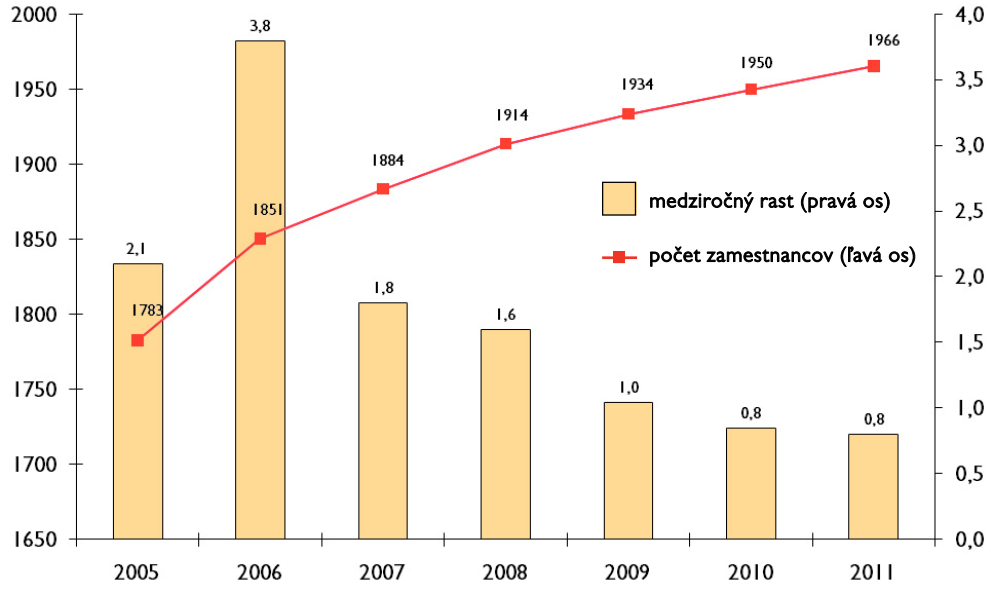
- zmeny zamestnanosti,
- zmeny výšky nominálnej mzdy a
- výšky korekčného faktora.

Graf 1: Vývoj počtu ekonomicky aktívnych poistencov a poistencov štátu v tisícoch osôb (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 2: Vývoj počtu zamestnancov v tisícoch a medziročný rast v % (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

ZAMESTNANOSŤ

Zamestnanosť na Slovensku v posledných 5 rokoch rástla výnimočným tempom. **Medzi rokmi 2002 a 2007 počet zamestnancov stúpol takmer o 230 tisíc, čo predstavuje nárast o 10,0 %.** Príčinou tohto rastu boli ekonomické reformy druhej Dzurindovej vlády a vytvorenie priaznivého podnikateľského prostredia, v čoho dôsledku sa výrazne zvýšil prílev zahraničných investícií. **Pozitívne sa mení aj štruktúra zamestnanosti – zaznamenávame presun do odvetví, v ktorých je mzda vyššia ako priemerná mzda.**

Najvýznamnejšie sa o absolútny nárast zamestnanosti (Tabuľka 3) zaslúžili odvetia:

- stavebníctva (+ 61,1 tisíc zamestnancov),
- priemyslu (+ 50,0 tisíc),
- nehnuteľností, prenájmu a obchodných služieb (+ 42,4 tisíc),
- veľkoobchodu, maloobchodu a opravy vozidiel (+ 35,0 tisíc).

Tabuľka 3: **Vývoj zamestnanosti podľa jednotlivých odvetví v tisícoch osôb (2002 – 2007)**

Ukazovateľ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	rast 2002 – 2007	rast v %
Počet pracujúcich v hospodárstve SR spolu	2 127,4	2 164,8	2 170,5	2 216,4	2 301,6	2 357,3	229,9	10,8 %
Poľnohospodárstvo, poľovníctvo a lesníctvo; Rybolov a chov rýb	131,4	125,3	109,8	105,1	100,8	99,3	-32,1	-24,4 %
Priemysel spolu	640,9	634,1	641,3	649,1	666,4	690,9	50,0	7,8 %
Stavebníctvo	176,0	194,9	205,3	209,8	226,1	237,1	61,1	34,7 %
Veľkoobchod a maloobchod; oprava vozidiel	265,0	270,0	260,2	269,5	290,6	300,0	35,0	13,2 %
Hotely a reštaurácie	75,0	79,5	84,3	90,3	101,8	102,0	27,0	36,0 %
Doprava, skladovanie, pošta a telekomunikácie	154,4	149,4	140,7	147,2	156,2	165,3	10,9	7,1 %
Finančné sprostredkovanie	39,8	43,6	45,8	48,1	51,8	47,6	7,8	19,5 %
Nehnuteľnosti, prenájom a obchodné činnosti	103,3	108,7	120,4	129,2	131,6	145,7	42,4	41,1 %
Verejná správa a obrana; povinné sociálne zabezpečenie	149,7	159,7	151,6	154,6	161,8	159,8	10,1	6,8 %
Školstvo	162,8	158,9	161,0	163,7	166,8	163,4	0,6	0,4 %
Zdravotníctvo a sociálna pomoc	141,5	152,9	154,4	150,0	154,5	154,7	13,2	9,3 %
Ostatné verejné, sociálne a osobné služby	79,1	77,0	83,9	88,4	85,3	82,1	3,0	3,8 %
Súkromné domácnosti	7,9	8,0	7,3	7,4	5,8	8,2	0,3	3,5 %
Exteritoriálne organizácie	0,4	0,9	0,4	0,2	0,2	0,8	0,4	87,5 %
Nezistené	0,2	1,9	4,1	3,8	1,9	0,5	0,3	150,0 %
Podiel pracujúcich z ekonomicky aktívneho obyvateľstva (v %)	80,9	82,2	81,6	83,8	86,7	89,0	8,1	10,0 %

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2008
Poznámka: vrátane osôb na riadnej materskej dovolenke, profesionálnych príslušníkov ozbrojených zložiek a pracujúcich v zahraničí

Z celkového počtu pracujúcich v slovenskom hospodárstve (bez osôb pracujúcich v zahraničí) je podľa Štatistického úradu SR:

- 1 884,1 tis. zamestnancov (podľa ESNÚ)
- 232,3 tis. podnikateľov bez zamestnancov,
- 75,2 tis. podnikateľov so zamestnancami,
- 3,1 tis. vypomáhajúcich členov domácností podnikateľov.

Aj v roku 2007 pretrvával výrazný predstih rastu počtu podnikateľov pred rastom počtu zamestnancov. Kým počet zamestnancov sa v roku 2007 zvýšil o 1,8 %, počet podnikateľov bez zamestnancov vzrástol o 7,1 % a počet podnikateľov so zamestnancami dokonca o 10,6 %. **Trend predstihu rastu SZČO pred zamestnancami očakávame aj v budúcom období. Hlavným dôvodom je absencia odvodovej neutrality,** ktorá zvýhodňuje SZČO (odvody platené z ½ vymeriavacieho základu, navyše po uplatnení nákladového štítu) a obchodné spoločnosti (zdaňuje sa len zisk, pričom daň sa neplatí z dividend a odvody sú na minimálnej úrovni).

MZDY

Podľa údajov ŠÚ SR priemerná nominálna mesačná mzda zamestnanca v hospodárstve dosiahla v roku 2007 úroveň 20 146 Sk. Reálna mzda vzrástla o 4,3 %.

Tempo rastu nominálnej mzdy bude postupne klesať. Vzhľadom na to, že v tempe rastu nominálnych miezd existuje na Slovensku vysoká zotrvačnosť, výrazné zníženie inflácie v rokoch 2007 a 2008 nebude mať za následok okamžité, ale skôr postupné znižovanie tempa rastu nominálnych miezd. Táto zotrvačnosť spôsobí, že **zvýšenie inflácie po prijatí eura zníži rast reálnych miezd v rokoch 2009 a 2010 zo 4 % na približne 3 až 3,5 %**. Zvýšenie inflácie po prijatí eura zdôvodňujeme ako výsledok zavretia výmenného kurzu ako kanála reálnej konvergencie.

Tabuľka 4: Vývoj rastu nominálnych miezd Sk podľa odvetví (2004 – 2007)

	2004	2005	2006	2007
Hospodárstvo SR úhrnom	**15 825**	**17 274**	**18 761**	**20 146**
Poľnohospodárstvo, poľovníctvo, lesníctvo; rybolov, chov rýb	n/a	n/a	14 294	15 766
Priemysel spolu	16 978	18 206	19 434	20 664
Stavebníctvo	13 083	13 867	14 558	15 561
Veľkoobchod a maloobchod, oprava motorových vozidiel, motocyklov a spotrebného tovaru	16 182	17 525	18 822	20 035
Hotely a reštaurácie	12 342	13 280	14 170	15 045
Doprava, skladovanie, pošta a telekomunikácie	16 900	18 340	19 532	21 270
Finančné sprostredkovanie	33 064	34 950	38 305	40 871
Nehnuteľnosti, prenájom a obchodné činnosti	19 698	21 550	23 770	25 129
Verejná správa a obrana; povinné sociálne zabezpečenie	19 240	21 049	23 953	25 372
Školstvo	12 895	14 224	15 439	16 632
Zdravotníctvo a sociálna pomoc	12 865	13 946	15 130	17 540
Ostatné spoločenské, sociálne a osobné služby	12 310	13 344	14 171	15 442

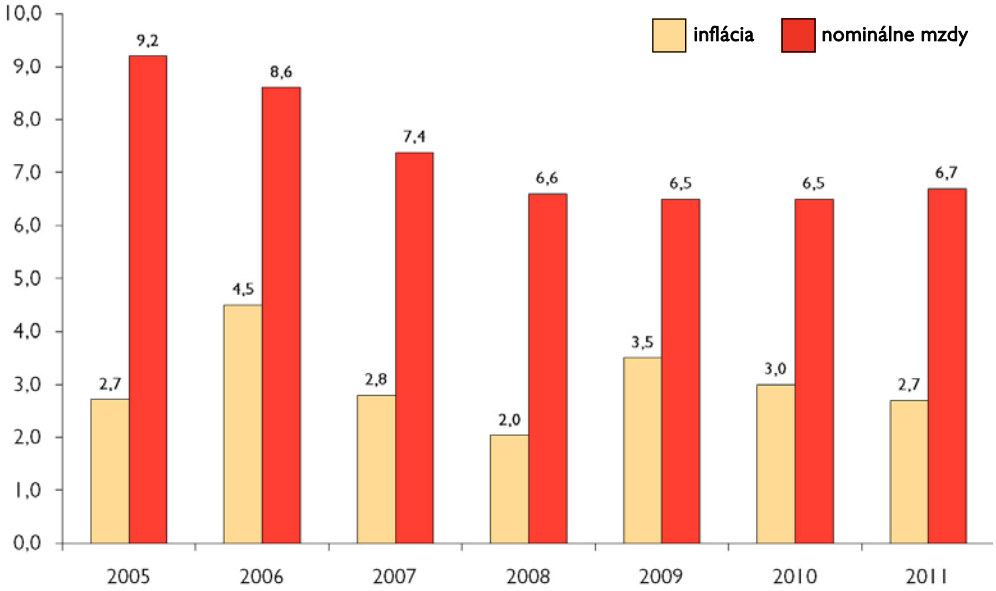
Zdroj. Štatistický úrad SR, 2008

KOREKČNÝ FAKTOR

Výšku ročného poistného na jedného zamestnanca ovplyvňuje korekčný faktor, ktorý neumožňuje transformáciu celého objemu miezd do odvodov. Korekčný faktor pozostáva z dvoch parametrov:

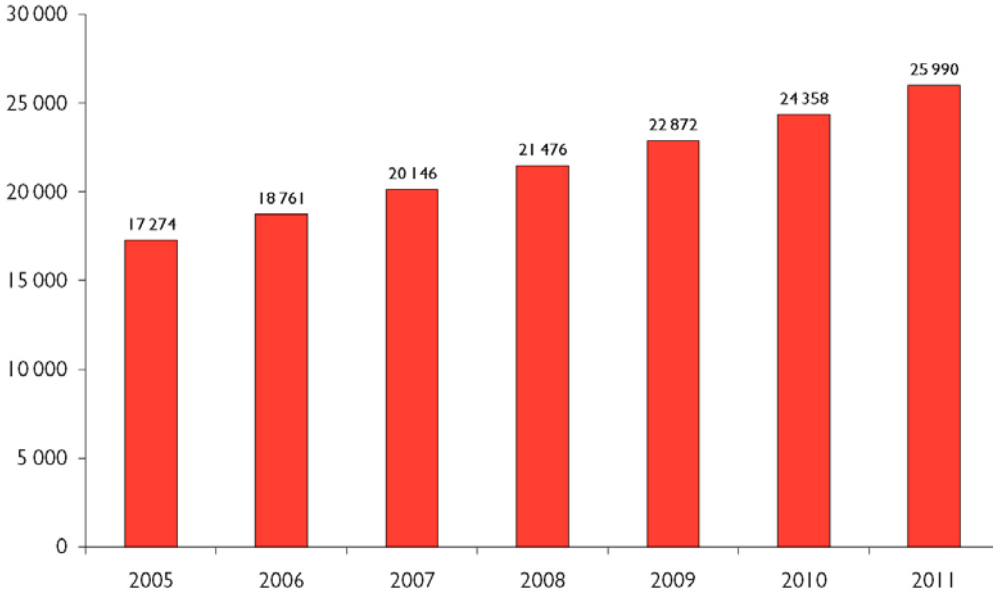
- **úspešnosť výberu poistného**, ktorá sa v zdravotných poisťovniach pohybuje na úrovni **94 až 97 %** (v závislosti od zdravotnej poisťovne),
- **vplyv „horného limitu" pre vymeriavací základ vo výške trojnásobku priemernej mzdy,** ktorý spôsobuje, že nie je možné celý objem miezd transformovať do odvodu na zdravotné poistenie. Podľa našich prepočtov z údajov Sociálnej poisťovne za rok 2005 vyplýva, že 5 % zamestnancov má mzdu nad touto hranicou. Celkovo však títo zamestnanci zarobia viac ako 22 % z celkového objemu miezd.

Graf 3: Vývoj inflácie a rastu nominálnych miezd v % (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 4: Vývoj priemernej mesačnej nominálnej mzdy v Sk (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Na základe údajov zo zdravotných poisťovní a Sociálnej poisťovne vyplýva, že **korekčný faktor je dnes na úrovni 90 %. Predpokladáme, že úroveň korekčného faktora bude do roku 2011 stagnovať,** a to z dôvodu nezmenšovania sa početnosti skupiny zamestnancov s príjmom nad horným limitom. Zároveň vychádzame z predpokladu, že **výber poistného sa nebude zlepšovať**. Hlavné argumenty pre nezlepšovanie výberu poistného sú:

- **zdravotné poisťovne majú zníženú motiváciu výberu poistného,** keďže zákaz rozdelenia zisku akcionárom poisťovní znižuje ich motiváciu k vysokému výberu, pričom je možné, že motivácia k výberu bude ešte nižšia v prípade zavedenia 100 % prerozdelenia poistného (namiesto dnešných 85,5 %),
- **zdravotné poisťovne budú mať znížené kapacity na výber poistného** v dôsledku administratívneho zníženia zdrojov na správu zo 4,0 % na 3,5 % s účinnosťou od roku 2008.

PRÍJMY Z ODVODOV OD ZAMESTNANCOV

Počas celého obdobia prognózy predpokladáme nezmenené princípy stanovovania vymeriavacieho základu, rovnako ako aj stálu poistnú sadzbu vo výške 14 %.

Objem odvodov od zamestnancov tak v roku 2008 dosiahne 62,0 mld. Sk a do roku 2011 stúpne na 77,0 mld. Sk. Podiel odvodov za zamestnancov na HDP bude počas horizontu prognózy stabilný okolo úrovne 3,11 % z HDP.

3.1.2 Odvody od samostatne zárobkovo činných osôb (SZČO)

Zdroje od samostatne zárobkovo činných osôb (SZČO) sú ovplyvňované:

- zmenou počtu SZČO,
- tempom rastu minimálnej mzdy a
- úspešnosťou výberu poistného.

POČET SZČO

Tempo rastu počtu SZČO je v miernom predstihu pred rastom zamestnancov. Príčinou je buď dobrovoľná alebo nútená odvodová optimalizácia (nižšie zdravotné a sociálne odvody). V prípade dobrovoľnej optimalizácie ide o vedomé zníženie odvodov fyzickou osobou a v prípade nútenej ide o tlak zamestnávateľa na zamestnanca na vykonávanie činnosti v inom ako zamestnaneckom režime. **Do roku 2011 očakávame predstih dynamiky rastu počtu SZČO pred počtom zamestnancov s tým že rozdiel v dynamike rastu sa bude znižovať** (Graf 5).

Oproti minuloročnej prognóze sme znížili počet živnostníkov. Určenie správneho počtu živnostníkov je problematické vzhľadom na to, že živnostník môže byť zároveň aj zamestnancom. Vzniká tak prekrytie, ktoré sa komplikovane očisťuje. Na určenie počtu živnostníkov sme použili dáta Štatistického úradu SR.

Tabuľka 5: **Vývoj počtu zamestnancov, priemernej mzdy a objemu odvodov (2005 – 2011)**

zamestnanci	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Priemerná mesačná mzda (v Sk)	17 274	18 761	20 146	21 476	22 872	24 358	25 990
Rast nominálnej mzdy (v %)	9,2	8,6	7,4	6,6	6,5	6,5	6,7
Korekčný faktor (v %)	90,0 %	90,0 %	90,0 %	90,0 %	90,0 %	90,0 %	90,0 %
Ročné poistné na 1 zamestnanca (v Sk)	26 118	28 367	30 461	32 471	34 582	36 830	39 297
Rast poistného na 1 zamestnanca (v %)	9,2	8,6	7,4	6,6	6,5	6,5	6,7
Počet zamestnancov v tisícoch	1 783	1 851	1 884	1 914	1 934	1 950	1 966
Rast počtu zamestnancov (v %)	2,1	3,8	1,8	1,6	1,0	0,8	0,8
Odvody za zamestnancov (v mld. Sk)	**46,6**	**52,5**	**57,4**	**62,2**	**66,9**	**71,8**	**77,3**
Medziročný rast objemu odvodov (v %)		12,7	9,0	8,3	7,6	7,4	7,6
Odvody za zamestnancov (% z HDP)	*3,17*	*3,21*	*3,14*	*3,13*	*3,11*	*3,14*	*3,11*

Zdroj: Štatistický úrad SR a Health Policy Institute, 2008

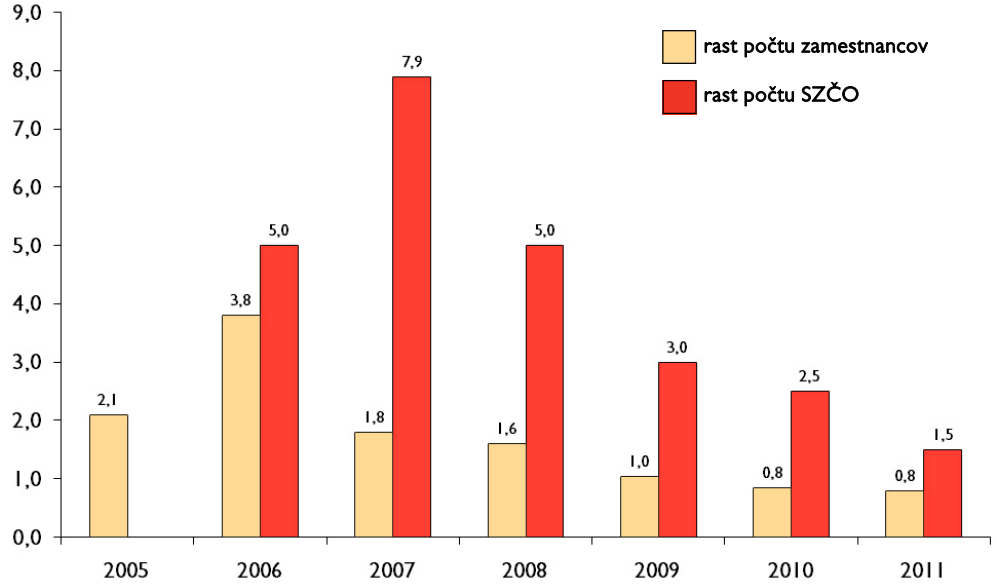
VYMERIAVACÍ ZÁKLAD

Vymeriavací základ pre SZČO je dlhodobo veľmi blízky minimálnemu vymeriavaciemu základu. Dôvodom je už spomínaná odvodová optimalizácia. Motivácia na daňovú optimalizáciu je pri rovnej dani veľmi nízka a týka sa len možnosti využitia určitých výdavkov ako nákladového štítu, čo pri zamestnaneckom režime nie je takmer vôbec možné.

Podľa odhadov Sociálnej poisťovne bude v roku 2008 vymeriavací základ pri živnostníkoch (ktorí sú povinne sociálne poistení) 9 915 Sk, čo je približne o 22 % viac ako minimálna mzda (8 100 Sk). Vývoj minimálnej mzdy sa dlhodobo pohybuje na úrovni 38 % priemernej mzdy. Takýto vývoj očakávame aj v budúcnosti.

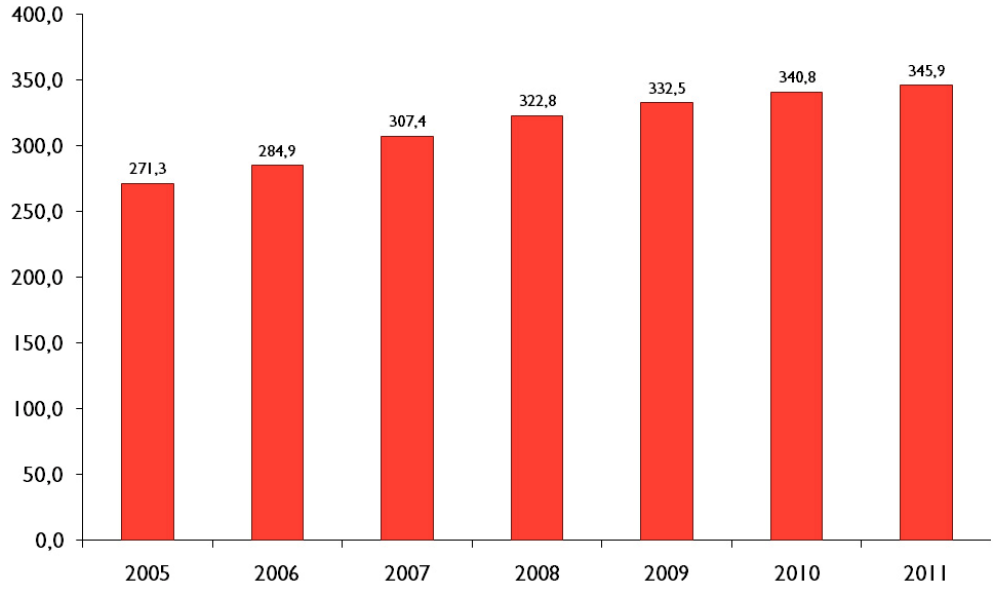
Vymeriavací základ adekvátne v každom roku upravujeme ako 122 % z minimálnej mzdy (Graf 7).

Graf 5: Medziročný rast počtu zamestnancov a SZČO v %



Zdroj: Health Policy Institute, 2008 na základe dát zo Štatistického úradu SR

Graf 6: Vývoj počtu SZČO v tisícoch (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Institute, 2008 na základe dát zo Štatistického úradu SR

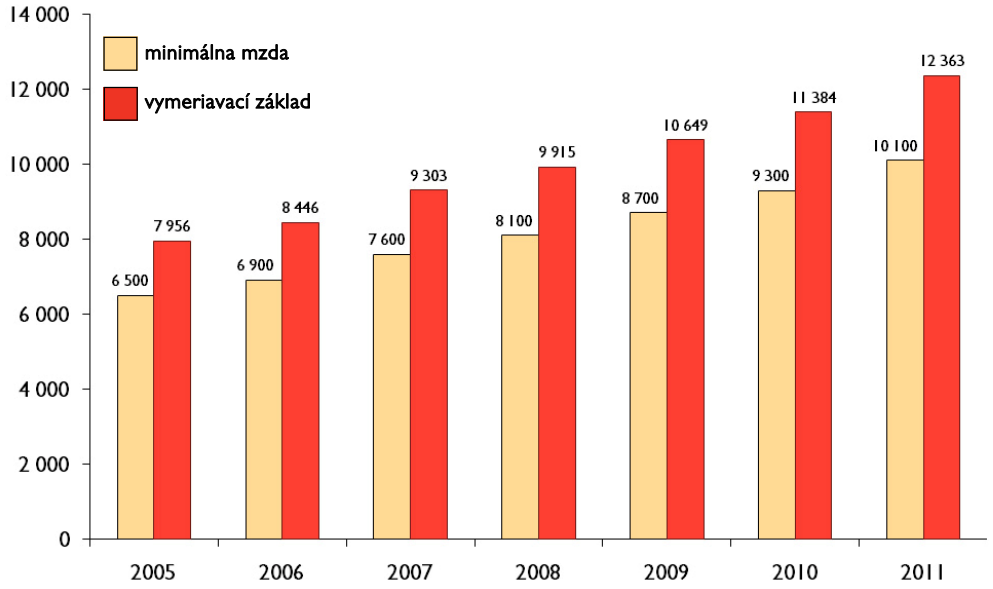
KOREKČNÝ FAKTOR

Pri živnostníkoch berieme do úvahy iba úspešnosť výberu. Oproti zamestnancom je nižšia – na úrovni 92,8 %.

PRÍJMY Z ODVODOV SZČO

Počas celej doby prognózy predpokladáme nezmenený systém určenia vymeriavacieho základu a konštantnú 14 % poistnú sadzbu. **Objem odvodov od SZČO dosiahne v roku 2008 úroveň 5,0 mld. Sk s výhľadom na 6,7 mld. Sk v roku 2011.** Podiel odvodov SZČO na HDP sa bude veľmi mierne zvyšovať z 0,25 % (rok 2008) na 0,27 % z HDP (rok 2011).

Graf 7: Vývoj minimálnej mzdy a vymeriavacieho základu pre SZČO v Sk (2005 – 2011)



Zdroj: Health Policy Instiute, 2008

Tabuľka 6: Vývoj počtu SZČO a objemu odvodov (2005 – 2011)

SZČO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vymeriavací základ (v Sk)	7 956	8 446	9 303	9 915	10 649	11 384	12 363
Predpis poistného – 14 % z vymeriavacieho základu) (v Sk)	1 114	1182	1 302	1388	1 491	1 594	1 731
Úspešnosť výberu (v %)	92,8 %	92,8 %	92,8 %	92,8 %	92,8 %	92,8 %	92,8 %
Ročné poistné na 1 SZČO (v Sk)	12 404	13 168	14 504	15 458	16 603	17 748	19 275
Rast poistného na 1 SZČO (v %)		6,2	10,1	6,6	7,4	6,9	8,6
Počet SZČO v tisícoch	271,3	284,9	307,4	322,8	332,5	340,8	345,9
Rast počtu SZČO (v %)		5,0	7,9	5,0	3,0	2,5	1,5
Objem odvodov od SZČO (v mld. Sk)	**3,4**	**3,8**	**4,5**	**5,0**	**5,5**	**6,0**	**6,7**
Medziročný rast objemu odvodov (v %)		11,5	18,8	11,9	10,6	9,6	10,2
Odvody od SZČO (% z HDP)	*0,23*	*0,23*	*0,24*	*0,25*	*0,26*	*0,26*	*0,27*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

3.1.3 Odvody od samoplatiteľov

POČET SAMOPLATITEĽOV

Rast počtu samoplatiteľov v roku 2005 bol spôsobený administratívnou zmenou definovania tzv. poistencov štátu. Odvtedy zaznamenávame ich mierny pokles. **V roku 2008 predpokladáme, že časť samoplatiteľov sa stane poistencami štátu.** Dôvodom je novela zákona o zdravotnom poistení (č. 594/2007 Z. z.), na základe ktorej poistenci štátu budú môcť mať príjmy mimo pracovného pomeru bez toho, aby sa museli stať samoplatiteľmi.

Podľa odhadu MZ SR by takýchto ľudí malo byť 7 230:

- ak poistenci štátu budú mať príjmy z dohôd o vykonaní práce, nepodliehajú odvodovej povinnosti (čím sa znižuje počet samoplatcov a zvyšuje počet štátnych poistencov) – 5 340 osôb podľa MZ SR,
- zvyšuje sa príjem do výšky minimálnej mzdy na kvalifikovanie sa za platiteľa (z 50 % minimálnej mzdy na 100 %) – 1 890 osôb podľa MZ SR.

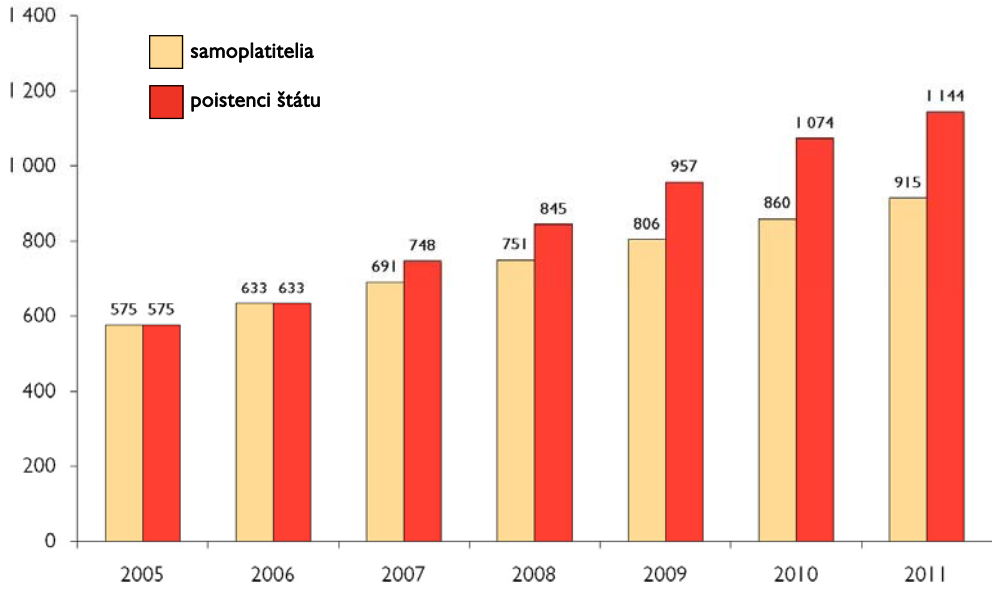
Trend poklesu počtu samoplatiteľov očakávame aj v období rokov 2009 – 2011.

Tabuľka 7: **Vývoj počtu samoplatiteľov a objemu odvodov (2005 – 2011)**

Samoplatitelia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Minimálny vymeriavací základ (v Sk)	14 365	15 825	17 274	18 761	20 146	21 476	22 872
Sadzba (v %)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Úspešnosť výberu (v %)	37,2 %	37,2 %	37,2 %	37,2 %	37,2 %	37,2 %	37,2 %
Ročné poistné na 1 samoplatiteľa (v Sk)	2 567	2 826	3 085	3 352	3 598	3 839	4 085
Medziročný rast poistného (v %)		10,1	9,2	8,7	7,3	6,7	6,4
Počet samoplatiteľov (v tis. osôb)	120	114	111	103	102	101	100
Rast počtu samoplatiteľov (v %)		-5,0	-2,6	-7,0	-1,0	-1,5	-0,5
Odvody od samoplatiteľov (v mld. Sk)	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,3**	**0,4**	**0,4**	**0,4**
Medziročný rast objemu zdrojov (v %)		4,6	6,3	1,1	6,3	5,1	5,9
Odvody od samoplatiteľov (% z HDP)	*0,02*	*0,02*	*0,02*	*0,02*	*0,02*	*0,02*	*0,02*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 8: **Porovnanie vymeriavacieho základu poistencov štátu a samoplatiteľov v Sk (2005 – 2011)**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

SADZBA A VYMERIAVACÍ ZÁKLAD

Samoplatitelia mali minimálny vymeriavací základ odvodený od sadzby a vymeriavacieho základu tzv. „štátnych" poistencov. V ostatnej novele zákona o zdravotnom poistení sa však novelizovala len sadzba pre poistencov štátu (v roku 2008 je 4,5 %), kým sadzba pre samoplatiteľov zostala na úrovni 4 %.

KOREKČNÝ FAKTOR

Predpokladáme nízku úspešnosť výberu, ktorá sa pohybuje na len na úrovni 37,2 %. Pri našom predpoklade sa opierame o úspešnosť výberu v minulom období.

ODVODY OD SAMOPLATITEĽOV

Celkové zdroje od samoplatiteľov dosiahnu v roku 2008 objem 0,3 mld. Sk, pričom do roku 2011 predpokladáme ich výšku v sume 0,4 mld. Sk. Podiel týchto zdrojov na HDP je vo výške 0,02 % z HDP.

3.1.4 Odvody za poistencov štátu

POČET POISTENCOV ŠTÁTU

Počet poistencov štátu kontinuálne klesá a **predpokladáme, že bude klesať až do roku 2011.** V roku 2008 predpokladáme, že počet poistencov štátu dosiahne 2 946 tisíc a v roku 2011 už len 2 842 tisíc. Dôvodom bude:

- migrácia poistencov do zahraničia (napr. nezamestnaný, ktorý si nájde prácu v členskej krajine EÚ a je potom zdravotne poistený v tejto krajine)
- rast počtu ekonomicky aktívnych poistencov (zamestnanci, SZČO a samoplatitelia spolu)

SADZBA A VYMERIAVACÍ ZÁKLAD

Odvody za poistencov štátu sú priamym nástrojom vlády na ovplyvňovanie zdrojov v zdravotníctve.

Ide predovšetkým o určenie poistnej sadzby. Na rok 2008 bola stanovená na úrovni 4,5 % z vymeriavacieho základu, ktorým je priemerná mzda za rok 2005 (17 274 Sk), pričom vláda zverejnila svoj zámer zvýšiť poistnú sadzbu tak, aby v roku 2010 dosiahla 5 % (aj keď tento zámer nie je zatiaľ zohľadnený vo výhľadovom rozpočte na roky 2009 – 2011). Z tohto dôvodu sme do prognózy zahrnuli pre rok 2009 poistnú sadzbu 4,75 % a pre rok 2010 sadzbu 5 %, ktorú predpokladáme aj v roku 2011.

Tabuľka 8: **Vývoj počtu poistencov štátu, priemernej mzdy a objemu odvodov za poistencov štátu (2005 – 2011)**

Poistenci štátu	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Priemerná mzda za bezprostredne predchádzajúce 2 roky (v Sk)	14 365	15 825	17 274	18 761	20 146	21 476	22 872
Poistná sadzba	4,00 %	4,00 %	4,33 %	4,50 %	4,75 %	5,00 %	5,00 %
Ročné poistné na 1 poistenca štátu (v Sk)	6 900	7 596	8 976	10 140	11 484	12 888	13 728
Medziročný rast poistného (v %)		10,1	18,2	13,0	13,3	12,2	6,5
Počet poistencov štátu (v tis. osôb)	3 148	3 066	2 999	2 946	2 902	2 864	2 842
Rast počtu poistencov štátu (v %)		-2,6	-2,2	-1,8	-1,5	-1,3	-0,8
Odvody za poistencov štátu (v mld. Sk)	**21,7**	**23,3**	**26,9**	**29,9**	**33,3**	**36,9**	**39,0**
Medziročný rast objemu zdrojov (v %)		7,2	15,6	11,0	11,6	10,8	5,7
Odvody za poistencov štátu (% z HDP)	*1,48*	*1,42*	*1,48*	*1,50*	*1,56*	*1,61*	*1,57*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

KOREKČNÝ FAKTOR

Pri platbe štátu uvažujeme so 100 % úspešnosťou výberu poistného.

OBJEM ODVODOV ZA POISTENCOV ŠTÁTU

Objem odvodov štátu do zdravotných poisťovní tak v roku 2008 dosiahne 29,9 mld. Sk a v roku 2011 až 39,0 mld. Sk. Pri rastúcej poistnej sadzbe je platba štátu jedinou zložkou zdrojov, ktorej podiel na HDP výrazne rastie – z úrovne 1,42 % v roku 2006 až na 1,61 % v roku 2010. V roku 2011 objem zdrojov klesá na 1,57 % HDP z dôvodu stagnácie poistnej sadzby pri rastúcom HDP.

3.1.5 Ostatné príjmy

Ostatné príjmy tvoria predovšetkým **príjmy z ročného zúčtovania.** Zúčtovanie za rok 2005, ktoré sa konalo v roku 2006 prinieslo do zdravotných poisťovní 1,281 mld. Sk v nasledovnej štruktúre:

Ekonomicky aktívni poistenci priniesli celkovo 869 mil. Sk – na nedoplatkoch zaplatili 1,139 mld. Sk, na preplatkoch im poisťovne vrátili 270 mil. Sk. Štát za svojich poistencov doplácal 412 mil. Sk.

V ďalších rokoch predpokladáme príjmy z ročného zúčtovania na úrovni 1,0 mld. Sk.

3.1.6 Príjmy zdravotných poisťovní

Oproti minuloročnej prognóze je v našej súčasnej prognóze niekoľko zmien:

- **výrazne sa zvyšuje platba štátu** – v roku 2008 o 4,0 mld. Sk, v roku 2009 o 5,7 mld. Sk a v roku 2010 dokonca o 7,3 mld. Sk. Dôvodom je postupné zvýšenie poistnej sadzby na 4,5 %, potom na 4,75 % a následne na 5,0 %. Zároveň sme čiastočne zvýšili odhad vývoja priemernej mzdy, z ktorej sa platba štátu vypočítava.
- **mierne sa zvýšil odhad príjmov z odvodov zamestnancov** – v roku 2008 a 2009 o 0,6 mld. Sk a v roku 2010 o 0,3 mld. Sk. Dôvodom je predovšetkým vyšší rast zamestnanosti v porovnaní s očakávaniami.
- **výrazne sme znížili odhad príjmov od samoplatiteľov** – o 0,4 až 0,6 mld. Sk. Príčinou je zníženie odhadu počtu samoplatiteľov.

Príjmy zdravotných poisťovní dosiahnu v roku 2008 celkovo 98,4 mld. Sk s výhľadom na 124,4 mld. Sk v roku 2011.

Tabuľka 9: **Ostatné príjmy v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ostatné príjmy	1,6	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 10: **Príjmy zdravotných poisťovní v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Príjmy zdravotných poisťovní	**73,6**	**81,2**	**90,1**	**98,4**	**107,1**	**116,2**	**124,4**
A.1 Odvody za zamestnancov	46,6	52,5	57,4	62,2	66,9	71,8	77,3
A.2 Odvody SZČO	3,4	3,8	4,5	5,0	5,5	6,0	6,7
A.3 Odvody samoplatiteľov	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
A.4 Odvody za poistencov štátu	21,7	23,3	26,9	29,9	33,3	36,9	39,0
A.5 Ostatné príjmy	1,6	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

3.2 ZDROJE KAPITOLY MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA VRÁTANE EUROFONDOV

Zdroje z kapitoly Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR) sú určené na financovanie bežných a kapitálových výdavkov ministerstva, Úradov verejného zdravotníctva a niektorých rozpočtových a príspevkových organizácií v sektore. Do zdrojov kapitoly úmyselne nezahrňujeme poistné platené štátom, ktoré je zdrojom zdravotných poisťovní a cez kapitolu MZ SR je len administrované. Zo systémového hľadiska je ešte potrebné podotknúť, že **zdroje z kapitoly MZ SR nie sú určené na nákup zdravotnej starostlivosti.** Túto kompetenciu majú výhradne zdravotné poisťovne.

Kapitola MZ SR má na rok 2008 plánované zdroje v objeme 3,4 mld. Sk v štruktúre:

- bežné výdavky 2,4 mld. Sk,
- eurofondy 0,3 mld. Sk,
- kapitálové výdavky 0,7 mld. Sk.

3.2.1 Bežné výdavky

Bežné výdavky kapitoly pre rok 2008 bez poistného plateného štátom sú rozpočtované vo výške 2,2 mld. Sk a slúžia aj na financovanie:

- úradov verejného zdravotníctva (1 000 mil. Sk),
- operačných stredísk záchrannej zdravotnej služby (264,6 mil. Sk),
- Slovenskej zdravotníckej univerzity (195,3 mil. Sk),
- bežných výdavkov Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (135,2 mil. Sk),
- Národného centra zdravotníckych informácií (77,6 mil. Sk),
- Slovenského Červeného kríža (37,4 mil. Sk).

3.2.2 Eurofondy

Súčasťou kapitoly MZ SR sú aj zdroje z eurofondov, ktorých **čerpanie bude postupne narastať s kulmináciou v rokoch 2010 a 2011.** Celkovo má operačný program „Zdravotníctvo" k dispozícii 250 mil. eur (cca 8,3 mld. Sk). **Do konca roka 2011 je možné z tejto sumy využiť 5,5 mld. Sk**, čo predstavuje vyčerpanie dvoch tretín zdrojov tohto programu. Okrem technickej asistencie sa majú realizovať tri opatrenia:

1. Reštrukturalizácia, rozširovanie a modernizácia zdravotníckych zariadení
2. Informovanosť občanov
3. Zvýšenie informatizácie zdravotníctva

Aby nebola naštrbená hospodárska súťaž a nevzniklo nerovnocenné postavenie jednotlivých subjektov v súťaži o eurofondy, je potrebné:

1. **stanoviť jasné, transparentné a vymáhateľné kritériá pre získavanie eurofondov,**
2. **podmieniť čerpanie eurofondov ekonomickými a klinickými výsledkami žiadateľa,** aby eurofondy smerovali k efektívnym poskytovateľom, a nie k tým, ktorí sa zadlžujú a nevedia preukázať dostatočnú medicínsku kvalitu.

3.2.3 Kapitálové výdavky

Kapitálové výdavky sú rozpočtované v sume 0,7 mld. Sk. Prostriedky sú určené pre financovanie investičných akcií rozpočtových a príspevkových organizácií v pôsobnosti MZ SR, prípadne dotácií v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách a na financovanie projektu SECAL z úveru Svetovej banky. Predpokladáme, že po vyčerpaní úveru zo Svetovej banky budú mať kapitálové výdavky len symbolickú hodnotu 0,2 mld. Sk.

Tabuľka 11: Rozpočtová kapitola MZ SR vrátane eurofondov a bez poistného plateného štátom v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	p2011
Bežné výdavky bez poistného plateného štátom	**1,4**	**2,3**	**2,2**	**2,7**	**3,5**	**4,3**	**4,4**
ostatné bežné výdavky	1,4	2,3	2,2	2,4	2,3	2,3	2,4
2. programovacie obdobie (EÚ prostriedky a spolufinancovanie)	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2	2,0	2,0
Kapitálové výdavky, z toho:	**1,6**	**0,8**	**0,7**	**0,7**	**0,2**	**0,2**	**0,2**
SECAL – úver Svetovej banky	0,6	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0
ostatné kapitálové výdavky	1,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Výdavky celkom	**3,0**	**3,1**	**2,9**	**3,4**	**3,7**	**4,5**	**4,6**

Vysvetlivka: p – prognóza Health Policy Institute, 2008
Zdroj: Štátny záverečný účet 2005, Rozpočet verejnej správy 2008 – 2010

3.3 Zdroje miest, obcí a VÚC

Mestá, obce a VÚC sú majiteľmi niektorých zdravotníckych zariadení – prevažne nemocníc a polikliník. Z tohto dôvodu sa v ich rozpočtoch nachádzajú kapitálové výdavky smerujúce do obnovy aktív, dostavbu rozostavaných stavieb alebo splátok prístrojov. Tieto sumy sú však veľmi nízke – v rozpočtoch miest a obcí približne 0,2 mld. Sk ročne a pri VÚC približne 0,3 mld. Sk ročne. **Celkovo tak mestá, obce a VÚC prispievajú do zdravotného systému sumou 0,5 mld. Sk ročne** (Tabuľka 12). Nezmenný objem predpokladáme aj pre nasledujúce roky prognózy.

3.4 Súkromné zdroje

Objem súkromných zdrojov v zdravotníctve sa prognózuje veľmi zložito, keďže **údaje Štatistického úradu SR nie sú spoľahlivé.** Kým v roku 2005 ŠÚ SR deklaroval súkromné výdavky na úrovni 19,9 mld. Sk a odhady za rok 2006 boli na úrovni 21,2 mld. Sk, v roku 2007 prišlo k zmene metodiky a úrad vykázal zásadne iné hodnoty (za rok 2005 údaj nižší o 6,9 mld. Sk, za rok 2006 o 7,2 mld. Sk). Znamená to posun o tretinu objemu (!) a vysvetlenie ŠÚ SR pre zmenu metodiky nepovažujeme za dostačujúce.

V súčasnej prognóze vychádzame z nových údajov ŠÚ SR za roky 2005 a 2006. Súkromné zdroje v zdravotníctve tak podľa novej metodiky dosiahnu v roku 2008 16,2 mld. Sk a v roku 2011 20,8 mld. Sk.

Tabuľka 12: **Výdavky miest, obcí a VÚC na zdravotníctvo (2005 – 2011)**

Samospráva	2005	2006	2007	2008	2009	p2010	p2011
Zdroje miest a obcí	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Zdroje VÚC	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Spolu v mld. Sk	**0,5**	**0,6**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**

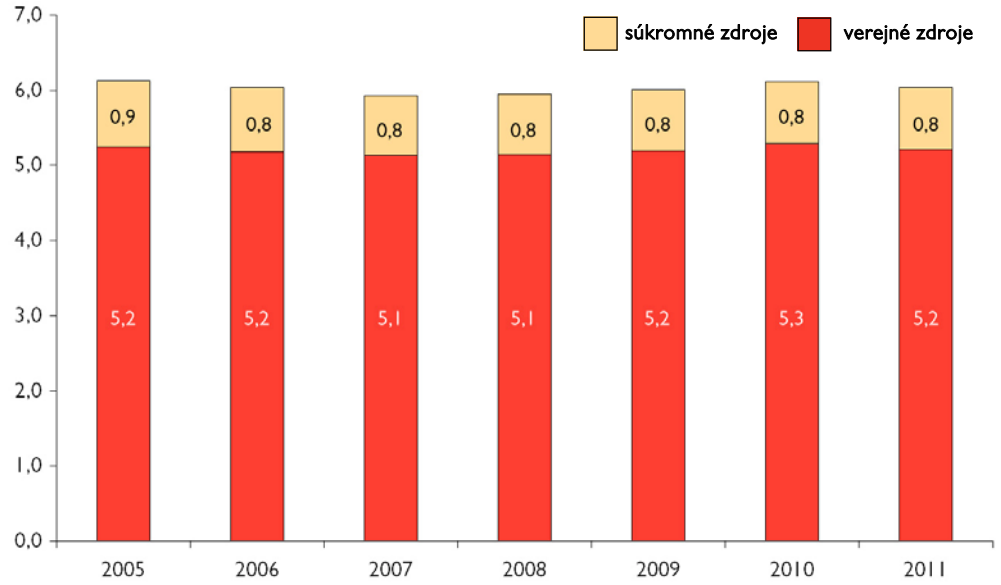
Vysvetlivka: p – prognóza Health Policy Institute, 2008
Zdroj: Rozpočet verejnej správy 2008 – 2010

Tabuľka 13: **Súkromné zdroje v zdravotníctve v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	o2007	p2008	p2009	p2010	p2011
D. Súkromné zdroje	**13,1**	**13,9**	**14,6**	**16,0**	**17,3**	**18,9**	**20,6**
D.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	9,8	10,7	11,6	12,6	13,5	14,7	16,0
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	2,9	2,9	2,9	3,3	3,7	4,1	4,5
D.3 Nemocničné služby	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Vysvetlivka: p – prognóza Health Policy Institute, 2008
Zdroj: Rozpočet verejnej správy 2008 – 2010

Graf 9: **Podiel verejných a súkromných zdrojov na financovaní zdravotníctva ako % z HDP (2005 – 2011)**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

3.5 Príjmy zdravotníctva

Príjmy zdravotníctva v roku 2008 dosiahnu 118,3 mld. Sk a do roku 2011 stúpnu na 150,1 mld. Sk. Celkové zdroje sa pritom budú pohybovať okolo 5,8 % HDP (Tabuľka 14).

Verejné zdroje rastú predovšetkým postupným zvyšovaním platby štátu za poistencov. Rast sadzby neznamená pre rozpočet veľké riziko, lebo ho tlmí pokles počtu poistencov štátu. Podiel zdrojov na HDP sa zásadne nezmení – súčasné nastavenie systému nedokáže generovať viac zdrojov.

Podiel medzi verejnými a súkromnými zdrojmi sa v roku 2007 mierne naklonil na stranu verejných zdrojov. Ich podiel vzrástol mierne vzrástol z 85,9 % (v roku 2006) na aktuálnych 86,5 %. Predpokladáme, že na tejto úrovni zostane až do roku 2010 a v roku 2011 sa mierne zníži na 86,3 %.

Tabuľka 14: Príjmy zdravotníctva v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005*	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Príjmy zdravotných poisťovní	**73,6**	**81,2**	**90,1**	**98,4**	**107,1**	**116,2**	**124,4**
A.1 Odvody zamestnancov	46,6	52,5	57,4	62,2	66,9	71,8	77,3
A.2 Odvody SZČO	3,4	3,8	4,5	5,0	5,5	6,0	6,7
A.3 Odvody samoplatiteľov	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
A.4 Odvody za poistencov štátu	21,7	23,3	26,9	29,9	33,3	36,9	39,0
A.5 Ostatné príjmy	1,6	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
B. Kapitola MZ SR	**3,0**	**3,1**	**2,9**	**3,4**	**3,7**	**4,5**	**4,6**
B.1 Bežné výdavky	1,4	2,3	2,2	2,4	2,3	2,3	2,4
B.2 Eurofondy	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2	2,0	2,0
B.3 Kapitálové výdavky	1,6	0,8	0,7	0,7	0,2	0,2	0,2
C. Mestá, obce a VÚC	**0,5**	**0,6**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**
C.1 Mestá a obce	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
C.2 VÚC	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
D. Súkromné zdroje	**13,1**	**13,9**	**14,6**	**16,0**	**17,3**	**18,9**	**20,6**
D.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	9,8	10,7	11,6	12,6	13,5	14,7	16,0
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	2,9	2,9	2,9	3,3	3,7	4,1	4,5
D.3 Nemocničné služby	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Z. Zdroje spolu (A+B+C+D)	**90,2**	**98,8**	**108,1**	**118,3**	**128,6**	**140,1**	**150,1**
Z.1 Verejné zdroje spolu (A+B+C)	77,1	84,9	93,5	102,3	111,3	121,2	129,5
Z.2 Súkromné zdroje spolu (D)	13,1	13,9	14,6	16,0	17,3	18,9	20,6
HDP v bežných cenách	**1 471,1**	**1 636,3**	**1 852,6**	**2 049,2**	**2 239,9**	**2 422,2**	**2 618,6**
X. Celkové zdroje ako % z HDP	**6,1**	**6,0**	**5,8**	**5,8**	**5,7**	**5,8**	**5,7**
X.1 Verejné ako % z HDP	5,2	5,2	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9
X.2 Súkromné ako % z HDP	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Podiel verejných zdrojov v %	**85,5**	**85,9**	**86,5**	**86,5**	**86,5**	**86,5**	**86,3**
Podiel súkromných zdrojov v %	**14,5**	**14,1**	**13,5**	**13,5**	**13,5**	**13,5**	**13,7**

Zdroj: Health Policy Institute, 2008; prognóza HDP podľa IFP

** Dáta za rok 2005 neobsahujú 5,9 mld. Sk, ktoré použila štátna akciová spoločnosť Veriteľ na oddlženie zdravotníctva*

4. PROGNÓZA VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO

Výdavky na zdravotníctvo prognózujeme z dvoch pohľadov:

1. výdavky zdravotných poisťovní,
2. výdavky domácností.

4.1 VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Prognóza výdavkov zdravotných poisťovní vychádza z nasledovných predpokladov:

1. **vzácnosť zdrojov** – výdavky zdravotných poisťovní sú limitované ich príjmami,
2. **vyrovnané hospodárenie** - zdravotné poisťovne nebudú tvoriť deficit a nebudú kumulovať dlh,
3. **regulácia použitia zisku** – zdravotné poisťovne nemôžu rozdeľovať zisk svojim akcionárom.

Výdavky zdravotných poisťovní pozostávajú z nasledujúcich položiek:

1. výdavky na lieky,
2. výdavky na zdravotnícke pomôcky,
3. výdavky na lôžkovú starostlivosť,
4. výdavky na ambulantnú starostlivosť,
5. výdavky na SVaLZ,
6. výdavky na záchrannú službu.

4.1.1 Výdavky na lieky

VÝVOJ VÝDAVKOV NA LIEKY V ROKU 2007

Vývoj výdavkov na lieky v roku 2007 sme odhadli veľmi presne. Ich objem v roku 2007 dosiahol takmer 30 mld. Sk, pričom najväčším ťahúňom rastu bol faktor ceny (medziročný index 1,064), a to aj napriek plošnému zníženiu cien o 6,6 %. Faktor objemu (medziročný index 1,058) bol ovplyvnený predovšetkým zrušením poplatkov za zdravotnú starostlivosť a tlakom farmaceutických firiem. Rast výdavkov zmiernilo zníženie sadzby DPH z 19 % na 10 % (medziročný index 0,92). Celkovo tak výdavky na lieky rástli o 4,1 %, takže aj naďalej tvoria najväčšiu časť výdavkov zdravotných poisťovní (33,1 %).

V roku 2007 došlo v súlade s našou prognózou k uvoľneniu liekovej politiky. **Výdavky na lieky sa nachádzajú v mierne expanzívnej fáze.**

Dokladuje to meniace sa správanie lekárov a meniaca sa štruktúra liekov:

1. Podľa prieskumu Symsite Research[2)] medzi praktickými lekármi sa ukázalo, že **zdravotné poisťovne preskripciu lekárov príliš neobmedzujú** – priemer všetkých hodnotení v apríli 2007 dosiahol hodnotu 4,0, pričom 1,0 znamená žiadne obmedzenie a 10,0 znamená výrazné obmedzenie. V apríli 2006 bola hodnota indexu na úrovni 4,9 a v marci 2004 dokonca na 6,7.
2. Podľa toho istého prieskumu Symsite Research **doplatky čoraz menej obmedzujú preskripčné správanie lekárov** – kým v apríli 2004 bola hodnota 7,2 boda, tak v apríli 2007 už len 5,5 boda.
3. **Výrazne rastie spotreba drahých liekov,** najmä v skupine L (antineoplastiká a imunomodulátory) – podľa údajov VšZP priemerná úhrada za jedno balenie v skupine L stúplo z 2 157 Sk v roku 2005 na 3 008 Sk v roku 2006 a tento trend pokračuje aj v roku 2007.

Lieková politika vlády zatiaľ pôsobí veľmi rozpačito. Na pravidelných stretnutiach ministra zdravotníctva so zástupcami sektora v septembri 2006 a v septembri 2007 odznievali inkonzistentné tvrdenia:

1. V septembri 2006 MZ SR avizovalo zrušenie fixného doplatku – o rok neskôr už tvrdilo, že fixné doplatky sa osvedčili a nebudú sa meniť.
2. V roku 2006 MZ SR oznámilo, že sa bude rušiť tzv. „fast track“[3)] – po roku už ani tento zámer nie je platný.
3. MZ SR opakovane avizovalo zámer znížiť frekvenciu kategorizácií, v ktorých by sa mohla meniť výška úhrady zo zdravotného poistenia, čím by poklesol trhový tlak na znižovanie cien liekov – táto zmena tiež nebola implementovaná.

Viaceré kategorizácie v priebehu roka 2007 neboli vykonané v súlade so zákonom a niektoré boli dodatočne opravované – najvypuklejším príkladom nedodržiavania zákona je systém referenčných úhrad, ktorý definuje zákon 577/2004 Z. z. o rozsahu, avšak pri kategorizácii sa nedodržiava.

2) Farmaceutický trh – čo ovplyvňuje spotrebu liekov, október 2007
3) Fast-track poskytuje výrobcovi lieku rýchlejšie (a na obmedzený čas aj výhodnejšie) zaradenie do zoznamu liekov uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia. Podmienkou je zníženie ceny lieku aspoň o 10 % oproti najlacnejšej konkurencii.

LIEKOVÁ POLITIKA V ROKU 2008

Z pripravovaných opatrení v liekovej politike vyzerajú najsľubnejšie dve opatrenia:

1. **vytvorenie databázy referenčných cien na MZ SR** a jej pravidelná aktualizácia na základe informácií od výrobcov a z jednotlivých ministerstiev členských štátov cez projekt „Pricing and Reimbursement Information". Zároveň ostatná novela zákona o rozsahu (č. 661/2007 Z. z.) umožňuje od 1. 1. 2008 ako základ pre cenové vyjednávania zobrať do úvahy všetky krajiny EÚ, v ktorých je liek registrovaný. Predpokladáme, že toto opatrenie umožní zníženie cien, avšak prejaví sa najskôr v kategorizácii s účinnosťou od 1. 7. 2008
2. **zavedenie degresívnej marže od 1. 1. 2008** znamená vyrovnanie motivácií liekového reťazca pre distribúciu a skladovanie drahých a lacných liekov. Pre lekárnikov tak vzrastie motivácia objednávať aj lacné lieky, na ktorých mohli byť doteraz stratoví. Z tohto dôvodu nepredpokladáme výraznú zmenu pomerov medzi lacnými a drahými liekmi.

Neočakávame, že by MZ SR v roku 2008 zaviedlo systém umožňujúci kúpiť určité lieky aj mimo lekárne – napr. v supermarketoch alebo na čerpacích staniciach, ktorý funguje vo viacerých krajinách OECD.
Z okolitých krajín podobný krok zaviedlo od 1. 3. 2007 Maďarsko.

V roku 2008 nemôžeme očakávať administratívne upravenie cien ako tomu bolo v roku 2007 v dôsledku posilňovania slovenskej koruny voči euru. V roku 2008 očakávame veľmi mierne zhodnotenie koruny.

Podľa prieskumu INEKO medzi 20 poprednými slovenskými analytikmi je odhad konverzného kurzu 32,66 SKK/EUR.

Otázka prijatia eura je zásadná najmä pri liekoch – väčšinu liekov totiž importujeme. Do úvahy prichádzajú dva scenáre:

- euro bude zavedené – tomto prípade predpokladáme konverzný kurz 32,66 SKK/EUR (INEKO)
- euro nebude zavedené – v tomto prípade očakávame oslabenie kurzu SKK/EUR na úroveň dnešnej parity 35,40 SKK/EUR, čo bude znamenať tlak na zvýšenie cien liekov.

V scenári „euro nebude" predpokladáme, že:

- originálne lieky nebudú mať zásadný problém prispôsobiť sa – ich vysoká marža im umožňuje absorbovať takéto kurzové výkyvy,
- väčší problém predpokladáme pri generických liekoch – vo svojich individuálnych žiadostiach budú žiadať o zvýšenie cien, pričom predpokladáme, že do cien budú chcieť premietnuť celé oslabenie koruny voči euru v pomere 1:1. Ak by aj nedošlo k zvýšeniu cien, tak nepredpokladáme pokračovanie trendu ich znižovania (nové generiká vstupujúce na trh nemusia byť lacnejšie). Reakcia MZ SR môže byť, že ceny sa zvyšovať nebudú, ale výrobcovia generík môžu dostať inú kompenzáciu (napr. zrušenie preskripčných alebo indikačných obmedzení).

Ak tretina výdavkov na lieky vzrastie o vyššie uvedenú korekciu kurzu na úroveň súčasnej centrálnej parity, znamenalo by to zvýšenie výdavkov približne o 600 mil. Sk.

Graf 10: Vývoj kurzu EUR/SKK za posledné tri roky

Zdroj: www.openiazoch.sk

PROGNÓZA VÝDAVKOV NA ROKY 2009 – 2011

Do roku 2011 odhadujeme nasledovný vývoj výdavkov na lieky:

1. **Rast objemu bude citeľný aj v ďalších rokoch, predovšetkým ako následok odstránenia regulačných poplatkov a tlaku farmaceutických firiem na vyšší obrat.** Objem môže mierne tlmiť zavedenie odporúčacích lístkov, ktoré mierne znížia počet návštev u špecialistov a zavedenie degresívnej marže, ktorá vedie k uprednostňovaniu väčších balení pred menšími.
2. Dynamika rastu cien dosiahla svoj vrchol v roku 2006 s následným poklesom v roku 2007. V rokoch 2008 až 2011 **očakávame mierny pokles tempa rastu cien ako následok zavedenia degresívnej marže.**
3. Počas celého obdobia od roku 2008 do 2011 **nepredpokladáme zmenu sadzby DPH.**

Predpokladáme, že výdavky na lieky dosiahnu v roku 2008 objem 33,1 mld. Sk a v roku 2011 celkovú výšku 42,8 mld. Sk. Aj napriek administratívnym zásahom v roku 2007 sa vďaka rastúcej priemernej cene za balenie podiel výdavkov na lieky na celkových výdavkoch s horizontom prognózy mierne zvyšuje z 33,1 % na 34,4 %. V roku 2011 tak ešte stále neprekročí úroveň roka 2006 – obdobia pred administratívnymi zásahmi súčasnej vlády.

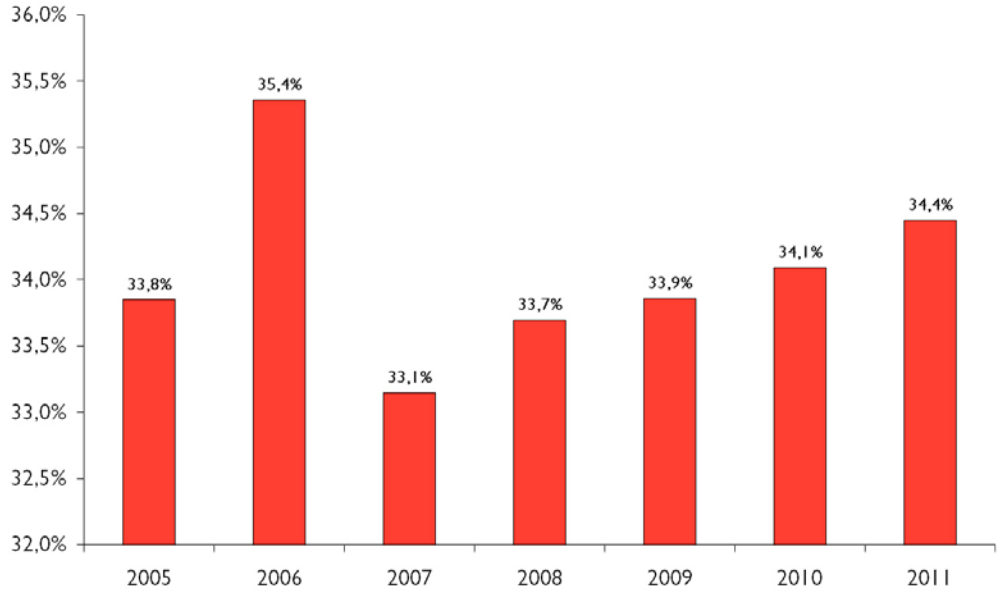
Výdavky na lieky zostanú zároveň aj naďalej najväčšou položkou vo výdavkoch domácností na zdravotníctvo.

Tabuľka 15: Výdavky na lieky v mld. Sk v rokoch 2005 – 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.1 Liečivá na recepty vrátane „A liekov“	**24,9**	**28,7**	**29,9**	**33,1**	**36,3**	**39,6**	**42,8**
Index celkového rastu	1,103	1,153	1,041	1,110	1,094	1,092	1,082
Index rastu ceny	1,050	1,130	1,064	1,069	1,052	1,049	1,043
Index rastu objemu	1,050	1,020	1,058	1,038	1,040	1,041	1,037
Index zmeny DPH	1,000	1,000	0,924	1,000	1,000	1,000	1,000
Podiel liekov na celkových výdavkoch	**33,8 %**	**35,4 %**	**33,1 %**	**33,7 %**	**33,9 %**	**34,1 %**	**34,4 %**

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 11: Výdavky na lieky ako % z celkových výdavkov



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.1.2 Výdavky na zdravotnícke pomôcky

ZDRAVOTNÍCKE POMÔCKY V ROKU 2007

Ukazuje sa, že výdavky na zdravotnícke pomôcky rastú rýchlejšie ako sme predpokladali. Dôvodom je zrejme vyššia informovanosť ľudí o ich dostupnosti a nárokovateľnosti (napr. polohovateľné postele či plienky). Pre roky 2008 až 2011 predpokladáme u zdravotníckych pomôcok dokonca rýchlejšie tempo rastu ako pri liekoch. Dôvodom je menej dôsledná kategorizácia zdravotníckych pomôcok.

4.1.3 Výdavky na lôžkovú starostlivosť vrátane kúpeľnej starostlivosti

VÝDAVKY NA LÔŽKOVÚ STAROSTLIVOSŤ V ROKU 2007

Výdavky na lôžkovú starostlivosť najviac ovplyvnil **zámer zvyšovať mzdy zamestnancov nemocníc.** Lôžkové zariadenia zaznamenali doteraz nevídané medziročné zvýšenie zdrojov, a to až o 22 %! Výdavky na lôžkovú starostlivosť tak boli najdynamickejšie rastúcou výdavkovou položkou. Rast výdavkov sa okamžite odzrkadlil na raste miezd zdravotníckych pracovníkov. Tie rástli najrýchlejšie v celej ekonomike – prírastok mzdy zaznamenaný v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci bol + 17,3 %.

Rámček 1: Členovia Asociácie fakultných nemocníc

Členmi AFN sú fakultné nemocnice v Bratislave, Banskej Bystrici, Trnave, Nitre, Žiline, Martine, Košiciach, Trenčíne a v Nových Zámkoch, ako aj detské fakultné nemocnice v Košiciach a v Bratislave. Do AFN patrí aj Národný onkologický ústav v Bratislave a Inštitút nukleárnej medicíny v Košiciach. Štatút pozorovateľa v AFN majú nemocnica v Poprade, Východoslovenský onkologický ústav a tri ústavy srdcovocievnych chorôb – v Bratislave, Banskej Bystrici a Košiciach.

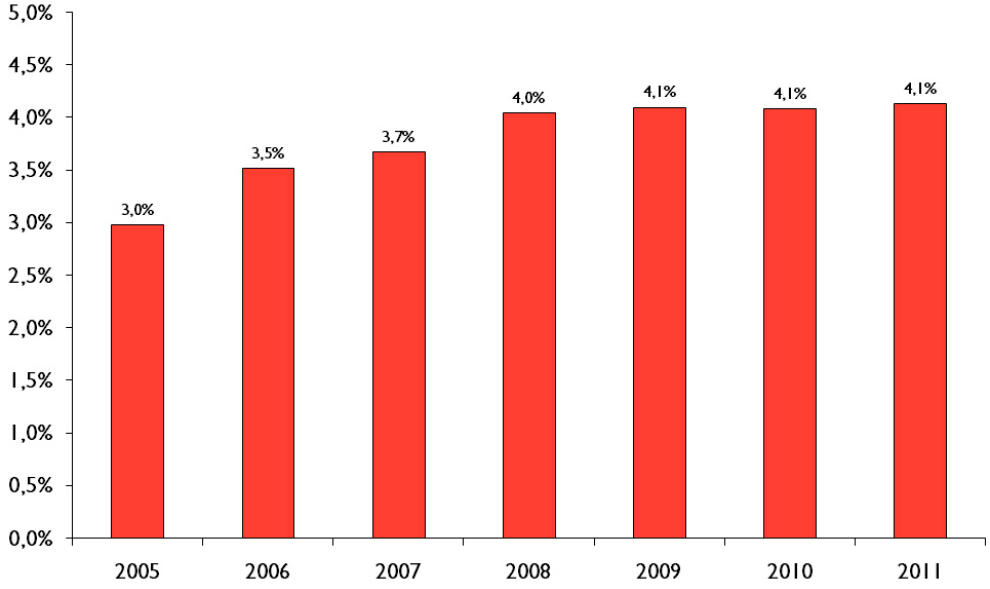
Zdroj: monitoring médií, 2007

Tabuľka 16: Výdavky na zdravotnícke pomôcky v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.2 Zdravotnícke pomôcky	2,2	2,9	3,3	4,0	4,4	4,7	5,1
Index celkového rastu	1,103	1,300	1,153	1,199	1,103	1,082	1,082
Index rastu ceny	1,050	1,150	1,150	1,100	1,050	1,040	1,040
Index rastu objemu	1,050	1,130	1,090	1,090	1,050	1,040	1,040
Index zmeny DPH	1,000	1,000	0,920	1,000	1,000	1,000	1,000

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 12: Výdavky na zdravotnícke pomôcky ako % z celkových výdavkov



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

LÔŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ V ROKU 2008

Kľúčovým javom v roku 2008 bude **kartel štátnych nemocníc,** ktorý vznikol administratívne nariadením vlády o minimálnej sieti. Nachádzajú sa v ňom jedine štátne nemocnice a zdravotné poisťovne sú s nimi povinné uzatvoriť zmluvy. Najsilnejším zoskupením v rámci štátnych zariadení je Asociácia fakultných nemocníc (AFN), ktorá má momentálne 13 členov a 5 zariadení má štatút pozorovateľa (Rámček 1). AFN svoje kartelové ambície prejavovala už v roku 2007 svojím postojom pri uzatváraní zmlúv so súkromnými zdravotnými poisťovňami.[4)]

Podľa Mariána Petka z Asociácie nemocníc Slovenska, združujúcej neštátne zariadenia, pevná minimálna sieť, ktorá vznikla nariadením vlády *„zakladá monopol štátny a výrazne znevýhodňuje neštátny (sektor).“*

V roku 2008 predpokladáme tri efekty ovplyvňujúce výšku výdavkov na lôžkovú starostlivosť:

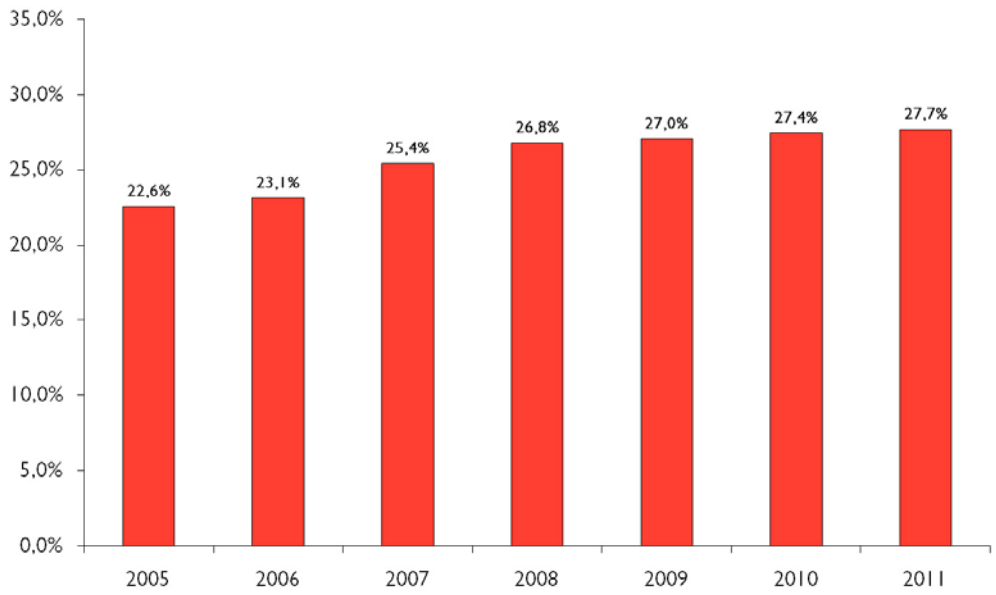
- **Budovanie vládneho konceptu štátneho zdravotníctva.** Vládnu líniu „pumpovať“ zdroje do štátnych nemocníc drží predovšetkým VšZP. Podľa prvých rokovaní so zástupcami nemocníc sú navyšovania zdrojov voči štátnym nemocniciam výrazne vyššie ako voči neštátnym nemocniciam. Navyše, množstvo neštátnych zariadení má problém s tým, že VšZP odmieta zazmluvniť niektoré ich oddelenia, či zariadenia ako celky. Obmedzeniami pre súkromné nemocnice v roku 2008 už VšZP chce uprednostniť fakultné nemocnice v Bratislave, Martine a Košiciach a prispieť tým k zabezpečeniu vyrovnaného hospodárenia týchto nemocníc bez toho, aby museli reštrukturalizovať svoje kapacity, zefektívniť svoje procesy a zlepšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
- **Vláda sa bude snažiť zvyšovať mzdy v štátnych nemocniciach** – predpokladáme, že mzdy budú rásť v intervale 10 – 15 %, pričom požiadavky lekárov na zvyšovanie miezd o 30 % nebudú môcť byť naplnené. Uprednostňovanie fakultných nemocníc v Bratislave, Martine a Košiciach zo strany VšZP môže mať za následok vyšší rast miezd ako v ostatných nemocniciach.
- **Pretrvávajúce dopady Zákonníka práce,** ktoré tlačia nemocnice k vyššej zamestnanosti.

Tabuľka 17: **Výdavky na lôžkovú starostlivosť vrátane kúpeľnej v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	16,6	18,8	22,9	26,3	29,0	31,9	34,4
Index celkového rastu		1,131	1,220	1,150	1,100	1,100	1,080

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 13: **Výdavky na lôžkovú starostlivosť ako % z celkových výdavkov**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4) Členovia AFN vo februári 2007 pre agentúru SITA povedali, že ak sa poisťovne s nemocnicami nedohodnú na zvýšení platieb o 20 %, s poisťovňami Dôvera a Apollo neuzavrie zmluvy žiadna fakultná nemocnica na Slovensku. Na jednotnom postupe sa dohodli v rámci AFN.

PROGNÓZA VÝDAVKOV NA ROKY 2009 – 2011

Naďalej bude pretrvávať **silná podkapitalizovanosť nemocníc.** Tvorba hrubého fixného kapitálu dosiahne cca 9,2 %, čo je menej ako polovica želaného objemu (cca 20 %). V ideálnom prípade by investície mali tvoriť približne 5 mld. Sk ročne – a túto úroveň sa nepodarí dohnať ani po pripočítaní eurofondov v objeme 1,4 až 2,0 mld. Sk ročne.

Do roku 2011 očakávame postupný pokles tempa rastu výdavkov v lôžkovej starostlivosti najprv na 10 % (2009 a 2010) a následne na 8 % (2011). Výdavky na lôžkovú starostlivosť tak v roku 2011 dosiahnu 34,4 mld. Sk.

Pokles tempa rastu bude daný:

- vytláčacím efektom liekov a
- v roku 2011 stagnáciou sadzby odvodov za poistencov štátu.

POROVNANIE VÝVOJA MIEZD LEKÁROV NA SLOVENSKU A V ZAHRANIČÍ POMOCOU INDEXU RELATÍVNEJ VZÁCNOSTI

Lákadlom migrácie lekárov a sestier zo Slovenska do zahraničia je vidina vysokej nominálnej mzdy po prepočítaní na slovenské koruny. Takýto prepočet však nie je úplne korektný, lebo nezohľadňuje zdanenie a ceny v danej krajine. Aby sme sa takejto chybe vyhli, navrhujeme **porovnanie miezd cez tzv. index relatívnej vzácnosti**. Vytvoríme ho tak, že mesačnú nominálnu mzdu lekára alebo sestry v danej krajne vydelíme priemernou mesačnou nominálnou mzdou v danej krajine.

Vysvetlime si to na príklade Nemecka:

- priemerný plat lekára-zamestnanca za rok 2005 bol po prepočítaní 183 150 Sk (cca 6-násobok oproti SR za rovnaké obdobie – 31 345 Sk),
- relatívna vzácnosť nemeckého lekára je 1,62 (čo je menej než v prípade SR – 1,81).

Tabuľka 18: **Porovnanie miezd lekárov a sestier v SR, ČR, Nemecku, Rakúsku a Veľkej Británii**

Krajina	Kategória	Mena	2004	2005	2006	Prie-merná mzda	Index relatívnej vzácnosti	Kurz k SKK	Prepočet SKK
Slo-vensko	Lekár	SKK	29 862	31 345	34 006	18 761	1,81	1,00	34 006
	Sestra	SKK	14 030	14 609	15 849		0,84		15 849
Česká republika	Lekár	CZK	37 093	38 634	42 390	20 211	2,10	1,23	52 140
	Sestra	CZK	17 926	18 755	21 290		1,05		26 187
	THP	CZK	17 922	18 713	20 339		1,01		25 017
Veľká Británia	Lekár - špecialista	GBP	7 892			1 855	4,25	48,00	378 816
	Lekár	GBP	3 992				2,15		191 616
	Sestra - špecialista	GBP	3 358				1,81		161 184
	Sestra	GBP	2 200				1,19		105 600
	THP	GBP	1 966				1,06		94 368
Rakúsko	Lekár - špecialista	EUR			12 067	2 142	5,63	33,30	401 831
	Lekár - všeobecný	EUR			8 231		3,84		274 092
	Sestra	EUR			1 950		0,91		64 935
	Zubár	EUR			10 496		4,90		349 517
Nemecko	Lekár - ambulantný	EUR		7 167		3 387	2,12	33,30	238 650
	Lekár - zamestnanec	EUR		5 500			1,62		183 150
	Lekár - priemer	EUR	4 585	4 608			1,36		153 458
	Sestra	EUR	2 486	2 450			0,72		81 585
	THP	EUR	2 662	2 530			0,75		84 249

Zdroje: ČR: MZ ČR (údaje sú za nepodnikateľskú sféru)
SR: NCZI, 2007
Veľká Británia: Údaje sú z prieskumu NHS za osoby pracujúce v NHS
Rakúsko: www.oe24.at
Nemecko: Bundesministerium für Gesundheit a PersonalMarkt.de 12/2006
Poznámka: priemerná mzda je uvedená za obdobie, za ktoré je k dispozícii posledný údaj o mzdách zdravotníckych pracovníkov

Všimnime si, že relatívna vzácnosť lekára je takmer rovnaká v Česku (2,10), v Nemecku (2,12) a vo Veľkej Británii (2,15), pričom nominálne sa mzda po prepočítaní pohybuje od 52 140 Sk (Česko), cez 191 616 Sk (Veľká Británia) až po spomínaných 238 650 Sk v Nemecku. Relatívna vzácnosť na úrovni 2,1 tak vytvára určitú vertikálnu stenu (Graf 14).

Atraktívnosť krajín sa však líši aj v dvoch iných detailoch:

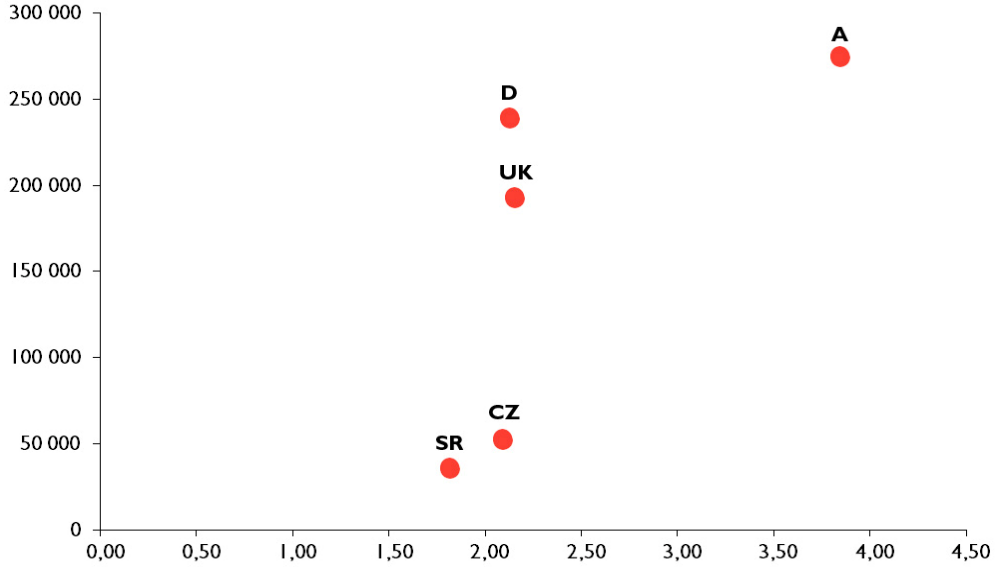
- Rakúsko je výhodné najmä z dôvodu geografickej blízkosti – umožňuje tak vyššiu mieru transformácie peňazí – do Rakúska sa dá dochádzať, takže je možné poberať rakúsky plat a mať aspoň čiastočne slovenské náklady,
- Česko je obľúbené kvôli nízkej jazykovej bariére a lepšej vybavenosti nemocníc.

Sestrám sa najviac oplatí ísť do Veľkej Británie. Relatívna vzácnosť sestry je tam 1,19 a aj nominálne zarobí najviac (105 600 Sk).

Nemecko a Rakúsko vyzerajú atraktívne z hľadiska nominálneho prepočtu (81 585 Sk, resp. 64 935 Sk), avšak relatívna vzácnosť sestry je v Nemecku dokonca nižšia než na Slovensku a v Rakúsku je len o niečo vyššia, čo môže byť kompenzované jedine režimom „rakúsky“ plat a „slovenské“ náklady.

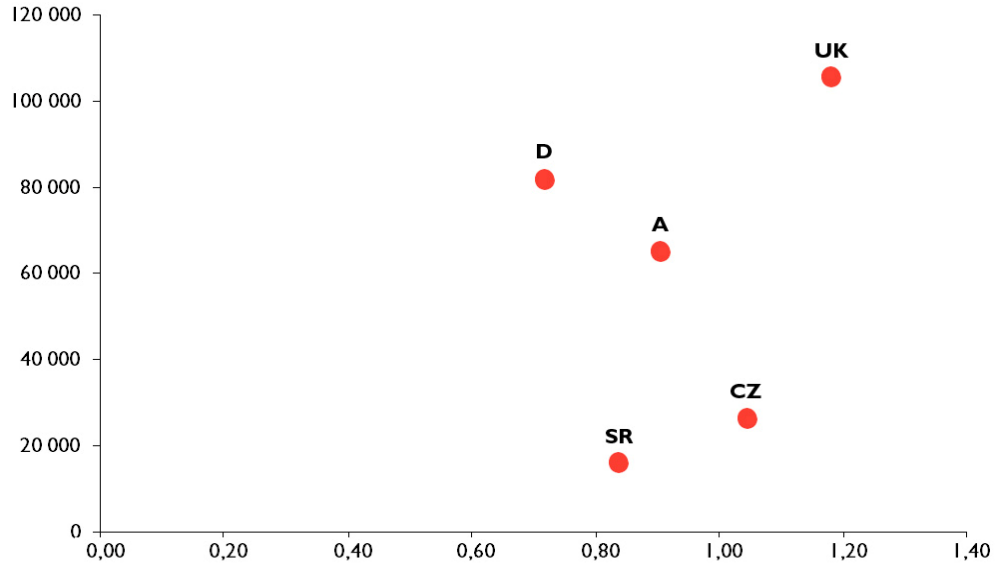
Práca v ČR je pre sestru, ktorá sa chce v danej krajine usadiť podľa nášho názoru veľmi atraktívna – plat (26 187 Sk) je síce násobne nižší ako v Nemecku alebo Rakúsku, ale relatívna vzácnosť je veľmi vysoká (1,05). Navyše, pracovné uspokojenie môže zvyšovať najmä nízka jazyková bariéra.

Graf 14: Porovnanie relatívnej vzácnosti lekára a prepočtu nominálneho platu lekára (v Sk)



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Graf 15: Porovnanie relatívnej vzácnosti sestry a prepočtu nominálneho platu sestry (v Sk)



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

4.1.4 Prognóza výdavkov na ambulantnú starostlivosť

Rivalmi v sektore ambulantnej starostlivosti sú Asociácia súkromných lekárov SR (ASL), ktorá združuje najmä všeobecných lekárov, a Slovenská lekárska únia špecialistov (SLÚŠ), ktorá združuje výlučne špecialistov. Táto rivalita bude v roku 2008 umocnená **zavedením odporúčacích lístkov.** Ich cieľom je podľa MZ SR obmedzenie duplicitných výkonov u špecialistov.

Ako ASL, tak aj SLÚŠ sa už s VšZP na podmienkach pre rok 2008 rámcovo dohodli:

- Cena bodu pre špecialistov vzrastie o 8 % z 0,50 Sk na 0,54 Sk za bod, avšak pri rovnakom objeme limitov pre špecialistov.
- Limity sa majú po 30. 4. 2008 prehodnotiť a prípadná zmena je možná od 1. 7. 2008.
- Všeobecná zdravotná poisťovňa zároveň predpokladá, že všeobecní lekári udržia na uzde indukovaný dopyt a objem výkonov u špecialistov poklesne o 15 %.

Prvé reakcie pacientov po zavedení odporúčacích lístkov svedčia o nespokojnosti s týmto opatrením. Vzniká zbytočná byrokracia a v čakárňach sa zbytočne hromadia pacienti. Nepredpokladáme, že VšZP dosiahne pokles objemu výkonov o 15 %. **Podľa nášho odhadu je reálny pokles objemu nanajvýš o 6 %.** Navyše, nie sme presvedčení o tom, že všeobecní lekári sú pripravení na dodatočnú administratívnu, kapacitnú a odbornú záťaž, ktorú odporúčacie lístky so sebou prinášajú.

Do roku 2011 očakávame:

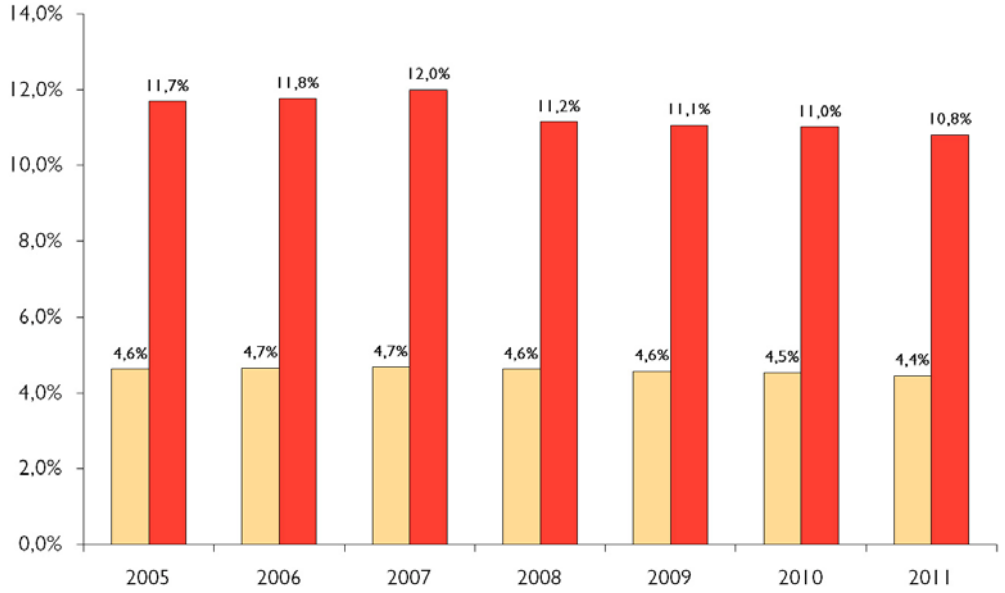
- **Veľmi mierny pokles podielu všeobecných lekárov na celkových výdavkoch.** Dôvodom bude mierny pokles počtu kapitovaných poistencov a valorizácia kapitácie pod úrovňou rastu príjmov zdravotných poisťovní. Zároveň očakávame aj prvú vlnu väčšieho odchodu všeobecných lekárov do dôchodku a z toho vyplývajúce pohyby trhových podielov všeobecných lekárov.
- **Stredne veľký pokles podielu ambulantných špecialistov na celkových výdavkoch z 12,0 % na 10,8 %.**

Tabuľka 19: **Výdavky na všeobecnú a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	**3,4**	**3,8**	**4,2**	**4,5**	**4,9**	**5,3**	**5,5**
Index rastu ceny		1,100	1,120	1,080	1,080	1,080	1,050
Index rastu objemu		1,010	0,997	0,997	0,997	0,997	1,000
A.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	**8,6**	**9,6**	**10,8**	**11,0**	**11,9**	**12,8**	**13,4**
Index rastu ceny		1,100	1,120	1,080	1,080	1,080	1,050
Index rastu objemu		1,010	1,010	0,940	1,000	1,000	1,000

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 16: **Podiel výdavkov na všeobecnú a špecializovanú ambulantnú starostlivosť ako % z celkových výdavkov**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Dôvodom bude mierny pokles dopytu vyvolaný odporúčacími lístkami a tempo rastu hodnoty bodu pod úrovňou tempa rastu príjmov zdravotných poisťovní. Cena bodu totiž priamo súperí so zvyšovaním zdrojov pre nemocnice – do ďalších rokov sa zdá, že vláda bude uprednostňovať lôžkovú starostlivosť pred ambulantnou, a to najmä špecializovanou. Motiváciou špecialistov bude presmerovať svoje kmene k súkromným poisťovniam, ktoré nemajú limity na objem výkonov.
U súkromných zdravotných poisťovní očakávame stratégiu uprednostňovania ambulantnej starostlivosti pred lôžkovou.

4.1.5 Prognóza výdavkov na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVaLZ)

SVaLZy môžeme rozdeliť na tri trhy:

- trh laboratórnej medicíny (približne 40 %)
- trh zobrazovacích metód (približne 45 %)
- iné trhy, napr. fyziatria (15 %)

Na trhu laboratórnej medicíny (odhadom 3,4 mld. Sk za rok 2007) prebieha konsolidácia a konkurenčný boj. Trhový podiel troch najväčších firiem postupne rastie a dnes majú približne 30 % trhu. Zvyšok trhu tvoria rozdrobené súkromné laboratória a laboratóriá v nemocniciach. Konkurenčný boj je sprevádzaný stabilizovanou jednotkovou cenou (aj keď sú náznaky znižovania ceny bodu zo strany VšZP z 0,22 Sk na 0,21 Sk; pri ponechaní rovnakých limitov) a laboratóriám zostáva na dosahovanie zisku kanál zvyšovania produkcie. **Do roku 2011 očakávame stagnáciu cien a rast objemov, ktorý sa však bude pomaly zmierňovať,** čo bude súvisieť s už spomínaným poklesom dopytu po službách špecialistov.

Na trhu zobrazovacích metód (odhadom 3,8 mld. Sk v roku 2007) ešte stále dominuje nemocničný sektor. Podiel štátnych a neštátnych nemocníc predstavuje 60 % trhu a zvyšok pripadá na nenemocničné súkromné zariadenia. Situácia je tak presne opačná ako na trhu laboratórnej medicíny, kde už 55 % trhu obhospodaruje súkromný nenemocničný sektor. **Do roku 2011 očakávame stagnáciu ceny bodu a postupné znižovanie výkonov cez tlaky poisťovní na limity.**

Tabuľka 20: **Výdavky na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	**7,1**	**7,7**	**8,4**	**9,2**	**9,9**	**10,6**	**11,4**
Index rastu ceny		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Index rastu objemu		1,090	1,090	1,090	1,080	1,070	1,070

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.1.6 Výdavky na záchrannú zdravotnú službu

Záchrannú zdravotnú službu zo 70 % prevádzkujú súkromní poskytovatelia a zvyšných 30 % poskytujú regionálne a štátne nemocnice. Od začiatku fungovania súčasnej vlády sú súkromné záchranné služby pod tlakom a ich zdroj príjmu cez stanovenie pevnej ceny, ktorý podlieha štátnej regulácii, sa nezvyšuje, skôr naopak. Napriek tomu, že záchranný systém po reforme z roku 2005 konečne vykazuje porovnateľné parametre ako naši západní susedia,[5] **MZ SR nemieni valorizovať pevnú cenu** za rýchlu zdravotnú pomoc (RZP) a rýchlu lekársku pomoc (RLP) ani v roku 2008.

Takáto situácia nie je dlhodobo udržateľná. Ak majú byť zvyšované aj mzdy zamestnancov v záchranných službách, očakávame, že **sadzba by sa mala zvyšovať minimálne o rast zdrojov v zdravotných poisťovniach**. Inak sa podiel záchraniek na celkových výdavkoch bude kontinuálne znižovať.

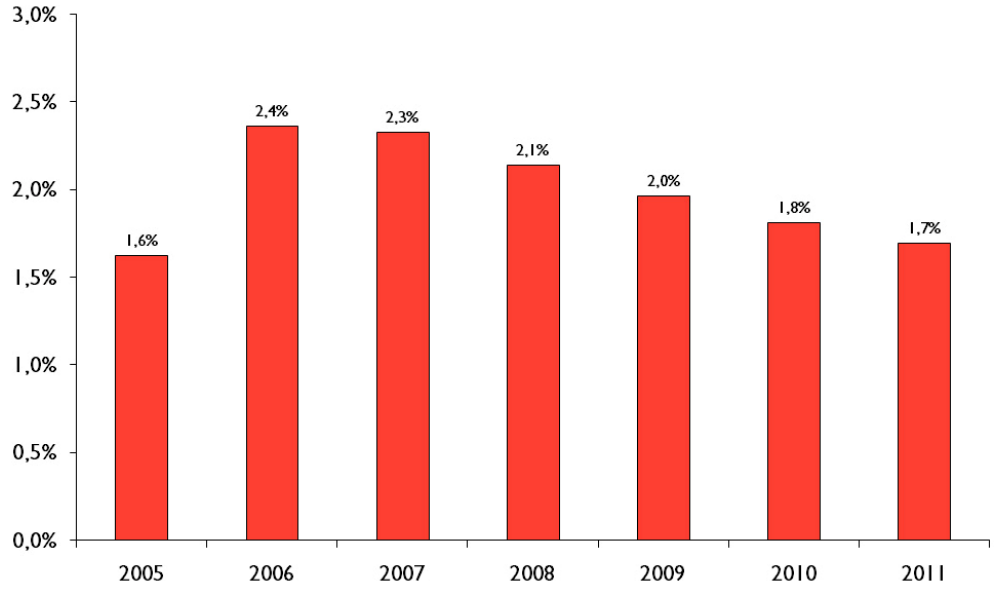
Ďalším zdrojom tlaku na zvyšovanie cien je **pripravovaná norma stanovujúca maximálny vek vozidla na 6 rokov**. To bude znamenať nutnosť rýchlejšej reprodukcie aktív čo sa premietne do finančnej náročnosti poskytovania záchrannej zdravotnej služby.

Tabuľka 21: Výdavky na záchrannú zdravotnú službu v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.2.7 Záchranná zdravotná služba	1,2	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Index celkového rastu		1,599	1,094	1,000	1,000	1,000	1,000

Zdroj: Health Policy Institute, 2008
Poznámka: plný počet záchranných zdravotných služieb (ZZS) funguje až od roku 2006

Graf 17: Podiel výdavkov na záchrannú zdravotnú službu ako % z celkových výdavkov



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

5) Počet výjazdov viac ako 3 za jednu zmenu a dojazdový čas do 15 minút

4.2 *Výdavky domácností*

V kapitole 3.4 sme spomínali metodické problémy Štatistického úradu SR pri vyčíslovaní výdavkov domácností. Žiaľ, nezostáva nám nič iné ako dúfať, že presnosť a konzistentnosť údajov sa v budúcnosti výrazne zlepší. Do roku 2011 predpokladáme:

- **10 až 15 % ročný rast** farmaceutických výrobkov – ide o trh **voľnopredajných liekov**, ktorý je poháňaný kúpnou silou obyvateľstva.
- **7 až 8 % ročný rast liekov viazaných na lekársky predpis** – tvoria ho doplatky na receptové lieky a opäť rozhoduje kúpna sila obyvateľstva, ktorá bude mierne stúpať.
- **Pokles poplatkov v nemocniciach** zo 400 mil. Sk (rok 2005) na 100 mil. Sk (rok 2007) v dôsledku zrušenia poplatkov 50 Sk, ktoré občania platili za pobyt v nemocnici.
- **Výrazný pokles výdavkov v položke služby lekárov** zo 700 mil. Sk (rok 2005) na 100 mil. Sk (rok 2007) v dôsledku zrušenia poplatkov 20 Sk, ktoré občania platili pri návšteve ambulancií.

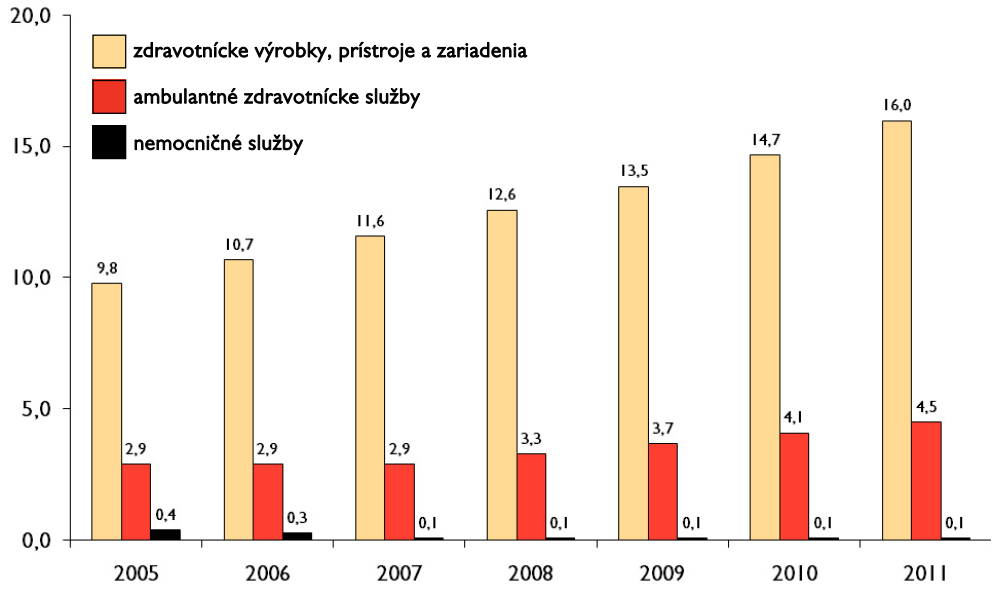
Taktiež predpokladáme, že zrušenie marže a regulácie cien bude mať zanedbateľný efekt na voľnopredajné lieky a nehradené receptové lieky.

Tabuľka 22: **Výdavky domácností na zdravotníctvo v mld. Sk (2005 – 2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
B. Výdavky domácností	**13,1**	**13,9**	**14,6**	**16,0**	**17,3**	**18,9**	**20,6**
B.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	9,8	10,7	11,6	12,6	13,5	14,7	16,0
B.1.1 Farmaceutické výrobky	3,1	3,6	4,1	4,5	5,1	5,7	6,3
B.1.2 Lieky na recept	5,3	5,7	6,1	6,5	7,0	7,5	8,1
B.1.3 Iné zdravotnícke tovary	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
B.1.4 Terapeutické prístroje a zariadenia	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3
B.2 Ambulantné zdravotnícke služby	2,9	2,9	2,9	3,3	3,7	4,1	4,5
B.2.1 Služby lekárov	0,7	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
B.2.2 Služby zubných lekárov	1,7	2,0	2,4	2,8	3,2	3,5	3,9
B.2.3 Iné služby mimo nemocníc	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
B.3 Nemocničné služby	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2007 a Health Policy Institute, 2008

Graf 18: **Výdavky domácností v mld. Sk v rokoch 2005 – 2011**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 23: Výdavky na zdravotníctvo v mld. Sk (2005 – 2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Výdavky zdravotných poisťovní	**73,6**	**81,2**	**90,1**	**98,4**	**107,1**	**116,2**	**124,4**
A.1 Ostatné výdavky	7,7	5,7	6,0	5,7	6,2	6,6	7,0
A.1.1 Marža (prevádzkové náklady + zisk)	4,1	5,1	5,3	4,9	5,3	5,7	6,0
A.1.2 Príspevok ZP na činnosť úradu	0,7	0,3	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
A.1.3 Príspevok ZP na operačné strediská	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
A.1.4 Iné (NFV, pokuty, penále, poplatky)	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	65,9	75,4	84,1	92,4	100,6	109,2	117,0
A.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	24,9	28,7	29,9	33,1	36,3	39,6	42,8
A.2.2 Zdravotnícke pomôcky	2,2	2,9	3,3	4,0	4,4	4,7	5,1
A.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	16,6	18,8	22,9	26,3	29,0	31,9	34,4
A.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	3,4	3,8	4,2	4,5	4,9	5,3	5,5
A.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	8,6	9,6	10,8	11,0	11,9	12,8	13,4
A.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	7,1	7,7	8,4	9,2	9,9	10,6	11,4
A.2.7 Záchranná zdravotná služba	1,2	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
A.2.8 Ostatné, EU, bezdomovci	1,7	2,1	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6
B. Výdavky z kapitoly MZ SR	**3,0**	**3,1**	**2,9**	**3,4**	**3,7**	**4,5**	**4,6**
C. Výdavky miest, obcí a VÚC	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,5**
D. Výdavky domácností	**13,1**	**13,9**	**14,6**	**16,0**	**17,5**	**19,1**	**20,8**
D.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	9,8	10,7	11,6	12,6	13,7	14,9	16,2
D.1.1 Farmacetické výrobky	3,1	3,6	4,1	4,5	5,1	5,7	6,3
D.1.2 Lieky na recept	5,3	5,7	6,1	6,5	7,0	7,5	8,1
D.1.3 Iné zdravotnícke tovary	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
D.1.4 Terapeutické prístroje a zariadenia	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	2,9	2,9	2,9	3,3	3,7	4,1	4,5
D.2.1 Služby lekárov	0,7	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
D.2.2 Služby zubných lekárov	1,7	2,0	2,4	2,8	3,2	3,5	3,9
D.2.3 Iné služby mimo nemocníc	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
D.3 Nemocničné služby	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Výdavky na zdravotníctvo spolu	**90,2**	**98,8**	**108,1**	**118,3**	**128,6**	**140,1**	**150,1**

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2007 a Health Policy Institute, 2008

MARTIN BARTO

Všeobecné hodnotenie textu

Predložený materiál predstavuje základné rámce pre zdravotnú politiku na najbližšie 4 roky. Text predovšetkým projektuje príjmy a výdavky celého zdravotného systému. Hodnotí nové trendy, ktoré priniesla zmena prístupu vlády, ako aj ich možné dopady na celý systém. Zameriava sa na budovanie konceptu „štátneho zdravotníctva", reguláciu zisku zdravotných poisťovní, vplyv degresívnej marže v liekovej politike, vznik kartelu fakultných nemocníc a zavedenie odporúčacích lístkov. V tretej kapitole sa venuje podrobne vyčísleniu príjmov celého zdravotného systému, ktoré hodnotím ako pomerne konzervatívne. Vo štvrtej kapitole sa prognózujú výdavky zdravotného systému, kde sa analyzujú dopady zavedenia či nezavedenia meny euro k 1. januáru 2009 a vývoj miezd lekárov a sestier u nás a v niektorých ďalších štátoch na základe indexu relatívnej vzácnosti. Prognóza výdavkov sa tvorila na základe predpokladu, že zdravotné poisťovne budú mať vyrovnané hospodárenie a nebudú môcť distribuovať zisk svojim akcionárom. Je otázne, či tento predpoklad je úplne realistický a či štátom vlastnené poisťovne nebudú postupne tlačené do deficitu. Prognóza príjmov a výdavkov zatiaľ nesignalizuje možnosť vytvárania deficitu v zdravotnom systéme. Textu sa dá tiež vytknúť, že málo hodnotí štruktúru výdavkov na zdravotnú starostlivosť a jej trendy. Napríklad, výdavky na lieky tvoria viac než tretinu celkových výdavkov počas celého obdobia, čo vedie k poddimenzovaniu výdavkov na iné položky. Bolo by tiež zaujímavé vidieť aká je štruktúra výdavkov na lôžkovú starostlivosť, aký podiel v nej majú lieky, prístroje a mzdy. Autori sa vyhýbajú formulácii hodnotení, ktoré z prognózy vyplývajú, no je zrejmé, že v najbližších rokoch nedôjde ani k miernemu zlepšeniu celkovej situácie v zdravotníctve, pretože jeho efektívnosť sa bude zhoršovať kvôli ďalšiemu odbúraniu tvrdých rozpočtových obmedzení. Podľa môjho názoru v dokumente chýba časť venovaná rizikám, ktoré sú v systéme (aj keď na viacerých miestach sa spomínajú) a najmä kroky a opatrenia, ktoré by autori navrhovali na ich elimináciu alebo zmiernenie. Chýbajú mi tiež porovnania s „best practise" vo svete.

Konkrétne komentáre a výhrady k textu

- V podkapitole 3.1.1 sa uvádzajú Grafy 1 a 2, kde sa v grafickej forme prezentujú informácie z predchádzajúcej Tabuľky 1. Pokladám tieto grafy za nadbytočné, pretože neprinášajú nijaké nové informácie. Podobne sa javia ako nadbytočné Tabuľky 3 a 4, ktorých zdrojom je ŠÚ SR a v dokumente sa tieto informácie ďalej nevyužívajú.

- Na strane 11 sa uvádza, že v rokoch 2009 a 2010 sa po prijatí meny euro zníži rast reálnych miezd na 3 až 3,5 % kvôli zvýšeniu inflácie. V danom období však budú hrať úlohu aj iné faktory ako napr. postupný nedostatok niektorých profesií, lepšia možnosť porovnávania miezd apod., ktoré budú prispievať k akcelerácii rastu miezd. Odhady inflácie na roky 2010 a 2011 na str. 12 sú pomerne nízke, pretože ak predpokladáme, že príspevok Balassa-Samuelsonovho efektu u nás je asi 1 percentuálny bod. A ak očakávame, že priemerná inflácia v eurozóne bude okolo deklarovaných 2 %, tak inflácia v SR bude minimálne 3 %.

- V diskusii k scenáru „euro nebude" sa uvažuje o znehodnotení koruny na úroveň parity, čo by malo za následok zvýšenie cien generík. Tu vznikajú dve otázky – či znehodnotenie bude dlhodobé a aké konverzné kurzy majú použité vo svojich dnešných cenách predajcovia liekov. Je celkom možné, že aj dnes používajú paritu.

- V podkapitole 4.1.6 sa od tohto roku uvažuje s nulovým rastom výdavkov na záchrannú zdravotnú službu. Je tento predpoklad realistický? Domnievam sa, že konštantný objem prostriedkov počas 4 rokov nebude možné zo strany MZ SR obhájiť.

*Autorom posudku je **Ing. Martin Barto, CSc.,** ktorý je od roku 2005 viceguvernérom Národnej banky Slovenska, zodpovedným za dohľad nad finančným trhom. V rokoch 1999 – 2004 pôsobil ako hlavný ekonóm Slovenskej sporiteľne, a. s. Tento posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje NBS.*

IGOR DORČÁK

Všeobecné hodnotenie textu

Publikácia ZR svojim obsahom zodpovedá svojmu názvu a má ambíciu zotrvať „iba" v úrovni rámcov – prognózy zdrojov a základného členenia výdavkov na zdravotnú starostlivosť. S takýmto obsahom ju osobne považujem za jedinú v sektore zdravotníctva. Je potešiteľné, že sa autori opätovne podujali vyplniť makroekonomickú medzeru v zdravotníctve (na druhej strane je smutné, že ju nie je s čím konfrontovať, keďže ani MZ, MF či iné štátne inštitúcie podobný materiál nevypracovali alebo nepublikovali).

Na základe makroekonomických predpokladov vývoja autori predikujú rámec pre financovanie zdravotníctva do roku 2011 – objem zdrojov v zdravotníctve a ich pravdepodobné použitie na financovanie zdravotnej starostlivosti. Podstatne viac ako použitiu zdrojov v zdravotníctve sa autori venovali ich tvorbe. Aj keď je pravdou, že objem zdrojov je determinujúcim faktorom financovania celého komplexu zdravotnej starostlivosti, pre trvalo udržateľné financovanie systému zdravotníctva je minimálne tak dôležitá aj ich alokácia na rôzne druhy zdravotnej starostlivosti

Konkrétne komentáre k jednotlivým kapitolám

Výšku zdrojov prognózujú autori na základe predpokladaného vývoja makroekonomických faktorov. Model predikcie, na základe ktorého postupovali, považujem za dostatočne kvalifikovaný a presný, berúc tiež do úvahy, že objem zdrojov odhadujú na obdobie štyroch rokov (rozdiely v skutočnosti a odhade môžu vzniknúť hlavne v prípade platby štátu za svojich poistencov, čo je stále viac menej pod vplyvom tvorby štátneho rozpočtu). Postup pri tvorbe modelu zdrojov popisujú autori dostatočne, možno až príliš podrobne (pravdepodobne pre lepšie pochopenie zo strany čitateľov a zvýšenie dôveryhodnosti výpočtu). V kapitole prognózy príjmov zdravotníctva by som sa pozastavil len v prípade predpokladu autorov, že výber poistného za zamestnancov (úspešnosť výberu) sa nebude zlepšovať, pretože ako uvádzajú, zdravotné poisťovne nebudú pre zlepšenie úspešnosti motivované. Dôvody, ktoré uvádzajú, pôsobia síce demotivačne, sú však aj ďalšie dôvody, ktoré budú zdravotné poisťovne motivovať vyberať poistné. Za tieto dôvody považujem hlavne potrebu zabezpečiť plynulé financovanie pri raste nákladov na zdravotnú starostlivosť, ročné prerozdeľovanie poistného (prerozdeľuje sa na základe predpísaného, nie vybraného poistného) a tiež skutočnosť, že k pohľadávkam na poistnom musia zdravotné poisťovne účtovať opravné položky.

Ako som už v úvode poznamenal, pre trvalo udržateľné financovanie je alokácia zdrojov k jednotlivým typom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti minimálne tak dôležitá ako ich tvorba. Alokácia zdrojov je úlohou zdravotných poisťovní (alokácia musí mať podporu v správne definovanej štátnej zdravotnej politike). V kapitole 4, v ktorej sa autori venovali prognóze výdavkov na zdravotníctvo do roku 2011 som len minimálne zachytil odkaz na aktívne pôsobenie zdravotných poisťovní ako nákupcov zdravotnej starostlivosti (aktívnych alokátorov zdrojov rešpektujúcich potreby svojich poistencov). Neočakávam od publikácie detailné odporúčania pre nákupné stratégie zdravotných poisťovní, nad „intersektorálnym" členením výdavkov sa však musím na chvíľu pozastaviť. Z uvedeného textu akoby som cítil názor autorov, že podiel liekov, zdravotníckych pomôcok a lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch je vzhľadom na aktivitu subjektov už raz tak daný a trend nezvratný a všetko ostatné (mám na mysli výdavky na ambulantnú zdravotnú starostlivosť,...) sa mu musí finančne prispôsobiť. Súhlasím, že výdavky na lieky medziročne rastú, som však presvedčený, že aktívnejším pôsobením poisťovní a ministerstva zdravotníctva je rast možné spomaliť. Nepriamo to konštatujú aj autori (uvádzajú, že zdravotné poisťovne lekárov čím ďalej tým menej v preskripcii obmedzujú, ministerstvo nemá jasne definované kroky).

S takým pasívnym postojom k vývoju výdavkov na zdravotnú starostlivosť v budúcich rokoch sa nemôžem stotožniť a v tej súvislosti mi chýba aspoň základné odporúčanie autorov smerom k nákupcom zdravotnej starostlivosti. Odporúčanie, či skôr názor, ako by sa mali výdavky regulovať, riadiť. Odporúčanie, ktorú zdravotnú starostlivosť ako efektívnejšiu formu viac preferovať a ktorú naopak pribrzdiť. Dá sa očakávať, že hlavne zo strany štátnych lôžkových zariadení bude tlak na navyšovanie cien hospitalizácii, počet hospitalizácii je však v rukách zdravotných poisťovní a s tým teda aj celkový objem výdavkov na lôžkovú zdravotnú starostlivosť.

Nezdieľam očakávania autorov, že dôjde k poklesu podielu ambulantného sektora (tým nechcem povedať, že nevidím rezervy v súčasnom počte a štruktúre ambulancií a v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v ambulantnom sektore).

▶▶

Som presvedčený, že pokiaľ má byť zdravotníctvo financované plynulo a udržateľne (a bez sociálneho napätia), bude musieť byť štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní oproti očakávaniam autorov iná hlavne v neprospech výdavkov na lieky a zdravotnícke pomôcky. Ako sa to jednotlivým poisťovniam podarí, tak si budú upevňovať či budovať trhovú pozíciu.

Záver

Túto publikáciu, tak ako jej predchádzajúce dve vydania, považujem hlavne v časti tvorby zdrojov za zdroj relevantných informácií a istotne ju použijem v prípade potreby pri svojej práci.

Ing. Igor Dorčák *je prezidentom Združenia zdravotných poisťovní SR. Od roku 1995 pracoval v zdravotnej poisťovní Sideria ako riaditeľ úseku informačných systémov, od roku 2000 do roku 2006 ako generálny riaditeľ. Od roku 2006 pracoval v zdravotných poisťovniach Sideria a Dôvera najskôr ako generálny riaditeľ, neskôr ako riaditeľ úseku stratégie zdravotnej poisťovne Dôvera. Od roku 2005 je prezidentom Združenia zdravotných poisťovní. Hodnotenie oponenta je jeho osobným a nezávislým názorom a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa.*

MARTIN FILKO

Ambíciou Základných rámcov zdravotnej politiky je – už po tretíkrát – charakterizovať súčasný stav slovenského zdravotníctva a odhadnúť jeho najpravdepodobnejší vývoj. Odklon od politického diskurzu k technickej analýze a striedmemu hodnoteniu opatrení verejnej politiky pokladám za pozitívny. Použitá metodika predpovedania budúcich príjmov je v poriadku, problémy pretrvávajú pri všeobecne akceptovanej metóde sumarizácie jednotlivých zložiek zdravotníckych financií, a pri prognóze budúcich výdavkov. Dokument predstavuje komplexný pohľad na základné rámce verejnej politiky v oblasti zdravotníctva na Slovensku, a predstavuje vítaný príspevok do diskusie.

Podobne ako v minuloročnom komentári sa zdržím názoru na makroekonomické ukazovatele (dlhodobo na podobné účely používam údaje Inštitútu finančnej politiky MF SR, čo zabezpečuje konzistenciu odhadov a analýz s inými časťami verejných financií). Hoci je možné sa zamyslieť aj nad inými metódami predpovedania príjmov zdravotníckeho systému, než je použitá v kapitole 3, prednosťou uvedenej metodiky nad čisto ekonometrickými cvičeniami je najmä jej intuitívnosť a jednoduchosť analýz senzitivity. Je škoda, že táto možnosť nebola v plnom rozsahu využitá.

Používanie „korekčného faktora" (bulharskej konštanty korigujúcej o úspešnosť výberu poistného a obmedzenie maximálneho vymeriavacieho základu) pokladám za málo zdokumentované a preto problematické. Aj vzhľadom na výrazný vplyv tohto parametra na celkovú nominálnu výšku príjmov by bolo adekvátnejšie explicitne korigovať o celosektorovú úspešnosť výberu, podiel miezd, z ktorého sa zdravotné odvody neplatia, a iné faktory.

Odhad počtu „poistencov štátu" pokladám za konzervatívny, nielen v súvislosti s ich „skutočným" počtom, ale aj v súvislosti s tým, že v štátnom rozpočte, ktorý nakoniec determinuje výšku tohto príspevku, bude pravdepodobne uvedený iný počet plánovaných poistencov. Jedným z riešení tohto každý rok sa opakujúceho problému by mohla byť zmena názvu a formuly výpočtu príspevku zo všeobecného zdanenia do poistného systému. Je pravdepodobné, že v dlhodobom horizonte bude v súvislosti s demografickým vývojom jeho relatívny význam stúpať, a význam dane zo mzdy (odvodov) klesať. Namiesto počtu ekonomicky neaktívnych poistencov a historickej priemernej mzdy by sa mohlo použiť napríklad percento hrubej domácej produkcie, alebo iný stabilný a ľahko predpovedateľný ukazovateľ reálnej ekonomiky.

Podobne ako minulý rok pokladám z dôvodov politicky podmienenej neistoty za nevyhnutnú analýzu senzitivity príspevku štátu. Predpoveď autorov je jedným z pravdepodobných scenárov, ako základný variant by som však odporúčal čísla schválené v rozpočte verejnej správy na 2008-2010. Uvedená prognóza by nasledovala ako jeden z ďalších scenárov.

Ako upozorňuje recenzovaný dokument, údaje z prieskumu príjmov a výdavkov domácností použité ako zdroj odhadu hotovostných výdavkov sú nespoľahlivé a často revidované. Bohužiaľ, žiaden iný zdroj údajov v súčasnosti nie je k dispozícii. Na základe anekdotických informácií získaných skúmaním procesu a inštitucionálneho zabezpečenia tohto prieskumu pokladám údaje zverejňované ŠÚ SR za spodný limit skutočných hotovostných výdavkov. Dôvody zahŕňajú (okrem tých z nasledujúceho odseku) napríklad prudkú a z môjho pohľadu nevysvetlenú revíziu nadol vykonanú ŠÚ SR pre rok 2005 a nezahrnutie niektorých skupín s vysokými per capita výdavkami (kolektívne domácnosti, obyvatelia rómskych osád, veľmi bohaté domácnosti) do vzorky.

Správa naďalej nerozlišuje medzi hotovostnými platbami a súkromnými zdrojmi. Vzhľadom na v legislatíve zakotvené zmeny v regulácii pracovnej zdravotnej služby môže byť tento pojmový rozdiel významnejší ako v minulosti. Celkovo pokladám odhad súkromných zdrojov za konzervatívny až podhodnotený. Príjmová stránka navyše neobsahuje transfery z iných rezortov (v súčasnosti až do 1 mld. korún), a kapitola MZ SR neobsahuje údaje z aktualizácie štátneho rozpočtu.

Rámec príjmov a výdavkov (na úrovni 6 % HDP) pokladám za skôr podhodnotený. Pre porovnanie, OECD a WHO pre rok 2006 reportujú 6,9 % HDP. Dôvodom nie sú chyby v analytickej metodológii predpovedania, ale problémy s odhadom a zaradením jednotlivých zložiek zdravotníckych financií v aktuálnom roku, ako aj historicky (teda účtovníctvo, nie ekonometria). Keďže sa jedná o opakujúci problém, prioritou všetkých zainteresovaných subjektov by malo byť vytvorenie akceptovanej metodiky pre štatistiku zdravotníckych financií vrátane systému národných zdravotníckych účtov v súlade s medzinárodnou praxou. Mnohé rozdiely vznikajú aj preto, lebo nie je jasne dodržaný rozdiel medzi hotovostnou a akruálnou metodikou, a najmä v prognóze nie je jasné časové rozlíšenie jednotlivých finančných tokov.

▶▶

▶▶

Prognózovanie výdavkov, na rozdiel od príjmov, pokladám naďalej za veľmi „pocitové". V súčasnej relatívne netransparentnej situácii s mnohými zdrojmi neistoty je to azda pochopiteľné, privítal by som však detailnejšiu dokumentáciu jednotlivých predpokladov, na ktorých sú predikcie založené. Predpoveď nárastu trhu s liekmi pokladám za realistickú, aj vzhľadom na pretrvávajúce problémy spojené s reguláciou tohto sektora. Je škoda, že sa autori nepokúsili detailnejšie kvantifikovať dosahy (ne)zavedenia eura na dynamiku farmaceutického trhu.

V súčasnosti platnou formou regulácie minimálnej siete sa vytvárajú podmienky pre nezanedbateľné renty pre poskytovateľov, ktorí sa v nej ocitli. Osobne som však nezachytil jednoznačné informácie o tom, že by tvorili organizovaný kartel, a pri vyjednávaní s poisťovňami postupovali koordinovane. Ak by sa toto odvážne tvrdenie autorov potvrdilo, pravdepodobne by si vyžadovalo aktivitu Protimonopolného úradu.

Analýza relatívnej vzácnosti lekárov a zdravotných sestier je veľmi zaujímavá. Jej dôveryhodnosti by však prispela lepšia identifikácia zdrojov uvedených údajov, ako aj informácia, akému mesačnému pracovnému času zodpovedajú.

Nerozumiem názoru autorov, že pod tlakom vlády sú len súkromní poskytovatelia záchrannej služby (nemala by sa toto hodnotenie vzťahovať na všetkých poskytovateľov?). Naviac, samotná stagnácia nemusí znamenať negatívny vývoj v prípade, ak bola pôvodná paušálna odmena za prevádzku záchraniek stanovená, ako tomu nasvedčujú niektoré anekdotické údaje, relatívne štedro. Cieľom striktnejšieho režimu môže byť aj implicitná repatriácia časti rent, ktoré poskytovatelia záchrannej služby získali administratívnym, nie aukčným získaním licencií na svoju prevádzku.

Chýba mi konzistentné kvalitatívne zhodnotenie minuloročných predpovedí (niekde sa vyskytuje, niekde nie) a analýza minulého vývoja. Takisto by som privítal prehľadné porovnanie vlastných analýz s číslami iných inštitúcií, v ideálnom prípade s diskusiou rozdielov.

Návrhy konkrétnych opatrení verejnej politiky, názory na ne, ako aj na „koncepciu štátneho zdravotníctva" by bolo azda možné zhromaždiť do samostatnej kapitoly.

Ing. Mgr. Martin Filko, MSc. *je mladší výskumník a doktorand na Erazmovej univerzite v Rotterdame a poradca ministra financií. Zaoberá sa výskumom rozhodovania a ekonómiou „mäkkých" sektorov (školstvo, zdravotníctvo, sociálne veci). Študoval na Univerzite Komenského v Bratislave, Ekonomickej univerzite v Bratislave, Radboudovej univerzite v Nijmegene a Erazmovej univerzite v Rotterdame, pracoval ako analytik-stážista na Ministerstve financií SR a ako hlavný analytik a projektový manažér v spoločnosti Sanigest. Posudok je jeho osobným a nezávislým názorom a nemusí nevyhnutne vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľov, resp. inštitúcií, v ktorých pracuje.*

PETER GOLIAŠ

Dokument poskytuje užitočný prehľad o príjmoch a výdavkoch na slovenské zdravotníctvo, vrátane odhadov ich vývoja. Dobre tiež vysvetľuje vplyv prijatých legislatívnych opatrení na výšku a štruktúru príjmov aj výdavkov.

Metodika, ktorú autori používajú na prognózovanie, je v zásade dobrá. Pre lepšiu orientáciu by som uvítal vymenovanie a odhad významu kľúčových rizík, ktoré môžu prognózu ovplyvniť. Do budúcnosti preto odporúčam venovať pozornosť alternatívnym prognózam, ktoré môžu ukázať citlivosť odhadov na eventuálne zmeny kľúčových faktorov.

Pre obdobie 2008 – 2011 je napríklad takýmto faktorom prijatie, resp. neprijatie eura od roku 2009. Táto udalosť bude mať vplyv na vývoj miezd, inflácie, ale ako na str. 23 upozorňujú aj samotní autori, aj na ceny liekov. Možno by preto bolo užitočné zostaviť alternatívne prognózy pre oba uvažované scenáre.

Pri odhadoch vývoja makroekonomických veličín odporúčam vychádzať z oficiálnych údajov Ministerstva financií SR, a tieto v prípade významných odchýlok doplniť, resp. upraviť (s patričným vysvetlením) o odhady vybraných komerčných bánk, resp. vlastné odhady.

V záujme poskytnúť ucelený pohľad na zdroje financovania zdravotníctva odporúčam do materiálu zaradiť odhad výšky a vývoja neformálnych platieb, ako aj informácie o výške, štruktúre a očakávanom vývoji dlhu zdravotníckych zariadení.

V porovnaní s minulosťou sa materiál vzdáva ambície podnecovať diskusiu o systémových nedostatkoch slovenského zdravotníctva a návrhoch možných riešení. To je, myslím, škoda.

PhDr. Peter Goliaš pracuje ako analytik v inštitúte INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy. V minulosti sa venoval monitoringu a komentovaniu predovšetkým reforiem dôchodkov, daní a zdravotníctva v SR. Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

MARTIN HARGAŠ

Autori štúdie „Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008-2011“ veľmi prehľadným spôsobom odhadli vývoj príjmov a výdavkov na zdravotnú starostlivosť na nasledujúce roky. Zároveň kvalitne zhodnotili hlavné faktory vplývajúce na jednotlivé zložky príjmovej a výdavkovej stránky.

Správu hodnotím kladne a svojimi nasledujúcimi poznámkami chcem prispieť k ďalšiemu rozvoju kvality tohto každoročného materiálu Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku (HPI).

Všeobecné zameranie

Z úvodu rozumieť, že ambíciou materiálu je nielen poskytnúť základnú číselnú oporu diskusiám o objeme disponibilných zdrojov a o politike slovenského zdravotníctva, ale túto politiku a jej nástroje aj vecne hodnotiť.

Autori viaceré nedávno prijaté kroky veľmi stručne komentujú/hodnotia, no podľa môjho názoru sa príliš obmedzujú pri širšom posudzovaní vhodnosti, či dostatočnosti týchto opatrení. Myslím, že inšitút, ktorý práve oblasť financovania zdravotníctva do hĺbky študuje, môže vyjadrovať názory a pritom správa zostane apolitická, aj keď by ich za politické iní mohli chcieť označiť preto, lebo sa s nimi nemusí nestotožňovať súčasné vedenie rezortu.

Preto by som privítal, keby autori boli pridali do materiálu názor o ekonomickej a politickej udržateľnosti súčasnej zdravotnej politiky.

Zaujímavé by teda bolo hlbšie sa zamyslieť nad dlhodobými dopadmi (ne)regulácie dopytu vo forme zrušenia poplatkov pacientov pri návšteve lekára a vydaní lieku na predpis, ktoré autori istotne považovali za jeden z viacerých krokov k správnejšej alokácii obmedzených zdrojov. Na druhej strane je z hľadiska dlhodobej politiky len veľmi okrajovo posúdený dopad zavedenia odporúčacích/výmenných lístkov, ktoré môžu mať pozitívny dopad na obmedzenie spotreby služieb špecialistov a sú zrejme praxou vo viacerých európskych krajinách.

Ďalej sa autori mohli otvorene zamyslieť nad budúcimi dopadmi „budovania vládneho konceptu štátneho zdravotníctva“, ktoré sú síce naznačené v interných dopadoch (absencia reštrukturalizácie kapacít, zefektívnenia procesov, kvality starostlivosti), avšak nie sú zanalyzované do možných externých dôsledkov v prípade nemožnosti príjmov systému (poisťovní) držať krok s neobmedzenými požiadavkami „kartelu“.

Tieto kroky by sa totiž čoskoro mohli prejaviť napr. vo forme častejšie vznikajúcich a neskôr výrazne predlžujúcich sa čakacích listín, či v ešte horšej kvalite služieb „neprioritných“ nemocníc, alebo prípadne v insolventnosti zdravotných poisťovní. To by následne mohlo z pohľadu politického výraznejšie zavážiť už koncom tohto volebného obdobia (do Národnej Rady SR), pravdepodobnejšie však až v prvej polovici toho nasledujúceho.

Náklady na lieky

Autori hodnotia zmeny vo forme zavedenia degresívnej marže a odporúčacích lístkov od roku 2008 ako pozitívny, resp. mierne pozitívny krok ku kontrole rastu cien liekov. Dodatočným jednorazovým zásahom k zníženiu podielu liekov na celkových nákladoch na zdravotnú starostlivosť bolo zníženie DPH od roku 2007.

V týchto súvislostiach v porovnaní s rovnako nazvanou štúdiou z predchádzajúceho roka (hoci vydaná bola oficiálne pod hlavičkou ZZP SR, tohtoroční autori sa v úvode k tej minuloročnej implicitne hlásia) vyznieva paradoxne výrazné prehodnotenie budúceho vývoja podielu výdavkov na lieky smerom nahor bez toho, že by sa autori vyjadrili prečo upustili od minuloročnej teórie konvergencie k štruktúre nákladov v krajinách OECD s vyšším HDP na obyvateľa podľa PPP (kde je podiel nákladov na lieky výrazne nižší oproti Slovensku).

Platy lekárov a prognóza nákladov na lôžkovú starostlivosť

Zaujímavý pohľad otvára časť o indexe relatívnej vzácnosti lekárov a ponúka tento jav (správne) ako vysvetlenie k relatívnej atraktívnosti odchodu lekárov do zahraničia. Zároveň je identifikovaný záujem vlády zvýšiť výraznejšie mzdy v štátnych nemocniciach v roku 2008.

▶▶

Ďalej sa však materiál už zisteným rozdielom medzi spomínaným indexom na Slovensku (1,81) a v porovnávaných krajinách (~ 2,10) nezaoberá. Práve tento rozdiel však môže naznačovať, ako dlho bude existovať (zrejme oprávnený) tlak na rast miezd zdravotníckeho personálu nemocníc. Predpokladaný rast o 10 % – 15 % ročne (čiže cca o 5 percentuálnych bodov viac než rast priemernej nominálnej mzdy v SR) by totiž mohol existovať nielen v roku 2008, ale pokračovať ešte päť-šesť rokov, ak sa máme dotiahnuť na index v porovnávaných krajinách. To zrejme bude mať za následok pokračujúci rast výdavkov na lôžkovú starostlivosť (ak tam neušetria zvýšením efektivity), kde je podiel lekárov s nízkymi príjmami najvyšší (na rozdiel napríklad od všeobecnej ambulantnej starostlivosti, kde súčasná výška kapitácií súkromným lekárom zrejme vystačuje na slušné príjmy, dokonca bez požiadavky na nočné a víkendové služby). Takto formulované očakávanie by opäť mohlo byť v súlade s trendom približovania sa v štruktúre nákladov na zdravotnú starostlivosť západnej Európe, kde do nemocníc podľa mne dostupných štatistík smeruje výrazne vyššie percento zdrojov než na Slovensku. Autori však výraznejší posun v tomto smere neočakávajú, hoci by oporu preň mohli nájsť vo vlastnej analýze – spomínanom indexe.

Náklady na ambulantnú starostlivosť

Domnievam sa, že vývoj nákladov na ambulantnú starostlivosť môže byť podobne ako pri nákladoch na lôžkovú starostlivosť – hoci v menšej miere – spojený s nadpriemerným nárastom mzdových nákladov a s tým súvisiacim nárastom podielu na celkových nákladoch systému (na úkor spomínaných nákladov na lieky). To by sa mohlo týkať najmä všeobecnej ambulantnej starostlivosti kvôli vyššiemu podielu mzdových nákladov z celkových nákladov poskytovateľa.

Iné odporúčania a poznámky

- Štúdia by sa mohla v budúcich rokoch venovať aj efektu starnutia populácie v SR a jeho dopadu na medziročné zmeny nákladov systému (bez potreby analýzy dopadu na štruktúru, ktorá bola v predchádzajúcej štúdii vyhodnotená ako štatisticky málo významná).
- Nie je správny predpoklad zníženia motivácie výberu poistného zo strany poisťovní, ktorí autori uvádzajú v časti 3.1.1. v súvislosti s nemožnosťou rozdelenia zisku, či navyše pri prípadnej zmene k 100 % prerozdeleniu poistného. K druhému bodu upozorňujem, že rozhodujúce ročné prerozdelenie poistného sa vykonáva na základe povinného poistného, t.j. predpisu (len predbežné mesačné prerozdelenie na základe výberu). K prvému faktoru poznamenávam, že vysoký výber poistného pre poisťovňu znamená ak nie vyšší zisk, tak zníženie rizika strát, ktoré je pri súčasnom cenovom tlaku od poskytovateľov reálne, a tak motivácia výberu je zachovaná.
- Je zaujímavé, prečo autori veria, že pri výrazných intervenciách štátu do sektoru v prospech štátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na úkor zdravotných poisťovní ako celku – no reálne dopadajúcich najmä na súkromné – stále zostane nejaká „marža“ nad rámec zákonom vyčleneného percenta na správnu činnosť.

Mgr. Martin Hargaš je finančným riaditeľom dvoch poisťovní – komerčnej a zdravotnej poisťovne Union, a členom predstavenstva. Tejto pozícii predchádzali pracovné miesta v zahraničí. Prešiel prácou analytika na IT projektoch, analytika na holdingu finančnej skupiny a manažéra pre plánovanie a controlling.

JURAJ KARPIŠ

Všeobecné hodnotenie textu ako celku

Základné rámce predstavujú zodpovednú snahu autorov z Health Policy Institute o čo najpresnejšiu prognózu príjmov a výdavkov slovenského zdravotníctva v budúcich rokoch a identifikáciu hlavných determinantov budúceho vývoja v sektore na základe všetkých relevantných dostupných informácií. Použité zdroje sú dôveryhodné (s výnimkou nezrovnalostí v niektorých dátových radoch Štatistického úradu, na ktoré však autori nemajú dosah) a odhady jednotlivých príjmových a výdavkových položiek sú dôsledne zdôvodnené. Dokument je v porovnaní s minuloročnou verziou vecnejší, stručnejší a vo väčšej miere očistený od subjektívnych hodnotení. Zmeny v niektorých hodnotách oproti minuloročnej verzii nie sú zásadného charakteru a sú dostatočne odôvodnené. Aj napriek úprimnej snahe autorov je nutné mať neustále na pamäti, že sa jedná o prognózu nutne zaťaženú neschopnosťou presne predpovedať všetky budúce a súčasné faktory, ktoré môžu aj vzhľadom na dĺžku predpovede viesť k významným odklonom v odhadovaných hodnotách. Napriek tomu predstavujú každoročne aktualizované Základné rámce zdravotnej politiky výborný zdroj spoľahlivých informácií o aktuálnych trendoch a zmenách v systéme. Zároveň ponúkajú možnosť oboznámiť sa so zmýšľaním a odhadmi dôležitosti jednotlivých faktorov pre budúci vývoj zdravotníctva v súčasnosti asi najfundovanejších odborníkov na zdravotnú politiku Slovensku.

Konkrétne komentáre, postrehy a výhrady

Pokračujúce pozitívne zmeny v zamestnanosti v roku 2007 potvrdili názor, že minuloročná verzia bola v tejto oblasti príliš pesimistická, do aktuálneho vydania už bol tento trend zapracovaný.

Aj vzhľadom na posledné informácie o raste cenovej hladiny v eurozóne (v januári 2008 dosiahol priemerný medziročný nárast harmonizovaného indexu spotrebiteľských cien 3,2 %), expanzívnu monetárnu politiku Európskej centrálnej banky a budúcu konvergenciu slovenskej cenovej hladiny k priemeru Európskej únie považujem odhad inflácie na roky 2008 až 2011 (2,0 %; 3,5 %; 3,0 %; 2,7 %) za príliš optimistický. Vyššia ako odhadovaná inflácia ovplyvní tak príjmy ako aj výdavky sektora.

Medzi významné faktory, ktoré ovplyvnia budúcnosť zdravotníctva, určite patrí aj výrazný rast zadlženia prevažne štátnych zdravotníckych zariadení v posledných dvoch rokoch. Z hľadiska kompletnosti dokumentu by preto bolo pre čitateľa zaujímavé prečítať si krátky komentár aj k tejto problematike. V ňom by sme sa mohli dozvedieť názor autorov na to, či a akým spôsobom dôjde k zastaveniu rastu alebo eliminácii dlhu a aký to bude mať vplyv na fungovanie systému.

Mgr. Juraj Karpiš *pracuje ako analytik pre zdravotníctvo, monetárnu politiku a verejné financie v INESS – Inštitúte ekonomických a spoločenských analýz. Po ukončení vysokoškolského vzdelania na Fakulte manažmentu UK Bratislava pracoval v oblasti financií. Podieľal sa na niekoľkých analýzach zameraných na sociálny systém a zdravotníctvo. Je spoluautorom knihy Zdravý zisk (INESS, Bratislava, 2007), ktorá pojednáva o úlohe zisku v zdravotníctve.*

PETER KRIŠTÚFEK

Všeobecné hodnotenie textu

Predložená publikácia autorov P. Pažitný, A. Szalayová, T. Szalay, M. Gajdzica, S. Frisová, L. Lenártová, K. Morvay je tretím vydaním práce „Základné rámce zdravotnej politiky". V porovnaní s predchádzajúcimi publikáciami je stručnejšia. V rozsahu 36 strán a v 4 kapitolách s prehľadnými tabuľkami je prezentovaný prognostický pohľad na vývoj zdravotníctva do roku 2011.

Komentáre k vybraným častiam

- Ku kapitole 2: Zhrnutie

Považujem za správne, že autori sa veľmi stručnou formou zaoberajú situáciou, ktorá vznikla zmenou smerovania zo súkromného na štátne zdravotníctvo. Zaujal ma termín „dvojrýchlostné zdravotníctvo", ktorý by mal zdôrazovať preferovanie univerzitných, alebo fakultných nemocníc v štátnom zdravotníctve. Ako pedagogický pracovník pracujúci na univerzite možno nebudem dostatočne objektívny, ale domnievam sa, že centrá, ktoré sa zaoberajú výučbou lekárov, vysokoškolákov nelekárov, sestier a iných ďalších dôležitých zdravotníckych pracovníkov by mali mať vytvorené také podmienky, aby mohli vzdelávať na najvyššej možnej úrovni. Sotva možno očakávať, že najkvalitnejšie odborné teoretické a praktické vedomosti získajú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v rozpadávajúcich sa budovách, bez kvalitne vybavených internetových knižničných služieb a s prístrojmi, ktoré si frekventanti kurzov prinesú z domu, lebo na vzdelávacích pracoviskách o takých môžu iba snívať. Váš kolektív v Health Policy Institute by asi tiež nedosahoval dobré výsledky bez náležitého (stredoeurópskeho?) finančného zázemia.

Súhlasím, že všade by mal byť rovnaký vektor, čiže tlak na zvyšovanie kvality, efektívnosti a produktivity. Ten je vďaka našej príslušnosti k EU v súčasnosti nastavený tak v pedagogickej, ako aj v klinickej, resp. preventívnej medicíne prostredníctvom akreditácií pracovísk, získavania a obnovovania licencií, kontroly kvality, kontinuálneho vzdelávania, atď. Podmienkou je obsadzovanie vedúcich postov kvalitnými a eticky s manažérmi, odborníkmi, ktorí by boli schopní tieto EU normy presadzovať. Zatiaľ máme až na malé výnimky iba veľa rýchlokvasených manažérov s dobrými kontaktmi, a veľmi málo osobností – lídrov. Preto všetko pozitívne sa presadzuje ťažko, a to rovnako v privátnej, ako aj v štátnej sfére.

- Ku kapitole 3: Prognóza príjmov zdravotníctva

Považujem ju za mimoriadne kvalitnú a poučnú. Do budúcnosti sa teším na porovnanie s realitou.

- Ku kapitole 4: Prognóza výdavkov na zdravotníctvo

V časti lieková politika bude okrem zavedenia jednotnej databázy cien liekov, zavedenia degresívnej marže a prechodu na Euro možno zaujímavý aj výsledok plnenia, alebo neplnenia „Etického kódexu farmaceutického priemyslu na Slovensku (www.safs.sk)" platného od 1.1.2008 a „Spoločného vyhlásenia o etickej spolupráci medzi lekárskou profesiou (SLS, SLK) a farmaceutickým priemyslom (SAFS, GENAS)", ktoré by mohli na želateľnú mieru okrem iných neduhov upraviť tlak farma-firiem na vyšší obrat liekov pomocou stimulovania neadekvátnej preskripcie liekov. Príklady efektívnej spolupráce medzi lekárskym stavom a výrobcami liečiv je možné pozorovať v Spojených štátoch, v Kanade a v niektorých štátoch západnej Európy. Bolo by žiadúce podporiť ich aj u nás. Prostredníctvom vzdelávacích a vedeckých grantov firiem je treba dať možnosť kvalitným lekárom, aby sa zúčastnili na najprestížnejších vzdelávacích a vedeckých podujatiach, podporovať mladých, jazykovo vybavených kolegov v ich raste, podporovať kontinuálne vzdelávanie lekárov prvého kontaktu, špecialistov, nemocničných lekárov. Každoročne odmeňovať najschopnejších lekárov, sestry a ostatných zdravotníkov v každom odbore. Platí to aj pre odbory a špecializácie, ktoré sú menej atraktívne pre farma-firmy, ale ktoré v konečnom dôsledku tiež významne prispievajú do efektu liečby pacientov. Znie to ako fráza, ale spoločným cieľom by malo byť budovanie a podporovanie kvality zdravotnej starostlivosti, ktorá by obidvom partnerom na zdravotníckom trhu mohla priniesť želaný efekt. Netrúfam si predpovedať, koľko a či vôbec, tento proces u nás povedie k znižovaniu výdavkov na lieky, ale z hľadiska celkového pohľadu na súčasnú úroveň zdravotníctva je potrebné o ňom nielen hovoriť, ale aj podieľať sa na jeho riešení.

▶▶

Záver

Základné rámce zdravotnej politiky pre roku 2008 – 2011 s podtitulom Roadmap 2008 boli v tomto kole venované skôr príjmom, výdavkom a prognózovaniu ich vývoja. Sú veľmi podnetným dokumentom, ktorého autori sa v prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť zaoberajú najdôležitejšími ovplyvňujúcimi faktormi. Okrem špecifických, domácich aspektov uvádzajú v poslednej časti nazvanej Misia HPI aj všeobecne známe celosvetové príčiny vzostupu nákladov, spôsobené vedecko-technickým pokrokom, starnutím populácie s pribúdaním chronických chorôb a zvýšen7mi očakávaniami obyvateľstva. Prajem publikácii čo najkratšiu cestu k čitateľom.

Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc. je prezidentom Slovenskej lekárskej spoločnosti. V období 1990 – 2003 bol riaditeľom Národneho ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb (NÚTaRCH) v Podunajských Biskupiciach a v rokoch 1994 – 2003 zastával funkciu hlavného odbornika MZ SR pre odbor tbc a respiračné choroby. Je nositeľom Hynkovej medaily Lekárskej fakulty UK, Niederlandovej plakety za rozvoj SLS a Dérerovej medaily MZ SR za celoživotný prínos pre zdravotníctvo.

ĽUDOVÍT ÓDOR

Všeobecné hodnotenie

Náklady na zdravotníctvo patria vo svete medzi najrýchlejšie rastúce položky tak vo verejných rozpočtoch ako aj vo výdavkoch domácností. Preto je nevyhnutné dobre porozumieť procesom a motivácii, ktoré stoja v pozadí týchto nárastov. Iba tak sa dá dosiahnuť maximálna kvalita starostlivosti pri daných rozpočtových ohraničeniach.

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008-2011 môžu byť dobrým štartovacím bodom pri takýchto analýzach. Prinášajú kvalifikovaný názor na strednodobý vývoj základných finančných ukazovateľov v zdravotníctve. Z publikácie dostaneme podrobný prehľad o tom, koľko finančných prostriedkov bude mať zdravotníctvo k dispozícii a ako budú tieto peniaze nasmerované do jednotlivých výdavkových položiek.

Hlavná pridaná hodnota publikácie je podľa môjho názoru vo vytvorení platformy na širokú odbornú diskusiu ohľadom strednodobého smerovania zdravotníctva v SR. V snahe zvýšiť pridanú hodnotu by bolo podľa mňa užitočné v budúcnosti uvažovať o rozšírení materiálu o tieto aspekty:

- vývoj dlhu v zdravotníctve;
- hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti (prieskum);
- v nadväznosti na predchádzajúce body by bolo vhodné doplniť do publikácie aj SWOT analýzu, kde by čitateľ videl komplexný pohľad autorov na zdravotníctvo;
- dlhodobé prognózy výdavkov vo väzbe na príjmovú konvergenciu, technologický pokrok a starnutie obyvateľstva;
- medzinárodné porovnania (napr. štruktúry výdavkov na zdravotníctvo alebo zdroje financovania).

Konkrétne komentáre, postrehy

- Na začiatok publikácie (str. 7) by sa viac hodil pohľad na celé zdravotníctvo a nielen na zdravotné poisťovne.
- Predpokladaný vývoj nominálnych miezd považujem za mierne konzervatívny.
- Osobne by som príjmy a výdavky inak štruktúroval. Do príjmov zdravotníctva by som zaradil tieto položky: príjmy zo zdravotných odvodov, príjmy zo všeobecných daní, príjmy z fondov EÚ, priame platby obyvateľov a iné príjmy (napr. úvery). Do výdavkov by som zaradil tie položky, ktoré predstavujú transakciu medzi občanom, firmami a zdravotným systémom (bez ohľadu na zdroj financovania).
- V časti o súkromných zdrojoch by bolo dobré pod čiarou uviesť aj argumenty ŠÚ SR, aj keď ich autori nepovažujú za dostatočné.
- Nejasnosti ohľadom výšky súkromných zdrojov v zdravotníctve považujem za veľmi vážne, a preto by stálo za to pouvažovať o metodológii, ako získať dôveryhodné dáta.
- Na strane 24 by materiál obohatili externé odhady na vývoj cien liekov na európskom trhu. Vzhľadom na to, že väčšinu dovážame, je to pre nás relevantný údaj.

Mgr. Ľudovít Ódor je členom Bankovej rady Národnej banky Slovenska. Pracoval ako riaditeľ Inštitútu finančnej politiky a hlavný ekonóm na Ministerstve financií SR od roku 2003. Zodpovedal predovšetkým za analýzu a prognózu makroekonomického vývoja a vývoja verejných financií v SR. Je autorom a spoluautorom niekoľkých odborných článkov, analýz a knižných publikácií. Posudok je osobným názorom autora, ktorý nemusí odzrkadľovať názor Národnej banky Slovenska.

LADISLAV PÁSZTOR

Faktografická hodnota materiálu je významne zvýšená skutočnosťou, že oproti doterajším dvom prognózam neobsahuje zbytočné politizovanie. Zároveň by som očakával aj návrhy riešení, nie iba konštatovanie smeru vývoja. Napr. v oblasti ústavnej starostlivosti sa konštatuje podkapitalizácia nemocníc, a zároveň zvýšenie financií do fakultných nemocníc je vnímané ako negatívum. Nebudem sa ale venovať ústavnej zdravotnej starostlivosti, sústredím sa na ambulantnú starostlivosť.

Vysoko oceňujem celkový pohľad na slovenské zdravotníctvo, na druhej strane ma prekvapuje neznalosť autorov, čo sa týka pomerov v ambulantnom sektore. Vývoj v ambulantnom segmente podľa môjho názoru budú určovať nasledovné skutočnosti:

1. Vo všeobecnej starostlivosti sa prejaví akútny nedostatok najmä všeobecných lekárov pre dospelých. Ich prirodzeným odchodom bude dochádzať k zvyšovaniu počtu registrovaných poistencov na jedného všeobecného lekára pre dospelých, čo zvýši ich zaťaženie. Následkom bude pokles priemerného času na ošetrenie/vyšetrenie jedného pacienta. Bude dochádzať k presunu poskytovanej zdravotnej starostlivosti do špecializovanej ambulantnej starostlivostil. Zároveň bude klesať počet preventívnych vyšetrení. V niekoľkých komponentoch kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti zaznamenáme pokles : dostupnosť, efektivita, spokojnosť pacienta, spokojnosť poskytovateľa. Rozhodne však nedôjde k poklesu počtu kapitovaných poistencov, nakoľko ten je určený prirodzeným úbytkom obyvateľstva. Zákonite bude rásť výška kapitačnej platby, ktorá zabezpečí zotrvanie starších všeobecných lekárov v praxi. Riešením situácie vo všeobecnom lekárstve by bol aktívny prístup MZ SR (v súlade s Programovým vyhlásením vlády SR) k realizácii projektu zlepšenia postavenia všeobecného lekára v systéme slovenského zdravotníctva.
2. Určenie minimálnej siete ambulantných poskytovateľov – bude mať významný dopad najmä na ambulantných špecialistov, nakoľko u všeobecných lekárov bude problém minimálnu sieť vôbec obsadiť. Pri tvorbe minimálnej siete zatiaľ absentuje prognóza vývoja v jednotlivých medicínskych odboroch. Minimálna sieť by mala vychádzať z analýzy veľkých regionálnych rozdielov v chorobnosti v jednotlivých regiónov Slovenska, veľkých regionálnych rozdielov v dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ako aj zohľadnenia kalendárneho veku špecialistov podľa jednotlivých medicínskych odborností. Ak sa minimálna sieť určí bez zohľadnenia týchto faktorov, ak nebudú určené kritéria na zaradenie a vyradenie z minimálnej siete, ťažko prognózovať výdavky na špecializovanú ambulantnú starostlivosť. Preto nemôžem súhlasiť s porovnaním autorov o vzácnosti lekára v krajinách EÚ a v SR. Ak sa nezohľadní medicínsky odbor, názory zostanú v rovine všeobecnosti. Pokles spotreby špecializovanej staroslivosti vôbec nepredpokladám, práve naopak. Cena práce ambulantného špecialistu bude rásť.
3. Zmeny v sieti regionálnych nemocníc: pokles objemu poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti v niektorých regionálnych nemocniciach (nižšími objednanými objemami napr. VšZP a.s. v niektorých regionálnych nemocniciach) sa zákonite prejaví presunom zdravotnej starostlivosti do špecializovanej ambulantnej starostlivosti, a následne aj do všeobecnej starostlivosti.
4. Výmenné lístky ovplyvnia spotrebu špecializovanej zdravotnej starostlivosti len vo veľkých mestách, a aj to len prechodne. Realizáciou legislatívne čistých riešení (napr. platnou úpravou postupu pri dispenzarizácii), individuálnymi dohodami medzi všeobecnými lekármi a ostatnými lekárskymi špecialistami sa spotreba špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti výzmamnejšie nezmení, resp. poklesne len prechodne.
5. Tvrdenie autorov o rivalite medzi ASL SR a SLÚŠ potvrdzuje moje úvodné slová. Jednak ma udivuje neznalosť autorov o štruktúre členskej základne ASL SR tvrdením, že združuje väčšinou všeobecných lekárov. ASL SR má viac ako 3 500 členov všetkých odborností. Ďalej autori zrejme nepostrehli významnú zmenu príchodom Zdravity o. z., nového subjektu ASL SR. Zdravita o. z. dnes rokuje o platobných podmienkach a cenách na základe plnej moci za 900 všeobecných lekárov pre dospelých, 400 všeobecných lekárov pre deti a dorast, 350 gynekológov, 700 špecialistov všetkých odborností, niekoľkých rádiologických pracovísk aj laboratórií. Pri rokovaniach so zdravotnými poisťovňami pritom Zdravita vystupuje ako korektný partner. Správa sa ako veľký poskytovateľ ambulantnej starostlivosti, nakoľko sa správa ako celok. Zmluvy podpisujú volení zástupcovia až po dohode vo všetkých segmentoch. Prognózy vývoja cien kapitácie, ceny bodu, ako aj objemu objednaných výkonov musia zohľadniť aktivity Zdravity o. z., aj vzhľadom na skutočnosť, že počet členov Zdravity o. z. plynule stúpa. ASL SR teda nepotrebuje rivalizovať so SLÚŠ, keďže našla správny nástroj na presadzovanie oprávnených požiadaviek svojich členov.

MUDr. Ladislav Pásztor je od roku 1996 prezidentom Asociácie súkromných lekárov SR. Od roku 2000 je členom Prezídia Asociácie zamestnávateľských zväzov a združení SR a od roku 2004 je členom Dozornej rady Sociálnej poisťovne. Od roku 1983 pracuje ako praktický lekár pre dospelých v Čičove, okres Komárno.

VILIAM PÄTOPRSTÝ

Všeobecné hodnotenie

Dokument *Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008-2011* je rovnako ako v minulosti výborným analytickým pohľadom na očakávaný vývoj v sektore zdravotníctva. Poskytuje cenné zrkadlo aktuálnym snahám o nekoncepčné vstupovanie do mechanizmu fungovania zdravotného sektora u nás zo strany vládnej garnitúry. V porovnaní s minulým rokom je materiál skôr vecným numerickým výpočtom dopadov jednotlivých krokov súčasnej zdravotníckej politiky, než dokumentom ponúkajúcim koncepčné alternatívy.

Konkrétne pripomienky

Makroekonomický rámec dokumentu obsahuje z môjho pohľadu jeden zásadný nedostatok. Je ním výrazne podhodnotená inflácia, a to v celom odhadovanom horizonte. V roku 2008 je odhadovaná inflácia dokonca len na úrovni polovice aktuálnych odhadov trhu (výrazne pod odhadom NBS) a je ju možno považovať za nerealistickú. Aj následkom toho dochádza k podhodnoteniu očakávaného rastu miezd na najbližšie roky, keďže tie obsahujú komponent indexácie infláciou minulých rokov. Tento fakt následne znižuje odhadovaný objem príjmov z poistného a je na hrane toho, čo ešte možno považovať za konzervatívny odhad, keďže spôsobuje podstrelenie odhadov príjmov o 5-7 mld. Sk (5 % príjmov) na konci odhadovaného horizontu (v porovnaní s príjmami počítanými z našich odhadov rastu miezd a zamestnanosti).

Hoci ťažko polemizovať s odhadovaným 10-15 % rastom príjmov lekárov, dokument trochu postráda objasnenie, ako autori prišli k tomuto číslu – aké sú obmedzenia z titulu štátneho rozpočtu, aké z titulu rozpočtov nemocníc, aký je príspevok umelej prezamestnanosti spôsobenej Zákonníkom práce, atď.

Ing. Viliam Pätoprstý, MSc. je hlavný analytik UniCredit Bank. Vyštudoval ekonómiu na Univerzite Bocconi v Miláne a Ekonomickej univerzite v Bratislave. Do roku 2001 pracoval v združení pre ekonomické a sociálne analýzy M.E.S.A.10. Od októbra 2001 pôsobil ako analytik a neskôr hlavný analytik UniCredit Bank. Je autorom a spoluautorom niekoľkých publikácií a štúdií v oblasti ekonómie bankových sektorov a ekonomického vývoja. Hodnotenie oponenta je jeho osobným a nezávislým názorom a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa.

MISIA HEALTH POLICY INSTITUTE

(1) V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyvolané vysokými očakávaniami občanov, starnutím populácie, meniacou sa štruktúrou chorôb a technologickým pokrokom je poslaním Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute:

- **presadzovanie hodnôt, ktoré podporujú finančne udržateľné zdravotné systémy, ktoré flexibilne reagujú na potreby populácie**
- **presadzovanie inovatívnych riešení na úrovni zdravotných systémov, na úrovni zdravotných poisťovní a na úrovni poskytovateľov s cieľom vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb**
- **presadzovanie klientskeho prístupu k poistencom a pacientom**

(2) **Prvým predpokladom presadzovanie týchto hodnôt je chápanie zdravia ako individuálneho statku.** Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať takú zdravotnú politiku, ktorá motivuje každého občana k zlepšovaniu vlastného zdravotného stavu.

(3) **Druhým predpokladom je čo najväčšia decentralizácia rozhodnutí.** Preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje aj v zdravotníctve trhové mechanizmy tam, kde sú preukázateľne efektívnejšie ako štátne intervencia. Ako základný nástroj zdravotnej politiky preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať efektívnu reguláciu rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej z verejného zdravotného poistenia, flexibilné nastavenie minimálnej siete, dostatočne motivačné maximálne ceny, pričom úlohou súkromného sektora je napĺňať tieto regulácie.

(4) **Treťou dôležitou hodnotou je solidarita.** Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje systém povinného verejného zdravotného poistenia, na základe ktorého má každý poistenec nárok na rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe. Vzhľadom k tomu, že v zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnym svetom ekonómie, musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácnych zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.

(5) Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute preto bude na Slovensku, ale aj vo svete presadzovať také **fungovanie zdravotných systémov, ktoré podporujú zodpovednosť pacienta, zodpovednosť poskytovateľa a zodpovednosť nákupcov zdravotnej starostlivosti.**

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute (HPI) je občianske združenie zaregistrované dňa 27. 1. 2005 na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky (číslo spisu VV3/1-900/90-25460).

Zakladatelia HPI: Henrieta Maďarová, Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová.

REFERENCIE HEALTH POLICY INSTITUTE

Krajina	Rok	Aktivita	Ďalšie referencie Vám poskytne
Česká republika	2008	Poradcovia pri reforme zdravotníctva	Tomáš Julínek Minister zdravotníctva ČR Pavel Hroboň Štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva ČR
Maďarsko	2007	Potenciálne riziká reformy systému zdravotného poistenie v Maďarsku	Zsombor Kovácsy Predseda Úradu pre dohľad
Slovensko	2007	Základné rámce zdravotnej politiky 2007 – 2010	Igor Dorčák Prezident Združenia zdravotných poisťovní SR Eduard Kováč Výkonný riaditeľ Združenia zdravotných poisťovní SR
Maďarsko	2006	Poradcovia pri reforme zdravotníctva	Lajos Molnár Minister zdravotníctva Maďarskej republiky
Česká republika	2006	Kategorizačná komisia	Vladimír Kothera, Prezident Združenie zdravotných poisťovní ČR
Slovensko	2006	Poradcovia	Ján Gajdoš, Predseda Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Maďarsko	2006	Metodológia a benchmarky pri definícií minimálnej siete poskytovateľov	Gyula Király Riaditeľ ESKI
Slovensko	2006	Definícia minimálnej siete poskytovateľov	Rudolf Zajac Minister zdravotníctva SR
Česká republika	2005	Fiškálna štúdia	Mukesh Chawla Svetová banka
Maďarsko	2005	Fiškálna štúdia	Mukesh Chawla Svetová banka
Slovensko	2006	Základné rámce zdravotnej politiky 2006 – 2010	Igor Dorčák Prezident Združenia zdravotných poisťovní SR Eduard Kováč Výkonný riaditeľ Združenia zdravotných poisťovní SR
Rumunsko	2005	Konzultácie k zákonu o zdravotnom poistení	Alan Fairbank
Bulharsko	2005	Komentár k zdravotnej politike	Reema Nayar Svetová banka Peter Pojarski Svetová banka
Chorvátsko	2005	Konzultácie k definovaniu základného balíka	Neven Ljubičič Minister zdravotníctva Chorvátskej republiky
Krajiny EÚ-8	2005	Fiškálna udržateľnosť	Mukesh Chawla Svetová banka

Zdravie je luxus.

Vieme ako ho financovať?

10. apríl 2008, Bratislava

Podľa správy Európskej komisie sa verejné výdavky na zdravotníctvo na Slovensku od roku 2010 do roku 2025 zvýšia z 5,4 % HDP na 6,2 % HDP. A preto je už dnes potrebné diskutovať a strategicky sa rozhodnúť pre taký systém a spôsob financovania slovenského zdravotníctva, ktorý bude v dlhodobom horizonte fiškálne udržateľný s čo najmenšími negatívnymi vplyvmi na slovenskú ekonomiku.

Naše pozvanie prijali renomovaní odborníci z Maďarska, Čiech a Slovenska

„Zodpovednosť politikov za fiškálnu udržateľnosť financovania zdravotníctva"

viceguvernér NBS **Martin Barto**

štátny tajomník MF SR **František Palko**

štátny tajomník MZ ČR **Pavel Hroboň**

štátny tajomník MZ Maďarska **Gyula Kincses**

„Alternatívy financovania zdravotníctva v dlhodobom horizonte"

analytik Heath Policy Institute **Karol Morvay**

člen bankovej rady NBS **Ľudovít Ódor**

analytik Inštitútu finančnej politiky MF SR **Zdenko Krajčír**

poradkyňa MZ ČR **Lucie Bryndová**

profesor ekonómie na Central European University Budapest **Péter Mihályi**

8 900 Sk	pri registrácii do 9. apríla 2008
6 900 Sk	pri registrácii do 29. februára 2008
4 900 Sk	pre študentov Health Management Academy

Kontakty pre registráciu:

www.konferencie.hpi.sk **e mail: frisova@hpi.sk** **tel.: +421 2 5464 3051**

Mediálni partneri konferencie:

TREND Týždenník o ekonomike a podnikaní .týždeň

Partner konferencie:

health management academy hma

health management academy hma

ŽIVOT a jeho najväčšia hodnota

Zdravotníctvo nie je len medicína. Pre jeho dobré fungovanie sú potrebné vedomosti a zručnosti z ďalších odborov – ekonómie, manažmentu, marketingu či práva. Naši absolventi získajú vedomosti a zručnosti, ktoré im umožnia dosiahnuť rovnocenné postavenie vo vzťahu k ostatným účastníkom zdravotného systému.

UMENIE riadiť a organizovať

Pre stredných a vyšších manažérov v zdravotníctve ponúkame výučbové moduly v oblasti zdravotnej politiky, platobných mechanizmov, finančného, personálneho a strategického manažmentu, organizácie zdravotníctva, marketingu a komunikácie.

VZDELANIE na najvyššej úrovni

Pre ambulantných lekárov ponúkame program o základoch ekonómie zdravotníctva, legislatívnom rámci a marketingu v zdravotníctve. Uvedené témy sme spracovali do troch modulov v podobe prednášok, praktických príkladov a prípadových štúdií.

PROGRAM LEKÁR

je určený pre všetkých ambulantných lekárov. Zahŕňa súbor modulov, ktoré v krátkom čase umožnia získať ucelené praktické informácie o zdravotnej ekonómii, legislatívnom prostredí, kontraktoch s poisťovňami a tvorbe pridanej hodnoty pre pacienta.

PROGRAM MANAŽÉR

je určený pre manažérov stredného a vyššieho manažmentu v sektore zdravotníctva. Zahŕňa súbor modulov, ktoré poskytnú moderné znalosti o fungovaní systému zdravotníctva, najmä jeho ekonomických súvislostí, a tiež zdokonalenie manažérskych zručností účelovo zameraných na sektor zdravotníctva.

viac informácií nájdete na www.hma.sk