

» obsah

Očakávame veľmi
diferencované
oživenie

Odpočet
programového
vyhlásenia vlády SR
v rezorte zdravotníctva

Výzvy a návrhy riešení
pre slovenské
zdravotníctvo
(policy paper)

Nové prerozdelenie
pozitívne ovplyvní
bilanciu Dôvery
a Unionu

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

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

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

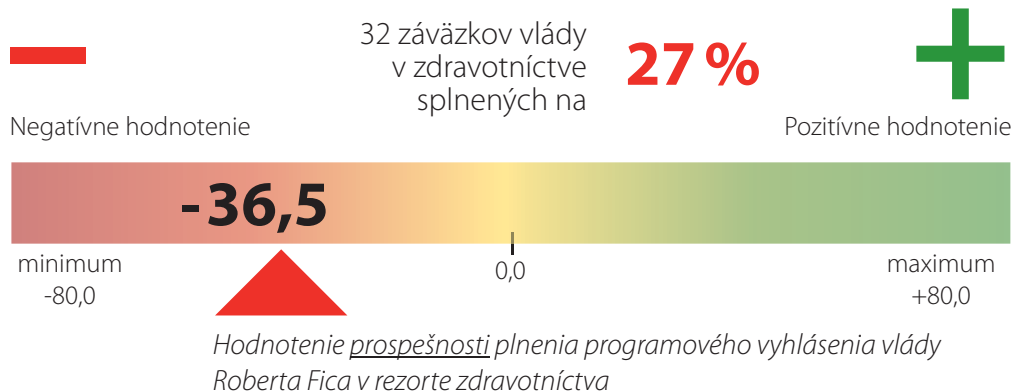
Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATION

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

ISSN 1338-1172

Známka za plnenie vládneho programu v zdravotníctve: 4 Prinášame odpočet plnenia sľubov vlády



Blížiac sa parlamentné voľby sú príležitosťou na bilancovanie splnených a nesplnených sľubov. Prevažnú časť obsahu tohto aprílového vydania mesačníka o zdravotnej politike je venované **Odpočtu programového vyhlásenia vlády v rezorte zdravotníctva**. Vláda splnila sľuby na 27%. Nie všetky sľuby však boli prospešné a naopak, niektoré škodlivé sľuby vláda našťastie nesplnila. Na plnenie záväzkov z vyhlásenia vlády sa preto pozeráme aj v kontexte ich prospešnosti. Z celkovej škály od -80 do +80 dosiahol index vlády Roberta Fica v zdravotníctve hodnotenie -36,5. **Pri známkovaní ako v škole by to bola prinajlepšom štvorka.**

V tomto čísle prinášame upútavku na strategický dokument **HPI: Policy paper**. For-

mulujeme v ňom výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Jeho celé znenie nájdete na www.hpi.sk.

Peter Pažitný prepočítal na základe aktuálnych dát **dopady prerozdelenia mechanizmu** a potvrdil tým správnosť prognózy HPI z novembra 2009: nový systém prerozdelenia poisťného znamená menej peňazí v štátnych, viac v súkromných poisťovniach. Je však spravodlivejší.

Karol Morvaj sa prognózuje makroekonomický vývoj: **očakáva veľmi diferencované oživenie**. Príjmy zdravotných poisťovní budú napriek recesii rásť. Ale spomalene.

Príjemné čítanie!

TOMÁŠ SZALAY



Najvýznamnejšia medzinárodná zdravotnícka konferencia v strednej Európe venovaná zdravotnej politike a zdravotným systémom bude venovaná téme:

Finančná hrozba starnutia populácie a chronických ochorení: výzva k zdravotným reformám

Registračný poplatok: **720 eur s DPH**

Využite možnosť zľavy pre čitateľov Zdravotnej politiky (**zľava 120 €**) a pre študentov Health Management Academy (**zľava 320 €**): kontaktujte nás na szalayova@hpi.sk.

Očakávame veľmi diferencované oživenie

**Dopad makroekonomického vývoja na zdravotné poisťovne:
Príjmy síce spomalene, ale predsa rastú aj v recesii.**

Po pravdepodobnom prekonaní dna ekonomickej recesie v roku 2009 očakávame priaznivejšie makroekonomické výsledky v roku 2010. Zlepšenie makroekonomických parametrov však bude zrejme v rozhodujúcej miere dané ich veľmi nepriaznivou úrovňou v predchádzajúcom roku. Oživenie bude mať pravdepodobne veľmi diferencovaný charakter.

VPLYVY Z VONKAJŠIEHO PROSTREDIA

Slovenská ekonomika bola vzhľadom na svoju exportnú orientáciu aj dovoznú náročnosť vždy mimoriadne citlivá na vývoj vo vonkajšom prostredí. Závislosť od vonkajšieho prostredia sa ešte viac zvýraznila v priebehu súčasnej ekonomickej recesie: tak upadnutie SR do recesie, ako aj vymenenie sa z nej je v prvom rade funkciou vývoja vo vonkajšom prostredí. Interné faktory hrajú v čase prípravy tejto prognózy sekundárnu, nie však nulovú rolu. Tvorbu prognózy tak odvíjame od očakávaného vývoja vo vonkajšom ekonomickom prostredí.

Rozhodujúce sú v súčasnosti vplyvy z eurozóny, predovšetkým z Nemecka (vzhľadom na exportnú orientáciu SR a teritoriálnu štruktúru exportu). V čase prípravy tohto textu sa opakovali prevažne optimistické správy o blížiacom sa konci recesie (prichádzajúce zo špecializovaných inštitúcií zaoberajúcich sa konjunktúrou). Na dokumentovanie tohto javu použijeme indikátory klímy zostavované OECD a Ifo.

Od júlového (2009) obratu vo vývoji Composite Leading Indicator¹⁾ (CLI, zverejňuje ho OECD) sa jeho smerovanie k priaznivejším číslam až do začiatku roka 2010 upevňovalo.

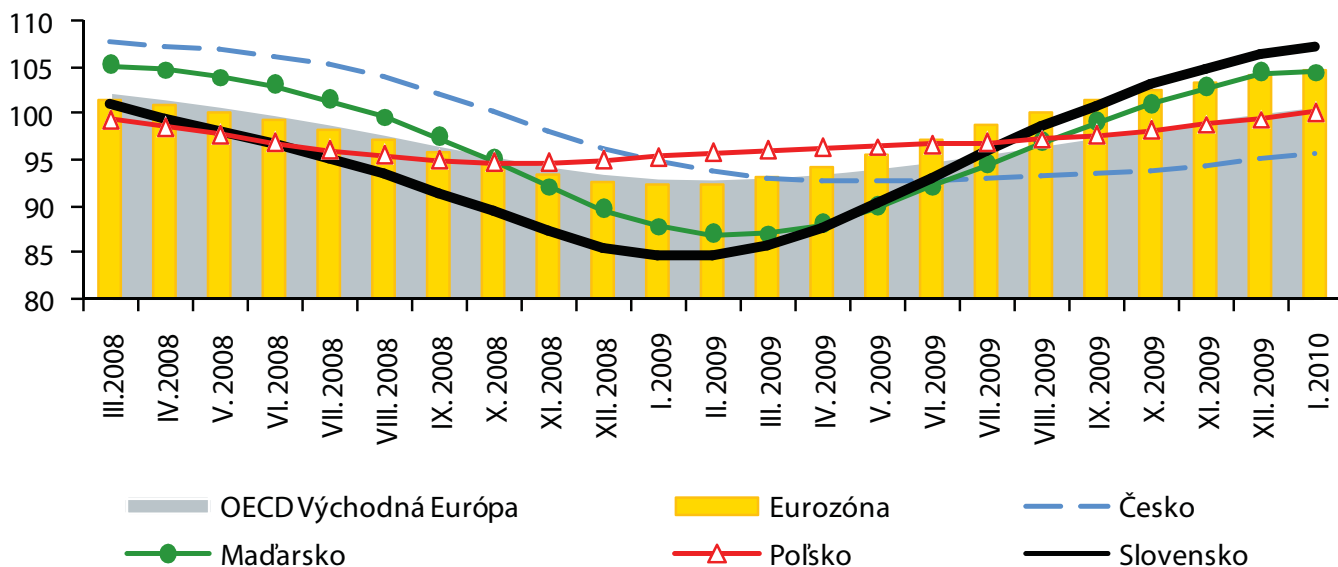
Vzhľadom na skúsenosti s CLI, z obratu v polovici roka 2009 vyplýva pravdepodobné citelné zlepšenie vývoja reálnej ekonomiky počnúc začiatkom roka 2010. Aktuálne hodnoty CLI naznačujú stupňovanie procesu oživenia v priebehu prvého polroka 2010 (aktuálne hodnoty naznačujú smerovanie v najbližších cca 6 mesiacoch). Je pozoruhodné, že výkyvy hodnôt CLI pre SR sú výraznejšie ako výkyvy CLI pre východoeurópske krajiny OECD či eurozónu (Graf 1). Znamená to hlbší prepád v recesii, ale aj pravdepodobne citelnejšie oživenie pri ústupe recesie.

Pri zameraní sa na nemeckú ekonomiku (hlavný partner pre export zo SR) berieme do úvahy tri indexy klímy zostavované Ifo (Ifo Business Climate Index Germany). Po niekoľkých mesiacoch kontinuálneho zlepšovania všetkých troch indexov podnikateľskej klímy došlo v údajoch za II/2010 k narušeniu priaznivých tendencií. Môže to súvisieť s ukončovaním fungovania vládnych podporných nástrojov. Zhoršilo sa vnímanie situácie, naďalej sa však priaznivo vyvíjali očakávania. Úroveň hodnôt indikátorov klímy je podobná ich úrovni v roku 2003, keď nebola prítomná globálna recesia.

Z oboch typov menovaných indikátorov (OECD, Ifo) ešte nevyplýva samotné oživenie ekonomiky, iba očakávanie oživenia.

Známky oživenia prítomné od tretieho štvrťroka 2009 treba vnímať so značnou dávkou opatrnosti. Pravdepodobne pôjde o postupné, nie priamočiare oživenie (prognóza ekonomického rastu v Tabuľke 1). Možné sú opakované oslabenia rastu. Dynamika oživenia má byť značne diferencovaná, s podstatne výraznejším oživovaním v menej vyspelých

Graf 1: Vývoj OECD Composite Leading Indicator (CLI, úroveň roka 2000 = 100)



Zdroj: OECD

Tabuľka 1: Tempo ekonomického rastu v EÚ v prognózach vybraných inštitúcií

	2007 (s)	2008 (s)	Zdroj	2009 odhad	2010 prognóza
Medziročná zmena reálneho HDP v %	2,9	0,8	IfW	-4,2	0,8
			Eurostat	-4,2	0,7
			Ifo	-4,0	1,0

Pozn.: s – skutočnosť

Zdroj: Eurostat, IfW, Ifo – EEAG

ekonomikách a plazivým oživovaním vo vyspelých. Napriek silnému nárastu hodnôt indikátorov klímy neočakávame, že po úpadku produkcie v roku 2009 bude nasledovať podobne výrazná expanzia. Ekonomickú aktivitu zaťažujú adaptačné procesy, ktorými ekonomiky musia prejsť. Iným dôvodom pre opatrnosť je, že zlepšenie situácie na trhu práce v štátoch OECD má zaosť za oživením produkcie. Situácia na trhu práce sa má ešte aj v roku 2010 mierne zhoršiť, až potom sa má začať zlepšovať.

Z vonkajšieho prostredia pravdepodobne nebudú pôsobiť významnejšie inflačné tlaky. Z vyššie menovaných prognóz vyplýva nepodstatné zrýchlenie rastu cenovej hladiny oproti roku 2009, stále však výrazne zaostávajúce za hodnotami z obdobia pred recesiou. Nemožno teda počítať s fenoménom „importovanej inflácie“.

Z faktorov spojených s externým prostredím pre ekonomiku SR vyplýva:

- 1) Vývoj produkcie vo vonkajšom prostredí bude v roku 2010 podstatne priaznivejší ako v roku 2009. Nebude však taký priaznivý, ako by vyplýval z vývoja indikátorov podnikateľskej klímy.
- 2) Oživovanie v regióne relevantnom z pohľadu ekonomiky SR bude skôr pozvoľné, s možnými opakovanými zakolísaniami v tempe ekonomického rastu.
- 3) Inflačné vplyvy z vonkajšieho prostredia nebudú podstatné.

PÔSOBNIE DETERMINANTOV Z DOMÁCEHO PROSTREDIA

Ako sme už uviedli, domáce faktory pravdepodobne nebudú hrať prioritnú rolu pri určovaní makroekonomického vývoja v roku 2010. V tom sa súčasná recesia zásadne líši od tých ekonomických recesií, s ktorými bola slovenská ekonomika konfrontovaná v uplynulých dvoch dekádach²⁾

Keďže pretrvá značná časť prejavov či následkov recesie (predovšetkým nepriaznivá situácia na trhu práce), pretrvá požiadavka na existenciu neštandardných vládnych opatrení tlmiacich dopad globálnej recesie na ekonomiku SR. Vláda už pri koncipovaní týchto opatrení počítala s ich účinnosťou do konca roka 2010. Účinnosť týchto opatrení nevyhnutne komplikuje fiškálnu konsolidáciu.

Rok 2010 je rokom parlamentných volieb. To môže mať vplyv na formovanie hospodárskej politiky. Z tohto titulu očakávame skôr zdržanie sa rozhodných krokov v smere deklarovanej fiškálnej konsolidácie a ich odsúvanie na povolebné obdobie. Povolebný vývoj bude zrejme poznačený prípravou konsolidačných krokov bez ohľadu na výsledok týchto volieb.

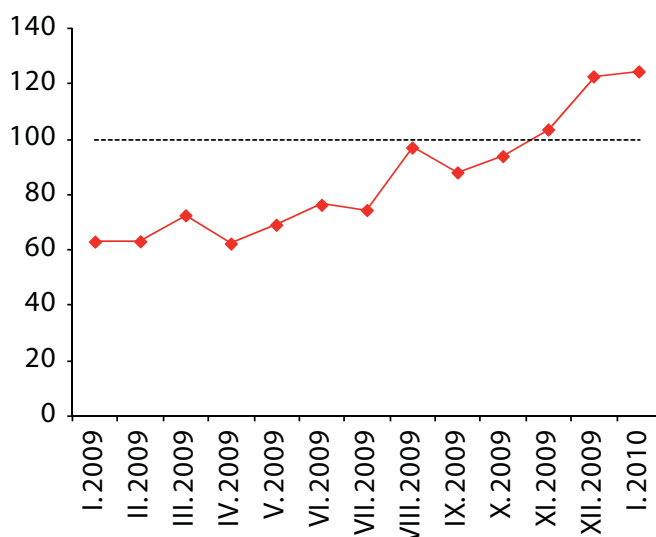
OČAKÁVANÝ MAKROEKONOMICKÝ VÝVOJ V SR

Po zmierňovaní hĺbky poklesu reálneho HDP v období I. q. 2009 až IV. q. 2009 (z -5,7 % na -2,6 %) očakávame v roku 2010 citelné zlepšenie medziročných zmien reálneho HDP. Významnú rolu tu zohrá porovnávací základňa. Porovnávací základňa bola od posledného štvrtroka 2008 poznačená recesiou, mimoriadne nízka je minuloročná porovnávací základňa pre porovnanie dát z prvého polroka 2010. Porovnávací základňa tak bude napomáhať tomu, aby aktuálne údaje dosahovali priaznivejšiu úroveň.

V roku 2010 tak bude tempo reálneho rastu HDP, s odhadovanou hodnotou okolo 2,5 % podstatne priaznivejšie ako v roku 2009 minimálne z dôvodu priaznivého pôsobenia porovnávací základne. Návrat k atraktívnejším hodnotám rastu HDP očakávame až približne v roku 2012. Súvisí to s očakávaním krehkého oživenia, sprevádzaného nápadnými prvkami tvorivej deštrukcie. Okrem vzájomného rušenia pozitívnych a negatívnych vplyvov (recesiou posilnenej!) kreatívnej deštrukcie na ekonomický rast počítame s nutnosťou nástupu fiškálnych reštrikcií aj investorskou opatrnosťou.

V čase prípravy tejto prognózy už existovali dôkazy o oživovaní produkcie (pravda, nie vo všetkých odvetviach). Medziročný index objemu nových objednávok v priemysle bol v januári 2010 na úrovni o šesťdesiat percentuálnych bodov vyššej ako v januári predchádzajúceho roka.

Graf 2: Medziročný index objemu nových objednávok v priemysle SR (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Rámček 1: Diferencované oživenie produkcie

Oživenie produkcie na začiatku roka 2010 je zjavné predovšetkým v priemysle. Obzvlášť v spracovateľskom priemysle (t. j. v priemyselnej výrobe) je situácia zásadne odlišná od začiatku roka 2009 (to je znovu vyvolané aj extrémne nízkou porovnávacou základňou zo začiatku roka 2009). V stavebníctve a vnútornom obchode (veľko- aj maloobchode) bolo možné na začiatku roka hovoriť iba o zmiernení tempa poklesu produkcie v porovnaní s rovnakým obdobím predchádzajúceho roka, nebol však ešte prítomný rast produkcie. Príkladom odvetvia s atypickým vývojom v priebehu recesie je odvetvie vybraných trhových služieb (patria sem činnosti s nehnuteľnosťami, prenajímanie, výskum a vývoj, právnické služby, ochrana osôb a majetku a pod.). Stagnácia objemu produkcie odvetvia na začiatku roka 2009 bola mimoriadne priaznivým výsledkom v porovnaní s inými odvetviami. Mierny medziročný rast na začiatku roka 2010 tak nie je nápadne odlišný od vývoja na začiatku roka 2009. Z tohto prehľadu jednoznačne vyplýva, že iniciátorom oživenia ekonomiky bude spracovateľský priemysel. Práve ten zrejme zareaguje na zlepšenie konjunktúrnej situácie v externom prostredí. Vo väčšine ostatných odvetví sa známky oživenia prejavujú s oneskorením.

Zlepšenie parametrov trhu práce pravdepodobne zaostane za oživením produkcie. Dôvodov pre takéto meškanie môže byť viac, napr.:

- V podnikoch mohol počas recesie vzniknúť segment čiastočne využívanej pracovnej sily, ktorá však nebola prepustená kvôli očakávaniu možného budúceho plného využitia. Na zlepšenie vývoja dopytu môžu podniky zareagovať opätovným plným využívaním takýchto pracovníkov bez potreby prijímať ďalších.
- Zamestnávateľia počkajú na posilnenie rastu dopytu, nebudú reagovať na prvý priaznivý výkyv dopytu prijímaním nových pracovníkov.
- Historická pamäť bude pôsobiť proti rozširovaniu stavu zamestnancov. Zamestnávateľia budú po skúsenosti s recesiou opatrnejší pri rozširovaní stavu zamestnancov (hlavne kmeňových). Môže tak vzniknúť aj nový stimul na rozmach samostatnej zárobkovej činnosti či na preferovanie prenajímania si pracovníkov pred prijímaním vlastných (kmeňových).

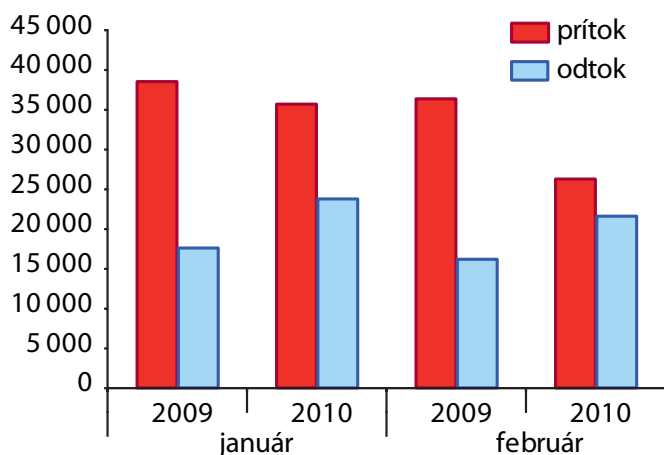
Priaznivým signálom je zlepšenie pomeru prítoku a odtoku uchádzačov o zamestnanie v evidencii úradov práce. Svedčí to o oživení tokov na trhu, hoci to zatiaľ ešte nestačilo na zvrät vo vývoji (Graf 3).

Po dramatickom poklese počtu pracujúcich hlavne v druhom polroku 2009 očakávame ešte ďalší mierny pokles aj v r. 2010 (konkrétne údaje v Tabuľke 2). Je totiž len málo pravdepodobné, aby bol relatívne slabý a značne sektorovo diferencovaný predpokladaný ekonomický rast v r. 2010 spojený s rastom zamestnanosti. Rast zamestnanosti (na úrovni celoročného údaju) sa podľa našich očakávaní dostaví až v r. 2011.

Nárast miery evidovanej nezamestnanosti bol na začiatku roka 2010 podstatne významnejší ako na začiatku roka 2009 (Graf 4)³⁾. Je to dôsledok oneskorenej a spočiatku miernej reakcie trhu práce na nástup recesie. To však neznamená, že by v podobnom tempe mala miera nezamestnanosti narastať aj v ďalšom priebehu roka. V ďalších mesiacoch roka 2010 bude miera nezamestnanosti už konfrontovaná s vyššou mierou nezamestnanosti aj v roku 2009 (iná porovnávacia báza z minulého roku) a navyše predpokladáme postupný nárast dopytu po pracovnej sile v odvetviach, ktoré ako prvé prekonávajú recesiou. Preto v celoročnom priemere očakávame len mierne zvýšenie miery nezamestnanosti nad úroveň roka 2009.

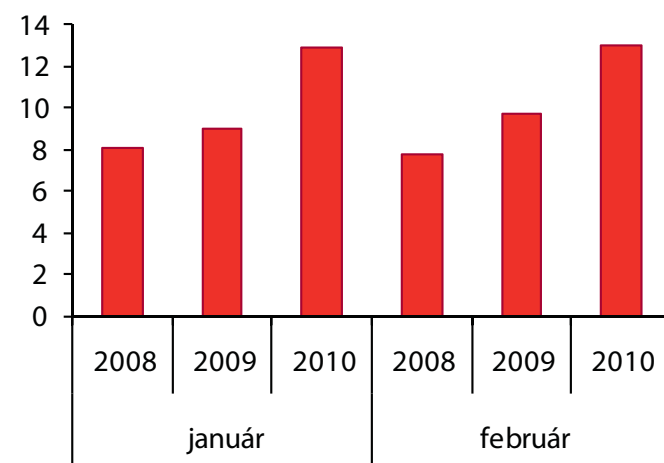
Omeškanie obratu vývoja na trhu práce za obratom vo vývoji produkcie sa pravdepodobne odrazí aj vo vývoji miezd. Očakávame, že priemerná nominálna mzda sa medziročne zvýši len podobným tempom ako v roku 2009 (t. j. okolo 3%) a tempo jej rastu bude výrazne odvetvovo diferencované. Oživenie po recesii sotva prinesie zmenšenie mzdových či príjmových disparít pri odvetvovom alebo regionálnom pohľade. Proti rýchlejšiemu rastu miezd bude pôsobiť stále vysoká (v prvej časti roka dokonca ďalej rastúca) miera nezamestnanosti, mimoriadny tlak na efektívnosť (daný recesiou), ochota pracovnej sily akceptovať nižšiu mzdu v záujme udržania pracovného miesta, nízka miera inflácie či extrémna opatrnosť zamestnávateľov pri regulácii nákladov. Priaznivo na rast priemernej mzdy môže pôsobiť obnovený rast tržieb a pridanej hodnoty či mierny nárast váhy vyššie vzdelaných na celkovom počte pracujúcich (keďže počas recesie boli prioritne prepúšťaní pracovníci s nižším stupňom vzdelania). Vzhľadom na nízku očakávanú mieru inflácie by malo byť aj nízke tempo rastu nominálnej mzdy spojené s nárastom reálnej mzdy.

Graf 3: Toky uchádzačov o zamestnanie



Zdroj: ÚPSVaR

Graf 4: Miera evidovanej nezamestnanosti v %



Zdroj: ÚPSVaR

Tabuľka 2: Prognóza vývoja vybraných makroekonomických parametrov SR pre rok 2010

Parameter	jednotka	2008	2009	2010
Medziročná zmena reálneho HDP	%	6,2	-4,7	2,5
Objem HDP v bežných cenách	mld. eur	67,2	63,3	66,0
Medziročná zmena priemernej mesačnej mzdy (nominálnej)	%	8,1	3,0	3,5
Medziročná zmena počtu pracujúcich podľa VZPS	%	3,2	-2,8	-0,1
Miera nezamestnanosti podľa VZPS	%	9,6	12,1	13,0
Priemerná ročná miera inflácie meraná indexom spotrebiteľských cien	%	4,6	1,6	1,8

Zdroj: Údaje za rok 2008 a 2009 podľa Štatistického úradu SR, prognóza na rok 2010 Health Policy Institute

Tabuľka 3: Prognóza príjmov zdravotných poisťovní z preddavku na verejné zdravotné poistenie

	2009	2010 (p)
Príjmy ZP z preddavku na verejné zdravotné poistenie (mil. eur)	3 363	3 475
Medziročný rast príjmov v %	3,1	3,3

Zdroj: Údaje za rok 2009 podľa Štatistického úradu SR, prognóza na rok 2010 Health Policy Institute

Opatrné prekonávanie ekonomickej recesie dáva priestor len pre mierne zrýchlenie rastu cenovej hladiny. Predpokladáme, že citelnejšiemu zrýchleniu inflácie zabránia tieto faktory:

- Krehká povaha oživenia a obavy producentov zvýšiť cenu pri prvých znakoch zvýšenia dopytu.
- Už spomínaná absencia importovanej inflácie.
- Politický tlak proti zvýšeniu regulovaných cien. Vláda opakovane vyvíjala tlak na regulačné authority, aby nedopustili zvyšovanie regulovaných cien energií pre domácnosti. Nepredpokladáme zásadnú zmenu tejto politiky vo volebnom roku.
- Ešte relatívne nízka úroveň cien strategických surovín. Pokles cien týchto surovín bol automatickým vnútorným antikrizovým opatrením svetovej ekonomiky.

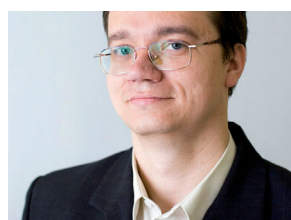
Naopak, v prospech vyššej miery inflácie by mohli pôsobiť tieto faktory:

- Vyššia dynamika agregátneho dopytu.
- Efekt odloženého rastu cien. Po mimoriadne nízkej miere rastu cien v predchádzajúcom roku sa zrejme objaví snaha to kompenzovať hneď ako to okolnosti umožnia. Možnosť tejto kompenzácie bude závisieť od obnovenia rastu dopytu a od celkového vývoja ekonomiky. Predpokladáme skôr, že priestor pre takúto kompenzáciu sa objaví až po roku 2010.

V roku 2010 bude mať vláda (pred- aj povolebná) vážne obmedzenia v realizácii svojich vlastných (autonómnych) priorít a obsah jej hospodárskej politiky bude stále predovšetkým reakciou na dopady globálnej recesie. Súhrnnou charakteristikou makroekonomického vývoja v SR v roku 2010 bude pravdepodobne výrazne diferencované oživenie produkcie pri meškani zlepšenia situácie na trhu práce.

DOPAD MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA NA ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE: PRÍJMY SÍCE SPOMALENE, ALE PREDSA RASTÚ AJ V RECESII

V roku 2009 vybrali podľa údajov Štatistického úradu SR zdravotné poisťovne na preddavkoch na verejné zdravotné poistenie 3 363 mil. eur. Napriek ekonomickej recesii tak ich príjmy medziročne vzrástli o 3,1 %. Značnú rolu tu zohral nárast platieb štátu za svojich poistencov (nárast objemu o 16,5 %). Po zohľadnení predikovaných hodnôt makroekonomických parametrov očakávame v roku 2010 iba mierne zrýchlenie rastu. Opatrné zvýšenie tempa rastu príjmov poisťovní tu vychádza z toho, že oživenie sa v parametroch trhu práce odrazí neskôr ako v parametroch produkcie. A príjmy zdravotných poisťovní z poistného je závislé práve od vývoja na trhu práce.



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonomiou a ekonomickou teóriou.

1. Bližšie www.oecd.org/std/cli
2. Pri „transformačnej“ recesii 1990-1991 aj „stabilizačnej“ recesii 1999-2000 boli pre nástup aj ústup recesie rozhodujúce vnútorné faktory. Či už to boli na ekonomiku šokujúco pôsobiace elementárne reformy nastolujúce základy trhovej ekonomiky (1990-1991) alebo súbory korekčných opatrení obnovujúce makroekonomickú stabilitu (1999-2000).
3. Kvôli dostupnosti dát z prvých mesiacov roka 2010 tu pracujeme s evidovanou nezamestnanosťou. Podobná úvaha však platí aj pre mieru nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl, ktorú uvádzame v Tabuľke 2.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Vysvedčenie vlády v zdravotníctve: štvorka



Vláda považuje zdravie, rovnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dostupnosť zdravotnej starostlivosti za základné práva každého občana, pre plnohodnotný a zmysluplný život. Zachovanie a zlepšovanie zdravia je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť.

Programové vyhlásenie vlády, august 2006

Programové vyhlásenie vlády (PVV) je strategickým dokumentom každej vlády, stanovujúci plán vládnutia a prijímania rozhodnutí v jednotlivých rezortoch. Vláda, ktorú po voľbách v júni 2006 zostavoval premiér Robert Fico, svoje PVV schválila 31. júla 2006; o štyri dni neskôr zaň hlasovali aj poslanci Národnej rady Slovenskej republiky (NR SR).

11. októbra 2006 schválila vláda SR **Rámcový plán legislatívnych úloh vlády SR na volebné obdobie 2006 – 2010**.

19. októbra 2006 predložil minister zdravotníctva Ivan Valentovič poslancom Výboru NR SR pre zdravotníctvo znenie **Rozpracovania PVV na podmienky rezortu zdravotníctva**.

Tieto tri dokumenty sú podkladom nasledujúceho hodnotenia plnenia záväzkov vlády na poli zdravotnej politiky. Znenie PVV je úplné, z rozpracovaného PVV sú citované najdôležitejšie pasáže. Hodnotenie sa zameriava na prospešnosť záväzku z PVV (od veľmi pozitívneho [+++] až po veľmi negatívne [---] hodnotenie) a na plnenie (splnené, čiastočne splnené a nesplnené).

Z 32 záväzkov zostalo nesplnených 18 (56,3 %), 11 bolo splnených čiastočne (34,4 %). Len 3 záväzky (9,3 %) boli splnené úplne. Ak za splnený záväzok priradíme jeden bod a za čiastočne splnený pol bodu, znamená to plnenie PVV na 27 %. Pri zohľadňovaní prospešnosti realizovaných a nerealizovaných sľubov dosiahla vláda index prospešnosti plnenia PVV -36,5 z celkového rozpätia od -80,0 (najhoršie) do +80,0 (najlepšie). Ak by sme mali výsledky hodnotiť ako v škole (v škále od 1 do 5), vláda by za štyri roky v zdravotníctve dostala známku 4.

VEREJNÁ KONTROLA

Programové vyhlásenie vlády

1. Vláda považuje zdravotníctvo za jednu zo svojich priorít. Poslaním zdravotníctva je poskytovanie zdravotnej starostlivosti verejnosti za verejné peniaze, a preto musí byť pod verejnou kontrolou.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úloha: Pripraviť multirezortnú konferenciu na vypracovanie spoločných postupov týkajúcich sa zdravia.

Termín: 31. 12. 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: +++

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Hoci pri slove *priorita* môžeme pracovať s rôznymi výkladmi, žiaden z nich nezodpovedá štvorročnému postoju vlády k zdravotníctvu. Prioritou bolo zdravotníctvo azda len v deklaratívnej rovine.

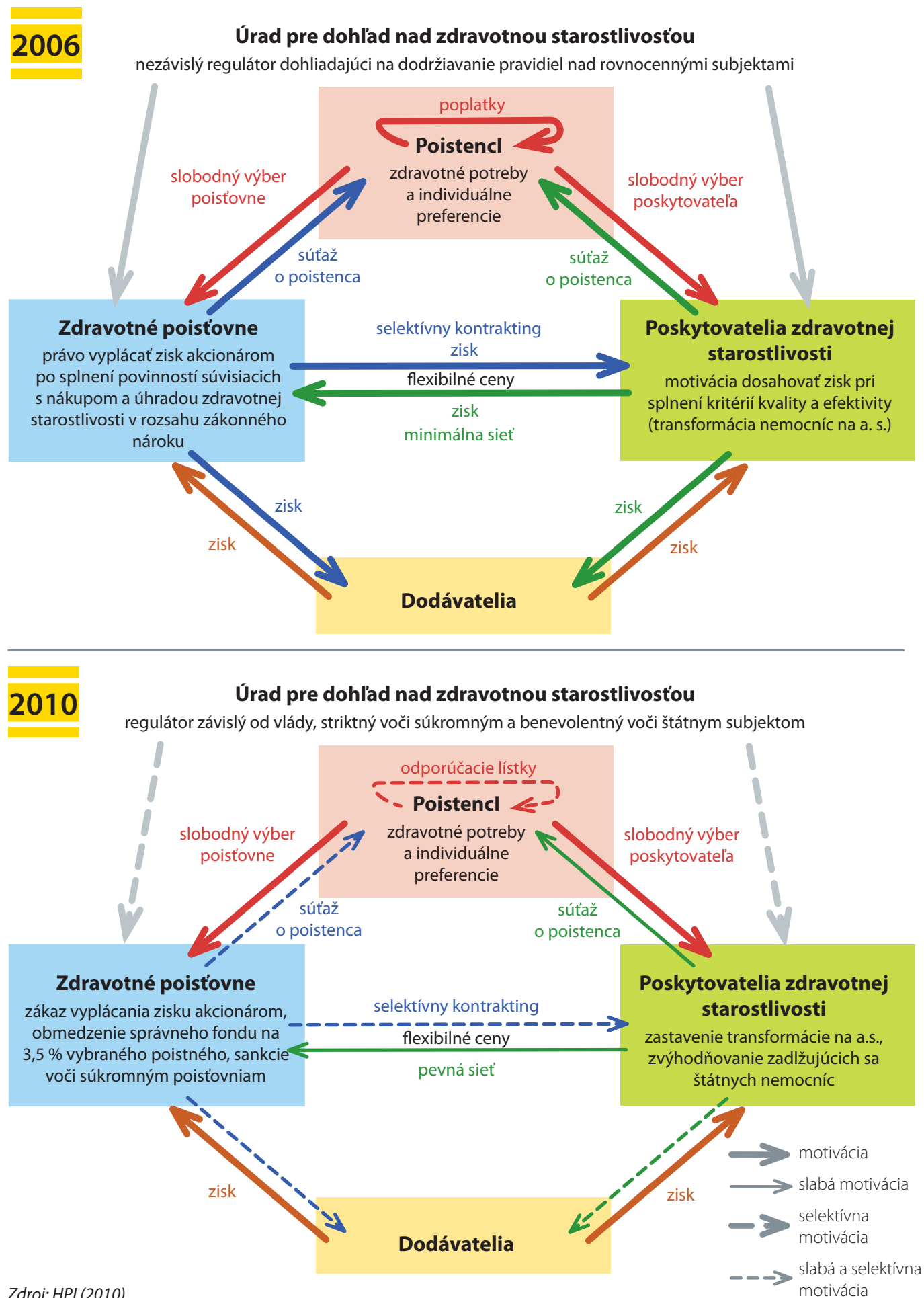
1) Neponúkla alternatívu

Za štyri roky sa zmenili niektoré nastavenia zdravotného systému (**Schéma 1**), ktoré vychýlili rovnovážne vzťahy a zmenili motivácie účastníkov systému. Za zrušením niektorých nastavení reformy zdravotníctva z r. 2004 však nenasledovala ponuka alternatív, ako inak – a lepšie – zabezpečiť ciele zdravotnej politiky, dostupnosť, kvalitu a finančnú udržateľnosť systému. Nahromadené ako aj novovytvorené problémy a potrebné zásadné rozhodnutia prenechala na nasledujúcu vládu.

2) Tolerovala plytvanie

Dôsledky porušenej rovnováhy motivácií prehľadli neefektivitu používania zdrojov. Boli medializované informácie o predražených nákupoch a netransparentných tendroch v štátnych zdravotníckych organizáciách (tendre na oftalmologické prístroje, sanitky, lineárne urýchľovače, vakcíny,...). Aj v čase najväčšej hospodárskej konjunktúry narastala zadlženosť nemocníc (k 31. 12. 2008 ich celkový dlh dosahoval 273 mil. eur). Hospodárska kríza obnažila finančné problémy štátnej VŠZP, keď bola vláda nútená na konci roku 2009 zvýšiť jej základné imanie o 65 mil. eur. V medzinárodných porovnaniach výsledkov zdravotnej starostlivosti sa Slovensko naďalej vzdaluje od vyspelých krajín. Vláda svojou nedôslednosťou pripravila zdravotníctvo o zdroje na zlepšovanie kvality, dostupnosti a efektivity.

Schéma 1: Zjednodušené znázornenie nástrojov motivácií v sektore zdravotníctva pred nástupom vlády (v r. 2006) a na konci jej funkčného obdobia (v r. 2010)



Zdroj: HPI (2010)

3) Tolerovala neplnenie úloh

Ako vyplýva z ďalšieho textu, väčšina záväzkov z programového vyhlásenia vlády zostala nesplnená. Rovnako zostali nesplnené viaceré ďalšie úlohy, ku ktorým ministerstvo zaviazala vláda svojimi uzneseniami.

4) Zhoršila prístup k informáciám

Verejná kontrola zdrojov v zdravotníctve sa – v rozpore s proklamáciou uvedenou v PVV – zhoršila. Charakteristickým javom bolo nezverejňovanie informácií, obchádzanie infozákona, vyhýbanie sa verejnej konfrontácii. Odhalenia investigatívnych reportérov poukázali na enormné plytvanie v štátnych organizáciách, napriek tomu zostali tieto odhalenia bez následkov.

Jedinou konkrétnou úlohou, ktorú si ministerstvo zdravotníctva k záväzku z PVV vytýčilo, bolo zorganizovanie konferencie. Táto úloha bola formálne splnená: 13. 3. 2008 sa na MZ uskutočnilo podujatie „Verejné zdroje v zdravotníctve – očakávania, možnosti, perspektívy“, ktoré ministerstvo označilo za multirezortnú konferenciu. Výstupmi z konferencie však neboli žiadne spoločné postupy týkajúce sa zdravia. Na podujatí sa nezúčastnil žiaden člen vlády, ani samotný minister zdravotníctva; v médiách sa konferencia nestretla s výraznejšou publicitou.

SOLIDARITA

Programové vyhlásenie vlády

2. Vláda zabezpečí princíp solidárnosti v zdravotníctve. Sociálne orientovaný štát sa nesmie zbaviť zodpovednosti za zabezpečenie prístupu k adekvátnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Rozsah tejto starostlivosti musí definovať zákon a v tomto rozsahu musí byť zdravotná starostlivosť financovaná zo zdravotného poistenia.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úloha: viď plán legislatívnych úloh

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: ČIASTOČNE SPLNENÉ

Sľub je dostatočne vágny na to, aby sa dal vyhlasovať za splnený. Konštatovanie, že definícia rozsahu hradenej starostlivosti musí byť stanovená zákonom len parafrázuje znenie čl. 40 Ústavy SR.

Solidárnosť systému – ak ňou chápeme ochranu sociálne a finančne znevýhodnených skupín – sa však za štyri roky nezlepšila. Rast priamych platieb v zdravotníctve najväčšmi zatažuje pacientov z najchudobnejších domácností. Tomuto problému vláda nevenovala nijakú pozornosť.

Všeobecná deklarácia z PVV sa do rozpracovaného znenia dostala v podobe odvolávky na plán legislatívnych úloh MZ na obdobie rokov 2006 – 2010. Plán úloh (Tabuľka 1) nie je však ničím iným, len formalizáciou iných záväzkov z PVV. Plnenie tohto plánu je preto odrazom plnenia PVV.

Tabuľka 1: Rámcový plán legislatívnych úloh MZ podľa uznesenia vlády č. 861 z 11. 10. 2006 a jeho plnenie

Rámcový plán legislatívnych úloh MZ na roky 2006 – 2010	Plnenie
novela zákona na zvýšenie sadzby poistného štátu za poistencov štátu na 5 % z priemernej mzdy	nesplnené
zákon o zákaze biologických a toxických zbraní	splnené
transpozícia smerníc EP a Rady o uznávaní odborných kvalifikácií	splnené
zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a jeho vykonávacie predpisy	splnené
novely zákonov o zdravotnom poistení a o zdravotných poisťovniach, ktoré by reflektovali záväzky z PVV (zjednodušenie ročného zúčtovania zdravotného poistenia, zmena právneho postavenia štátnych poisťovní, fond na úhradu zvlášť náročných zdravotných výkonov,...)	nesplnené
novela zákona o rozsahu: prehodnotenie rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti a rozšírenie indikácií bezplatnej kúpeľnej starostlivosti	častočne splnené
novela zákona o poskytovateľoch upravujúca problematiku záchrannej zdravotnej služby (ZZS), ktorou by sa zrušil zákon o ZZS č. 579/2004 Z. z.	nesplnené
novela zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá definuje lekárov prvého kontaktu a znovuvytvára rajonizáciu	splnené
prehodnotenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov	splnené
zákon o humánnej farmácii	nesplnené
novelizácie právnych predpisov z dôvodu zavedenia eura	splnené

POPLATKY

Programové vyhlásenie vlády

3. (A) Vláda zruší ešte v roku 2006 niektoré poplatky nemajúce priamo súvis s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zabezpečí pre poskytovateľov kompenzáciu. (B) Vláda si je vedomá, že rozpor v nedostatku finančných zdrojov a očakávaniami obyvateľstva je možné riešiť zachovaním ekonomicky a sociálne udržateľnej spoluúčasti na vybrané typy zdravotnej starostlivosti.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úloha: Kompenzáciu výpadku zdrojov z titulu zrušenia poplatkov pacientov riešiť prostredníctvom zdrojov zo zdravotných poisťovní.

Termín: podľa MZ splnená v roku 2006

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: A) - - - B) + + +

PLNENIE: A) **SPLNENÉ** B) **NESPLNENÉ**

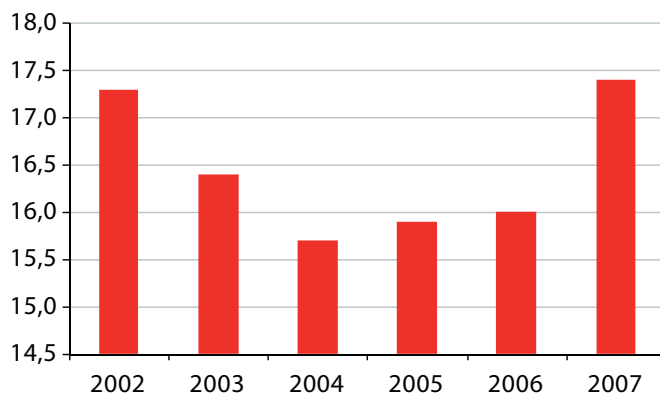
Vláda odstránila niektoré poplatky za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou; časť poplatkov zostala zachovaná resp. znížená – za návštevu pohotovosti (1,99 €) či za recept (0,17 €). Tým sa zvýšil dopyt po zdravotnej starostlivosti (Graf 1), ktorý vláda riešila zavedením odporúčacích lístkov a sťažila prístup k špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Kompenzácie zrušených poplatkov sa však poskytovatelia nedočkali.

Napriek zrušeniu niektorých poplatkov však priame platby obyvateľstva v zdravotníctve stúpili. V roku 2005 (posledný celý rok, počas ktorého sa v zdravotníctve platili poplatky) zaplatili pacienti na priamych platbách, vrátane poplatkov v zdravotníctve, 20,4 mld. Sk. V roku 2009 to bolo, pri zrušení poplatkov, 35,1 mld. Sk (1,17 mld. €).

Rast spoluúčasti je však nekontrolovaný, rovnako i jej dopady. Vláda nezavedla explicitnú spoluúčasť, ani nezúžila rozsah bezplatnosti a preto ochranu zraniteľných skupín nepovažovala za potrebnú.

Predĺženie čakania u všeobecného lekára napríklad vytvorilo priestor pre „nadštandardný“ produkt – objednávanie termínu bez čakania, zvyčajne za cenu okolo 10 €. Objem platieb týchto formálne dobrovoľných poplatkov je mimo dohľadu a kontrolu regulátora.

Graf 1: Vývoj počtu vyšetrení na poistenca



Zdroj: VŠZP, 2008

NEPOVINNÉ POISTENIE

Programové vyhlásenie vlády

4. Vláda považuje podporu nepovinného zdravotného poistenia za rozhodujúcu pri umožnení prístupu k zdravotnej starostlivosti nehradenej zo zdravotného poistenia a k zníženiu bezprostredného finančného dopadu spoluúčasti. Vláda zváži možnosť daňového zvýhodnenia platby na nepovinné zdravotné poistenie.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úlohy: Pripraviť návrhy noviel zákonov o zdravotnom poistení a o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, v ktorých sa zapracujú podmienky a rozsah daňového zvýhodnenia (nepriama novela zákona o dani z príjmov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov).

Termín: III. štvrtrok 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Úloha nebola splnená. Nepovinné zdravotné poistenie prakticky nejestvuje, pričom hlavnou prekážkou jeho zavedenia je vágna definícia rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Zúžením bezplatného balíka môže vzniknúť priestor pre poistné produkty v oblasti nepovinného zdravotného poistenia (viď napr. Slovinsko).

ODMEŇOVANIE

Programové vyhlásenie vlády

5. Pre vládu bude dôležitou úlohou obnovenie dôvery občanov k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, humanizácia prístupu zdravotníkov k pacientom, čo však predpokladá aj adekvátne zlepšenie ohodnotenia práce zdravotníckych pracovníkov.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úlohy:

1. Pripraviť novelu Zákonníka práce a zákona o odmeňovaní vo verejnom záujme. **Termín:** do 30. 6. 2007
2. Pripraviť návrhy právnych predpisov, v ktorých sa uplatnia formy morálneho ocenenia jednotlivcov, pracovných kolektívov, zdravotníckych zariadení. **Termín:** do 30. 6. 2007
3. Podporovať nácvik techník komunikácie u zdravotníckych pracovníkov:
 - s ministerstvom školstva cez študijné programy SŠ a VŠ zdravotníckych odborov. **Termín:** 31. 12. 2013
 - cez zmeny v študijných programoch ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. **Termín:** 31. 12. 2008
 - identifikáciou možností čerpania prostriedkov Európskeho sociálneho fondu. **Termín:** 31. 12. 2009
4. Zverejniť zoznam etických komisií samosprávnych krajov a poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti na internetovej stránke MZ. **Termín:** do 20. 9. 2008

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Zámer sformulovaný v PVV nebol splnený, hoci viaceré konkrétne úlohy z rozpracovaného PVV rezort naplnil. Zmeny v Zákonníku práce viedli k potrebe zvyšovania počtu zamestnancov nemocníc, čo pribrzdilo nárast miezd. Menšie nemocnice nemajú na striktné dodržiavanie Zákonníka práce dostatok mzdových prostriedkov.

Očakávaná z programového vyhlásenia vlády povzbudil minister Ivan Valentovič v januári 2007 príslubom, že v roku 2010 budú mzdy lekárov dosahovať trojnásobok priemernej mzdy, u sestier to mal byť 1,5-násobok. Tento sľub nebol splnený, a to ani v štátnych nemocniciach. Lekári majú 2,2-násobok priemernej mzdy, sestry menej než polovicu.

Zvýhodňovanie štátnych zdravotníckych zariadení pri platbách zo zdravotných poisťovní umožňovalo výraznejšie zvyšovať mzdy ich zamestnancov. Menšie, neštátne nemocnice na tento rast ceny práce nedokázali reagovať. V roku 2009 sa spor zdravotníckych odborov s Asociáciou nemocníc Slovenska o zvyšovanie miezd dostal pred rozhodcu. Vo februári 2010 viedol spor o kolektívnu zmluvu k protestu odborárov pred ministerstvom zdravotníctva.

Pokiaľ ide o morálne ocenenie, v roku 2007 ministerstvo zdravotníctva vyhlásilo anketu Osobnosti v zdravotníctve. Skončila sa rozpačito, víťaza vyhlásili o poldruha roka neskôr a v tejto aktivite sa už nepokračuje.

Podpora komunikácie sa odohrala len na úrovni ministerstva zdravotníctva, ktoré si za 790 tisíc eur v roku 2009 objednalo prípravu komunikačnej stratégie do roku 2010.

Zoznam členov etických komisií je už na webe – sprístupňovanie informácií by však malo byť samozrejmosťou aj bez záväzku z rozpracovaného PVV.

FINANCOVANIE

Programové vyhlásenie vlády

6. a 7. Vláda zabezpečí navýšenie finančných prostriedkov pre zdravotníctvo v roku 2007 cestou zvýšených platieb poisťného za skupiny občanov, kde je platiteľom štát zo 4 % priemernej mzdy na 5 % priemernej mzdy. Vláda zabezpečí, aby verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z HDP mali rastúcu tendenciu a rešpektovali princíp približovania sa k vyspelým štátom Európskej únie.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: **A) + + +, B) + + +**

PLNENIE: **A) a B) ČIASŤOČNE SPLNENÉ**

Ak by sme sľub skúmali formálne, potom nebol splnený. Štát platil za poistencov štátu poisťné so sadzbou 5 % z priemernej mzdy len počas prvých štyroch mesiacov roku 2007. Pokračovanie platieb podmienila vláda prijatím racionalizačných opatrení na zamedzenie „obrovského mrhania v zdravotníctve“ (R. Fico). Racionalizačné opatrenia však neboli prijaté a sadzba sa vrátila na hodnotu 4 %. Vláde sa však nedá uprieť priebežné plnenie v podobe postupného rastu zdrojov: v ďalších dvoch rokoch sa sadzba poisťného štátu postupne zvyšovala až na 4,9 % priemernej mzdy (2009). Rovnako rástol i podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo, až na 5,15 % z HDP (2009). Hospodárska kríza však viedla k zníženiu sadzby poisťného za poistencov štátu na 4,78 %, čo bude znamenať aj medziročný pokles podielu verejných zdrojov z HDP v roku 2010.

FOND NÁKLADNEJ STAROSTLIVOSTI

Programové vyhlásenie vlády

8. Vláda bude podporovať viaczdrojové financovanie zdravotníctva. Prispeje do fondu na úhradu finančne zvlášť náročných výkonov.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Dosiahnuť racionálnu reguláciu a odbornú ekonomickú efektívnosť výkonov pri finančne zvlášť náročných výkonoch, najmä ich koncentráciou na špecializované pracoviská pri zvýšení dostupnosti týchto služieb. Sústrediť finančné prostriedky na realizáciu takýchto výkonov, čo umožní v zdravotných poisťovniach zrušiť tvorbu tzv. technických rezerv.

Úloha: novela zákona o zdravotných poisťovniach

Termín: III. štvrtrok 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: ---

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Fond na úhradu finančne zvlášť náročných výkonov nevznikol, sľub teda nebol splnený. Považujeme však za dobré, že tento fond nevznikol keďže rozhodovanie o zdrojoch v zdravotníctve by sa presunulo do netransparentného prostredia bez reálnej zodpovednosti. Najsilnejšia strana vládnej koalície sa pokúsila o presadenie fondu cez pozmeňovací návrh v parlamente, ale nezískala preň dostatočnú podporu.

Nákupcom zdravotnej starostlivosti sú zdravotné poisťovne. Ich úlohou je kryť aj riziko finančne náročnej starostlivosti. Rozdiely v štruktúre poistných kmeňov zdravotných poisťovní je možné kompenzovať zlepšením prerozdeľovacieho mechanizmu o parameter zdravotného stavu (napr. zohľadnením užívaných liekov – PCG – alebo vybraných diagnóz – DCG). Vytváranie novej „poisťovne“ v podobe fondu by zhoršilo transparentnosť i efektívnosť prerozdeľovania zdrojov.

Kým PVV spájalo fond s „viaczdrojovým financovaním“, rezort zdravotníctva interpretoval fond ako nástroj na dosiahnutie „racionálnej regulácie a odbornej ekonomickej efektívnosti výkonov pri finančne zvlášť náročných výkonoch, najmä ich koncentráciou na špecializované pracoviská pri zvýšení dostupnosti týchto služieb.“ Tým, že fond nevznikol, akoby zároveň zanikla snaha rezortu koncentrovať finančne náročné výkony na špecializované pracoviská, hoci sa to dá doceliť kombináciou viacerých iných (a vhodnejších) nástrojov (minimálna sieť, minimálne materiálo-technické a personálne normatívy, akreditácia, koncepcie odborov,...).

VEREJNOPRÁVNE POISŤOVNE

Programové vyhlásenie vlády

9. Za základ financovania zdravotníctva považuje vláda ústavou garantovaný systém solidárneho zdravotného poistenia. (A) Vláda vráti Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni verejnoprávny charakter. (B) Vláda presadí také právne prostredie, v ktorom všetky zdravotné poisťovne budú mať rovnocenné podmienky bez ohľadu na ich právnu formu a ktoré zabráni poisťovniam v ne hospodárnom nakladaní s finančnými prostriedkami poistencov. (C) Vláda presadí, aby výška nákladov na prevádzku zdravotných poisťovní od roku 2007 bola zákonom obmedzená najviac do výšky 4 % z výberu povinného zdravotného poistného.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úloha: novely zákonov o zdravotnom poistení a o zdravotných poisťovniach

Termín: III. štvrtrok 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: **A) ---, B) + + +, C) -**

PLNENIE: **A) a B) NESPLNENÉ, C) SPLNENÉ**

Sľub bol čiastočne splnený. Štátne zdravotné poisťovne zostali akciovými spoločnosťami, nezmenili sa na verejnoprávne inštitúcie s riadiacimi a správnymi orgánmi zostavenými na báze tripartity. Rovnocenné podmienky zdravotných poisťovní boli spochybnené politickým ovládnutím Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v januári 2007. Dohľad a sankcie ÚDZS sa sústredili predovšetkým na súkromné zdravotné poisťovne. Diskriminujúce voči súkromným poisťovniam bolo i oddĺženie VŠZP na konci roku 2009 formou navýšenia základného imania zo zdrojov štátneho rozpočtu. Vláda presadila obmedzenie správneho fondu na 3,5 % z poistného a zakázala vyplácanie zisku akcionárom. V jej ponímaní zisk predstavuje ne hospodárne nakladanie s finančnými prostriedkami poistencov. Zákaz zisku však tlmí akúkoľvek motiváciu k hospodárnemu nakladaniu so zdrojmi, efektívnemu nákupu zdravotnej starostlivosti či inováciám.

OCHRANA INVESTÍCIÍ

Programové vyhlásenie vlády

10. Vláda nepripustí také legislatívne zmeny zdravotníckych zákonov, ktoré by mohli viesť k poškodeniu dobrého mena SR tým, že nebude zabezpečená primeraná ochrana domácich i zahraničných investícií.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Zásahy do legislatívy upravujúcej práva a povinnosti zdravotných poisťovní dovedli Slovensko k medzinárodným arbitrážam pre nedostatočnú ochranu investícií. Vlastníci ZP Dôvera a ZP Union majú sídlo v Holandsku. Tieto zásahy (zákaz zisku, limitovanie prevádzkových nákladov, povinnosť bezodplatnosti každého prevodu poisťného kmeňa) rázne kritizuje i Európska komisia, podľa ktorej tým došlo k porušeniu Zmluvy o EÚ. Závazok z PVV nebol splnený.

ROVNOCENNOSŤ POSKYTOVATEĽOV

Programové vyhlásenie vlády

11. Vláda akceptuje všetky formy vlastníctva zdravotníckych zariadení a vytvorí podmienky pre ich viaczdrojové financovanie.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Podobne nebol splnený sľub rovnocennosti foriem vlastníctva zdravotníckych zariadení. Štátne zdravotnícke zariadenia boli zvýhodňované na úkor neštátnych nemocníc a ambulancií. Vytvorenie koncovej minimálnej siete zloženej výlučne zo štátnych nemocníc im umožnilo nárokovať si na kontrakt bez ohľadu na kvalitu a efektívitu poskytovanej starostlivosti.

ROČNÉ ZÚČTOVANIE

Programové vyhlásenie vlády

12. Vláda zruší súčasnú podobu ročného zúčtovania poisťného.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Charakteristika: Súčasná podoba ročného zúčtovania poisťného je jedným z najkontroverznejších ustanovení zákona o zdravotnom poistení pre svoju zložitosť a praktickú nevykonateľnosť. Legislatívna podoba je nevyhovujúca pre všetkých aktérov procesu, t. j. platiteľov poisťného, zdravotné poisťovne, ale aj pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ciele : Dosiahnuť účelnú, transparentnú a čo najjednoduchšiu podobu ročného zúčtovania poisťného, z pohľadu platiteľov poisťného, ako aj z pohľadu zdravotných poisťovní.

Úloha: novela zákona o zdravotných poisťovniach.

Termín: III. štvrtrok 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený. Zložitosť formulára pre ročné zúčtovanie odvodov sa neznížila. Niektoré skupiny osôb boli z povinnosti platiť odvody oslobodené, stali sa z nich poistenci štátu (napr. študenti a dôchodcovia, ktorí majú živnosť s nízkym príjmom).

Splnenie sľubu je možné realizáciou projektu UNITAS II na ministerstve financií, ktorý vláda odložila až na nasledujúce volebné obdobie. Zjednotenie vymeriavacích základov a jednotný výber daní a odvodov bude predstavovať najjednoduchšiu podobu ročného zúčtovania.

INVESTÍCIE

Programové vyhlásenie vlády

13. Vláda bude venovať maximálnu pozornosť využitiu všetkých možností na financovanie investičných aktivít v zdravotníctve, vrátane fondov EÚ.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úlohy: Vypracovať tzv. programové dokumenty, na základe ktorých bude možné čerpať finančné prostriedky. Vybudovať administratívne kapacity, ktoré sú kľúčové pre riadenie štrukturálnych fondov. **Termín:** do 31. 12. 2006

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: ČIASTOČNE SPLNENÉ

Sľub nebol splnený, konkrétne úlohy len čiastočne. Financovaniu potrebných investícií v zdravotníctve vláda nevenovala žiadnu pozornosť. Diskusia o dostavbe nemocnice na Rázsochách v Bratislave prichádza až v závere volebného obdobia, s otáznym zdrojom financovania. Výzvy na čerpanie eurofondov už boli takmer všetky uzavreté, ale ich čerpanie zaostáva za plánovanými termínmi. Podľa prieskumu, ktorý HPI robilo pre Európsku komisiu sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sťažujú na netransparentnosť procesu prideľovania eurofondov a nedostatočnú informačnú podporu zo strany ministerstva zdravotníctva.

VŠEOBECNÍ LEKÁRI

Programové vyhlásenie vlády

14. Za základný prvok v zdravotníctve považuje vláda lekárov prvého kontaktu, preto sa zasadí za zlepšenie podmienok pre ich prácu a sústavné vzdelávanie.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Základným cieľom je uplatniť optimálny spôsob financovania na princípe zásluhovosti, t. j. na dosahovaných výsledkoch. Optimálny spôsob financovania je len jeden proces v celom systéme manažérstva kvality, zameraný na neustále zlepšovanie kvality zdravia a kvality života. Prehodnotiť a prispôsobiť postgraduálne vzdelávanie lekárov všeobecnej ambulantnej starostlivosti (úloha 25), vytvoriť informačné väzby (úloha 30).

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: NESPLNENÉ

Starnutie všeobecných lekárov, nejasné kompetencie a chýbajúcu motiváciu nevyriešila ani rajonizácia, ani výmenné lístky, ani povinné služby na LSP. Vládou prijaté zmeny nestačili na splnenie tohto sľubu. Postavenie primárnej starostlivosti sa v intersektorálnom rozdelení zdrojov za štyri roky zhoršilo: kým v roku 2006 predstavovali výdavky na primárnu starostlivosť (všeobecní lekári pre deti a dospelých, všeobecní lekári pre dospelých, gynekológovia a LSP) 5,9 % zdrojov zdravotných poisťovní, v roku 2010 to bude už len 5,4 %.

RAJONIZÁCIA

Programové vyhlásenie vlády

15. Vláda presadí v roku 2007 obnovenie rajonizácie pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov a stomatólogov, so zachovaním slobodného výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti občanom.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Zabezpečiť dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti pre celú populáciu pri zachovaní slobodnej voľby lekára. Ustanoviť povinnú rajonizáciu pre ambulantnú starostlivosť (všeobecnú a špecializovanú).

Úloha: novela zákona o zdravotnej starostlivosti

Termín: III. štvrtrok 2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: 0

PLNENIE: SPLNENÉ

Úloha bola splnená. Jej zmysel je však otázný. Zavedenie zdravotných obvodov pri zachovanej slobodnej voľbe lekára malo za cieľ zabezpečiť, aby pacienta nemohol odmietnuť lekár, ktorý ambuluje v mieste jeho bydliska, z dôvodu prekročenia únosného pracovného zaťaženia. Zákon však umožňuje aj obvodnému lekárovi pacienta odmietnuť, napríklad ak sú v takom vzťahu, že by nedokázal objektívne zhodnotiť jeho zdravotný stav.

PREVENCIA

Programové vyhlásenie vlády

16. Vláda bude presadzovať orientáciu zdravotníctva na prevenciu a včasnú diagnostiku ochorení, podporí realizáciu celospoločensky najdôležitejších preventívnych programov a presadí komplexný program starostlivosti o deti a starších občanov.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úlohy: Pripraviť návrhy národných programov starostlivosti o ženu, matku a dieťa, kontroly tabaku, ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia a transplantáčného programu.

Termín: 31.12. 2010

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: ČIASTOČNE SPLNENÉ

Ak budeme hodnotiť formálnu stránku, tak tento sľub bol prevažne splnený. Vláda podporila očkovanie proti pneumokokom, plošnú kolonoskopiu i plošný dychový test na detekciu *Helicobacter pylori*. Na rok 2009 vyčlenila z rozpočtu 23 mil. € na komplexné preventívne programy. Schválili sa viaceré národné zdravotné programy.

Pri hodnotení obsahu schválených opatrení vyznieva podpora prevencie horšie. Zavedeniu plošných preventívnych programov nepredchádzala analýza nákladovej efektívnosti. Zdroje sa pritom mohli využiť lepšie, napr. na preventívne programy s väčším prínosom pre občanov.

Ani použitie rozpočtových prostriedkov na podporu „komplexných preventívnych programov“ nepodliehalo transparentným podmienkam a hodnoteniu nákladov a prínosov.

Kým ukazovatele výsledkov zdravotného systému na Slovensku (stredná dĺžka života, HALE, morbidita, mortalita) poukazujú na prehlbujúce sa zaostávanie oproti vyspelejším krajinám, schválené národné programy sú plné prevažne formálnych záväzkov a opatrení. Národný program ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia sa nepodarilo prijať. Rovnako chýba aj avizovaný komplexný program starostlivosti o starších občanov.

KÚPELE

Programové vyhlásenie vlády

17. Vláda prijme opatrenia, ktoré umožnia absolvovať kúpeľnú liečbu tým, ktorí ju najviac potrebujú a nemôžu si ju dovoliť.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: +

PLNENIE: ČIASTOČNE SPLNENÉ

Sľub bol čiastočne splnený. Vláda preradila časť diagnóz v indikačnom zozname pre kúpeľnú starostlivosť do kategórie A, s plnou úhradou zdravotnej poisťovne. Na jednej strane sa pacienti s menej závažnými diagnózami (bez ohľadu na ich finančnú situáciu) dostali bez spoluúčasti do kúpeľov. Na druhej strane narástol počet indikácií kategórie A, a tým pádom sa aj pre vážnejšie prípady predĺžili čakacie lehoty.

DECENTRALIZÁCIA

Programové vyhlásenie vlády

18. Vláda podporuje decentralizáciu v riadení zdravotníctva, pri zavedení metodickej, regulačnej a kontrolnej úlohy štátu voči všetkým zdravotníckym zariadeniam.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úloha: Pripraviť návrhy noviel príslušných zákonov a všeobecne záväzných predpisov.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + +

PLNENIE: NESPLNENÉ

Sľub nebol splnený. Kroky vlády viedli k posilňovaniu úlohy štátu v zdravotníctve. Po kontrolnom dni na MZ SR v marci 2010 preniesol premiér R. Fico zodpovednosť za problémy v rezorte práve na decentralizovanosť riadenia.

ŠTÁTNE VLASTNÍCTVO NEMOCNÍC

Programové vyhlásenie vlády

19. V nemocničnej starostlivosti bude presadzovať, aby štát zostal vlastníkom fakultných zdravotníckych zariadení, zariadení s celonárodnou pôsobnosťou a tých, ktoré plnia osobitné úlohy v mimoriadnych situáciách.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Zastaviť transformáciu právnej formy zdravotníckeho zariadenia z príspevkovej organizácie na akciovú spoločnosť a pripraviť návrh na určenie takej formy hospodárenia, ktorou sa určia rozpočtové pravidlá.

Úloha: novela zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (nepriama novela zákona o rozpočtových pravidlách) a iných súvisiacich všeobecne záväzných predpisov.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: –
PLNENIE: **SPLNENÉ**

Ministerstvo zdravotníctva túto úlohu interpretovalo ako podnet na zastavenie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti, k čomu došlo v dvoch krokoch: v roku 2006 bol schválený odklad termínu transformácie do 31.12.2007, v roku 2007 bola celá časť zákona venovaná transformácii zrušená. Reformná legislatíva z roku 2004 pritom obsahovala podmienku, že po transformácii štátnych nemocníc na akciové spoločnosti zostane ich 100%-ným akcionárom štát. Zastavením transformácie sa problémy štátnych príspevkových organizácií prehĺbili a ich dlh ešte pred začiatkom hospodárskej krízy dosahoval bezmála 200 miliónov eur (k 31.12.2008). Nepodarilo sa prijať taký model fungovania týchto nemocníc, ktorý by viedol k rozpočtovej zodpovednosti.

SIEŤ POSKYTOVATEĽOV

Programové vyhlásenie vlády

20. Vláda zabezpečí zachovanie dostupnosti a kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov a zamedzí nekontrolovanému a neefektívnemu rozširovaniu siete zdravotníckych kapacít. Súčasne podporí reštrukturalizáciu siete zdravotníckych zariadení s preferovaním presunu činností do ambulantnej sféry vrátane jednoduchovej starostlivosti tak, aby došlo k účelnej špecializácii a tým rastu kvality a produktivity poskytovaných služieb.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Prerátať potrebu jednotlivých druhov ambulancií, lôžok, pracovísk SVaLZ, ADOS, ambulantnej pohotovosti, ošetrovateľskej starostlivosti, pôrodnej asistencie, zariadení 1-dňovej zdravotnej starostlivosti a stacionárov atď. na pomery SR, s rozložením na jednotlivé kraje a okresy SR. Racionálne reštrukturalizovať existujúcu sieť zdravotníckych zariadení a zabezpečiť jej trvalú reguláciu.

Úloha: novela nariadenia vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Termín: do 31.12.2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +
PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený, hoci nariadenie o minimálnej sieti sa vláde podarilo viackrát znovelizovať. Naďalej chýba definícia zdravotných potrieb obyvateľstva, ktorá je predpokladom správneho nastavenia minimálnej siete a dostupnosti zdravotných služieb.

Reštrukturalizácia prebieha veľmi pomaly, nepodarilo sa ani zastaviť rozširovanie ambulantných kapacít. Neodohral sa presun starostlivosti do ambulantnej sféry a k poskytovateľom jednoduchovej starostlivosti (v ambulantných podmienkach sa vykonáva 7 % operácií). Štátne zdravotnícke zariadenia získali výsadné postavenie v minimálnej sieti.

V regulácii štrukturálnych predpokladov kvality poskytovateľov sa podarilo prijať výnos o minimálnych materiálo-technických a personálnych normatívach platných aj pre ústavné zdravotnícke zariadenia. Napriek výhradám voči jeho konkrétnym nastaveniam je dôležité, že takýto predpis vôbec platí a je ho možné naďalej zlepšovať.

AKREDITÁCIA ZARIADENÍ

Programové vyhlásenie vlády

21. Medicínsky a finančne vysoko náročné výkony zdravotnej starostlivosti sa budú poskytovať len na akreditovaných pracoviskách vybraných zariadení.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: MZ vykoná analýzu medicínsky a finančne náročnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých medicínskych odboroch. Na jej základe určí podmienky časovo ohraničenej akreditácie pracovísk pre medicínsky a finančne náročnú zdravotnú starostlivosť s cieľom maximálne efektívnej a pre pacienta minimálne rizikovej zdravotnej starostlivosti. Na financovanie takýchto výkonov sa vytvorí účelový fond (bod 8).

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: ++

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený, k akreditácii pracovísk nedošlo. Neschválením fondu na financovanie zvlášť náročnej zdravotnej starostlivosti bola podľa ministerstva zdravotníctva zrušená i táto úloha.

TRANSPARENTNÁ SÚŤAŽ

Programové vyhlásenie vlády

22. Vláda podporí vytvorenie podmienok pre transparentnú súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: +++

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je deformovaná práve vládnymi zásahmi. Zvýhodnenie štátnych nemocníc pred neštátnymi nemocnicami a ambulantným sektorom sa zreteľne prejavuje v intersektorálnom členení zdrojov. Mäkké rozpočtové obmedzenia štátnych príspevkových organizácií navyše umožňujú tvorbu dlhu. Vybrané nemocnice boli na prelome rokov 2009/2010 oddlžené sumou vyše 130 mil. eur – súkromní poskytovatelia na takéto zdroje nemali nárok.

Analýza HPI v roku 2008 ukázala, že jestvuje významný rozdiel v priemerných cenách medzi fakultnými a všeobecnými nemocnicami (ceny vyššie o 30 % až 104 %). Náročnosť vyjadrená case-mix indexom je vo fakultných nemocniciach vyššia priemerne o 28 %. Platí tak, že aj po zohľadnení náročnosti sú fakultné nemocnice zvýhodňované viac, než by zodpovedalo komplexnosti poskytovanej starostlivosti.

SELEKTÍVNY KONTRAKTING

Programové vyhlásenie vlády

23. Zároveň podporí vytvorenie systému diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: +++

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený. Kritériá kvality a efektivity ako súťažné podmienky selektívneho kontraktingu zaviedla do slovenského zdravotníctva reforma z roku 2004. Vláda namiesto deklarovanej podpory súťaže poskytovateľov presadzovala model štátneho zdravotníctva, v ktorom majú štátni poskytovatelia privilegovanejšie postavenie. Bez ohľadu na plnenie kritérií kvality a efektivity získali nárok na kontrakt so zdravotnými poisťovňami.

KVALITA

Programové vyhlásenie vlády

24. Vláda pokladá bezpečnosť pacientov za mimoriadne dôležitú súčasť zdravotného systému, preto bude podporovať zavádzanie systémov kvality a efektivity vo všetkých oblastiach poskytovania zdravotnej starostlivosti, s cieľom dosiahnutia medicínskeho ale aj hygienicko-epidemiologického štandardu, ktoré zodpovedajú normám EÚ.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Charakteristika: Zaviesť systémy manažérstva kvality, vytvoriť integrovaný systém na vytváranie podmienky na neustále zlepšovanie kvality zdravia a kvality života. Presadzovať zavádzanie kvality prostredníctvom stavovských a profesijných organizácií.

Úloha: Vytvoriť koordinačný tím na hodnotenie kvality a udeľovanie ceny kvality v zdravotníctve SR (verejné sledovanie a hodnotenie medicínskej kvality, manažérskej kvality, organizačnej kvality, ap.). **Termín:** 1. 1. 2008

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený. Na poli kvality sa v zdravotnej politike za štyri roky urobilo veľmi málo. Dva roky absentovali indikátory kvality, ktoré malo ministerstvo podľa zákona každoročne aktualizovať. Katalóg výkonov bol zrušený skôr než nadobudol účinnosť a dosiaľ nebol nahradený novým. Chýbajú záväzné štandardy vykazovania dát. Ambiciózne ciele z rozpracovaného PVV (napojenie systémov kvality na procesy a vnútornú štruktúru zdravotníckych zariadení, monitorovanie kvality zdravia, systematizácia cien výkonov zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k zhodnocovanej úrovni kvality výsledkov zdravotnej starostlivosti, zdravotnícky marketing, aplikácia systému manažérstva kvality vrátane finančného manažérstva) skončili ako nesplnená úloha.

ZDRAVOTNÍCKE ŠKOLSTVO

Programové vyhlásenie vlády

25. Vláda bude presadzovať taký rozvoj zdravotníckeho školstva, ktorý zabezpečí primeraný počet kvalitne pripravených odborníkov pre všetky zdravotnícke činnosti.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Zavedenie motivačných a stabilizačných mechanizmov na zabezpečenie potrebného počtu a štruktúry kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov (napr. náborové príspevky, štipendiá, príspevky na štúdium). Podpora a zavádzanie inovácií v systéme celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Úloha: Navrhnuť riešenie cieľov prostredníctvom štrukturálnych fondov.

Termín: do 31.12.2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + +

PLNENIE: **ČIASTOČNE SPLNENÉ**

Nedostatok lekárov niektorých odborností (napr. všeobecní lekári) vláda nevyriešila. Presadila podporu vzdelávania zdravotníkov, hoci nesystémovo, prostredníctvom daňovej úľavy.

UNIVERZITNÉ NEMOCNICE

Programové vyhlásenie vlády

26. Prehodnotí počet fakultných nemocníc tak, aby sa týmto inštitúciám vrátila vážnosť zodpovedajúca ich významu a kvalite.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Určiť kritériá, ktoré musia zariadenia ústavnej starostlivosti splniť, aby získali povolenie na poskytovanie, ako aj možnosť používať názov napr. fakultná resp. univerzitná nemocnica.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: 0

PLNENIE: **SPLNENÉ**

Sľub bol splnený v roku 2010. Nemocnice, v ktorých prebieha výuka medikov, získali označenie "univerzitná nemocnica".

ZÁUJMOVÉ SKUPINY

Programové vyhlásenie vlády

27. Vláda rešpektuje stavovské, profesijné a odborové organizácie v zdravotníctve a garantuje spoluprácu s nimi predovšetkým pri tvorbe legislatívy a koncepčných materiálov.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Deklaratívny prísľub, ktorého plnenie spochybňujú vyhlásenia týchto organizácií. Vláda pravidelne obchádzala štandardné pripomienkové konanie a vyhýbala sa diskusi a spolupráci pri tvorbe legislatívy.

LIEKOVÁ POLITIKA

Programové vyhlásenie vlády

28. Hlavným cieľom v oblasti liekovej politiky je zabezpečenie účinných, bezpečných a kvalitných liekov pre celú populáciu v objektívne potrebnom množstve a za primeranú cenu. Vláda bude presadzovať zásadu, (A) aby na každé závažnejšie ochorenie bol aspoň jeden liek plne hrađený zo zdravotného poistenia a (B) zasadí sa o výrazné zníženie doplatkov obyvateľstva na lieky a zdravotnícke pomôcky. Vláda (C) uplatní transparentný systém pre liekovú politiku, založený na platných direktívach EÚ.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Upraviť frekvenciu kategorizácie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín tak, aby sa prehodnotila výška úhrady na základe verejného zdravotného poistenia 2 razy ročne a zaraďovanie nových liečiv a nových generických liekov 4 razy ročne. V oblasti cenotvorby liekov zaviesť spravodlivé degresívne marže pre veľkodistribútorov a lekárne.

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: **A) + +, B) – –, C) + + +**

PLNENIE: **A) SPLNENÉ, B) a C) NESPLNENÉ**

Ide o veľmi všeobecný sľub, pre ktorého plnenie nebolo potrebné ani len meniť legislatívu. V rozpracovanom PVV sa ministerstvo zdravotníctva zaviazalo znížiť počet riadnych kategorizácií na 2 ročne, pri možnosti zaraďovať lieky do zoznamu liekov 4-krát ročne. Tento záväzok nesplnilo, čo však hodnotíme pozitívne. Ministerstvo by sa tým zbavilo možnosti flexibilne reagovať na znižovanie cien liekov.

Druhým konkrétnym záväzkom bolo zavedenie degresívnej marže, ktoré prispelo k zlacneniu drahých liekov. Splnenie tejto úlohy hodnotíme pozitívne. Žiaľ, v roku 2009 sa zrušila degresívna marža pre nemocnice, čo pre ne znamená zvýšenie nákladov na lieky. Nepodarilo sa znížiť doplatky na lieky, ktoré medzi rokmi 2006 a 2009 vzrástli o 21 %. Zhoršila sa predvídateľnosť a transparentnosť procesu kategorizácie.

VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Programové vyhlásenie vlády

29. Vláda presadí zvýšenie významu verejného zdravotníctva pre zachovanie zdravia občanov. Inštitúcie verejného zdravotníctva musia svojimi aktivitami a komplexnou odbornou činnosťou minimalizovať pôsobenie rizikových faktorov na zdravie obyvateľov, čím možno dosiahnuť skvalitnenie života a predĺženie ľudského veku.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Úlohy: 1. Pripraviť nový návrh zákona o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia. **Termín:** do 31. 3. 2007
2. Pripraviť novelu zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov. **Termín:** do 31.12.2007

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **ČIASTOČNE SPLNENÉ**

Konkrétne úlohy – prípravu nového zákonov o verejnom zdravotníctve a o ochrane nefajčiarov – vláda splnila. Význam verejného zdravotníctva sa tým však nezvýšil. V indikátoroch ako sú stredná dĺžka života alebo očakávané zdravé roky života Slovensko zaostáva nielen za západnou Európou, ale začína sa vzdalovať i krajinám V4. Incidencia a mortalita civilizačných ochorení v medzinárodnom porovnaní dlhodobo predstavuje zásadnú výzvu pre verejné zdravotníctvo. Programy na minimalizáciu pôsobenia rizikových faktorov na zdravie obyvateľov však zostali prevažne vo formálnej rovine, často ako doslovné kópie starších programov a neboli vyhodnocované na základe objektívnych ukazovateľov účinnosti.

INFORMATIZÁCIA

Programové vyhlásenie vlády

30. Rozhodujúcim zámerom vlády bude rozvoj informatizácie systému zdravotníctva na všetkých úrovniach. Vláda zabezpečí legislatívne a inštitucionálne podmienky na realizáciu informačných a komunikačných systémov, ktoré zásadným spôsobom napomôžu zlepšovať kvalitu, nákladovú efektivitu a časovú dostupnosť služieb. V tejto oblasti bude vláda podporovať projekt informatizácie zdravotníctva a postupne realizovať ciele národnej eHealth stratégie.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

- Úlohy:**
1. Aktualizovať *Koncepciu rozvoja informačnej sústavy zdravotníctva a Koncepciu informatizácie zdravotníctva* (Slovak eHealth National Strategy). **Termín:** priebežne 2006 až 2010
 2. Pripraviť návrhy legislatívnych predpokladov **Termín:** priebežne 2006 až 2010
 3. Pripraviť štandardy informatizácie zdravotníctva, pripraviť návrh na implementáciu štandardov pre kódovanie a výmenu správ systémom autorizovanej komunikácie. **Termín:** do 31.12.2007
 4. Národný zdravotný informačný systém (NZIS) **Termín:** 30. 6. 2010
 5. Národný zdravotnícky portál (NZP) **Termín:** 30. 6. 2010
 6. Infraštruktúra a integračná vrstva **Termín:** 30. 6. 2010

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

V budovaní eHealthu vláda úplne zlyhala. Hoci informatizácia zdravotníctva patrila k prioritám rezortu, na konci volebného obdobia nie je eHealth o nič väčšou realitou, než bol pred štyrmi rokmi. Projekt existuje zatiaľ len na papieri a v množstve najrôznejších powerpointových prezentácií potenciálnych dodávateľov. Nebola však prijatá ani len základná legislatíva, upravujúca budovanie eHealthu. Chýba definícia štandardov. Národný zdravotnícky portál a Národný zdravotný informačný systém neexistujú. Avizovaná pilotná prevádzka elektronického objednávkového systému a ePreskripcie (v druhom až treťom štvrtroku 2010, podľa slov ministra Rašiho z októbra 2008) sa určite neuskutoční.

V porovnaní zdravotných systémov EHCI 2009 skončilo Slovensko na šiestom mieste od konca o.i. pre zlé hodnotenie úrovne informatizácie zdravotníctva. Je však dôležité nezamieňať si cieľ s nástrojom. eHealth sám osebe neprináša lepšiu kvalitu: je len nástrojom na lepšiu dostupnosť dát, potrebných pre správne rozhodovanie. Na to, aby eHealth dosiahol reálny prínos v zlepšení efektívnosti využívania zdrojov, je infraštruktúra za odhadovanú cenu 252 mil. € druhoradá. Prvoradý je obsah a logický procesný model. Nie je však vylúčené, že meškajúci obsah eHealthu sa bude musieť prispôsobiť vybudovanej infraštruktúre. Kvalita a rozsah zbieraných dát, ani spôsob ich použitia zatiaľ neboli predmetom verejnej diskusie.

PLATOBNÉ MECHANIZMY

Programové vyhlásenie vlády

31. Dôležitým zámerom vlády bude podpora nových, objektívnejších úhradových mechanizmov za výkony v zdravotníctve.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

Ciele: Dosiahnuť racionálnu a spravodlivú alokáciu obmedzených zdrojov medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak, aby sa zohľadnila zásluhovosť a aby bola motivačná. Pre oblasť ústavnej zdravotnej starostlivosti to je úhradový mechanizmus DRG a pre všeobecných lekárov systém vázenej kapitačnej platby, na základe dosahovanej nákladovosti na kapítovaných poistencov.

- Úlohy:**
1. Zavedenie systému DRG. **Termín:** do 31. 12. 2010
 2. Zavedenie vázenej kapitačnej platby. **Termín:** do 31. 12. 2009

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: + + +

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Sľub nebol splnený. Hoci v prípade DRG ministerstvo zdravotníctva stanovilo termín do konca roku 2010, v tejto oblasti sa neurobili žiadne prípravné kroky, ktoré zavedeniu DRG musia predchádzať. Naďalej sa nezohľadňujú rozdiely v náročnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti ani v dosiahnutých výsledkoch, čo vedie veľkú časť poskytovateľov k pocitu diskriminácie. Spravodlivá alokácia zdrojov si preto vyžaduje zmenu v súčasných platobných mechanizmoch. Zainteresovanosť poskytovateľov na efektívnosti použitia zdrojov je možné doceliť zavedením tzv. rizikových kontraktov, pri ktorých preberá poskytovateľ časť zodpovednosti za rozhodovanie o nákladoch indukovanej starostlivosti.

32. Vláda presadí zásadné odbyrokratizovanie zdravotníctva, zruší všetky zbytočné administratívne úkony a duplicitu v činnostiach MZ SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a ďalších inštitúcií. V týchto inštitúciách sa vykoná v roku 2007 dôkladný audit činnosti s následným prehodnotením počtu pracovníkov iba na tie činnosti, ktoré sú nevyhnutné, celospoločensky potrebné a budú vyplývať zo zákona.

↳ Rozpracovanie na podmienky rezortu

- Úlohy:**
1. Pripraviť podklady na audit a zabezpečiť vyhlásenie verejného obstarávania. **Termín:** do 31. 3. 2008
 2. Zabezpečiť audit. **Termín:** do 31. 12. 2008
 3. Navrhnutie legislatívnych úprav na základe výsledkov auditu **Termín:** do 31. 3. 2009

HPI

HODNOTENIE PLNENIA

PROSPEŠNOSŤ: ++

PLNENIE: **NESPLNENÉ**

Odbyrokratizovanie zdravotníctva sa neuskutočnilo. Nebola navrhnutá ani zmena kompetencií jednotlivých inštitúcií. Výsledky procesného a organizačného auditu v rezortných inštitúciách nie sú známe a neboli predstavené ani vo forme návrhu zmeny legislatívy. Ani záväzok vlády znížiť počet úradníkov do konca volebného obdobia o 20 % nebol splnený, MZ SR dokonca zvyšovalo počet zamestnancov, aby zvládlo agendu eurofondov.

Celkový prehľad hodnotenia prospešnosti a plnenia záväzkov z PVV

Celkový index je výsledkom násobenia prospešnosti (od +3 do -3) a plnenia (áno: +1, čiastočne +0,5, nie -1). V prípade súbehu viacerých rôzne plnených úloh v rámci jedného záväzku je použitý vážený priemer. Čím pozitívnejšia hodnota, tým lepšie.

Záväzok z PVV	Prospešnosť	Plnenie	Body
1. Verejná kontrola	+++	nie	-3,0
2. Solidarita	+++	čiastočne	1,5
3. Poplatky	--- / +++	áno/nie	-3,0
4. Nepovinné poistenie	++	nie	-2,0
5. Odmeňovanie	+++	nie	-3,0
6. Financovanie (sadzba štátu)	+++	čiastočne	1,5
7. Financovanie (% HDP)	+++	čiastočne	1,5
8. Fond nákladnej starostlivosti	---	nie	3,0
9. Verejnoprávne poisťovne	--- / +++ / -	nie / nie / áno	-0,3
10. Ochrana investícií	+++	nie	-3,0
11. Rovnocennosť poskytovateľov	+++	nie	-3,0
12. Ročné zúčtovanie	++	nie	-2,0
13. Investície	+++	čiastočne	1,5
14. Všeobecní lekári	+++	nie	-3,0
15. Rajonizácia	0	áno	0,0
16. Prevencia	+++	čiastočne	1,5
17. Kúpele	+	čiastočne	0,5
18. Decentralizácia	++	nie	-2,0
19. Štátne vlastníctvo nemocníc	-	áno	-1,0
20. Sieť poskytovateľov	+++	nie	-3,0
21. Akreditácia zariadení	++	nie	-2,0
22. Transparentná súťaž	+++	nie	-3,0
23. Selektívny kontraktng	+++	nie	-3,0
24. Kvalita	+++	nie	-3,0
25. Zdravotnícke školstvo	++	čiastočne	1,0
26. Univerzitné nemocnice	0	áno	0,0
27. Záujmové skupiny	+++	nie	-3,0
28. Lieková politika	++ / -- / +++	áno / nie / nie	0,3
29. Verejné zdravotníctvo	+++	čiastočne	1,5
30. Informatizácia	+++	nie	-3,0
31. Platobné mechanizmy	+++	nie	-3,0
32. Odbyrokratizovanie	++	nie	-2,0
Spolu z celkového možného rozpätia [-80;+80]			-36,5

Health Management Academy

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach



**Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.**

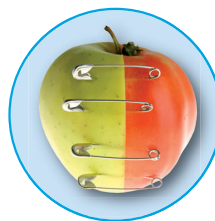
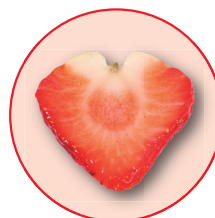


Program
Manažér



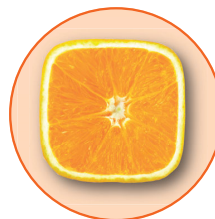
Program je ukončený titulom
Master of Science

Program
Lekár



Program
Politik

Program
Reformátor



Program
Lekárnik

Program
Mix



Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14, 811 02 Bratislava
0911 596 050 ● frisova@hma.sk ● www.hma.sk



health management academy

hmd



„V POZADÍ MÔJHO ÚSPECHU SÚ AJ BRATIA KNUTOVCI“

**Som Peter Pažitný, spoluzakladateľ akadémie
Health Management Academy
a bývalý poradca ministrov zdravotníctva
na Slovensku, v Maďarsku a v Českej republike.**

**Aj vy môžete využívať medzinárodné know-how a skúsenosti a zmeniť svoj biznis.
Príbeh vášho úspechu je aj naším úspechom. Publicis/Knut, divízia KHCC. Stojíme za vami.**

consulting • marketing • communication > www.publicis.sk

Moje skúsenosti z reforiem zdravotných systémov ma naučili, že pre vybudovanie lepšieho zdravotníctva nestačí len zmeniť zákony, ale je potrebné komunikovať s ľuďmi zo sektora, počúvať ich názory a vymieňať si s nimi skúsenosti.

Za myšlienkou vybudovania Health Management Academy je môj sen o akademickom priestore, kde sú lektori a študenti partnermi v diskusii, argumentácii a hľadaní riešení. Moja vďaka patrí všetkým ľuďom, ktorí so mnou zdieľajú hodnoty zdravotníctva založeného na výsledkoch a oceňujú prínos kvalitného vzdelania.

V osobách Martina a Mareka Knutovcov som našiel ľudí a priateľov, ktorí pochopili, čo chcem dosiahnuť. Od začiatku sa podieľali na formovaní zážitku, ktorý majú študenti z programov Health Management Academy. Aj touto cestou im ďakujem.

your success


Knut Healthcare Communication



PUBLICIS · KNUT

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

Health Policy Institute vypracoval *policy paper*, ktorého cieľom je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Na tento účel budeme používať konceptuálny rámec, ktorý sa na zdravotný systém pozerá z pohľadu cieľov a nástrojov. Za tri kľúčové ciele považujeme **zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi**. Náš príspevok je teda rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve venujeme záver *policy paperu* potrebu zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa. Na tomto mieste prinášame úvod prvej časti dokumentu, ktorého celé znenie nájdete na www.hpi.sk.

Zdravotný systém je miesto, kde sa stretáva túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonómie. Biologická podstata odsudzuje naše telesné schránky k zraniteľnosti a smrteľnosti. Predpokladom slobodného rozhodovania každého z nás o svojom vlastnom živote je však plnohodnotný zdravotný stav. Zdravý človek nemusí riešiť konštrukciu a stav svojho tela a môže svoj čas venovať iným zmysluplným aktivitám. Naopak, pre chorého človeka je prvoradým cieľom vyzdraviť.

Naša biologická podstata nás tlačí k snahe o predĺžovanie nášho života, pretože najväčším zdrojom okrem vlastného tela je čas. Aby sme všetko stihli. Popri dĺžke života však chceme zvyšovať aj jeho kvalitu. Aby sme menej trpeli. Na druhej strane, kam nás ženie naša ekonomická podstata? Maximalizovať úžitok a minimalizovať náklady. Naším cieľom je teda držať telo „pohromade“ pri najnižších nákladoch, pričom odmietať vidieť našu telesnú schránku ako dlhodobú investíciu. Toto všetko sú motivácie, ktoré vedome či podvedome určujú naše uvažovanie aj rozhodovanie, keď príde reč na podobu systému zdravotníctva.

1) DLHODOBÉ ZLEPŠOVANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU

Hlavným cieľom zdravotnej politiky je vytvoriť podmienky na fungovanie takého zdravotného systému, ktorý v dlhodobom horizonte zlepšuje zdravotný stav populácie. Je dôležité, aby sme si uvedomili, že samotná vláda nemá priame nástroje na to, aby ľuďom prinavracala zdravie. Má však nástroje na to, aby aktívne ovplyvňovala prostredie, správanie a konanie ľudí.

Za posledných 50 rokov sa očakávaná dĺžka života obyvateľov krajín OECD predĺžila zo 68 na 78 rokov. Stredná dĺžka života obyvateľov Slovenska pri narodení však za západnou Európou zaostáva o 5 – 7 rokov a táto medzera sa nezmenšuje. V tomto parametri sa Slovensko vzdaluje nielen od krajín EÚ15, ale dokonca aj od priemeru krajín V4. Kým v rokoch 1990 – 2006 sa na Slovensku stredná dĺžka života u mužov predĺžila o 3 roky a u žien o 2 roky, v krajinách EÚ15 to bolo 4,5 resp. 3,7 roka. Pre porovnanie, susedná Česká republika zlepšila za rovnaké obdobie oba parametre o 5 rokov a na rozdiel od Slovenska konverguje ku krajinám západnej Európy (WHO, 2010). Rast nákladov na Slovensku (per capita, v parite kúpnej sily) mal pritom v tomto období podobnú dynamiku ako v ostatných krajinách, čo naznačuje primárny problém skôr v oblasti efektívnej transformácie vstupov na výstupy než v nedostatku zdrojov (IMF, 2007).

Z dostupných dát vyplýva, že jednou z hlavných príčin zaoštvania a zväčšovania sa zdravotnej medzery je nevládanie manažmentu prevencie a liečby kardiovaskulárnych ochorení. Úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca má v západnej Európe dlhodobý klesajúci trend, Slovensko však také výsledky zďaleka nedosahuje. Zaostáva dokonca za ostatnými krajinami V4. Varovný je aj vývoj výskytu diabetes mellitus (Eurostat, 2010).

Zlepšovanie zdravotného stavu úzko súvisí s hospodárskou produktivitou. Retrospektívne štúdie predpokladajú, že v krajinách s vyspelou ekonomikou bolo zníženie mortality a predĺženie strednej dĺžky života zodpovedné za 29 až 38% z rastu HDP (Usher 1973, Suhrcke et al. 2005).

Výzvou pre vyspelé krajiny na celom svete bude v nasledujúcich rokoch starnutie

populácie, ktoré si vyžaduje zmeny v štruktúre zdravotných služieb ako aj organizácii ich vstupov, a predstavuje tiež výzvu pre budúcnosť udržateľného financovania zdravotníctva. Predĺžovanie produktívneho veku a odklad odchodu do dôchodku – ktoré sa javí ako najpragmatickejšie riešenie – pritom bude možné len v spolupráci s kvalitným zdravotným systémom. Jeho úlohou je umožniť predĺžovať život strávený v zdraví, bez obmedzení na vykonávanie každodennej (a teda aj ekonomickej) aktivity. Len v takejto symbióze môže viesť k udržateľnému rastu sektora. Ak je budúcnosť financovania zdravotníctva pri starnúcej populácii odkázaná na predĺžovanie produktívneho veku, je zlepšovanie zdravotného stavu populácie systémovou prioritou.

(celý *policy paper* nájdete na www.hpi.sk)



Ing. Peter Pažitný, MSc.
MUDr. Tomáš Szalay
MUDr. Angelika Szalayová
partneri Health Policy Institute

» kontakt

hpi@hpi.sk

www.hpi.sk

Nové prerozdelenie pozitívne ovplyvní bilanciu Dôvery a Unionu



V novembri 2009 (viď *IntoBalance 5/2009*) sme priniesli analýzu modelovania dopadov nového systému prerozdelenia (vek, pohlavie, ekonomická aktivita) platného od 1. 1. 2010. Z analýzy vyplývalo, že pozitívne dopadne na Dôveru (+ 10,9 mil. eur) a Union (+ 8,6 mil. eur), negatívne ovplyvní bilanciu Apolla (-2,9 mil. eur), VŠZP (-3,9 mil. eur) a SZP (-12,7 mil. eur). Dnes máme k dispozícii reálne aktuálne dáta o počtoch poistencov a môžeme našu prognózu potvrdiť.

Interpretácia tejto zmeny je skrytá v ocenení rizikovosti kmeňa. Starý systém prerozdelenia (vek, pohlavie) mierne podhodnocoval rizikovosť kmeňa Dôvery a Unionu. Pridaním nového parametra (ekonomickej aktivity) sa toto mierne podhodnotenie stratilo. Z hľadiska férovej konkurencie je nevyhnutné, aby prerozdelenie bolo spravodlivé, a preto pridávanie ďalších prediktorov v budúcnosti považujeme za nevyhnutné.

V čase zverejnenia analýzy sme upozorňovali na tri komplikácie spojené s analýzou dopadov. Neurčitost' ekonomického vývoja, neznámou štruktúrou dát o prestupoch poistencov a neistotou na trhu práce. Pracovali sme totiž s údajmi o štruktúre a počte poistencov z júla 2009. Považujeme preto za potrebné vrátiť sa k analýze dopadov a preveriť jej dopady na aktuálnych číslach z roku 2010.

METODIKA

V aktuálnej analýze dopadov používame rovnakú metodiku ako v novembri 2009, teda porovnávame dva modely: (1) vek, pohlavie a (2) vek, pohlavie a ekonomická aktivita. Ako vstupné dáta máme štruktúru poistencov za všetky zdravotné poisťovne k 1. 1. 2010 – čiže po zohľadnení prestupov a nezamestnanosti za rok 2009 (**Tabuľky 1 až 4**).

V analýze sú ďalej použité indexy rizika, ktoré každoročne vyhlasuje MZ SR (**Tabuľka 5**). Na výpočet dopadov sme opäť spätným reinžinieringom vypočítali indexy pre rok 2010, ak by boli použité iba preidktory vek a pohlavie (**Tabuľka 6**).

>>

Tabuľka 1: Štruktúra všetkých poistencov v zdravotných poisťovniach podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity k 1. 1. 2010

	Vekové skupiny poistencov	sú poistenci štátu		nie sú poistenci štátu		spolu		SPOLU
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
1.	0 – 4	137 862	130 659	7	2	137 869	130 661	268 530
2.	5 – 9	132 551	125 643	4	1	132 555	125 644	258 199
3.	10 – 14	148 548	141 342	4	3	148 552	141 345	289 897
4.	15 – 19	181 353	175 440	6 532	3 750	187 885	179 190	367 075
5.	20 – 24	110 548	131 574	95 025	62 572	205 573	194 146	399 719
6.	25 – 29	48 784	82 984	161 132	108 745	209 916	191 729	401 645
7.	30 – 34	38 332	88 744	184 280	118 505	222 612	207 249	429 861
8.	35 – 39	34 602	63 268	164 803	127 861	199 405	191 129	390 534
9.	40 – 44	34 070	45 835	142 294	127 039	176 364	172 874	349 238
10.	45 – 49	40 220	47 038	145 628	137 552	185 848	184 590	370 438
11.	50 – 54	49 401	57 835	142 037	138 642	191 438	196 477	387 915
12.	55 – 59	60 445	107 055	119 582	87 988	180 027	195 043	375 070
13.	60 – 64	88 371	135 396	40 265	18 052	128 636	153 448	282 084
14.	65 – 69	81 370	118 377	9 858	6 201	91 228	124 578	215 806
15.	70 – 74	62 156	101 349	3 456	1 807	65 612	103 156	168 768
16.	75 – 79	49 416	89 640	1 233	510	50 649	90 150	140 799
17.	80 +	51 960	111 663	426	170	52 386	111 833	164 219
SPOLU		1 349 989	1 753 842	1 216 566	939 400	2 566 555	2 693 242	5 259 797

Zdroj: ÚDZS, 2010

Tabuľka 2: Štruktúra všetkých poistencov vo Všeobecnej ZP podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity k 1. 1. 2010

	Vekové skupiny poistencov	sú poistenci štátu		nie sú poistenci štátu		spolu		SPOLU
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
1.	0 – 4	78 637	74 433	2	0	78 639	74 433	153 072
2.	5 – 9	74 446	70 540	4	1	74 450	70 541	144 991
3.	10 – 14	86 556	82 294	2	2	86 558	82 296	168 854
4.	15 – 19	112 241	107 399	3 921	2 089	116 162	109 488	225 650
5.	20 – 24	69 297	80 123	58 985	38 257	128 282	118 380	246 662
6.	25 – 29	28 752	47 766	108 992	71 125	137 744	118 891	256 635
7.	30 – 34	22 047	51 846	127 158	75 901	149 205	127 747	276 952
8.	35 – 39	19 566	36 634	110 434	80 796	130 000	117 430	247 430
9.	40 – 44	19 580	26 127	95 515	81 814	115 095	107 941	223 036
10.	45 – 49	24 513	28 127	100 150	92 423	124 663	120 550	245 213
11.	50 – 54	32 264	37 024	101 254	97 763	133 518	134 787	268 305
12.	55 – 59	42 339	75 667	88 094	64 482	130 433	140 149	270 582
13.	60 – 64	65 339	101 156	30 314	13 844	95 653	115 000	210 653
14.	65 – 69	62 484	92 321	7 839	4 946	70 323	97 267	167 590
15.	70 – 74	49 385	82 765	2 793	1 480	52 178	84 245	136 423
16.	75 – 79	41 329	74 809	1 052	441	42 381	75 250	117 631
17.	80 +	45 123	95 166	376	128	45 499	95 294	140 793
SPOLU		873 898	1 164 197	836 885	625 492	1 710 783	1 789 689	3 500 472

Zdroj: ÚDZS, 2010

Tabuľka 3: Štruktúra všetkých poistencov vo ZP Dôvera podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity k 1. 1. 2010

	Vekové skupiny poistencov	sú poistenci štátu		nie sú poistenci štátu		spolu		SPOLU
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
1.	0 – 4	48 220	45 734	5	2	48 225	45 736	93 961
2.	5 – 9	44 003	41 897	0	0	44 003	41 897	85 900
3.	10 – 14	47 058	44 506	0	1	47 058	44 507	91 565
4.	15 – 19	53 654	52 680	1 973	1 295	55 627	53 975	109 602
5.	20 – 24	30 996	38 552	24 872	16 720	55 868	55 272	111 140
6.	25 – 29	14 332	26 154	37 994	28 075	52 326	54 229	106 555
7.	30 – 34	11 628	28 548	44 326	33 124	55 954	61 672	117 626
8.	35 – 39	10 955	20 254	44 239	37 146	55 194	57 400	112 594
9.	40 – 44	10 480	14 413	38 479	35 849	48 959	50 262	99 221
10.	45 – 49	11 267	13 695	37 668	36 021	48 935	49 716	98 651
11.	50 – 54	12 853	15 719	34 828	34 489	47 681	50 208	97 889
12.	55 – 59	15 150	26 767	28 425	20 885	43 575	47 652	91 227
13.	60 – 64	20 608	30 511	9 268	3 809	29 876	34 320	64 196
14.	65 – 69	17 365	23 358	1 896	1 162	19 261	24 520	43 781
15.	70 – 74	11 756	16 499	625	297	12 381	16 796	29 177
16.	75 – 79	7 346	13 168	171	65	7 517	13 233	20 750
17.	80 +	6 196	14 862	46	39	6 242	14 901	21 143
SPOLU		373 867	467 317	304 815	248 979	678 682	716 296	1 394 978

Zdroj: ÚDZS, 2010

Tabuľka 4: Štruktúra všetkých poistencov vo ZP Union podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity k 1.1.2010

	Vekové skupiny poistencov	sú poistenci štátu		nie sú poistenci štátu		spolu		SPOLU
		muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
1.	0 – 4	11 005	10 492	0	0	11 005	10 492	21 497
2.	5 – 9	14 102	13 206	0	0	14 102	13 206	27 308
3.	10 – 14	14 934	14 542	2	0	14 936	14 542	29 478
4.	15 – 19	15 458	15 361	638	366	16 096	15 727	31 823
5.	20 – 24	10 255	12 899	11 168	7 595	21 423	20 494	41 917
6.	25 – 29	5 700	9 064	14 146	9 545	19 846	18 609	38 455
7.	30 – 34	4 657	8 350	12 796	9 480	17 453	17 830	35 283
8.	35 – 39	4 081	6 380	10 130	9 919	14 211	16 299	30 510
9.	40 – 44	4 010	5 295	8 300	9 376	12 310	14 671	26 981
10.	45 – 49	4 440	5 216	7 810	9 108	12 250	14 324	26 574
11.	50 – 54	4 284	5 092	5 955	6 390	10 239	11 482	21 721
12.	55 – 59	2 956	4 621	3 063	2 621	6 019	7 242	13 261
13.	60 – 64	2 424	3 729	683	399	3 107	4 128	7 235
14.	65 – 69	1 521	2 698	123	93	1 644	2 791	4 435
15.	70 – 74	1 015	2 085	38	30	1 053	2 115	3 168
16.	75 – 79	741	1 663	10	4	751	1 667	2 418
17.	80 +	641	1 635	4	3	645	1 638	2 283
SPOLU		102 224	122 328	74 866	64 929	177 090	187 257	364 347

Zdroj: ÚDZS, 2010

Tabuľka 5: Index rizika nákladov pre rok 2010

	Vekové skupiny poistencov	IR Muži – sú poistenci štátut	IR Ženy – sú poistenci štátu	IR Muži – nie sú poistenci štátut	IR Ženy – nie sú poistenci štátu
1.	0 – 4	2,56	2,21		
2.	5 – 9	1,56	1,32		
3.	10 – 14	1,50	1,46		
4.	15 – 19	1,40	1,65	1,10	1,40
5.	20 – 24	1,30	1,69	1,00	1,52
6.	25 – 29	2,11	2,54	1,10	1,83
7.	30 – 34	2,72	2,73	1,17	1,99
8.	35 – 39	2,99	2,94	1,30	1,89
9.	40 – 44	3,73	3,67	1,50	1,97
10.	45 – 49	5,17	5,24	1,88	2,43
11.	50 – 54	6,95	6,66	2,52	2,96
12.	55 – 59	7,67	5,50	3,12	3,33
13.	60 – 64	6,62	5,64	4,06	4,56
14.	65 – 69	7,33	6,52	6,24	5,48
15.	70 – 74	8,28	7,27	7,60	6,19
16.	75 – 79	8,76	7,54	8,96	7,06
17.	80 +	7,34	6,64	10,91	6,86

Zdroj: MZ SR, 2010

Tabuľka 6: Index rizika nákladov pre rok 2010, ak by platili iba prediktory vek a pohlavie

	Vekové skupiny poistencov	IR Ženy	IR Muži
1.	0 – 4	2,21	2,56
2.	5 – 9	1,32	1,56
3.	10 – 14	1,46	1,50
4.	15 – 19	1,64	1,39
5.	20 – 24	1,64	1,16
6.	25 – 29	2,14	1,33
7.	30 – 34	2,31	1,44
8.	35 – 39	2,24	1,59
9.	40 – 44	2,42	1,93
10.	45 – 49	3,15	2,59
11.	50 – 54	4,05	3,66
12.	55 – 59	4,52	4,65
13.	60 – 64	5,51	5,82
14.	65 – 69	6,47	7,21
15.	70 – 74	7,25	8,24
16.	75 – 79	7,54	8,76
17.	80 +	6,64	7,37

Zdroj: HPI, 2010

VÝSLEDKY

Analýza dopadov nového prerozdelenia na čerstvých dátach z roku 2010 potvrdila náš odhad z minulého roka:

- Bilancia VŠZP je negatívna -15,3 mil. eur, Dôvera získa dodatočných + 6,5 mil. eur, Union získa dodatočných 8,9 mil. eur. (ako je nápadné z **Tabuľky 7**, tieto trendy veľmi dobre odhalila už aj analýza z novembra 2009 a skutočné výsledky sa od minuloročného modelu líšia len minimálne).
- Vplyvom nového prerozdelenia sa mierne zvýšil index rizika Dôvery z 2,81 na 2,83 a výrazne poskočil index rizika Unionu z 2,31 na 2,44 (**Tabuľka 8** a **Tabuľka 9**). Z toho vyplýva, že kmene Dôvery a Unionu boli v skutočnosti rizikovejšie, ako sa predpokladalo.
- Kým dopad nového prerozdelenia na VŠZP a Dôveru je relatívne malý (-0,7 %; resp. +0,8 % z celkového nároku), tak dopad na Union je zásadný – nové prerozdelenie posilní nárok Unionu až o + 5 %(!), čo je principiálne správne – nielen vzhľadom na vyššiu rizikovosť jeho kmeňa, ale predovšetkým na jeho malý trhový podiel. Ochranu malých poisťovní by však najlepšie zabezpečil systém *high risk pool*, o ktorom sme písali v marcovom vydaní nášho mesačníka (*Zdravotná politika 3/2010*).

Obmedzením tejto analýzy je skutočnosť, že počíta s tzv. čistým finančným efektom z vybraného poistného. Skutočná pozícia zdravotných poisťovní je však daná z predpísaného

poistného a je závislá od efektívnosti ich výberu poistného. Reálny výsledok prerozdelenia za rok 2010 teda budeme vedieť až potom, ako ZP zverejnia výšku predpísaného a vybraného poistného.



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pažitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 7: Analýza dopadov nového prerozdelenia: porovnanie s analýzou z novembra 2009 v tis. EUR

ZP	Marec 2010	November 2009*
VŠZP	-15 324	-16 620
Dôvera	6 445	7 991
Union	8 879	8 629
SPOLU	0	0

* výsledky pre VŠZP sčítavame z výsledkov VŠZP a SZP a výsledky pre Dôveru z výsledkov Dôvery a Apolla.

Zdroj: HPI, 2010

Tabuľka 8: Porovnanie nároku ZP z prerozdelenia pri novom prerozdelení (vek/pohlavie/ekonomická aktivita)

ZP	Počet prepočítaných poisťencov (PPP)	Počet poisťencov (PP)	Index rizika (IR)	Nárok v %	Nárok v EUR
VŠZP	11 584 240	3 500 472	3,31	70,5 %	2 304 833
Dôvera	3 952 916	1 394 978	2,83	24,1 %	786 483
Union	887 610	364 347	2,44	5,4 %	176 601
SPOLU	16 424 767	5 259 797	3,12	100,0 %	3 267 918

Pozn.: Odhadovaná suma vybraného poistného pre rok 2010 je 3 439 mil. eur a prerozdeľované poistné má objem 3 267 mil. eur.

Zdroj: HPI, 2010

Tabuľka 9: Porovnanie nároku ZP z prerozdelenia pri prerozdelení vek/pohlavie

ZP	Počet prepočítaných poisťencov (PPP)	Počet poisťencov (PP)	Index rizika (IR)	Nárok v %	Nárok v EUR
VŠZP	11 661 258	3 500 472	3,33	71,0 %	2 320 157
Dôvera	3 920 523	1 394 978	2,81	23,9 %	780 038
Union	842 985	364 347	2,31	5,1 %	167 723
SPOLU	16 424 767	5 259 797	3,12	100,0 %	3 267 918

Pozn.: Odhadovaná suma vybraného poistného pre rok 2010 je 3 439 mil. eur a prerozdeľované poistné má objem 3 267 mil. eur.

Zdroj: HPI, 2008



„V POZADÍ MÔJHO ÚSPECHU SÚ AJ BRATIA KNUTOVCI“

Som Alexander Schill. Začínal som v roku 1996 s malou súkromnou zubnou ambulanciou na poliklinike. Len jedno kreslo a niekoľko stálych pacientov. Ale chcel som viac....

Chcel som vybudovať špičkovú stomatologickú kliniku a pokryť záujem domácej, ale aj zahraničnej klientely. Investoval som do nákupu najmodernejších technológií, ktoré by aj u nás dokázali poskytnúť pacientovi dokonalý komfort ošetrovania chrupu. Pre tento odvážny krok som však potreboval aj dobrú obchodnú stratégiu. A tak som sa obrátil na profesionálov – marketingovú a komunikačnú agentúru Publicis/Knut a jej divíziu KHCC. A výsledok? Bol som miilo prekvapený, že taká renomovaná agentúra mi poskytla servis ako veľkým firmám. Klinika Schill Dental dnes spolupracuje s množstvom špičkových stomatológov a uspokojuje potreby tisícov domácich i zahraničných klientov.

Aj vy môžete využívať medzinárodné know-how a skúsenosti a zmeniť svoj biznis. Príbeh vášho úspechu je aj naším úspechom. Publicis/Knut, divízia KHCC. Stojíme za vami.

consulting • marketing • communication > www.publicis.sk

your success


Knut Healthcare Communication



PUBLICIS·KNUT