



HPI

MODERNIZÁCIA SLOVENSKÝCH NEMOCNÍC

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY 2014–2016

MODERNIZÁCIA SLOVENSKÝCH NEMOCNÍC

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY 2014 – 2016

MODERNIZÁCIA SLOVENSKÝCH NEMOCNÍC

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY 2014 – 2016

AUTORI:

Peter **Pažitný**

Tomáš **Szalay**

Angelika **Szalayová**

Karol **Morvay**

Roman **Mužik**

Mária **Pourová**

Daniela **Kandilaki**

Peter **Balík**

Tomáš **Sivák**

© HEALTH POLICY INSTITUTE, 2014

WWW.HPI.SK



Preberanie a šírenie tejto publikácie alebo jej častí je možné v rámci *fair use* bez súhlasu autorov len za podmienky korektného citovania a uvedenia zdroja.

ISBN 978-80-971193-8-6

ZOZNAM SKRATIEK	5
EXECUTIVE SUMMARY	6
1 MAKROEKONOMICKÉ DETERMINANTY TVORBY ZDROJOV ZDRAVOTNÍCTVA	16
1.1 K niektorým štruktúrnym bariéram rastu zdrojov na zdravotníctvo	18
1.2 Očakávaný makroekonomický vývoj v horizonte do 2016	21
2 OČAKÁVANÉ PRÍJMY A VÝDAVKY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA.....	24
2.1 Verejné príjmy a verejné výdavky v zdravotníctve	24
2.2 Súkromné výdavky v zdravotníctve	29
2.3 Údaje a interpretačné problémy s nimi spojené	30
3 INVESTIČNÁ MEDZERA.....	32
3.1 Stručný pohľad na organizáciu a hospodárenie nemocníc	32
3.2 Makroekonomický pohľad na kapitálové vybavenie zdravotníctva.....	37
3.3 Ako investičnú potrebu vypočítalo MZ SR?	42
3.3 Alternatívny výpočet investičnej potreby podľa HPI	43
4 PRÍKLADY MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC ZO ZAHRANIČIA	46
4.1 Veľká Británia – 160 projektov Verejno-súkromného partnerstva	48
4.2 Česká republika – Vysoké investície z verejných zdrojov	52
4.3 Poľsko – Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti	56
4.4 Portugalsko – Dôvera v podnikateľské princípy a corporate governance	59
4.5 Španielsko – Od verejných spoločností k Verejno-súkromným partnerstvám a koncesiám ..	62
4.6 Nemecko – Investičné paušály DRG.....	69
4.7 Švédsko – Private Equity v štátnej nemocnici	75
5 POTENCIÁLNE ZDROJE NA MODERNIZÁCIU NEMOCNÍC.....	78
5.1 Štátny rozpočet na úkor deficitu	79
5.2 Kapitola MZ SR na úkor inej rozpočtovej kapitoly	80
5.3 Priama dotácia z ministerstva zdravotníctva	80
5.4 Eurofondy	80
5.5 Rozpočet VÚC	80
5.6 Privatizácia štátnych finančných aktív mimo sektora zdravotníctva	81

5.8 Zmiešané zdroje – Verejno-súkromné partnerstvo	81
5.9 Prenájom vlastného majetku nemocnice	82
5.10 Predaj pozemkov nemocníc.....	82
5.11 Súkromné zdroje – bankový úver.....	82
5.12 Vydanie dlhopisov	83
5.13 Vydanie dodatočných akcií.....	83

6 PLATOBNÉ MECHANIZMY PRE NEMOCNICE 86

6.1 Súčasné platobné mechanizmy pre nemocnice v SR	86
6.2 Zavádzanie DRG na Slovensku.....	89
6.3 Nemecko – G-DRG.....	91
6.4 Holandsko – DBC.....	93
6.5 Veľká Británia – HRG	94
6.6 Poľsko – JGP	96
6.7 Česká republika – DRG	98

7 ĽUDSKÉ ZDROJE 102

7.1 Máme dosť zdravotníckych pracovníkov?	103
7.2 Migrácia zdravotníckych pracovníkov.....	109
7.3 Ako reagovať?	115

POUŽITÁ LITERATÚRA..... 119

ZDROJ POUŽITÝCH FOTOGRAFIÍ:

Rámček 5: Tagishsimon (wikipedia.org, licencia Creative Commons)

Rámček 6: Dave Crosby (wikipedia.org, licencia Creative Commons)

Rámček 7: siemens.cz, kardiologie-nnh.cz, PMHC

Rámček 8: cenor.pt

Rámček 9: Pablo Enzo (wikipedia.org, licencia Creative Commons)

Rámček 10: hospitalreyjuancarlos.es

Tabuľka 25: sana.de, asklepios.com, helios-kliniken.de, rhoen-klinikum-ag.com

Rámček 11: capiostrgoran.se

Rámček 12: skanska.com

Z O Z N A M S K R A T I E K

AČMN	Asociace českých a moravských nemocnic	MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
AR-DRG	austrálske DRG	NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
BOT	Build-Operate-Transfer	NHS	National Health Service – Národná zdravotná služba
CA	Concesión Administrativa – Správna koncesia	NR SR	Národná rada Slovenskej republiky
CCs	komplikácie a komorbidity	NRC	Národné referenčné centrum
CKS	Centrum pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
CM	casemix	OHV	osobitne hradené výkony
COICOP	Classification of individual consumption by purpose	OM	Operation-Maintenance
ČLK	Česká lekárska komora	OPCS	Office of Population Censuses and Surveys Classification of Interventions and Procedures
ČR	Česká republika	OS ZZS	Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby
DB	Design-Build	PbR	Payment by Results
DBC	diagnosticko-liečebná kombinácia	PCTs	Primary Care Trusts
DBFO	Design-Build-Finance-Operate	PFI	Private Finance Initiative
DEA	Data Envelopment Analysis	PPP	Public Private Partnership – Verejno-súkromné partnerstvo
DPH	daň z pridanej hodnoty	PPPH	Parceria Público / Privada Hospitalar – nemocnice verejno-súkromného partnerstva
DRG	Diagnosis related group – diagnosticko-terapeutické skupiny	PZS	poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization – prevádzkový zisk	RZP	rýchla zdravotná pomoc
EC	European Commission	RZZP	ročné zúčtovanie zdravotného poistenia
EK	Európska komisia	SAS	Sdružení ambulantních specialistů
EPE	Entidad Pública Empresarial – verejné nemocnice podnikovej povahy	SNS	Sistema Nacional de Salud – španielsky Národný zdravotný systém
EPS	Empresa Pública Sanitaria – verejná zdravotnícka spoločnosť	SPA	Sector Público Administrativo – administratívne verejné nemocnice
ESA 95	European system of national and regional accounts	SVE	krajiny strednej a východnej Európy
EÚ15	členské štáty Európskej únie k 1. 1. 1995	SVLZ	spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
EÚ27	členské štáty Európskej únie k 1. 1. 2007	ŠAS	špecializovaná ambulantná starostlivosť
FPS	Fundación Pública Sanitaria – verejná zdravotnícka nadácia	ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
G-DRG	nemecké DRG	TEP	totálna endoprotéza
GP	General practitioner – všeobecný lekár	THK	tvorba hrubého kapitálu
HDP	hrubý domáci produkt	ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
SA	verejné akciové spoločnosti s výhradne vládnym kapitálom	ÚZIS	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR
HRG	britské DRG	VAS	všeobecná ambulantná starostlivosť
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	VFM	Value For Money
JAS	jednodňová ambulantná starostlivosť	VSP	Verejno-súkromné partnerstvo
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów, poľské DRG	VŠZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa
KEA	Klub ekonomických analytikov	VÚC	vyšší územný celok
LSPP	lekárska služba prvej pomoci	WHO	World Health Organisation
MDCs	Major Diagnostic Categories	ZP	zdravotná poisťovňa
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	ZS	zdravotná starostlivosť
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb	ZÚLP	zvlášť účtované liečivé prípravky
MMF	Medzinárodný menový fond	ZÚM	zvlášť účtovaný materiál
MRI	magnetická rezonancia		

EXECUTIVE SUMMARY

ČO NÁJDETE V TEJTO PUBLIKÁCIÍ?

Aktuálne vydanie našej tradičnej publikácie „Základné rámce“, tentokrát pre roky 2014 – 2016 sme zamerali na najpálčivejší segment slovenského zdravotníctva – nemocnice. Najprv však v kapitole 1 definujeme **základné makroekonomické rámce pre roky 2014 – 2016** a v kapitole 2 sa na báze týchto rámcov venujeme **výhľadu príjmov a výdavkov v zdravotníctve**.

Kapitola 3 poskytuje stručný prehľad organizácie a hospodárenia nemocníc a následne tromi spôsobmi vypočítavame **investičnú medzeru** slovenského zdravotníctva a slovenských nemocníc. Kapitola 4 nám ukazuje, **akým**

spôsobom riešili rekapitalizáciu a modernizáciu nemocníc iné krajiny. Na konci každej podkapitoly sa zároveň nachádza stručné **ponaučenie pre Slovensko** z daného zahraničného príkladu.

Kapitola 5 sumarizuje, aké sú **možnosti financovania** investičnej medzery, a navrhuje realistické zdroje modernizácie z krátkodobého ale aj dlhodobého hľadiska. Kapitola 6 sa následne venuje **platobným mechanizmom** v nemocniciach na Slovensku, ukazuje úspešné **zahraničné príklady** a sumarizuje aktuálny **stav implementácie DRG** na Slovensku.

Kapitola 7 sa venuje **ľudským zdrojom**, ako tretiemu kľúčovému pilieru modernizácie nemocníc (Schéma 1).

SCHÉMA 1: TRI PILIERE MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC



Zdroj: autori

PREČO SA EKONOMICKÝ RAST NEMÔŽE PLNE PRENÁŠAŤ DO TVORBY ZDROJOV VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA?

Od roku 2014 možno počítať s opätovným postupným zrýchlením rastu ekonomiky. V rokoch 2014 až 2016 očakávame tempo ekonomického rastu v intervale 2,3 až 3,6 %. **Tomu, aby sa ekonomický rast naplno premietal v raste zdrojov zdravotníctva, bránia tieto pretrvávajúce limitujúce faktory:**

- **Nízka mzdová kvóta (iba 38 %).** Slovensko s mzdovou kvótou okolo 0,38 má výrazne nižší podiel miezd na HDP ako iné vyspelé ekonomiky. Hodnoty mzdovej kvóty sa pre väčšinu krajín umiestňujú v intervale 0,42 až 0,59; čo znamená, že 42 % až 59 % vytvorenej hrubej pridanej hodnoty predstavujú odmeny zamestnancov. Systém zdravotného poistenia bol (a aj je) pritom závislý hlavne od objemu miezd.
- **Vysoký prah rastu zamestnanosti (až 4,2 % HDP).** Ide o kritickú hodnotu rastu reálnej hrubej pridanej hodnoty, nad ktorou sa zvyšuje zamestnanosť. Pre rast zamestnanosti v SR sa v priemere musel dosahovať rast reálnej hrubej pridanej hodnoty až na úrovni 4,2 %, kým pre iné krajiny bol postačujúci rast aj na úrovni 0,9 % (Nemecko), či 1,2 % (Rakúsko).

AKÝ NÁS ČAKÁ MAKROEKONOMICKÝ RÁMEC V ROKOCH 2014 – 2016?

Miera inflácie bude v roku 2013 pravdepodobne výrazne nižšia ako v predchádzajúcom roku. Dôvodom je tak absencia významnejších úprav regulovaných cien či nepriamych daní, ako aj naďalej relatívne slabý vnútorný dopyt. V ďalších rokoch sa miera inflácie môže veľmi mierne zvýšiť. **Proti jej prudšiemu zvýšeniu bude pôsobiť stále slabý domáci dopyt aj zjavná neochota vládnej garnitúry povoliť úpravy regulovaných cien energií.**

Ukazovatele trhu práce sú tie, ktoré najvýraznejšie vplývajú na príjmy systému zdravotníctva (cez odvody). Slabý ekonomický rast nedokáže bez pomoci zvláštnych nástrojov vygenerovať novú zamestnanosť v citeľnejšom rozsahu. V druhom aj treťom štvrtroku 2013 došlo k miernemu poklesu zamestnanosti (v treťom štvrtroku medziročne o cca 8 tis. osôb). **V rokoch 2014 až 2016 očakávame mierny rast počtu pracujúcich.**

Je pravdepodobné, že miera nezamestnanosti môže v roku 2014 nevýrazne poklesnúť. Je však zaujímavé, že vďaka „korekcií“ starších údajov o zamestnanosti nevyzerá aktuálny vývoj až tak nepriaznivo, ako sa očakávalo skôr (Štatistický úrad SR metodickou úpravou znížil počet zamestnaných v roku 2011 o vyše 30 tis. osôb, čím znížil východiskovú bázu).

TABUĽKA I: VYBRANÉ MAKROEKONOMICKÉ PARAMETRE

	2012s	2013p	2014p	2015p	2016p
HDP v mld. € v bežných cenách	71,5	73,1	76,3	79,6	84,1
Reálna medziročná zmena HDP v %	2,0	0,8	2,3	3,0	3,6
Medziročná zmena priemernej mzdy v %	2,4	2,4	3,3	4,0	4,8
Zamestnanosť v tisícoch osôb (podľa výberového zisťovania)	2 329,0	2 320,0	2 326,0	2 346,0	2 369,5
Miera nezamestnanosti v % (podľa výberového zisťovania)	14,0	14,3	14,0	13,3	12,6

s – skutočnosť, p – prognóza

Zdroj: Skutočnosť podľa ŠÚ SR; prognózy podľa HPI

AKÉ BUDÚ PRÍJMY A VÝDAVKY V ZDRAVOTNÍCTVE?

Rast ekonomiky je iba slabo previazaný so zlepšovaním tých parametrov trhu práce a príjmov, od ktorých závisí formovanie zdrojov v zdravotníctve. Prebieha taká zmena štruktúry príjmov, ktorá oslabuje dynamiku zdrojov zdravotných poisťovní. Mzdy, ktoré tvorili dosiaľ podstatnú bázu pre platenie poisťného, majú stále menšiu váhu v štruktúre príjmov.

Podiel verejných zdrojov zdravotníctva (% z HDP) bude v strednodobom horizonte pravdepodobne klesať z 5,6 % na 5,2 % z HDP. Ak aj dôjde k oživeniu ekonomiky, trh práce (a tým aj odvody!) zareaguje s oneskorením.

Verejné zdroje by mohli do roku 2016 stúpnuť k hodnote okolo 4 375 mil. eur (z úrovne okolo 4 026 mil. eur v roku 2012).

V rovnakom období by sa súkromné zdroje (pri najširšom chápaní) mohli dostať k úrovni 2 570 mil. eur (z odhadovaných 2 240 mil. eur v roku 2012). To znamená **vyššiu dynamiku súkromných zdrojov ako verejných.**

„Vít'azmi“ pri distribúcii zdravotných výdavkov budú zrejme nemocnice (hlavne na úkor výdavkov na lieky). VŠZP naďalej tlačí ceny smerom nahor.

AKÁ JE PRIEMERNÁ SLOVENSKÁ NEMOCNICA?

Slovenské nemocnice sú väčšinou neziskové a príspevkové organizácie.

Sú podkapitalizované a v strate, a ak sú štátne (približne 1/4), tak sú zväčša každé tri roky oddlžené.

Typická všeobecná nemocnica na Slovensku má **viac ako 40 rokov, má veľký pozemok a na ňom roztrúsených približne 30 budov.**

AKÁ JE INVESTIČNÁ MEDZERA SLOVENSKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA A NEMOCNÍC?

Odhadovaná „medzera“ voči ČR v tvorbe kapitálu dosahuje 137 mil. eur ročne a voči Rakúsku až 441 mil. eur ročne. V horizonte 20 rokov to predstavuje najmenej 2,74 mld. eur.

Investičná potreba podľa MZ SR dosahuje 197 mil. eur ročne. V horizonte 20 rokov je to 3,94 mld. eur.

Investičná potreba podľa alternatívneho prepočtu HPI dosahuje minimálne 134 mil. eur ročne a maximálne 401 mil. eur ročne. V horizonte 20 rokov to predstavuje 2,68 mld. eur až 8,02 mld. eur.

AKÉ JE PONAUCENIE Z VYBRANÝCH ZAHRANIČNÝCH PRÍKLADOV?

Veľká Británia. Napriek tomu, že ide o daňový model s jednou „poisťovňou“, od čias Margaret Thatcherovej sa v zdravotníctve čoraz silnejšie presadzujú trhové sily. Prvým z nich bol „GP fundholding“, nasledovali NHS trusts a hospital trusts. Angažovanie súkromného sektora sa výrazne zosilnilo po roku 1997 a preto nás bude najmä zaujímať príbeh tzv. verejno-súkromných partnerstiev, prostredníctvom ktorých sa vo Veľkej Británii zmodernizovalo veľké množstvo nemocníc (cca za 123 miliárd eur).

Česká republika. Historicky investovala do nemocníc výrazne viac ako Slovensko. V súčasnosti je hlavné bremeno kapátalových výdavkov na krajoch. Verejno-súkromné partnerstvá veľmi úspešné neboli; môže to byť inšpirácia pre Slovensko, ktorým chybám sa v takýchto projektoch v našich zemepisných šírkach vyhýbať.

Poľsko. Cieľom reformy je reštrukturalizácia nemocníc, otvorenie nemocničného sektora súkromnému vlastníctvu a zriaďovanie veľkých nemocníc so špecializáciou na viaceré oblasti liečby ako aj špecializovaných nemocníc v oblastiach, ktoré boli monopolizované štátnymi nemocnicami.

TABUĽKA 2: VEREJNÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE

	Zdroj východiskových údajov	2012 _s	2013 _o	2014 _p	2015 _p	2016 _p
Prijmy zdravotných poisťovní (v mil. €)	MF SR	3 845	3 904	3952	4 137	4 341
Kapitola MZ SR (v mil. €)	MF SR	174	125	100	88	80
VÚC (v mil. €)	Rozpočty VÚC	7	8	9	5	6
Verejné zdroje spolu (A+B+C), mil. €	Vlastný výpočet	4 026	4 037	4 061	4 230	4 427
Verejné zdroje spolu ako % HDP	Vlastný výpočet	5,6	5,5	5,3	5,3	5,2

s – skutočnosť, o – odhad, p – prognóza, RZZP – ročné zúčtovanie zdravotného poistenia

Zdroj: skutočnosť podľa MF SR a rozpočtov VÚC; prognózy podľa HPI, MF SR a rozpočtov VÚC

TABUĽKA 3: VEREJNÉ VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

	Zdroj východiskových údajov	2012 _s	2013 _o	2014 _p	2015 _p	2016 _p
A. Výdavky verejného zdravotného poistenia (v mil. €)	ÚDZS	3 737	3 810	3 902	4 063	4 251
A.1 Úhrady na zdravotnú starostlivosť	ÚDZS	3 504	3 633	3 718	3 873	4 053
A.1.1 Výdavky na lekárenskú zdravotnú starostlivosť	ÚDZS	1 048	1 028	1 026	1 047	1 105
A.1.2 Výdavky na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane A-liekov), v tom:	ÚDZS	1 337	1 375	1 395	455	1 500
A.1.3 Výdavky na ústavnú zdravotnú starostlivosť, v tom:	ÚDZS	1 082	1 190	1 257	1 330	1 407
A.1.4 Cudzinci, bezdomovci, EÚ	ÚDZS	38	40	40	41	41
A.2 Ostatné výdavky zdravotných poisťovní	ÚDZS	233	177	184	190	198
B. Verejné výdavky mimo zdravotných poisťovní (MZ SR, VÚC), v mil. €	MF SR	181	133	109	93	86
Verejné výdavky spolu (A+B), v mil. €	Vlastný výpočet	3 918	3 943	4 011	4 156	4 337
Verejné výdavky spolu ako % HDP	Vlastný výpočet	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2

s – skutočnosť, o – odhad, p – prognóza

Zdroj: skutočnosť podľa ÚDZS a MF SR, rozpočtov VÚC; prognózy podľa HPI, MF SR a rozpočtov VÚC

Transformácia nemocníc je naďalej reálnym riešením situácie so zadĺženými nemocnicami v krajine, ktorá prechádza transformáciou zdravotného systému podobne ako Slovensko. Transformácia v Poľsku neznamená, že nemocnice budú aj privatizované. Prostredníctvom zodpovednej finančnej politiky má manažment nemocnice možnosť zachrániť nemocnicu pred bankrotom a predísť tak privatizácii súkromnými subjektami.

Portugalsko. Nie je potrebné mať obavu z prvkov podnikateľského prostredia v zdravotníctve. Kompetencie v oblasti riadenia nemusí mať iba ministerstvo zdravotníctva, ale rovnocenným partnerom môže byť aj ministerstvo financií, ktoré má vhodnejšie kapacity v otázkach rozpočtovania a finančných transakcií. K zvýšeniu transparentnosti a zodpovednosti môžu viesť pravidlá corporate governance, napríklad v podobe (správnej, dozornej) rady, ktorej členovia sú kompetentní zamestnanci nemocnice. Hospodárenie (aj strata) ostáva v nemocnici, pričom neefektívne hospodárenie vedie ku konkurzu, ktorý môže byť riešený zvýšením kapitálu alebo prostredníctvom určitej dotácie. Financovanie nemocnice pomocou verejno-súkromného partnerstva je administratívne náročný proces a nesprávne nastavenie spolupráce môže viesť k nedostatočnej kontrole štátu.

Španielsko. Jednou z možností výstavby novej nemocnice je špecifický model súkromno-verejného partnerstva – koncesný model. Partnerom štátu nemusí byť výhradne jedna firma, ale konzorcium zložené napríklad zo súkromných poisťovní či stavebných firiem. Separácia primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti nie je vhodná, preto treba voliť koordinovaný model – integrovaný systém, ktorý v sebe zahŕňa správu a riadenie oboch typov starostlivosti.

Nemecko. Situácia vo východnom Nemecku po roku 1989 bola podobná ako v bývalom Československu. Na rozdiel od nás v Nemecku prebehlo masívne investovanie do kapitálového vybavenia nemocníc, aby sa priblížili štandardu západonemeckých zdravotníckych zariadení. Nemocnice sú – podobne ako na Slovensku – zväčša vo vlastníctve krajov, okresov, či miest, ktorých financovanie a efektívny manažment presahuje schopnosti samospráv. Táto situácia sa rieši buď čiastočnou alebo úplnou privatizáciou takýchto zariadení, čo dáva priestor na vznik

a rozvoj súkromných nemocničných sietí v Nemecku. Príklad privatizácie fakultnej nemocnice v Hamburgu ukazuje, že aj projekt privatizácie veľkej nemocnice podstatného významu pre veľké množstvo obyvateľstva môže byť úspešný a môže priniesť pozitívne výsledky v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti ako aj úľavu verejným financiám. Z regulačného hľadiska je zaujímavá snaha zaviesť v Nemecku investičné paušály orientované na výkon a naviazané na DRG platby.

Švédsko. Posledný vývoj vo Švédsku ukazuje na jasný nový trend vo vývoje zdravotníckeho sektora. Postupne, najprv cez ambulantný sektor a postupne aj cez nemocničný prichádza k uvoľneniu legislatívy a vstupu trhových prvkov a súkromného kapitálu. St. Göran je štátnou nemocnicou, patriacou okresu, ktorú prevádzkuje private equity skupina Capio, zároveň je inšpiráciou nielen v tomto netradičnom usporiadaní, ale aj v tom, že pravidelne posúva štandard kvality v nemocničnom sektore vo Švédsku.

AKÉ SÚ REÁLNE MOŽNOSTI KAPITÁLOVÝCH INVESTÍCIÍ DO NEMOCNÍC?

Z krátkodobého hľadiska (roky 2014 až 2016) odhadujeme potenciálne zdroje na modernizáciu nemocníc v takejto štruktúre:

- **300 mil. € z verejno-súkromných partnerstiev**
- **105 mil. € zo súkromných zdrojov**
- **40 mil. € rozpočet – iba eurofondy**
- **30 mil. € VÚC**
- **0 mil. € – štátny rozpočet.** Verejné zdroje získané jednorazovým príjmom (privatizácia) silno závisia na politickom rozhodnutí vlády a odhadujeme ich na 0 €. Táto forma zdrojov je pravdepodobnejšia v dlhodobejšom horizonte, v danom horizonte je veľmi nízko pravdepodobná.

Z dlhodobého horizontu (20 rokov) by bolo možné získať na modernizáciu nemocníc podľa našich odhadov približne 3,1 mld. eur.

TABUĽKA 4: ZHRNUTIE MOŽNOSTÍ MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC V MIL. €

Možnosť financovania	Odhad zdrojov pre roky 2014–16	Odhad zdrojov v horizonte 20 rokov
Spolu štátny rozpočet (ako pravidelný príjem) a eurofondy	40	0
VÚC	30	200
Spolu verejné zdroje (ako jednorazový príjem z privatizácie)	0	1 400
Spolu zmiešané zdroje (verejno-súkromné partnerstvá)	300	800
Spolu súkromné zdroje	105	700
Spolu všetky zdroje	475	3 100

Zdroj: HPI

To by postačovalo pokryť nami vypočítanú minimálnu investičnú potrebu 2,7 mld. eur avšak opäť rôzne formy zdrojov majú rôznu pravdepodobnosť realizácie:

- **1 400 mil. € z privatizácie** predstavuje potenciálne najväčší zdroj príjmov ale rovnako je táto položka silno závislá od rozhodnutí budúcich vlád, ktoré sa nedajú predvídať. Suma bude závisieť výhradne na ochote budúcich vlád privatizovať.
- **800 mil. €** – najpravdepodobnejšia forma zdrojov sú opäť zmiešané zdroje, hlavne **verejno-súkromné partnerstvá**.
- **700 mil. €** – rovnako **súkromné zdroje** v dohodobom horizonte predstavujú dobrú možnosť.
- **200 mil. €** – **VÚC**
- **0 mil. €** – **štátny rozpočet** (vrátane eurofondov)

AKÉ SÚ PREDPOKLADY IMPLEMENTÁCIE DRG NA SLOVENSKU?

Slovensko je jedna z mála krajín EÚ, ktorá nepoužíva DRG. Jeho zavedenie je kľúčovým nástrojom spravodlivejšieho odmeňovania nemocníc. Cesta k jeho zavedeniu však nebude jednoduchá.

Okolo zavádzania DRG je ešte mnoho otázok a ich riešenie ovplyvní kvalitu aj úspešnosť zavedenia DRG. Nie je napríklad jasné, či bude základná sadzba regulovaná centrálné MZ SR ako fixná alebo bude ponechaná na dohode medzi poskytovateľmi a nemocnicami. Najmä v prípade, ak ju bude chcieť štát regulovať, bude dôležité či bude platiť rovnaká cena pre všetkých, alebo sa bude medzi jednotlivými nemocnicami líšiť. Dôvodmi na rozdiely v cenách môže byť napr. vyššia alebo nižšia kvalita poskytovaných služieb, lokalizácia nemocnice, ale najmä na začiatku aj objem predchádzajúcich zdrojov, ktoré mala nemocnica k dispozícii. Keďže objem zdrojov na nemocničnú starostlivosť sa nebude meniť, len sa spravodlivejšie prerozdedia medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zavedenie DRG platieb bude znamenať pre niektoré nemocnice vyššie príjmy, ale iné naopak budú mať zdrojov menej.

Skoková zmena by mohla mať za následok likvidáciu týchto nemocníc, preto sa jednotná sadzba zvykne zavádzať postupne, aby sa menej efektívne nemocnice dokázali týmto zmenám prispôbiť. Okamžitá alebo rýchla zmena môže spôsobiť negatívnu reakciu nemocníc, ktorých by sa to týkalo, čím by mohlo dôjsť k zastaveniu alebo zrušeniu implementácie DRG.

Problematickou fázou bude aj zavádzanie kalkulácie nákladov na jednotlivé prípady v nemocniciach. V súčasnosti len veľmi málo nemocníc sleduje náklady na jednotlivých pacientov. Zbieranie dát pre potreby kalkulácie relatívnych váh bude znamenať zavedenie významných zmien do účtovania v nemocniciach. Ani v Nemecku, odkiaľ systém preberáme, nie sú všetky nemocnice zapojené do zberu dát, pretože nevedia tieto podmienky dostatočne splniť. Z cca 2100 nemeckých nemocníc sa zbierajú ekonomické dáta len z asi 250 (aj keď ide najmä o veľké nemocnice, ktoré majú proporcionálne väčší podiel na hospitalizáciách). Výber podobnej vzorky nemocníc (napr. 12 % ako v Nemecku) by u nás vzhľadom na nízky počet nemocníc nebol reprezentatívny. **Pre výpočet našich relatívnych váh preto budeme potrebovať zbierať dáta z takmer všetkých nemocníc.** Aj z tohto dôvodu sa najprv počíta s prevzatím nemeckých relatívnych váh. V čase ostrého nasadenia DRG ako platobného mechanizmu by sa už používali lokálne relatívne váhy. Nemecké váhy sa totiž môžu líšiť od našich, keďže pomer medzi náročnosťou rôznych typov zdrojov je medzi nami a Nemeckom rozdielny (napr. platy zdravotníckych pracovníkov sa významne líšia, ale ceny za zdravotnícky materiál nie).

Paralelné vykazovanie v DRG – popri doterajšom, ktoré je podmienené úhradou ZP – slúži v prvom roku na zber údajov, potrebných pre kalibráciu DRG. Na základe analýzy týchto dát sa bude zrejme politicky rozhodovať, či bude projekt zavádzania DRG pokračovať alebo nie.

Štart DRG ako platobného mechanizmu je naplánovaný na rok 2016. Rok 2016 je zároveň volebný rok. Zmena financovania v predvolebnom období je málo pravdepodobná (kvôli zbytočnému riziku meniť status quo, čo by mohlo negatívne ovplyvniť volebné preferencie). V povolebnom období bude zase prebiehať opätovné prehodnocovanie, či DRG ako úhradový mechanizmus naozaj spustiť, prípadne ho účelovo modifikovať.

JE DRG ŠTANDARDOM PRI PLATENÍ NEMOCNÍC?

Prevádzkové náklady nemocníc sú vo väčšine krajín platené niektorou z foriem DRG. Pre Slovensko je kľúčové sledovať vývoj v Nemecku, keďže na základe zmluvy medzi ÚDZS a INEK, Slovensko preberá nemecký model DRG, tzv. G-DRG.

AKO BUDOVAŤ ĽUDSKÝ KAPITÁL?

Úspech modernej nemocnice nebude závisieť len od budov a technológií, ale aj od riadenia, organizácie práce, firemnej kultúry a profesionality zamestnancov – teda zásadným spôsobom od zdravotníckych pracovníkov. Ako je na tom Slovensko s ľudskými zdrojmi v zdravotníctve a aké sú výhľady do budúcnosti?

Bezprostredne čelíme výzve v podobe migrácie našej pracovnej sily do zahraničia. Otvorenie pracovného trhu s EÚ spôsobilo v nemocniciach výpadok jednej generácie lekárov.

Mzdové ohodnotenie hrá pri rozhodovaní o odchode síce dôležitú úlohu, ale nemenej významnými faktormi sú priestor na sebarealizáciu, pracovná atmosféra či firemná kultúra. Tie nenahradí žiadna centrálna mzdová regulácia, ktorá naopak, nivelizuje akékoľvek rozdiely v kvalite a množstve odvedenej práce, čím prehľbuje demotiváciu lepších a pracovitejších.

Počet postelí pripadajúcich na jednu sestru v nemocnici sa na Slovensku za posledných desať rokov nezmenil (2,1). U lekárov však došlo k výraznej zmene. Po masívnych odchodoch začiatkom milénia prešiel počet nemocničných lekárov v roku 2005 minimom. Odvtedy sa zvýšil až o vyše 21 %.

Kým podiel mladých lekárov zostáva zachovaný, **podiel generácie štyridsiatnikov na celkovom lekárskom stave klesol o jednu tretinu.**

Charakteristickým trendom je feminizácia slovenského zdravotníctva. Za uplynulých 15 rokov sa zvýšil podiel žien študujúcich medicínu

TABUĽKA 5: PREHĽAD PLATOBNÝCH MECHANIZMOV

Krajina	Názov	Počet skupín	Základná sadzba / Ceny	
Nemecko	G-DRG (kombinovaná s globálnym rozpočtom pre nemocnicu)	1 200	Najprv individuálna, následne zjednotená na úrovni 16 spolkových krajín s výhľadom na zjednotenie na úrovni celého Nemecka (2015).	
Holandsko	DBC (kombinované s makro-rozpočtom nad všetkými nemocnicami)	4 400	DBC sú rozdelené na 2 skupiny – zoznam A a B. Ceny na zozname A sú regulované centrálnou prevádzkou podľa systému úhrad pred reformou. Ceny na zozname B sú negotiovane individuálne medzi poisťovňami a poskytovateľmi.	
Veľká Británia	HRG	1 400	Výška platieb je stanovená na základe priemerných nemocničných nákladov a zahŕňa náklady na personál, zariadenie a kapitálové výdavky. Určuje sa rok vopred ministerstvom zdravotníctva podľa štandardnej metodológie na základe priemerných nákladov získaných zo všetkých nemocníc. Táto cena je rovnaká pre všetkých poskytovateľov bez ohľadu na geografickú lokalizáciu. Keďže však nemocnice znášajú niektoré náklady, ktoré sú mimo ich kontrolu a ktoré nedokážu ovplyvniť ani vyššou efektívnosťou, ministerstvo zdravotníctva platí dodatočné platby poskytovateľom na základe indexu „faktora trhových síl“, ktorý zohľadňuje náklady na personál, polohu a budovu.	
Poľsko	JGP	518	V Poľsku existuje spolu 518 JGP skupín, pričom každá je bodovo ohodnotená od 5 bodov (menej závažné zákroky) až do 4 706 bodov (komplikované zákroky, napríklad transplantácia buniek). Každá nemocnica môže na základe zrealizovaných výkonov teda získať určitý súčet bodov za JGP skupiny a adekvátne tomuto súčtu získa prostriedky od národného fondu zdravia (každá nemocnica rovnakú sumu za jeden bod).	
Česká republika	DRG (kombinované s individuálne zmluvne dohodnutými zložkami úhrady a centrovou starostlivosťou)	1 036	Do jej výpočtu vstupuje tzv. technická (celoštatná) základná sadzba, ktorá je v úhradovej vyhláške pre rok 2013 stanovená na úrovni 29 500 Kč, a tzv. individuálna základná sadzba. Individuálna základná sadzba premieta do výpočtu historický vývoj úhrad nemocničnej starostlivosti a odvíja sa od dlhodobého správania jednotlivých nemocníc. Technická sadzba má váhu 30 % a individuálna sadzba má váhu 70 %.	

Zdroj: HPI, 2013

zo 60 % na 70 %. Priemerný podiel žien medzi lekármi v krajinách OECD je 44 %.

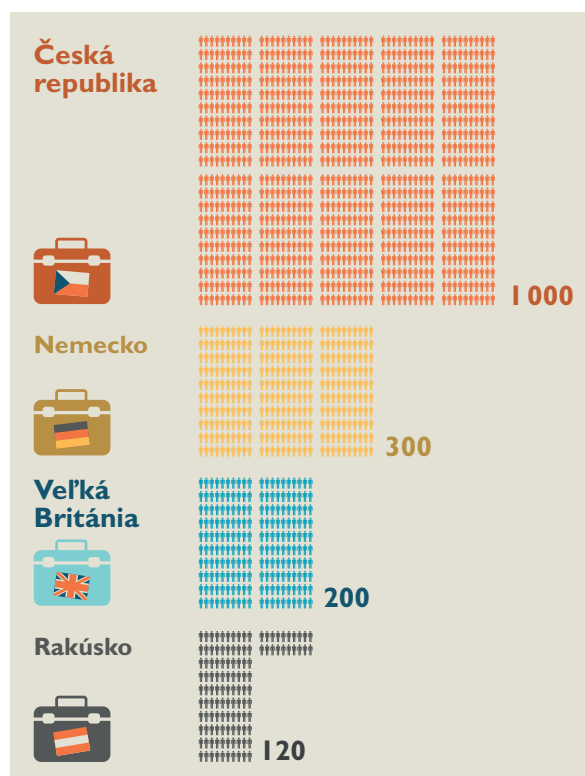
Napriek tomu, že migrácia zdravotníkov predstavuje v celej Európe významnú zdravotno-politickú tému, nemáme o nej dostatok relevantných informácií. WHO (2009) konštatuje, že **väčšina krajín nemá spoľahlivé a/alebo dostatočné dáta o zdravotníckych profesionáloch, nezbiera informácie o migračných tokoch a líši sa v definíciách povolania.**

Jedným z proxy indikátorov použiteľných na odhad migračných tokov je podľa WHO počet žiadostí o uznanie rovnocennosti vzdelania u príslušnej inštitúcie. Ministerstvo zdravotníctva SR uverejnilo odhad o cieľových destináciách odchádzajúcich slovenských lekárov (Graf 1).

Faktory, ktoré vytláčajú zdravotníckeho pracovníka z krajiny (PUSH faktory) sa porovnávajú s prítlačivosťou práce v inej krajine (PULL faktory). Zvyčajne sa úvadžajú v komplementárnych dvojiciach (Tabuľka 6).

Ďalšími dôležitými PULL faktormi sú jazyk, geografická blízkosť a existencia komunity krajanov v cieľovej krajine.

GRAF 1: ODHADOVANÝ POČET SLOVENSKÝCH LEKÁROV V ZAHRANIČÍ – NAJČASTEJŠIE PRACOVNÉ DESTINÁCIE



Zdroj: odhad MZ SR, 2013

TABUĽKA 6: HLAVNÉ PUSH A PULL FAKTORY MIGRÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

PUSH faktory	↔	PULL faktory
Nízka mzda (absolútne a/alebo relatívne)	↔	Vyššia mzda Možnosť remitencie
Nevyhovujúce pracovné podmienky	↔	Lepšie pracovné podmienky
Nedostatok zdrojov na efektívnejšiu prácu	↔	Zdravotníctvo s lepšími zdrojmi
Obmedzené kariérne možnosti	↔	Kariérne možnosti
Dopad HIV/AIDS	↔	Politická stabilita
Nestabilné/nebezpečné pracovné prostredie	↔	Možnosti cestovania
Ekonomická nestabilita	↔	Pomoc

Zdroj: podľa Buchana et al. (2003)

Pri zachovaní otvoreného pracovného trhu je na dosiahnutie rovnováhy potrebné

- **uľahčiť príchod lekárov na Slovensko**

Spolu s relatívne nízkou jazykovou bariérou predstavuje Ukrajina významný potenciál pre získanie lacnej a kvalifikovanej pracovnej sily. Jej príchod by tiež umožnil významne znížiť tlak na ďalšie zvyšovanie miezd. Slovensko môže – ako bezprostredný sused Ukrajiny – z tejto svojej pozície ťažiť a prispieť k ukrajinskej adaptácii na Európu. Aj pre prípad, že zblížovanie EÚ s Ukrajinou nebude pokračovať, je žiaduce hľadať spôsoby na zjednodušenie príchodov tamajších zdravotníkov na Slovensko.

- **zvýšiť počet absolventov medicíny**

Počet záujemcov i počet absolventov rastie; ďalšie zvyšovanie však môže naraziť na kapacitné možnosti univerzít. Paralelne so slovenskými študentami študujú medicínu aj zahraniční študenti-samoplatci. Medzi prijímanými študentami dnes tvoria už jednu tretinu.

- **zvýšiť retenciu lekárov**

Niektoré krajiny (napr. Maďarsko) zaviedli pre absolventov povinnú verejnú službu – buď si náklady na svoje štúdium odpracujú v domácom zdravotníctve, alebo spätne uhradia školné v reálnej výške.

Zlepšenie pomeru PUSH a PULL faktorov je možné dosiahnuť zmenami najmä v týchto oblastiach:

- **odmeňovanie**

centrálna mzdová regulácia vedie k nivelizácii odmeňovania, potláča rozdiely vo výkone a následne potláča motiváciu zamestnancov; odmeňovanie na základe kvality a produktivity práce umožňuje kvalitným lekárom získať dosatočný príjem na to, aby neuvažovali o emigrácii;

- **sebarealizácia**

podpora lekárovho profesionálneho rozvoja zosúladeného so zámermi rozvoja nemocnice je obojstranne prospešná a vedie o.i. k vyššej lojalite k zamestnávateľovi;

- **spoločenské uznanie**

propagácia pozitívnych vzorov v zdravotníctve;

- **pracovné podmienky**

vzťahy na pracovisku, dostupnosť technológií, organizácia práce, riadenie, firemná kultúra si vyžadujú úprimný záujem vlastníka a jeho konzistentnosť v čase;

- **vzdelávanie**

okrem podpory odborného rastu lekári potrebujú nadobudnúť vedomosti o oblastiach, ktoré nie sú predmetom výučby na lekárske fakultách (ekonómia zdravotníctva), aby lepšie porozumeli cieľom organizácie a dokazali konštruktívnejšie prispievať k jej rozvoju;

- **motivovať Slovákov v zahraničí k návratu**

Pre návrat musia byť najprv splnené podmienky uvedené pre retenciu. Lekári, ktorí by sa vrátili na Slovensko, so sebou prinesú okrem poznatkov, skúseností a kontaktov aj inú firemnú kultúru. Príchod týchto ľudí do vedúcich pozícií v slovenských nemocniciach môže podstatne prispieť k ich modernizácii. Môže sa tiež stať faktorom retencie ostatných zdravotníkov. Je preto na mieste zvážiť aktívny nábor a vytvoriť okolo týchto lekárov kondenzačné jadrá moderného zdravotníctva na Slovensku.

- **znížiť potrebu lekárov**

Presun časti náplne práce a kompetencií na iný personál, nezdravotníkov i samotného pacienta, zmena organizácie a plánovania...

V strednodobom horizonte sú výzvou dôsledky demografického vývoja: nárast počtu ľudí, vyžadujúcich istú formu inštitucionálnej i mimoinštitucionálnej starostlivosti (chronické choroby, dlhodobá starostlivosť, duševné zdravie, ošetrovateľstvo, opatrovateľstvo).

Spôsob a forma poskytovania zdravotnej – a sociálnej – starostlivosti sa budú v ďalších rokoch zásadne meniť. Budú sa viac či menej flexibilne (musieť) prispôbovať potrebám klientov. Poskytovatelia budú hľadať inovatívne riešenia. **Zosilnie tlak na úpravu definícií, postavenia, kompetencií zdravotníckych pracovníkov a ich vzdelávania.**

O úspechu poskytovateľov rozhodne nakoniec pacient-spotrebiteľ, závisí na inovátoroch v slovenskom zdravotníctve, či ho presvedčia.

KAPITOLA I

MAKROEKONOMICKÉ DETERMINANTY TVORBY ZDROJOV ZDRAVOTNÍCTVA

Makroekonomický vývoj je významný, aj keď nie jediný determinant tvorby zdrojov zdravotníctva. Pri systéme financovania, aký je zavedený na Slovensku, je to hlavne vývoj na trhu práce, ktorý určuje zdroje zdravotníctva (keďže odvody platené zdravotným poisťovním závisia od zamestnanosti a príjmov). Prenášanie ekonomického rastu cez trh práce do rastu zdrojov zdravotníctva však nemusí byť hladké. Práve slovenská ekonomika predstavuje zaujímavý príklad existencie bariér, ktoré blokujú prenášanie časti pozitívnych efektov ekonomického rastu do výsledkov trhu práce a ďalej do zdrojov pre zdravotníctvo. O tom bude prvá časť tejto kapitoly. V závere potom venujeme pozornosť očakávanému makroekonomickému vývoju a jeho vplyvu na zdroje zdravotníctva.

V tejto kapitole sa teda budeme venovať hlavne nasledovným otázkam:

- **Aké sú makroekonomické bariéry rastu zdrojov zdravotníctva v SR?**
- **Aké sú vyhliadky budúceho makroekonomického vývoja a čo z nich vyplýva pre financovanie zdravotníctva?**

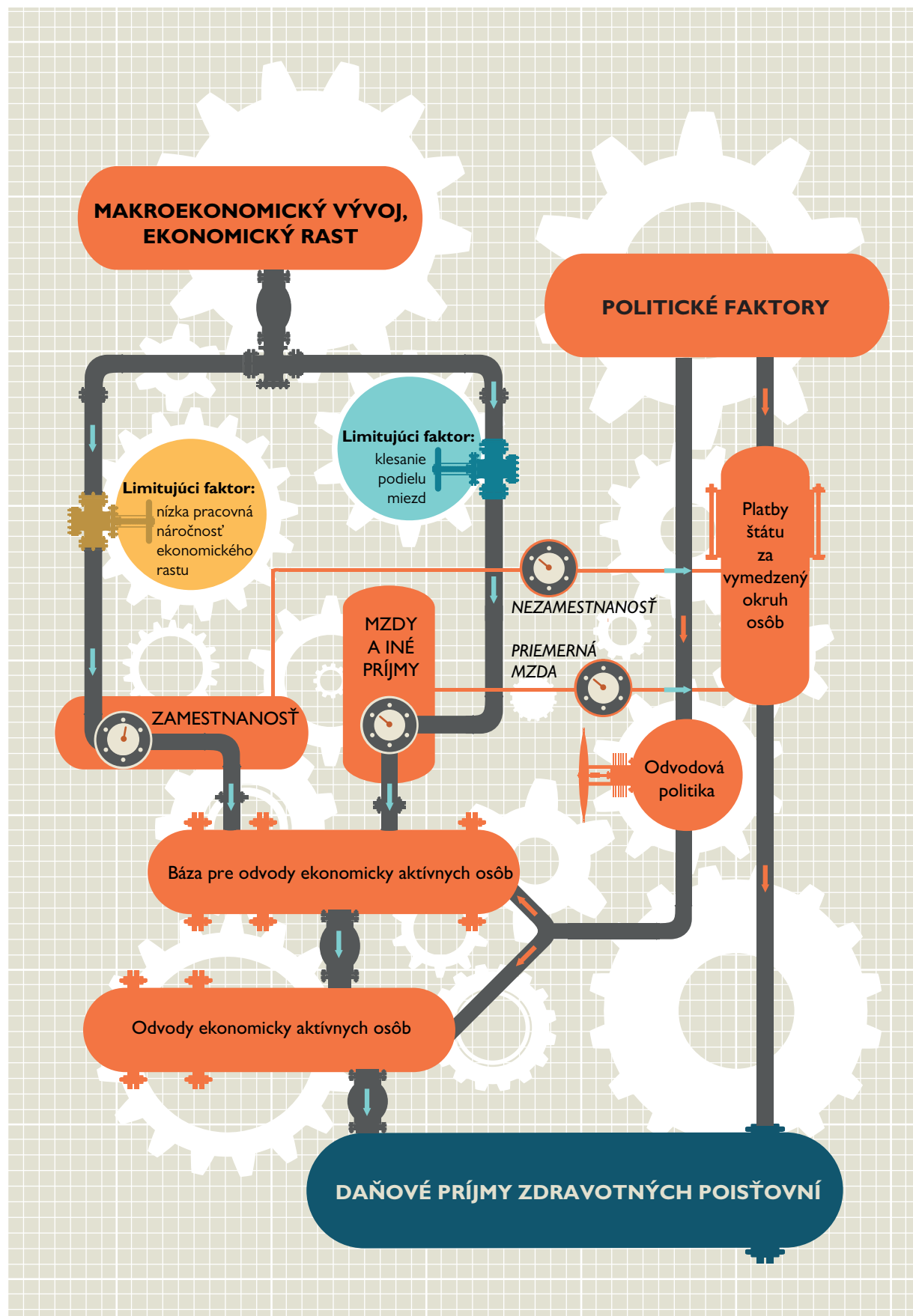
RÁMČEK I: INTERPRETÁCIA KATEGÓRIE „DAŇOVÝCH PRÍJMOV ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ“

V Schéme I po prvýkrát používame termín „daňové príjmy zdravotných poisťovní“ a v ďalších častiach textu sa ešte opakovane vyskytuje. Aby sme predchádzali interpretačným ťažkostiam, vymedzíme tu význam tejto kategórie.

Daňové príjmy sú v systéme verejného zdravotného poistenia príjmami z poistného. Toto poistné má charakter dane (odvody sú totiž príbuzné daniam): ide o zákonom stanovenú, povinnú, vymáhateľnú a neekvivalentnú platbu. Termín „daňové príjmy“ (angl. „tax revenues“) je bežne používaný v štatistických databázach a dokumentoch zameraných na zdravotné poistenie. Daňové príjmy tvoria dominantnú časť príjmov zdravotných poisťovní.

Zdroj: autori

SCHÉMA 2: OD MAKROEKONOMICKÝCH DETERMINANTOV K PRÍJMOM ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ



Zdroj: autori



I.1 K NIEKTORÝM ŠTRUKTÚRNYM BARIÉRAM RASTU ZDROJOV NA ZDRAVOTNÍCTVO

Pri zhodnotení makroekonomických determinantov sa v prvom kroku zameriame na dva relevantné štruktúrne problémy, ktoré doteraz limitovali rast zdrojov do systémov sociálneho zabezpečenia (v tom aj do systému verejného zdravotného poistenia). A je pravdepodobné, že životnosť takýchto bariér neskončila.

Hoci bol ekonomický rast v SR v uplynulom dlhšom období relatívne silný, tento rast sa nemohol plne prenášať do tvorby zdrojov verejného zdravotného poistenia, pretože:

A. Váha miezd v štruktúre príjmov bola nízka a ďalej klesala (problém tzv. nízkej mzdovej kvóty). Systém zdravotného poistenia bol (a aj je) pritom závislý hlavne od objemu miezd.

B. Zamestnanosť bola málo citlivá na rast ekonomiky (problém tzv. vysokého prahu rastu zamestnanosti alebo nízkej pracovnej náročnosti rastu). Ekonomika mohla aj silno rásť, do ukazovateľov trhu práce sa tento rast prenášal iba čiastočne a to zase limitovalo rast odvodov tvoriacich podstatný zdroj financovania zdravotníctva.

V Schéme I sú tieto dva problémy vložené ako „limitujúce faktory“ pri vzťahu medzi ekonomickým rastom a zamestnanosťou či príjmami.

PROBLÉM TZV. NÍZKEJ MZDOVEJ KVÓTY¹⁾

Mzdovú kvótu chápeme ako podiel odmien zamestnancov²⁾ na hrubej pridanej hodnote. Táto jednoduchá metóda umožňuje vyjadriť, v akej miere sa výstup ekonomiky premieta do príjmov zamestnancov. Bežne sa touto metódou sleduje proporcia, v akej sa výstup ekonomiky transformuje (veľmi zjednodušene) medzi príjmy z práce a kapitálu.

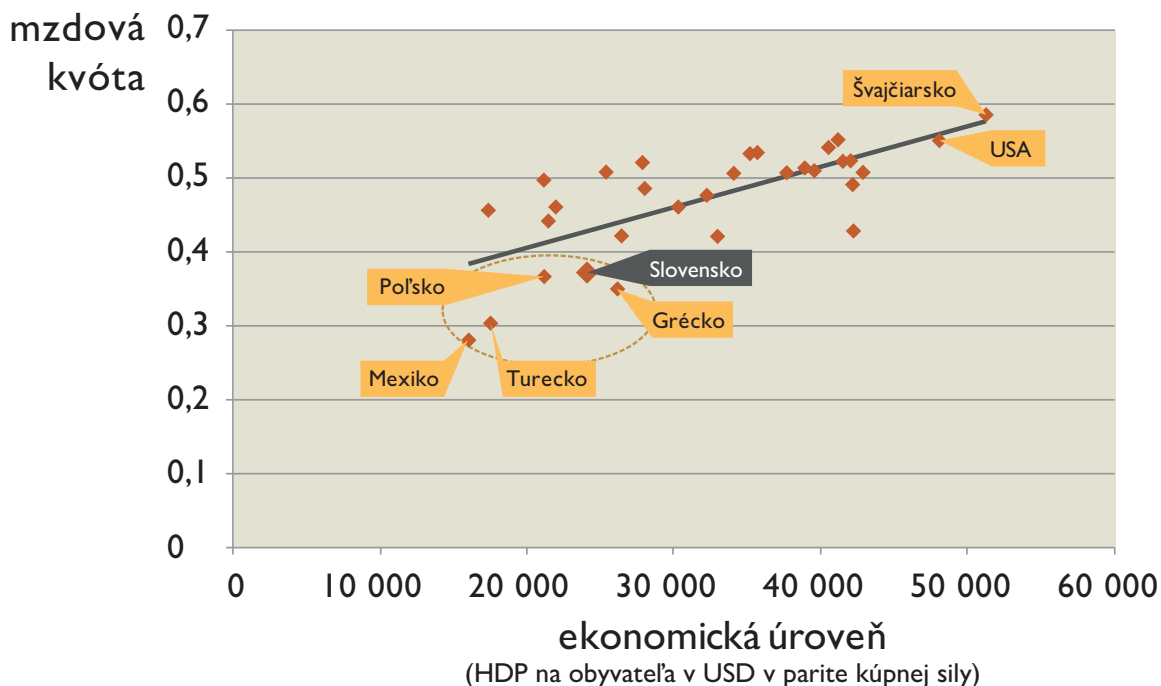
V Grafe 2 je znázornený vzťah ekonomickej úrovne krajiny a mzdovej kvóty v krajinách OECD. S vyššou ekonomickou úrovňou (vyšší HDP na obyvateľa) sa obyčajne spája aj vyššia mzdová kvóta, hoci tento vzťah je dosť voľný. Znamená to, že s rastúcou výkonnosťou by prevažne mal rásť podiel miezd na objeme všetkých príjmov v ekonomike. Hodnoty mzdovej kvóty sa pre väčšinu krajín umiestňujú v intervale 0,42 až 0,59, t. j. 42 % až 59 % vytvorenej hrubej pridanej hodnoty predstavujú odmeny zamestnancov. Vyznačená je skupina krajín s neobvykle nízkou mzdovou kvótou (Slovensko, Turecko, Mexiko, Poľsko a Grécko). Ide o krajiny s relatívne nižšou ekonomickou úrovňou (v rámci skupiny OECD). Slovensko s mzdovou kvótou okolo 0,38 patrí do skupiny ekonomík, v ktorých mzdová kvóta vybočuje z obvyklých hodnôt zaznamenaných vo vyspelých ekonomikách. **Takmer všetky krajiny, ktoré dosahujú vyššiu ekonomickú úroveň ako SR, majú aj vyššiu mzdovú kvótu** (jedinou výnimkou je Grécko).

Nie je naším cieľom vynášať súd nad štruktúrou príjmov ani určovať nejakú „optimálnu“ mzdovú kvótu. Tvrdíme len, že pri spôsobe financovania zdravotníctva, aký fungoval doteraz v SR nie je jedno, ako sa vyvíja štruktúra príjmov. **Ak je pre výber odvodov rozhodujúci vývoj objemu miezd, je zjavne problémom, ak váha miezd v príjmoch spoločnosti je nízka a dlhodobo klesajúca.** Ak takýto vývoj mzdovej kvóty pretrvá do budúcnosti, potom hrozí nasledovný scenár: ak sa aj obnoví silnejší ekonomický rast, on sa len v menšej (a stále menšej) miere odrazí v platbách odvodov do poistných fondov. Bude rásť tlak, aby štát čoraz masívnejšie dopĺňal tieto zdroje, pretože od ekonomicky aktívnych ich nebude pritekať dost.

1) Spracované podľa Morvay (2013): Osobitosti vývoja štruktúry príjmov v slovenskej ekonomike. Ekonomický časopis, č. 4/2013. Tam sú uvedené podrobnejšie informácie k tomuto problému.

2) Je to kategória národných účtov; ide o celkový objem kompenzácií za prácu vyplatených zamestnancom za jeden rok.

GRAF 2: KOMBINÁCIE EKONOMICKEJ ÚROVNE A MZDOVEJ KVÓTY



Pozn. údaje za rok 2011 alebo 2010 (podľa dostupnosti)

Mzdová kvóta – podiel odmien zamestnancov na hrubej pridanej hodnote v bežných cenách

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov OECD Stat Extracts

Bez toho, aby sme sa tu zaoberali metodikou výpočtu sociálnych príspevkov (odvodov) z rôznych typov príjmov, možno pripustiť podstatne nižšiu odvodovú výťažnosť príjmov zo samozamestnávania alebo inej formy podnikania v porovnaní s príjmom zo závislej činnosti³⁾. Sociálne príspevky tak boli v sledovanom období závislé predovšetkým od miezd. **Ak je váha miezd v štruktúre príjmov nízka a klesajúca, pritom verejné zdravotné poistenie je primárne závislé od miezd, potom nevyhnutne dochádza k limitovaniu zdrojov verejného zdravotného poistenia.**

Odvodová „výťažnosť“ miezd je podstatne vyššia v porovnaní s inými kategóriami príjmov. Ak sa mzdy nahrádzajú inými typmi príjmov (pri zachovanom celkovom objeme príjmov), odvodový výnos bude zrejme klesať. Tvorcovia hospodárskych politík sa snažili na tento problém reagovať korekciami odvodového systému, nevytvorili však jednotné pravidlá pre stanovenie vymeriavacích základov rôznych

typov príjmov a významné rozdiely v odvodovej výťažnosti príjmov pretrvali. Navyše zásahmi do odvodového systému utrpela motivácia k ekonomickej aktivite a vytvorila sa motivácia nachádzať iné formy príjmov s vyhnutím sa novej odvodovej záťaži. Možno očakávať, že príjmy budú postupne stále heterogénnejšie a čiastkové úpravy odvodovej politiky na to nebudú schopné reagovať. **Východiskom z tejto situácie môže byť prerušenie závislosti zdrojov verejného zdravotného poistenia od zmien v štruktúre príjmov.** A to podporuje úvahy o zavedení tzv. nominálneho poistného. Namiesto vyberania nejakého percenta z príjmu (hoci aj takýto prvok by v určitej miere v systéme pretrval) by boli stanovené sumy poistného pre rôzne úrovne poistných produktov. Tým by sa do systému verejného zdravotného poistenia vložil stabilizačný prvok, zvyšujúci odolnosť systému voči zmenám v povahe príjmov. Pri nominálnom poistnom je totiž jedno, či je uhradené zo mzdy, zisku spoločnosti s ručením obmedzením alebo iného, hoci aj nepravidelného príjmu.

3) Takéto prepočty možno nájsť napr. na EPI (2011): SZČO alebo zamestnanec: čo je výhodnejšie a pre koho? Elektronické právne informácie.
Dostupné na: <http://www.epi.sk/Main/Default.aspx?Template=~Main/TArticles.aspx&phContent=~EDL/ShowArticle.aspx&ArticleID=33178>

PROBLÉM TZV. NÍZKEJ PRACOVNEJ NÁROČNOSTI EKONOMICKÉHO RASTU

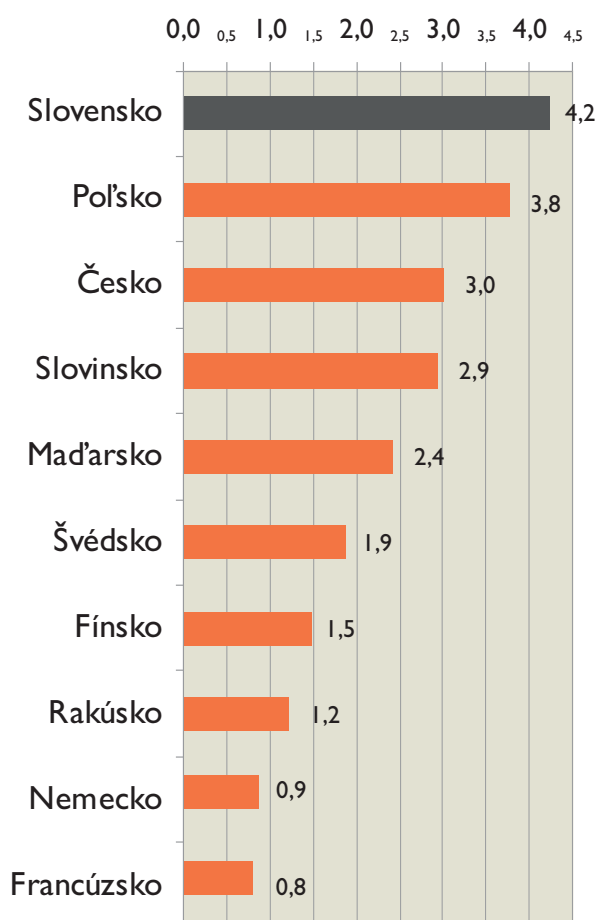
Na ekonomickom raste nie je zaujímavé iba jeho tempo. Môže mať aj rôznu kvalitu. Jednou z charakteristík kvality rastu je schopnosť generovať zamestnanosť. **A ekonomický rast v SR v uplynulom období je ukázkou toho, že môže existovať silný ekonomický rast s malým príspevkom k tvorbe zamestnanosti.** Ide o fenomén nízkej pracovnej náročnosti rastu.

Z medzinárodného porovnania (Graf 3) vyplýva mimoriadne vysoká hodnota tzv. prahu rastu zamestnanosti⁴⁾ na Slovensku. Je to jednoduché meradlo pracovnej náročnosti rastu: ide o kritickú hodnotu rastu reálnej hrubej pridanej hodnoty, nad ktorou sa zvyšuje zamestnanosť. Pre rast zamestnanosti v SR sa v priemere musel dosahovať rast reálnej hrubej pridanej hodnoty až na úrovni 4,2 % (v intervale rokov 1997 – 2010). Vysoká hodnota tohto „prahu“ znamená nízku pracovnú náročnosť ekonomického rastu.

V krajinách strednej a východnej Európy (SVE) sú hodnoty „prahu“ podstatne vyššie ako vo vybranej

GRAF 3: AKÝ RAST EKONOMIKY JE POTREBNÝ K ZVÝŠENIU ZAMESTNANOSTI?

PRAH RASTU ZAMESTNANOSTI V MEDZINÁRODNOM POROVNANÍ
(V %, PRIEMER ZA OBDOBIE 1997 – 2011)



Pozn.: Ide o kritickú mieru rastu reálnej hrubej pridanej hodnoty, nad ktorou začne rásť zamestnanosť (priemerný údaj z hodnôt za 1997–2011).

Zdroj: vlastné výpočty autora podľa databáz Eurostatu

4) z nem. Schwelle zur Steigerung der Beschäftigung

štvorici vyspelejších európskych ekonomík. Tu sa zrejme odráža silný rast produktivity: tieto ekonomiky preberajú vyspelejšie technológie a zabezpečujú svoj ekonomický rast masívnymi prírastkami produktivity bez potreby výraznejšieho zvyšovania zamestnanosti. Hodnota za SR (za celú ekonomiku) je vysoká aj na pomery SVE a je niekoľkonásobkom hodnôt vo vyspelejších ekonomikách.

Extrémna je hodnota tohto prahu v SR v priemyselnej výrobe. V sektore priemyselnej výroby je prah rastu zamestnanosti všeobecne vyšší (aj vo vyspelejších ekonomikách). Hodnota za Slovensko, mierne presahujúca 10 %, je však v tomto súbore ekonomík suverénne najvyššia⁵⁾. Špecifikom ekonomického rastu v SR bolo, že až cca 90 % prírastku pridanej hodnoty za obdobie 1997 – 2010 sa spájalo s odvetviami, v ktorých bol prah zamestnanosti veľmi vysoko.



ZHRNUTIE:

- **Pracovne nenáročný ekonomický rast má za následok, že tento ekonomický rast má len obmedzený účinok na rast príjmov systému zdravotníctva.**
- **Tak problém nízkej (a klesajúcej) mzdovej kvóty (0,38) ako aj problém nízkej pracovnej náročnosti ekonomického rastu (4,2 %) spôsobujú, že sa rast výkonu ekonomiky len obmedzene prenáša do rastu zdrojov verejného zdravotného poistenia.**

1.2 OČAKÁVANÝ MAKROEKONOMICKÝ VÝVOJ V HORIZONTE DO 2016



Ako už bolo vyššie spomenuté, dôležité makroekonomické parametre pre naše potreby sú zamestnanosť a príjmy (a samozrejme výkon ekonomiky, od ktorého sa odvíja vývoj zamestnanosti a príjmov). Z celkových príjmov sú pre odhad zdrojov zdravotníctva dôležité hlavne mzdy. Preto sa v tomto výhľade vývoja ekonomiky venujeme predovšetkým očakávaným zmenám vo vývoji výkonu ekonomiky (teda ekonomickému rastu/poklesu), zmenám vo vývoji zamestnanosti a miezd.

Už od druhej polovice roka 2011 sa očakávala druhá vlna ekonomickej recesie (za prvú vlnu považujeme pokles ekonomiky v roku 2009). Hoci sa eurozóna už v roku 2012 ocitla v recesii, slovenská ekonomika ďalej rástla (hoci slabo).

Ekonomický pokles sa v SR až do obdobia prípravy tohto výhľadu nedostavil ani v jednom štvrtroku (slabý rast ekonomiky pretrval aj v prvých troch štvrtrokoch 2013). Slovenská ekonomika bola v tomto období odolnejšia voči „druhej vlne krízy“ ako sa pôvodne očakávalo. **Výrazné spomalenie rastu od posledného štvrtroku 2012 bolo dôkazom konca obdobia odolnosti slovenskej ekonomiky voči recesii vo vonkajšom prostredí. Ale v súčasnosti už nepredpokladáme, že by Slovensku v horizonte tohto výhľadu hrozil pokles ekonomiky.**

V priebehu prvých troch štvrtrokov 2013 sa postupne menili prognózované hodnoty ekonomického rastu európskej ekonomiky na roky 2013 a 2014 k trochu nižším číslam. K mierne nižším číslam smerovali aj prognózy rastu slovenskej ekonomiky. Nekonal sa však typické zdramatizovanie, aké sa opakovalo v predchádzajúcich rokoch: V rokoch 2011 aj 2012 sa v vždy v druhom polroku kvôli otrasom v eurozóne uvoľňovali nové výrazné vlny pesimizmu. Jesenné korekcie prognóz relevantných inštitúcií prinášali výrazné zhoršenie očakávaných makroekonomických parametrov.

5) Tieto tvrdenia sa opierajú o analýzu Morvay, K. (2012): Problém nízkej pracovnej náročnosti doterajšieho ekonomického rastu na Slovensku. Nová Ekonomika, III/2012.

Rok 2013 bol iný v tom, že nová vlna pesimizmu sa už nedostavila. Mierny nárast pesimizmu bol ešte čitateľný v prognózach relevantných inštitúcií (MMF, OECD, EC)⁶⁾, išlo však iba o nepodstatné korekcie výhľadov bez nejakej podstatnej zmeny k horšiemu. Jesenné aktualizácie prognóz pôsobia mierne upokojujúco aspoň v tom zmysle, že sú bez obvyklého negatívneho zvratu.

Aj očakávané slabé výsledky ekonomického rastu v eurozóne za rok 2013 sú priaznivejšie ako čísla z roku 2012. **A pre roky 2014 a 2015 sa očakáva mierna akcelerácia rastu (rovnako to predpokladá MMF, EK aj OECD).** Zahraničné predstihové indikátory (ktoré vypovedajú o pravdepodobnom vývoji v blízkej budúcnosti) dosahovali v závere roka 2013 priaznivejšie hodnoty ako v rovnakom období roku 2012 (napr. Index podnikateľskej klímy IFO⁷⁾).

Neprehliadnuteľným domácim determinantom makroekonomického vývoja je proces konsolidácie verejných financií. Známe sú zámery vlády posilňovať tzv. prorastové opatrenia a prípadne po roku 2014 zmeniť spôsob konsolidácie verejných financií. Zrejme ochota realizovať reštriktívnu politiku v blízkej budúcnosti zoslabne a vláda (nielen v SR) bude hľadať možnosti ako podporiť ekonomický rast.

Vonkajšie aj vnútorné determinanty ešte v roku 2013 pôsobili ako dve vzájomne sa dopĺňajúce bariéry ekonomického rastu: Stagnácia v eurozóne limitovala rast vonkajšieho dopytu, domáca konsolidačná fiškálna politika oslabovala domáci dopyt. Možno však predpokladať, že ich vzájomne sa dopĺňajúce reštriktívne pôsobenie v ďalších dvoch rokoch mierne zoslabne.

VÝVOJ VYBRANÝCH MAKROEKONOMICKÝCH PARAMETROV

Vo vývoji vybraných makroekonomických parametrov očakávame nasledovné tendencie (Tabuľka 7):

- **Rast ekonomiky sa v roku 2013 výrazne spomalil** – to je zrejme už z dát za prvé tri štvrtroky. Odhadujeme, že ani vývoj vo zvyšnej časti roka 2013 už nebol nepriaznivejší ako bol v prvých troch štvrtrokoch (hoci sa ešte nemožno oprieť o údaje). To by znamenalo, že tempo medziročnej zmeny reálneho HDP v ročnom priemere zostalo výrazne nad nulou, ale pravdepodobne pod hranicou 1 %.

TABUĽKA 7: VYBRANÉ MAKROEKONOMICKÉ PARAMETRE

	2012s	2013p	2014p	2015p	2016p
HDP v mld. € v bežných cenách	71,5	73,1	76,3	79,6	84,1
Reálna medziročná zmena HDP v %	2,0	0,8	2,3	3,0	3,6
Medziročná zmena priemernej mzdy v %	2,4	2,4	3,3	4,0	4,8
Zamestnanosť v tisícoch osôb (podľa výberového zisťovania)	2 329,0	2 320,0	2 326,0	2 346,0	2 369,5
Miera nezamestnanosti v % (podľa výberového zisťovania)	14,0	14,3	14,0	13,3	12,6

s – skutočnosť, p – prognóza

Zdroj: Skutočnosť podľa ŠÚ SR; prognózy podľa HPI

6) K tomu porovnaj napr. komentáre analytikov Menového úseku NBS z júla a novembra 2013, dostupné na: http://www.nbs.sk/_img/Documents/_komentare/2013/54_Flash_IMF_07_2013.pdf
http://www.nbs.sk/_img/Documents/_komentare/2013/97_Flash_EC_autumn_2013.pdf

7) <http://www.cesifo-group.de/ifoHome/facts/Survey-Results/Business-Climate/Geschaeftsklima-Archiv/2013/Geschaeftsklima-20131218.html>

V rokoch 2014 až 2016 už očakávame tempo ekonomického rastu v intervale 2,3 až 3,6 %.

- **Miera inflácie bude v roku 2013 pravdepodobne výrazne nižšia ako v predchádzajúcom roku.** Dôvodom je tak absencia významnejších úprav regulovaných cien či nepriamych daní, ako aj naďalej relatívne slabý vnútorný dopyt. V ďalších rokoch sa miera inflácie môže veľmi mierne zvýšiť. Proti jej prudšiemu zvýšeniu bude pôsobiť stále slabý domáci dopyt aj zjavná neochota vládnej garnitúry povoliť úpravy regulovaných cien energií.
- Ukazovatele trhu práce sú tie, ktoré najvýraznejšie vplyvajú na príjmy systému zdravotníctva (cez odvody). **Slabý ekonomický rast nedokáže bez pomoci zvláštnych nástrojov vygenerovať novú zamestnanosť v citeľnejšom rozsahu.** Už v druhom aj treťom štvrtroku 2013 došlo k miernemu poklesu zamestnanosti (v treťom štvrtroku medziročne o cca 8 tis. osôb). **V rokoch 2014 až 2016 už očakávame mierny rast počtu pracujúcich.**
- **Je pravdepodobné, že miera nezamestnanosti v roku 2014 môže nevýrazne poklesnúť.** Je však zaujímavé, že vďaka “korekcii” starších údajov o zamestnanosti nevyzerá aktuálny vývoj až tak nepriaznivo, ako sa očakávalo skôr. (Presnejšie, metodickou úpravou vykonanou Štatistickým úradom SR sa počet zamestnaných v roku 2011 znížil o viac ako 30 tis. osôb, čo vytvorilo nižšiu východiskovú bázu a súčasný vývoj nepôsobí až tak dramaticky).



ZHRNUTIE:

- **Od roku 2014 možno počítať s opätovným postupným zrýchlením rastu ekonomiky. Pretrvávajúce limitujúce faktory bránia tomu, aby sa ekonomický rast naplno premietal v raste zdrojov zdravotníctva.**
- **Rast ekonomiky je iba slabo previazaný so zlepšovaním tých parametrov trhu práce a príjmov, od ktorých závisí formovanie zdrojov v zdravotníctve.**
- **Prebieha taká zmena štruktúry príjmov, ktorá oslabuje dynamiku zdrojov zdravotných poisťovní. Mzdy, ktoré tvorili dosiaľ podstatnú bázu pre platenie poistného, majú stále menšiu váhu v štruktúre príjmov.**

KAPITOLA 2

OČAKÁVANÉ PRÍJMY A VÝDAVKY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA

Kapitola prináša výhľad vývoja zdrojov zdravotníctva a výhľad vývoja zdravotných výdavkov. V závere kapitoly sa pozastavíme pri probléme vykazovania a interpretácie niektorých dôležitých dát. V tejto kapitole sa teda budeme venovať hlavne nasledovnej otázke:

- **Aké možno očakávať zdroje zdravotníctva a ako by sa mohli vyvíjať zdravotné výdavky?**

Vzhľadom na to, že kvalitu a dostupnosť dát o verejných a súkromných zdrojoch vnímame ako značne diferencovanú, venujeme sa verejným a súkromným zdrojom (a výdavkom) separátne. Najprv sa venujeme verejným príjmom a výdavkom, následne súkromným. Dáta o verejných zdrojoch či výdavkoch sú dostupnejšie, podrobnejšie, aktuálnejšie aj metodicky lepšie vyjasnené. So súkromnými zdrojmi sa spája viac otáznikov, pracujeme s nimi preto oddelene. Možno ich sledovať podľa rôznych metodík, v rôznej šírke a s rôznou úrovňou presnosti.

2.1 VEREJNÉ PRÍJMY A VEREJNÉ VÝDAVKY V ZDRAVOTNÍCTVE

Aktuálne prebiehajúci pokles zamestnanosti pri nízkom tempe rastu priemernej nominálnej mzdy (Tabuľka 1) bude mať významný obmedzujúci vplyv na objem príjmov zdravotných poisťovní v roku 2013. Lepšia perspektíva sa viaže k rokom 2014 až 2016.

V najbližších rokoch už neočakávame významnú zmenu odvodovej legislatívy a rast príjmov ZP by mal byť ťahaný skôr postupným zlepšením vývoja parametrov trhu práce. Po tom, ako boli v rokoch 2012 a 2013 zdroje ZP „nafúknuté“ neštandardnými faktormi (mimoriadny objem RZZP štátu, presun rezervy zo štátneho rozpočtu na krytie zvýšených miezd, rozšírenie bázy pre platenie odvodov), v ďalších rokoch budú takéto dodatočné toky pravdepodobne chýbať. **Nepredpokladáme zvýšenie sadzby poistného za poistencov štátu.** Tak na základe navrhovaného verejného rozpočtu ako aj kvôli uplatneniu princípu opatrnosti nepočítame s rastom sadzby odvodov za poistencov štátu, hoci je aj predstaviteľmi vládnej garnitúry označovaná za nízku. Proces prijímania rozpočtu v závere roka 2013 však ukázal, že aj túto „nízku“ sadzbu bolo potrebné ubrániť; vládou schválený *Návrh rozpočtu verejnej správy* prinášal pokles tejto sadzby pod hranicu 4 %, až na pôde NR SR sa objemy platieb vrátili na objem, ktorý zodpovedá 4-percentnej sadzbe.

Tabuľka 2 zhrňuje perspektívu výberu prostriedkov do systému zdravotníctva do roku 2016. **Pozoruhodné je, že môže nastať pokles podielu verejných výdavkov na HDP** (posledný riadok Tabuľky 8). Ak sa totiž zrýchli ekonomický rast (čo od roku 2014 očakávame), parametre trhu práce na túto pozitívnu zmenu zareagujú s omeškaním (čo je bežná vlastnosť parametrov trhu práce). Tým bude oneskorená aj reakcia odvodov. Ak navyše nepočítame s pokračovaním takých mimoriadnych vplyvov, aké pôsobili v rokoch 2012 a 2013 a pritom podľa MF SR poklesnú zdroje získané z prostriedkov EÚ,

je pokles podielu verejných zdrojov na HDP pochopiteľný.

Takto definované zdroje predstavujú štandardný rámec financovania a neobsahujú žiadne neštandardné zdroje príjmov (napr. oddĺženie v objeme 310 mil. € v roku 2011 alebo účelové zvýšenie poistného plateného štátom v objeme 50 mil. €, v druhom polroku 2012). **To neznamena, že by sme takéto neštandardné finančné toky v rokoch 2014 až 2016 mohli celkom vylúčiť, ale v tomto výhľade s nimi nepočítame.**

TABUĽKA 8: VEREJNÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE

	Zdroj východiskových údajov	2012 _s	2013 _o	2014 _p	2015 _p	2016 _p
Príjmy zdravotných poisťovní (v mil. €)	MF SR	3 845	3 904	3952	4 137	4 341
A.1 Daňové príjmy ZP	MF SR	3 819	3 885	3 918	4 102	4 306
A.1.1 Odvody od ekonomicky aktívnych (vrátane RZZP)	MF SR	2 428	2 590	2 710	2 870	3 042
A.1.2 Odvody od poistencov štátu (vrátane RZZP)	MF SR	1 358	1 283	1 204	1 229	1 261
A.2 Nedaňové príjmy ZP a transfery	MF SR	26	19	34	35	35
Kapitola MZ SR (v mil. €)	MF SR	174	125	100	88	80
B.1 Výdavky kapitoly mimo poistného, prostriedkov EÚ a spolufinancovania	MF SR	73	69	71	78	79
B.2 Prostriedky EÚ a spolufinancovanie	MF SR	101	56	29	10	1
VÚC (v mil. €)	Rozpočty VÚC	7	8	9	5	6
Verejné zdroje spolu (A+B+C), mil. €	Vlastný výpočet	4 026	4 037	4 061	4 230	4 427
Verejné zdroje spolu ako % HDP	Vlastný výpočet	5,6	5,5	5,3	5,3	5,2

Poznámky:

Príjmy zdravotných poisťovní neobsahujú položku finančné operácie. Podľa MF SR by táto položka mala v rokoch 2014 až 2016 dosiahnuť 350 mil. € ročne a mala by vzniknúť ako hotovostný prebytok z hospodárenia zdravotných poisťovní. Vzhľadom k tomu, že nám nie je jasný výpočet a ani zdroj týchto príjmov, od tejto položky abstrahujeme.

Pri daňových príjmoch ZP uvádzame len ich vybrané (ale najdôležitejšie) segmenty, preto súčet komponentov sa nerovná uvedeným celkovým daňovým príjmom.

s – skutočnosť, o – odhad, p – prognóza, RZZP – ročné zúčtovanie zdravotného poistenia

Zdroj: skutočnosť podľa MF SR a rozpočtov VÚC; prognózy podľa HPI, MF SR a rozpočtov VÚC



PROBLEMATICKÁ PLATBA ŠTÁTU

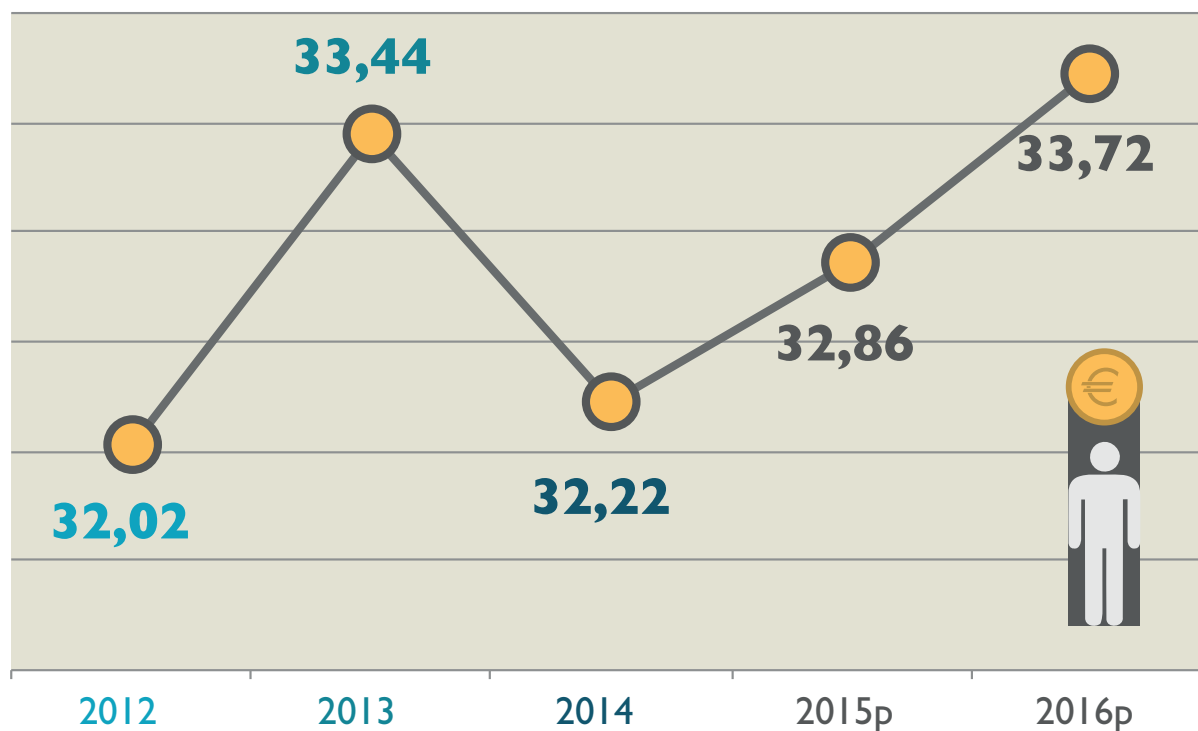
V čase finálnych úprav tohto textu bol prezentovaný aktualizovaný *Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2014 až 2016* (zo 14. októbra 2013), ktorý počítal s nižším objemom poistného plateného štátom. Napríklad augustová verzia *Návrhu rozpočtu verejnej správy*, s ktorou sme prvotne pracovali pri príprave tejto analýzy, počítala s poistným za poistencov štátu v roku 2014 vo výške 1 205 mil. eur, verzia *Návrhu* zo 14. 10. 2013 už uvádzala hodnotu 1 152 mil. eur. Nešlo o zanedbateľný rozdiel a stojí za povšimnutie, že po dlhom čase by sadzba poistného plateného štátom klesla pod 4 %. Rozpočet bol nakoniec schválený v NR SR s tým, že sa objem platieb štátu vrátil späť na tú úroveň, na ktorej bola v staršej verzii *Návrhu rozpočtu verejnej správy* (teda späť k dátam, s ktorými sme pôvodne pracovali). Je dôležité si všimnúť, že **vláda po prvýkrát po mnohých rokoch skúsila „podliezť“ hranicu 4 % pri sadzbe poistného plateného štátom**. Pritom táto sadzba predstavovala doteraz akési nespochybniteľné minimum (ide pritom aj o sadzbu definovanú zákonom). Sadzba platieb štátu tak bola znovu predmetom politického boja.

Nie inak tomu bude aj v ďalších rokoch. Rozpočet verejnej správy počíta v rokoch 2015 a 2016 so zdrojmi zodpovedajúcimi sadzbe pod 4 %. Považujeme však za nepravdepodobné, že s blížiacimi sa parlamentnými voľbami bude existovať skutočná vôľa vlády znížiť platbu štátu do zdravotníctva.

LIEKY POKLESNÚ, „VÍTAZOM“ NEMOCNICE

Významným javom vo vývoji výdavkov zdravotných poisťovní je zníženie objemu výdavkov na lieky (v Tabuľke 9 ide o položku „výdavky na lekárenskú zdravotnú starostlivosť“). Už v rokoch 2011 a 2012 bol zaznamenaný pokles výdavkov na lieky, zrejme ešte pretrvá podobná tendencia aspoň v krátkodobom horizonte. Predpokladáme, že ešte minimálne v roku 2013 by mohlo ísť aj o významnejší absolútny pokles objemu tejto položky. Následne (cca od 2015) by nemuselo ísť o absolútny pokles, postupne pôjde skôr o klesanie podielu tejto kategórie na celkových výdavkoch.

GRAF 4: POISTNÉ PLATENÉ ŠTÁTOM (NA 1 POISTENCA V EURÁCH ZA MESIAC)



Poznámka: počítané z preddavkov, bez RZZP

Zdroj: MF SR

TABUĽKA 9: VEREJNÉ VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

	Zdroj východiskových údajov	2012 _s	2013 _o	2014 _p	2015 _p	2016 _p
A. Výdavky verejného zdravotného poistenia (v mil. €)	ÚDZS	3 737	3 810	3 902	4 063	4 251
A.1 Úhrady na zdravotnú starostlivosť	ÚDZS	3 504	3 633	3 718	3 873	4 053
A.1.1 Výdavky na lekárenskú zdravotnú starostlivosť	ÚDZS	1 048	1 028	1 026	1 047	1 105
A.1.2 Výdavky na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane A-liekov), v tom:	ÚDZS	1 337	1 375	1 395	455	1 500
Všeobecná ZS	ÚDZS	264	282	287	304	314
Špecializovaná ZS	ÚDZS	479	482	485	497	512
Stomatologické služby	ÚDZS	122	126	131	138	143
Iná ZS (vrátane SVLZ)	ÚDZS	471	485	492	516	531
A.1.3 Výdavky na ústavnú zdravotnú starostlivosť, v tom:	ÚDZS	1 082	1 190	1 257	1 330	1 407
Všeobecná nemocničná starostlivosť	ÚDZS	884	977	1 027	1 089	1 151
Špecializovaná nemocničná starostlivosť	ÚDZS	160	173	188	198	210
Služby medicínskych centier a pôrodníc	ÚDZS	4	5	5	6	6
Služby opatrovateľských domovov a zariadení	ÚDZS	33	35	37	37	40
A.1.4 Cudzinci, bezdomovci, EÚ	ÚDZS	38	40	40	41	41
A.2 Ostatné výdavky zdravotných poisťovní *	ÚDZS	233	177	184	190	198
B. Verejné výdavky mimo zdravotných poisťovní (MZ SR, VÚC), v mil. €	MF SR	181	133	109	93	86
Verejné výdavky spolu (A+B), v mil. €	Vlastný výpočet	3 918	3 943	4 011	4 156	4 337
Verejné výdavky spolu ako % HDP	Vlastný výpočet	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2

Poznámky: * – Výdavky na prevádzkové činnosti štátnej zdravotnej poisťovne, úhrada za správu verejného zdravotného poistenia, príspevok na činnosť ÚDZS, príspevok na činnosť OS ZZS, príspevok na činnosť NCZI
s – skutočnosť, o – odhad, p – prognóza

Zdroj: skutočnosť podľa ÚDZS a MF SR, rozpočtov VÚC; prognózy podľa HPI, MF SR a rozpočtov VÚC

V najbližšom období sa budú oproti iným rýchlejšie zvyšovať výdavky na ústavnú starostlivosť (prebehne štruktúrna zmena v prospech ústavnej starostlivosti hlavne na úkor liekov). Relatívne výrazný nárast výdavkov – o viac ako 100 mil. eur – na ústavnú starostlivosť v roku 2013 je pokračovaním podobnej tendencie už z roku 2012 (a je v súlade s už zaznamenaným nárastom výdavkov v prvom štvrtroku 2013). Známe sú informácie napr. o tom, že v roku 2013 VŠZP navyšuje jednotkové ceny pre štátne nemocnice (napr. bonus pri vybraných chirurgických hospitalizáciách +100 EUR od apríla 2013 a dokonca +200 EUR od októbra 2013; ako aj prehodnocovanie limitov smerom nahore).

Je tak veľmi pravdepodobné, že zdravotné poisťovne aspoň sčasti pretavia úspory v lekárenskej zdravotnej starostlivosti do vyššej ceny výkonov nemocníc. Zvyšovanie výdavkov na ambulantnú ZS bude zrejme podstatne miernejšie. Napr. z vyjadrení generálneho riaditeľa VŠZP M. Foraia¹⁰⁾ vyplýva skôr opatrnosť pri uzatváraní nových zmlúv so špecializovanými ambulanciami. Z medializovaných zámerov poisťovní vyplýva potreba nových pravidiel zazmluvňovania (napr. kriticky sú vnímané nezmyselne nízke a kumulované, neprehľadné úväzky lekárov). Čitateľný je tak „ťah“ na zvyšovanie výdavkov hlavne na ústavnú zdravotnú starostlivosť, menej na ambulantnú. Štruktúrna zmena vo výdavkoch tak zrejme prebehne v prospech nemocníc (hlavne všeobecných nemocníc) a v neprospech výdavkov na lieky.

VŠZP NAĎALEJ „TLAČÍ“ CENY NAHOR

V cenotvorbe nastáva zvláštna situácia. Najväčší hráč na poisťovnom trhu „tlačí“ ceny nahor (napr. bonifikáciou⁸⁾ operačných výkonov v snahe motivovať k vyššej miere operovanosti a k obmedzeniu čakacích listín na operácie). Pritom sa netají zámerom motivovať poskytovateľov a ostatné (súkromné) poisťovne k podobnému zvýšeniu cien⁹⁾. Tým štátna poisťovňa v pozícii market makera a ťahúňa cien pôsobí aj ako donor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ocituje sa v dvojzloženej pozícii: má byť podporovateľom svojich poistencov a zároveň podporovateľom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (akýmsi stabilizátorom sektora). Takáto pozícia však nemá ekonomické opodstatnenie, racionálne by totiž bolo, ak by VŠZP ako market maker mala najnižšie ceny, ako výsledok svojej ekonomickej sily a získavania zľavy za veľký objem zákazky u poskytovateľov. Namiesto toho sa stavia do pozície podporovateľa poskytovateľov a svojou agresívnou (a predraženou) nákupnou politikou vytvára tlak na takúto neohospodárnosť aj u ostatných zdravotných poisťovní.

8) Operačné výkony boli od apríla 2013 Všeobecnou zdravotnou poisťovňou bonifikované sumou 100 eur navyše, od októbra sa uplatňovala ďalšia bonifikácia o dodatočných 100 eur. Je o súčasť snaženia o skrátenie čakania na plánované operačné výkony.

9) K tomu napr.: <http://www.ta3.com/clanok/1026950/host-v-studiu-m-forai-o-odmenovani-nemocnic-vszip.html> alebo: <http://www.teraz.sk/zdravie/forai-vszip-rozhovor/58956-clanok.html>

10) Napr.: „Pripravujeme sa skôr na riešenie špecializovanej ambulantnej starostlivosti, vládou stanovenú minimálnu sieť má VŠZP prekročiť asi na 205 percent. Netvrdíme, že optimálna sieť je na úrovni minimálnej, ale myslíme si, že súčasné zazmluvnenie neodráža skutočnú potrebu.“ Zdroj: TASR, 22. 9. 2013. Dostupné na: <http://www.teraz.sk/zdravie/forai-vszip-rozhovor/58956-clanok.html>

2.2 SÚKROMNÉ VÝDAVKY V ZDRAVOTNÍCTVE

Pri vykazovaní súkromných zdrojov/výdavkov sa ponúkajú tri možnosti:

A) Pri najužšom chápaní pracujeme s údajmi z rodinných účtov. Takýto údaj odráža, aký objem zdrojov deklarujú samotné domácnosti v tzv. peňažných denníkoch. Ide tu o úzke vymedzenie súkromných zdrojov, zato však najlepšie podložené, s možnosťou sledovania štruktúry týchto výdavkov (najnižšia, zato však „najspoľahlivejšia“ a najlepšie interpretovateľná hodnota výdavkov).

B) Podstatne väčšie hodnoty priamych platieb domácností získame, ak použijeme metodiku národných účtov. Tá rodinné účty chápe iba ako jeden zo vstupov, ďalším vstupom je štatistika spotreby podľa štandardu COICOP a objem výdavkov sa dopĺňa makroekonomickým bilancovaním zdrojov a ich použitia. Problémom je veľmi ťažká interpretácia približne polovice hodnoty takto vyjadreného objemu výdavkov domácností. (Zjednodušene: ak je na makroúrovni väčší objem použitia ako je objem zdrojov, rozdiel sa pripíše sektoru

domácností. Je však ťažké vysvetliť vecný obsah tohto rozdielu.)

C) Tretie, najširšie vymedzenie súkromných výdavkov berie do úvahy okrem výdavkov domácností aj výdavky neziskových inštitúcií a výdavky podnikov (mimo zdravotných poisťovní). Ide o najkomplexnejší prístup k súkromným výdavkom. Viazne sa však k nemu aj najviac otázok či možných pochybností (problém „zdola vyskladať“ hodnotu získanú makroekonomickým bilancovaním, problém vysvetliť obsah značného objemu výdavkov podnikov a pod.). Navyše tieto hodnoty sa publikujú so značným časovým oneskorením. K tomu ešte treba pridať, že publikované údaje za rok 2011 nie sú porovnateľné s údajmi za predchádzajúce roky kvôli metodologickej zmene (v údají za rok 2011 nie sú zahrnuté platby subjektov sídliacich mimo SR, pozri časť 2.3).

Ak potrebujeme „pevne uchopiteľné“ číslo, ktoré možno analyzovať do hĺbky, je vhodné pracovať s údajom z rodinných účtov. Ak potrebujeme odhadnúť akýsi horný limit predstaviteľných zdrojov pri maximálnej komplexnosti (ale aj s maximálnym rizikom nepresnosti), hodí sa údaj z národných účtov (výdavky súkromného sektoru spolu). Rozdiely v hodnotách sú zobrazené v Tabuľkách 10 až 12.

TABUĽKA 10: POROVNANIE PRÍSTUPOV K SÚKROMNÝM VÝDAVKOM

	2012s/o	2013o	2014p	2015p	2016p
Najužšie chápanie: Peňažné výdavky domácností na zdravie (metodika rodinných účtov, v mil. €)	652 (s)	657	680	723	758
Širšie chápanie: Priame výdavky súkromných domácností (metodika národných účtov, hodnoty z rodinných účtov sú tu jeden zo vstupov, v mil. €)	1 630 (o)	1 636	1 677	1 795	1 885
Najširšie chápanie: Výdavky súkromného sektora (metodika národných účtov; „B“ + výdavky neziskových inštitúcií a podnikov, v mil. €)	2 240 (o)	2 249	2 310	2 450	2 570

A

B

C

s – skutočnosť, p – prognóza, o – odhad

Zdroj: Skutočnosť podľa ŠÚ SR; odhady a prognózy podľa HPI



2.3 ÚDAJE A INTERPRETAČNÉ PROBLÉMY S NIMI SPOJENÉ

Práve skutočnosť, že súkromné výdavky sú vykazované v rôznych dokumentoch podľa rozličných metodík, spôsobuje interpretačné problémy.

OECD, Eurostat aj ŠÚ SR v databáze Slovstat vo svojich databázach zdravotných výdavkov uvádzajú súkromné výdavky podľa najširšieho chápania „C“ uvedeného v predchádzajúcej časti (Tabuľka 12 a 13). Súkromné výdavky teda nie sú len výdavkami domácností, ale aj výdavkami

neziskových inštitúcií a podnikov. Výsledkom je najširšie vymedzenie celkových výdavkov na zdravotníctvo (v SR na úrovni 9 % HDP v roku 2010). Keďže takto získaný údaj je výsledkom zložitých procedúr bilancovania, definitívne údaje sú v súčasnosti publikované iba za rok 2011. A v údajoch za rok 2011 sa odzrkadľuje metodická zmena, ktorá ešte skomplikovala interpretáciu údajov. Zo súkromných výdavkov boli vylúčené výdavky tzv. nerezidentov (subjektov so sídlom mimo SR). Preto boli zdravotné výdavky za rok 2011 vykázané len na úrovni 7,9 % HDP (údaj neporovnateľný s predchádzajúcimi, pozri v Tabuľke 10). Takáto korekcia znamená, že je vykázaný objem súkromných výdavkov realizovaný domácimi subjektmi. Nezistíme však z toho, aké boli celkové výdavky na zdravotníctvo v SR (bez ohľadu na „národnosť“ platcu). Významne to komplikuje analýzu výdavkov na zdravotníctvo.

**TABUĽKA 11: OBJEM PEŇAŽNÝCH VÝDAVKOV DOMÁCNOSTÍ NA ZDRAVIE
(METODIKA RODINNÝCH ÚČTOV)**

	2012 _s	2013 _o	2014 _p	2015 _p	2016 _p
Peňažné výdavky domácností na zdravie (v mil. €), v tom:	652	657	680	723	758
Zdravotnícke a farmaceutické výrobky a terapeutické prístroje	476	485	495	524	542
Zdravotnícke služby poskytované mimo nemocníc	151	146	157	171	186
Nemocničné služby	26	26	28	28	30

s – skutočnosť, o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Skutočnosť podľa ŠÚ SR; prognózy podľa HPI

**TABUĽKA 12: ÚDAJE O VÝDAVKOCH SÚKROMNÉHO SEKTORA V NAJŠIRŠOM
CHÁPANÍ (ZA 2010)**

	2010
Výdavky súkromného sektora spolu (mil. €), v tom:	2 105
Priame výdavky súkromných domácností	1 533
Neziskové inštitúcie	102
Podniky (iné ako zdravotné poisťovne)	470

Zdroj: ŠÚ SR, databáza Slovstat

**ZHRNUTIE:**

- Podiel verejných zdrojov zdravotníctva (% z HDP) bude v strednodobom horizonte pravdepodobne klesať z 5,6 % na 5,2 % z HDP. Ak aj dôjde k oživeniu ekonomiky, trh práce (a tým aj odvody!) zareagujú s oneskorením.
- Verejné zdroje by mohli do roku 2016 stúpnuť k hodnote okolo 4 375 mil. eur (z úrovne okolo 4 026 mil. eur v roku 2012).
- V rovnakom období by sa súkromné zdroje (pri najširšom chápaní) mohli dostať k úrovni 2 570 mil. eur (z odhadovaných 2 240 mil. eur v roku 2012). To znamená vyššiu dynamiku súkromných zdrojov ako verejných.
- „Vít'azmi“ pri distribúcii zdravotných výdavkov budú zrejme nemocnice (hlavne na úkor výdavkov na lieky).
- VŠZP naďalej „tlačí“ ceny smerom nahor.

TABUĽKA 13: VYKAZOVANIE ZDRAVOTNÝCH VÝDAVKOV PODĽA DATABÁZY OECD

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verejné výdavky mil. eur	2 761,2	3 185,7	3 633,1	3 775,2	3 820,1	3 892,8
Verejné výdavky % HDP	5,0	5,2	5,4	6,0	5,8	5,6
Súkromné výdavky mil. eur	1 280,1	1 579,9	1 728,2	1 971,7	2 104,8	1 595,5*
Súkromné výdavky % HDP	2,3	2,6	2,6	3,1	3,2	2,3*
Celkové výdavky mil. eur	4 041,3	4 765,6	5 361,3	5 746,9	5 924,9	5 488,3*
Celkové výdavky % HDP	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0	7,9*

* Metodická zmena. Údaj nie je porovnateľný s predchádzajúcim

Zdroj: OECD Health Data

KAPITOLA 3

INVESTIČNÁ MEDZERA

Cieľom tejto kapitoly je stručné zhrnutie súčasného skutkového stavu v organizácii a hospodárenia nemocníc. Následne zhodnotiť, či a v akej miere zaostávali kapitálové toky do zdravotníctva v SR za kapitálovými tokmi v iných krajinách. Predpokladáme, že v sektore zdravotníctva existuje „investičná medzera“ medzi Slovenskom a inými (hlavne vyspelejšími) ekonomikami. Táto medzera je v rozsahu, v akom ukazovateľ investícií v zdravotníctve SR zaostáva za hodnotami vo vybraných krajinách. Takto zistenú investičnú medzeru budeme testovať oproti metóde, ktorú použilo MZ SR a alternatívnej metóde, ktorú sme postavili na podobnom princípe ako MZ SR, ale s inými parametrami.

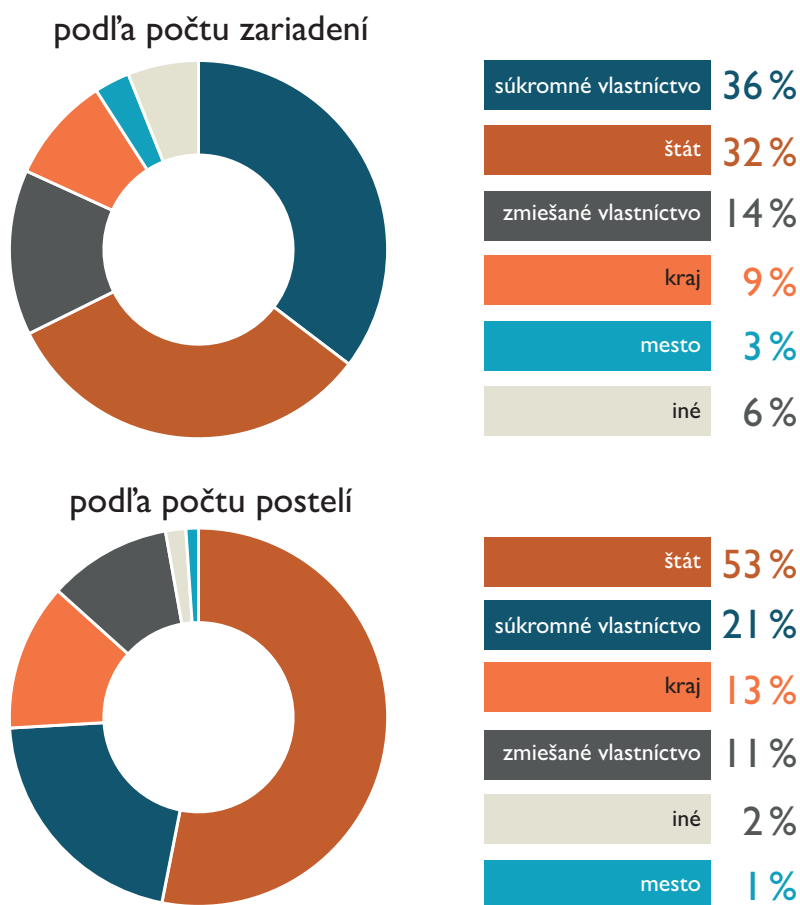
Táto kapitola má dať odpovede na otázky:

1. **Aká je súčasná organizácia a hospodárenie nemocníc?**
2. **Aká je investičná medzera slovenských nemocníc v porovnaní so zahraničím?**
3. **Aké vypočítalo investičnú medzeru nemocníc MZ SR?**
4. **Aký je náš alternatívny výpočet investičnej medzery pri použití nami preferovaných parametrov?**

3.1 STRUČNÝ POHĽAD NA ORGANIZÁCIU A HOSPODÁRENIE NEMOCNÍC

Pre nemocničný sektor na Slovensku sú charakteristické rôzne formy vlastníctva, pričom štát vlastní 32 % podiel nemocníc – je vlastníkom najväčších poskytovateľov nemocničnej zdravotnej starostlivosti, vrátane univerzitných nemocníc, špecializovaných nemocníc (kardioústavy a onkoústavy) ako aj takmer všetkých psychiatrických nemocníc a sanatórií. Tento fakt spolu so 65%-ným podielom štátu na trhu zdravotných poisťovní spôsobuje deformáciu nemocničného trhu cez regulácie v prospech štátnych nemocníc.

Právna forma poskytovateľov nemocničnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku je deregulovaná a teda rôzna. Najväčšie zastúpenie majú neziskové (41) a príspevkové (40) organizácie. V súkromnom vlastníctve sa nenachádzajú žiadne príspevkové organizácie, táto právna forma je vyhradená výlučne štátnym zdravotníckym zariadeniam. Opačným extrémom je právna forma spoločnosti s ručením obmedzeným, kde 86 % nemocníc s touto právnou formou je v súkromnom vlastníctve.

GRAF 5: ROZDELENIE NEMOCNÍC NA SLOVENSKU PODĽA VLASTNÍKA

Zdroj: HPI, 2013

RÁMČEK 2: PRIVILEGOVANÉ POSTAVENIE ŠTÁTNYCH NEMOCNÍC

Potenciálny poskytovateľ nemocničnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku musí zo zákona splniť dve podmienky:

1. získať povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a
2. získať/predložiť licenciu pre odborných zástupcov v tých kategóriách zdravotníckych pracovníkov, v ktorých má prevažne poskytovať zdravotnú starostlivosť.

Povolenie rovnako ako aj licencie sú nárokovateľné v prípade splnenia zákonných požiadaviek (najmä materiálno-technické vybavenie a personál v príslušných kvalifikáciách).

Nemocnice pôsobia na voľnom trhu, kde by mali vzájomne súťažiť o spotrebiteľa a o zmluvu so zdravotnou poisťovňou na základe kvality a ceny. Popri tom existuje koncept minimálnej siete nemocníc, na základe ktorého majú zdravotné poisťovne povinnosť zazmluvniť určitý počet lôžok v jednotlivých špecializáciách a regiónoch.

Celkovo 37 nemocníc je však v rámci tejto súťaže v privilegovanom postavení, 36 z nich je vlastnených štátom. Tieto nemocnice sú taxatívnym vymenovaním súčasťou minimálnej siete, vláda ich považuje za kľúčové pri zabezpečovaní geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Bez ohľadu na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti alebo ekonomickú výkonnosť, či investície musia byť tieto nemocnice zazmluvnené všetkými zdravotnými poisťovňami.

11) Do súkromného vlastníctva HPI zaraďuje aj nemocnice, ktoré sú v dlhodobom prenájme u súkromného vlastníka. Používame širokú definíciu pojmu nemocnica – rozhodujúcim faktorom je existencia zazmluvnených postelí zdravotnou poisťovňou.

TABUĽKA 14: POČTY JEDNOTLIVÝCH TYPOV NEMOCNÍC PODĽA PRÁVNEJ FORMY

	nezisková organizácia	príspevková organizácia	spoločnosť s ručením obmedzeným	akciová spoločnosť	iné	spolu
fakultná nemocnica		8				8
liečebňa	6	6	6	1		19
ozdravovňa	1	2	3			6
špecializovaná nemocnica	5	9	11	5		30
univerzitná nemocnica		3	1			4
všeobecná nemocnica	25	9	7	15		56
hospic	4				3	7
fakultná špecializovaná nemocnica		3				3
spolu	41	40	28	21	3	133

Zdroj: HPI, 2013

TABUĽKA 15: ZASTÚPENIE PRÁVNEJ FORMY PODĽA TYPOV VLASTNÍKOV NEMOCNÍC V %

	nezisková organizácia	príspevková organizácia	spoločnosť s ručením obmedzeným	akciová spoločnosť	iné	spolu
súkromné vlastníctvo	34 %	0 %	86 %	43 %	0 %	8
štát	7 %	80 %	0 %	38 %	0 %	19
zmiešané vlastníctvo (štát, región, mesto)	41 %	0 %	4 %	5 %	0 %	47
krajské nemocnice	7 %	18 %	0 %	10 %	0 %	12
mestské nemocnice	5 %	3 %	4 %	0 %	0 %	43
cirkev	5 %	0 %	7 %	5 %	100 %	4
spolu (počet)	41	40	28	21	3	133

Zdroj: HPI, 2013

ODDLŽOVANIE NEMOCNÍČ PRICHÁDZA KAŽDÉ TRI ROKY

Nemocnice na Slovensku sú závislé od platieb zdravotných poisťovní, viac ako 95 % ich príjmov pochádza z tohto zdroja. Ekonomická situácia nemocníc nie je silná, najmä štátne nemocnice kontinuálne kumulujú straty. Vláda je tak pravidelne nútená k oddlžovaniu nemocníc (približne každé 3-4 roky). Tento faktor prispieva k ďalšej deformácii nemocničného trhu na Slovensku.

Posledné oddlženie štátnych nemocníc vládou bolo realizované v roku 2011 vo výške 310 mil. eur. Vďaka tomu vykázali všeobecné nemocnice v roku 2011 zisk (Tabuľka 17). Podľa odhadu HPI záväzky štátnych a krajských nemocníc po lehote splatnosti dosiahnu do konca roku 2013 úroveň 315 mil. eur, ďalšia vlna oddlžovania tak bude musieť prísť zrejme už v roku 2014.

CENTRÁLNE STANOVENÉ MZDY BERÚ MANAŽÉROM NEMOCNÍČ ICH KľÚČOVÚ KOMPETENCIU

Motivácia štátnych nemocníc k znižovaniu deficitov je veľmi nízka, keďže skúsenosť s pravidelným oddlžovaním deformuje ich správanie a prispieva k nesprávnemu nastaveniu očakávaní manažmentu nemocnice. Ďalšou premennou je fakt, že riaditelia štátnych nemocníc sú priamo vymenovávaní a odvolávaní ministrom zdravotníctva, čo spôsobuje, že ich pozícia je zraniteľná v kontexte politického vývoja.

Štrajk nemocničných lekárov v roku 2011 viedol k prijatiu regulácie ohľadne miezd. Lekári v štátnych ako aj súkromných nemocniciach sú tak dnes odmeňovaní na základe zákona. Tento fakt spôsobuje ďalšiu deformáciu nemocničného prostredia. Manažér nemocnice nemá k dispozícii nástroj odmeňovania lekárov podľa parametrov kvality, prípadne iných parametrov, naopak, lekár má garantovaný príjem bez ohľadu na odvedený pracovný výkon. Súkromný vlastník nemocnice nemôže rozhodovať o mzdových pomeroch v rámci svojho podnikania.



TABUĽKA 16: PREHĽAD ODDLŽENÍ V SLOVENSKOM ZDRAVOTNÍCTVE

rok	prostriedky použité na oddlženie
2000 – 2002	319 mil. € (9,6 miliardy korún)
2004 – 2006	673 mil. € (20,3 miliardy korún)
2009	130 mil. €
2011	310 mil. €

Zdroj: HPI, 2013

TABUĽKA 17: PREHĽAD EKONOMIKY NEMOCNÍČ NA SLOVENSKU: STRATA/ZISK V TIS. EUR, 2008 –2011

typ zariadenia	2008	2009	2010	2011
všeobecné nemocnice	-42 840,40	-75 667,80	-101 730,60	244 828,50
špecializované nemocnice	7 148,90	920,10	1 877,90	5 714,60
sanatóriá	243,10	-85,60	112,50	-67,20

Zdroj: NCZI, 2013

V roku 2012 si navýšenie platov lekárom vyžiadalo 40 mil. eur, druhá vlna navyšovania v roku 2014 si podľa modelu dopadov ministerstva zdravotníctva vyžiada 20 mil. eur. Podobná regulácia platových pomerov u sestier bola ústavným súdom zrušená.¹²⁾

NEMOCNICE SÚ STARÉ, S VEĽKÝM POČTOM BUDOV A S VEĽKÝM POZEMKOM

Technická infraštruktúra nemocníc na Slovensku je zastaraná. Budovy nemocníc sú staré, častokrát v nevyhovujúcom technickom stave. Podľa poslednej komplexnej štúdie stavu slovenských nemocníc z roku 2004 mala priemerná slovenská nemocnica 34,5 roka. Keďže od tej doby neboli vystavané žiadne zásadné nové nemocničné budovy, môžeme povedať, že dnes má priemerná slovenská nemocnica určite viac ako 40 rokov.

V roku 2004 bolo podľa štúdie Hodnotenia nemocníc na Slovensku iba 12 % budov postavených v poslednej dekáde, 41 % zariadení malo 10-30 rokov a 22 % zariadení malo nad

50 rokov. Podľa tejto štúdie, z hľadiska kritéria zastavaných plôch nedosahujú slovenské nemocnice medzinárodné normy. Väčšina nemocníc má veľké plochy pozemkov s početnou skupinou budov roztrúsených po celom území. Všeobecné nemocnice majú v priemere 30 budov na nemocnicu, pričom niektoré zariadenia majú až 81 budov. Zlé rozloženie budov so sebou nesie veľa ďalších pridružených problémov vplývajúcich na kvalitu poskytovanej starostlivosti, bezpečnosť pacientov a ekonomiku nemocnice.



ZHRNUTIE:

- **Slovenské nemocnice sú väčšinou neziskové a príspevkové organizácie.**
- **Sú podkapitalizované a v strate a ak sú štátne (približne 1/4), tak sú zväčša každé tri roky oddlžené.**
- **Typická všeobecná nemocnica na Slovensku má viac ako 40 rokov, má veľký pozemok a na ňom roztrúsených približne 30 budov.**

RÁMČEK 3: RÁZSOCHY



Na Slovensku máme viacero príkladov neúspešného budovania nemocnice z verejných zdrojov. Výstavba nemocnice Rázsochy v Bratislave bola zastavená v roku 1992 a odvtedy bola výdatne využívaná na politický boj, avšak nikdy nie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V júli 2013 vláda definitívne zastavila ďalšie špekulácie svojim rozhodnutím Rázsochy nedostavať.

„Za neefektivitou slovenského zdravotníctva sú o. i. zlé rozhodnutia politikov. Odkladanie riešenia nemocnice na Rázsochách vyvolalo za dvadsať rokov množstvo zbytočných priamych i nepriamych nákladov (konzervácia stavby, opakované audity, neriešenie problémov bratislavského zdravotníctva). Len pri priamych nákladoch ide o desiatky miliónov eur, ktoré sa v zdravotníctve dali použiť určite lepšie.“ (Szalay, 2013)

Spolu so zastavením výstavby Rázsoch bola schválená príprava štúdie budovania novej nemocnice v Bratislave. Hodnota projektu je odhadovaná na 250 mil. EUR, nová nemocnica by mala byť akciovou spoločnosťou a vzniknúť by mala na základe verejno-súkromného partnerstva. Súkromný partner by mal nemocnicu postaviť a neskôr aj prevádzkovať.

Zdroj: HPI

12) Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky, PL. ÚS 13/2012-90

3.2 MAKROEKONOMICKÝ POHĽAD NA KAPITÁLOVÉ VYBAVENIE ZDRAVOTNÍCTVA

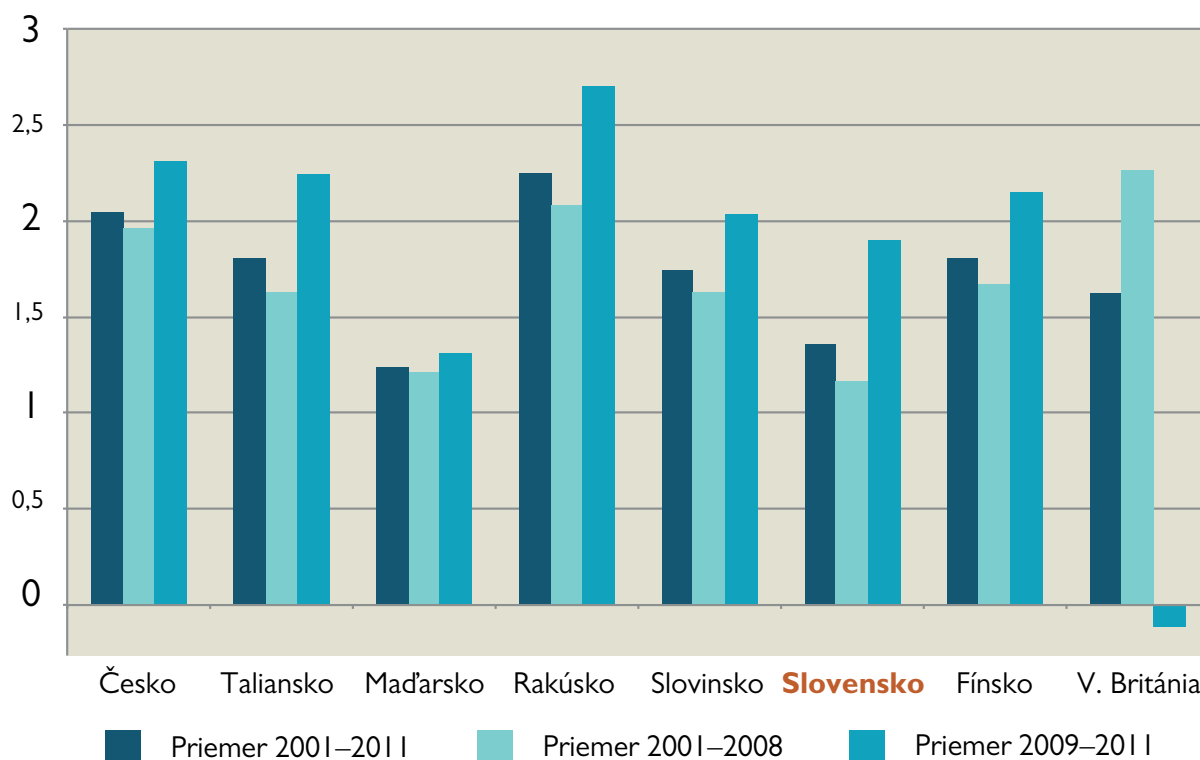
Z dostupných medzinárodných makroekonomických databáz je možné zostrojiť niekoľko ukazovateľov, ktoré môžu poskytnúť aspoň čiastkový pohľad na problém investícií (kapitálu) v sektore zdravotníctva. Nie je dostupné dostatočné množstvo údajov o stave kapitálu, možno však celkom dobre hodnotiť jeho toky (k dispozícii sú údaje o ročných zmenách, chýbajú údaje o naakumulovanom objeme).

Iba za niekoľko krajín EÚ je k dispozícii štatistika tvorby kapitálu v sektore zdravotníctva v databázach Eurostat-u. Použijeme ukazovateľ tvorby hrubého kapitálu (THK) v bežných cenách. Tento ukazovateľ zahŕňa fixný kapitál aj investície

do zásob. Okrem toho pri alternatívnom pohľade využijeme ukazovateľ spotreba fixného kapitálu (odpisy).

Zjavný je nízky podiel sektora zdravotníctva na tvorbe hrubého kapitálu v SR. Z celkovej tvorby kapitálu v období 2001 – 2011 pripadlo na sektor zdravotníctva len necelých 1,4 %. Z vybraného súboru krajín bol nižší podiel zaznamenaný iba v Maďarsku (Graf 6). Je pozoruhodné, ako sa zvýšil (a to vo všetkých krajinách okrem Veľkej Británie) podiel sektora zdravotníctva po roku 2008. V časoch „predkrízových“ je podiel zdravotníctva menší ako v časoch „krízových“. Makroekonomické otrasy totiž v prvom rade prispeli k zníženiu investícií v komerčných sektoroch a tým vzrástol podiel odvetví, ktoré sú späté s verejným sektorom. (Výnimkou je prípad Veľkej Británie s poklesom hrubého kapitálu v závere sledovaného obdobia). Takýto pohľad síce vypovedá o príliš nízkej váhe zdravotníctva na alokácii investícií v SR, nevypovedá však dostatočne o tom, ako je kapitálovo vybavená osoba produkujúca služby v tomto sektore.

GRAF 6: PODIEL SEKTORU ZDRAVOTNÍCTVA NA CELKOVEJ TVORBE HRUBÉHO KAPITÁLU (V %)



Pozn.: počítané z tvorby hrubého kapitálu v bežných cenách

Zdroj: Výpočty HPI podľa údajov Eurostat-u

TABUĽKA 18: TVORBA HRUBÉHO KAPITÁLU V PREPOČTE NA JEDNÉHO ZAMESTNANÉHO V SEKTORE ZDRAVOTNÍCTVA (V TIS. EUR NA OSOBU)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Slovensko	0,66	1,14	0,94	1,10	2,37	2,17	3,21	2,86	2,36	2,17
Česká republika	2,53	3,16	2,41	2,78	2,21	2,61	3,44	3,73	3,65	3,05
Maďarsko	1,21	1,31	1,24	1,30	1,35	1,55	0,97	1,58	1,54	0,89
Slovinsko	4,11	3,10	2,82	3,54	3,43	4,55	5,85	2,91	3,03	n.a.
Rakúsko	4,40	4,86	5,15	4,75	5,28	5,68	6,33	6,24	6,35	6,85
Taliansko	3,99	4,05	4,49	4,76	4,56	4,51	5,88	5,72	5,65	
Fínsko	2,98	2,91	3,12	3,77	3,82	3,90	4,34	3,94	4,07	4,12
Veľká Británia	4,05	3,79	4,79	4,03	5,99	2,68	1,21	-2,32	0,56	-0,71

Zdroj: výpočty HPI podľa údajov Eurostat-u

Jednou z možností vhodného pomerového ukazovateľa je tvorba hrubého kapitálu v prepočte na zamestnaného v sektore. Ukazovateľ vypovedá o tom, koľko kapitálu v danom roku pribudlo v sektore v prepočte na jedného pracujúceho v sektore. Je to možný ukazovateľ kapitálového vybavenia práce (čo je v makroekonómii bežný parameter na posúdenie zmien technologickej úrovne, ako aj potenciálu pre rast, produktivitu či konkurencieschopnosť). Zaostávanie SR je tu zjavné (treba si všimnúť aj rozdiel oproti Česku).

Ak aj nepoznáme východiskový objem kapitálu v jednotlivých krajinách, vieme aspoň to, že v sledovanom období sa zvýraznilo zaostávanie SR v kapitálovom vybavení práce v sektore zdravotníctva. Ešte horšie sa tento parameter vyvíjal v Maďarsku po roku 2006. Extrémny dosahoval vývoj v UK: do roku 2007 išlo o hodnoty mimoriadne vysoké, následne ninoriadne nízke (dokonca sa objavil úbytok kapitálu). Ak je v SR tvorba kapitálu prepočítaná na zamestnanú osobu relatívne malá, znamená to alebo naďalej trvajúcu podkapitalizáciu alebo prezamestnanosť (či kombináciu oboch).

Na jednoduché odhadnutie investičnej medzery medzi SR a ostatnými krajinami použijeme 2 metódy (Tabuľka 19). Prvá z metód vypovedá o vytvorenej medzere v uplynulom období. Použijeme dlhodobjší priemer údajov o tvorbe hrubého kapitálu v prepočte na jedného pracujúceho v sektore (priemery za dlhšie obdobie sa hodia kvôli značnej volatilite tvorby

kapitálu). Zistili sme tak, že v SR bol v prepočte na pracujúceho investičný tok priemerne ročne slabší o 1 136 eur v porovnaní s Českom či o 3 720 eur slabší v porovnaní s Rakúskom (pozri parameter B v Tabuľke 19). Slovenský ukazovateľ je lepší iba pri porovnaní s Maďarskom. Pravda, možno nie je adekvátne porovnávanie investičných tokov s Rakúskom alebo Talianskom (hoci má to svoj význam), ale závery porovnania s Českom sú šokujúce: nami vyjadrená priemerná ročná „investičná medzera“ slovenského zdravotníctva (1 136 eur na hlavu) je takmer taká veľká ako celá priemerná ročná tvorba hrubého kapitálu v SR (1 655 eur na hlavu, riadok A v Tabuľke 19).

Možno položiť otázku, ako veľká by mohla byť „investičná medzera“ pri aktuálnych objemoch tvorby kapitálu. Vyššie uvádzané závery prvej metódy (tá vychádza z rozdielov medzi kapitálovými tokmi v minulosti) vypovedajú o minulých diferenciách, môžu však podceňiť súčasnú potrebu kapitálu. V minulosti boli nominálne objemy tvorby kapitálu menšie, aj diferencie medzi krajinami môžu byť v absolútnom vyjadrení menšie. Preto druhá metóda uvedená v dolnej časti Tabuľky 19 vychádza z podielov (THK na Slovensku / THK v druhej krajine). Zisťujeme tak, že objem THK (v prepočte na pracujúceho) na Slovensku dosahoval v priemere len 59,3 % objemu v Česku alebo len 30,8 % objemu v Rakúsku (parameter D v Tabuľke 19). Ak by sa udržali podobné podiely v súčasnosti či blízkej budúcnosti (t.j. pri posledne nameraných objemoch THK), znamenalo by to priemernú

TABUĽKA 19: ODHAD „INVESTIČNEJ MEDZERY“ (T.J. ROZSAHU, V AKOM INVESTÍCIE V ZDRAVOTNÍCTVE SR ZAOSTÁVAJÚ ZA INVESTÍCIAMI VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH)

	SK	CZ	H	SI	AT	IT	FI	UK	
Metóda 1 – „investičná medzera“ v uplynulom období odvodená z diferencií									
Priemerný ročný objem THK na pracujúceho (2000–2012) (EUR na pracujúceho v sektore)	1 655,4	2 791,7	1 321,1	3 502,5	5 375,7	4 816,2	3 467,0	2 240,5	A
Diferencia medzi SR a príslušnou krajinou v ukazovateli A (EUR na pracujúceho v sektore)		-1 136,3	334,3	-1 847,1	-3 720,3	-3 160,8	-1 811,7	-585,1	B
Priemerná ročná investičná medzera SR voči príslušnej krajine (z ukazovateľa B, v mil. EUR)		110,9	-	180,3	363,1	308,5	176,8	57,1	C
Metóda 2 – „investičná medzera“ odvodená z podielov, pri aktuálnych objemoch THK									
Podiel THK na pracujúceho v SR a v príslušnej krajine (z ukazovateľa A, v %)		59,3	125,3	47,3	30,8	34,4	47,7	73,9	D
Investičná medzera SR voči príslušnej krajine pri aktuálnych objemoch THK (*) (z ukazovateľa D, EUR na pracujúceho v sektore)		1 414,8		1 564,5	4 570,1	4 150,5	2 139,7	(**)	E
Investičná medzera SR voči príslušnej krajine pri aktuálnych objemoch THK (*) (z ukazovateľa E, mil. EUR)		136,5		151,0	441,0	400,5	206,5	(**)	F

(*) „Aktuálne“ objemy sú stanovené ako priemer objemov za posledné dva roky, za ktoré bol údaj dostupný v čase tvorby tejto analýzy. Nepoužívame údaj za jeden posledný rok z dôvodu možnej volatility objemu investícií.

(**) V prípade Veľkej Británie bolo obdobie 2010-2012 poznačené dezinvestičným procesom (ubúdanie hrubého kapitálu). Preto by tento výpočet nemal zmysel.

Skratky krajín: SK – Slovensko, CZ – Česká republika, H – Maďarsko, SI – Slovinsko, D – Nemecko, AT – Rakúsko, IT – Taliansko, FI – Fínsko, UK – Veľká Británia

Zdroj: výpočty HPI podľa údajov Eurostat

ročnú „investičnú medzeru“ voči Česku vo výške až takmer 137 mil. eur a voči Rakúsku vo výške približne 441 mil. eur. Tieto hodnoty nehovoria o tom, aká je investičná potreba v SR (to odhaduje iná časť tejto publikácie), ale hovoria o tom, o koľko by mal byť investičný tok ročne väčší, aby sa nezáväčovala medzera medzi SR a inými krajinami. Vieme tak odhadnúť, že zväčšenie prílevu kapitálu o cca 137 mil. eur ročne by mohlo znamenať „nezväčšovanie investičnej medzery“ voči Česku. Ale môžeme intuitívne predpokladať, že skutočná investičná potreba presahuje túto hodnotu. „Nezáväčšovanie medzery“ zrejme nie je cieľovým stavom. Tomu sa však venujeme na inom mieste a inými metódami.

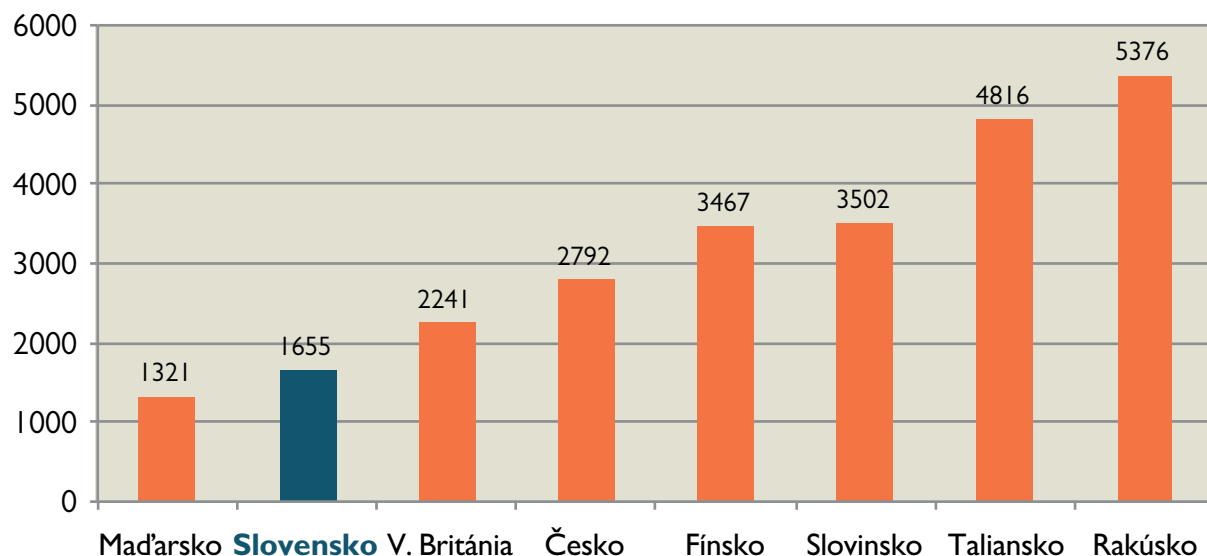
Pravdaže, vyššie uvedené čísla nemožno brať striktnie. Je to výsledok ovplyvnený výrazným zjednodušením, výsledné čísla treba chápať ako orientačné. Napríklad údaje o THK podliehajú značným výkyvom, stačí inak zvoliť sledované obdobie a výsledky tým budú ovplyvnené. Každopádne však aj takéto orientačné výsledky dokazujú, že slovenský sektor zdravotníctva značne zaostával v zlepšovaní kapitálového vybavenia práce. A nezaostával len za najvyspelejšími ekonomikami (Rakúsko, Fínsko či Taliansko), ale aj za Českom či Slovinskom.

Interpretácia Tabuľky 19 (na príklade SK a CZ): Na Slovensku v období 2000 – 2012 ročne pribudlo do sektora zdravotníctva 1 655,4 eur hrubého kapitálu v prepočte na jedného zamestnaného. V Česku to bolo 2 791,7 eur. Priemerne tak v Česku pribudlo o 1 136,3 eur kapitálu na hlavu viac ako na Slovensku – v tomto rozsahu má Slovensko akýsi „investičný deficit“ alebo „investičnú medzeru“ prepočítanú na jedného zamestnaného v sektore. Ak zoberieme do úvahy počet zamestnaných v sektore zdravotníctva SR, vychádza celkový objem tejto investičnej medzery na 110,9 mil. eur ročne. O toľko v priemere mali byť v sledovanom období ročné investície v SR vyššie, aby sa aspoň nezáväčoval rozdiel v úrovni kapitálového vybavenia práce medzi zdravotníctvom v Česku a na Slovensku. To je pohľad do minulosti.

Objem kapitálového toku v prepočte na zamestnanca v SR v tomto období dosahoval iba 59,3 % objemu v ČR. Ak by mala podobná proporcia zotrvávať v súčasnosti a blízkej budúcnosti, pri aktuálnych objemoch investičných tokov by to znamenalo investičnú medzeru

1414,8 eur na zamestnaného v sektore, čo je celkovo 136,5 mil. eur ročne. Ak by sa teda zaostávanie SR v úrovni kapitálového vybavenia práce za Českom nemalo zväčšovať, mal by byť ročný prílev kapitálu do sektora v SR o cca 136,5 mil. eur vyšší.

Predchádzajúci pohľad možno doplniť vyjadrením odpisov na jedného zamestnaného v sektore. Tak získame predstavu o objeme kapitálu, ktorý bol nadobudnutý v minulosti a je ešte vo fáze odpisovania. Aj z tohto porovnania vychádza zdravotníctvo SR ako sektor s relatívne nízkym kapitálovým vybavením práce (hoci zaostávanie napr. za Českom tu už nie je také výrazné ako pri predchádzajúcom porovnaní).

GRAF 7: TVORBA HRUBÉHO KAPITÁLU V SEKTORE ZDRAVOTNÍCTVA V PREPOČTE NA PRACUJÚCEHO V SEKTORE (V EUR NA OSOBU)

Pozn.: počítané z tvorby hrubého kapitálu v bežných cenách a celkovej zamestnanosti vrátane samozamestnaných

Zdroj: Výpočty HPI podľa údajov Eurostat-u

TABUĽKA 20: ODPISY (SPOTREBA FIXNÉHO KAPITÁLU) V PREPOČTE NA JEDNU ZAMESTNANÚ OSOBU V SEKTORE ZDRAVOTNÍCTVA (TIS. EUR NA OSOBU)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Slovensko	1,26	1,39	1,20	1,35	1,46	0,92	2,02	1,90	2,01	2,17
Česká republika	1,29	1,39	1,44	1,62	1,65	1,75	1,80	1,89	2,04	3,05
Maďarsko	0,96	1,00	1,06	1,03	1,15	0,89	1,12	1,11	1,05	0,89
Slovinsko	2,07	2,15	2,19	2,16	2,34	2,44	2,56	2,78	2,91	n.a.
Rakúsko	3,62	3,67	3,74	3,80	3,83	3,96	3,98	4,13	4,29	6,85
Taliansko	2,91	3,04	3,18	3,37	3,54	3,65	3,90	4,00	4,20	
Fínsko	2,25	2,33	2,44	2,60	2,85	3,00	2,98	2,97	3,02	4,12
Veľká Británia	1,76	1,87	2,13	2,52	2,87	2,43	2,47	2,55	2,39	-0,71

Zdroj: výpočty HPI podľa údajov Eurostat-u



3.3 AKO INVESTIČNÚ POTREBU VYPOČÍTALO MZ SR?

Ministerstvo zdravotníctva predpokladá investičnú potrebu nemocníc v dnešných cenách vo výške 3,94 mld. eur¹³⁾. K vyčísleniu investičnej potreby došlo nasledujúcim spôsobom: identifikáciou potreby akútnych postelí, pre násobením požadovanou rozlohou (v m²) na 1 posteľ a pre násobením sumou potrebnou na výstavbu jedného m². **Ročná investičná potreba tak podľa MZ SR dosahuje 197 mil. eur.**

Jednotlivé položky vo vzorci MZ SR vyčíslilo nasledovne (Schéma 3):

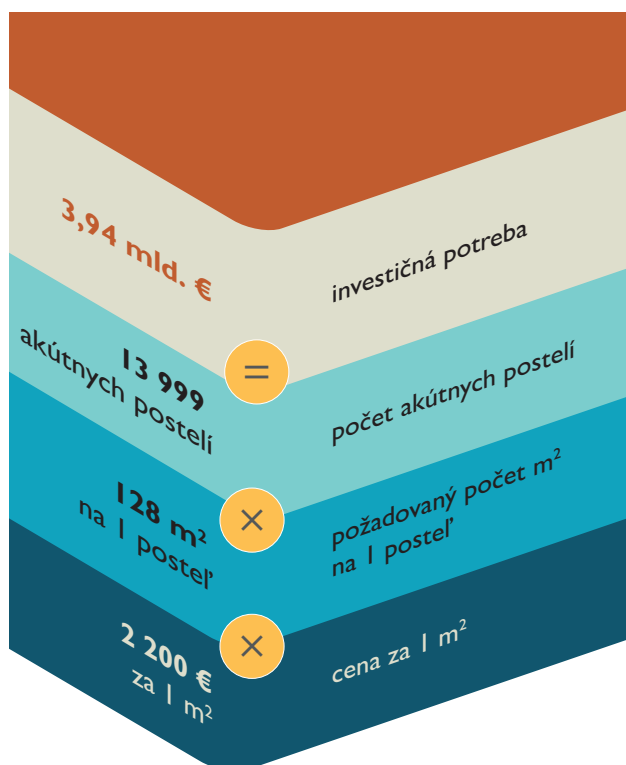
- **13 999 akútnych postelí:** v súčasnosti sa na Slovensku vykoná 1 011 045 operácií ročne. Ak sa chce Slovensko dostať na priemer OECD (v prepočte na 1 obyvateľa) musí zredukovať ročný počet hospitalizácií o 21,9 %. To chce dosiahnuť najmä zintenzívnením poskytovania jednotňovej starostlivosti.

Cieľový počet hospitalizácií je teda 789 658 ročne. Zámerom MZ SR je aby jedna hospitalizácia trvala v priemere 5 dní. Potrebných je teda 3 948 290 lôžkodní za rok ($789\,658 \times 5$). V prepočte na jeden deň to znamená potrebu 10 817 postelí. MZ SR počíta s obložnosťou postelí vo výške 85 %. Dostávame teda potrebu 12 726 postelí ($10\,817,23 / 0,85$). MZ SR počíta ešte s 10 % rezervou, takže číslo 12 726 treba navýšiť o jednu desatinu, čím sa dostávame k výslednej potrebe 13 999 akútnych postelí.

- **128 m² na 1 posteľ:** MZ SR používa benchmark zahraničných nemocníc.
- **2 200 eur za 1 m²:** MZ SR používa benchmark zahraničných nemocníc. Ako suma za jeden m² je uvedených 2 200 eur, pričom upozorňujú že benchmark zahraničných nemocníc, vrátane výskumnej a vzdelávacej časti je 2 500 eur.

Investičná potreba pre výstavbu akútnych postelí bola teda MZ SR odhadnutá vo výške 3,94 mld. eur. MZ SR berie do úvahy že životnosť nemocnice je 35 rokov, teda priemerná ročná potreba je 112,63 mil. eur.

SCHÉMA 3: VÝPOČET INVESTIČNEJ POTREBY PODĽA MZ SR



Zdroj: MZ SR, 2013

3.3 ALTERNATÍVNY VÝPOČET INVESTIČNEJ POTREBY PODĽA HPI

V našom prepočte investičnej potreby pre modernizáciu nemocníc vyčíslujeme interval, v ktorom by sa finančná investícia mala nachádzať. Pre výpočet používame dáta z rôznych zdrojov, zo skúsenosti podobných krajín aj vyspelejších krajín.

Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR) berie do úvahy len akútne postele. **V našom prepočte berieme do úvahy ako akútne postele tak aj všetky postele spolu.** V SR tvoria akútne postele približne tri štvrtiny všetkých postelí, priemer EÚ27 sú dve tretiny (OECD 2012). Samotný výpočet vychádza zo vzorca, ktorý používa MZ SR, avšak dopĺňujeme do neho nami nájdené a vybrané parametre. Interval investičnej potreby na modernizáciu nemocníc odhadujeme vo výške 2,679 až 8,030 mld. eur.

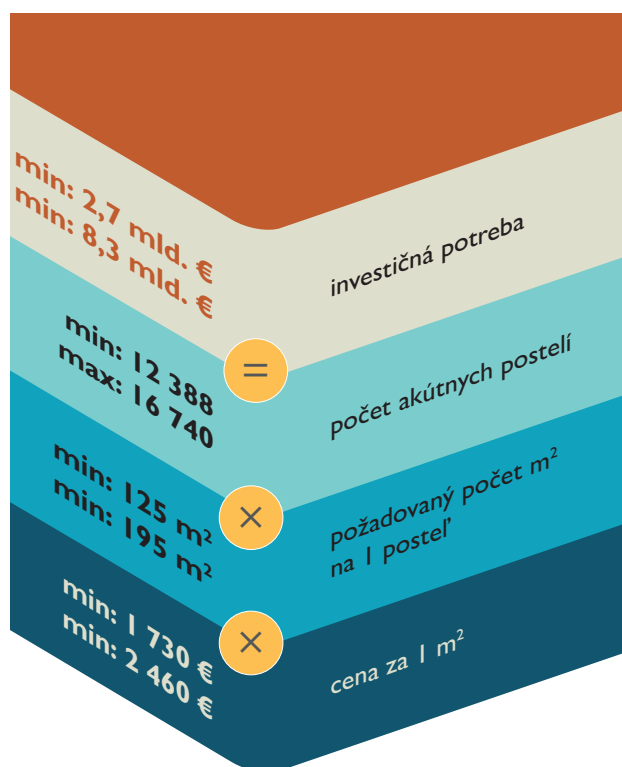
Ak zoberieme do úvahy dobu životnosti nemocnice 20 rokov, ako s ňou počíta aj WHO¹⁴⁾, tak **ročná investičná potreba na modernizáciu nemocníc je minimálne 134 mil. eur** (Schéma 4).

Investičná potreba je teda súčin troch položiek. Odhadnutý počet potrebných postelí sa prenášobí požadovaným počtom štvorcových metrov, ktoré si vyžaduje jedna posteľ a tým získame celkovú potrebnú rozlohu nemocníc. Toto číslo následne prenášobíme cenou za jeden štvorcový meter a tým získame celkovú finančnú potrebu.

Prvým krokom je identifikácia potreby postelí pre slovenské nemocnice. Ak by sme chceli obnoviť všetky postele na úroveň priemeru piatich krajín EÚ27 s najnižším počtom postelí (3,1 postele na 1 000 obyvateľov podľa OECD), tak by sme potrebovali 16 740 nových postelí. Ak prepočet obmedzíme len na akútne postele, tak berúc do úvahy fakt že akútne postelí tvoria na Slovensku 74 % všetkých postelí, potreba vychádza na 12 388 akútnych postelí.



SCHÉMA 4: ALTERNATÍVNY VÝPOČET INVESTIČNEJ POTREBY PODĽA HPI



Zdroj: HPI, 2013

14) http://www.who.int/choice/costs/prog_costs/en/index8.html

Druhým krokom je vyčíslenie plochy v m² požadovaných na jednu posteľ. Naše odhady sa pohybujú v rozmedzí od 125 m² po 195 m² na jednu posteľ. Odhad 125 m² uvádza Ministerstvo zdravotníctva v Spojených arabských emirátoch¹⁵⁾, pričom toto číslo je blízke číslu 128 m² spomínanom v dokumente MZ SR. Spoločnosť KMD Architects zaoberajúca sa aj architektonickými návrhmi nemocníc odhaduje pre modernú nemocnicu potrebu 195 m² na jednu posteľ.^{16), 17)}

Tretím krokom je odhad sumy za výstavbu jedného štvorcového metra. Naše odhady sa pohybujú v intervale od 1 730 eur až po 2 460 eur. K spodnej hranici intervalu sme došli nasledujúcim spôsobom. WHO odhaduje náklady vybudovania jedného m² pre nemocnice v regióne kam patrí aj Slovensko (región EURO B) na 2 533 medzinárodných dolárov z roku 2005.¹⁸⁾ Jeden medzinárodný dolár je menová jednotka, ktorá dokáže kúpiť to isté množstvo tovarov a služieb v každej krajine. Ak by sme zobrali do úvahy len výmenné kurzy, tak 1 americký dolár dnes kúpi viac tovarov a služieb v Číne (po konvertovaní na čínsky jüan) ako v USA, lebo Čína má nižšiu cenovú hladinu. Medzinárodný dolár obchádza tento problém tým, že berie do úvahy rozdielne cenové hladiny v rôznych krajinách. Ak použijeme daný výmenný kurz z roku 2005 medzi medzinárodným dolárom a slovenskou korunou (17,09), tak vybudovanie 1 m² na Slovensku stálo v roku 2005 v priemere 43 280 SKK. Inflácia stavebných prác od roku 2005 do konca roku 2008 bola 15,6 %¹⁹⁾, teda náklady stúpili na 50 032 SKK. Túto sumu prekonvertujeme na eurá konverzným kurzom 30,1260 a dostaneme hodnotu 1 660,8 eura za m². Inflácia stavebných prác od roku 2009 do konca roku 2012 bola 4,2 %²⁰⁾, teda náklady na vybudovanie jednej postele v priemere stúpili na 1 730,5 eur.

Horná hranica intervalu bola vyčíslená nasledujúcim spôsobom. Podľa dokumentu z roku 2012 z dielne Arup Group „The long game – Future hospitals – investing in sustainable healthcare facilities“ je odhadovaná cena jedného štvorcového metra približne 2 000 libier.

V roku 2012 bol priemerný výmenný kurz medzi librou a eurom 1,23 eura za 1 libru. Cena za m² je teda 2 460 eur.

Len pre porovnanie s krajinou na podobnej ekonomickej úrovni, nová moderná nemocnica v Poľsku postavená spoločnosťou Medicover a architektonicky navrhnutá spoločnosťou Arup Group stála v prepočte na štvorcový meter 2 500 eur, čo je mierne nad našou hornou hranicou intervalu. Keďže však nejde len o špecifický prípad a nie o zovšeobecnenie nákladov, uvádzame ho len ako príklad zo susednej krajiny, ktorý môže slúžiť ako odhad nákladov modernej nemocnice.

Všetky prepočty sú zosumarizované v Tabuľke 2 I. Druhý stĺpec zobrazuje výpočet spodnej hranice intervalu investičnej potreby, tretí stĺpec zobrazuje výpočet hornej hranice intervalu investičnej potreby. Štvrtý stĺpec obsahuje pre porovnanie prepočet MZ SR.



ZHRNUTIE:

- **Odhadovaná „medzera“ voči ČR v tvorbe kapitálu dosahuje 137 mil. eur. ročne a voči Rakúsku 441 mil. eur ročne.**
- **Investičná potreba podľa MZ SR dosahuje 197 mil. eur ročne.**
- **Investičná potreba podľa alternatívneho prepočtu HPI dosahuje minimálne 134 mil. eur ročne a maximálne 401 mil. eur ročne.**

15) <http://www.haad.ae/HAAD/LinkClick.aspx?fileticket=QrTSgzeojXw%3D&tabid=853>

16) <http://campusplanning.ucsf.edu/pdf/MTZionPlan-Guidelines.pdf>

17) <http://www.kmdarchitects.com/work.php?id=21>

18) http://www.who.int/choice/costs/prog_costs/en/index8.html

19) <http://www.statistics.sk/pls/elisw/vbd>

20) <http://www.statistics.sk/pls/elisw/vbd>

**TABUĽKA 21: ALTERNATÍVNY VÝPOČET INVESTIČNEJ POTREBY
A POROVNANIE S VÝPOČTOM MZ SR**

	Prepočet HPI		Prepočet MZ SR
	Spodná hranica intervalu investičnej potreby	Horná hranica intervalu investičnej potreby	
Počet postelí	12 388	16 740	13 999
	Len akútne postele	Všetky postele spolu	Len akútne postele
Požadovaný počet m² na 1 posteľ	125	195	128
	Odhad Ministerstva zdravotníctva v Spojených Arabských Emirátoch	Odhad spoločnosti KMD Architects zaoberajúca sa aj architektonickými návrhmi nemocníc	Zdroj nie je uvedený
Suma za 1 m²	1 730 €	2 460 €	2 200 €
	WHO odhaduje náklady vybudovania jedného m ² pre nemocnice v regióne kam patrí aj Slovensko (región EURO B) na 2 533 medzinárodných dolárov z roku 2005, toto číslo bolo prepočítané na eurá roku 2012 (viď text vyššie)	Dokument z roku 2012 z dielne Arup Group odhaduje cenu jedného štvorcového metra na približne 2 000 libier, toto číslo bolo prepočítané na eurá roku 2012 (viď text vyššie)	Zdroj nie je uvedený
Spolu investičná potreba	2,679 mld. €	8,030 mld. €	3,942 mld. €

Zdroj: Prepočet HPI, prepočet MZ SR

KAPITOLA 4

PRÍKLADY MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC ZO ZAHRAŇIČIA



Cieľom tejto kapitoly je predstaviť inovatívne riešenia kapitálovej obnovy nemocníc zo zahraničia. Tieto riešenia

v sebe nezahŕňajú len samotné získanie zdrojov, vo väčšine prípadov ide o inovatívne spojenie výstavby, organizácie a prevádzky. Do tejto kapitoly sme vybrali sedem príkladov, hlavne kvôli týmto dôvodom:



- **Veľká Británia.** Napriek tomu, že ide o daňový model s jednou „poistovňou“, od čias Margaret Thatcherovej sa v zdravotníctve čoraz silnejšie presadzujú trhové sily. Prvým z nich bol „GP fundholding“, nasledovali NHS trusts a hospital trusts. Angažovanie súkromného sektora sa výrazne zosilnilo po roku 1997 a preto nás bude najmä zaujímať príbeh tzv. verejno-súkromných partnerstiev, prostredníctvom ktorých sa vo Veľkej Británii zmodernizovalo veľké množstvo nemocníc.



- **Česká republika.** Historicky investovala do nemocníc výrazne viac ako Slovensko. V súčasnosti je hlavné bremeno kaptiálových výdavkov na krajoch. Verejno-súkromné partnerstvá veľmi úspešné neboli, môže to byť inšpirácia pre Slovensko, ktorým chybám sa v takýchto projektoch v našich zemepisných šírkach vyhýbať.



- **Poľsko.** Cieľom reformy je reštrukturalizácia nemocníc, otvorenie nemocničného sektora súkromnému vlastníctvu a zriaďovanie veľkých nemocníc so špecializáciou na viaceré oblasti liečby ako aj špecializovaných nemocníc v oblastiach, ktoré boli monopolizované štátnymi nemocnicami. Transformácia nemocníc je naďalej reálnym riešením situácie so zadlženými nemocnicami v krajine, ktorá prechádza transformáciou zdravotného systému podobne ako Slovensko. Transformácia v Poľsku neznamená, že nemocnice budú aj privatizované. Prostredníctvom zodpovednej finančnej politiky má manažment nemocnice možnosť zachrániť nemocnicu pred bankrotom a predísť tak privatizácii súkromnými subjektami.



- **Portugalsko.** Nie je potrebné mať obavu z prvkov podnikateľského prostredia v zdravotníctve. Kompetencie v oblasti riadenia nemusí mať iba ministerstvo zdravotníctva, ale rovnocenným partnerom môže byť aj ministerstvo financií, ktoré má vhodnejšie kapacity v otázkach rozpočtovania a finančných transakcií. K zvýšeniu transparentnosti a zodpovednosti môžu viesť pravidlá corporate governance, napríklad v podobe (správnej, dozornej) rady, ktorej členovia sú kompetentní zamestnanci nemocnice. Hospodárenie (aj strata) ostáva v nemocnici, pričom neefektívne hospodárenie vedie ku konkurzu, ktorý môže byť riešený zvýšením kapitálu alebo prostredníctvom určitej dotácie. Financovanie nemocnice pomocou verejno-súkromného partnerstva je administratívne náročný proces a nesprávne nastavenie spolupráce môže viesť k nedostatočnej kontrole štátu.



- **Španielsko.** Jednou z možností výstavby novej nemocnice je špecifický model súkromno-verejného partnerstva – koncesný model. Partnerom štátu nemusí byť výhradne jedna firma, ale konzorcium zložené napríklad zo súkromných poisťovní či stavebných firiem. Separácia primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti nie je vhodná, preto treba voliť koordinovaný model – integrovaný systém, ktorý v sebe zahŕňa správu a riadenie oboch typov starostlivosti.



- **Nemecko.** Situácia vo východnom Nemecku po roku 1989 bola podobná ako v bývalom Československu. Na rozdiel od nás v Nemecku prebehlo masívne investovanie do kapitálového vybavenia nemocníc, aby sa priblížili štandardu západonemeckých zdravotníckych zariadení. Podobne ako na Slovensku sú nemocnice vo vlastníctve krajov, okresov, či miest, ktorých financovanie a efektívny manažment presahuje schopnosti samospráv. Táto situácia sa rieši buď čiastočnou alebo úplnou privatizáciou takýchto zariadení, čo dáva priestor na vznik a rozvoj súkromných nemocničných sietí v Nemecku. Príklad privatizácie fakultnej nemocnice v Hamburgu ukazuje, že aj projekt privatizácie veľkej nemocnice podstatného významu pre veľké množstvo obyvateľstva môže byť úspešný a môže priniesť pozitívne výsledky v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti ako aj úľavu verejným financiám. Z regulačného hľadiska je zaujímavá snaha zaviesť v Nemecku investičné paušály orientované na výkon a naviazané na DRG platby.



- **Švédsko.** Posledný vývoj vo Švédsku ukazuje na jasný nový trend vo vývoje zdravotníckeho sektora. Postupne, najprv cez ambulantný sektor a postupne aj cez nemocničný prichádza k uvoľneniu legislatívy a vstupu trhových prvkov a súkromného kapitálu. St. Göran je štátna nemocnica, ktorú prevádzkuje private equity skupina Capio, zároveň je inšpiráciou nielen v tomto netradičnom usporiadaní, ale aj v tom, že pravidelne posúva štandardy kvality v nemocničnom sektore vo Švédsku.



4.1 VEĽKÁ BRITÁNIA – 160 PROJEKTOV VEREJNO- SÚKROMNÉHO PARTNERSTVA

Zdravotná starostlivosť vo Veľkej Británii je poskytovaná prostredníctvom National Health Service (NHS – Národná zdravotná služba). NHS bola založená v roku 1948 a ide o integrovaný model štátneho zdravotníctva, ktorý je financovaný z daní obyvateľstva.

V roku 1997 sa anglická vláda pustila do veľkého kapitálového programu. Chcela začať

s modernizáciou nemocníc, pretože zdravotné zariadenia boli celkovo zastarané a v zlom technickom stave. Veľká časť tohto programu bola financovaná prostredníctvom Private Finance Initiative (PFI), keď súkromný sektor zvýšil počiatočný kapitál a NHS zaplatili za využitie majetku na 30 a viac rokov. **Celkovo sa od roku 1997 vynaložilo prostredníctvom PFI na projekty vyše 104 miliárd libier (123 miliárd eur).**

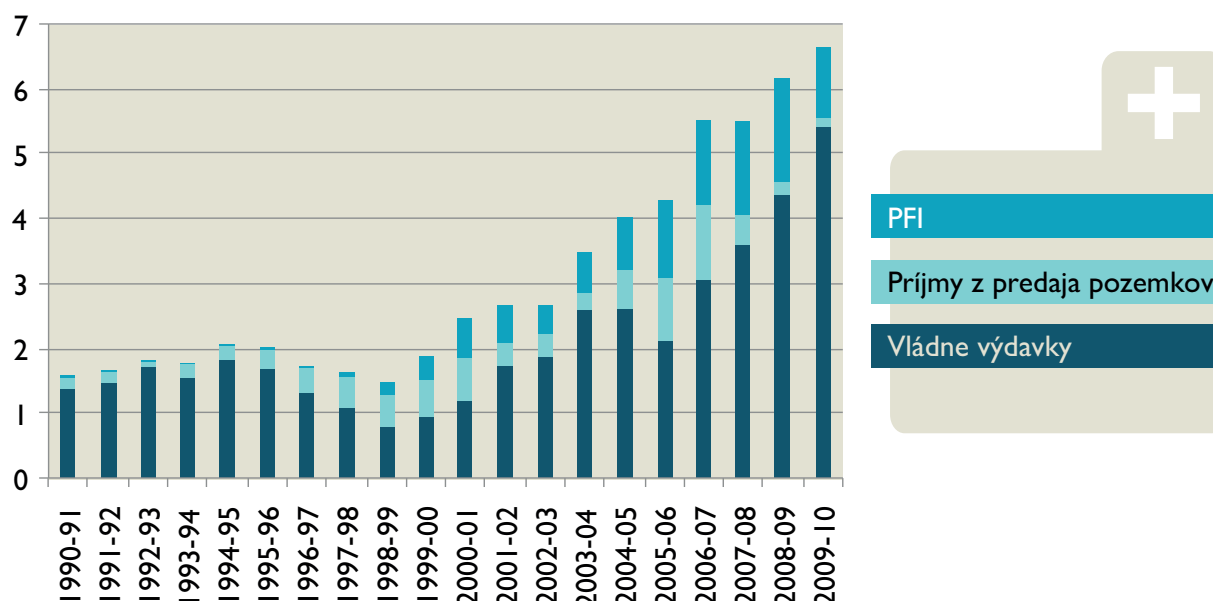
Medzi rokmi 1997 a 2010 bolo podpísaných viac ako 160 projektov formou spolupráce verejného a súkromného partnerstva (VSP) v porovnaní s 35 verejne hradenými projektmi. Projekty väčšinou zahrňovali stavbu nových nemocníc alebo renováciu tých starých, či zabezpečovanie nemedicínskych úsekov, ako je zabezpečovanie stravy, údržby a bielizne.

RÁMČEK 4: ČO JE PFI

Private Finance Initiative (PFI) je pojem koncipovaný vo Veľkej Británii a Austrálii na začiatku 90. rokov. Ide o spoluprácu súkromného a verejného partnera vo forme DBFO (návrh, výstavba, financovanie, prevádzka). Súkromné finančné prostriedky sú využívané na návrh a stavbu, vládne peniaze na zaplataenie dostupnosti daného aktíva (platba je použitá na splatenie dlhu bánk). Na konci koncesného obdobia, je budova verejným vlastníctvom. Toto usporiadanie poskytuje zdroj nového financovania mimo súvahu.

Zdroj: *Health in Transition – United Kingdom 2011*

GRAF 8: ZDROJE KAPITÁLOVÝCH INVESTÍCIÍ V NHS



Zdroj: *Health in Transition – United Kingdom 2011*, str. 177

Verejno-súkromné partnerstvo je forma spolupráce medzi orgánmi verejnej správy a súkromným sektorom za účelom financovania, výstavby, rekonštrukcie, prevádzky a údržby infraštruktúry a poskytovania služieb pomocou tejto infraštruktúry. Spolupráca trvá typicky 10 až 30 rokov a týka sa projektov väčšieho rozsahu.

Za financovanie zodpovedá (čiastočne alebo úplne) súkromný partner. Proti hodnotou je následne poskytovanie služieb za platbu. Nedochádza k trvalému prechodu rozhodovania a vlastníctva na súkromného partnera (verejný sektor naďalej kontroluje, reguluje a monitoruje). Ekonomická výhodnosť sa stanovuje podľa komparátoru verejného sektora a hodnotou za peniaze (Value For Money).

Verejno-súkromné partnerstvá môžu mať dve formy:

- **Zmluvné** – partnerstvo verejného a súkromného partner založené výlučne na zmluvnom spojení
- **Inštitucionálne** – založenie spoločného podniku

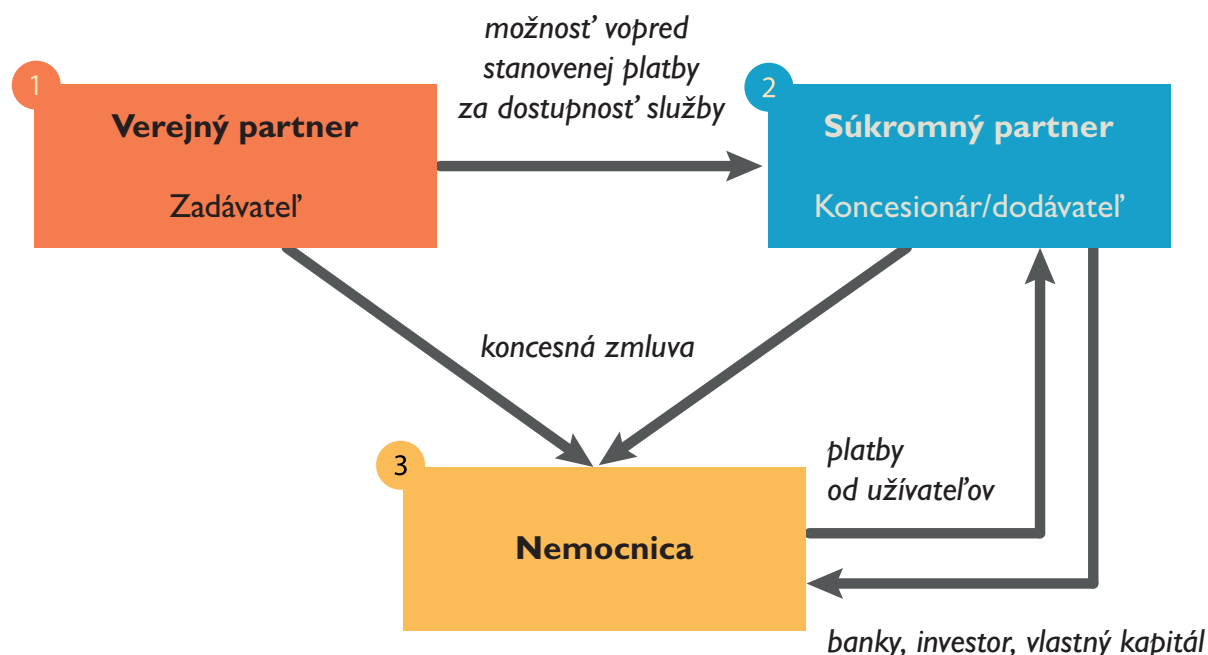
Základné fázy projektu sú spravidla označované nasledovne:



- **D – Design** (projektová príprava, v rámci projektov výstavby tiež inžinierska činnosť, architektonický návrh, spracovanie analýz atď.)
- **B – Build** (výstavba predmetu PPP projektu)
- **O – Operate** (prevádzkovanie predmetu PPP projektu po stanovenú dobu); v niektorých projektoch charakterizuje písmeno „O“ vlastníctvo predmetu koncesie (O – Own)
- **T – Transfer** (prevod predmetu koncesie späť na verejný subjekt)
- **F – Finance** (financovanie projektu)
- **M – Maintenance** (údržba a obnova predmetu koncesie)

Verejno-súkromné partnerstvá v oblasti zdravotníctva môžu mať rôzne formy a každá z nich sa líšia o. i. rôznym stupňom delegovania zodpovednosti a prenesených rizík na súkromného partnera. V praxi sú potom PPP projekty charakterizované kombináciami.

SCHÉMA 5: VZŤAH SÚKROMNÉHO A VEREJNÉHO PARTNERA



Zdroj: vlastné spracovanie HPI



Napríklad:

- **DB** (Design – Build) – Bez možnosti prevádzky predmetu koncesie
- **OM** (Operation – Maintenance) – prevádzka a údržba
- **BOT** (Build – Operate – Transfer) – výstavba, prevádzka, prevod vlastníctva späť verejnému partnerovi
- **DBFO** (Design – Build – Finance – Operate) – návrh, výstavba, financovanie, prevádzka

Všetky projekty museli byť testované pomocou indikátoru hodnoty za peniaze (VFM – Value For Money) v porovnaní so zabezpečením týchto projektov verejnými prostriedkami.

V rámci spolupráce súkromného a verejného partnera vznikali tzv. Special Purpose Vehicles, obchodné spoločnosti vytvorené na splnenie stanoveného projektu. Projekty sa väčšinou plánovali v horizonte viac ako 30 rokov. Vo väčšine skúmaných projektov vyšiel komparátor verejného financovania pozitívnejšie pre PFI projekty.

Práve preto boli PFI projekty často vnímané s určitou kontroverziou. Kritici zdôrazňovali, že nie je jednoznačné, že by tieto projekty prinášali jasné finančné úspory. Poukazovali na zdĺhavosť projektov. Kľúčovým proti argumentom bol fakt, že vďaka PFI sa podarilo presadiť investície do zdravotníctva, ktoré by bez PFI neboli v tom čase možné.

RÁMČEK 5: UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL LONDON – PRÍKLAD ÚSPEŠNÉHO VEREJNO-SÚKROMNÉHO PARTNERSTVA



Fakultná nemocnica (UCH) sa nachádza v Londýne. Je súčasťou University College London Hospitals NHS Foundation Trust, a je úzko spojená s University College London (UCL).

Nemocnica disponuje 665 posteľami, 12 operačnými sálami a má najväčšiu jednotku intenzívnej starostlivosti v NHS. Pohotovosť navštívi približne 80 000 pacientov ročne. Je to hlavná fakultná nemocnica a kľúčové miesto pre školu UCL lekárskej fakulty. Je to tiež hlavné centrum pre lekárske výskum a časť biomedicínskeho výskumného centra a akademického zdravotného vedeckého centra.

Hlavná nová nemocnica, ktorá stála 422 mil. libier (502,41 mil. eur), sa rozkladá na 75 822 m², bola otvorená v roku 2005, postavená na partnerstve medzi AMEC, Balfour Beatty a Interserve pod Private Finance Initiative. Ide o jeden z najväčších projektov v krajine, vo forme DBFO, ktorý zaisťuje nezdravotnícké služby na 38 rokov. Projekt trval od roku 2000, dokončený bol včas a v rámci rozpočtu v roku 2008.

Zdroj: bbc.co.uk

RÁMČEK 6: PETERBOROUGH CITY HOSPITAL – PRÍKLAD KONTROVERZNÉHO VEREJNO-SÚKROMNÉHO PARTNERSTVA



Nemocnica Peterborough City Hospital bola postavená v roku 2010. Investovaných bolo celkom 330 mil. libier (393 mil. eur) prostredníctvom schémy PFI, formou DBFO. Súkromný investor postavil budovu a NHS platí za prenájom a prevádzku nemocnice. Zmluva bola stanovená na 35 rokov.

Ide o jednu z najlepších nemocníc v Európe, ale odráža sa to aj v prevádzkových nákladoch. Mesačný poplatok za prevádzku zariadenia je

vo výške 3 mil. libier (3,57 mil. eur). Problém je, že nemocnica nemá dostatok pacientov. Musela tak pristúpiť na nepopulárne úsporné opatrenia.

Štyri mesiace po otvorení, nemocnica potrebovala 10 mil. libier (11,9 mil. eur) na pokrytie prekročených výdavkov, ktoré vznikli vďaka vysokým nákladom nových zariadení a nečakaného dopytu na oddelení pohotovosti. Na konci februára 2012 dostala ďalších 46 mil. libier (54,8 mil. eur) od vlády na pokrytie prevádzkových nákladov. Kritizuje sa nevýhodne uzavretá zmluva, nedostatočná analýza, ale aj neefektívny manažment nemocnice.

Zdroj: asociaceppp.cz

PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Zapojenie súkromného kapitálu je možné aj v systéme, ktorý je vnímaný ako daňový a monopolný (NHS).**
- **Súkromný partner dokáže zabezpečiť služby efektívnejšie, kvalitnejšie a lacnejšie ako verejný sektor, zároveň musí optimalizovať celoživotné náklady projektu. Súkromný partner má väčšinou rozsiahle skúsenosti pri hľadaní a uplatňovaní dlhodobých efektívnych a kvalitných riešení (inovácie). Realizačné riziká znáša vybraný dodávateľ (projekt, stavba, investície, prevádzka), prekročenie plánovaného rozpočtu hradí súkromný partner.**
- **Zároveň verejný sektor nestráca kontrolu – majetok sa mu „vráti“ po vopred dohodnutej dobe (napr. 30 rokov), zároveň môže realizovať sociálno-ekonomické prínosy (zamestnanosť, podpora podnikania, infraštruktúry...).**
- **Rozpočtové obmedzenia – VSP umožňuje zabezpečiť potrebné investície dnes – rozloženie platieb za poskytované verejné služby v čase. Verejno-súkromné partnerstvá nie sú za určitých podmienok vykazované ako súčasť verejného dlhu na národných účtoch – Eurostat vydal 11. februára 2004 Rozhodnutie o účtovnom započítavaní PPP projektov. Podľa tejto metodiky sú záväzky z koncesnej zmluvy klasifikované vzhľadom na prenos rizika zo zadávateľa na zhotoviteľa k vykazovaniu projektov mimo súvahu (tzv. off-balance), je potrebné, aby koncesia preniesla na dodávateľa stavebné riziko a riziko dostupnosti alebo riziko dopytu.**
- **Nevýhodou VSP je dlhodobý charakter projektov, pričom rozhodovacia právomoc verejných subjektov je spravidla príslušným osobám zverená len na určitú obmedzenú dobu (politické strany s mandátom 4 roky rozhodujú o projektoch na 30 rokov) – z politického hľadiska je snaha realizovať spoločensky prínosné**



projekty tak, aby boli dokončené do konca príslušného volebného obdobia (v rámci volebnej kampane).

- **Transakčné náklady, najmä náklady na prípravu koncesného projektu, koncesnej zmluvy a ďalšej dokumentácie a realizácie koncesného konania sú vyššie – bez záruky neskoršej realizácie projektu (napr. v súvislosti nepredvídaným vývojom ekonomickej situácie).**
- **V prípade nedostatku finančných prostriedkov na financovanie VSP projektu bude verejný partner nútený pokryť tieto záväzky – úver sa stane súčasťou verejného dlhu.**
- **Horšia finančná pozícia štátu pri financovaní infraštruktúry prostredníctvom VSP projektu, teda vyššia nákladovosť projektu VSP prameniaca z horších úverových podmienok súkromného sektora oproti sektoru verejnému.**
- **Rozsah projektov môže ohroziť konkurencieschopnosť súkromného sektora – nebudú sa stavať nemocnice, ktoré by boli vznikli ako čisto súkromná iniciatíva, lebo všetci budú uprednostňovať Verejno-súkromné partnerstvá.**

4.2 ČESKÁ REPUBLIKA – VYSOKÉ INVESTÍCIE Z VEREJNÝCH ZDROJOV

Zdravotný systém Českej republiky je založený na slobodnom výbere zdravotnej poisťovne. Každý občan ČR má povinnosť byť poistený. V súčasnosti je na výber 7 zdravotných poisťovní. Najväčšou poisťovňou je Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá poisťuje približne 60 % poistencov.

V roku 2012 bolo v ČR celkom 167 nemocníc, ktoré môžeme rozdeliť do 5 základných skupín podľa zriaďovateľa:

- 19 riadených ministerstvom zdravotníctva
- 23 krajských (príspevkové organizácie),
- 17 obecných a mestských (príspevkové organizácie),
- 105 nemocníc riadených inou právnickou osobou či cirkevné,
- 3 nemocnice ostatných centrálnych orgánov.

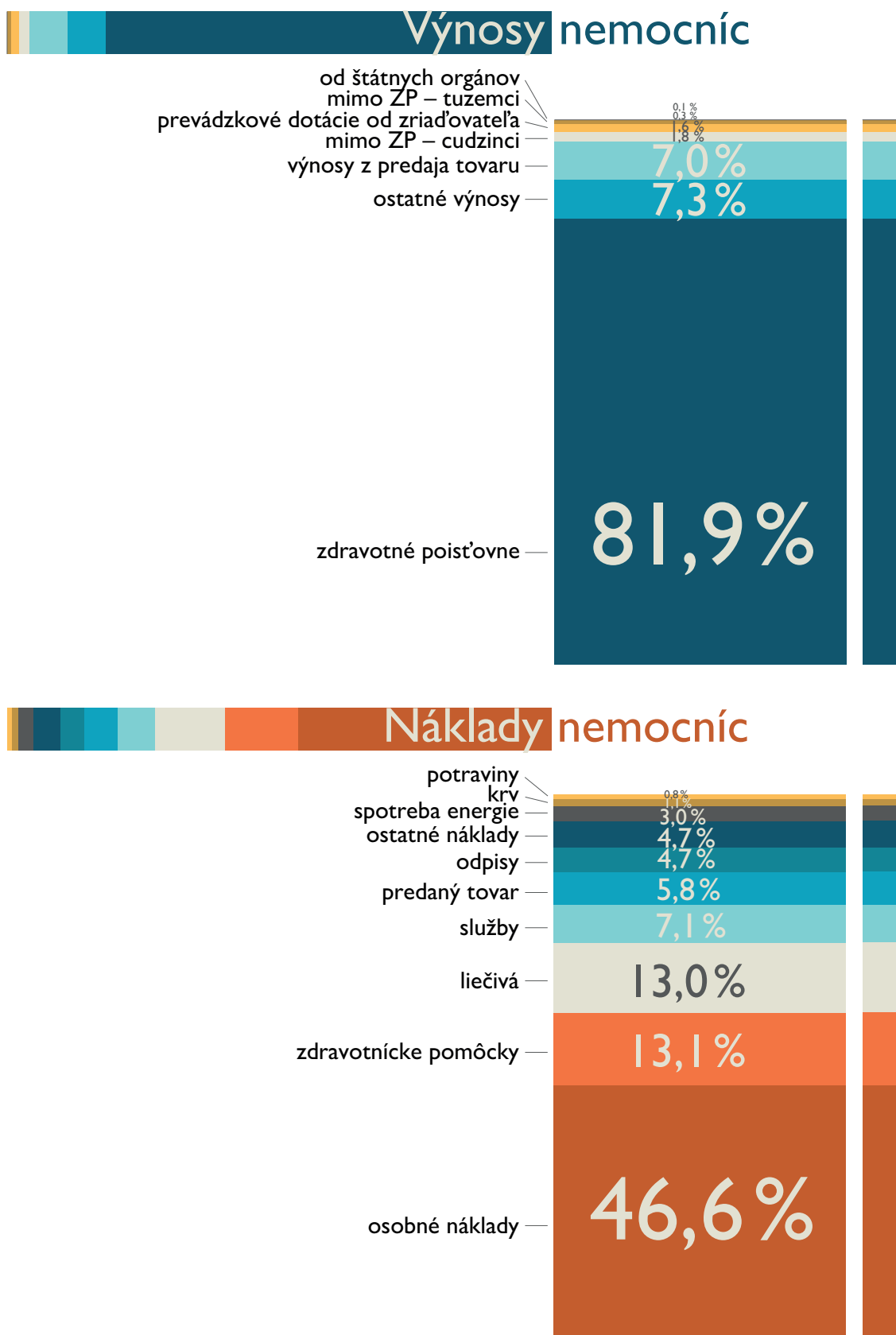
Úhrada zdravotnej starostlivosti sa riadi úhradovou vyhláškou pre daný rok. Pre zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú ústavnú starostlivosť, mechanizmus výpočtu úhrady v sebe zahŕňa tri základné zložky:

1. individuálne zmluvne dohodnutú zložku úhrady
2. úhradu formou prípadového paušálu (DRG)
3. ambulantnú zložku úhrady

V roku 2012 dosiahli celkové náklady 130,7 mld. Kč (5,11 mld. eur²¹⁾) za všetky nemocnice. Oproti tomu výnosy tvorili 131,1 mld. Kč (5,13 mld. eur). S najväčším objemom finančných prostriedkov hospodária štátne nemocnice. Náklady týchto nemocníc tvoria dlhodobu zhruba polovicu celkovo vynaložených peňažných prostriedkov všetkých nemocníc. Najväčšiu nákladovú položku nemocníc tvoria osobné náklady. Ďalšou významnou zložkou nákladov je spotreba materiálu, teda predovšetkým liečiv a zdravotníckych pomôcok. Hlavným zdrojom príjmov nemocníc sú platby od zdravotných poisťovní. Ďalšou výnosovou položkou sú výnosy z predaného tovaru.

21) Kurz 25,550 Kč/Eur

GRAF 9: ŠTRUKTÚRA VÝNOSOV A NÁKLADOV NEMOCNÍC V ČR V ROKU 2012 V %



Zdroj: Ekonomické výsledky nemocnic 2012, ÚZIS

TABUĽKA 22: INVESTIČNÉ VÝDAVKY MZ ČR V TIS. EUR

	2010	2011	2012
Bežné výdavky	203 222	193 010	170 006
Kapitálové výdavky	165 562	114 154	64 497
Investičné nákupy a súvisiace výdavky	5 749	3 517	6 156
Obstaranie dlhodobého hmotného majetku	2 261	790	3 625
Obstaranie dlhodobého nehmotného majetku	3 488	2 727	2 532
Investičné transfery	159 814	110 637	58 341
Investičné transfery neziskovým a podobným organizáciám	1 324	34	246
Investičné transfery podnikateľským subjektom	14 302	9 449	664
Investičné transfery príspevkovým a podobným organizáciám	139 959	95 230	57 417
Investičné transfery verejnej správe územnej úrovne	4 229	5 923	13

Zdroj: MF ČR, 2013

Podľa najnovšieho rebríčka finančného zdravia nemocníc, ktorý už po šiesty rok zostavuje HealthCare Institute a Czech Credit Bureau, **súkromní majitelia vedia zo svojich nemocníc vytážiť ďaleko väčší zisk.** Kým najlepšie hodnotené súkromné zariadenia ako Mediterra-Sedlčany či Nemocnice Podlesí zo skupiny Agel dosahujú zisk až 16 % ročne, krajské nemocnice sa z hľadiska ziskovosti väčšinou nedostanú nad jedno percento. Súkromné nemocnice si napríklad na rozdiel od tých krajských zvykli šetriť na prevádzke.

Kraj má pri poskytovaní investičných prostriedkov svojim nemocniciam dve možnosti:

- poskytnutie investičnej dotácie,
- posilnenie vlastného kapitálu.

Podľa ustanovenia zákona č. 129/2000 Z. z. „Majetok kraja musí byť využívaný účelne a hospodárne v súlade s jeho záujmami a úlohami vyplývajúcimi zo zákonom vymedzenej pôsobnosti. Kraj je povinný starať sa o zachovanie a rozvoj svojho majetku.“ Toto ustanovenie českého zákona o krajoch potvrdzuje oprávnenosť kraja financovať (spolufinancovať) tie potrebné investičné aktivity nemocníc, na ktoré ich vlastné zdroje nestačia. Kraj môže použiť verejné prostriedky v prípade, ak ide o vyrovnanie deficitu, ktorý podniku, poverenému poskytovaním služieb všeobecného hospodárskeho záujmu, vzniká v súvislosti s plnením záväzkov verejnej služby.

V prípade kapitálového vkladu bude investícia vytvorená z „vlastných“ zdrojov nemocnice.

V účtovníctve bude následne zachytená v plnej výške obstarávacej ceny, z ktorej sa potom budú počítať účtovné aj daňové odpisy. Účtovné odpisy zatážia náklady nemocnice, daňové odpisy jej znížia základ dane z príjmov. V prípade investičnej dotácie je o jej výšku znížená účtovná aj daňová obstarávacia cena. Ak by sa majetok obstaral plne z investičnej dotácie, dôsledkom budú nulové účtovné aj daňové odpisy. **Podľa údajov vyplývajúcich zo záverečných účtov jednotlivých krajov boli v roku 2012 do zdravotníctva smerované kapitálové výdavky vo výške 84,41 mil. eur.**

PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Verejné zdroje môžu byť strategickým zdrojom investícií, ak ich štátny rozpočet má k dispozícii.**
- **Významným zdrojom investícií môžu byť aj kraje.**
- **Finančná kríza nedovolila naštartovať VSP.**
- **VSP môžu byť neúspešné kvôli dlhej dobe medzi zámerom a podpísaním zmluvy a z toho vyplývajúcimi výraznými zmenami vstupných podmienok, častými zmenami projektu v priebehu prípravy, nedostatočnou politickou podporou a nekontinuitou rozhodnutí.**

RÁMČEK 7: VEREJNO-SÚKROMNÉ PARTNERSTVÁ V ČR



Krajská nemocnice Pardubice

Kompletná renovácia spojená s koncesiou na údržbu, technickú prevádzku a dodávky zdravotníckeho materiálu pre celú nemocnicu. Príčinou neúspechu tohto projektu bola podľa oficiálnych vyjadrení skutočnosť, že žiadne z troch konzorcií firiem, ktoré sa zúčastnili výberového konania, nepredložilo konkrétnu ponuku na spravovanie zdravotníckeho zariadenia. Podľa hajtmana R. Martinka je jednou z hlavných príčin svetová finančná kríza, ktorá zdražela úvery. Banky, ktoré boli pripravené akciu financovať, požiadali o polročný odklad. Realizácia formou VSP tak bola v januári 2009 zrušená. Zadávatel' sa rozhodol objekt postupne opravovať a modernizovať pomocou klasického zadávania.



Nemocnica Na Homolce

Projekt počítal s výstavbou novej budovy v areáli nemocnice a výstavbou parkovacieho domu s kapacitou 300 parkovacích miest. Poplatok za dostupnosť nového pavilónu mal byť hrađený z príjmov za zdravotnú starostlivosť poskytovanou v tomto novom pavilóne. Dôvodom zrušenia projektu bola námietka sťažovateľa k zaujatosti členov hodnotiacej komisie a k pomeru výšky ponúkanej ceny a kvality ponuky. V projekte Nemocnice na Homolce zohral rozhodujúcu úlohu faktor dôveryhodnosti vedenie projektu.



Ústřední vojenská nemocnice Praha

Tento projekt mal byť realizovaný formou DBFO s celkovou predpokladanou hodnotou 440 mil. Kč (17,22 mil. eur). Pôvodný projekt počítal s výstavbou ubytovne s kapacitou 240 postelí a parkovisko s 200 parkovacími miestami. V priebehu prípravy bol tento projekt rozšírený o 20 postelí pre zamestnancov, rozšírenie posteľovej kapacity hotelového typu o 260 postelí, o 295 parkovacích miest, bazén, reštauráciu, kongresové centrum. Celková predpokladaná hodnota projektu sa zvýšila na 2,6 miliardy Kč (100 mil. eur).



Uznesením vlády Českej republiky bol celý projekt zrušený. Podľa Najvyššieho kontrolného úradu, nemocnica časť peňazí na výstavbu vynaložila zbytočne, objektívne nepreukázala výhodnosť realizácie projektu a súkromného partnera vybrala v nedostatočne konkurenčnom prostredí. K neúspechu projektu prispelo:

- dlhá doba medzi zámerom a podpísaním zmluvy a z toho vyplývajúce výrazné zmeny vstupných podmienok
- časté zmeny projektu v priebehu prípravy
- nedostatočná politická podpora, nekontinuita rozhodnutí

4.3 POĽSKO – TRANSFORMÁCIA NEMOCNÍC NA AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI

V Poľsku sa nachádza 730 nemocníc, z ktorých 615 je štátnych. Celkový dlh štátnych nemocníc sa v súčasnosti nachádza na úrovni 2,6 miliardy eur (4,3 milióna eur na jednu nemocnicu).

Poľská vláda na čele s Donaldom Tuskom (z proreformnej politickej strany Občianska platforma), ktorá je v koalícii s Poľskou ľudovou stranou, sa v roku 2011 rozhodla riešiť situáciu so zadlženými nemocnicami prostredníctvom ich transformácie na akciové spoločnosti. Cieľom reformy je reštrukturalizácia nemocníc, otvorenie nemocničného sektora súkromnému vlastníctvu a zriaďovanie veľkých nemocníc so špecializáciou na viaceré oblasti liečby ako aj špecializovaných nemocníc v oblastiach, ktoré boli monopolizované štátnymi nemocnicami. (PMR Publications, 2012)

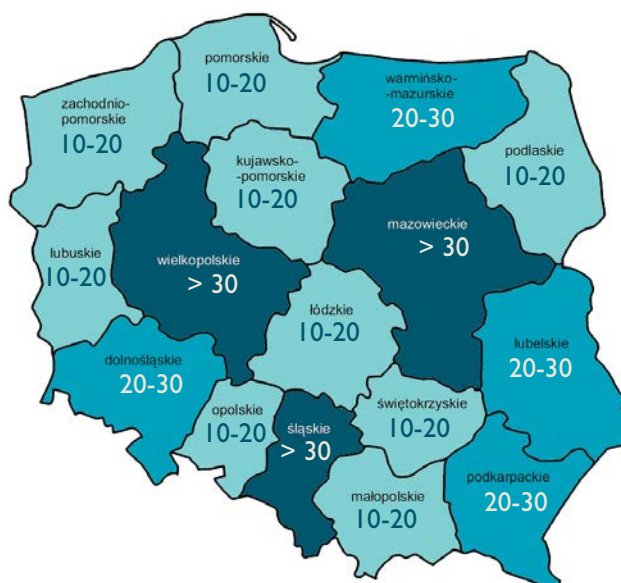
Podľa prijatej reformy zdravotníctva z apríla 2011 čaká zadlžené štátne nemocnice povinnosť transformovať sa na akciové spoločnosti alebo

likvidácia. Ak nemocnica vykázala v účtovnom období 2012 stratu, k dispozícii má podľa nového zákona tri možnosti: pokrytie straty vlastnými prostriedkami, likvidáciu alebo transformáciu na akciovú spoločnosť.

Na základe právnej a finančnej situácie nemocníc je z celkového počtu 615 štátnych nemocníc vhodných na transformáciu 250 – 300 (Schéma 6 a 7). V roku 2013 malo byť transformovaných 40 – 50 štátnych nemocníc, stihlo sa ich nakoniec 34. Najväčším problémom transformácie sa javí riziko zbankrotovania transformovaných nemocníc, čo vo väčšine prípadov pribrzdilo transformačný proces. Poľská vláda vyčlenila na celý proces transformácie 330 miliónov eur (12,7 % z celkového dlhu nemocníc), ktoré sa majú využiť na záchranu nemocníc vo forme dotácie alebo oddĺženia. V roku 2013 sa z toho malo využiť maximálne 142 miliónov eur, 94 miliónov eur v roku 2014 a zvyšok, 94 milióna eur, v nastávajúcom období. (Deloitte, 2013)

Poskytovanie týchto finančných prostriedkov nie je striktné viazané na konkrétne nemocnice. Závisí od záujmu každej samosprávy, ako sa rozhodne riešiť situáciu s nemocnicami vo svojom vojvodstve. To znamená, že zdroje sa rozdelia na základe toho, ktorá samospráva sa ako prvá rozhodne transformovať niektoré nemocnice vo vojvodstve. (Deloitte, 2013)

SCHÉMA 6: POČET NEMOCNÍC, KTORÉ SA MÔŽU TRANSFORMOVAŤ PODĽA VOJVODSTIEV



Zdroj: Baza Szpitali Deloitte

SCHÉMA 7: ODHAD CELKOVÉHO POČTU NEMOCNÍC, KTORÉ MÔŽU PREJŠŤ TRANSFORMÁCIU



Zdroj: Baza Szpitali Deloitte

Najviac nemocníc sa transformovalo v Pomoransku; skúsenosti tohto regiónu hovoria o výhodách transformácie a o zlepšení fungovania transformovaných nemocníc. Sú lepšie manažované a taktiež finančne stabilizované. Transformácia prebiehala aj v ďalších vojvodstvách (Mazovské, Sliezske) a mestách (Varšava, Katovice). (Europe-Health-Care.eu, 2013)

Transformácia nemocníc v Poľsku nie je len o finančnej podpore pre zadlžené nemocnice. Tým, že sa nemocnice transformujú na akciové spoločnosti, budú musieť hospodáriť so ziskom. Cieľom tejto reformy je motivovanie nemocníc k reštrukturalizácii (zvýšenie efektivity zdravotníckych pracovníkov, outsourcing špecifických funkcií, centrálné obstarávanie a iné). V opačnom prípade bude nemocnica naďalej vytvárať stratu a ako akciová spoločnosť zbankrotuje. To by následne znamenalo likvidáciu nemocnice alebo jej predaj súkromnému majiteľovi – privatizácia nemocnice.

Best practice scenárom transformácie nemocníc v Poľsku je dodržiavanie nasledujúcich troch krokov:

- 1. Zníženie dlhu nemocnice** – využitie štátnej podpory; vymáhanie pohľadávok nemocníc; rokovania s dodávateľmi liekov a zdravotníckych pomôcok o znížení záväzkov; zníženie počtu nezdravotníckeho personálu,
- 2. Reštrukturalizácia** – interná reorganizácia nemocnice; zvýšenie efektivity zdravotníckeho personálu; outsourcing niektorých funkcií; predaj nadbytočného nehnuteľného majetku,
- 3. Dlhodobý plán** – nastavenie rozsahu a kvality služieb; investície do novej infraštruktúry. (Deloitte, Alebank.pl, 2013)

Zmeny v sektore nastali už v prvej polovici roka 2013, a to vstupom súkromných zahraničných investorov na poľský trh, ktorí akvizovali viaceré

už existujúce siete súkromných nemocníc a zdravotných zariadení v Poľsku. Okrem toho, že ich cieľom je manažovať tieto siete, majú snahu aj o ich rozšírenie o ďalšie nemocnice. Predovšetkým tie, ktoré boli transformované na akciové spoločnosti, nedokázali sa reštrukturalizovať a následne zbankrotovali. Podľa PriceWaterhouseCoopers by súkromný zdravotný trh v Poľsku mal do roku 2016 narastať o 10 % ročne; ide o veľmi atraktívny trh pre súkromných investorov. (Bupa, 2013)

Najvýznamnejšími akvizíciami v tomto zmysle sa v roku 2013 stali:

- akvizícia siete súkromných nemocníc LUX-MED medzinárodnou zdravotníckou skupinou Bupa (hodnota akvizície bola 400 miliónov eur) a
- akvizícia siete súkromných nemocníc EMC Instytut Medyczny SA slovenskou private equity spoločnosťou Penta Investments (hodnota akvizície sa odhaduje na 25 miliónov eur, 4,39 eur za akciu a získala 73,23%-ný podiel spoločnosti). (Healthcare Europa, 2013)

Vzhľadom na veľkosť poľského trhu a tieto dve veľké investície možno v budúcnosti ešte očakávať jednu maximálne dve akvizície podobných rozmerov v krajine. K vzniku ďalších väčších sietí nemocníc môže dôjsť konsolidáciou trhu a kúpou zostávajúcich menších súkromných sietí nemocníc. Tých sa v Poľsku nachádza v súčasnosti ešte približne 11. Okrem toho, dôvodom je aj vyhlásenie poľského Fondu zdravotného poistenia, že uprednostní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú komplexné portfólio zdravotných služieb.

V súvislosti s reformou zdravotníctva, ktorej podstatou je práve transformácia nemocníc, realizovala poľská vláda v priebehu roka 2013 ďalšie zmeny:

- Fond zdravotného poistenia (Narodowy Fundusz Zdrowia) bol v priebehu roka 2013 zrušený a jeho kompetencie sa rozdelili medzi regionálne pobočky. Tieto pobočky v súčasnosti zodpovedajú samostatne za manažovanie zdravotnej politiky v danom regióne. Medzi týmito regionálnymi fondmi nemôže prebiehať konkurencia, pretože ich činnosti sa vzťahujú vždy len na určitý región.

- Vznik novej inštitúcie – Úrad zdravotného poistenia (Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych – UUZ), ktorý zodpovedá za kontrolu regionálnych pobočiek zdravotných fondov, riadenie zdravotnej politiky, monitorovanie kvality a akreditácie a manažovania HTA (Health Technology Assessment).
- Zlepší sa poľský systém DRG použitím technickejších dát a objektívnych nákladov nemocníc (decentralizácia DRG taríf na jednotlivé výkony). (HPI, 2013)

PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Transformácia nemocníc je naďalej reálnym riešením situácie so zadĺženými nemocnicami v krajine, ktorá prechádza transformáciou zdravotného systému podobne ako Slovensko.**
- **Transformácia v Poľsku neznamena, že nemocnice budú aj privatizované. Prostredníctvom zodpovednej finančnej politiky má manažment nemocnice možnosť zachrániť nemocnicu pred bankrotom a predísť tak privatizácii súkromnými subjektami.**
- **Transformácia síce naráža na ostrú kritiku opozície v Poľsku, javí sa však zatiaľ ako jediný možný prostriedok na racionalizáciu chodu nemocníc.**

4.4 PORTUGALSKO – DÔVERA V PODNIKATEĽSKÉ PRINCÍPY A CORPORATE GOVERNANCE

V Portugalsku sa podiel verejných zdrojov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo pohybuje okolo 72 %. Portugalský zdravotný systém obsahuje tri prekrývajúce sa subsystémy (Barros, Machado, Simões, 2011):

1. Národná zdravotná služba (NHS) – od roku 1979, financovaná predovšetkým z daní;
2. špeciálne verejné a súkromné poistenie pre určité profesie (povinné pre skupiny zamestnancov) – pokrýva 25 % populácie;
3. dobrovoľné súkromné zdravotné pripoistenie – pokrýva 10 – 20 % populácie.

Portugalsko s 10,4 mil. obyvateľov malo v roku 2008 celkovo 189 nemocníc, z ktorých 77 patrilo pod NHS. Polovicu súkromných nemocníc tvoria zárobkovo orientované spoločnosti (Barros, Machado, Simões, 2011). V roku 2011 tam pripadalo na 1 000 obyvateľov 3,4 postele (OECD, 2013). Pre porovnanie, na Slovenku v roku 2011 pripadlo na 1 000 obyvateľov 6,1 postele (OECD, 2013).

V súčasnej dobe koexistujú v Portugalsku štyri typy nemocníc (Raposo, Harfouche, 2011):

- **Verejné nemocnice podnikovej povahy** (EPE – Entidad Pública Empresarial). Sú to verejné inštitúcie, zriadené ako právnické osoby s administratívnou, finančnou a manažérskou autonómiou a podnikovým charakterom;
- **Administratívne verejné nemocnice** (SPA – Sector Público Administrativo). Ide o verejné inštitúcie s vlastnou právnou subjektivitou, ako aj administratívnou

a finančnou autonómiou, s alebo bez manažérskej autonómie („typické“ verejné nemocnice s verejnou správou);

- **Nemocnice verejno-súkromného partnerstva** (PPPH – Parceria Público / Privada Hospitalar). Sú typu PFI nad dvoma typmi zákazok: (1) výstavba a údržba infraštruktúry a (2) riadenie klinických aktivít;
- **Súkromné nemocnice.**

Od roku 2000 sa nemocničná starostlivosť stala predmetom dvoch typov reforiem: (1) korporatizácia verejných nemocníc súvisiaca so zmenou pravidiel pre vedenie nemocnice a platobných systémov a (2) predefinovaním existujúceho poskytovania nemocničných služieb NHS, čo sa prejavilo uzavretím niekoľkých neďalekých nemocníc pod rovnaké vedenie a plánované budovanie nových nemocníc v rámci verejno-súkromného partnerstva. V roku 2010 bolo v Portugalsku v rámci verejných nemocníc 42 EPE, 20 SPA a 3 PPPH nemocníc (Raposo, Harfouche, 2011).

Rastúce náklady v nemocničnom sektore (vyššie než rast poskytovaných služieb obyvateľstvu), je jedným z kľúčových problémov, ktoré stoja za potrebou štrukturálnych reforiem. V Portugalsku od roku 1999 do roku 2001 vzrástli rozpočty v 40 najväčších portugalských nemocniciach asi o 26,5 %, pričom produkcia služieb sa v mnohých z nich zvýšila len mierne a v niektorých prípadoch stagnovala. Zvýšenie celkových nákladov NHS za obdobie šesť rokov (1995 – 2001) bolo na úrovni cca 3 miliárd eur bez zaznamenania zvýšenej kvality zdravotnej starostlivosti poskytovanej obyvateľstvu – zodpovedajúcej tejto sume. Problémom je aj prístup zdravotníkov k dôslednému využívaniu finančných prostriedkov (Raposo, Harfouche, 2011).

Korporatizácia verejných nemocníc prebehla v dvoch vlnách. Prvá, začala v roku 2002 vydaním právnych predpisov týkajúcich sa nového právneho systému vedenia nemocnice. Do 1. januára 2003 bola asi polovica nemocníc transformovaná na verejné akciové spoločnosti s výhradne vládny kapitálom (port. Hospitais SA). Postupne sa tento prístup zrealizoval v ďalších nemocniciach. Tie, ktoré neprešli týmto procesom transformácie aj naďalej fungujú podľa pravidiel verejnej služby (SPA). Počas prvej vlny sa





rozprúdili diskusie okolo výberu tohto modelu a nebezpečenstva privatizácie. Aj preto sa v druhej vlne korporatizácie zmenil názov nemocníc na EPE (nová vláda chcela ujasniť, že privatizácia nemocníc nie je súčasťou ich politickej agendy), hoci nové pravidlá sa prakticky nezmenili v porovnaní s bývalým označením (Raposo, Harfouche, 2011). Hlavný rozdiel medzi nemocnicou typu SA a EPE je, že kapitál EPE nemocnice nemôže byť sprivatizovaný (Moreira, 2008).

K prvému pokusu vytvoriť nemocnicu na základe verejno-súkromného partnerstva došlo v roku 2003 na základe inšpirácie z PFI projektov vo Veľkej Británii. Významný rozdiel v portugalskom modeli je udelenie jednej zákazky na výstavbu a údržbu infraštruktúry a druhej pre klinické činnosti. Súčasná vláda stále definuje špecifický formát pre uzatváranie zmlúv v klinickej oblasti v druhej vlne (šiestich) nemocníc (z prvého kola desiatich nových nemocníc, ktoré majú byť postavené v rámci VSP). **Táto skúsenosť sa vyznačuje dlhým administratívnym procesom odvodeným z pomerne zložitého už prijatého modelu. Proces je sprevádzaný technickou nepripravenosťou verejného sektora a zároveň prílišnou ideologickou diskusiou.** To často vedie k skreslenému pohľadu na to, čo možno/nemožno očakávať od tohto modelu (Raposo, Harfouche, 2011). Dvor audítorov (2009) tento model značne kritizoval už len z dôvodu samotného výberu modelu, ale aj nedostatočnej kontroly zo strany štátu a dlhého, nepretržitého procesu sprevádzaného neustálymi ústupkami.

Sarmento a Renneboog (2014) uvádzajú tri hlavné dôvody problémov s PPP projektami v zdravotníctve:

1. prebiehalo **príliš veľa PPP projektov za krátky čas**: verejný sektor nebol pripravený a ani nemal schopnosť riadiť a kontrolovať kontrakty
2. motiváciou pre PPP boli najmä **rozpočtové obmedzenia**, nie využitie efektívnosti súkromného sektora pri nakladaní s verejnými zdrojmi
3. **Rozdelenie rizika** medzi súkromný a verejný sektor nebolo primerané; súkromný sektor niesol príliš nízke riziko a verejné platby boli výrazne nad investičnými nákladmi.

Verejné nemocnice podnikovej povahy (EPE) sú podľa portugalských právnych predpisov verejné inštitúcie obohatené o podnikovú identitu, administratívnu, finančnú a manažérsku autonómiu a povahu podniku. Kritériá používané v procese transformácie tradičnej APSH do EPE sú rôzne. Proces korporatizácie vzniká dobrovoľným rozhodnutím nemocnice, kde hlavnými kritériami sú veľkosť, druh činnosti a regionálne postavenie nemocnice. Vlastníctvo je verejné. Právny rámec je definovaný zákonom, podľa ktorého sa všetky nemocnice musia riadiť strategickou orientáciou a cieľmi definovanými pre NHS. Umiestnenie a veľkosť EPE je stanovená centrálnou, hlavným akcionárom – štátom, zastúpeným ministerstvom financií a ministerstvom zdravotníctva. Oba rezorty majú strategickú správu majetku a dohľad nad každým EPE. Ich hlavné funkcie, ako hlavných akcionárov, sú (Raposo, Harfouche, 2011):

- Schválenie pracovných plánov a rozpočtov.
- Schválenie účtovných dokladov. Každá nemocnica posieľa svoju výročnú správu na schválenie ministerstvu zdravotníctva a ministerstvu financií.
- Povoľenie nákupu a predaja budov, rovnako ako ich dlhu.
- Autorizovať, podľa odporúčaní a schválenia audítora, realizáciu investícií, v prípade ak globálne zodpovedajúce finančné prostriedky nie sú poskytované v rámci schválených rozpočtov a ich hodnota presiahne 2 % zo základného imania.
- Povoľenie uzatvárať pôžičky, ak ich jednotlivá alebo celková hodnota je rovná alebo väčšia ako 10 % základného imania.
- Schvaľovanie prevodov nemocničných služieb v partnerstve s inými verejnými subjektmi k lepšiemu dosahovaniu EPE cieľov.
- Povoľenie účasti nemocníc v iných spoločnostiach s ručením obmedzeným v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- Autorizovať ďalšie akcie, ktoré vyžadujú súhlas ministerstva podľa platného práva, ako je nastavenie užívateľských poplatkov v nemocnici alebo aktualizácia ceny týkajúcej sa DRG, zdravotníckych služieb, a tak ďalej.

RÁMČEK 8: NOVÁ NEMOCNICA V CASCAIS



Prvým nemocničným PPP projektom v Portugalsku bola nemocnica v Cascais s 272 posteľami a 6 operačnými sálami. Postavená bola v rokoch 2008 – 2010. 30 rokov ju bude prevádzkovať HPP Consortium. Zmluvu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti má konzorcium uzatvorenú na 10 rokov s možnosťou predĺženia na 30. Odhadované náklady: 99 miliónov eur.



Vnútorne organizačné pravidlá a predpisy, vrátane vytvorenia príslušných správnych orgánov, definuje nemocničná správna rada. Každá EPE má správnu radu zahŕňajúcu prezidenta a maximálne šesť (zvyčajne štyroch) členov, v závislosti na veľkosti a zložitosti nemocnice. Členovia sú menovaní spoločnou vyhláškou Ministerstva financií a Ministerstva zdravotníctva. Podľa práva musí byť jeden z týchto členov klinický/medicínsky riaditeľ (clinical director) a jedným riaditeľ pre ošetrovateľstvo (nurse director). Podľa právnych predpisov o zodpovednosti správnej rady, môžu systematické zlyhania v kvalite a efektívite viesť k rozpusteniu rady (Raposo, Harfouche, 2011).

Verejné nemocnice typu SPA a EPE každoročne podpisujú zmluvy financované štátnym rozpočtom (v priemere asi 80 % ročných príjmov pre nemocnice), v rámci Národného rámcového kontraktu. Platba závisí na vykonanej práci podľa základných cien za každú skupinu nemocníc. Ceny sú stanovené kupujúcim, požadujúc kapacitu poskytovateľa na dosiahnutie vopred stanovenej úrovne účinnosti bez zmeny v kvalite. Negatívne finančné výsledky zostávajú v hospodárení nemocnice a odrážajú sa v nemocničnej účtovnej závierke (súvahe a výkaze ziskov a strát). V súčasnosti existuje niekoľko nemocníc s naakumulovanou stratou. Postupné hromadenie strát môže viesť k technickému konkurzu/bankrotu (záporný vlastný kapitál) nemocnice. Táto situácia je riešená zvýšením kapitálu alebo prostredníctvom určitej dotácie (Raposo, Harfouche, 2011).

Okrem transferov zo štátneho rozpočtu, verejné nemocnice tiež generujú príjmy z platieb za osobitné služby (napríklad nadštandardné súkromné izby), z platieb získaných od iného subsystému poistenia alebo súkromného

pripoistenia a z paušálnych užívateľských poplatkov za ambulantné a diagnostické služby. Ako už bolo spomenuté, správna rada nemôže ľubovoľne nastavovať spoluúčasť (Raposo, Harfouche, 2011).

Zo spoločenského hľadiska bola a stále aj je korporatizácia nemocníc vnímaná ako nástroj a facilitátor verejných nemocníc k zvyšovaniu ich efektivity s dôrazom na zlúčenie nemocníc s rôznymi rozmermi, kapacitami a špecializáciou, aby sa zlepšilo využívanie doteraz nevyužitých, no dostupných zdrojov.

Štúdie od hodnotiacej komisie nemocničných spoločností (Evaluation Commission of Hospital Companies) (CAHSI, 2005a, b) zamerané na oblasť kvality, prístupu, produkcie, nákladov, efektivity, ľudských zdrojov a investícií uvádzajú, že **v týchto nemocniciach bolo zaznamenané určité kvantitatívne zvýšenie produkcie a efektívnosti z hľadiska zníženia nákladov pri podobných výstupoch.** V mnohých iných rozmeroch tam neboli žiadne výrazné rozdiely.

Iná štúdia (Costa & Lopes, 2005) dospela k záveru, že **proces korporatizácie počas prvých dvoch rokov neznížil dostupnosť zdravotnej starostlivosti, a to ako z kvantitatívneho aj kvalitatívneho hľadiska.** Nerovnosť a efektívnosť poskytovanej starostlivosti neutrpeli ani zvýšenou produkciou (chirurgickou alebo lekárskou).

Správa monitorovacích programov Dvora audítorov, ktorá hodnotí nemocničné modely riadenia v štátnom sektore v období 2001 – 2004 dospela k záveru, že prijatie nového modelu riadenia nemalo dopad na zníženie efektivity.

Naopak, dôkazom je celkové zvyšovanie efektivity, štatistické dôkazy o zlepšovaní kvality v analyzovanej skupine a žiadne dôkazy o strate vlastného kapitálu z pohľadu jeho dostupnosti (Court of Auditors, 2006).

Porovnanie nemocníc na základe DEA (Data Envelopment Analysis) v období 2001 – 2005 upozorňuje že počiatočné rozdiely medzi transformovanými nemocnicami EPE a nemocnicami SPA nie sú veľmi významné. Avšak málo efektívne nemocnice typu EPE pred reformou sa v nasledujúcich rokoch zlepšili (Moreira, 2008).

V roku 2008, štúdia hodnotiaca dopady modelu riadenia nemocníc typu Hospitals SA z pohľadu efektívnosti označila tieto nemocnice spomedzi všetkých nemocníc za najefektívnejšie (Harfouch, 2008).

PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Kompetencie v oblasti riadenia nemusí mať iba ministerstvo zdravotníctva, ale rovnocenným partnerom môže byť aj ministerstvo financií, ktoré má vhodnejšie kapacity v otázkach rozpočtovania a finančných transakcií.**
- **K zvýšeniu transparentnosti a zodpovednosti môžu viesť pravidlá corporate governance, napríklad v podobe (správnej, dozornej) rady, ktorej členovia sú kompetentní zamestnanci nemocnice.**
- **Hospodárenie (aj strata) ostáva v nemocnici, pričom neefektívne hospodárenie vedie ku konkurzu, ktorý môže byť riešený zvýšením kapitálu alebo prostredníctvom určitej dotácie.**
- **Financovanie nemocnice pomocou PPP projektu je administratívne náročný proces a nesprávne nastavenie spolupráce môže viesť k nedostatočnej kontrole štátu.**

4.5 ŠPANIELSKO – OD VEREJNÝCH SPOLOČNOSTÍ K VEREJNO- SÚKROMNÝM PARTNERSTVÁM A KONCESIÁM

Španielsky národný zdravotný systém (Sistema Nacional de Salud, SNS) ponúka univerzálnu zdravotnú starostlivosť s krytím pre všetkých obyvateľov v Španielsku a poskytuje verejne financované zdravotnícke služby, financované najmä z daní. Verejne financované zdravotnícke služby sú spravidla zdarma a systém je decentralizovaný. Zodpovednosť za organizáciu zdravotníctva má do značnej miery každý zo 17 regiónov alebo autonómnych oblastí (García-Armesto et al., 2010).

Španielsko so 46,7 mil. obyvateľov malo začiatkom roka 2008 celkovo 804 nemocníc, z ktorých 40 % patrí pod SNS a zvyšné sú v súkromnom vlastníctve (García-Armesto et al., 2010). V roku 2011 pripadalo na 1 000 obyvateľov 3,2 postele (OECD, 2013). Pre porovnanie, na Slovenku v roku 2011 pripadlo na 1 000 obyvateľov 6,1 postele (OECD, 2013).

V roku 2012 bolo v Španielsku 5 typov regionálnych nemocníc:

- **Konzorcium** (špan. Consorcio)
- **Verejná zdravotnícka spoločnosť** (špan. Empresa Pública Sanitaria – EPS)
- **Nadácia** (špan. Fundación)
- **Verejná zdravotnícka nadácia** (špan. Fundación Pública Sanitaria – FPS)
- **Správna koncesia** (špan. Concesión Administrativa – CA)

Konzorciá sú právnické osoby vyplývajúce zo zlúčenia zdrojov z viac ako jedného orgánu verejnej správy, zvyčajne regionálnej a lokálnej. V španielskom zdravotníctve pôsobia od roku 1980, najmä v Katalánsku. Zamestnanci nie sú verejnými zamestnancami a vedenie nemocnice má zvyčajne autonómiu na prenájom alebo kúpu zariadení a rozhodovanie o ponúkaných službách.



Často pritom služby kryté z verejných zdrojov dopĺňajú nadštandardnými službami financovanými súkromným zdravotným poistením alebo plne hrazenými pacientom (Álvarez, Durán, 2013).

V roku 1992 andalúzska vláda pod vedením Socialistickej strany predstavila model verejných zdravotníckych spoločností (EPS). V tomto modeli zamestnanci nie sú vo verejnej službe, lekári sú platení podľa výkonnosti. Organizácie sú pod politickým vplyvom (regionálny minister zdravotníctva predsedá Dozornej rade spoločnosti) (Álvarez, Durán, 2013).

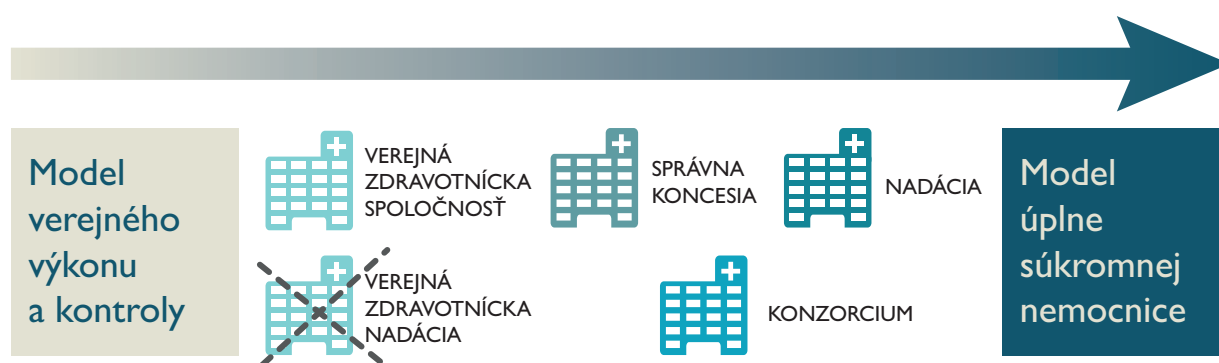
Nadácie (Fundaciones) sú neziskové organizácie upravené súkromným právom a majú väčšiu právomoc rozhodovať o type služieb, ktoré poskytujú. Tento model bol predstavený v roku 1994, opäť Socialistickou stranou. Personál „neziskoviek“ netvorí verejní zamestnanci. Tento typ nemocníc má slobodu pri výbere investovania a prenájmu či odkúpenia zariadenia. Môžu tiež spravovať svoje vlastné peňažné toky a priamo vyplácať ich poskytovateľom (čo im umožňuje vyjednávať lepšie podmienky) (Álvarez, Durán, 2013).

V roku 1998, namiesto rozširovania vzoru nadácie, vláda z obavy z otvoreného konfliktu

s odbormi predstavila model verejnej zdravotníckej nadácie FPS. Rovnako ako EPS je aj FPS verejný subjekt, pričom personál tvoria verejní zamestnanci. Riadiaci orgán, ktorý je zodpovedný za menovanie generálneho riaditeľa nemocnice, sa obvykle skladá zo zástupcov regionálneho ministerstva zdravotníctva a miestnych úradov. V decembri 2012 bola posledná nemocnica transformovaná na EPS model (Álvarez, Durán, 2013).

V roku 1999 bol vo Valencii konzervatívami založený model správnej koncesie (CA). V rámci tohto modelu, koncesovaná súkromná firma (zvyčajne joint venture medzi súkromnými zdravotnými poisťovňami, zdravotnými skupinami, stavebnými sporiteľňami a bankami), získava tender na výstavbu nemocnice a – na rozdiel od Private Finance Initiative (PFI) známeho z Veľkej Británie – aj možnosť ju riadiť, vrátane poskytovania klinických a neklinických služieb, zvyčajne s neverejnými zamestnancami (Álvarez, Durán, 2013). Tento model bol vyskúšaný v nemocnici v Alzira. Z pohľadu autonómie môžeme zoradiť päť modelov samosprávnych nemocníc (Schéma 8) od Verejnej zdravotníckej spoločnosti (EPS) až po nemocnice typu PPP založené na koncesiách (CA).

SCHÉMA 8: PÄŤ MODELOV SAMOSPRÁVNÝCH NEMOCNÍC V ŠPANIELSKU



Poznámka: Prečiarknuté znamená, že v súčasnosti už neexistuje zariadenie tohto typu – posledná nemocnica tohto typu bola transformovaná späť na tradičný model ESP v decembri 2012.

Zdroj: Álvarez A., Durán A.: Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis, Eurohealth, Volume 19, Number 1, 2013

RÁMČEK 9: MODEL HOSPITAL DE LA RIBERA V ALZIRE²²⁾

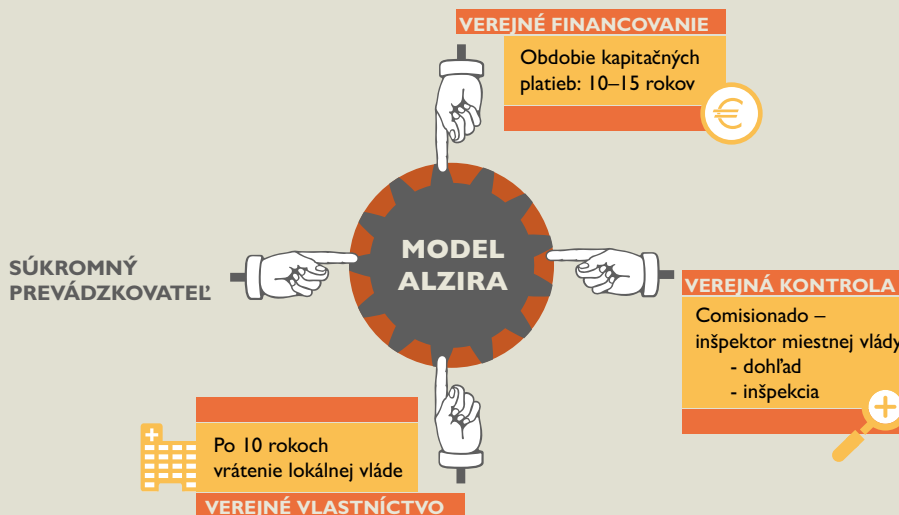
Model Alzira vznikol na základe dohody medzi vládou Valencie a súkromnou spoločnosťou UTE (Dočasná Únia spoločností), ktorú tvorila najväčšia súkromná zdravotná poisťovňa v Španielsku ADESLAS (podiel 51 %), regionálna stavebná spoločnosť Ribera Salud (45 %) a stavebná firma Lubas (4 %), ktorá budovala nemocnicu.

Tento model bol financovaný vládou Valencie cez kapitačný systém poplatkov: na jedného obyvateľa La Ribera ministerstvo zdravotníctva odsúhlasilo ročný poplatok, ktorý je uhrádzaný vládou Valencie na účet súkromného partnera. UTE bolo zodpovedné za výstavbu a vybavenie novej nemocnice ako aj správu a poskytovanie všetkých nemocničných služieb. Podľa prvej dohody minimálne po dobu 10 rokov. Kapitačný poplatok sa každoročne zvyšuje v súlade s indexom spotrebiteľských cien.

Ak by boli pacienti spadajúci pod La Ribera liečení inde ako v nemocnici de la Ribera, UTE by im muselo zaplatiť plnú cenu podľa DRG. Ak sú v la Ribera ošetrovaní mimospádoví pacienti, UTE dostáva 80 % z ceny DRG. Tento rozdiel vznikol s cieľom odradiť UTE prilákať príliš veľa pacientov z inej oblasti do ich nemocnice.



PRINCÍP MODELU ALZIRA:



Zdroj: Serrano, Morato, Ferrer, 2010

dokončenie tabuľky na nasledujúcej strane >>>

22) Spracované podľa Serrano C. T., Morato T. Q., Ferrer M.M: The Alzira Model: PPP in an Integrated Health Services Organization, Euro Observer . The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2010, Volume 12, Number 1, 2010

RÁMČEK 9 (DOKONČENIE): MODEL HOSPITAL DE LA RIBERA V ALZIRE



Vláda Valencie je zodpovedná za to, aby pacienti z oblasti La Ribera dostávali rovnaké (aj v zmysle kvality) zdravotné služby ako zvyšok obyvateľov regiónu. Z tohto dôvodu bola vytvorená úloha osobitného miestneho kontrolóra (Comisionado). Ten, ako zástupca vlády Valencie, sídli v nemocnici a je zodpovedný za riadenie, kontrolu a schvaľovanie noriem i uloženie sankcií v prípade ich nedodržavania. Na konci koncesného, zmluvného obdobia areál nemocnice a lekárske zariadenia opäť pripadnú vláde Valencia.

Spočiatku boli koncesie v Alzire zamerané na poskytovanie nemocničnej starostlivosti. To spôsobovalo potenciálne problémy s nákladmi na presun medzi primárnou a nemocničnou starostlivosťou (zdvojenie zdravotníckych služieb a nedostatočná koordinácia). V tomto modeli bolo problematické aj rozpočtovanie, nakoľko CPI bolo oveľa nižšie ako zvyšovanie rozpočtu na zdravotnú starostlivosť všetkých španielskych regionálnych vlád. Tieto problémy vyvrcholili novým model Alzira v roku 2003. V ňom UTE prevzalo zodpovednosť za riadenie a prevádzkovanie nemocnice, rovnako aj za primárnu zdravotnú starostlivosť a model financovania bol prepojený na ročné zvyšovanie zdravotného rozpočtu vlády Valencie, namiesto CPI (Tabuľka).

UTE má ročný rozpočet založený na kapitačnom systéme. Je zodpovedný za svoje výdavky a riadenie poskytovaných služieb. Ak na konci roka UTE prekročil svoj rozpočet, musí pokryť vzniknutý rozdiel. Možnosť súkromných subjektov tvoriť neprimerane vysoké finančné zisky z verejných zdravotných služieb boli jedným z najkontroverzejších aspektov tohto typu PPP. Preto sa v roku 2003 prijalo opatrenie na obmedzenie ziskov. Nemocnica si môže ponechať maximálne 7,5 % z vnútornej miery výnosnosti a všetko nad touto hranicou sa vracia vláde vo Valencii. Dnes sa zisky UTE pohybujú na úrovni 1-2 %.

VÝVOJ A POROVNANIE MODELU ALZIRA

Alzira Model I: 1999-2003

Garantovaný na 10 rokov, pre špecializovanú lekársku starostlivosť rozšírený na 15 rokov

Kapitačný poplatok: **€ 204 + index spotrebiteľských cien (1999)**

Výstavba novej nemocnice: Nemocnica de la Ribera

Súkromné investície: **€ 61 miliónov**

Alzira Model II: 2003-2018

Garantovaný na 15 rokov, pre riadenie nemocnice a primárnej starostlivosti rozšíriteľný na 20 rokov

Kapitačný poplatok: **€ 379 (€ 603 v roku 2010) + percento z ročného zvýšenia v rozpočte zdravotníctva vlády Valencie**

Súkromné investície: **€ 68 miliónov**

Limit vnútornej miery zisku: **< 7,5 %**

Zdroj: autor podľa Serrano, Morato, Ferrer (2010)

Okrem La Ribera boli vo Valencii koncesie udelené aj v Torrevieja (2003), Denia (2004), Manises (2006) a Crevillent (2007) a tiež v autonómnej oblasti Madridu: Valdemoro (2005) a Torrejon (2009).



Najväčší politický boj ohľadom smerovania nemocníc sa odohráva v madridskom regióne. Tam donedávna fungovali štyri nemocnice na základe vzorca správnych koncesíí (CA) a ďalších sedem nových nemocníc funguje principiálne ako PFI (Álvarez, Durán, 2013). Regionálna vláda v Madride však v roku 2013 naplánovala prijať model CA v šiestich zo siedmich nemocníc a v 27 zdravotníckych zariadeniach. Po dlhobojnej a veľkej kritike, sprevádzanej regionálnym štrajkom v zdravotníctve a rezignáciou koordinátorov primárnej starostlivosti ako aj členov nemocničných klinických výborov napokon k zmene statusu šiestich nemocníc nedošlo. Tí poukazovali hlavne na nedostatok dôkazov, že plánované kroky prinesú zlepšenie služieb a znížia náklady (Lyne, 2013). Začiatkom roku 2014 šéf lokálnej vlády Javier Fernández-Lasquetty zodpovedný za transformáciu nemocníc pod vplyvom politického tlaku a po rozhodnutí krajského súdu, ktorý v septembri 2013 našiel v procese transformácie nezrovnalosti odstúpil z funkcie a proces sa tak definitívne zastavil (Spanishnewstoday, 2014).

Nové modely riadenia sú efektívnejšie vo využívaní zdrojov (postelí) a v maximalizácii využitia alternatív ambulantnej starostlivosti, s priemernými nákladmi na jednotku výroby, ktorá je o 30 % nižšia, pričom nárast aktivity ľudských zdrojov je 37 % (IASIST, 2012). Vzhľadom na to, že nové nemocnice bývajú rozmerovo menšie a majú menší počet zamestnancov (zväčša do 300 postelí), majú jednoduchší case-mix pacientov ako tradičné nemocnice, daná skutočnosť nie je prekvapujúca (Álvarez, Durán, 2013). Pri kapitálnych platbách treba mať na pamäti aj riziká, ktorá so sebou tento mechanizmus prináša – napríklad poskytovať minimálne množstvo zdravotnej starostlivosti („prázdna nemocnica zarába navyše“), čo nemusí vždy znamenať reálnu efektívnosť, hlavne ak dochádza k podliečovaniu alebo zníženiu dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Štúdia NHS v roku 2011 zhodnotila výkon nemocnice de la Ribera v Alzira v porovnaní s tradičnými nemocnicami Valencie pozitívne. Alzira má vyššiu spokojnosť pacienta, nižšiu absenciu zamestnancov na pracovisku, kratšiu priemernú dĺžku pobytu, kratšie čakacie doby a nižšie kapitálne náklady (NHS, 2011). Až 91 % spotrebiteľov hodnotí túto nemocnicu pozitívne, pričom v 89 % by ju určite odporučili svojim blízkym alebo by sa do nej vrátili. Naopak, iba

2 % ju hodnotia negatívne a iba 1 % by ju určite neodporučilo svojim blízkym alebo by sa do nej nevrátilo (Pardo, 2008).

Iná štúdia v tomto smere namieta, že Alzira možno neukazuje jej celkové čísla. Zároveň upozorňuje, že ak by zmluva nebola nanovo dohodnutá, pôvodný projekt by nikdy nebol životaschopný (Acerete, Stafford, Stapleton, 2011).

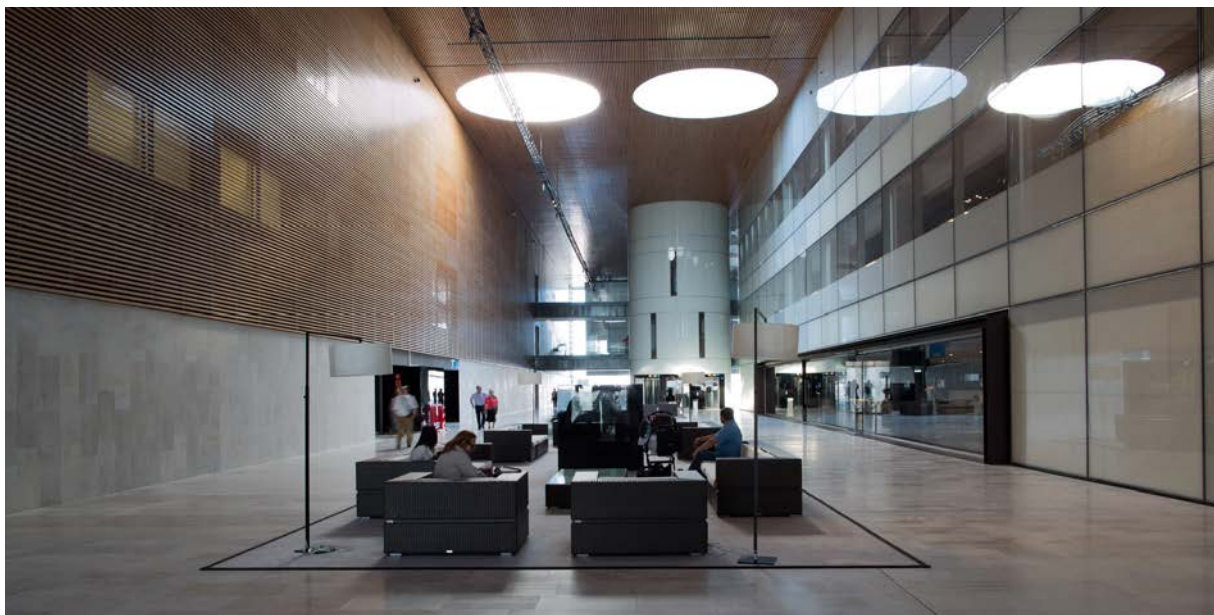
Kritici tohto modelu zároveň tvrdia, že náklady v nemocniciach typu CA alebo FPI sú oveľa vyššie než vo verejne riadených nemocniciach. Nedávna štúdia najväčšieho zdravotníckeho odborového zväzu v Madride tvrdí, že v CA alebo PFI predstavujú denné náklady na posteľ € 1,660, zatiaľ čo vo verejnej nemocnici sú denné náklady na úrovni € 955 (Csit, 2012). Model Alzira však v porovnaní s inými PPP projektmi dosahuje nižšie náklady, vyššiu produktivitu a väčšiu flexibilitu (Pablo, 2008).



PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Jednou z možností výstavby novej nemocnice je špecifický model súkromno-verejného partnerstva – koncesný model.**
- **Partnerom štátu nemusí byť výhradne jedna firma, ale konzorcium zložené napríklad zo súkromných poisťovní či stavebných firiem.**
- **Separácia primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti nie je vhodná, preto treba voliť koordinovaný model – integrovaný systém, ktorý v sebe zahŕňa správu a riadenie oboch typov starostlivosti.**

RÁMČEK 10: HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS V MADRIDE



Nová nemocnica Rey Juan Carlos sa nachádza v meste Móstoles, druhom najväčšom meste Madridského spoločenstva (Comunidad de Madrid). Nemocnica bola dokončená v roku 2012 ako centrum integrovanej zdravotnej siete, ktorá zabezpečuje zdravotnú starostlivosť pre 180 000 občanov v Móstoles a jeho okolia. Nemocnica má 260 izieb, 12 operačných sál, 54 ambulancií, 33 vyšetrovní, 7 rádiologických pracovísk, 84 urgentných staníc, 17 dialyzačných staníc, 20 lekárskeho denných staníc, 20 chirurgických denných staníc a 17 rádiologických staníc (Lamp, S.A.U.). Nemocnica má celkovo viac ako 300 postelí a celkovú rozlohu 94 705 m².

Nemocnicu navrhlo štúdio Rafael de La-Hoz Arquitectos. Special-purpose entity (SPE), special-purpose vehicle (SPV) či financial vehicle corporation (FVC) bol v tomto prípade Capio Móstoles S.A a konzultantom bola spoločnosť GHESA Ingeniería y Tecnología, S.A. Hlavným konštruktorom bolo OHL (Obrascon Huarte Lain).



Koncepcne je nemocnica štruktúrovaná do troch modulov. Základ nemocnice tvorí veľká obdĺžniková konštrukcia nad ktorou vyčnievajú dve kruhové veže. Architektúra je inšpirovaná novinkami z bytovej architektúry. Nemocnica je presvetlená a tichá. Na dosiahnutie tichosti boli v nemocnici odstránené hlasné koridory. Architektúra značne využíva prirodzené svetlo namiesto umelého. Rey Juan Carlos je za pomoci využitia denného svetla, vetrania, využitia ekologicky šetrných materiálov a technológií z obnoviteľných zdrojov energie veľmi „eco-friendly“.

dokončenie tabuľky na nasledujúcej strane >>>



RÁMČEK 10 (DOKONČENIE): HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS V MADRIDE

Náklady na nemocnicu boli 74,1 mil. € (ArchDaily, 2012) a celkové náklady na projekt sú na úrovni 232 mil. € s koncesnou zmluvou na 30 rokov (Acerete, Stafford, Stapleton, 2013). Architekt De La Hoz s takto nastaveným projektom vyhral súťaž projektov v roku 2010, nakoľko nemocnica bola navrhnutá a postavená iba za 18 mesiacov za približne 140 dolárov za štvorcovú stopu (v prepočte 1 098,71 € za m² pri súčasnom kurze), čo sú na španielske pomery relatívne nízke náklady pre stavbu tohto typu (Cohn, 2013).

Hlavný príjem koncesionára je daný platbou na obyvateľa v súvislosti s poskytovaním služieb špecializovanej zdravotnej starostlivosti krytej populácie z priradenej – spádovej oblasti. O účelnosti a efektívnosti tohto projektu je predčasné hovoriť, pretože nemocnica je v prevádzke veľmi krátko. Podobne ako pri iných PPP projektoch, aj pri tejto nemocnici kritici poukazujú na riziká kapitálnych platieb a spochybujú potrebu a využiteľnosť tak monumentálnej stavby akou táto nemocnica nepochybne je.



4.6 NEMECKO – INVESTIČNÉ PAUŠÁLY DRG

V roku 2012 bolo v Nemecku 2 017 nemocníc s 501 489 postelami. Na 1 000 obyvateľov tak pripadá 6,13 postele. V Nemecku klesá podiel verejných nemocníc a stúpa podiel súkromných nemocníc. Verejné nemocnice majú pritom spolu 240 275 postelí, čo je 48 % celkového postelného fondu, súkromné nemocnice majú 90 044 postelí, čo je 18 % podiel na všetkých posteliach v Nemecku (v roku 2002 mali pritom podiel 9 %).

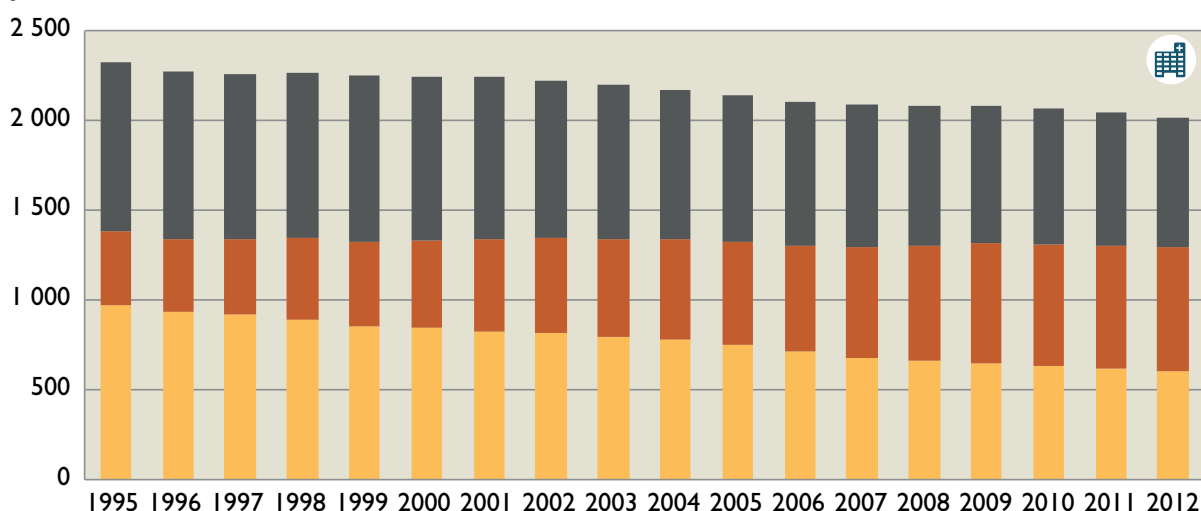
Jednotlivé spolkové krajiny v Nemecku sú zodpovedné za plánovanie nemocničných kapacít. **Krajiny majú teda rozhodovaciu právomoc pri povolení pre nemocnice, plánujú kapacity nemocníc a postelí.**

Nemocnica, ktorá sa stane súčasťou takéhoto plánu (Plankrankenhaus) má podľa zákona nárok na zmluvu so zdravotnou poisťovňou v rámci zákonného zdravotného poistenia. Súčasťou plánu sa automaticky stávajú univerzitné nemocnice, iné nemocnice nemajú automatický nárok stať sa súčasťou plánu nemocníc. Nemocnica môže uzavrieť aj zmluvu priamo so zdravotnou poisťovňou (tzv. Vertragskrankenhaus).

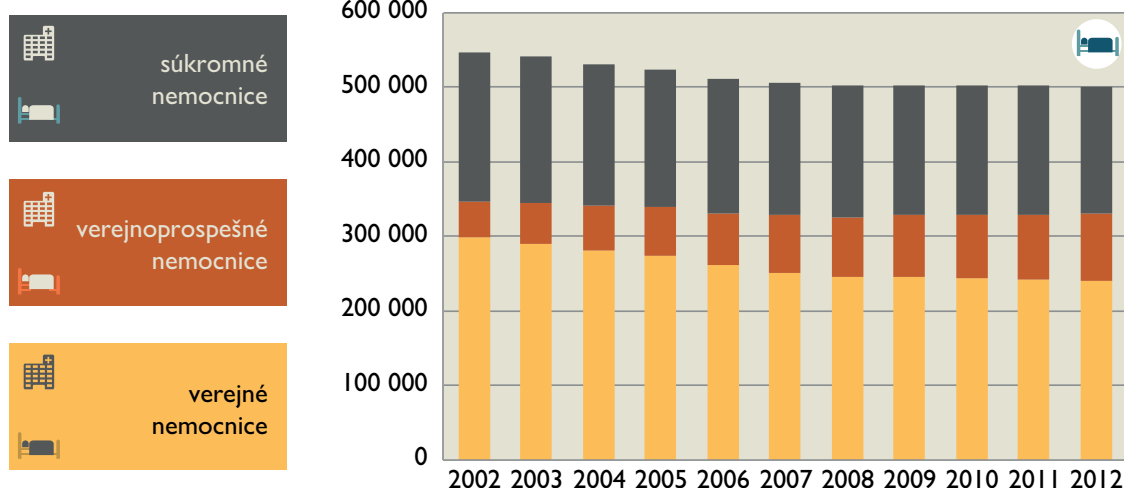


GRAF 10: PREHĽAD VÝVOJA POČTU NEMOCNÍC A POČTU POSTELÍ PODĽA VLASTNÍKA V NEMECKU OD 1995 RESP. 2002 DO 2011

počet nemocníc



počet postelí



Zdroj: Statistisches Bundesamt Deutschland



Pri financovaní nemocníc v Nemecku sa vychádza z pravidla delenia kompetencií. **Spolkové krajiny sú zodpovedné za investičné náklady v nemocniciach, zdravotné poisťovne hradia prevádzkové náklady nemocníc.**

Koncom roku 1992 bol v Nemecku prijatý zákon, ktorého cieľom bolo postupné dorovnávanie úrovne nemocničnej zdravotnej starostlivosti v zjednotenej republike. Súčasťou tohto zákona bola aj dohoda o kapitálovom financovaní nemocníc vo vybraných spolkových krajinách. Toto rozhodnutie vychádzalo z analýz, ktoré **vyčíslili medzeru v kapitálovom financovaní nemocníc v bývalom východnom bloku Nemecka na 31 miliárd nemeckých mariek – približne 15,85 miliardy eur.**

Ako reakcia na tento deficit v kapitálovom financovaní bol pripravený rozpočet vo výške 21 miliárd nemeckých mariek – približne 10,8 miliardy eur spolufinancovaný zo štátneho rozpočtu, rozpočtov spolkových krajín a zo zákonného zdravotného poistenia. V rokoch 1995 až 2004 tak zo štátneho rozpočtu a rozpočtov spolkových krajín prišlo do nemocníc východného bloku spolu 7,2 miliardy eur (rozdeľované podľa počtu obyvateľov danej spolkovej krajiny). Od roku 1995 až do roku 2014 zdravotné poisťovne postupne financujú kapitálové výdavky týchto nemocníc celkovo v sume 3,6 miliardy eur (momentálne vo výške 5,62 eur za každý deň hospitalizácie vstupujúci do zúčtovania s poisťovňou – Berechnungstag).

Okrem tohto špeciálneho kapitálového financovania, financovali jednotlivé spolkové krajiny kapitálové výdavky svojich nemocníc v bežnom režime na základe delenia kompetencií financovania medzi krajiny a poisťovne podľa zákona o financovaní nemocníc.

Celkové výdavky na zdravotníctvo v roku 2011 boli v Nemecku 293 miliárd eur. **Kapitálové financovanie nemocníc v jednotlivých spolkových krajinách prebieha buď formou jednorazovej podpory alebo formou paušálnej podpory.** Paušálnu podporu dostáva nemocnica vo forme ročného paušálu a je určená na priebežné investovanie, nemocnica s týmito prostriedkami môže nakladať podľa svojho uváženia. Jednorazovú podporu dostane nemocnica ak podá žiadosť a spolková krajina

jej túto podporu schváli. V roku 2010 investovali spolkové krajiny v Nemecku v priemere 6 389 eur na jednu nemocničnú posteľ.

Reformou zákona o financovaní nemocníc bol v Nemecku naštartovaný proces zmeny investičného financovania nemocníc. Táto zmena sa týka všetkých nemocníc, ktoré sú súčasťou plánov nemocníc jednotlivých spolkových krajín a sú odmeňované systémom DRG.

DRG inštitút pripravil tzv. investičné paušály orientované na výkon

(leistungsorientierte Investitionspauschalen), ktoré môžu od začiatku roku 2013 jednotlivé spolkové krajiny implementovať (nemajú zatiaľ povinnosť). Medzi krajiny, ktoré sa zapojili patrí napr. Severné Porýnie-Vestfálsko, Hesensko alebo Brandenbursko. Investičné paušály orientované na výkon vychádzajú z DRG a sú na jeho výkony naviazané. Odmena za každý výkon v rámci DRG by tak v budúcnosti mala obsahovať aj informáciu pre jednotlivé spolkové krajiny ohľadne investičnej potreby nemocníc.

Ako uvádza k procesu vývoja nemecký DRG inštitút, vo svete neexistuje porovnateľný systém, ktorým by sa mohli inšpirovať, ide o úplne nový systém. Pilotný test dopadol podľa DRG inštitútu dobre, metodika aj model sú vhodné k výpočtu investičných paušálov. Momentálne prebieha testovacia fáza v nemocniciach a čaká sa na prvé výsledky zo spolkových krajín.

Zmena investičného financovania by priniesla so sebou lepšiu plánovateľnosť príjmov pre nemocnice, avšak neznamená viac prostriedkov do systému. Dnes odhadovaný investičný deficit v nemeckých nemocniciach vo výške 30 miliárd EUR by ostal nezmenený.

Ako uvádzame v úvode popisu nemeckých nemocníc, počet súkromných nemocníc má stúpajúcu tendenciu. Tento trend úzko súvisí s finančnou situáciou nemocníc. **Odhaduje sa, že približne 15 % nemocníc v Nemecku je ohrozených platobnou neschopnosťou. Trh nemocníc sa tak postupne reštrukturalizuje a to buď špecializáciou nemocníc** (menšie nemocnice zužujú svoju ponuku služieb a zlepšujú tak hospodárenie) **alebo privatizáciou.** Privatizujú sa pritom najmä nemocnice vo vlastníctve obcí, nakoľko tieto nie sú schopné finančne dotovať a efektívne riadiť svoje nemocnice.

TABUĽKA 23: PREHĽAD KAPITÁLOVÝCH DOTÁCIÍ DO NEMOCNÍC VO V SPOLKOVÝCH KRAJINÁCH BÝVALÉHO VÝCHODÉHO NEMECKA, 1995 AŽ 2010

	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Berlín / Berlin*																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8						
príspevok poisťovní v mil. € ***	44,0	36,3	32,3	43,6	41,8	20,0	37,8	36,3	35,0	34,1	33,6	32,9	33,0	32,7	32,8	33,1
spolu kapitálove dotácie v mil. €	113,8	106,1	102,2	113,5	111,6	89,8	107,6	106,1	104,8	103,9	33,6	32,9	33,0	32,7	32,8	33,1
počet nemocníc	97	68	68	73	74	76	70	67	69	71	71	72	71	74	79	79
počet obyv. v mil.	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Brandenburgsko / Brandenburg																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5	112,5						
príspevok poisťovní v mil. € ***	20,4	20,2	20,2	28,1	28,1	27,7	27,3	27,1	26,4	25,3	25,3	25,0	24,9	25,2	25,2	25,2
spolu kapitálove dotácie v mil. €	132,9	132,6	132,7	140,6	140,6	140,2	139,8	139,6	138,8	137,8	25,3	25,0	24,9	25,2	25,2	25,2
počet nemocníc	60	59	58	55	53	54	53	51	49	47	47	47	47	50	52	52
počet obyv. v mil.	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
investícia na 1 obyvateľa v €	52,3	52,1	51,8	54,5	54,2	53,9	53,8	54,0	53,9	53,6	9,9	9,8	9,8	10,0	10,0	10,0
investícia na 1 nemocnicu v mil. €	2,2	2,2	2,3	2,6	2,7	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Meklenbursko-Predpomoransko / Mecklenburg-Vorpommern																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0						
príspevok poisťovní v mil. € ***	15,0	14,4	14,0	19,4	19,0	18,9	18,6	18,1	17,6	17,1	17,0	16,9	16,9	17,1	17,2	17,1
spolu kapitálove dotácie v mil. €	99,0	98,4	98,0	103,4	103,0	102,8	102,6	102,1	101,5	101,0	17,0	16,9	16,9	17,1	17,2	17,1
počet nemocníc	37	37	36	37	35	35	36	36	35	34	34	34	33	36	39	39
počet obyv. v mil.	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6
investícia na 1 obyvateľa v €	54,1	54,0	54,0	57,3	57,4	57,7	58,0	58,3	58,4	58,5	9,9	9,9	10,0	10,2	10,4	10,4
investícia na 1 nemocnicu v mil. €	2,7	2,7	2,7	2,8	2,9	2,9	2,8	2,8	2,9	3,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Sasko / Sachsen																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0	209,0						
príspevok poisťovní v mil. € ***	38,2	38,0	37,6	52,2	52,2	51,8	50,9	50,1	48,6	45,3	44,7	43,6	43,3	42,9	43,6	43,4
spolu kapitálove dotácie v mil. €	247,2	247,0	246,6	261,2	261,2	260,8	259,9	259,1	257,6	254,3	44,7	43,6	43,3	42,9	43,6	43,4
počet nemocníc	96	96	97	96	95	92	92	88	87	86	85	82	80	80	82	80
počet obyv. v mil.	4,6	4,6	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4	4,3	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2	4,2
investícia na 1 obyvateľa v €	54,0	54,2	54,4	58,0	58,4	58,7	59,0	59,4	59,4	59,0	10,4	10,2	10,2	10,2	10,4	10,5
investícia na 1 nemocnicu v mil. €	2,6	2,6	2,5	2,7	2,7	2,8	2,8	2,9	3,0	3,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sasko-Anhaltsko / Sachsen-Anhalt																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9	125,9						
príspevok poisťovní v mil. € ***	24,0	23,8	23,5	31,8	31,3	31,0	30,3	29,5	28,6	27,6	27,2	26,8	26,7	26,2	26,0	25,8
spolu kapitálove dotácie v mil. €	149,8	149,7	149,4	157,7	157,1	156,9	156,1	155,4	154,5	153,5	27,2	26,8	26,7	26,2	26,0	25,8
počet nemocníc	66	62	60	59	58	56	55	54	53	51	50	50	50	50	50	50
počet obyv. v mil.	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3
investícia na 1 obyvateľa v €	54,5	54,8	55,0	58,6	59,0	59,6	60,1	60,6	60,9	61,1	11,0	10,9	11,0	10,9	11,0	11,0
investícia na 1 nemocnicu v mil. €	2,3	2,4	2,5	2,7	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Durínsko / Thüringen																
kapitálove dotácie /rok v mil. € **	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6	114,6						
príspevok poisťovní v mil. € ***	22,2	21,8	21,6	29,9	30,2	29,4	28,9	28,3	27,4	26,0	25,9	25,4	25,5	25,6	25,6	25,3
spolu kapitálove dotácie v mil. €	136,8	136,5	136,2	144,5	144,8	144,0	143,5	142,9	142,0	140,7	25,9	25,4	25,5	25,6	25,6	25,3
počet nemocníc	60	57	57	56	53	53	53	49	49	50	46	45	44	43	42	42
počet obyv. v mil.	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2
investícia na 1 obyvateľa v €	54,5	54,7	54,8	58,5	59,0	59,0	59,3	59,5	59,6	59,5	11,0	10,9	11,1	11,2	11,3	11,3
investícia na 1 nemocnicu v mil. €	2,3	2,4	2,4	2,6	2,7	2,7	2,7	2,9	2,9	2,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

* Berlín mal povinnosť použiť prostriedky výlučne pre nemocnice bývalej východnej časti, preto prepočet na obyvateľstvo a nemocnice neuvádzame

** dotácia štátu + spolkovej krajiny (dotácia zo strany štátu bola podmienená rovnakou dotáciou zo strany spolkovej krajiny), v rokoch 1995–2004 – v tabuľke uvádzame túto celkovú sumu

*** ročný príspevok poisťovní na kapitálové výdavky nemocníc

Zdroj: štatistické úrady jednotlivých spolkových krajín a Spolkový štatistický úrad, www.dkgev.de, HPI výpočty


TABUĽKA 24: KAPITÁLOVÉ FINANCOVANIE V NEMECKU PODĽA ZÁKONA O FINANCOVANÍ NEMOCNÍC

	2009	2010	2011
	investície mil. €	investície mil. €	investície mil. €
Baden-Württemberg	340,0	337,0	382,5
Bayern	500,0	500,0	450,0
Berlin	110,0	84,1	83,4
Brandenburg	111,6	104,3	98,4
Bremen	33,2	36,8	30,2
Hamburg	120,7	100,4	117,4
Hessen	262,9	262,9	224,5
Mecklenburg-Vorpommern	73,0	68,7	69,1
Niedersachsen	283,3	279,2	238,7
Nordrhein-Westfalen	506,0	493,0	496,8
Rheinland-Pfalz	121,8	121,8	113,8
Saarland	22,6	38,3	38,7
Sachsen	94,6	94,6	97,0
Sachsen-Anhalt	79,9	70,9	67,0
Schleswig-Holstein	93,9	95,5	84,7
Thüringen	125,3	134,2	70,0
Nemecko	2 860,8	2 821,6	2 665,2

Zdroj: www.dkgev.de

Okrem modelu odkúpenia celej nemocnice sa v Nemecku používajú aj modely čiastočného vstupu investora. Ten preberá len určité úlohy v rámci nemocnice, najčastejšie ide o manažment zariadenia. V Nemecku pôsobí viacero súkromných nemocničných sietí. Tabuľka 25 ukazuje obrat štyroch najväčších sietí v roku 2012.

V polovici septembra 2013 bola oznámená veľká akvizícia, **koncern Fresenius kúpil väčšiu časť nemocníc siete Rhön Klinikum a stal sa tak najväčším súkromným prevádzkovateľom nemocníc v Európe.** Fresenius kupuje 43 nemocníc a 15 medicínskych centier, ktoré by v roku 2013 mali dosiahnuť prevádzkový zisk (EBITDA) vo výške 250 miliónov EUR. Nákupná cena je 3,07 miliardy EUR. Momentálne sa čaká na vyjadrenie nemeckého

Protimonopolného úradu, pri niektorých nemocniciach musí dať súhlas s predajom aj predchádzajúci vlastník (väčšinou obec – Gemeinde).

Veľkým privatizačným projektom posledného obdobia bol nákup nemocníc v Hamburgu (vlastnené spolkovou krajinou) sieťou Asklepios v roku 2005.

V čase predaja šlo o komplex siedmich nemocníc s 12 000 zamestnancami s veľkým významom pre celý región. Impulzom k hľadaniu partnera pre spolkovú krajinu boli financie, nemocnice si vyžadovali zásadné investície do svojej obnovy. V čase predaja mali nemocnice záväzky voči bankám a rozpočtu spolkovej krajiny vo výške 477,7 mil. eur a mali naakumulovanú prevádzkovú stratu vo výške 86 mil. eur.

Celá privatizácia bola sprevádzaná veľmi negatívnymi reakciami zo strany verejnosti, diskutovalo sa o rušení pracovných miest a zatváraní nemocníc. Rovnako bola kritizovaná aj predajná cena. Spolu zaplatil Asklepios za nemocnice 245,6 mil. eur, pozemky neboli súčasťou predaja. Odhadované ročné ušetrené prostriedky Hamburgu po predaji nemocníc sú vo výške 100 mil. eur ročne. Od roku 2005 investuje Asklepios do nemocníc 40 mil. eur ročne.

Po vstupe investora do nemocníc došlo aj k prepúšťaniu, do roku 2010 klesol počet nemedicínskych pracovníkov o 17 %. Naopak, počet medicínskych pracovníkov rástol, do roku 2010 o 14 %. Okrem toho prišlo aj k uvoľneniu pozemkov, ktoré mohol Hamburg využiť napríklad na výstavbu. Po pripojení ďalších nemocníc ku komplexu majú nemocnice Hamburg dnes 10 nemocníc s 13 000 zamestnancami.



TABUĽKA 25: OBRAT A ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O NAJVÄČŠÍCH SÚKROMNÝCH NEMOCNIČNÝCH SIEŤACH V NEMECKU, 2012

nemocničná sieť	obrat v miliardách €	počet nemocníc	počet postelí
Helios (Fresenius)	3,20	72	23 286
Asklepios	2,98	67	26 594
Rhön Klinikum	2,86	54	17 089
Sana	1,79	42	9 678*

* väčší dôraz na ambulantnú sféru

Zdroj: HPI podľa výročných správ jednotlivých nemocničných sietí



HELIOS Kliniken



ASKLEPIOS



sana



RHÖN-KLINIKUM AG





Projekty verejno-súkromného partnerstva pri budovaní nemocníc v Nemecku nie sú rozšírené. Väčšiemu rozšíreniu sa týchto projektov bráni okrem iného legislatívne nastavenie v jednotlivých spolkových krajinách (napr. spolkové krajiny Hesensko a Severné Porýnie-Vestfálsko majú vyhovujúcu legislatívu).

Momentálne sa dokončuje pilotný projekt kompletnej výstavby novej nemocnice cez verejno-súkromné partnerstvo v Bad Homburg – výstavba sa dokončila na prelome rokov 2013 a 2014. Vlastníkom nemocnice je okres, právna forma nemocnice je verejnoprospešná spoločnosť s ručením obmedzeným (s.r.o. s daňovými úľavami z titulu uspokojovania verejného záujmu). Spolu ide o výstavbu dvoch zariadení na dvoch rôznych miestach, jedno so 100, druhé so 473 posteľami. Nemocnica ponúka pacientom výlučne 1- a 2-posteľové izby. Súkromný partner – dcérska spoločnosť Hannover Leasing – má na starosti plánovanie, realizáciu a financovanie výstavby, technickú prevádzku budov na 25 rokov a upratovacie služby. Medicínska prevádzka ostáva v kompetencii okresnej nemocnice. Celková hodnota projektu na 25 rokov je 534 mil. eur. Investovaný objem prostriedkov je 250 mil. eur, 70 mil. platí spolková krajina Hessen, zvyšok znáša samotná nemocnica.

PPP projekty zatiaľ nie sú veľmi rozšírené, čo je možné pripísať aj pomaly sa meniacej legislatíve a prísnemu nastaveniu pravidiel. Momentálne prebieha realizácia prvých projektov, na ich zhodnotenie si budeme musieť ešte počkať.

PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Porevolučná východisková situácia vo východnom Nemecku bola podobná ako v bývalom Československu. Rozdielny však bol prístup k tejto situácii. V Nemecku prebehlo masívne investovanie do kapitálového vybavenia nemocníc, tak aby sa tieto priblížili štandardu západonemeckých zdravotníckych zariadení.**
- **Nemocnice sú, podobne ako na Slovensku, spravidlá vo vlastníctve krajov, okresov, či miest, ktorých financovanie a efektívny manažment presahuje schopnosti týchto samosprávnych celkov. Táto situácia sa rieši buď čiastočnou alebo úplnou privatizáciou takýchto zariadení, čo dáva priestor na vznik a rozvoj súkromných nemocničných sietí v Nemecku. Príklad privatizácie fakultnej nemocnice v Hamburgu ukazuje, že aj projekt privatizácie veľkej nemocnice podstatného významu pre veľké množstvo obyvateľstva môže byť úspešný a môže priniesť pozitívne výsledky v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti ako aj úľavu verejným financiám.**
- **Z regulačného hľadiska je zaujímavá snaha zaviesť v Nemecku investičné paušály orientované na výkon a naviazané na DRG platby. Tento projekt sa ešte len rozbieha, prvé výsledky je možné očakávať v horizonte jedného roka. Táto zmena určite môže priniesť lepší prehľad o skutočných potrebách kapitálového financovania v nemeckých nemocniciach, viac peňazí do nemocníc však neprinesie.**

4.7 ŠVÉDSKO – PRIVATE EQUITY V ŠTÁTNEJ NEMOCNICI

Švédsky systém zdravotníctva je decentralizovaný, 80 % výdavkov na zdravotníctvo sú verejné výdavky na zdravotníctvo financované z rôznych druhov daní. 17 % výdavkov tvoria priame platby – platby, ktoré sa platia v momente čerpania zdravotnej starostlivosti. V roku 2009 bolo vo Švédsku 25 500 nemocničných postelí, z čoho 1100 postelí bolo v súkromných nemocniciach (spolu 6 súkromných nemocníc z celkovo 70 nemocníc).

Švédsko má reputáciu veľmi prísneho regulátora s vysokým podielom štátneho vlastníctva v zdravotníctve a obmedzenou trhovou súťažou. Tento obraz sa však v posledných rokoch začal meniť, oblasť ambulantnej zdravotnej starostlivosti bola otvorená vstupu súkromných hráčov, prišlo k uvoľneniu regulácie najmä v oblasti hradenia zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov, konzumenti zdravotnej starostlivosti dostali viac možnosti rozhodovať o tom, kde a akú zdravotnú starostlivosť budú čerpať.

Uvoľňovaním priestoru pre súkromné vlastníctvo v oblastiach, ktoré boli doteraz vyhradené výlučne pre štátne vlastníctvo, sa Švédsko stalo počas krízy jedným z mála bezpečných prístavov pre investovanie v Európe. V roku 2011 objem investičných prostriedkov smerujúcich do Švédska dosiahol 14,1 % z celkových investičných prostriedkov smerujúcich do Európy. Ešte v roku 2007 to bolo 5,7 %. **Zdravotnícky priemysel bol pritom jedným z kľúčových katalyzátorov upevňovania pozície Švédska ako extrémne zaujímavého trhu pre súkromné investície.**

Veľkým hráčom na zdravotníckom trhu vo Švédsku je skupina Capio. Prevádzkuje tu 20 špecializovaných kliník, 70 jednotiek primárnej zdravotnej starostlivosti, tri lokálne nemocnice a jednu nemocnicu akútnej zdravotnej starostlivosti – St. Göran.

St. Göran je najväčšia nemocnica vo Švédsku prevádzkovaná súkromníkom, Capio ju má vo svojom portfóliu od roku 1999 a v roku 2012 vyhralo súťaž na riadenie nemocnice do roku 2021 so štvorročnou opciou predĺženia. Podmienkou je ďalšia optimalizácia procesov a zníženie nákladov do 10 rokov o 13 mil. eur. Vo výberovom konaní dostala skupina Capio 11 z 12 možných bodov v hodnotení kvality.



RÁMČEK I I: ST. GÖRAN HOSPITAL

St. Göran je štátna nemocnica patriaca okresu, ktorá bola na základe zmluvy daná do prevádzky súkromnému hráčovi Capio. Ide pritom o veľkú nemocnicu poskytujúcu akútnu zdravotnú starostlivosť ako aj plánovanú starostlivosť. Pri riadení nemocnice je kladený veľký dôraz na kvalitu, znižovanie čakacích dôb a spokojnosť pacientov.

V roku 2012 bolo v nemocnici ošetrovaných 77 000 akútnych pacientov v rámci nemocničnej pohotovosti. Pre rok 2013 sa počítalo s nárastom až na 100 000 pacientov. V najbližších piatich rokoch by mal celkový počet pacientov na pohotovosti narásť o 40 %.

St. Göran je jedinou akútnou nemocnicou v Štokholme bez akýchkoľvek čakacích dôb.



Zdroj informácií: Výročná správa Capio 2012



RÁMČEK 12: THE NEW KAROLINSKA SOLNA UNIVERSITY HOSPITAL

Momentálne sa vo Švédsku realizuje jeden z najväčších PPP zdravotníckych projektov v Európe a zároveň prvý PPP projekt v zdravotníctve vo Švédsku. Úplne nový nemocničný komplex vzniká v spolupráci spoločnosti Skanska s britským investičným fondom Innisfree. Obe firmy majú v konzorciu 50%-ný podiel a pri realizácii projektu zodpovedajú za jeho financovanie, výstavbu

a prevádzku a údržbu novej nemocnice až do roku 2040 (s opciou predĺženia na 15 rokov). Za zdravotnú starostlivosť v novej nemocnici bude plne zodpovedná samosprávna jednotka územia Štokholmu, ktorá je aj zadávateľom projektu.

Náklady na dizajn a výstavbu novej nemocnice by mali byť 1,7 miliardy eur (bez vybavenia nemocnice). Nemocnica Karolinska je univerzitnou nemocnicou, v roku 2006 hospodárila so stratou 22,1 mil. eur, v roku 2007 so stratou 41,5 mil. eur. Výberové konanie na partnera sa začalo v októbri 2008, v roku 2010 bola podpísaná zmluva o realizácii projektu.



budova	dokončenie
garáže	december 2012
technologické budovy	máj 2014
hotel pre pacientov + garáže	júl 2016
výskumné laboratórium	september 2016
nemocnica časť 1	2016
nemocnica časť 2	október 2017

Zdroj: group.skanska.com





✓ PONAUCENIE PRE SLOVENSKO:

- **Posledný vývoj vo Švédsku ukazuje na jasný nový trend vo vývoji zdravotníckeho sektora. Postupne, najprv cez ambulantný sektor a postupne aj cez nemocničný prichádza k uvoľneniu legislatívy a vstupu trhových prvkov a súkromného kapitálu.**
- **St Göran je štátnou nemocnicou, patriacou okresu, pričom je prevádzkovaná private equity skupinou Capio a pravidelne posúva štandardy kvality v nemocničnom sektore vo Švédsku a je inšpiráciou aj pre ostatné nemocnice.**

KAPITOLA 5

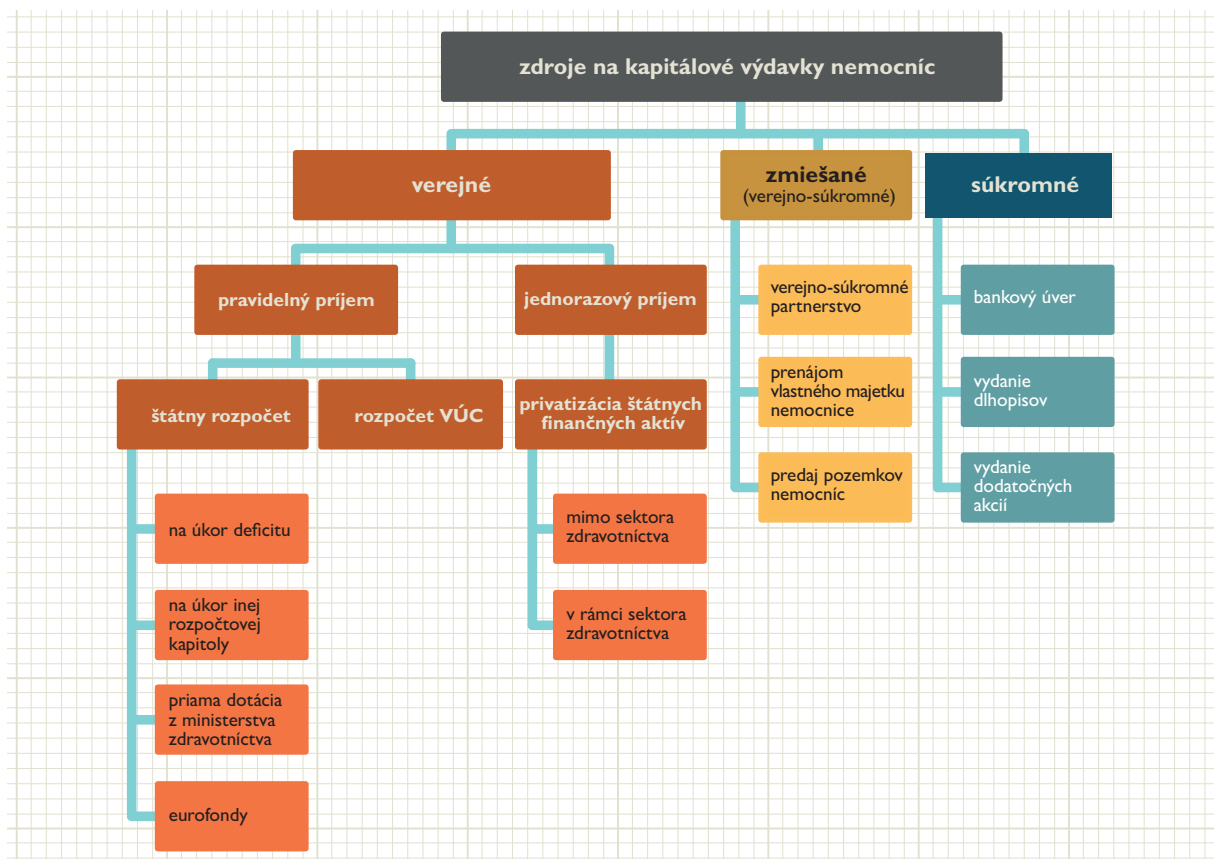
POTENCIÁLNE ZDROJE NA MODERNIZÁCIU NEMOCNÍC

Cieľom tejto kapitoly je analýza možností pre získanie zdrojov pre modernizáciu nemocníc. Budeme sa v nej pýtať na otázku **odkiaľ je možné zdroje získať a aký je potenciál takéhoto zdroja**. V závere sumarizujeme jednotlivé možnosti v krátkodobom a dlhodobom horizonte.

Zdroje na financovanie modernizácie nemocníc je možné získať tromi spôsobmi (Schéma 9):

- verejné (pravidelný príjem a jednorazové)
- zmiešané (verejno-súkromné)
- súkromné

SCHÉMA 9: MOŽNOSTI ZÍSKANIA ZDROJOV NA MODERNIZÁCIU NEMOCNÍC



Zdroj: HPI

5.1 ŠTÁTNY ROZPOČET NA ÚKOR DEFICITU

Získať zdroje na modernizáciu nemocníc je v horizonte najbližších rokov na úkor deficitu nemožné. Z dôvodu ekonomickej krízy bolo zavedených viacero opatrení na obmedzenie deficitov vlád, špeciálne v Európskej únii, kde dlhodobé nadmerné deficity aj v dobrých časoch prispeli k rozvoju dlhovej krízy. Na úrovni SR rovnako ako aj EÚ bolo zavedených niekoľko mechanizmov. Najdôležitejšími z nich sú dlhová brzda a fiškálny kompakt.

Dlhová brzda je zjednodušený názov pre opatrenie prijaté ústavnou väčšinou v parlamente na zamedzenie nadmerného zadlžovania sa do budúcnosti. Bol prijatý dobrovoľne Slovenskou republikou po vzore zahraničných krajín. V roku 2012 dosiahol dlh verejných financií 52,1 % HDP, čím prekročil prvú hranicu stanovenú ústavným zákonom o rozpočtovej zodpovednosti. Z dôvodu slabého rastu HDP a viacerých problémov pri konsolidácii verejných financií je predpoklad, že dlh v roku 2013 prekročí druhú hranicu stanovenú zákonom a to 55 % HDP.

Od septembra 2014 vojde do platnosti nová metodika národných účtov ESA2010, ktorá bude pôsobiť skôr smerom k navýšeniu dlhu SR (napríklad presun úspor z druhého piliera do štátnej schémy nebude zarátaný do zníženia deficitu). Predpokladá sa, že verejný dlh v roku 2014 prekročí hranicu 57 % HDP. Z ankety Klubu ekonomických analytikov (KEA) z 24. septembra 2013 vyplýva, že verejný dlh s veľkou pravdepodobnosťou prekročí v roku 2014 hranicu 55 % a v roku 2015 bude atakovať hranicu 57 %.

Čo by vo všeobecnosti znamenali prekročenia stanovených limitov? Prekročenie hranice 55 % by pre vládu a rovnako aj pre obce a VÚC znamenalo viazanie 3 % výdavkov štátneho rozpočtu a ďalší rok zmrazenie rastu výdavkov. Prekročenie hranice 57 % by pre vládu a rovnako aj pre obce a VÚC znamenalo, že musia predložiť vyrovnaný rozpočet na nasledujúci rok.

Fiškálny kompakt je opatrenie na úrovni Európskej únie prijaté z dôvodu zvýšenia dôvery v očiach finančných trhov. Hlavným pravidlom je, že štrukturálny deficit (deficit upravený o vplyv hospodárskeho cyklu – expanzií a recesií) musí byť menej ako 1 % HDP (ak je dlh signifikantne nižší ako 60 % HDP), v opačnom prípade štrukturálny deficit musí byť nižší ako 0,5 % HDP.

TABUĽKA 26: ROZPOČET KAPITOLY MZ SR (V MIL. EUR)

	2011 _s	2012 _s	2013 _{os}	2014 _n	2015 _n	2016 _n
Kapitola MZ SR, v tom:	1 374	1 532	1 386	1 251	1 259	1 281
poistné platené štátom	1 208	1 358	1 264	1 152	1 180	1 210
príspevok na činnosť OS ZZS	12	12	13	13	13	13
príspevok na činnosť NCZI	0	0	5	10	10	10
výdavky kapitoly na činnosť	62	61	53	47	46	46
prostriedky EÚ	77	84	48	25	8	1
spolufinancovanie k zdrojom EÚ	15	16	5	4	2	0
presun z minulých rokov	1	1	0	0	0	0
Výdavky verejnej správy (ESA 95 na konsolidovanej báze)	26 491	26 758	26 188	27 875	27 623	28 247
Podiel kapitoly MZ SR na celkových výdavkoch	5,2 %	5,7 %	5,3 %	4,5 %	4,6 %	4,5 %

s – skutočnosť, os – očakávaná skutočnosť, n – návrh

Zdroj: MF SR, návrh štátneho rozpočtu na roky 2014–16

5.2 KAPITOLA MZ SR NA ÚKOR INEJ ROZPOČTOVEJ KAPITOLY

Preskupenie zdrojov z inej rozpočtovej kapitoly vyžaduje silného ministra zdravotníctva a ochotu ministra financií presunúť tieto zdroje z iného rezortu. V súčasnej situácii je táto možnosť nízko pravdepodobná. Podľa návrhu štátneho rozpočtu na roky 2014 – 2016, váha kapitoly MZ SR na celkovom rozpočte klesá z 5,7 % na 4,5 % z celkových výdavkov verejnej správy. V roku 2012 bol rozpočet kapitoly MZ SR 1,53 mld. eur, pričom návrh štátneho rozpočtu pre rok 2014 počíta s rozpočtom pre kapitolu MZ SR vo výške 1,26 mld. eur, čo znamená výpadok takmer 300 mil. eur v priebehu 2 rokov (Tabuľka 26).

5.3 PRIAMA DOTÁCIA Z MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA

Priama dotácia kapitálových výdavkov z kapitoly MZ SR je nereálna. Podľa návrhu rozpočtu na roky 2014 – 2016 sú kapitálové výdavky ministerstva rozpočtované na rovnakej úrovni ako v schválenom rozpočte na rok 2013, a to **vo výške 500 tisíc eur**. Prostriedky sú určené na financovanie investičných akcií rozpočtových a príspevkových organizácií v pôsobnosti MZ SR. Táto možnosť by mohla byť reálna jedine v dlhodobom horizonte, súčasne so zavedením nominálneho poistného.

5.4 EUROFONDY

Ministerstvo predpokladá postupné dočerpanie eurofondov v rámci operačného programu Zdravotníctvo, preto je aj náš odhad objemu zdrojov z dlhodobého hľadiska nulový.

V krátkodobom horizonte do roku 2016 môžeme počítať so zdrojmi vo výške **40 mil. eur**.

5.5 ROZPOČET VÚC

VÚC vo svojich rozpočtoch nevedú podrobnú klasifikáciu výdavkov na zdravotníctvo. Všetky výdavky na zdravotníctvo charakterizujú ako bežné výdavky. Rozpočty VÚC však predstavujú istý potenciál pre investície do zdravotníctva. Celkové výdavky VÚC (bez započítania transferov) predstavujú približne 700 mil. eur, takže stále je tu priestor na financovanie rozvoja nemocníc. Navyše, niektoré VÚC sú stále vlastníkami a prevádzkovateľmi nemocníc. **Odhadujeme že preskupením časti bežných výdavkov na kapitálové výdavky by sa dalo získať 10 mil. eur ročne.**

Tu existuje limitácia podobná ako pri štátnom rozpočte vychádzajúca z dlhovej brzdy. Podľa zákona o rozpočtovej zodpovednosti môže dlh VÚC dosiahnuť 60 % skutočných bežných príjmov predchádzajúceho rozpočtového roka. Tabuľka 27 ukazuje zadĺženie VÚC k roku 2012. Pri niektorých krajoch existuje priestor na dodatočné zadĺženie, avšak preskupenie zdrojov v rámci rozpočtu je prijateľnejšie riešenie.

TABUĽKA 27: ZADĹŽENIE VÚC V ROKU 2012 AKO PERCENTO BEŽNÝCH PRÍJMOV PREDCHÁDZAJÚCEHO ROKA

Trnavský	53,93 %
Trenčiansky	49,19 %
Bratislavský	38,69 %
Košický	30,46 %
Žilinský	29,40 %
Nitriansky	27,68 %
Prešovský	26,92 %
Banskobystrický	25,07 %
VÚC spolu	34,05 %

Zdroj: Analýza finančnej stability vyšších územných celkov v SR (september 2013), INEKO

5.6 PRIVATIZÁCIA ŠTÁTNYCH FINANČNÝCH AKTÍV MIMO SEKTORA ZDRAVOTNÍCTVA

Privatizácia štátnych finančných aktív si vyžaduje podporu premiéra a vlády. Veľa krajín podniká tieto kroky a v budúcnosti sa to dá predpokladať aj na Slovensku.

V prípade privatizácie štátneho majetku v objeme 1 až 3 mld. € predpokladáme že do zdravotníctva by mohla v dlhodobom horizonte prísť čiastka 500 miliónov eur, **v rokoch 2014 – 2016 však predpokladáme 0 €.**

5.7 PRIVATIZÁCIA VŠZP

V rámci sektora zdravotníctva prichádza do úvahy rozdelenie VŠZP na viacero častí a ich následná privatizácia. Tento krok by priniesol nielen zdroje do zdravotníctva, ale zvýšil by aj konkurenciu na trhu zdravotných poisťovní, čo by sa prejavilo vo vyššej efektívite nákupu zdravotnej starostlivosti a úsporách zdrojov na zdravotnú starostlivosť.

Najdôležitejšou informáciou je odhadovaná hodnota VŠZP. Aktuálna diskusia o zoštátnení dvoch súkromných zdravotných poisťovní priniesla odhady ich spoločnej hodnoty a teda ceny, ktorú by štát za ne musel zaplatiť. Inštitút INEKO odhaduje spoločnú hodnotu poisťného kmeňa oboch súkromných zdravotných poisťovní na 400 – 500 mil. eur.²³⁾ Skutočná cena by však bola známa až pri ich zoštátnení (resp. vyvlastnení a následných arbitrážach).

VŠZP v súčasnosti nedosahuje priaznivé finančné výsledky (avšak dosahovala priaznivé finančné výsledky za predchádzajúceho vedenia), ale budúca hodnota jej poisťného kmeňa a návratnosť investície pre potenciálnych investorov je značná a porovnateľná so súčasnými súkromnými poisťovňami. Keďže VŠZP predstavuje dve

tretiny trhu zdravotných poisťovní, jej hodnota sa pohybuje približne v rozmedzí 800 – 1 000 mil. eur. **Ako náš odhad z privatizácie VŠZP uvádzame stred tohto intervalu, 900 mil. eur.**

5.8 ZMIEŠANÉ ZDROJE – VEREJNO-SÚKROMNÉ PARTNERSTVO

Verejno-súkromné partnerstvo je často využívaným spôsobom financovania verejných projektov vlád, vrátane výstavby alebo modernizácie nemocníc. Využíva know-how súkromného sektora, ktorý je za túto službu odmenený. **Verejno-súkromné partnerstvá majú veľa obmien a každé partnerstvo záleží na konkrétnych podmienkach stanovených v kontrakte.** Súkromný sektor sa väčšinou zaviazá k výstavbe alebo modernizácii nemocnice a často aj jej niekoľkoročnej prevádzke a poskytovaniu zdravotných služieb. Rozdelenie rizík závisí od dohody partnerov, súkromná strana často znáša riziko výstavby aj dopytu. Za odmenu je kompenzovaná platbou z verejných zdrojov.

Po skončení kontraktu zvyčajne prevádzka aj vlastníctvo prechádza pod štát, aj keď v prípade kvalitného poskytovania služieb je kontrakt možné predĺžiť. Pre súkromného investora je dôležitá primeraná návratnosť investície, zdravý obchodný plán, podmienky zmluvy a budúci cash flow. Formou verejno-súkromného partnerstva je možné získať veľké množstvo zdrojov, ako tomu nasvedčujú príklady zo zahraničia.

Verejno-súkromné partnerstvo môže naraziť na podobný problém ako získavanie zdrojov priamo z verejného rozpočtu. Výdavky na verejno-súkromné projekty sa do dlhu krajiny nezarátavajú len vtedy, ak súkromný sektor na seba preberie riziko výstavby a ešte jedno z rizík – buď dostupnosti alebo dopytu. Teda záleží od konkrétnych zmluvných podmienok ako sa táto forma financovania prejaví vo verejných financiách.

23) <http://cenazamonopol.sk/vydavky/>

5.9 PRENÁJOM VLASTNÉHO MAJETKU NEMOCNICE

Nemocnica môže prenajať nevyužívaný majetok či už súkromnému subjektu alebo štátu. Každý nevyužívaný majetok znižuje čistú hodnotu nemocnice tým že podlieha amortizácii. Prenájom takéhoto majetku (ak to nezasahuje do výkonu funkcie nemocnice) získa nemocnica dodatočné zdroje využiteľné na modernizáciu. Potenciálne zdroje odhadujeme v dlhodobom horizonte na desiatky miliónov eur.

Problémom je právna forma rozpočtovej organizácie. V prípade rozpočtovej organizácie príjem z prenájmu majetku je príjmom štátneho rozpočtu a nie konkrétnej rozpočtovej organizácie. Toto neplatí pri iných právnych formách. Pri forme štátnej neziskovej organizácie ak nejde o prioritný majetok (majetok ktorý je určený výlučne na zabezpečenie všeobecne prospešných služieb) je na prenájom majetku potrebný súhlas zakladateľa (štátu alebo VÚC) a v prípade prioritného majetku nie je možné dať takýto majetok do prenájmu vôbec.

5.10 PREDAJ POZEMKOV NEMOCNÍC

Dôvodom na predaj by mohla byť o. i. aj v tejto štúdii spomenutá nízka zastavanosť pozemkov a vysoký počet budov. Pri štátnej neziskovej organizácii podobne ako pri prenájme majetku, ak ide o prioritný majetok, tak na jeho predaj je potrebný súhlas zriaďovateľa (štát, VÚC). Predaj majetku nemocnice nie je možný vôbec v prípade prioritného majetku. V prípade príspevkových organizácií možno príjmy z predaja majetku použiť len na financovanie obstarávania hmotného a nehmotného majetku vrátane jeho technického zhodnotenia a na financovanie opráv a údržby.

5.11 SÚKROMNÉ ZDROJE – BANKOVÝ ÚVER

Hlavným problém pre získanie súkromných zdrojov pre nemocnice, ktorým je aj bankový úver, je často nevyhovujúce finančné zdravie nemocnice, keď napríklad banka nemusí byť ochotná poskytnúť úver nemocnici v obave z jeho nesplatenia. Tu sú vo výhode nemocnice, ktoré už v súčasnosti sú akciovými spoločnosťami, prípadne spoločnosťami s ručením obmedzeným a majú dobré finančné výsledky a zdravý obchodný plán.

Ďalším problémom je právna forma mnohých nemocníc, konkrétne forma príspevkovej organizácie. Možným riešením je transformácia nemocníc na akciové spoločnosti, tým pádom by fungovali na základe obchodného zákonníka ako obchodná spoločnosť.

Forma akciovej spoločnosti neznamená automaticky zmenu formy vlastníctva zo štátnej na súkromnú. Len pravidlá hospodárenia sú pri akciovej spoločnosti výrazne transparentnejšie.

Rozpočtová organizácia nemôže vykonávať podnikateľskú činnosť zato príspevková organizácia ju – so súhlasom zriaďovateľa – vykonávať môže. Rovnako ju môže vykonávať aj nezisková organizácia. Avšak podnikateľská činnosť týchto organizácií je obmedzovanejšia než je to v prípade štandardnej akciovej spoločnosti alebo spoločnosti s ručením obmedzeným, ktoré sa riadia primárne obchodným zákonníkom. Z pohľadu bankového úveru je teda väčšia pravdepodobnosť jeho získania pri posledných dvoch spomenutých právnych formách ako pri ostatných.

Bankový úver sa dá skombinovať so štátnou zárukou. Tu by sa problémom stal morálny hazard: pri štátnom ručení by sa nemocnica, ktorá si vzala úver, správala menej zodpovedne, lebo v prípade nesplatenia úveru by jeho splatenie prešlo na štát. Tento problém sa dá do istej miery vyriešiť obmedzeným ručením štátu.

5.12 VYDANIE DLHOPISOV

Pri vydaní dlhopisov je výhodou získanie relatívne lacných zdrojov bez zmeny vlastníctva. Zdravotníctvo je sektor s predpokladaným rastúcim dopytom do budúcnosti a nepredstavuje pre investorov primerané riziko. Problémom môže byť nutné splácanie úrokov a istiny aj v prípade horších hospodárskych výsledkov nemocnice. **Vydanie dlhopisov prichádza do úvahy len v prípade súkromných nemocníc alebo štátnych akciových spoločností.** Pre vydanie dlhopisov je dôležité renomé a rating emitenta.

5.13 VYDANIE DODATOČNÝCH AKCIÍ

Pri nemocniciach ktoré majú formu akciových spoločností je tu možnosť vydania dodatočných akcií (seasoned/secondary equity offering). **V prípade štátnych akciových spoločností je možnosť pre štát ponechať si 51 % a zvyšných 49 % môže prejsť do súkromných rúk.** Pre potenciálnych investorov je dôležitá primeraná návratnosť investície a zdravý obchodný plán nemocnice.



ZHRNUTIE:

- **Z krátkodobého hľadiska (roky 2014 – 2016) odhadujeme potenciálne zdroje na modernizáciu nemocníc v takejto štruktúre:**
 - **300 mil. €** z verejno-súkromných partnerstiev
 - **105 mil. €** zo súkromných zdrojov
 - **40 mil. €** – rozpočet (iba eurofondy)
 - **30 mil. €** – VÚC
 - **0 mil. €** – štátny rozpočet. Verejné zdroje získané jednorazovým príjmom (privatizácia) silno závisia na politickom rozhodnutí vlády a odhadujeme ich na 0 €. Táto forma zdrojov je pravdepodobnejšia v dlhodobom horizonte.
- **Z dlhodobého horizontu (20 rokov) by bolo možné získať na modernizáciu nemocníc podľa našich odhadov približne 3,1 mld. eur. To by postačovalo pokryť nami vypočítanú minimálnu investičnú potrebu 2,7 mld. eur, avšak opäť rôzne formy zdrojov majú rôznu pravdepodobnosť realizácie:**
 - **1 400 mil. €** z privatizácie predstavujú potenciálne najväčší zdroj príjmov ale rovnako je táto položka silno závislá od rozhodnutí budúcich vlád, ktoré sa nedajú predvídať. Suma 1,4 mld. eur teda bude závisieť výhradne na ochote budúcich vlád privatizovať.
 - **800 mil. €** z VSP – najpravdepodobnejšia forma zdrojov sú opäť zmiešané zdroje, hlavne verejno-súkromné partnerstvá.
 - **700 mil. €** súkromné zdroje – v dlhodobom horizonte predstavujú dobrú možnosť.
 - **200 mil. €** – VÚC
 - **0 mil. €** – štátny rozpočet (vrátane eurofondov)

TABUĽKA 28: ZHRNUTIE MOŽNOSTÍ MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC V MIL. €

Možnosť financovania	Odhad zdrojov pre roky 2014–16	Odhad zdrojov v horizonte 20 rokov
Spolu štátny rozpočet (ako pravidelný príjem) a eurofondy	40	0
VÚC	30	200
Spolu verejné zdroje (ako jednorazový príjem z privatizácie)	0	1 400
Spolu zmiešané zdroje (verejno-súkromné partnerstvá)	300	800
Spolu súkromné zdroje	105	700
Spolu všetky zdroje	475	3 100

Zdroj: HPI

TABUĽKA 29: ODHADY MOŽNOSTÍ FINANCOVANIA MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC V MIL. €

Možnosť financovania	Kľúčová limitácia / predpoklad	Odhad zdrojov pre roky 2014–16	Odhad zdrojov v horizonte 20 rokov	Poznámka
Štátny rozpočet na úkor deficitu	Dlhová brzda, fiškálny kompakt	0	0	Verejné zdroje sú pod veľkým tlakom a MF SR tlačí deficit pod 3% HDP
Štátny rozpočet na úkor inej rozpočtovej kapitoly	Silný minister, ochota MF SR	0	0	Návrh štátneho rozpočtu ide opačným smerom – kapitola MZ SR sa oslabuje
Štátny rozpočet – priama dotácia z ministerstva zdravotníctva	Zmena štruktúry zdrojov v kapitole (o túto sumu poklesne suma za poistencov štátu), zmena zákona	0	0	Dnes má MZ SR k dispozícii 1,15 mld. € ako platbu za poistencov štátu – z tejto sumy by mohlo vyčleniť určitú sumu na kapitálové výdavky, ale pôjde tak proti zámeru, aby platby poisťovní obsahovali odpisy a amortizáciu. Navyše, tieto zdroje by chýbali poisťovniam. Reálne iba pri zavedení nominálneho poistného.
Štátny rozpočet – eurofondy	Operačný program Zdravotníctvo	40	0	Z návrhu rozpočtu verejnej správy na roky 2014-2016 vyplývajú zdroje 40 mil. €.
Rozpočet VÚC	Dlhová brzda, preskupenie bežných výdavkov na kapitálové výdavky	30	200	Rozpočet všetkých VÚC spolu je 700 mil. eur (bez započítania transferov), vec priority na úrovni VÚC.
Privatizácia štátnych finančných aktív mimo sektora zdravotníctva	Podpora vlády a premiéra	0	500 (do zdravotníctva)	1 – 3 mld. eur celkovo

dokončenie tabuľky na nasledujúcej strane >>>

TABUĽKA 29: ODHADY MOŽNOSTÍ FINANCOVANIA MODERNIZÁCIE NEMOCNÍC V MIL. € (DOKONČENIE)

Možnosť financovania	Kľúčová limitácia / predpoklad	Odhad zdrojov pre roky 2014–16	Odhad zdrojov v horizonte 20 rokov	Poznámka
Privatizácia VŠZP	Podpora vlády a premiéra	0	900	Hodnota VŠZP môže byť 800 až 1 000 mil. €, je to odhad na základe spoločnej hodnoty poisťného kmeňa Unionu a Dôvery
Verejno-súkromné partnerstvo	Či sa započíta do verejného dlhu, podmienky zmlúv, nastavenie budúceho cash flow, primeraná návratnosť investície, zdravý obchodný plán	300	800	Predpokladá inovatívne spojenie súkromného a verejného kapitálu
Prenájom vlastného majetku nemocnice	Právna forma spoločnosti, podmienky nájomnej zmluvy	7,5	50	Závisí na rozhodnutí riaditeľov nemocníc a MZ SR
Predaj pozemkov nemocníc	Právna forma spoločnosti, rozhodnutie ministra a riaditeľov	7,5	50	Nízka zastavanosť pozemkov, vysoký počet budov
Bankový úver	Právna forma spoločnosti, primeraná návratnosť investície, zdravý obchodný plán	75	500	Predpokladáme len pri súkromných nemocniciach a pri štátnych a.s.
Vydanie dlhopisov	Obchodná spoločnosť, renomé, rating emitenta	7,5	50	Predpokladáme len pri súkromných nemocniciach
Vydanie dodatočných akcií	Obchodná spoločnosť, primeraná návratnosť investície, zdravý obchodný plán	7,5	50	Predpokladáme len pri súkromných nemocniciach a pri štátnych a.s.
Spolu štátny rozpočet (ako pravidelný príjem) a eurofondy		40	0	
VÚC		30	200	
Spolu verejné zdroje (ako jednorazový príjem z privatizácie)		0	1 400	
Spolu zmiešané zdroje (VSP)		300	800	
Spolu súkromné zdroje		105	700	
Spolu všetky zdroje		475	3 100	

Zdroj: odhady HPI

KAPITOLA 6

PLATOBNÉ MECHANIZMY PRE NEMOCNICE

Cieľom tejto kapitoly je rekapitulácia aktuálneho stavu platobných mechanizmov v SR a analýza stavu implementácie DRG do roku 2016. Kapitola zároveň ukazuje, že všetky moderné platobné mechanizmy pre nemocnice sú dnes založené na princípe DRG, ktorých nastavenie sa líši podľa lokálneho kontextu danej krajiny.

6.1 SÚČASNÉ PLATOBNÉ MECHANIZMY PRE NEMOCNICE V SR

Viac ako 95 % zdrojov nemocníc tvoria príjmy od zdravotných poisťovní. Tieto príjmy sú definované tzv. platobnými mechanizmami dohodnutými v zmluvách medzi poisťovňami a poskytovateľmi. Na Slovensku existuje pri väčšine typov zdravotnej starostlivosti od roku 2005 zmluvná voľnosť v platobných mechanizmoch a cenových podmienkach.

Výnimkou sú ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v ambulantnej starostlivosti, lekárska služba prvej pomoci a rýchla zdravotná pomoc. Kontrahovanie zvyšných typov zdravotnej starostlivosti si môžu zdravotné poisťovne a poskytovatelia dohodnúť individuálne.

V praxi je to zvyčajne zdravotná poisťovňa, ktorá navrhuje poskytovateľom zmluvné podmienky. Preto sa zmluvy štruktúrou, formou platobných mechanizmov a pri niektorých typoch ZS aj cenovými podmienkami medzi poisťovňami líšia, ale jedna poisťovňa má tieto podmienky rovnaké alebo takmer rovnaké pre všetkých jej zmluvných poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť rovnakého typu.

TABUĽKA 30: ZÁKLADNÝ PREHĽAD POUŽÍVANÝCH PLATOBŇÝCH MECHANIZMOV V NEMOCNICIACH NA SLOVENSKU K 1.8.2013

typ zdravotnej starostlivosti	centrálna regulácia	používané platobné mechanizmy	priemerný podiel príjmov nemocnice
všeobecná zdravotná starostlivosť (VAS)	nie	1. fixná kapitačná platba 2. variabilná kapitačná platba 3. platba za výkon (cca 11 %)	3,1 %
špecializovaná ambulantná starostlivosť (ŠAS)	nie	1. platba za výkon 2A. finčné limity 2B. degresívna cena za bod	9,9 %
ústavná starostlivosť	nie	1. platba za lôžkodeň 2. platba za ukončenú hospitalizáciu 3A. finančné limity 3B. degresívna cena za ukončenú hospitalizáciu 3C. plánovanie hospitalizácií	68,7 %
jednoduchá ambulantná starostlivosť (JAS) a osobitne hrazené výkony (OHV)	nie	platba za výkon	
spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)	nie	1. platba za výkon 2A. finčné limity 2B. degresívna cena za bod	17,4 %
rýchla zdravotná pomoc (RZP)	áno	platba za stand-by prevádzku a precestované km	0,1 %
lekárska služba prvej pomoci (LSPP)	áno	kapitácia a platby za výkony	0,6 %

Zdroj: HPI



Takmer všetky nemocnice poskytujú okrem ústavnej starostlivosti aj ďalšie typy starostlivosti, najmä špecializovanú ambulantnú starostlivosť a služby spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, prípadne aj všeobecnú zdravotnú starostlivosť, lekársku službu prvej pomoci alebo rýchlu zdravotnú službu. Platobné mechanizmy sa líšia podľa typu zdravotnej starostlivosti, preto platobné podmienky pre nemocnice sú súhrnom rôznych platobných mechanizmov podľa toho, aké všetky typy zdravotnej starostlivosti konkrétna nemocnica poskytuje.

Platobné mechanizmy a ceny pre niektoré typy zdravotnej starostlivosti (RZP, LSPP) sú regulované centrálnym ministerstvom zdravotníctva prostredníctvom cenového opatrenia. Tieto však pre nemocnice predstavujú len veľmi malú časť príjmov.

Podiel tržieb za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sa medzi nemocnicami líšia. Ústavná starostlivosť predstavuje spravidla 50-70 % príjmov, za tým nasleduje špecializovaná ambulantná starostlivosť a spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, obe s 10 až 20%-ným podielom. Zvyšné typy ZS tvoria zvyčajne menej ako 5 % príjmov poskytovateľa od zdravotných poisťovní.

Aj keď každá poisťovňa má aj ďalšie špecifiká pri úhrade jednotlivých typov ZS, základný prehľad používaných platobných mechanizmov je zhrnutý v Tabuľke 30.

Ceny za ukončené hospitalizácie sú dohadované s poskytovateľmi v individuálnej výške (na rozdiel od v podstate rovnakých cien pre všetkých poskytovateľov pri VAS, ŠAS alebo SVLZ), pričom aj pomery cien pre jednotlivé typy oddelení u jednotlivých poskytovateľov sú rozdielne.

Okrem štandardnej platby za ukončenú hospitalizáciu pri ústavnej starostlivosti zaviedli ZP v poslednom období špecifické úpravy pre niektoré špecifické prípady. Napríklad VŠZP zaviedla tzv. balíčkové ceny za operácie s náhradou kĺbov, ktoré zahŕňajú všetky náklady vrátane endoprotéz. Niektoré poisťovne ďalej hradia odlišne nákladné dlhodobejšie hospitalizácie s potrebou podpory vitálnych funkcií a to mesačným alebo jednorazovým paušálom.

VŠZP zaviedla začiatkom roka 2013 príplatok 100 eur za vybrané typy hospitalizácií na

chirurgických oddeleniach, pri ktorých sa vykonáva operačný výkon. Tento bonus sa týka len hospitalizácií dlhších ako 72 hodín s výnimkou operácií, pri ktorých sa vykonáva náhrada kĺbu alebo výkon inak hrađený ako OHV. Ďalšou podmienkou je vykázanie vykonaného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov, ktorý bude základom pre plánované zavedenie DRG.

Súčasne so 100-eurovým príplatkom zaviedla VŠZP aj znížené platby za hospitalizácie, ktoré trvajú menej ako 72 hodín a vykonáva sa pri nich len pozorovanie, diagnostika alebo jednorazové podanie lieku. ZP Union hradí všetky krátke hospitalizácie do 72 hodín vo výške 60 % z pôvodnej ceny.

Veľký vplyv v rámci platobných mechanizmov majú finančné limity, ktoré stanovujú alebo obmedzujú celkovú výšku príjmov nemocnice za príslušný typ ZS. Môžu preto ovplyvniť výnosy nemocnice viac ako jednotkové ceny za ukončenú hospitalizáciu. Tieto limity sa spravidla stanovujú alebo zúčtávajú za dlhšie časové obdobie polroka až roka. **VŠZP používa pevné limity, keď po presiahnutí limitu poskytovateľ nedostane zaplatené nič za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. ZP Union hradí aj hospitalizácie po presiahnutí takéhoto limitu, ale len vo výške 60 % pôvodnej ceny.**

ZP Dôvera finančné limity pred niekoľkými rokmi nahradila vlastným online systémom hospiCOM, pri ktorom vyžaduje od poskytovateľov nahlásenie všetkých akútnych hospitalizácií do 24 hodín od prijatia pacienta na oddelenie a plánovanie neakútnych hospitalizácií. Plánované hospitalizácie musia byť vopred odsúhlasené zdravotnou poisťovňou. Pokiaľ nemocnica hospitalizuje pacienta bez splnenia týchto podmienok, dostane od poisťovne úhradu len vo výške 10 % z pôvodnej ceny hospitalizácie.

Nemocnice vyberajú poplatky od poistencov za rôzne služby od výkonov nehradených zo zdravotného poistenia až po príplatky za nadštandard počas hospitalizácie. Medzi jednotlivými zariadeniami aj jednotlivými oddeleniami existuje veľká rôznorodosť v podiele priamych platieb na celkových tržbách. **Priame platby od pacientov zohrávajú pri financovaní nemocníc zatiaľ len marginálnu úlohu, tvoria približne 3 % výnosov nemocníc.**

6.2 ZAVÁDZANIE DRG NA SLOVENSKU

Náklady na nemocničnú starostlivosť tvoria veľkú časť celkových nákladov na zdravotníctvo vo všetkých vyspelých krajinách, aj keď ich podiel sa pohybuje od 25 % do 50 % (OECD). Tieto rozdiely sú spôsobené nielen rozdielnou spotrebou zdravotnej starostlivosti, ale aj spôsobom financovania nemocničnej starostlivosti, relatívnymi cenami, ale aj rôznymi definíciami toho, čo sa považuje za nemocničnú starostlivosť.

Finančné motivácie obsiahnuté v platobných mechanizmoch ovplyvňujú správanie poskytovateľov. V minulosti používala väčšina európskych krajín globálne rozpočty, fixné platby za hospitalizáciu alebo lôžkodeň. Každý z týchto systémov podporuje iné správanie. Napríklad fixné platby za hospitalizácie motivujú k zvýšenému počtu hospitalizácií a platba za lôžkodeň k dlhšiemu pobytu v nemocnici. V oboch prípadoch nemocnice profitujú z rozšírenia svojich kapacít. Globálne rozpočty naopak môžu viesť k nedostatočnému poskytovaniu starostlivosti, ale zvyšujú efektívnosť systému.

V súčasnosti sú najrozšírenejšou formou úhrady za zdravotnú starostlivosť platby podľa prípadu. Platba podľa prípadu označuje skupinu platobných mechanizmov, ktoré platia nemocničnú starostlivosť ako platbu za prípad, pričom zohľadňujú náročnosť hospitalizovaného pacienta. Typickým príkladom takéhoto platobného mechanizmu je DRG systém (Diagnosis related groups), ktorý pôvodne vznikol v USA, ale neskôr sa rozšíril v rôznych podobách do väčšiny európskych krajín. DRG bolo pôvodne vyvinuté na monitorovanie kvality a spotreby nemocničnej starostlivosti, ale dnes sa vo veľkej miere využíva aj ako platobný mechanizmus alebo ako podporný nástroj pri používaní iného platobného systému, aby podporili vyššiu efektívnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Princípom DRG je klasifikácia hospitalizácií do niekoľko sto skupín, ktoré sú klinicky aj nákladovo podobné na základe rutinne zbieraných údajov pri prepustení pacienta (ako diagnózy, vykonané výkony a prípadne ďalších informácií).

Každej DRG skupine je priradená určitá **relatívna váha**, ktorá závisí na priemerných nákladoch na liečbu pacientov v tejto DRG skupine. Ak sa DRG používa ako platobný mechanizmus, nemocnici je uhradená dohodnutá suma za prípad v závislosti na jeho relatívnej váhe (Averill et. al. 2003). Nemocnica tak dostane za liečbu náročnejších pacientov viac peňazí ako za liečbu ľahších prípadov.

Systém financovania ústavnej starostlivosti používaný na Slovensku sa v základných charakteristikách blíži systému DRG (platba za hospitalizačný prípad, rozlíšená podľa náročnosti, ktorou je v tomto prípade len typ oddelenia), preto sa zvykne označovať aj ako širokospektrálne DRG (broadband DRG). Keďže na rozdiel od DRG existuje len malý počet skupín, ktoré určujú cenu hospitalizácie, rozdiely medzi skutočnými nákladmi nemocnice a platbou od poisťovne bývajú často veľké – niekedy v prospech nemocnice, inokedy v prospech poisťovne. Tieto rozdiely však silne motivujú nemocnicu vyhýbať sa nákladným pacientom (napr. ich poslať alebo prekladať do inej nemocnice, ak je to možné), a naopak hospitalizovať prednostne nákladovo nenáročných pacientov, na ktorých je najviac zisková, niekedy aj v prípade, ak by sa daný prípad dal vyriešiť ambulantne. Tento systém nielenže nemotivuje nemocnice k zvyšovaniu kvality, ale vďaka netransparentosti ani neumožňuje porovnávať nemocnice medzi sebou, lebo náročnosť prípadov nie je známa.

Prvý pokus o zavedenie DRG na Slovensku prebehol v rokoch 1995 – 1997, avšak nebol úspešný a v roku 1997 bol zrušený. Ďalšie snahy o zavedenie DRG na Slovensku prišli s vládou v roku 2010, ktorá vytvorila **Centrum pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (CKS) na Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)** a dala Úradu kompetenciu na jeho zavádzanie. **V spolupráci s MZ SR, zdravotnými poisťovňami a zástupcami poskytovateľov došlo v roku 2011 k rozhodnutiu prevziať DRG systém z Nemecka** a v decembri 2011 bola s nemeckým inštitútom zodpovedným za DRG InEK podpísaná zmluva o spolupráci.





Pre používanie DRG ako platobného mechanizmu na Slovensku je potrebné vykonať viacero krokov:

- **vytvorenie vstupných klasifikačných systémov pre diagnózy a pre zdravotné výkony**, na základe ktorých sa budú kódovať jednotlivé hospitalizačné prípady,
- **vydanie definičnej príručky, pravidiel kódovania a vytvorenie groupera** – tieto budú v prvej fáze prevzaté z Nemecka, neskôr budú aktualizované podľa slovenských potrieb (ako súčasť tzv. DRG 2.0),
- **zaškolenie ľudí**, ktorí budú pracovať s DRG, najmä tých, ktorí majú v nemocniciach kódovať pacientov,
- **vydanie relatívnych váh pre jednotlivé DRG skupiny** – relatívne váhy budú v prvej fáze prevzaté z Nemecka a následne prepočítavané na slovenské podmienky (ako súčasť tzv. DRG 2.0),
- **zber medicínskych údajov o hospitalizáciách v jednotlivých nemocniciach** – slúži jednak na to, aby sa nemocnice naučili s novým systémom pracovať a vychytali sa prípadné problémy a chyby, a zároveň aj na určenie casemixov jednotlivých nemocníc, na základe ktorých sa vypočítajú prvé základné sadzby pre platby podľa DRG,
- **zber ekonomických údajov** – buď vo všetkých, alebo len vybraných nemocniciach sa budú okrem medicínskych údajov zbierať aj údaje o nákladoch na liečbu jednotlivých prípadov, ktoré budú slúžiť na výpočet slovenských relatívnych váh jednotlivých DRG skupín (ako súčasť tzv. DRG 2.0); podmienkou pre zber ekonomických údajov bude sledovanie nákladov na jednotlivých pacientov podľa štandardizovanej metodiky, ktorú pripraví ÚDZS (na základe podobnej metodiky z Nemecka).

Doteraz bola pripravená a vydaná **aktualizácia a modifikácia I 0. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-I0-SK)**, ktorá bola prijatá novelou zákona v máji 2013. Spolu s prípravou MKCH-I0-SK bol pripravený aj **zoznam zdravotných výkonov pre DRG**, ktorý na jeseň 2013 vyšiel v podobe vyhlášky MZ SR.

V rámci zavádzania DRG sa na jeseň 2013 začalo v nemocniciach kódovanie prípadov podľa DRG (zber medicínskych dát). Ide o informatívne zbieranie údajov, ako podklad k analýzam o náročnosti jednotlivých prípadov v nemocniciach (casemix) a k odhadu dopadov zavedenia DRG. Výstupom zberu dát majú byť aj prípadné úpravy v DRG systéme. **Spustenie účtovania hospitalizácií podľa DRG sa predpokladá v roku 2016.**

V priebehu implementačných krokov zároveň prebieha vzdelávanie pre ľudí z nemocníc aj zdravotných poisťovní, ktorí budú potom so systémom DRG pracovať.

Mnohé otázky ohľadom zavádzania DRG však ešte stále nie sú zrejmé a ich riešenie ovplyvní kvalitu aj úspešnosť zavedenia DRG. Nie je napríklad jasné, či bude základná sadzba regulovaná centrálnou MZ SR ako fixná alebo bude ponechaná na dohode medzi poskytovateľmi a nemocnicami. Najmä v prípade, ak ju bude chcieť štát regulovať, bude dôležité či bude platiť rovnaká cena pre všetkých, alebo sa bude medzi jednotlivými nemocnicami líšiť. Dôvodmi na rozdiely v cenách môže byť napr. vyššia alebo nižšia kvalita poskytovaných služieb, lokalizácia nemocnice, ale najmä na začiatku aj objem predchádzajúcich zdrojov, ktoré mala nemocnica k dispozícii. Keďže objem zdrojov na nemocničnú starostlivosť sa nebude meniť, len sa spravodlivejšie prerozdedia medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zavedenie DRG platieb bude znamenať pre niektoré nemocnice vyššie príjmy, ale iné naopak budú mať zdrojov menej. Skoková zmena by mohla mať za následok likvidáciu týchto nemocníc, preto sa jednotná sadzba zvykne zavádzať postupne, aby sa menej efektívne nemocnice dokázali týmto zmenám prispôbiť. Okamžitá alebo rýchla zmena môže spôsobiť negatívnu reakciu nemocníc, ktorých by sa to týkalo, čím by mohlo dôjsť k zastaveniu alebo zrušeniu implementácie DRG.

Problematickou fázou bude aj zavádzanie kalkulácie nákladov na jednotlivé prípady v nemocniciach. V súčasnosti len veľmi málo nemocníc sleduje náklady na jednotlivých pacientov. Zbieranie dát pre potreby kalkulácie relatívnych váh bude znamenať zavedenie významných zmien do účtovania v nemocniciach. Ani v Nemecku, odkiaľ systém preberáme, nie sú všetky nemocnice zapojené do zberu dát, pretože nevedia tieto podmienky dostatočne splniť.

Z cca 2100 nemeckých nemocníc sa zbierajú ekonomické dáta len z asi 250 (aj keď ide najmä o veľké nemocnice, ktoré majú proporcionálne väčší podiel na hospitalizáciách). Výber vzorky nemocníc (napr. 12 % ako v Nemecku) by u nás nebol vzhľadom na malý počet nemocníc reprezentatívny. Pre výpočet našich relatívnych váh preto budeme potrebovať zbierať dáta z takmer všetkých nemocníc. Aj z tohto dôvodu sa najprv počíta s prevzatím nemeckých relatívnych váh (aj keď snaha je o to, aby sa v čase nasadenia DRG ako platobného mechanizmu už používali lokálne relatívne váhy). Nemecké váhy sa totiž môžu líšiť od našich, keďže pomer medzi náročnosťou rôznych typov zdrojov je medzi nami a Nemeckom rozdielny (napr. platy zdravotníckych pracovníkov sa významne líšia, ale ceny za zdravotnícky materiál nie).

Paralelné vykazovanie v DRG (popri doterajšom, ktoré je podmienené úhradou ZP) slúži v prvom roku na zber údajov, potrebných pre kalibráciu DRG. Práve na základe analýzy týchto výsledkov sa bude zrejme politicky rozhodovať, či bude projekt zavádzania DRG pokračovať alebo nie.

Štart DRG ako platobného mechanizmu je naplánovaný na rok 2016. **Rok 2016 je zároveň volebný rok. Zmena financovania v predvolebnom období je málo pravdepodobná** (kvôli zbytočnému riziku meniť status quo, čo by mohlo negatívne ovplyvniť volebné preferencie). **V povolebnom období bude zase prebiehať opätovné prehodnocovanie, či DRG ako úhradový mechanizmus naozaj spustiť, prípadne ho účelovo modifikovať.**

6.3 NEMECKO – G-DRG



V Nemecku existuje približne 2100 nemocníc poskytujúcich asi 17 miliónov hospitalizácií za rok. Nemocnice sú financované prostredníctvom systému duálneho financovania, čo znamená, že získavajú finančné prostriedky z dvoch zdrojov: infraštruktúrne investície sú pokryté priamo z daní a prevádzkové náklady sú hradené zdravotnými poisťovňami.

V Nemecku sa začala implementácia DRG systému v roku 2000 zmenou legislatívy. Hlavným cieľom bola zmena systému úhrad operačných nákladov, ktoré boli dovtedy financované formou historicky postavených globálnych rozpočtov (s využitím platieb za lôžkodni ako jednotiek pre úhradu) na systém viac zameraný na platbu za aktivitu, čím by sa zvýšila efektívnosť, kvalita a transparentnosť v nemocničnej starostlivosti.

Reformná legislatíva zadefinovala základné charakteristiky nového platobného systému a delegovala zodpovednosť za vývoj a údržbu budúceho G-DRG na Federálnu asociáciu zdravotných poisťovní, Asociáciu súkromných zdravotných poisťovní a Federáciu nemocníc, ktoré si založili Inštitút pre platobné mechanizmy pre nemocnice (InEK). Legislatíva tiež zadefinovala, že DRG sa bude aplikovať na všetky nemocnice bez ohľadu na ich vlastníctvo, s výnimkou psychiatrických nemocníc. V súčasnosti je tak prostredníctvom G-DRG v Nemecku financovaných asi 1700 nemocníc (81 % všetkých nemocníc, ktoré ale zabezpečujú až 97 % všetkých hospitalizácií).

Zavedenie G-DRG prebiehalo v Nemecku v 3 fázach (Schéma 10): prípravnej, uvádzacej (bez dopadu na rozpočet) a konvergenčnej fáze. V priebehu prípravnej fázy boli definované základné charakteristiky systému. V uvádzacej fáze boli zmenené platobné mechanizmy z platby za lôžkodeň na DRG, ale zatiaľ bez dopadu na rozpočet nemocníc a v konvergenčnej fáze sa postupne znižoval vplyv globálnych rozpočtov v prospech G-DRG platby.

PRÍPRAVNÁ FÁZA

V júni 2000 padlo rozhodnutie, že sa prevezme austrálske DRG (AR-DRG) ako základ pre nemecké DRG. Ako prvé sa transformovali austrálske klasifikačné systémy pre výkony a diagnózy. Prvý zoznam DRG bol vytvorený v roku 2002 a obsahoval 664 skupín. Na základe nemeckých kódovacích pravidiel sa pacienti zaraďujú do DRG skupín na základe grupovacieho algoritmu využívajúceho informácie o hospitalizačnom prípade, najmä vykonané výkony, hlavná a vedľajšie diagnózy pacienta a prípadne ďalšie pacientove charakteristiky (vek, pohlavie, hmotnosť u novorodencov). G-DRG je každoročne aktualizované na základe analýzy klinických a nákladových dát a podnetov z nemocníc a odborných spoločností. Na základe týchto podnetov sa počet DRG skupín postupne rozrástol na 1200 v roku 2010.

Klinické dáta o hospitalizáciách podľa DRG sú zbierané zo všetkých nemocníc v Nemecku. Nákladové údaje sú zbierané zo vzorky približne

250 nemocníc, ktoré spĺňajú podmienky štandardizovaného nákladového účtovníctva vyvinutého InEK-om. Zúčastňujúce sa nemocnice musia byť schopné vypočítať náklady na úroveň pacienta zozbieraním informácií o individuálnych výkonoch poskytnutých pacientovi. Klinické aj nákladové dáta pred spracovaním pre potreby DRG prechádzajú kontrolou na odhaľovanie podvodov.

Platba za hospitalizačný prípad sa následne stanovuje vynásobením nákladovej relatívnej váhy DRG skupiny pacienta so základnou sadzbou. Nákladové váhy sú aktualizované každoročne na základe zbieraných dát. Pre pacientov, ktorí ležia v nemocnici výrazne kratšie alebo dlhšie ako je bežné pre príslušnú DRG skupinu, sú výsledné platby znížené alebo zvýšené za každý deň pobytu pod alebo nad stanovené hranice.

DRG v Nemecku tvorí približne 80 % príjmov nemocníc. Zvyšok tvoria doplnkové platby za určité výkony, dodatočné platby za technologické inovácie, platby za kvalitu a pod.

SCHÉMA 10: TRI FÁZY ZAVEDENIA ODMEŇOVANIA NEMOCNÍC NA BÁZE DRG V NEMECKU

2000 – 2002	2003 – 2004	2005 – 2009
Prípravná fáza	Rozpočtovo neutrálna fáza	Fáza konvergenzie na základnú sadzbu na úrovni spolkových krajín
Rozhodnutie o fundamentálnych stavebných blokoch: 1. Klasifikačný systém pacientov 2. Zbieranie dát 3. Mechanizmus stanovenia platieb 4. DRG ako nemocničný platobný systém	Historický rozpočet (2003) Transformácia DRG rozpočet (2004)	Základná sadzba špecifická pre nemocnicu ↓ 15 % ↓ 20 % ↓ 20 % ↓ 20 % ↓ 20 % Základná sadzba na úrovni spolkových krajín ↑ 25 % ↑ 25 % ↑ 20 % ↑ 20 % ↑ 20 % ↑ 15 % Základná sadzba špecifická pre nemocnicu

UVÁDZACIA FÁZA

V prvom období zavádzania DRG v Nemecku boli jeho dopady na rozpočet nemocníc neutrálne. Nemocnice mali stanovené rozpočty podľa predchádzajúcich rokov, ale začali klasifikovať pacientov podľa DRG. V prvom roku zavedenia (2003) bola klasifikácia do DRG dobrovoľná výmenou za navýšenie celkového rozpočtu. V roku 2004 už bola klasifikácia pre všetky nemocnice povinná. Na základe získaných informácií bolo následne možné vypočítať case-mix index pre každú nemocnicu (priemernú náročnosť pacientov). Na základe toho a historického rozpočtu sa vypočítala individuálna základná sadzba pre každú nemocnicu. Na začiatku sa individuálne základné sadzby výrazne líšili – pohybovali sa od 2 200 eur (najmä v malých nemocniciach mimo veľkých miest) do 3 200 eur (najmä vo veľkých nemocniciach vo veľkých mestách), čo bolo odrazom toho, že historické rozpočty neboli distribuované spravodlivo (hoci istú úlohu v tom mohla zohrať aj vtedajšia nízka reprezentatívnosť zbieraných dát).

KONVERGENČNÁ FÁZA

Konvergenčná fáza sa začala v roku 2005, keď boli individuálne sadzby pre každú nemocnicu stanovené na úrovni 15 % rozdielu medzi základnou sadzbou nemocnice a spolkovej krajiny. V roku 2006 to už bolo 33 %, až postupne v roku 2009 dosiahli rovnakú úroveň. Okrem toho konvergenčného mechanizmu dostali nemocnice garanciu, že ich strata oproti predchádzajúcemu roku nemôže byť vyššia ako 1 % v roku 2005 až po 3 % v roku 2009. V roku 2010 už neexistovali žiadne garancie a všetky nemocnice boli platené zjednotenými základnými sadzbami (na úrovni spolkových krajín).

Okrem DRG systému však v Nemecku stále existuje forma globálnych rozpočtov (alebo finančných limitov) na nemocničnú starostlivosť. Ak nemocnica prekročí dohodnutý limit, základná sadzba sa o určité percento znižuje (a naopak sa zvyšuje, ak limit nedočerpajú).

Na základe zmeny legislatívy z roku 2009 sa ďalej plánuje zjednotenie základných sadzieb na celonemeckú úroveň do roku 2015.

6.4 HOLANDSKO – DBC



V rokoch 2005-06 prebehla v Holandsku zásadná štrukturálna reforma zdravotníctva. Nemocnice boli dovtedy hradené prevažne prospektívnymi globálnymi rozpočtami, t.j. nemocnice dostali fixné platby na liečbu predpokladaného objemu aktivít.

V roku 2007 bolo v Holandsku 8 univerzitných nemocníc, 86 všeobecných nemocníc, 35 špecializovaných nemocníc a 17 rehabilitačných centier. Všetky nemocnice majú formu neziskových organizácií. Okrem nemocníc existujú na trhu aj súkromné kliniky prevádzkované na ziskovom princípe.

Súčasťou reformy zdravotníctva bola aj zmena platobného mechanizmu nemocničnej starostlivosti a zavedenie národného systému úhrad na princípe diagnosticko-liečebných kombinácií (DBC), ktorý zahŕňa celý sortiment nemocničnej starostlivosti. Pacienti boli klasifikovaní do približne 30 000 skupín na základe odbornosti, typu starostlivosti, jej potreby, diagnózy pacienta a podmienok liečby. V roku 2012 boli DBC nahradené novým systémom klasifikácie DOT, ktorý znížil počet DBC na približne 4 400 skupín.

DBC sú rozdelené na 2 skupiny – zoznam A a B. Ceny pre DBC na zozname A sú regulované centrálnou prevažne podľa systému úhrad spred reformy. Ceny pre DBC na zozname B sú negociované individuálne medzi poisťovňami a poskytovateľmi. Typickými zástupcami B zoznamu sú DBC ako náhrady bedrového alebo kolenného kĺbu, operácia katarakty, tonzilektómia, ale patrí sem aj diabetes. DBC na zozname A sa postupne presúvajú na zoznam B. Podiel zoznamu B predstavoval v roku 2005 menej ako 10 %, pričom v roku 2012 bolo neregulovaných až 70 % cien DBC.

Aj keď pôvodným cieľom bolo, aby negociácia pre zoznam B bola založená na kvalite, väčšina negociácií je v súčasnosti založená najmä na cene. Ceny DBC na zozname B rástli pomalšie než ceny na zozname A. V reálnych cenách došlo dokonca k poklesu cien asi o 1 % ročne, ale celkový objem zdrojov nemocníc rástol medziročne o 4 %.



Veľké zmeny v cenách sa vyskytli len zriedka, pričom vo všeobecnosti boli ceny pri komplexnejších a chronických DBC skupinách menej ovplyvnené konkurenciou ako ostatné skupiny. Existuje však významná variácia v cenách za DBC na zozname B medzi univerzitnými nemocnicami (7,5 % nad priemerom) a samostatnými klinikami (14 % pod priemerom). Nie je však známe, či sú tieto rozdiely zapríčinené rozdielmi v efektívnosti, case-mixe alebo silou na trhu.

V roku 2012 sa zmenil aj systém regulácie DBC na zozname A na systém platieb na základe produkcie s regulovanými cenami. Maximálne ceny sa stanovujú pre tie druhy zdravotnej starostlivosti, kde efektívna konkurencia nie je možná, ako napr. pre komplexné liečebné postupy vykonávané len v malom počte nemocníc. Fixné ceny budú stanovené pre tie služby, kde musí byť zabezpečená dostatočná kapacita na princípe stand-by, ale kde je potreba nepravidelná a nepredikovateľná (napr. urgentný príjem, traumatologické centrá, popáleninové centrá). Počas prvých dvoch rokov zavádzania sú nemocnice čiastočne kompenzované za dopady realokácie zdrojov (95 % v roku 2012 a 70 % v roku 2013).

Od roku 2012 sa zavádza nový nástroj makro-rozpočtu, ktorý má garantovať, že celkové ročné výdavky na nemocničnú starostlivosť neprekročia vládou stanovený limit. Ak celkové výdavky tento limit prekročia, nemocnice budú musieť vrátiť časť peňazí podľa ich podielu na trhu. Nový systém makro-rozpočtov znamená, že výnosy nemocnice závisia nielen na jej vlastnej produkcii, ale aj na produkcii všetkých ostatných nemocníc.

Na podporu kontroly makro-rozpočtov sa smeruje pozornosť na podporu efektívnosti, dostupnosť informácií o kvalite, vytvorenie priestoru na rizikových kontraktov a vertikálnu integráciu poskytovateľov.

6.5 VEĽKÁ BRITÁNIA – HRG

Nemocničná starostlivosť je vo Veľkej Británii financovaná cez 151 tzv. **Primary Care Trusts** (PCTs), ktoré sú zodpovedné za zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre určité územie. Jedno PCT pokrýva približne 300-350 tisíc obyvateľov. PCTs nakupujú nemocničnú starostlivosť v akejkoľvek nemocnici alebo liečebnom centre v Anglicku, ktorú hradia systémom fixných prospektívnych platieb za prípad pod názvom **Payment by Results** (PbR). Tieto platby sú založené na klasifikácii do HRG skupín, lokálnej forme DRG systému, ktoré sú klinicky podobné a nákladovo homogénne. Alokácia sa vykonáva na základe primárnej diagnózy, vykonaných výkonov, veku a stupňa komplikácií. V súčasnosti sa používa 4. verzia HRG (HRG4), ktorá obsahuje približne 1400 skupín v 22 kapitolách.

Niektoré typy ZS ako psychiatrická starostlivosť a vysoko nákladné lieky sú financované formou kontraktov s objemovými limitmi, pri ktorých sú ceny dohadované individuálne medzi PCTs a nemocnicami.

HISTÓRIA ZAVEDENIA HRG

Vývoj anglickej verzie DRG sa začal v roku 1981, keď bol financovaný projekt s cieľom vyhodnotiť schopnosť amerického DRG vysvetliť variácie v dĺžke hospitalizácií v Anglicku. Neskorší výskum viedol k vývoju britského kategorizačného systému HRGs, ktorý bol spustený v roku 1991. Pokým DRG je založené na hlavných diagnostických skupinách (MDCs, Major Diagnostic Categories), ktoré zodpovedajú jednému orgánovému systému, HRG vychádzajú zo špecializácie. Odlišujú sa od (pôvodného) DRG aj využitím kódov procedúr.

Prvá verzia HRG obsahovala 534 kategórií (vrátane 12 nedefinovaných kategórií), ale nezahŕňala všetky typy akútnej starostlivosti, ani psychiatriu, rádioterapiu a onkológiu. Verzia 2 bola vydaná v roku 1994, pri ktorej bol znížený počet kategórií na 533, so 6 nedefinovanými skupinami, pričom už zahŕňala aj psychiatrické HRG. V roku 1997 bola publikovaná verzia

HRG 3.1, ktorá obsahovala 572 skupín a bola rozšírená o chemoterapiu. Táto verzia sa nemenila niekoľko rokov a bola používaná na reportovanie a benchmarking nemocničných referenčných nákladových dát. Menšia revízia bola vydaná v roku 2003 ako HRG 3.5, pri ktorej bol zvýšený počet HRG skupín na 610. Išlo o prvú verziu, ktorá mala byť použitá pri úhrade nemocničnej starostlivosti a jej vydanie bolo naplánované tak, aby predchádzalo zavedeniu PbR v rokoch 2003/04.

Verzia HRG 4 bola významne prepracovaná oproti 3.5. Využíva MKCH10 ako klasifikáciu diagnóz a zoznam procedúr OPCS-4.5. Po prvýkrát bola použitá v roku 2006/07 na zber nákladových údajov a pri úhrade nahradila HRG 3.5 v roku 2009/10. HRG 4 bola navrhnutá tak, aby sa vyvíjala každý rok, preto počet HRG skupín nie je konštantný. Obsahuje približne 1400 skupín vrátane jednej nedefinovanej skupiny, ktorá je určená pre epizódy, ktoré nemôžu byť zoskupené vzhľadom na nedostatok informácií alebo validáciu dát.

HRG 4 sa odlišuje od predchádzajúcich verzií:

1. HRG 3.5 zahŕňala len ústavnú a jednoduchú starostlivosť, ale HRG 4 pokrýva aj ambulantnú starostlivosť, urgentnú starostlivosť a niektoré ďalšie špecializácie nezhrnuté do HRG 3.5, ako „critical care“;
2. pri HRG 3.5 každá epizóda starostlivosti bola klasifikovaná ako jedna HRG a všetky zložky liečby boli zahrnuté pod túto základnú HRG skupinu; pri HRG 4 sú niektoré vysoko nákladné zložky liečby oddelené od základnej HRG, ktoré môžu byť hradené ako ďalšie HRG nad rámec základnej HRG. Z tohto dôvodu môže mať pacient viacero HRG. Aby mohla byť niektorá HRG skupina rozdelená na viacero HRG, musí byť ročne aspoň 600 takýchto prípadov alebo ich celkové náklady musia dosahovať aspoň 1,5 mil. GBP;
3. HRG 4 zmenila klasifikáciu komplikácií a komorbidít (CCs) tak, aby lepšie reflektovali variácie v závažnosti;
4. posledná verzia HRG umožňuje aj agregované HRG, ktoré pokrývajú celý pobyt pacienta od prijatia až do prepustenia (čo môže zahŕňať aj viacero epizód), aby bola úhrada spravodlivejšia.

Klinická starostlivosť v rámci HRG 4 môže byť kódovaná špecifickejšie a zvýšený počet HRG skupín znamená vyššiu spravodlivosť v úhradách. Systém HRG je každoročne aktualizovaný, aby odrážalo aktuálne klinické a nákladové požiadavky.



INFORMÁCIE POUŽÍVANÉ NA KLASIFIKÁCIU PACIENTOV

Pacienti sú do HRG skupín klasifikovaní na základe klinických údajov (diagnóza podľa MKCH 10, výkony podľa OPCS a závažnosť podľa prítomnosti a úrovne komorbidít alebo komplikácií), demografických údajov (vek, pohlavie) a spotreby zdrojov (dĺžka hospitalizácie). Klasifikácia nezávisí na hmotnosti pacienta alebo štádia choroby. Pri približne 500 skupinách z 1400 HRG skupín sa nezohľadňuje vek, pohlavie ani iné doplnkové faktory. HRG 4 používa 3 úrovne závažnosti podľa komorbidít a komplikácií (CCs): žiadne CCs, stredné CCs a závažné CCs.

ZBER DÁT PRE HRG

Všetky nemocnice v NHS sú povinné reportovať svoje aktivity a jednotkové ceny na ročnej báze. Na zabezpečenie správnosti zbieraných údajov prešli od roku 2006 všetky PCTs externým auditom správnosti kódovania, pri ktorom sa porovnávala vzorka záznamov pacientov so skutočným kódovaním. Zber nákladových údajov z nemocníc sa riadi Manuálom NHS pre účtovanie z roku 1999. Jednotkové ceny odrážajú celkové náklady na poskytnutie starostlivosti a obsahujú všetky prevádzkové náklady, náklady na personál a kapitálové náklady, ale nie náklady na výučbu a výskum. Spotreba zdrojov nie je meraná až na úroveň individuálnych pacientov, ale je odhadovaná na základe top-down prístupu.



PLATBY NEMOCNICIAM PODĽA HRG

V minulosti sa HRG používali len ako klasifikačný mechanizmus, ale od roku 2003 je takmer všetka nemocničná starostlivosť v Anglicku hrazená formou Payment by Results (PbR), ktoré vychádzajú z HRG. Hlavným cieľom zavedenia platieb podľa HRG bolo zvýšenie produkcie, zníženie čakacích listín, podpora voľby pacienta a zvýšenie efektívnosti, ako aj zvýšenie spokojnosti pacientov pri zachovaní kontroly nad nákladmi.

Výška platieb pri PbR je stanovená na základe priemerných nemocničných nákladov a zahŕňa náklady na personál, zariadenie a kapitálové výdavky. Určuje sa rok vopred Ministerstvom zdravotníctva podľa štandardnej metodológie na základe priemerných nákladov získaných zo všetkých nemocníc. Táto cena je rovnaká pre všetkých poskytovateľov bez ohľadu na geografickú lokalizáciu. Keďže však nemocnice znášajú niektoré náklady, ktoré sú mimo ich kontrolu a ktoré nedokážu ovplyvniť ani vyššou efektívnosťou, Ministerstvo zdravotníctva platí dodatočné platby poskytovateľom na základe indexu „Faktora trhových síl“, ktorý zohľadňuje náklady na personál, polohu a budovu.

Niektoré nákladné lieky, špeciálny zdravotnícky materiál a výkony sú vyňaté z PbR, ako napr. MRI, kochleárne implantáty, ortopedické protézy a chemoterapia.

Od apríla 2009 môžu PCT vyplácať časť platieb poskytovateľom na dosiahnutie realistických lokálne stanovených cieľov, ktoré sa určujú na základe zverejňovaných výsledkov kvality. Podiel takto vyplatených prostriedkov dosahoval v roku 2009/10 približne 0,5 % všetkých príjmov nemocníc a narástol na 1,5 % v roku 2010/11.

Okrem tohto systému môžu poskytovatelia na základe individuálnych dohôd dostať extra platby aj za nové a inovatívne technológie. Takéto dohody typicky netrvajú dlhšie ako 3 roky.

6.6 POĽSKO – JGP

Poľský systém zdravotníctva prechádza v súčasnosti reformou, ktorej cieľom je transformácia nemocníc na akciové spoločnosti a zefektívnenie činnosti systému aj prostredníctvom modernizácie už zavedeného systému platby za diagnózu (DRG).

DRG bolo v Poľsku implementované v roku 2008 pod názvom JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów – JGP), teda homogénne skupiny pacientov.

Základom poľského JGP systému je britský DRG systém. Výber britského systému nebol náhodný, pretože britský a poľský zdravotný systém sú si navzájom podobné. JGP vychádza z premisy, že každá skupina JGP predstavuje jedinečnú skupinu pacientov s podobnými charakteristikami, ako napr. diagnóza, spôsob liečby, vek pacienta a iné.

Predtým, ako sa v Poľsku prijal DRG systém, bol platobný mechanizmus nemocníc založený na katalógu zdravotných výkonov, pričom daný výkon v rámci nemocnice bol ohodnotený bodmi, za ktoré každá nemocnica získala fixnú sumu. Avšak tento systém nevychádzal zo systematického kategorizovania a oceňovania výkonov. Z tohto dôvodu prijala Poľsko systém DRG, ktorého cieľom bolo zlepšiť prerozdeľovanie prostriedkov nemocniciam a zvýšenie transparentnosti pri poskytovaní zdravotných výkonov. Často sa predtým napríklad stávalo, že Národný fond zdravia využíval svoje postavenie na vyjednávanie platieb výkonov nemocníc pod úrovňou skutočných nákladov nemocníc.

Zavedenie systému DRG v Poľsku trvalo viac ako dva roky. Na začiatok sa klasifikovali patientske skupiny, ku ktorým bol následne prisúdené skóre v bodoch podľa výpočtov Národného fondu zdravia. Cena alebo hodnotenie každého výkonu predchádzajúcich výkonov nemocníc z katalógu bolo vážené frekvenciou poskytovania daných služieb v rámci danej JGP skupiny. Tieto hodnotenia boli následne proporcionálne porovnané s britským bodovníkom výkonov.

JGP sa vzťahuje len na nemocničný hospitalizačný sektor, pričom rozlišuje medzi akútnymi prípadmi hospitalizácie, plánovanou hospitalizáciou a jednodňovými hospitalizáciami. JGP sa vzťahuje na rehabilitáciu len čiastočne a vôbec sa nevzťahuje na psychiatrické liečebne.

Na to, aby nemocnica získala zdroje na základe systému JGP, každého pacienta musí zaradiť do zodpovedajúcej skupiny JGP a nahlásiť toto zaradenie národnému zdravotnému fondu. V Poľsku existuje dokopy 518 JGP skupín, pričom každá je bodovo ohodnotená od 5 bodov (menej závažné zákroky) až do 4 706 bodov (komplikované zákroky, napríklad transplantácia). Každá nemocnica môže na základe zrealizovaných výkonov teda získať určitý súčet bodov za JGP skupiny a adekvátne tomuto súčtu získa prostriedky od národného fondu zdravia (každá nemocnica rovnakú sumu za jeden bod).

Základom poľského DRG systému sú:

- katalóg výkonov – skupiny pacientov a body za každý výkon,
- charakteristické znaky JGP skupín – definícia premenných u každej JGP skupiny, na základe ktorých dochádza ku kategorizácii,
- algoritmus skupiny – software na správne určenie JGP skupiny,
- parametrizačný súbor – funkčná podoba skupinového algoritmu.

Katalóg výkonov je rozdelený do 16 častí na základe anatomického a fyziologického zloženia tela alebo špecifického klinického zamerania. Nachádza sa v ňom spomínaných 518 JGP skupín, ktoré sú zoradené na základe bodového zhodnotenia výkonov od najvyššieho po najnižšie.

Každá JGP skupina je definovaná na základe údajov z nemocníc, ktoré obsahujú dáta o diagnózach pacientov, demografii (vek a pohlavie), dôvod prijatia a prepustenia, dĺžku hospitalizácie.

Podľa nariadenia ministerstva zdravotníctva je každá nemocnica povinná vytvárať nákladové účtovné výkazy. Toto nariadenie však neustanovuje spôsob vedenia účtovníctva, preto dochádza k rozdielom výpočtu nákladov v nemocniciach. A aj preto možno povedať, že JGP systém nevychádza zo skutočných nákladov nemocníc, na základe čoho potom Národný fond zdravia nedokáže adekvátne ohodnotiť cenu za jeden bod. V súčasnosti prebieha snaha o zavedenie nákladovej databázy, ktorá by obsahovala finančné dáta o výdavkoch 15 nemocníc. To umožní porovnávať nákladovú štruktúru viacerých poľských nemocníc.

Prostredníctvom systému JGP sa v Poľsku financuje každá nemocnica, s ktorou Národný fond zdravia uzavrel zmluvu. Preto sa na každú nemocnicu vzťahujú tie isté podmienky, bez ohľadu na vlastnícku štruktúru, typ nemocnice alebo regionálne rozdiely. Systém sa vzťahuje na každého pacienta, okrem tých, ktorí vyžadujú psychiatrickú alebo rehabilitačnú liečbu. Platby na základe DRG by mali stačiť na pokrytie celkových nákladov nemocníc (kapitálové výdavky, zamestnancov okrem investičných projektov nemocníc). Nemocnice však tiež môžu získať dodatočné zdroje od samospráv na investičné výdavky, Ministerstva vedy a školstva na edukačné aktivity alebo od pacientov napríklad za nadštandardnú izbu.

DRG systém implementovaný v Poľsku priniesol väčšiu transparentnosť do nemocničného sektoru. Nevýhodou však naďalej zostávajú nedostatky v oblasti získavania presných dát o výdavkovej štruktúre nemocníc, pretože tieto dáta nie sú v Poľsku štandardizované, čo neumožňuje vykonávať adekvátne porovnania. Z tohto dôvodu nemožno tieto dáta použiť na zhodnotenie, do akej miery systém JGP dokáže pokryť skutočné výdavky nemocníc.

Súčasná reforma zdravotníctva, ktorá v Poľsku aktuálne prebieha má v záujme zlepšiť systém JGP a to spôsobom, že sa bude zakladať na technickejších dátach a objektívnych nákladoch nemocníc (decentralizácia DRG tarífov na jednotlivé výkony).

Snahou poľskej vlády je taktiež zaviesť nasledovné pravidlá do systému JGP:

- systém sa nebude aktualizovaný viac než dvakrát ročne,
- patientsky klasifikačný systém bude aktualizovaný na základe štatistických analýz dĺžky hospitalizácie a údajov o nákladoch,
- dáta o nákladoch nemocníc sa využijú na určenie cien výkonov.

V Poľsku existujú okrem iného aj plány zaviesť štrukturálne a kvalitatívne ukazovatele na stanovenie cien bodov za uskutočnené výkony. Týmito opatreniami by sa upustilo od národne stanovených fixných cien bodov za výkony v nemocniciach.



6.7 ČESKÁ REPUBLIKA – DRG

Akútna ústavná starostlivosť v Českej republike zahŕňa niekoľko zložiek úhrad. Úhrada a parametre úhrad akútnej ústavnej starostlivosti sa menia každý rok podľa aktuálnej úhradovej vyhlášky (pre rok 2013 je to Zbierka zákonov č. 475/2012, vyhláška o stanovení hodnôt bodu, výška úhrad hrazených služieb a regulačných obmedzení pre rok 2013 z 20. decembra 2012). V súčasnej dobe prevažuje systém úhrady prostredníctvom DRG (v priemere sa týmto spôsobom hradí 75 % produkcie nemocníc).

INDIVIDUÁLNE ZMLUVNE DOHODNUTÁ ZLOŽKA ÚHRADY

Do tejto zložky sú zahrnuté vymenované skupiny vzťahované k diagnóze (napr. výkony TEP, implantácie kardiostimulátorov a kardioverter), u ktorých sa zdravotná poisťovňa môže zmluvne dohodnúť s poskytovateľom o výške a spôsobe úhrady. A ďalej je do tejto zložky úhrady možné zahrnúť aj iné hrazené služby, než vymenované služby (priestor pre individuálnu zmluvnú politiku jednotlivých zdravotných poisťovní). Ak sa zdravotná poisťovňa a poskytovateľ nedohodnú o výške úhrad, zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi úhradu, ktorá sa vypočíta ako súčet celkových úhrad pre vymenované skupiny.

Celková úhrada pre každú vymenovanú skupinu sa vypočíta ako súčin aspoň 50 % počtu prípadov liečených v roku 2011 vo vymenovanej skupine, ak je aspoň tento počet prípadov vynásobený koeficientom KPP (koeficient zmeny podielu počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne čerpajúcich hrazené služby u daného poskytovateľa na celkovom počte poistencov čerpajúcich hrazené služby u daného poskytovateľa medzi 1. januárom 2011 a 1. januárom 2013; ak sa nedohodnú zdravotná poisťovňa a poskytovateľ, potom sa to stanovuje ako index zmien počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne v kraji poskytovania hrazených služieb) liečených v hodnotenom období, a priemernej úhrady za prípad

liečený vo vymenovanej skupine v roku 2012. Celková poskytnutá výška úhrady pre každú vymenovanú skupinu zdravotnou poisťovňou všetkým poskytovateľom v súhrne predstavuje najmenej 85 % úhrady počtu prípadov príslušnej vymenovanej skupiny v roku 2011 (referenčnom období).

STAROSTLIVOSŤ V CENTRÁCH

Do tejto skupiny je zahrnutá výška úhrad liekov a potravín na osobitné lekárske účely vykazovaných osobitnou zmluvou (centrové lieky). Poskytovateľom sa hradí vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané množstvo. **Základom pre úhradu je diagnostická skupina a úhrada je výkonová, teda platba za poskytnutý ZÚLP a recepty s obmedzeniami v týchto skupinách:**

- **Zriedkavé a metabolické choroby** – úhrada vo výške 100 % dvanásťnásobku priemernej mesačnej úhrady v mesiacoch roka 2012, v ktorých bola liečba poskytovaná, vynásobená počtom unikátnych poistencov liečených v roku 2012; plný zoznam diagnóz je v úhradovej vyhláške, ide napr. o Fabryho chorobu, Gaucherovu chorobu, Pompeho chorobu.
- **Ostatné ochorenia, ktoré nie sú vymenované v predchádzajúcej skupine** – úhrada vo výške 98 % úhrady patriacej poskytovateľovi za lieky poskytnuté poistencom (súčin priemerných nákladov na jednotlivé ochorenia na jeden mesiac liečby a jedného unikátneho poistenca v referenčnom období, teda v roku 2011). Úhrada sa potom spočíta, ako priemerná úhrada choroby v referenčnom roku vynásobená počtom unikátnych poistencov s danou chorobou v roku 2013, ale s nasledujúcimi obmedzeniami:
 - **Chronické ochorenia** – maximálne možné uhradiť 108 % unikátnych liečených poistencov k 31. decembru 2012. Do tejto skupiny patria lieky poskytnuté na liečbu ochorení ako reumatológia, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, ťažká psoriáza, roztrúsená skleróza a pľúcna hypertenzia.

- **Ostatné ochorenia** – maximálne možné uhradiť 102 % unikátnych poistencov liečených v roku 2012, ktorým bol poskytnutý liek na liečbu ďalších ochorení nepatriacich do predchádzajúcich dvoch skupín.

pojem DRG alfa, ako je uvedené aj v úhradovej vyhláške. Princíp úhrady je založený na vzorci:

Casemix je v regulovanej výške, teda je limitovaný:

- 95 % casemixu z roku 2011, teda referenčného obdobia;
- Zohľadnený je nepriaznivý pomer počtu hospitalizačných prípadov v aktuálnom a referenčnom období.

PRÍPADOVÝ PAUŠÁL – HOSPITALIZAČNÉ PRÍPADY

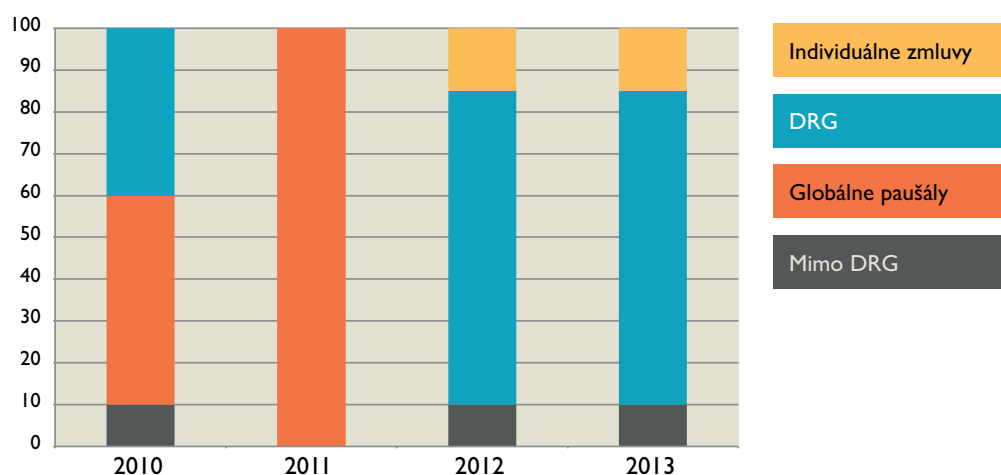
Najväčšou zložkou úhrady predstavuje DRG, teda platba prostredníctvom prípadového paušálu. Patrí sem v podstate celá nemocničná starostlivosť, s výnimkou vyššie menovaných individuálnych kontraktov (vymenované skupiny a centrá starostlivosti) a starostlivosť s výnimkou DRG (pozri ďalej beta a gama). Prípadový paušál DRG bol pre úhrady nemocničnej starostlivosti v ČR prvýkrát použitý v roku 2008, kedy zahŕňal len niekoľko vybraných skupín pacientov, ktoré sa zdali byť pre tento typ úhrady najrelevantnejšie. S DRG sa pracuje v ČR od roku 1996. Do roku 2002 prebiehali pilotné projekty na testovanie DRG v praxi na niekoľkých nemocniciach. V roku 2004 a 2005 bola použitá pre úhrady kombinovaná úhrada s DRG (najprv podiel 5 % DRG a potom 10 %). V roku 2007 bolo DRG v úhradovej vyhláške ako kontrolný mechanizmus pre objem poskytovanej starostlivosti. V roku 2008 bolo DRG po prvýkrát nasadené ako úhradový mechanizmus. Pre rok 2009 bol počet skupín rozšírený. Pre skupinu týchto DRG skupín sa v praktickom použití vžil

NAVÝŠENIE POČTU PACIENTOV V AKTUÁLNOBOM OBDOBÍ

Úhrada v DRG alfa je regulovaná nasledovne (vyberá sa minimum z 3 vypočítaných hodnôt):

- Akékoľvek navýšenie casemixu v roku 2013 nebude v úhrade absolútne nijako zohľadnené, dokonca sa uzná iba 95 % CM z referenčného obdobia. Aj keby teda zariadenie napríklad dosiahlo 110 % CM oproti roku 2011;
- Zohľadnený je nepriaznivý pomer počtu hospitalizačných prípadov v aktuálnom a referenčnom období – inými slovami, keď zariadenie zaznamená príliš veľký pokles počtu hospitalizačných prípadov u danej poisťovne z akéhokoľvek dôvodu, môže byť jej redukovaný casemix ďalej ponížený aj v prípade, že by bol jej CM vyšší než v referenčnom období.

GRAF 11: ÚHRADA NEMOCNIČNEJ STAROSTLIVOSTI V ČR



Zdroj: HPI, 2013



RELATÍVNE VÁHY

Relatívne váhy každý rok aktualizuje Národné referenčné centrum, ktoré má na starosti kultiváciu DRG systému. Existujú tzv. referenčné nemocnice, ktoré odovzdávajú NRC na základe zmluvy o spolupráci raz za rok svoje nákladové a klinické dáta (priame náklady - osobné náklady lekárov, osobné náklady ošetrovateľského personálu, materiál, náklady na prístrojovú techniku a ostatné priame náklady). A získané výsledky spracovania ekonomických a produkčných dát nemocníc sú použité na výpočet relatívnych váh (sú teda aktualizované podľa predchádzajúceho roka a podľa frekvencie vykazovania jednotlivých DRG skupín/prípadoch). Avšak počet nemocníc, ktoré odovzdávajú dáta je podľa NRC nedostatočný (hlavne fakultné nemocnice), pretože to nemocnica robia dobrovoľne.

ZÁKLADNÁ SADZBA

Základná sadzba je druhou základnou veličinou, ktorá ovplyvňuje výšku úhrady. Do jej výpočtu vstupuje tzv. technická (celoštatná) základná sadzba, ktorá je v úhradovej vyhláške pre rok 2013 stanovená na úrovni 29 500 Kč, a tzv. individuálna základná sadzba. Individuálna základná sadzba premieta do výpočtu historický vývoj úhrad nemocničnej starostlivosti a odvíja sa od dlhodobého správania jednotlivých nemocníc.

Cieľom rozdelenia základnej sadzby na technickú a individuálnu základnú sadzbu je snaha o postupné zjednocovanie sadzieb, čo nebolo možné urobiť hneď, pretože by to mohlo spôsobiť značnú nestabilitu v segmente nemocničnej starostlivosti (napríklad pre nemocnice, ktoré poskytujú špecializovanú a superšpecializovanú zdravotnú starostlivosť a mali v minulosti vysoké individuálne základne sadzby v rámci výkonových úhrad, by po zjednotení, resp. poklesu základnej sadzby mali dramatický pokles v úhradách). Do výpočtu základnej sadzby vstupuje tzv. približovací koeficient (stanovená hodnota je 0,3), ktorý v podstate hovorí, že technická základná sadzba tvorí 30 % základnej sadzby. A zo 70 % základnú sadzbu ovplyvňuje individuálna základná sadzba a veľkosť casemixu konkrétne nemocnice z referenčného obdobia roku 2011.

BETADRG2013 A GAMMADRG2013

Do tejto skupiny patria hrazené služby vyčlenené z úhrady formou prípadového paušálu. V roku 2012 vznikla jedna skupina, označená bola ako betaDRG2012. Túto skupinu potom Ministerstvo zdravotníctva rozdelilo na dve menšie skupiny. Tieto skupiny sú hrazené podľa zoznamu výkonov, resp. úhrada za tieto skupiny je kalkulovaná na základe kombinácie vykázaných výkonov (krát bodové ohodnotenie), liekového paušálu, ZÚM a ZÚLP. Aj tu dochádza k reguláciám prostredníctvom limitov, ktoré maximálne uhradí zdravotná poisťovňa. U týchto skupín sa predpokladá vyšší nárast platieb, a preto sú limity miernejšie.

Do skupiny betaDRG2013 patria prípady, ktoré sú spravidla veľmi náročné a poskytujú sa vo veľkých špecializovaných centrách. Príkladom môžu byť transplantácia srdca, pečene, obličiek, či kostnej drene, liečba akútnej leukémie, rádioterapia, chemoterapia, liečba popálenín, liečba HIV a polytrauma.

Skupina gammaDRG2013 obsahuje liečbu rôznych duševných porúch (psychózy, schizofrénia, depresia, bipolárna porucha), krvných ochorení (chudokrvnosť, poruchy zrážanlivosti), výkony na slezine, výkony pri úrazoch, otravy apod.

AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Ambulancie v nemocniciach sú hrazené samostatne. Úhrada prebieha ako v mimonemocničných ambulantných zdravotníckych zariadeniach (kapitácie, výkony) s výnimkou regulačných mechanizmov vzťahnutých na objem predpísaných liečivých a zdravotných prípravkov a vyžiadané starostlivosti. Regulačné obmedzenia sú stanovené na celok, nie po odbornostiach ako je tomu v mimonemocničných ambulantných zdravotníckych zariadeniach.

DOHADOVACIE KONANIE

Zmierovacie konanie je upravované podľa zákona 48/1997 Z. z., § 17, odseku 6. Hodnoty bodu, výška úhrad zdravotnej starostlivosti a regulačné obmedzenia objemu poskytnutej zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia sa vždy na nasledujúci kalendárny rok dohodnú v zmierovacom konaní zástupcov Všeobecnej zdravotnej poisťovne Českej republiky a ostatných zdravotných poisťovní a príslušných profesijných združení poskytovateľov ako zástupcov zmluvných zdravotníckych zariadení.

Zvolávateľom a garantom riadneho priebehu zmierovacieho konania je ministerstvo zdravotníctva. Pre zmierovacie rokovania si obe strany – teda poisťovne na jednej a poskytovatelia na druhej strane, pripraví svoje požiadavky. Väčšinou sa o nich informujú vopred. Rokovania sa zúčastní aj celý rad ďalších združení (napr. ČLK, AČMN, SAS, atď.). Nasledujú rokovania, pri ktorých sa obe strany snažia dohodnúť. Po dlhých rokovaníach sa väčšinou vytvorí prvá pracovná verzia, ktorá sa pošle na pripomienkovanie jednotlivým zástupcom. Ak dôjde k dohode, posúdi jej obsah ministerstvo zdravotníctva z hľadiska súladu s právnymi predpismi a verejným záujmom. Pokiaľ je výsledok dohody v súlade s právnymi predpismi a verejným záujmom, vydá ho ministerstvo zdravotníctva ako vyhlášku.

Aj keď sa rokuje dlhodobo, konečná verzia vyhlášky je k dispozícii tesne pred začiatkom roku, pre ktorý má platiť. Ak nedôjde v zmierovacom konaní k výsledku do 90 dní pred skončením príslušného kalendárneho roka alebo ak zistí ministerstvo zdravotníctva, že výsledok zmierovacieho konania nie je v súlade s právnymi predpismi alebo verejným záujmom, stanovuje hodnoty bodu, výšku úhrad zdravotnej starostlivosti hradenej zo zdravotného poistenia a regulačné obmedzenia objemu poskytnutej zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia na nasledujúci kalendárny rok ministerstvo zdravotníctva vyhláškou. Vzhľadom k tomu, že obe strany majú protichodné požiadavky, ku konsenzu väčšinou nedochádza a tvorbu úhradovej vyhlášky preberá ministerstvo.

AKTUÁLNA SITUÁCIA PRI ÚHRADOVEJ VYHLÁŠKE



Ústavný súd 30. 10. 2013 rozhodol, že Úhradová vyhláška pre rok 2013 je protiústavná. Napriek tomu je ponechaná v platnosti do konca roka 2014. Hlavným argumentom je, že okamžité zrušenie by destabilizovalo zdravotníctvo a ohrozilo pacientov (hlavne dostupnosť zdravotnej starostlivosti).

Vyhláška stanovuje hodnoty bodu, výšku úhrad a regulačné obmedzenia. Podľa nej platia poisťovne nemocniciam a lekárom, ak sa nedohodnú inak. Pri prekročení množstva starostlivosti dohodnutej v zmluve zaplatí poisťovne lekárom len časť peňazí. Podľa ústavných sudcov to nie je vhodné riešenie, pretože vyhláška nerozlišuje, či je prekročenie dôsledkom plytvania, alebo má reálne príčiny. Argumentujú, že poskytovatelia nemôžu predvídať celkový rozsah zdravotných služieb, ktoré budú nútení v priebehu roka poskytnúť, a už vôbec nemôžu ovplyvniť, či nedôjde k ich výraznému navýšeniu v dôsledku mimoriadnych udalostí, napríklad hromadných nehôd, epidémií a tak ďalej. Vyhláška pre rok 2013 znížila príjmy nemocniciam o šesť miliárd Kč, k ďalšiemu poklesu o cca 6 miliárd Kč došlo vďaka zvýšeniu DPH.

Pri výklade vyhlášky, a pri tvorbe vyhlášok na budúce roky, ministerstvo musí zohľadniť názor súdu. Ministerstvo je podľa legislatívneho námestníka pripravené ho zohľadniť v plnej miere v predpise na rok 2015. Vďaka zdĺhavému rokovaciemu procesu, nie je možné úplne zmeniť vyhlášku pre rok 2014. Bude možné vykonať len čiastočné úpravy, skôr technického charakteru, ako koncepčné zmeny. K návrhu na zrušenie vyhlášky sa pripojilo 39 senátorov (22 senátorov z ČSSD).

KAPITOLA 7

ĽUDSKÉ ZDROJE

MOTTO:

Finančný riaditeľ sa pýta generálneho riaditeľa:

„Čo sa stane, ak investujeme do rozvoja našich ľudí, a oni od nás potom odídu?“

Generálny riaditeľ odpovedá:

„A čo sa stane, ak do nich neinvestujeme, a oni zostanú?“

Zdravotná starostlivosť – nech bude sprevádzaná akokoľvek modernými technologickými a architektonickými kulisami – je a zostane predovšetkým službou, založenou na osobnej interakcii pacienta so zdravotníckym pracovníkom.

Úspech modernej nemocnice nebude závisieť len od budov a technológií, ale aj od riadenia, organizácie práce, firemnej kultúry a profesionality zamestnancov – teda zásadným spôsobom od zdravotníckych pracovníkov.

Ako je na tom Slovensko s ľudskými zdrojmi v zdravotníctve a aké sú výhľady do budúcnosti?

Bezprostredne čelíme výzve v podobe migrácie našej pracovnej sily do zahraničia. Otvorenie pracovného trhu s EÚ spôsobilo v nemocniciach výpadok jednej generácie lekárov; odchody pokračujú. Zdravotné sestry poskytujú (často neoficiálne) opatrovateľskú starostlivosť predovšetkým v Rakúsku.

Mzdové ohodnotenie hrá pri rozhodovaní o odchode síce dôležitú úlohu, ale nemenej významnými faktormi sú priestor na sebarealizáciu, pracovná atmosféra

či firemná kultúra. Tie nenahradí žiadna centrálna mzdová regulácia, ktorá naopak, nivelizuje akékoľvek rozdiely v kvalite a množstve odvedenej práce, čím prehĺbuje demotiváciu lepších a pracovitejších.

Pri niektorých odbornostiach je situácia kritická, a nie vždy len kvôli migrácii. Uvedťme ako príklad nedostatok radiológov, anesteziológov. Priemerný vek všeobecných lekárov sa každý rok neúprosne zvyšuje (55 rokov v roku 2013).

V strednodobom horizonte sú výzvou dôsledky demografického vývoja: nárast počtu ľudí, vyžadujúcich istú formu inštitucionálnej i mimoinštitucionálnej starostlivosti (chronické choroby, dlhodobá starostlivosť, duševné zdravie, ošetrovateľstvo, opatrovateľstvo).

Je zložitá merať zdravotné potreby, je zložitá odhadovať ich vývoj do budúcnosti; rozšíria sa nové choroby, prípadne sa objavia naozaj prevratné lieky? Okrem formulovania trendov na základe analýzy minulých radov vieme povedať najmä jedno: **spôsob a forma poskytovania zdravotnej – a sociálnej – starostlivosti sa budú v ďalších rokoch zásadne meniť.**

Budú sa viac či menej flexibilne (musieť) prispôbovať potrebám klientov. Poskytovatelia budú hľadať inovatívne riešenia – inšpirácií je vo vyspelom svete neúrekom. Vznikne o. i. **tlak na úpravu definícií, postavenia, kompetencií zdravotníckych pracovníkov a ich vzdelávania.**

Snaha o liberalizáciu narazí zrejme na ochrancov status quo, predovšetkým stavovské organizácie, ktoré nepovažujú súčasné rozdelenie rolí zdravotníckych povolání za prekonané.

Spor rozhodne nakoniec pacient-spotrebiteľ. Závisí na inovátoroch v slovenskom zdravotníctve, či ho presvedčia.

7.1 MÁME DOSŤ ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV?

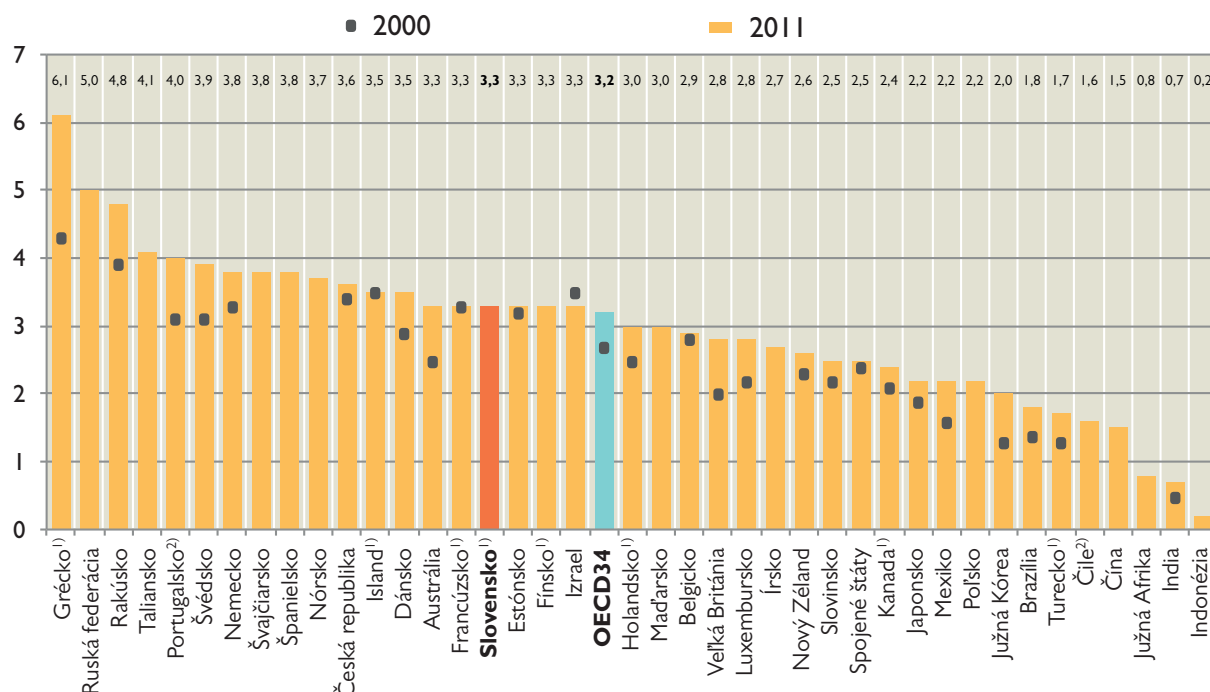


Kým zmena regulácií je možná relatívne rýchlo, pri plánovaní ľudských zdrojov je potrebné brať do úvahy časovú náročnosť prejavu zmien.

Trh práce je otvorený aj do zahraničia, takže citlivo reaguje na celoeurópske resp. svetové nerovnováhy – čo sťažuje riadenie.

V zdravotníctve a sociálnych službách pracuje vo vyspelých európskych krajinách zhruba 9 % ekonomicky aktívnej populácie [HOPE]. So starnutím populácie sa bude zvyšovať tlak na zvyšovanie tohto podielu.

GRAF 12: POČET PRAKTIZUJÚCICH LEKÁROV NA 1000 OBYVATEĽOV, ROKY 2000 A 2011 (RESP. NAJBĹIŽŠÍ DOSTUPNÝ ÚDAJ)



1) Údaje zahŕňajú nielen lekárov priamo poskytujúcich starostlivosť pacientom, ale aj manažérov, učiteľov a výskumníkov v zdravotníctve (čo navyšuje celkový počet o ďalších 5-10 % lekárov).

2) Údaje odrážajú všetkých lekárov licencovaných v Portugalsku (čo výrazne prevyšuje počet lekárov reálne vykonávajúcich prax).

Zdroj: OECD Health Statistics 2013

V slovenskom zdravotníctve pracuje podľa údajov NCZI 105 743 ľudí (2011). Spolu s oblasťou sociálnej pomoci tvorí tento sektor podľa Štatistického úradu SR asi 7,1 % pracujúcich v slovenskom hospodárstve.

Je to veľa či málo?

K interpretácii porovnania so zahraničím treba pristupovať s rezervou. Medzi porovnávanými krajinami – a to aj blízskymi a susediacimi – sú zásadné rozdiely medzi metodikami zberu dát, definíciami pojmov a kontextami jednotlivých zdravotných systémov. Najhoršie sa porovnávajú dáta z oblasti, kde sa neostro prekrýva zdravotný a sociálny sektor.

Rozdiely v počtoch a štruktúre zdravotníckych pracovníkov pritom nevysvetľujú rozdiely v dosahovaných výsledkoch jednotlivých zdravotných systémov (viď napr. Graf 13, v ktorom kanadské výskumníčky D. Watsonová a K. McGrailová

porovnávajú postavenie iných krajín so svojou krajinou).

Chýbajúca korelácia nabáda ku konštatovaniu, že nejestvuje „správny“ počet lekárov či sestier. Ten závisí od rozdelenia rolí, kompetencií, a samozrejme tiež od zdravotných potrieb a očakávaní populácie.

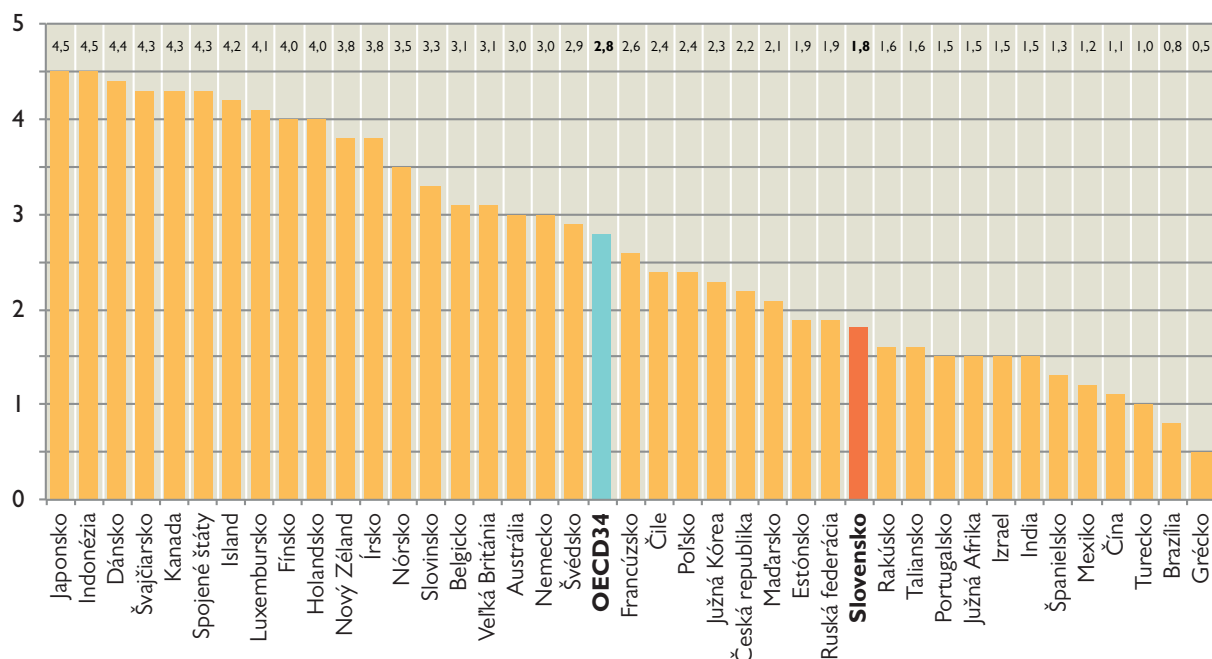
Regulátor má na problematiku názor v podobe koncepcií a špecializačných náplní odborov, minimálnej siete poskytovateľov, minimálneho personálneho normatívu. Tieto predpisy trpia problémom podobných regulácií: sú príliš rigidne. Nezohľadňujú rôzne špecifické situácie, odtiene reality, bez novelizácie nedávajú priestor na legálne inovatívne riešenia a alternatívne formy poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Namiesto príliš detailnej regulácie štruktúry by sa pozornosť ministerstva zdravotníctva mala sústrediť na procesy a najmä výsledky. To umožní hľadať efektívnejšie cesty ku kvalite.

GRAF 13: POČET LEKÁROV A ODVRÁTITEĽNÁ ÚMRTNOSŤ V 19 KRAJINÁCH OECD



Zdroj: Watson/McGrail, 2009; na dátach OECD 2002/03 a Nolte/McKee 2008

GRAF 14: POMER POČTU SESTIER A LEKÁROV, ROK 2011 (RESP. NAJBLIŽŠÍ DOSTUPNÝ ÚDAJ)

Zdroj: OECD Health Statistics 2013

PERSONÁLNE NORMATÍVY

V roku 2008 vydalo ministerstvo zdravotníctva personálny a materiálno-technický normatív pre nemocnice²⁴. Kým predpis minimálneho materiálno-technického vybavenia nemocníc má opakovaný odklad účinnosti (zatiaľ do 31. decembra 2014), personálny normatív je účinný a vymáhateľný aj v súčasnosti.

Dodržiavanie personálneho normatívu je jednou z podmienok vydania povolenia pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorú je povinný dodržiavať počas celej doby platnosti povolenia.

Vymáhanie tejto regulácie je preto predovšetkým v kompetencii orgánu príslušného na vydanie povolenia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, v prípade všeobecných nemocníc ide o príslušný samosprávny kraj, pri

špecializovaných nemocniciach ministerstvo zdravotníctva²⁷.

Do skúmania dodržiavania normatívu môže zasiahnuť ešte Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotné poisťovne. Poisťovne používajú flagrantné nedodržiavanie normatívu (napr. chýbajúci odborný garant) za dôvod odzmluvnenia príslušného oddelenia.

S dodržiavaním normatívu majú problémy prakticky všetky nemocnice na Slovensku, vymáha sa len minimálne.

Nižší počet pracovníkov však odpracuje vyšší počet hodín; výsledkom je akumulácia nadčasov u stredných zdravotníckych pracovníkov či vysoká dĺžka týždenného pracovného času lekárov. Zákonník práce síce pripúšťa u zdravotníkov až 56-hodinový pracovný týždeň (so súhlasom zamestnanca²⁸), tento limit však čast' lekárov

24) Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

25) Snaha ministerstva zdravotníctva na prelome rokov 2012 a 2013 centralizovať kompetenciu vydávania povolení všetkým nemocniciam nebola úspešná; poslanci pri schvaľovaní novely zákona o poskytovateľoch (č. 41/2013 Z. z.) navrhované ustanovenie vo februári 2013 vypustili.

26) Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2003/88/ES o niektorých aspektoch organizácie pracovného času stanovila maximálny týždenný pracovný čas všetkých zamestnancov na 48 hodín. V čl. 22 umožnila členským krajinám zaviesť individuálny opt-out systém, pri ktorom je možné so súhlasom zamestnanca prekročiť maximálny týždenný pracovný čas. Dnes túto možnosť využíva 16 krajín EÚ; veľká časť z nich vrátane Slovenska zaviedla opt-out systém sektorovo špecificky len pre zdravotníctvo.

prekračuje. V takých prípadoch zamestnávateľia zabezpečujú právnymi kľúčkami formálny súlad so Zákonníkom práce, pre prípad kontroly z inšpektorátu práce.

Otázkou je, či nedodržiavanie normatívu predstavuje skutočný problém z hľadiska zabezpečenia poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti, alebo rigidný predpis „len“ zväzuje ruky pri inovatívnych spôsoboch vnútornej organizácie nemocníc pri dosahovaní rovnakého cieľa, aký mal na mysli zákonodarcu. Inými slovami, či je normatív naozaj garanciou kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Normatív vychádza zo súčasného organizačného delenia nemocníc – podľa oddelení. Vo svojej súčasnej filozofii normatív podporuje dosahovanie úspor z rozsahu v závislosti od veľkosti oddelenia. Existuje istý minimálny počet zdravotníckych pracovníkov potrebných na personálne zabezpečenie chodu oddelenia, bez ohľadu na počet postelí resp. pacientov.

Moderné prístupy k vnútornému usporiadaniu nemocníc si vyžadujú väčšiu mieru flexibility. Pacienti vyžadujúci podobnú ošetrovateľskú starostlivosť môžu ležať na spoločnom oddelení, kde sa o nich budú starať lekári rôznych špecializácií. Podobne „plávajúce“ postele či zdieľanie lekárskeho služieb umožňujú nemocnici zvýšiť efektívnosť.

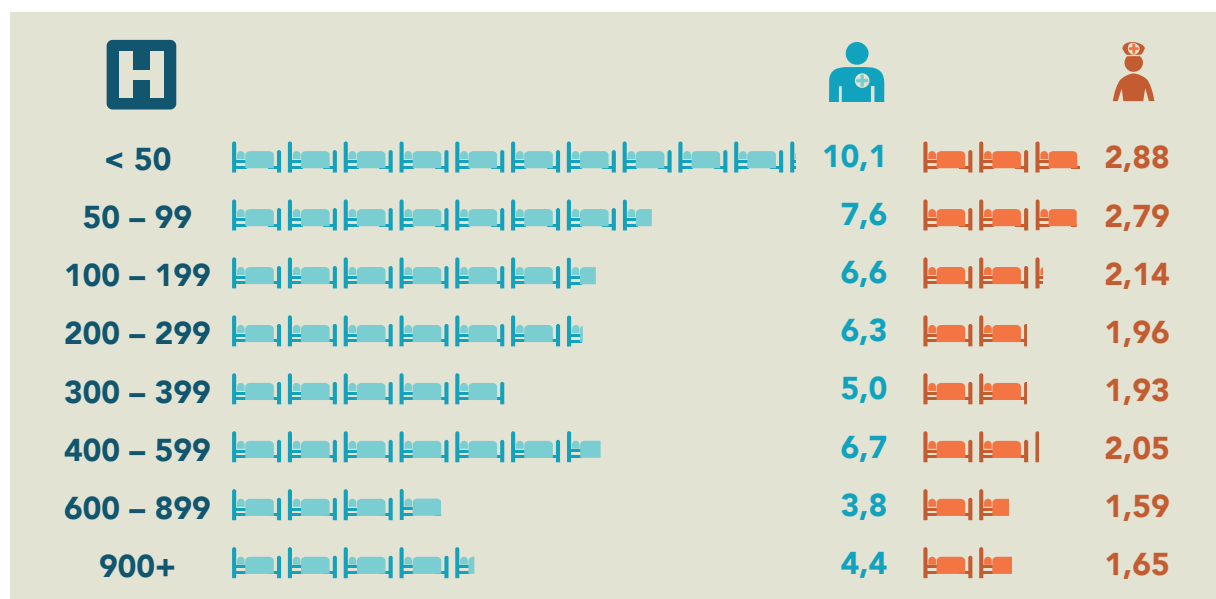
LEKÁRI A SESTRY PRI POSTELI CHORÉHO

NCZI osobitne sleduje počet pracovných miest lekárov a sestier pri posteli chorého v nemocniciach. Podľa údajov za rok 2011, v najmenších nemocniciach pripadá na posteľ najmenej lekárov aj sestier (Graf 15).

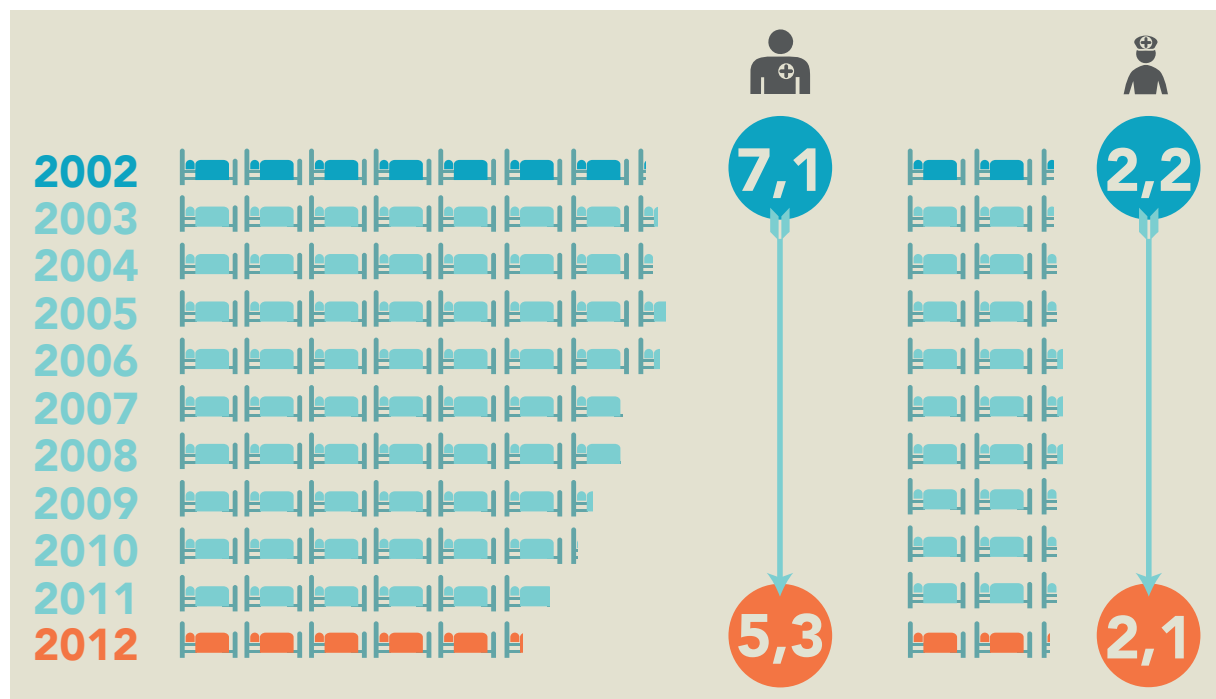
Medzi rokmi 2002 a 2012 stúpol celkový počet lekárov pri posteli o 2 %, počet sestier pri posteli klesol o 19 %. V rovnakom období sa pritom znížil počet postelí o 23 %. **Znamená to, že v priemere pripadá na jednu sestru zhruba rovnaký počet postelí ako pred desiatimi rokmi (2,1), kým u lekárov došlo k signifikantnému poklesu (zo 7,1 na 5,3 postele na jedného lekára, Graf 16).** Treba však dodať, že počet hospitalizačných prípadov sa v tomto období nezmenil – zvýšením obložnosti (65 % → 70 %) a skrátením priemernej doby hospitalizácie (9,4 → 5,3) došlo k efektívnejšiemu využívaniu zostávajúceho posteľového fondu.

Najväčší výpadok lekárov zaznamenalo slovenské zdravotníctvo v polovici minulej dekády, po vstupe Slovenska do EÚ. Aj počet nemocničných lekárov prešiel v roku 2005 minimom. **Od roku 2005 sa zvýšil až o vyše 21 %.** Podiel mladých lekárov na štruktúre zamestnancov dnešných nemocníc sa za desať rokov nijako nezmenil (Graf 17).

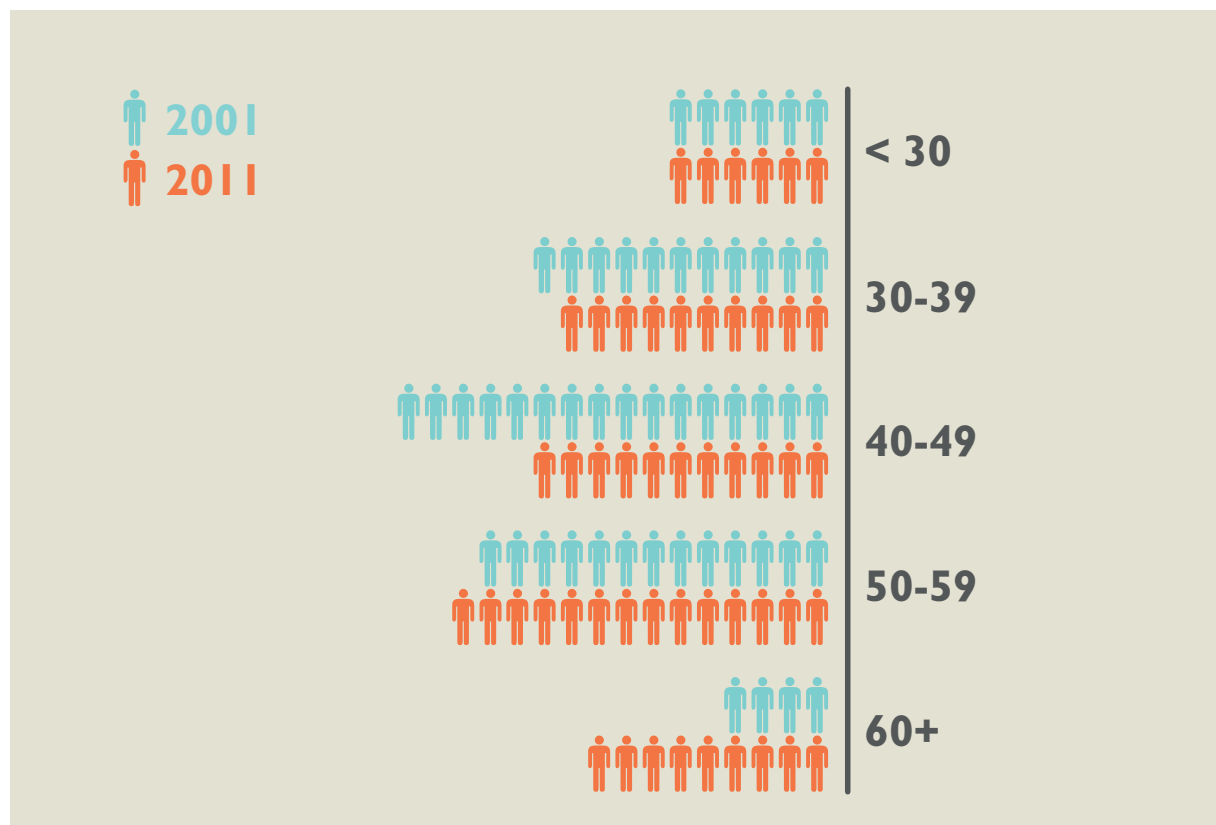
GRAF 15: POČET POSTELÍ NA JEDNO PRACOVNÉ MIESTO LEKÁRA A SESTRY PRI POSTELI CHORÉHO PODĽA VEĽKOSTI (POČTU POSTELÍ) NEMOCNICE, 2012



Zdroj: NCZI, 2013

GRAF 16: POČET POSTELÍ NA JEDNO PRACOVNÉ MIESTO LEKÁRA A SESTRY PRI POSTELI CHORÉHO, R. 2002 – 2012

Zdroj: NCZI, 2013

GRAF 17: VEKOVÁ ŠTRUKTÚRA LEKÁROV V R. 2001 A 2011

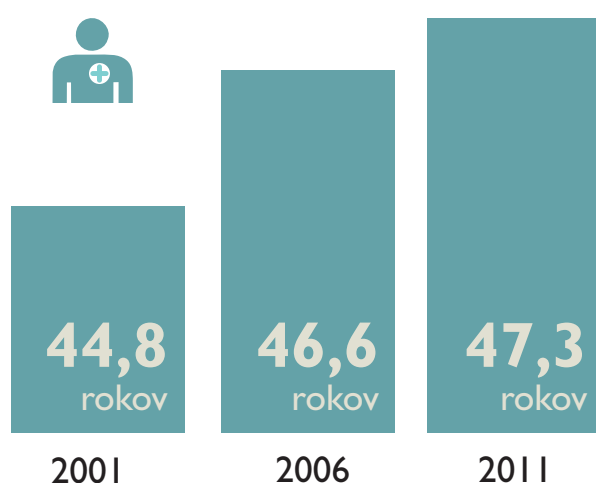
Zdroj: HPI podľa dát NCZI, 2013

Kým podiel mladých lekárov zostáva zachovaný, **podiel generácie štyridsiatnikov na celkovom lekárskom stave klesol o jednu tretinu.** Výrazne sa zvýšil podiel starších lekárov, predovšetkým vo vekovej kategórii 60+. Z 2 087 lekárov vo veku 55-59 rokov v roku 2001 bolo o 10 rokov aktívnych ešte 1 298 (62 %). Priemerný vek lekára sa zvýšil za desať rokov cca o 2,5 roka (Graf 18).

U sestier je starnutie výraznejšie, za desať rokov „zostarli“ o viac než 4 roky (Graf 19).

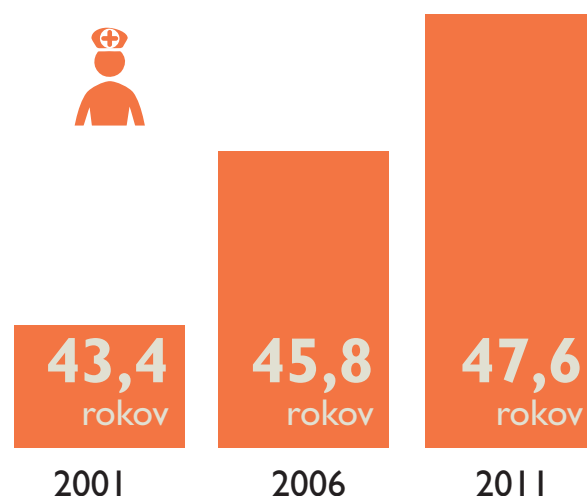
Charakteristickým trendom je feminizácia slovenského zdravotníctva. Za uplynulých 15 rokov sa zvýšil podiel žien študujúcich medicínu zo 60 % na 70 %. Tento trend sa prejavuje aj na skladbe absolventov a lekárov do 30 rokov (Graf 20).

GRAF 18: VÝVOJ VEKOVÉHO ZLOŽENIA LEKÁROV



Zdroj: HPI podľa dát NCZI, 2013

GRAF 19: VÝVOJ VEKOVÉHO ZLOŽENIA SESTIER



Zdroj: HPI podľa dát NCZI, 2013

GRAF 20: LEKÁRI DO 30 ROKOV, PODĽA POHLAVIA



Zdroj: prepočty HPI podľa dát NCZI, 2013

Celkový pomer mužov a žien v lekárskom povolani sa znižuje len mierne (44,5 % v roku 2001, 43,7 % v roku 2011). Výrazne stúpol totiž počet lekárov v dôchodkovom veku (65+). Z celkového počtu žien-lekárokov sa za desať rokov zvýšil ich podiel z 1,29 % na 6,75 %.

Najvýraznejšie klesol podiel generácie štyridsiatničok, kým v roku 2001 tvorili ešte 19 % lekárov v rezorte, o desať rokov neskôr to bolo už len 12,5 %. U mužov-štyridsiatnikov klesol podiel z 13,7 % na 9,7 %.

Väčšinový podiel žien-lekárokov okrem Slovenska zaznamenáva aj niekoľko ďalších krajín OECD (stredná Európa, Fínsko, Španielsko, Portugalsko) s extrémom v podobe Estónska (74 %), v ďalších však majú v tomto povolaní prevahu muži. Extrémom sú ďalekovýchodné krajiny Japonsko a Južná Kórea, kde ženy tvoria len jednu pätinu lekárov (OECD at a Glance, 2013). Priemer OECD: 44 %.

7.2 MIGRÁCIA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV



Migrácia pracovnej sily je prejavom slobodného rozhodnutia jednotlivcov. Skúsenosti rôznych krajín ukazujú, že je zložitý tento tok riadiť. Trhové sily reagujú pružnejšie než vládne intervencie. Neraz sú zdrojom nerovnováh na trhu práce práve vládne intervencie. Tie vedú k prijímaniu odvetných alebo kompenzačných opatrení, ktoré sa šíria v reťazovej reakcii do ďalších krajín.

FAKTORY SÚVISIACE S MIGRÁCIOU ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

Podľa WHO (Dussault, Fronteira & Cabral, 2009) vplyvajú na rozhodnutie zdravotníckeho pracovníka odísť za prácou do zahraničia nasledujúce skupiny faktorov:

- **osobné/profesionálne/rodinné faktory** – relatívne mladý vek, vyššie vzdelanie, prenositeľnosť zručností, znalosť jazyka, prítomnosť príbuzných alebo známych, ktorí už emigrovali
- **organizačné faktory** (reálne alebo vnímané) – pracovná záťaž, nedostatočné ohodnotenie, pracovné riziko, slabý manažment, chýbajúce vybavenie, kariérna stagnácia, nedostatok uznania
- **faktory zdravotného systému** – absencia, nedostatočnosť alebo slabá implementácia politík pre rozvoj ľudských zdrojov, nedostatok zdrojov na zdravotnú starostlivosť, centralizované rozhodovanie
- **faktory všeobecného prostredia** – zlá ekonomická situácia, nedostatočná bezpečnosť
- **ďalšie faktory** – aktívny nábor cez agentúry, regulácie umožňujúce mobilitu, uznávanie kvalifikácie.

TABUĽKA 31: HLAVNÉ PUSH A PULL FAKTORY MIGRÁCIE ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

PUSH faktory	↔	PULL faktory
Nízka mzda (absolútne a/alebo relatívne)	↔	Vyššia mzda Možnosť remitencie
Nevyhovujúce pracovné podmienky	↔	Lepšie pracovné podmienky
Nedostatok zdrojov na efektívnejšiu prácu	↔	Zdravotníctvo s lepšími zdrojmi
Obmedzené kariérne možnosti	↔	Kariérne možnosti
Dopad HIV/AIDS	↔	Politická stabilita
Nestabilné/nebezpečné pracovné prostredie	↔	Možnosti cestovania
Ekonomická nestabilita	↔	Pomoc

Zdroj: podľa Buchana et al. (2003)

Faktory, ktoré vytláčajú zdravotníckeho pracovníka z krajiny (PUSH faktory) sa porovnávajú s prítlačivosťou práce v inej krajine (PULL faktory). Zvyčajne sa úvadzajú v komplementárnych dvojiciach (Tabuľka 31).

Ďalšími dôležitými PULL faktormi sú jazyk, geografická blízkosť a existencia komunity krajanov v cieľovej krajine.

MIGRÁCIA AKO CELOEURÓPSKA VÝZVA

Odchody zdravotníkov do zahraničia nie sú len slovenským problémom. Stali sa naším problémom až keď sa náš pracovný trh otvoril Európe a naplno pocítil dynamiku nerovnováh na európskom trhu práce.

Migrácia lekárov je v Európe už desaťročia realitou. Niektoré krajiny majú poddimenzované vzdelávacie kapacity a programovo dopĺňajú potrebu lekárov prisťahovalcami (predovšetkým Veľká Británia). Vztťahy so zámorskými územiami

Commonwealthu vedú k obojsmernej migrácii (Nový Zéland, Austrália, Kanada, India, Pakistan). Spomedzi lekárov v Spojenom kráľovstve až 37,5 % vyštudovalo medicínu v zahraničí, v Írsku tvoria takíto lekári 30 % (Dussault, WHO, 2009).

Migrácia lekárov je zvyčajne vedená mzdovým gradientom, najčastejšie z krajín s nižšou životnou úrovňou do krajín vyspelejších. Len medzi krajinami EÚ15 je rozptyl priemerných miezd lekárov pri prepočte na paritu kúpnej sily viac než štvornásobný – Grécko (1 389 USD) vs. Veľká Británia (5 788 USD) (Corea & Bacigaluppi, 2010).

Migrácia prebieha aj medzi podobne vyspelými krajinami, napr. v rámci krajín Škandinávie, ktoré majú spoločný pracovný trh od roku 1954. Hlavné vektory v Európe sú z juhu na sever, do Británie a do zámoria. Lukratívnou pracovnou destináciou sú okrem spomenutých krajín aj bohaté ropné štáty, predovšetkým v Perzskom zálive.

Uvoľnené alebo nepokryté pracovné miesta obsadzujú krajiny západnej Európy náborom na trhoch lacnejšej strednej a východnej Európy. V tomto nie je Slovensko zďaleka jediným „postihnutým“ štátom (viď napr. Rámček 13).

RÁMČEK 13: MAĎARSKO A MIGRÁCIA LEKÁROV

Dôvody odchodu lekárov zistoval medzi rokmi 2004 a 2008 prieskum medzi maďarskými medikmi a lekármi (n = 3 815). Takmer tak často, ako vyššia mzda, uvádzali lekári pracovné prostredie, perspektívu maďarského zdravotníctva, kariérne možnosti a sociálnu prestíž.

U tých, ktorí sa rozhodli v Maďarsku zostať, prevážili skôr emocionálne vplyvy, ako rodina a priatelia (Eke, Girasek & Szócska, 2011).

Cieľovými destináciami boli predovšetkým Veľká Británia, Nemecko, Taliansko a Rakúsko.

Odchod maďarských lekárov čiastočne kompenzovala imigrácia lekárov z Rumunska. Tamojší sedmohradskí Maďari nemajú jazykovú bariéru, a sú prilákaní vyššou mzdou oproti rumunskej.

Nedostatkové špecializácie v Maďarsku zahŕňajú všeobecné lekárstvo, anestéziológiu, radiológiu.

RÁMČEK 14: NEMECKO A MIGRÁCIA LEKÁROV

V Nemecku sa migrácia lekárov zvýšila na prelome milénia. Dôvody odchodu do zahraničia uviedli v rozsiahlom prieskume (n = 4 619; 2001)²⁹⁾ nemeckí lekári na rôznom stupni profesionálnej kariéry:

- mzdové ohodnotenie
- časová záťaž – nedostatok času na rodinu
- priveľa nemedicínskych činností
- hierarchia, autoritárske riadenie na pôvodnom pracovisku

Krajiny, z ktorých zdravotníci odchádzajú, môžu z tejto situácie benefitovať:

- **zníži sa prezamestnanosť / nezamestnanosť zdravotníckych pracovníkov**
- **emigranti sú zdrojom remitencií** (peňažných platieb, ktoré osoby pracujúce v zahraničí zasielajú domov)
- **získajú prístup k novým znalostiam a zručnostiam** (ak zostáva zachovaný kontakt s domovským pracoviskom)
- **vytvoria sa výskumné a tréningové programy pre spoluprácu**

Únik mozgov (brain drain) by mohol byť kompenzovaný ziskom mozgov (brain gain) tým, že pod vidinou prospechu z migrácie sa viac mladých ľudí rozhodne študovať. Ak je počet záujemcov o štúdium vyšší než počet emigrantov, výsledkom by mal byť *brain gain* (Beine, Docquier & Rapoport, 2008). Zdá sa však, že nateraz ide o teoretický koncept, ktorý zatiaľ nebol dokumentovaný na konkrétnom prípade.

Napriek tomu, že migrácia zdravotníkov predstavuje v celej Európe významnú zdravotno-politickú tému, nemáme o nej dostatok relevantných informácií. WHO (2009) uvádza tieto výhrady:

- **väčšina krajín nemá spoľahlivé dáta o zásobe zdravotníckych profesionálov**, ani o podiele, ktorí z nich sú aktívni
- **o súkromnom sektore sú k dispozícii len skromné dáta**
- medzinárodné porovnania sú zložité, lebo **definície povolání nie sú homogénne**
- **väčšina krajín nezbiera systematicky informácie o migračných tokoch**
- **niektoré krajiny sledujú občianstvo študenta, niektoré krajinu štúdia**

Jedným z proxy indikátorov použiteľných na odhad migračných tokov je podľa WHO počet žiadostí o uznanie rovnocennosti vzdelania u príslušnej inštitúcie.

27) Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

SLOVENSKO A MIGRÁCIA LEKÁROV

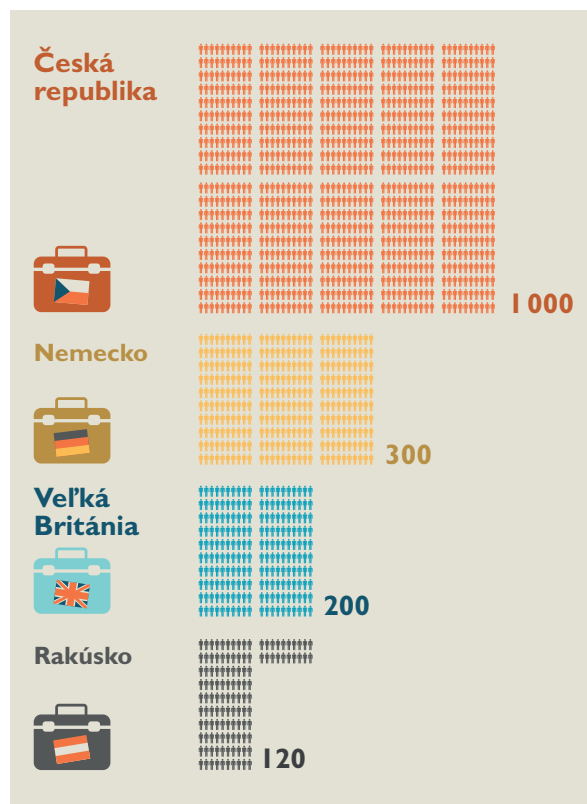
Túto metódu pri analýze slovenskej zdravotníckej emigrácie použila aj Beňušová et al. (2011). Ide o dáta, ku ktorým má prístup ministerstvo zdravotníctva, ale bežne ich nepublikuje.

Nie každé potvrdenie z ministerstva znamená, že ho lekár aj využil a odcestoval za prácou do zahraničia. Nie od všetkých lekárov toto potvrdenie ich zamestnávateľ vyžaduje. Niektorí lekári sa zo zahraničia z rôznych dôvodov i vracajú. Časť z nich pracuje striedavo u nás i v zahraničí, kam cestuje do služieb na víkendy alebo týždňovky.

Najčastejšie požadovali v období 2004 – 2009 o potvrdenie rovnocennosti špecializácií anesteziológovia, chirurgovia, gynekológovia, radiológovia, internisti a neurológovia.

Pritom v danom období pribudlo v týchto špecializáciách menej nových atestantov. Najväčší rozdiel bol v anesteziológii; nedostatok anesteziológov sa prehĺbil ich odchodom do záchrannej zdravotnej služby, ktorá v tomto období rozširovala sieť na trojnásobok.

GRAF 21: ODHADOVANÝ POČET SLOVENSKÝCH LEKÁROV V ZAHRANIČÍ – NAJČASTEJŠIE PRACOVNÉ DESTINÁCIE



Zdroj: odhad MZ SR, 2013

TABUĽKA 32: ŽIADOSTI O POTVRDENIE ROVNOCENNOSTI VZDELANIA PRE LEKÁROV, ZUBNÝCH LEKÁROV A SESTRY, ROKY 2004 – 2009

Rok	Lekári		Zubní lekári		Sestry	
	Vydané potvrdenia	Zamietnuté potvrdenia	Vydané potvrdenia	Zamietnuté potvrdenia	Vydané potvrdenia	Zamietnuté potvrdenia
2004*	442	5	22	12	306	139
2005	594	6	30	10	504	228
2006	376	4	30	2	425	138
2007	267	2	27	4	204	87
2008	250	1	18	1	183	81
2009	217	1	16	1	146	81
Spolu	2 146	19	143	30	1 768	754

* od 1. mája do 31. decembra 2004

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

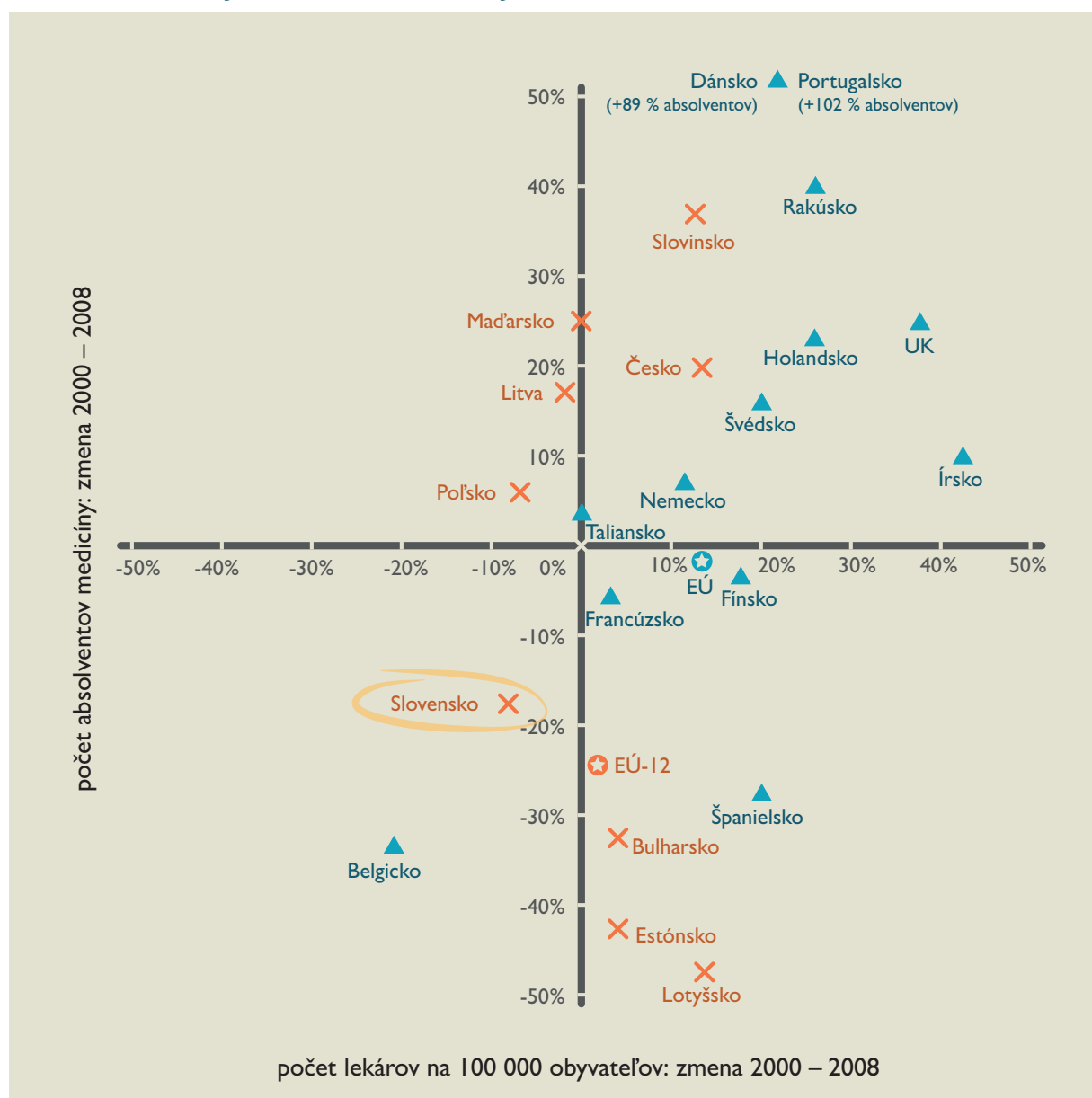
Počet vydaných potvrdení po vstupe do EÚ postupne klesá, čo korešponduje aj s celkovým počtom lekárov v evidencii NCZI, ktorý sa nateraz stabilizoval.

Je preto zložité zistiť, koľko lekárov naozaj pracuje vonku. Ministerstvo zdravotníctva medializovalo svoj odhad na počet Slovákov v najvýznamnejších pracovných destináciách (Graf 21). S veľkým náskokom je na prvom mieste Česká republika, aj kvôli kultúrnej, jazykovej i geografickej blízkosti.

Beňušová upozorňuje, že keď od počtu absolventov odpočítame počet vydaných potvrdení o rovnocennosti vzdelania (ako proxy pre pravdepodobný odchod do cudziny), prítok nových lekárov do zdravotníctva je zhruba polovičný v porovnaní s počtom lekárov, ktorí dosiahnu dôchodkový vek.

Negatívny trend pre Slovensko pozoruje v porovnaní s ďalšími krajinami aj analýza európskych nemocníc od nemocničnej federácie HOPE (2011) na dátach WHO (Graf 22).

GRAF 22: ZMENA V POČTE LEKÁROV A ABSOLVENTOV NA 100 TISÍC OBYVATEĽOV V JEDNOTLIVÝCH KRAJINÁCH EÚ V R. 2000-2008



Zdroj: HOPE, 2011

Oba závery boli sformulované na základe analýzy dát z polovice minulej dekády. Odvtedy sa situácia – ale len prechodne – mierne zlepšila. Stúpol počet prijímaných absolventov a počet odchodov lekárov do dôchodku na krátky čas zodpovedal prílevu mladých lekárov. V rokoch

2014 – 2016 sa však situácia bude zhoršovať, keď sa do dôchodkového veku dostanú najpočetnejšie ročníky lekárov. Počet nových dôchodcov medzi lekármi začne klesať až ku koncu desaťročia. Vtedy však už bude odtok lekárov vyšší než prítok.

RÁMČEK 15: HEALTH AFFAIRS O ĽUDSKÝCH ZDROJOCH V ZDRAVOTNÍCTVE

Časopis **Health Affairs** venoval novembrové vydanie roku 2013 téme budúcnosti ľudských zdrojov v zdravotníctve.

Právne obmedzenia kompetencií jednotlivých zdravotníckych povolání označili Dowerová, Mooreová a Langellierová za bariéru dostupnosti starostlivosti. Považujú za dôležité **zosúladiť právny rozsah kompetencií s reálnymi, odbornými kompetenciami zdravotníkov. Kompetencie medzi jednotlivými povolaniami by sa mali prekrývať, aby boli čiastočne zastupiteľné.**

Ako príklad alternatívneho prístupu uvádzajú reguláciu zdravotníckych profesií v kanadskom Ontariu. Zákon nepredpisuje jednotlivým profesiám, čo je náplňou ich práce, ale upravuje „regulované výkony“ – také výkony zdravotníckeho pracovníka, ktoré majú potenciál ublížiť. Regulácia umožňuje delegovať niektoré činnosti. Tento flexibilný prístup viedol k väčšiemu prekrývaniu rozsahu kompetencií medzi zdravotníckymi povolaniami. O zmenách v rozsahu kompetencií rozhodujú komisie zložené z laickej (nie odbornej) verejnosti. Tým je i verejnosť vtiahnutá do diskusie o nákladoch, kvalite a dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Keďže medicína i organizácia zdravotníctva sa vyvíja, regulácia by mala byť dostatočne flexibilná. Kalifornia má od sedemdesiatych rokov špeciálny program na podporu pilotných projektov v oblasti ľudských zdrojov v zdravotníctve. V rámci neho umožňuje na istý čas prekračovať právne obmedzenia a testovať rozšírené kompetencie zapojených zdravotníkov. Samozrejme, deje sa tak pod kontrolou a vyžaduje sa evaluácia projektov.

K zníženiu nárokov na ľudské zdroje prispievajú informačné technológie, ktoré umožňujú efektívnejšie využívať čas zdravotníkov. Weiner, Yeh a Blumenthal odhadujú, že plošné nasadenie IT technológií v zdravotníctve umožní lekárom zvládnuť o 8 – 15 % vyšší dopyt po zdravotnej starostlivosti než by tomu bolo v prípade bez podpory IT.

Prípadová štúdia Bohmera a Imisonovej opisuje redizajn ľudských zdrojov v britskej Národnej zdravotnej službe (NHS). Za obdobie 2002 – 2012 stúpol počet kvalifikovaných lekárov o 50 % a počet sestier o 10 %. Dnes je dokonca reálnym rizikom, že lekári v príprave už nenájdu pracovné miesto v NHS.

Pri tejto zmene sa rozhodne nepodarilo dosiahnuť cieľ ekonomickej úspory. Nepotvrdil sa ani predpoklad, že prerozdelenie rolí umožní plne nahradiť niektorých zamestnancov. Ľudia s novými kompetenciami sa stávajú doplnkom, nie náhradníkom; potrebujú odborné riadenie a dohľad zo strany pôvodných nositeľov príslušnej kompetencie. To prispieva k rastu nákladov. Autori ako príklad citujú štúdiu, podľa ktorej postakútna starostlivosť v nemocnici bola dlhšia a drahšia, ak ju riadili sestry, než keď ju riadili lekári.

Ponaučenie z britského príbehu: redizajn pracovnej sily a redizajn práce sú navzájom prepojené. Keďže zmena v ľudských zdrojoch nastáva pomalšie, s väčšou zotrvačnosťou, je nevyhnutné najprv redizajnovat' prácu (po dôkladnej analýze; redizajn založiť na dôkazoch), a až následne ľudské zdroje.

7.3 AKO REAGOVAŤ?

Slovensko je krajina, kde e-migrácia výrazne prevyšuje i-migráciu a čelí starnutiu zdravotníkov. Pri zachovaní otvoreného pracovného trhu je na dosiahnutie rovnováhy potrebné

- uľahčiť príchod lekárov na Slovensko,
- zvýšiť počet absolventov medicíny,
- zvýšiť retenciu lekárov,
- motivovať Slovákov v zahraničí k návratu,
- znížiť potrebu lekárov (presunom časti náplne práce a kompetencií na iný personál, zmenou organizácie a plánovania, ...).

IMIGRÁCIA NA SLOVENSKO

Prirodzeným zdrojom kompenzácie za odchody zdravotníkov do zahraničia je imigrácia ich náhradníkov na Slovensko.

Zatiaľ je zahraničných lekárov na Slovensku veľmi málo (cca 120, menej ako 1 %), ide predovšetkým o Čechov a Ukrajincov.

Chýba rozhodnutie a cieľavedomá koncepcia akvizície zdravotníkov zo zahraničia. Je potrebná práca s verejnou mienkou, ktorá na zahraničných lekárov môže hľadiť s nedôverou. Treba tiež pripomenúť, že

takto hľadeli sprvoti aj na našich lekárov, keď prišli pracovať na Západ.

Odkiaľ títo lekári môžu prísť? Na výber potenciálnych krajín použijeme dve hlavné kritériá: jazykovú bariéru a mzdový gradient.

Zdravotná starostlivosť je vo väčšine prípadov závislá na komunikácii s pacientom, čo vyžaduje dobrú znalosť jazyka. Tá je nevyhnutná aj pri práci so zdravotnou dokumentáciou. Naučiť sa slovenčinu nie je jednoduché; nejde o svetový jazyk a neprináša také benefity ako angličtina alebo nemčina. Výhodu majú príslušníci slovanských národov, prípadne príslušníci slovenskej národnostnej menšiny (napr. v Srbsku, Rumunsku, na Ukrajine).

Mzdový gradient voči ostatným krajinám EÚ je vo väčšine prípadov negatívny (PUSH faktor), z členských krajín prichádza do úvahy Rumunsko, Bulharsko, Chorvátsko.

Medzi krajinami, ktoré sú na ceste do EÚ a aj ich pracovný trh sa postupne otvára, je vhodné uvažovať o Srbsku, príp. ďalších krajinách bývalej Juhoslávie.

Najvýraznejší mzdový gradient, ktorý by pritiahol zdravotníkov k nám, je na našej východnej hranici. **Spolu s relatívne nízkou jazykovou bariérou predstavuje Ukrajina významný potenciál pre získanie lacnej a kvalifikovanej pracovnej sily. Jej príchod by tiež umožnil významne znížiť tlak na zvyšovanie miezd.**

TABUĽKA 33: MOŽNOSTI REDIZAJNU ĽUDSKÝCH ZDROJOV

	Pôvodná práca	Nová práca
Nový / náhradný pracovník	Redistribúcia (presunutie existujúcich úloh iným zamestnancom)	Vytvorenie (nové zamestnania pre prácu, ktorú dosiaľ nik nevykonával – napr. genetický poradca, laickí pomocníci pri podpore samostarostlivosti)
Pôvodný pracovník	Zväčšenie kapacít (zvýšenie počtov)	Preškolenie (rozšírenie popisu pracovných pozícií súčasných zamestnancov)

Zdroj: Bohmer/Imison, 2013

Na príklade Ukrajiny môžeme vidieť význam členstva v EÚ. Bariéry pri uznávaní rovnocennosti vzdelávania, predovšetkým špecializačného štúdia, významne komplikujú príchod ukrajinských lekárov na Slovensko.

Na túto agendu má podstatný vplyv politický vývoj na Ukrajine. Ak sa Ukrajina rozhodne začať predstupové rokovania s EÚ, tak sa pracovný trh bude programovo postupne otvárať. **Slovensko môže – ako bezprostredný sused Ukrajiny – z tejto svojej pozície ťažiť a prispieť k ukrajinskej adaptácii na Európu. Aj pre prípad, že zblížovanie EÚ s Ukrajinou nebude pokračovať, je žiaduce hľadať spôsoby na zjednodušenie príchodov tamajších zdravotníkov na Slovensko.**

Projekt adaptácie ukrajinských lekárov na Slovensku – jazykové tábory, koordinované dopĺňanie chýbajúcich vedomostí,... – sa môžu stať na dlhé obdobie atraktívnou príležitosťou pre postgraduálne vzdelávacie inštitúcie i mimovládny sektor.

ŠTÚDIUM MEDICÍNY

Na prvý pohľad je produkcia slovenských lekárskech fakúlt dostatočná. Ročne absolvuje šesťročné štúdium všeobecnej medicíny okolo 900 študentov.

Viac než štvrtinu z toho tvoria zahraniční študenti-samoplatci, z ktorých sa prakticky všetci s diplomom a nadobudnutým vzdelaním vrátia naspäť do svojej vlasti (Rámček 16). Tento pomer sa bude zvyšovať, keďže **medzi prijímanými študentami dnes tvoria zahraniční študenti už jednu tretinu. Na JLF UK v Martine nastúpilo v roku 2012 do I. ročníka po prvý raz viac zahraničných ako slovenských študentov.**

Záujem o štúdium medicíny meraný počtom prihlášok rastie aj medzi Slovákmí. Počet domácich študentov všeobecného lekárstva sa za 10 rokov zvýšil o takmer 20 %. Štyri lekárske fakulty každoročne opúšťa už vyše 600 slovenských absolventov, kým ešte v roku 2009 to bolo 465. Aktuálne teda dosahujeme priemer krajín OECD, ktorý je 33,7 absolventov na 1 000 lekárov resp. 10,6 absolventa na 100 000 obyvateľov (2011).

Masívny odchod lekárov z polovice minulého desaťročia má šancu byť doplnený novými absolventmi lekárskech fakúlt. Samozrejme, za predpokladu, že taktiež neodídu do zahraničia.

RÁMČEK 16: ZAHRANIČNÍ ŠTUDENTI MEDICÍNY NA SLOVENSKU

Vzdelávanie medikov zo zahraničia sa na Slovensku rozbehlo ako podnikateľská aktivita začiatkom 90-tych rokov. V rámci približovania Slovenska do EÚ získali absolventi štúdia možnosť pracovať v európskom hospodárskom priestore bez potreby dokazovať rovnocennosť vzdelania. Z desiatok zahraničných študentov sa ich počet rozrástol na dnešných takmer 2000.

V Bratislave študujú najmä Gréci (cca 50 %), v Martine predovšetkým Nóri (cca 70 %). V Košiciach je spektrum študentov pestrejšie, najviac ich je z Grécka (cca 22 %), Izraela (20 %), Saudskej Arábie (13 %), Poľska (13 %). Školné pre samoplatcov je okolo 10 000 € ročne.

Hlavnými dôvodmi, ktoré vedú zahraničných študentov na Slovensko (a ďalších krajín V4), sú numerus clausus na štúdium v domovskej krajine, a nízka cena štúdia v porovnaní s inými lekárskeymi fakultami v Európe.

RÁMČEK 17: POĽSKO A MIGRAČNÉ TENDENCIE U MEDIKOV

Krajewski-Siuda et al. (2012) odhaduje na základe veľkého prieskumu medzi študentami medicíny na štyroch z jedenástich lekárskech fakúlt v Poľsku, že 26 – 36 % z nich v najbližších rokoch emigruje. Zaujímavosť: u študentov posledného ročníka štúdia bola vôľa emigrovať nižšia.

Dekan Lekárskej fakulty UK v Bratislave P. Labaš niekoľko rokov upozorňuje, že zhruba tretina študentov medicíny má v pláne po absolvovaní štúdia odísť pracovať do zahraničia. S nimi by slovenský pracovný trh preto ani nemal počítať.

Prípadná zmena na úrovni vstupov (prijímanie nových študentov) sa začne prejavovať najskôr o 6 rokov (trvanie štúdia). S rastúcim počtom samoplatcov bude prijímanie väčšieho počtu slovenských študentov narážať na kapacitné možnosti lekárskech fakúlt a univerzitných nemocníc.

ZVÝŠENIE RETENCIE

Zníženie motivácie zdravotníkov k migrácii sa dá dosiahnuť znížením atraktivity pull faktorov a zmierňovaním vplyvu push faktorov.

Hoci mzdový gradient je najvýznamnejším faktorom, nepovažujeme ho za jediný rozhodujúci pre odchod. Je to kombinácia ďalších okolností – pracovných vzťahov, profesionálneho rastu, organizácie práce – ktoré nakoniec ovplyvnia rozhodnutie lekára.

- **odmeňovanie**

Pri odmeňovaní zohráva rolu nielen absolútna výška mzdy, ale aj jej relatívna hodnota voči kolegom. Centrálna mzdová regulácia vedie k nivelizácii odmeňovania, potláča rozdiely vo výkone a následne potláča motiváciu zamestnancov. Odmeňovanie na základe kvality a produktivity práce umožňuje kvalitným lekárom získať dosatočný príjem na to, aby neuvažovali o emigrácii.

- **seberealizácia**

Lekárske povolanie patrí k tým povolaniam, ktoré pripisujú seberealizácii vysokú hodnotu. Podpora lekárovho profesionálneho rozvoja zosúladeného so zámermi rozvoja nemocnice je obojstranne prospešná a vedie o.i. k vyššej lojalite k zamestnávateľovi.

- **spoločenské uznanie**

Za posledných 20 rokov sme svedkami poklesu spoločenskej prestíže lekárov. Predstavenie a propagácia pozitívnych vzorov v zdravotníctve uľahčí lekárom stotožnenie sa s tunajším zdravotníctvom a zmierni vôľu odísť.

- **pracovné podmienky**

Vzťahy na pracovisku, dostupnosť technológií, organizácia práce i riadenie tvoria atmosféru, ktorá definuje spokojnosť zdravotníka so zamestnaním. Budovanie firemnej kultúry ako aj zodpovedné investovanie si vyžadujú úprimný záujem vlastníka a jeho konzistentnosť v čase. Cieľavedomá organizácia má pre zamestnancov podstatne vyššiu atraktivitu.

- **vzdelávanie**

Okrem podpory odborného rastu lekári potrebujú nadobudnúť vedomosti o oblastiach, ktoré nie sú predmetom výučby na lekárskech fakultách (ekonómia zdravotníctva, manažment, marketing, financovanie,...). Lepšie budú rozumieť cieľom organizácie a dokážu konštruktívnejšie prispievať k jej rozvoju.

Niektoré krajiny zaviedli pre absolventov povinnú verejnú službu, aby ich tak udržali doma. Napr. Maďarsko v roku 2013 zaviazalo zmenou ústavy študentov, aby určité obdobie po skončení vysokej školy odpracovali doma, alebo spätne uhradili školné v reálnej výške. WHO pritom uvádza, že takéto politiky majú len obmedzený efekt.

Hoci takéto opatrenie nezlepšuje málo atraktívne domáce pracovné podmienky, prihovárame sa za jeho prijatie aj v slovenských podmienkach. Súčasný rozsah solidarity pri vysokoškolskom vzdelávaní je nespravodlivý. Zdroje z refundácie školného od emigrantov môžu byť použité na vzdelávanie iných slovenských študentov.

K ďalším opatreniam na zvyšovanie retencie zdravotníkov patrí zvýšenie veku odchodu do dôchodku či umožnenie súbehu dôchodku a práce v zdravotníctve.

POVZBUDENIE LEKÁROV K NÁVRATU

Odchod tisícok slovenských lekárov do zahraničia neznamená, že táto pracovná sila je pre potreby slovenského zdravotníctva už nedostupná. Faktory, ktoré viedli k odchodu lekára, mohli zmeniť svoju váhu, do rozhodovania zasahujú nové okolnosti.

Všetky body, ktoré sme spomenuli k retencii lekárov, platia v prípade motivácie lekárov k návratu – sú však mnohonásobne dôležitejšie. Kým retencia má za cieľ zabrániť aktivite (odchodu), v tomto prípade je naopak cieľom túto aktivitu vyvolať. Na to nepostačujú marginálne zmeny.

Lekári, ktorí by sa vrátili na Slovensko, so sebou prinesú okrem poznatkov a skúseností aj medzinárodné kontakty, a – to považujeme za najdôležitejšie – inú firemnú kultúru. Návrat aspoň zlomku týchto ľudí do vedúcich pozícií v slovenských nemocniciach môže podstatne prispieť k modernizácii nemocníc. Môže sa tiež stať faktorom retencie ostatných zdravotníkov. Je preto na mieste zvážiť aktívny recruiting a vytvoriť okolo takto získaných lekárov kondenzačné jadrá nového, moderného zdravotníctva na Slovensku.

ZNÍŽENIE POTREBY LEKÁROV

Zmena štruktúry chorôb, vedeckovýskumný i technologický pokrok predstavujú obrovskú záťaž na sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov ako aj na ich štruktúru a špecializáciu. Zväčšujúci sa diel starostlivosti poskytujú iní vysokoškolsky vzdelaní zdravotníci. Odlišné typy zručností a vedomostí vytvárajú nové, špecifické povolania. Klasická deľba zdravotníckych pracovníkov na lekárov, nelekárov a sestry je dnes už reálnym obsahom ich práce prekonaná.

Jedným z riešení je prehodnotenie kompetencií jednotlivých zdravotníckych pracovníkov, ďalej nezdravotníkov, ako aj roly samotného pacienta v starostlivosti o zdravie. Vyžaduje si to súčinnosť mnohých inštitúcií, z ktorých väčšina má záujem na udržaní status quo.

Motiváciu presadiť inovácie majú súkromní investori – a to tak na poli poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako aj zdravotného poistenia. Čím väčšími bude ich odmena závislá od spokojnosti klientov, tým väčšími budú hľadať nové a efektívnejšie spôsoby napĺňania ich potrieb.

Na mikroúrovni, z pohľadu nemocníc je dôležité prehodnotenie náplní práce. Ak významnú časť pracovného času strávia lekári a sestry

administratívou, ich (drahá) odbornosť je využitá neefektívne. Delegovanie jednotlivých činností na zamestnancov s najnižším vzdelaním, ktorí sú spôsobilí, spolu s využitím IT technológií ich vykonávať otvára veľký priestor na hľadanie vnútorných rezerv v dnešných nemocniciach.



ZHRNUTIE:

- **Je potrebné otvoriť diskusiu o redizajne ľudských zdrojov v zdravotníctve a revízii rozsahu kompetencií v jednotlivých povolaniach.**
- **Ako zvýšiť atraktivitu práce na Slovensku? Priestorom na odbornú seberealizáciu, konzistentne budovanou firemnou kultúrou, spravodlivým odmeňovaním, dlhodobou víziou, predstavovaním vzorov.**
- **Migrácia je výsledkom vplyvu PUSH a PULL faktorov; mzda je len jedným z nich.**
- **Návrh opatrení:**
 - aktívnu akvizíciu slovenských lekárov z ich zahraničného pôsobiska importovať skúsenosti, kontakty a najmä kultúru;
 - zrušiť centrálnu reguláciu miezd lekárov a nezavádzať obdobné nivelizačné mzdové regulácie;
 - delegovať činnosti vyžadujúce nižšiu kvalifikáciu na nižší personál; v tejto súvislosti prehodnotiť legislatívne kompetencie zdravotníckych povolaní;
 - sprísniť podmienky bezplatnosti vysokoškolského štúdia, vrátane medicíny – štátne štipendiá podmieniť odpracovaním minimálneho času v slovenskom zdravotníctve;
 - vzdelávať zdravotníkov v ekonomickom rozhlade a manažérskych zručnostiach.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- ACERETE B., STAFFORD A., STAPLETON P.: Spanish healthcare public private partnerships: The Alzira Model, *Critical Perspectives on Accounting*, 2011; 22: 533– 49. Podľa ÁLVAREZ A., DURÁN A.: Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis, *Eurohealth*, Volume 19, Number 1, 2013
- ADAM T., EVANS D. B., MURRAY CH. J.L: Econometric estimation of country-specific hospital costs. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, BioMed Central , 2003
- ÁLVAREZ A., DURÁN A.: Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis, *Eurohealth*, Volume 19, Number 1, 2013
- Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004 podľa: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Operačný program Zdravotníctvo 2007 - 2013, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 2007
- ANELL A., GLENNGÅRD A.H., MERKUR S.: Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1–159. ISSN 1817-6127
- Asociace pro rozvoj infrastruktury: Databáze PPP projektů, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: <<http://www.asociaceppp.cz/>>
- AVERILL R.F., GOLDFIELD N., HUGHES J.S., BONAZELLI J., MCCULLOUGH E.C., STEINBECK B.A., MULLIN R., TANG A.M.: All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs). *Methodology overview*, 3M, 2003.
- BALÍK P.: Trhovo orientované zdravotné reformy v Poľsku, 23.5.2013, *Zdravotná politika*, Roč. 8, č. 3, Health Policy Institute, Bratislava, 2013, ISSN 1338-1172
- BARROS P., MACHADO S., SIMÕES J.: Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, 13(4):1–156.
- BEŇUŠOVÁ K., KOVÁČOVÁ M., NAGY M. AND WISMAR M.: Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country, In WISMAR M., MAIER C. B., GLINOS I. A., DUSSAULT G., FIGUERAS, J. (eds.): *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 countries*, Observatory Studies Series 23, World Health Organization (WHO), Copenhagen, s 479–510, 2011
- BOHMER R.M.J., IMISON C.: Lessons From England's Health Care Workforce Redesign: No Quick Fixes., *Health Affairs* 32, No. 11, 2013.
- BOYLE S.: United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1–486
- BRYNDOVÁ L., PAVLOKOVÁ K., ROUBAL T., ROKOSOVÁ M., GASKINS M., VAN GINNEKEN E.: Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11 (1): 1-122
- BUCHAN J.: Here to stay? Royal College of Nursing. London, Royal College of Nursing, 2003 podľa BUCHAN J.: Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: DUBOIS C-A., McKEE M., NOLTE E. (eds): *Human resources for health in Europe*, Open University Press, World Health Organization, 2006
- BUPA: Bupa completes acquisition of Poland's largest private healthcare provider LUX MED, 11.4.2013, [online], [cit. 2.1.2014] Dostupné na adrese: <<http://www.bupa.com/media-centre/press-releases/corporate/11-apr-2013-bupa-completes-acquisition-of-polands-largest-private-healthcare-provider-lux-med/>>

- BUSSE R., GEISSLER A., QUENTIN W., WILEY M.: *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, 2011, ISBN-13: 978-0-33-524557-4
- CAHSA: Resultados da Avaliação dos Hospitais SA – Sumário dos Resultados da Comissão de Avaliação dos Hospitais SA [Results from the assessment on the creation of enterprised hospitals, summary of main results from the Evaluation Commission of Hospital Companies]. Lisbon, Evaluation Commission of Hospital Companies, 2005. Podľa RAPOSO, V. M. DOS R. A HARFOUCHE, A. P. DE J.: Portugal. 217-244, In: SALTMAN R. B., DURÁN A., DUBOIS H.F.W.: *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, World Health Organization 2011
- Capio AB: *Annual Review 2012. Quality compassion care*, Capio AB, 2013
- CISION: Skanska chosen to develop and construct new university hospital, New Karolinska Solna, in Public-Private Partnership, PPP – construction contract amou, 4.5.2010, [online], [cit. 2.1.2014], In: cision.com, Dostupné na adrese: <<http://news.cision.com/skanska/r/skanska-chosen-to-develop-and-construct-new-university-hospital--new-karolinska-solna--in-public-private-partnership--ppp---construction-contract-amou,c488407>>
- COHN D.: Rey Juan Carlos Hospital. Rafael de La-Hoz Arquitectos. The Royal Treatment: Rafael de La-Hoz Arquitectos crafts a serenely restorative environment for Madrid's Rey Juan Carlos Hospital, Marec 2013, [online], [cit. 6.12.2013], Dostupné na adrese: <https://archrecord.construction.com/projects/building_types_study/healthcare/2013/1303-Rey-Juan-Carlos-Hospital-Rafael-de-La-Hoz.asp>
- COLES, J.M.: England: ten years of diffusion and development, In: Kimberley J.R., de Pourourville G. (eds): *The Migration of Managerial Innovation*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993
- COREA F, BACIGALUPPI M.: Postgraduate medical training and migration in Europe: a survey of financial and labour conditions, *Journal of Public Health*, Február 2010, Vol.18, Issue 1, s 53-57.
- COSTA C., LOPES S.: Avaliação do desempenho dos hospitais SA – resultados provisórios [Performance evaluation of "Hospitais SA" – preliminary results]. Lisbon, National School of Public Health, 2005. Podľa RAPOSO, V. M. DOS R. A HARFOUCHE, A. P. DE J.: Portugal. 217-244, In: SALTMAN R. B., DURÁN A., DUBOIS H.F.W.: *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, World Health Organization 2011
- Court of Auditors: Relatório no. 15/2009: Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde – Primeira vaga de Hospitais [Report no. 15/2009: audit program for public-private partnerships for health – first wave of hospitals]. Lisbon, Court of Auditors, 2009. Podľa RAPOSO, V. M. DOS R. A HARFOUCHE, A. P. DE J.: Portugal. 217-244, In: SALTMAN R. B., DURÁN A., DUBOIS H.F.W.: *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, World Health Organization 2011
- CSIT: Informe Comparativo Coste/Eficiencia de la Gestión Pública y la Gestión Privada de la Sanidad en la Comunidad de Madrid. [Comparative report on cost/efficiency of public management and private management of health care in the Madrid Region]: Csit, 3 December 2012. Podľa ÁLVAREZ A., DURÁN A.: *Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis*, Eurohealth, Volume 19, Number 1, 2013
- CYLUS J., RACHEL IRWIN R.: The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer* 12; 3; 2010.
- DELOITTE: Czy czeka nas proces masowych przekształceń szpitali?, 25.5.2013, [online], [cit. 2.1.2014], Deloitte Polska, Varšava, Dostupné na adrese: <<http://www.alebank.pl/images/stories/aktualnosci/2013/2013.04/130428.deloitte.czy.czekana.proces.przekształcenia.szpitali.pdf>>
- Department of Health: *NHS Costing Manual 2008/2009*, Department of Health, 2009

Department of Health: Beds Open Overnight, 28.6.2012, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/Beds/DH_083781>

DOWER C., MOORE J., LANGELIER M.: It Is Time To Restructure Health Professions Scope-Of-Practice Regulations To Remove Barriers To Care. *Health Affairs* 32, No 11, 2013

DUSSAULT G., FRONTEIRA I., CABRAL J.: Migration of health personnel in the WHO European Region, World Health Organization, 2009

EKE E., GIRASEK E., SZÓCSKA M.: From melting pot to change lab central Europe: health workforce migration in Hungary. In: WISMAR M., MAIER C., GLINOS I.A., DUSSAULT G., FIGUERAS J., (eds): *Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries*. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, ISBN 978-92-890-0247-9

Európska komisia: Databáza Eurostat, [online], Dostupné na adrese: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>

GARCÍA-ARRESTO S., ABADÍA-TAIRA M.B., DURÁN A., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., BERNAL-DELGADO E.: Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.

GILEWSKI D.: *Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu*, Varšava, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2010

HARFOUCHE, A: *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo [Hospitals transformed into enterprises – impact on efficiency analysis: a comparative study]*. Lisbon, Technical University of Lisbon Institute of Social and Political Sciences, 2008. Podľa RAPOSO, V. M. DOS R. A HARFOUCHE, A. P. DE J.: Portugal. 217–244, In: SALTMAN R. B., DURÁN A., DUBOIS H.F.W: *Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, World Health Organization, 2011

Healthcare Europa: Penta to build pan-East European hospital chain, 3.6.201, [online], [cit. 2.1.2014], In: [healthcareeuropa.com](http://www.healthcareeuropa.com), Dostupné na adrese: <<http://www.healthcareeuropa.com/category/countries/poland/>>

IASIST: Evaluación de Resultados de los Hospitales en España según su modelo de gestión. [Evaluation of hospitals in Spain according to their management model] Barcelona: IASIST, October 2012. Podľa Álvarez A., Durán A.: Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis, *Eurohealth*, Volume 19, Number 1, 2013

INEKO: Možné výdavky na odkúpenie zdravotných poisťovní, [online], [cit. 2.1.2014], In: cenazamonopol.sk, Dostupné na adrese: <<http://cenazamonopol.sk/vydavky/>>

JACOB D., HILBIG C., NEUNZEHN D., POPP T., UHLIG T., WINTER CH.: *PPP – Krankenhäuser: Qualitative und quantitative Risikoverteilung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung und die Lösung von Schnittstellenproblemen bei der Umstrukturierung von Kliniken – Endbericht zum Forschungsprojekt*, Fraunhofer IRB Verlag, 2009, ISBN 978-3-8167-8199-8

KOZIERKIEWICZ A., STAMIRSKI M., STYLO W., TRABKA W.: The definition of prices for inpatient care in Poland in the absence of cost data. *Health Care Management Science*, 9(3):281–6, 2006

KRAJEWSKI-SIUDA K., SZROMEK A., ROMANIUK P., GERICKE CH. A., SZPAK A., KACZMAREK K.: Emigration preferences and plans among medical students in Poland, *Human Resources for Health*, 10:8, 2012

- KRAWCZYK B., RUTKOWSKI T., KLOS M.: Przekształcenie szpitali publicznych - 50 jeszcze w tym roku, 25.5.2013, [online], [cit. 2.1.2014], Deloitte Polska, Varšava, Dostupné na adrese: <http://www.deloitte.com/view/pl_PL/pl/dla-prasy/e6b4923c8204e310VgnVCM3000003456f70aRCRD.htm>
- LAMP, S.A.U.: Case Studies, Rey Juan Carlos Hospital, [online], [cit. 6.12.2013], Dostupné na adrese: <<http://www.lamp.es/en/casestudies/hospital-mostoles>>
- LYNE N.: The private sector moves into Spain's public hospitals, 3.6.2013, [online], [cit. 17.2.2014], In: iberosphere.com, Dostupné na adrese: <<http://iberosphere.com/2013/06/spain-news-private-sector-moves-into-spains-public-hospitals/8701#sthash.bpSfo16Y.dpuf>>
- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Operačný program Zdravotníctvo 2007 - 2013, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 2007
- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Informácia o stave investícií v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a zámer realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave, Číslo materiálu UV-16779/2013, rokovanie 66/2013, 03.07.2013, 27. bod programu, číslo uznesenia 363/2013, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-156658?prefixFile=m_
- MITCHELL M.: An Overview of Public Private Partnerships in Health, Harvard School of Public Health, 2008
- MONITOR – APLIKACE MINISTERSTVA FINANČÍ ČR: Ministerstvo zdravotnictví výdaje kapitoly dle odvětvového členění v roce 2010, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: <<http://monitor.statnipokladna.cz/2010/statni-rozpocet/kapitola/335>>
- MOREIRA S.: Efficiency analysis of public hospitals transformed into public corporations: an application of data envelopment analysis, Economic Bulletin, Banco de Portugal, 2008
- MORVAY K.: Problém nízkej pracovnej náročnosti doterajšieho ekonomického rastu na Slovensku, Nová Ekonomika, III/2012.
- MORVAY K.: Osobitosti vývoja štruktúry príjmov v slovenskej ekonomike, Ekonomický časopis, č. 4/2013, s 327 – 344.
- Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky, PL. ÚS 13/2012-90
- Národné centrum zdravotníckych informácií: Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-89292-30-1
- NHS Confederation. NHS European Office: The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia. Brussels: NHS European Office, 2011 podľa ÁLVAREZ A., DURÁN A.: Spain's hospital autonomy: muddling through the economic crisis, Eurohealth, Volume 19, Number 1, 2013
- OECD Stat Extracts: Health . Healths status, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#>>
- OECD: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, 2013, ISBN 978-92-64-20502-4
- OECD: Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, 2012
- OECD: OECD Health Data 2013
- PARDO J.L.: Spanish alzira model. NHS contracting out a geographical area. Model for the future? Adelas experience in Spain, 4th International Health Summit, Prague, 7 April 2008

- PARIS V, DEVAUX M, WEI L.: Health Systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries, OECD Health working papers No. 50. OECD, 2010
- PMR Publications: Most non-public hospitals in Poland oriented towards public funding, 02.2012, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese: <<https://www.pmrpublications.com/press-releases/305/most-non-public-hospitals-in-poland-oriented-towards-public-funding>>
- QUENTIN W., GEISLER A., SCHELLER-KREINSEN D., BUSSE R.: DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system. Euro Observer 12; 3; 2010
- Ramboll Management : Gutachten zum “Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland”, Abschlussbericht, Hamburg, 2004
- RAPOSO V. M. DOS R. A HARFOUCHE A. P. DE J.: Portugal. 217-244, In: SALTMAN R. B., DURÁN A., DUBOIS H.F.W: Governing Public Hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, World Health Organization 2011
- Riberaexpress.es: El Hospital de La Ribera trata pacientes con un primer episodio psicótico con terapias innovadoras, [online], [cit. 14.10.2013], Dostupné na adrese: <<http://www.riberaexpress.es/2012/01/23/el-hospital-de-la-ribera-pone-en-marcha-un-innovador-programa-de-tratamiento-precoz-para-pacientes-con-un-primer-episodio-psicotico/>>
- Rokovanie vlády z 10. októbra 2013, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese <<http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-159953?prefixFile=m>>
- Rokovanie vlády z 3. júla 2013, [online], [cit. 2.1.2014], Dostupné na adrese <http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-156658?prefixFile=m_>
- SARMENTO J. M., RENNEBOOG L.: The portuguese experience with Public-private partnerships, Tilburg University, Január 2014, ISSN 0924-7815
- SERRANO C. T., MORATO T. Q., FERRER M.M: The Alzira Model: PPP in an Integrated Health Services Organization, Euro Observer . The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Spring 2010, Volume 12, Number 1, 2010
- SCHUT E., SORBE S., HØJ J.: Health Care Reform And Long-Term Care In The Netherlands. Economics Department Working Paper No. 1010, OECD, 2013
- SKANSKA: New Karolinska Solna, [online], [cit. 2.1.2014], In: skanska.com, Dostupné na adrese: <<http://www.group.skanska.com/Projects/Project/?pid=7379>>
- Spanishnewstoday: Madrid health minister resigns as hospital privatisation plans stall, 28.1.2014, [online], [cit. 17.2.2014], In: spanishnewstoday.com, Dostupné na adrese: <http://spanishnewstoday.com/-madrid-health-minister-resigns-as-hospital-privatisation-plans-stall_19353-a.html#.UwILCvI5M2s>
- STREET, A., DAWSON, D.: Costing hospital activity: the experience with healthcare resource groups in England. European Journal of Health Economics, 3:3–9, 2002.
- STRÝČKOVÁ J.: SZČO alebo zamestnanec: čo je výhodnejšie a pre koho?, 2011, [online], [cit. 2.1.2014], In: epi.sk, Dostupné na adrese: <<http://www.epi.sk/Main/Default.aspx?Template=~/Main/TArticles.ascx&phContent=~/EDL/ShowArticle.ascx&ArticleID=33178>>
- SWAN TAN S., VAN INEVELD M., REDEKOP K., HAKKAART-VAN ROIJEN L.: Structural reforms and hospital payment in the Netherlands. Euro Observer 12; 3; 2010
- SZALAY T.: Poslanci presadili štátne neziskové organizácie, 16. 1 2010, IntoBalance, Roč. 4, č. 6, Health Policy Institute, Bratislava, 2009, ISSN 1338-1172

- SZALAY T.: Rázsochy sú mŕtve! Nech žije Patrónka, 3. 8. 2013, Zdravotná politika, Roč. 8, č. 6, Health Policy Institute, Bratislava, 2013, ISSN 1338-1172
- ŠEDO J.: DRG v praxi. Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG / 2013, Galén, 2013
- TASR: M.Forai: Ak VŠZP platí najviac, mali by rovnako platiť aj iné poisťovne, 22.9. 2013, [online], [cit. 2.1.2014], In: teraz.sk, Dostupné na adrese: <<http://www.teraz.sk/zdravie/forai-vs-zp-rozhovor/58956-clanok.html>>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Ekonomické výsledky nemocnic 2012, ÚZIS ČR, 2013, ISBN 978-80-7472-042-0
- Vyhláška č. 475/2012 Sb. ze dne 20. prosince 2012 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013
- WALSH B., STEINER A., PICKERING R.M., WARD-BASU J.: Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. BMJ. 2005;330(7493): 699.
- WATSON D. E., MCGRIL K.M.: More Doctors or Better Care?, Healthcare Policy, Vol.5, No.1, 2009
- WEINER J.P., YEH S., BLUMENTHAL D.: The Impact of Health Information Technology And e-Health On The Future Demand For Physician Services. Health Affairs 32, No 11., 2013

O AUTOROCH

ING. PETER PAŽITNÝ, MSC.

Zakladajúci partner a riaditeľ Health Policy Institute a Central & East European Health Policy Network, externý doktorand na Ekonomickej univerzite v Bratislave. V rokoch 2002 – 2005 bol hlavným poradcom ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca. Zaoberá sa zdravotnou politikou a ekonómiou zdravotníctva.



MUDR. TOMÁŠ SZALAY

Zakladajúci partner a senior analytik Health Policy Institute, externý doktorand na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. V období 2002 – 2004 bol členom reformného tímu R. Zajaca, v rokoch 2010 a 2011 bol poradcom ministra I. Uhliarika. Zaoberá sa zdravotnou politikou, dostupnosťou zdravotnej starostlivosti a zdravotníckou legislatívou.



MUDR. ANGELIKA SZALAYOVÁ

Zakladajúca partnerka a hlavná analytička Health Policy Institute, externá doktorandka na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. Bola členkou reformného tímu R. Zajaca, pôsobila v kategorizačných komisiách na Slovensku i v Českej republike. Zaoberá sa liekovou politikou, manažovanou starostlivosťou a nákupnou politikou zdravotných poisťovní.



ING. KAROL MORVAY, PH.D.

Senior analytik Health Policy Institute, odborný asistent na Katedre hospodárskej politiky Ekonomickej univerzity v Bratislave a bývalý poradca premiérky Ivety Radičovej. Venuje sa makroekonomickej analýze, hospodárskej politike a ekonomickej teórii.



MGR. ROMAN MUŽIK

Senior analytik Health Policy Institute a interný doktorand na Fakulte sociálnych a ekonomických vied UK. Zaoberá sa problematikou dostupnosti, korupcie a transparentnosti v zdravotníctve.



MAG. MÁRIA POUROVÁ

Senior analytička Health Policy Institute. Zaoberá sa distribúciou finančného bremena financovania zdravotníctva v populácii, organizáciou zdravotného systému a poisťných systémov zdravotníctva, procesným manažmentom a manažovanou starostlivosťou.



ING. DANIELA KANDILAKI

Senior analytička Health Policy Institute pre český trh. Zaoberá sa kvalitou zdravotnej starostlivosti a ekonomickými analýzami.



ING. PETER BALÍK, MA

Senior analytik Health Policy Institute. Odborne sa zameriava na trh so zdravotnými pomôckami a špecializovaným zdravotníckym materiálom. Venuje sa ekonomickým analýzám a tvorbe zdravotnej politiky.



ING. TOMÁŠ SIVÁK

Ako junior analytik Health Policy Institute sa venoval makroekonómii a hospodárskej politike.



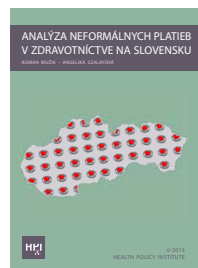


ZDRAVOTNÍCTVO: TRH, REGULÁCIA, POLITIKA

Os publikácie prechádza témami ako fungovanie trhov v zdravotníctve, regulácia a uplatňované politiky na týchto trhoch, až po postavenie zdravotníctva v slovenskej ekonomike. Hoci neodráža celú šírku záberu ekonómie zdravotníctva, podľa presvedčenia autorov predostrie zaujímavé pohľady na niektoré významné témy. Kniha bude publikovaná v roku 2014.

Editor: K. Morvay

Kapitoly sú priebežne zverejňované online na www.hpi.sk



ANALÝZA NEFORMÁLNYCH PLATIEB

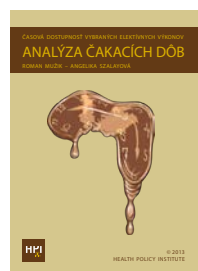
Analýza neformálnych platieb v zdravotníctve na Slovensku skúma výsledky online prieskumu venovaného tejto problematike. Cieľom štúdie bolo na základe výskumu identifikovať špecifické ukazovatele výskytu, prejavov a príčin neformálnych platieb v zdravotníctve, na základe ktorých bude možné navrhnúť opatrenia, ktoré prispievajú k transparentnejšiemu zdravotníctvu.

Autor: R. Mužik, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, november 2013, 96 strán

ISBN 978-80-971193-8-6

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



ANALÝZA ČAKACÍCH DÔB

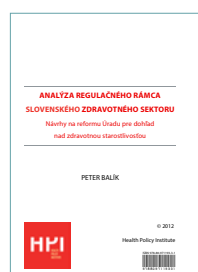
Analýza časovej dostupnosti vybraných výkonov na Slovensku vo vybraných kategóriách zdravotnej starostlivosti v roku 2013 a ich porovnanie so situáciou v minulosti.

Autori: R. Mužik, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, september 2013, 74 strán

ISBN 978-80-971193-6-2

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



ANALÝZA REGULAČNÉHO RÁMCA

Návrhy na reformu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Jej cieľom má byť zefektívnenie činností, zabezpečenie nezávislosti a kolektívnej zodpovednosti.

Autor: P. Balík

vydal Health Policy Institute, december 2012, 42 strán

ISBN 978-80-971193-3-1

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



NOMINÁLNE POISTNÉ

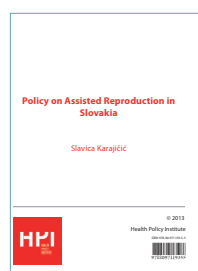
Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku. Cieľom tejto analýzy niektorých poistných systémov v Európe je rozprúdenie diskusie o smerovaní slovenského systému zdravotného poistenia.

Autori: M. Pourková, P. Pažitný

vydal Health Policy Institute, november 2011, 32 strán

ISBN 978-80-971193-0-0

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



POLICY ON ASSISTED REPRODUCTION IN SLOVAKIA

Politika v oblasti asistovanej reprodukcie na Slovensku. Cieľom tejto publikácie je poskytnúť prehľad politik v oblasti asistovanej reprodukcie na Slovensku. Zároveň môže slúžiť aj ako pomôcka pre páry, ktoré hľadajú možnosti ako priviesť na svet deti.

Autor: S. Karajčič

vydal Health Policy Institute, jún 2013, 36 strán, jazyk: anglický

ISBN 978-80-971193-5-5

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



pharmaOutlook

quarterly on pharmaceutical policy

Štvrťročný výhľad vo farmaceutickom priemysle z analytickej dielne HPI.

Editormi sú **Angelika Szalayová** a **Karol Morvay**.

PHARMA OUTLOOK JE KOMPLEXNÝ:

Popisuje makroekonomický vývoj (cca 5 – 7 strán)

- Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní
- Peňažné výdavky domácností na zdravie
- Výdavky na lieky

Analyzuje spotrebu liekov prehľadovo (cca 8 – 12 strán)

- Celkové trendy v spotrebách liekov podľa typu
- Celkové trendy v spotrebách liekov podľa zdroja financovania
- Spotreby liekov podľa ATC skupín

Analyzuje spotrebu liekov hradených na recept a „A“ liekov (cca 30 – 35 strán)

- Celkové trendy v spotrebách liekov
- Spotreby liekov podľa zdravotných poisťovní
- Spotreby liekov podľa ATC skupín
- Najčastejšie používané hradené receptové lieky a A-lieky

Analyzuje spotrebu voľnopredajných liekov (cca 8 – 12 strán)

- Celkové trendy v spotrebách voľnopredajných liekov
- Spotreby voľnopredajných liekov podľa ATC skupín
- Najčastejšie používané voľnopredajné lieky

Analyzuje spotrebu nemocničných liekov (cca 8 – 12 strán)

- Celkové trendy v spotrebách nemocničných liekov
- Spotreby nemocničných liekov podľa ATC skupín
- Najčastejšie používané nemocničné lieky

PHARMA OUTLOOK JE PRAKTICKÝ:

- vychádza **štvrťročne** podľa presného harmonogramu
- obsahuje **viac ako 60 strán** textu
- **v slovenskom a anglickom jazyku**
- v 4 predpripravených používateľských formátoch – **word, excel, powerpoint a pdf**

Pharma Outlook je určený pre riadiacich pracovníkov originálnych a generických farmaceutických firiem, ktorí sú zodpovední za:

- riadenie firmy
- tvorbu obchodných plánov
- tvorbu finančných rozpočtov
- vzťahy s regulačným prostredím

CENA PHARMA OUTLOOK:

800 € plus DPH za aktuálne číslo
I 500 € plus DPH za predplatné na rok (štyri čísla)

V PRÍPADE ZÁUJMU NÁS PROSÍM KONTAKTUJTE NA:

hpi@hpi.sk

HPI think tank



Naše myšlienky vytvárajú lepšie zdravotníctvo.

HPI consulting



Naše analýzy vytvárajú lepšie zdravotníctvo.

HPI academy



Naši študenti vytvárajú lepšie zdravotníctvo.



HPI

www.hpi.sk

© 2014

ISBN 978-80-971193-8-6



9 788097 119386