

» obsah

Rozhovor s P. Pažitným

Trh práce sa začína konsolidovať, pomôže to zdravotným poisťovniam

Porovnanie návrhov reformy odvodov R. Sulíka a Ľ. Ódora

Vyhľadávka o čakacích zoznamoch

Hodnotenie najlepších výskumných inštitúcií na svete

Súčasný stav hodnotenia kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

Modern Hospital: Conference Summary

Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia s dôrazom na elektronickú formu podania

» 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

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák,
Eva Sívá, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Zajac – Fico 4:0

Robert Fico prehral svoj štvrtý spor so Zajacovou reformou zdravotníctva pred Ústavným súdom. V auguste 2008 sme v článku Zajac – Fico 3:0 zhrnuli neúspešné podania Roberta Fica na Ústavný súd vo veci reformy zdravotníctva Rudolfa Zajaca. K trom rozhodnutiam sme pridali štvrté, s otáznikom: obmedzenie zisku zdravotných poisťovní. A výsledok sme predpovedali správne, stav Zajac – Fico je 4:0.

Ústavný súd rozhodol 26. januára 2011 v kauze zisku zdravotných poisťovní tak, že obmedzenie zisku bolo v rozpore s ústavou. Vyhovelo tak podaniu 52 poslancov NR SR z radov opozície, ktorí napadli v roku 2008 vládnú novelu zákona o zdravotných poisťovniach. Vláda Roberta Fica ňou obmedzila nakladanie so ziskom zdravotných poisťovní: zaviazala ich dosiahnutý zisk v plnej výške použiť na nákup zdravotnej starostlivosti.

Novelu zákona o zdravotných poisťovniach predložilo do pripomienkového konania ministerstvo zdravotníctva pod vedením ministra Ivana Valentoviča 5. júna 2007. Stalo sa tak po veľkom tlaku predsedu vlády R. Fica na zmeny v zdravotníctve. Predchádzajúce Valentovičove návrhy zákonov (povinné prepoistenie poistencov štátu či zákon o verejnoprávnych poisťovniach) neprešli legislatívnym procesom pre vážne argumenty spochybňujúce ústavnú konformnosť. „Nezisková“ novela síce procesom prešla, ale s rozpormi a nesúhlasom viacerých zainteresovaných, vrátane ministerstva financií, Protimonopolného úradu a legislatívnej rady vlády. Na možnú protiústavnosť a riziko medzinárodných arbitráží bola vláda jasne a včas upozornená.

Zahraniční akcionári zdravotných poisťovní (Eureko v prípade ZP Union a HICEE v prípade ZP Dôvera) vedú kvôli tejto novele arbitráže. Zmenu podmienok považujú za znehodnotenie svojej investície. Keďže obe spoločnosti majú sídlo v Holandsku a Holandsko má so Slovenskom nadštandardnú zmluvu o ochrane investícií, ktorá zvyšuje šancu na úspech v konaní.

Zajac – Fico 4:0

- | | |
|------------|---|
| 1:0 | Dvadsaťkorunáčky sú v súlade s ústavou |
| 2:0 | Rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť definovaný podzákonnými normami |
| 3:0 | Zdravotné poisťovne môžu byť akciové spoločnosti |
| 4:0 | Obmedzenie zisku zdravotných poisťovní nie je v súlade s ústavou |

Výhrady voči tejto legislatíve vyslovila aj Európska komisia, ktorá zatiaľ s ďalšími krokmi čaká na to, ako sa problému chopí nová vláda (v programovom vyhlásení sa prihlásila k zrušeniu tohto ustanovenia).

Na jeseň 2008 sa s podaním na Ústavný súd obrátili opoziční poslanci z SDKÚ-DS, KDH a SMK. Medzi podpísanými poslancami nájdeme mená ako Iveta Radičová, Mikuláš Dzurinda, Ivan Mikloš, Lucia Žitňanská, Zsolt Simon, Tibor Bastrnák, Pavol Hrušovský či Mária Sabolová.

Rozhodnutie Ústavného súdu o tom, že novela z roku 2007 nie je v súlade s ústavou dáva za pravdu kritikom zdravotnej politiky predchádzajúcej vlády. Jej súboj so zdravotnými poisťovňami bol zbytočný, kontraproduktívny a drahý. Ako sa ukazuje, aj neúspešný.

Slovenské zdravotníctvo čelilo a čelí iným výzvam než sú súkromné zdravotné poisťovne: sú to predovšetkým veľké štátne nemocnice, ktoré potrebujú zodpovedného vlastníka, reštrukturalizáciu a investície. Problémom je priveľká a ťažkopádna VŠZP s dvojtretinovým podielom na trhu, ktorú treba po častiach sprivatizovať a z výnosu zmodernizovať slovenské nemocnice.

Spormi – medzi ktoré patril aj ten, ktorý práve uzavrel Ústavný súd – sme len strácali čas. Je načase pokračovať v transformácii zdravotníctva.

PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY

„Ficov nezmysel nás vyjde draho“

Rozhovor Lukáša Krivošíka s riaditeľom Health Policy Institute Petrom Pažitným pre časopis .týždeň.

.týždeň

ústavný súd rozhodoval o zákaze zisku zdravotných poisťovní pomerne dlho. Čo ste prežívali, keď konečne zaznel verdikt?

Volal som hneď Tomášovi Szalayovi a vymenili sme si e-maily s Rudolfom Zajacom. Bol to pocit zadostučinenia.

.aké boli reakcie vašich kolegov?

S Tomášom sme si hneď povedali, že by sme k tomu mali napísať článok. Nazvali sme ho Zajac – Fico 4:0 a je prístupný na internetovej stránke Health Policy Institute. Dnes už totiž 4:0 vedie Rudolf Zajac nad Robertom Ficom, čo sa týka rozhodnutí Ústavného súdu.

.čoho sa týkali tie tri predchádzajúce rozhodnutia?

Už pred tým sudcovia rozhodli, že dvadsaťkorunáčky sú v súlade s Ústavou. Že rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť definovaný aj podzákonnými normami a že zdravotné poisťovne môžu byť akciovými spoločnosťami.

.ivan Mikloš sa zatiaľ nechcel vyjadrovať o vplyve nálezu Ústavného súdu na arbitráže, ktoré so Slovenskou republikou vedú majitelia dotknutých zdravotných poisťovní. Máte nejakú predstavu o tom, aký bude dopad tohto rozhodnutia na prebiehajúce konania?

Najprv si treba povedať, aký dopad mal počas posledných troch rokov na Slovensko zákon, ktorý presadil Robert Fico. Podľa mňa bol ten vplyv trojakého charakteru. Po prvé, začala sa úplne zbytočná vojna proti zdravotným poisťovniam. Tá spôsobila, že zdravotné poisťovne veľkú časť svojej energie venovali v podstate tomu, aby preukázali, že majú vôbec opodstatnenie. Tým pádom sme strácali cenné mesiace a roky, ktoré sa mohli venovať rozvíjaniu zdravotníctva.

.čo sú tie zvyšné dva dopady?

Druhá vec je, že majitelia týchto zdravotných poisťovní Slovenskú republiku zažalovali, v dôsledku čoho štátu hrozia hospodárske škody. A po tretie sú tu doterajšie náklady právnych služieb v arbitrážnych sporoch. Za necelé dva roky ide o 11,2 milióna eur (podľa MF je to dnes už 16 mil. eur, pozn. red.). Tieto peniaze musel štát zaplatiť právnikom, aby obhajovali Ficov nezmysel.

.ak SR neuspeje, máte predstavu o náhrade škody zo strany nášho štátu? Lebo zazneli odhady až na úrovni jednej miliardy eur.

Tie sumy, ktoré boli medializované sa skutočne pohybujú vo veľmi vysokých číslach. Ja si netrúfam prejudikovať rozhodnutie arbitrážnych súdov, no toto rozhodnutie Ústavného súdu dáva za pravdu tým, ktorí žalujú SR.

.akým spôsobom sa počas posledných troch rokov zdravotné poisťovne vyrovnávali so zákazom zisku?

Podnikatelia a živnostníci sú často oveľa bystrejší ako štát. To znamená, že keď sa štát snaží nejakým spôsobom zregulovať podnikateľské prostredie, často ťahá za kratší koniec. Aj zdravotné poisťovne, samozrejme, hľadali spôsoby ako sa

prispôbiť. Tá stratégia sa líšila podľa toho, či išlo o štátne, alebo súkromné poisťovne. Tie štátne to najprv riešili optickým vykazovaním nuly a potom v poslednom roku išli do ťažkých mínusov. Dnes keď sčítame výsledok Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne, tak prichádzame k významným miliardovým stratám.

.čo súkromné zdravotné poisťovne?

To sa líšilo. Napríklad poisťovňa Union odpisovala takzvané akvizíčné náklady, takže ona sa počas týchto rokov nachádzala v miernom mínuse. Poisťovne Apollo a Dôvera boli v miernom zisku, no tento zisk nemohli vyplatiť svojim akcionárom.

.robert Fico dnes odkazuje vláde, aby právne predpisy, ktoré boli vyhlásené za protiústavné, schválila opäť, ale v takej podobe, v ktorej už protiústavné nebudú. Čo si o tom myslíte?

No myslím, že to je nonsens. Pán Fico sa opäť snaží nejakým vyklázať z podstaty veci a mediálnymi trikmi akoby sa snažil odpútať pozornosť od toho, že schválili protiústavný zákon.

.predseda Smeru obhajoval zákaz zisku zdravotných poisťovní argumentom, že je otázne, či má štát podľa zákona garantovať súkromným spoločnostiam biznis v podobe povinných platieb zdravotného poistenia. Veľa ľudí považuje taký postoj za legitímny. Čo by ste im odkázali?

Práve prípad Všeobecnej zdravotnej poisťovne svedčí o tom, že to nie je také jednoduché, ako tvrdí pán Fico. Prečo bola v strate?

.no prečo?

Jednak preto, že tam boli politické tlaky, ako sa má správať. Preto je také dôležité, aby na ňu neboli vyvíjané politické tlaky, aby sa sprivatizovala a rozdelila. Na druhej strane tam bol manažment, ktorý nedokázal ustrážiť príjmovú a výdavkovú časť. To podnikanie je zložitý, komplexný, s vysokými rizikami a vyžaduje si veľký tím odborníkov nato, aby vyrovnával tlaky na strane výdavkov i príjmov. Navyše, pán Fico si zrejme neuvedomuje, že príjmová stránka je vystavená externým šokom ako kríza alebo kolísavé platby štátu za svojich poistencov. Zdravotná poisťovňa celú to riziko musí nejakým spôsobom spracovať a pre svojich klientov zazmluvniť jednotlivých poskytovateľov. Podľa mojej mienky by sa oveľa väčšia pozornosť mala upírať na to, aký produkt poskytujú zdravotné poisťovne svojim klientom. Tu zatiaľ poisťovne veľa neukázali.

.smer tiež straší, že v dôsledku tohto nálezu bude v zdravotníctve ešte menej peňazí a odnesú si to občania. Vy však aj vo vašom stanovisku tvrdíte, že zo zdravotníctva unikajú zdroje úplne inými spôsobmi.

Najprv si treba povedať, aké sú predpoklady na to, aby ten zisk v zdravotníctve mohol byť a čo môžeme urobiť preto, aby konkurencia bola férová. Ústavný súd už rozhodol, že zdravotné poisťovne budú môcť dosahovať zisk. Aby však bol dosahovaný efektívnym nákupom zdravotných služieb, je potrebné nastaviť niektoré parametre systému. Po prvé,

prerozdelení mechanizmus – to znamená, že k súčasným prediktorm, ako sú vek, pohlavie a ekonomická aktivita, je potrebné pridať parameter, ktorý sleduje spotrebu liekov, takzvaný PCG. Postupom času je tiež potrebné doplniť parameter, ktorý sleduje diagnózy, takzvaný DCG. Z hľadiska prerozdelenia budú mať poisťovne na nákladnejších poistencov viac peňazí. Teda prerozdelenie peňazí medzi poisťovňami bude spravodlivejšie, navyše sa znižuje priestor na dosahovanie zisku cez selekciu rizika.

.zisk sa teda nebude dosahovať na úkor toho, že poisťovne si vyberajú len zdravých poistencov.

Presne tak. Druhá vec: je potrebné, aby bol definovaný zákonný nárok občana a poistenca. Dnes je definovaný tak, že neurčuje, do akého času má pacient dostať liečbu. Pacient musí mať účinnú zbraň, aby sa domohol svojho nároku. To zabráni zdravotným poisťovňam dosahovať zisk tým, že sa im predlžujú čakacie doby. Tretí parameter, ktorý treba zlepšiť, sú platobné mechanizmy. Treba zaviesť modernjšie platobné mechanizmy, ktoré by lepšie odzrkadľovali náročnosť jednotlivých pacientov, najmä v nemocniciach. Vláda sa zaviazala zaviesť systém DRG, ktorý by mal byť niekedy v roku 2013 až 2014. Všetky tri opatrenia sú v Programovom vyhlásení vlády.

.ako sa tie ciele naplňajú?

Z týchto troch úloh zatiaľ nevidím, že by sa niečo robilo s „prerozdelením“. Nevidím ani veľa prác na definovaní zákonného nároku. Ale celkom sa rozbehli práce na DRG.

.vaša reforma mala do zdravotníctva priniesť viac efektivity, konkurencie a slobody výberu. Zdravotníctvo je však dnes veľmi kartelizované a dominuje mu vyhľadávanie renty.

Práve nastavenie zdravotníctva do modelu vyhľadávania zisku vytláča ten postoj vyhľadávania renty. To však nestačí. Zdravotníctvo potrebuje ešte ďalšie kroky. Prvá vec je začať s reštrukturalizáciou trhu zdravotného poistenia. Je nutné

privatizovať a rozdeliť Všeobecnú zdravotnú poisťovňu tak, aby na trhu bolo viac subjektov ako dnes. Treba tiež začať s meraním a zverejňovaním výsledkov zdravotnej starostlivosti. Dnes je spotrebiteľ do veľkej miery slepý a výsledok jeho liečby je často dielom náhody. Jednoducho ide o to, ku komu sa dostane a kto ho lieči. Tretia vec je definovanie nároku spotrebiteľa a akým spôsobom ho môže uplatniť. Štvrtým bodom je posilnenie súkromných zdrojov v zdravotnom poistení zavedením takzvaného nominálneho poistného. Ide o koncept, ktorý funguje napríklad v Holandsku. Hovorí o tom, že k tomu, čo si platím ako zdravotné poistenie, sa dopláca ešte nominálne poistenie. Ide o platbu typu päť eur mesačne, ktorá sa vzťahuje na každého poistenca a v ktorej si poisťovne môžu konkurovať. Cieľom zavedenia nominálneho poistného je, aby poisťovne začali tvoriť produkty v zmysle organizovania zdravotnej starostlivosti. Piatym bodom je zaviesť oveľa vyššiu mieru koordinácie zdravotnej starostlivosti.

.tie protiústavné zákony zrejme Slovenskú republiku vyjdú drahú. Boli by ste za to, aby sa náklady zosobnili, ako to niekoľkokrát zaznelo?

Ak by sa to dalo, ja by som bol veľkým zástancom zosobnenia takýchto rozhodnutí. Lebo Robert Fico nemôže povedať, že na dôsledky nebol upozornený. Nielen my sme ho upozorňovali, ale aj jeho vlastné ministerstvo financií a Legislatívna rada. Dnes existuje množstvo dôkazov, ktoré ho usvedčujú, že nekonal v prospech občanov tejto krajiny, ale z ideologických dôvodov, ktoré majú ekonomické následky. A tieto ekonomické následky budeme teraz musieť znášať my všetci – daňovníci Slovenska. Napríklad presne týchto 340 miliónov korún, ktoré štát musel vynaložiť na právnikov. Koľko mohol mať pán Fico plat ako premiér? Milión korún ročne? Čiže musel by pracovať 340 rokov, aby to zaplatil. Tým, samozrejme, nechcem povedať, že si želim, aby bol 340 rokov premiérom.

rozhovor bol publikovaný v časopise .týždeň č. 5/2011

Povedali pri schvaľovaní „neziskovej“ novely

Ministerstvo financií v pripomienkovom konaní k „neziskovej“ novele zákona o zdravotných poisťovniach v júni 2007 uviedlo:

„V záujme zabránenia sporov z porušenia dohôd o podpore a vzájomnej ochrane investícií, ktoré sú v gescii Ministerstva financií SR, upozorňujem na skutočnosť, že aj keď by podľa predloženého návrhu zahraničná spoločnosť naďalej zostala priamym alebo nepriamym akcionárom slovenskej zdravotnej poisťovne, jej investícia (akcie) by mohla byť považovaná za podstatne znehodnotenú.

Investičný spor by sa nutne nemusel týkať akcií samotných, ale skôr ich hodnoty, ktorú by štát odobral. Zahraničné poisťovacie spoločnosti by mohli namietat porušenie zmluvy štátom „vyvlastnením“ zákonných a obchodných aktív a práv.

Rozhodcovský súd by mohol prísť k záveru, že došlo k úmyselnému zásahu štátu ohľadne činnosti zahraničnej poisťovacej spoločnosti za účelom zbaviť spoločnosť práva užívať a využívať svoju investíciu k vlastnému prospechu.

...Vzhľadom na navrhované znenie žiadam vykonať právnu analýzu týkajúcu sa možnosti zdravotných poisťovní uplatniť prípadné dôsledky návrhu.“

Legislatívna rada vlády návrh odobrila až na druhý pokus, ale s týmto upozornením:

„...návrh zákona môže znamenať zásah do investícií zahraničných investorov vo viacerých slovenských zdravotných poisťovniach. Títo investori sa po schválení zákona budú môcť s veľkou pravdepodobnosťou úspešne domáhať po preukázaní vložených investícií náhrady škody voči Slovenskej republike v rámci rozhodcovského konania na základe medzinárodných zmlúv o ochrane a podpore investícií...“

Vláda novelu schválila 8. augusta 2007, parlament ju odhlasoval 25. októbra 2007 (vyšla pod číslom 530/2007 Z. z.).

Zdravotné poisťovne sú tak od 1. 1. 2008 povinné kladný výsledok hospodárenia použiť výhradne na nákup zdravotnej starostlivosti. Výdavky na správu a administratívu boli ohraničené na 3,5 % vybratého poistného.

Trh práce sa začína konsolidovať, pomôže to zdravotným poisťovniam

Známky konca recesie a začiatku oživenia ekonomiky sú prítomné už od začiatku roka 2010. Až v závere roka sa však objavili prvé aspoň trochu pozitívne signály z trhu práce. Podstatná časť príjmov systému zdravotníctva je závislá od vývoja na trhu práce. Tak by sme mohli očakávať lepšie časy zdravotných poisťovní. Ale brzdu sú platby štátu.

Predpokladáme, že makroekonomický vývoj na Slovensku bude v strednodobom horizonte ovplyvnený týmito faktormi:

- **Efektom druhotného oslabenia rastu vo vonkajšom prostredí.** Vlády zareagovali na globálnu recesiю podpornými opatreniami. Ich efekt vyprcháva a pravdepodobne to povedie k dočasnému oslabeniu rastu západoeurópskych ekonomík. Vytvorí sa tým akési „druhotné dno“ recesie, ktoré však nebude ani zďaleka také hlboké ako to prvé (v roku 2009). Konjunktúrna situácia v Nemecku (hlavný partner slovenskej ekonomiky) je skôr priaznivá, čo tiež vedie k očakávaniu, že „druhotné dno“ bude iba miernym spomalením rastu a nie obnovením recesie.
- **Realizáciou konsolidačného programu vlády.** Jeho vplyv je krátkodobý reštriktívny, v strednodobom horizonte môže podporiť ekonomický rast.

Na základe týchto procesov a súčasných vývojových tendencií očakávame nasledovný makroekonomický vývoj:

EKONOMICKÝ RAST: V krátkodobom horizonte dočasne prevládnu sily spomaľujúce ekonomický rast, v strednodobom horizonte naberú na význame sily urýchľujúce rast ekonomiky. Ekonomický rast sa po relatívne silnom raste v prvom polroku 2010 (4,7 %) v roku 2011 dočasne spomalí (prejavilo sa to už od 3. štvrťroka 2010). K tomuto spomaleniu prispelo aj podstatné medzročné zhoršenie výsledkov pôdohospodárstva (klimatické vplyvy). Pre rok 2011 zatiaľ odhadujeme tempo rastu HDP na úrovni 3 %, čo je skôr konzervatívny odhad. V snahe nenadhodnotiť príjmy zdravotných poisťovní (pozri ďalej) však zámerne pracujeme s konzervatívnymi odhadmi. Už v závere roka 2011 sa môže ekonomický rast opäťovne zrýchliť. Od roku 2012 očakávame pomerne vysoké tempá ekonomického rastu, nedosiahnu však mimoriadne hodnoty z rokov 2006 – 2008 (keď sa dosahovali hodnoty až do 10,4 %).

CENOVÁ HLADINA: Po veľmi slabom raste cenovej hladiny v rokoch 2009 a 2010 možno očakávať jej zrýchlený rast, ktorý bude do istej miery kompenzovať stagnáciu cien (alebo odkladané zvyšovanie cien) z obdobia predchádzajúcej recesie. Výrazné spomalenie rastu cenovej hladiny, ktoré sa odráža aj v údajoch **Tabuľky 2**, bolo prejavom oslabenia dopytu. Obnovenie rastu dopytu zrejme prinesie so sebou vlnu prispôsobovania sa cenových a nákladových štruktúr. Treba zrejme počítať s oživením rastu cien. To môže byť podporené aj úpravami regulovaných cien energií (ktorým vláda v uplynulých rokoch politicky bránila) aj citelným zdražením agropotravinárskych komodít (dôsledok nepriaznivých klimatických vplyvov v roku 2010).

ZAMESTNANOSŤ A MZDY: Problémom je, že vývoj na trhu práce značne zaostáva za vývojom produkcie. Preto obrat vo vývoji na trhu práce nastane až v roku 2011 (hoci rast HDP je prítomný od prvého štvrťroka 2010). Určité pozitívne signály už možno odhaliť:

- a) Oživajú toky na trhu práce. Napr. úbytok nezamestnaných z registrov v novembri 2010 bol nielenže väčší ako v rovnakom mesiaci 2009, ale bol väčší ako v rovnakom mesiaci v „predrecesných“ rokoch 2007 a 2008! Pravda, aj prílev nezamestnaných do registra v 11/2010 bol logicky vyšší ako v rokoch pred recesiou. Ale každopádne je to signál úspešne prebiehajúcej reštrukturalizácie (veľký prílev aj odlev nezamestnaných).
- b) Počet voľných pracovných miest sa v novembri medziročne zvýšil o cca 42 %. Aj vďaka tomu počet evidovaných nezamestnaných pripadajúcich na jedno voľné pracovné miesto klesol na 47. Je to stále veľmi vysoké číslo, ale pred rokom to bolo 67.
- c) Miery nezamestnanosti namerané od septembra do decembra sú trochu nižšie ako v rovnakých mesiacoch predchádzajúceho roka (v decembri 2010 to bolo 12,5 %, v predchádzajúcom roku 12,7 % – **Graf 1**). To je zásadný zlom: do augusta boli hodnoty za rok 2010 menej priaznivé ako v predchádzajúcom roku.

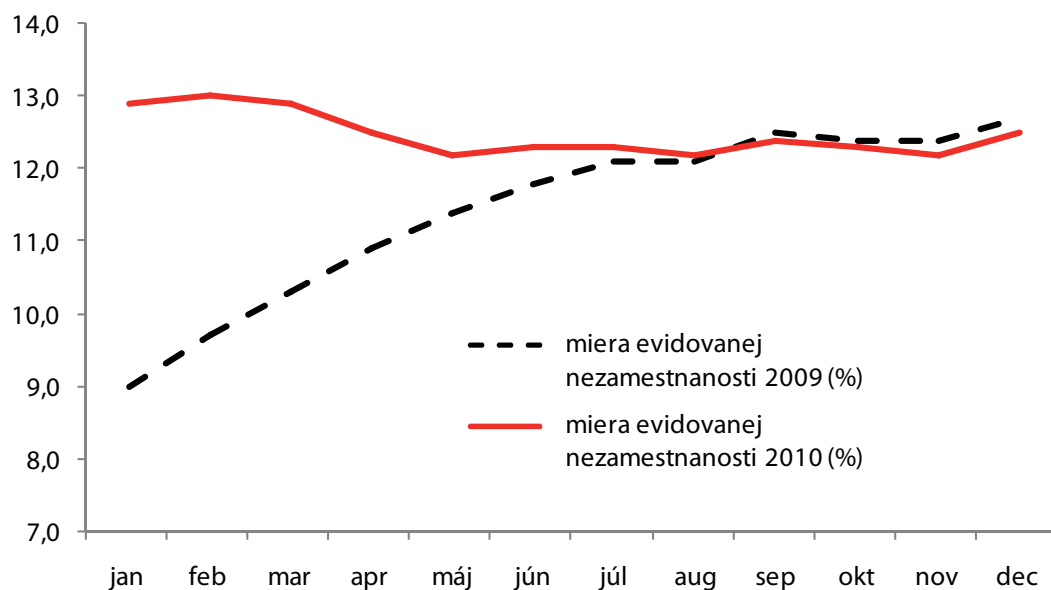
Tabuľka 1: Prehľad vplyvov spomaľujúcich a zrýchľujúcich rast ekonomiky.

Sily spomaľujúce ekonomický rast	Sily urýchľujúce ekonomický rast
Slabý externý dopyt. Je to dôsledok „druhotného“ dna ekonomickej recesie. Nie je to však návrat recesie.	Pružná reakcia ekonomiky na koniec recesie v prvých troch štvrťrokoch 2010.
Neistota vo vývoji EMÚ.	Uvoľnenie vnútorných síl ekonomiky v prípade úspešnej konsolidácie verejných financií.
Reštriktívny vplyv konsolidačného programu vlády.	Relatívne stabilizovaný vývoj v nemeckej ekonomike (ktorá je pre SR najdôležitejším partnerom).

Tieto náznaky zlepšenia situácie na trhu práce v závere roka 2010 vyvolávajú očakávanie aspoň mierneho zlepšenia parametrov zamestnanosti a miezd v roku 2011. A to je mimoriadne dôležité pre odhad príjmov zdravotných poisťovní.

V krátkodobom výhľade počítame skôr s veľmi opatrným rastom priemernej mzdy a počtu zamestnaných. Neistota sprevádzajúca ustupujúcu recesiou neumožňuje počítať s väčším rozmachom zamestnanosti či so štedrejšou mzdovou politikou podnikov.

Graf 1: Miera evidovanej nezamestnanosti podľa mesiacov v rokoch 2009 a 2010.



Zdroj: Štatistický úrad SR

Tabuľka 2: Makroekonomický prehľad

	2008 skutočnosť	2009 skutočnosť	2010 odhad	2011 prognóza
HDP v mld. € v bežných cenách ¹⁾	67,22	63,33	65,80	69,53
Reálna medziročná zmena HDP v %	6,4	-4,7	3,9	3,0
Priemerná medziročná zmena spotrebiteľských cien podľa harmonizovaného indexu v %	3,9	0,9	1,1	3,5
Priemerná medziročná zmena cien priemyselných výrobcov v % ²⁾	6,1	-2,5	-2,4	3,2
Priemerná mesačná hrubá mzda v €	723	745	768	799
Medziročná zmena priem. mzdy v %	8,1	3,0	3,1	4,1
Saldo verejných financií v mil. €	-1 397,2	-4 999,4	-5 108,5	-3 448,5
Saldo verejných financií, % z HDP	-2,1	-7,9	-7,8	-4,9
Zamestnanosť v tis. osôb (podľa výberového zisťovania pracovných síl)	2 433,8	2 365,8	2 297,2	2 331,7
Nezamestnanosť v tis. osôb (podľa výberového zisťovania pracovných síl)	257,5	324,2	381	367,5
Miera nezamestnanosti v % (podľa výberového zisťovania pracovných síl)	9,6	12,1	14,2	13,6
Spotreba domácností, reálna medziročná zmena v %	6,1	-0,7	-0,3	0,2
Saldo bežného účtu platobnej bilancie v mld. €	-4,7	-2,0	-1,4	-1,4
Saldo bežného účtu ako % z HDP	-7,0	-3,2	-2,2	-2,0

Poznámka: 1) – s použitím konverzného kurzu, 2) – tovary pre tuzemsko

Zdroj: skutočnosť podľa údajov Štatistického úradu SR a Ministerstva financií SR, odhady a prognózy podľa Health Policy Institute

ODHAD DAŇOVÝCH PRÍJMOV ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

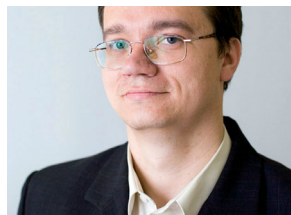
Kvôli ťažko predvídateľným výkyvom nedaňových príjmov poisťovní prognózujeme len daňové príjmy. Tie však tvoria prevažnú časť ich príjmov (sú to príjmy z poistného).

Očakávame, že rast daňových príjmov ZP bude v roku 2011 podporený očakávaným obnoveným rastom zamestnanosti a silnejším rastom miezd ako v období recesie (ako sme to spomínali vyššie). Súčasne však bude rast daňových príjmov oslabený prudkým poklesom platby štátu za svojich poisťencov:

- Sadzba poistného za poisťencov štátu je na nižšej úrovni ako v rokoch 2009 – 2010. Je to výsledok politického rozhodovania pri realizácii reštriktívnej fiškálnej politiky.
- Počet osôb, za ktoré platí poistné štát, klesne kvôli zmenšeniu počtu nezamestnaných.
- Platba štátu v roku 2011 sa počíta z priemernej mzdy v roku 2009. V roku 2009 bol rast miezd zatiaľ od vzniku SR najnižší. Znížená dynamika priemernej mzdy, ktorá vstupuje do vzorca na výpočet platby štátu, napomáha medzироčnému poklesu objemu platby štátu.

Celkový objem odhadovaných daňových príjmov v roku 2011 je teda ovplyvnený nárastom odvodov z miezd a poklesom platieb štátu za vymedzený okruh osôb. (Pravda, sme si vedomí, že daňové príjmy ZP nepozostávajú len z týchto dvoch položiek, ale tieto majú rozhodujúci vplyv.)

Celkové daňové príjmy ZP v roku 2011 tak podľa našich očakávaní veľmi mierne narastú (nominálne o 2,3 %). Je to však pravdepodobné spomalenie rastu daňových príjmov oproti rastu v roku 2010. Z makroekonomického pohľadu je to zvláštna situácia: Po prekonaní recesie spomaľuje rast príjmov ZP. Tu však na vine už nie sú makroekonomické parametre, ale politické rozhodnutie o nastavení platieb štátu.



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

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonomiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 3: Príjmy zdravotných poisťovní, mil. eur

	2008 skutočnosť	2009 skutočnosť	2010 očakávanie	2011 prognóza
Daňové príjmy zdravotných poisťovní	3 251	3 342	3 451	3 531
Z toho:				
Odvody z miezd zamestnancov (platba zamestnanca a zamestnávateľa spolu)	2 064	1 978	1 949	2 068
Platba štátu za vymedzený okruh osôb	981	1 159	1 302	1 201

Zdroj: skutočnosť podľa ÚDZS a Health Policy Institute, odhady a prognózy podľa Health Policy Institute



2 % z dane pre Health Policy Institute

Health Policy Institute je v roku 2011 registrovaným príjmateľom 2 % dane z príjmov. Budeme radi, ak sa pri podaní daňového priznania rozhodnete podporiť náš inštitút. Podrobnosti o daňovej asignácii, o postupe, termínoch a tlačivách nájdete napr. na www.rozhodni.sk. Údaje o príjmateľovi sú nasledovné:

Obchodné meno alebo názov:	Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute
Sídlo:	Hviezdoslavovo námestie 14, 811 02 Bratislava
Právna forma:	občianske združenie
Identifikačné číslo príjmateľa:	30857953

Poukázaním 2 % svojej dane máte príležitosť podporiť zdravotnú politiku založenú na dôkazoch. Našou misiou je podporovať zodpovednosť všetkých účastníkov zdravotného systému. Sme presvedčení, že štát by sa mal viac venovať zodpovednej regulácii než výkonu zdravotného poistenia alebo poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. Organizujeme konferencie s medzinárodnou účasťou, publikujeme odborné analýzy, vydávame mesačník o zdravotnej politike, formulujeme riešenia pre slovenské zdravotníctvo. Tieto aktivity financujeme takmer výhradne z výnosov z konzultačnej činnosti.

Ďakujeme!

tím Health Policy Institute

Porovnanie návrhov reformy odvodov Richarda Sulíka a Ľudovíta Ódora

Reforma odvodov sa stala jednou z najvyšších priorít politických strán a zamestnávateľov. Kľúčové pravicové politické strany SDKÚ-DS, SaS a KDH a ich čelní predstavitelia považujú reformu odvodov za jednu z najdôležitejších reforiem súčasnej vlády. Podľa prieskumu Podnikateľskej Aliancie Slovenska (PAS) za vážnu až rozhodujúcu bariéru podnikania označilo odvody až 81 % oslovených podnikateľov.

Programové vyhlásenie vlády na roky 2010 – 2014 hovorí, že „Vláda SR presadí zásadnú reformu a zjednodušenie odvodového systému s cieľom zefektívniť tento systém. Presunie odvodovú povinnosť na zamestnanca a zavedie superhrubú mzdu s príslušným navýšením hrubej mzdy. Zavedie odvodový bonus za predpokladu fiškálnej neutrality a zohľadnenia dosahov na marginalizované skupiny.“ Reforma odvodov má v súčasnej vláde dve podoby. Jednu reprezentuje poradca ministra financií a premiérky Ľudovít Ódor a druhú predseda parlamentu Richard Sulík.

Cieľom tohto článku je porovnanie návrhov na reformu zdravotného poistenia, predovšetkým preskúmanie otázky, akým spôsobom sa zmení bremeno financovania zdravotníctva medzi prácu, kapitál a spotrebu v prípade prijatia jedného, alebo druhého návrhu, ako to ovplyvní vertikálnu rovnosť meranú Kakwani indexom a akým spôsobom sa vybrané zdroje majú medzi zdravotné poisťovne prerozdeliť.

Výsledky (**Tabuľka 1**):

1. Model Richarda Sulíka presúva bremeno viac na kapitál, čím mierne vytláča prácu a spotrebu. Z hľadiska vertikálnej rovnosti je jeho návrh progresívnejší ako dnešný stav, čím presúva bremeno financovania zdravotníctva viac na bohatých ako chudobných. Z hľadiska prerozdelenia navrhuje ako prediktory doplniť predpísané lieky a/alebo diagnózy.
2. Model Ľudovíta Ódora presúva výraznú časť bremena na spotrebu a na kapitál, pričom jeho návrh je regresívnejší ako súčasný stav, čím presúva bremeno viac na chudobných ako na bohatých. V prerozdelení navrhuje doplniť prediktory zohľadňujúce diagnostické informácie.

1. PREDSTAVENIE AUTOROV A ICH HODNOTOVÉHO ZÁZEMIA

1.1 RICHARD SULÍK



V súčasnosti predseda parlamentu a predseda strany Sloboda a Solidarita. Je bývalým poradcom ministra financií Ivana Mikloša a autorom rovnej dane na Slovensku. Hodnotovo vychádza z Milтона Friedmana (skupina II v **Tabuľke 2**) a najmä z Friedmanovej myšlienky zápornej dane (Negative Income Tax), ktorý ju publikoval v roku 1962 v diele Kapitalizmus a sloboda. Podľa neho má každý dostať v rámci zdravotného poistenia rovnakú základnú zdravotnú starostlivosť, ale ten, kto viac zarába, má platiť do systému viac. Podľa Richarda Sulíka je zdravotné poistenie klasické solidárne financovanie, ktoré je zákonom vynútené.

1.2 ĽUDOVÍT ÓDOR



V súčasnosti je poradcom ministra financií a poradcom premiérky. V rokoch 2006 – 2010 zastával funkciu člena bankovej rady NBS. Je jedným zo zakladajúcich členov Klubu ekonomických analytikov (KEA). Sám sa pohybuje na rozhraní klasickej ekonómie a nových keynesiáncov (skupina IV v **Tabuľke 2**). Podľa Ľudovíta Ódora je zdravotné poistenie charakterovo daňou – objem a kvalita starostlivosti nezávisí od výšky zaplatených odvodov (podobne ako školstvo a iné solidárne financované statky).

Tabuľka 1: Zhrnutie návrhov Richarda Sulíka a Ľudovíta Ódora

Parameter	Richard Sulík		Ľudovít Ódor	
Kto bude znášať bremeno financovania zdravotníctva?	Práca:	52 %	Práca:	1 %
	Kapitál:	18 %	Kapitál:	32 %
	Spotreba:	30 %	Spotreba:	66 %
Kakwani index	Mierny nárast progresivity z 0,027 na 0,045		Presun do regresivity z 0,027 na - 0,025	
Prerozdelenie	Vek		Vek	
	Pohlavie		Pohlavie	
	Ekonomická aktivita		Ekonomická aktivita	
	Predpísané lieky a/alebo diagnózy		Diagnostické info	

Zdroj: autor

Tabuľka 2: Porovnanie hodnotového zázemia Richarda Sulíka a Ľudovíta Ódora

Nízka miera redistribúcie a/alebo malá úloha štátu v ekonomike	Hayek – Rakúšania	I	
	Friedman – Chicago	II	
	Cowen – Marginal Revolution, RBC	III	
	Mankiw – New Keynesian	IV	
	Blanchard (IMF), Summers, Harvard, MIT	V	
	Krugman, Akerlof, Schiller	VI	
Vysoká miera redistribúcie a/alebo vysoká úloha štátu v ekonomike	Stiglitz, Rodrik	VII	
	Čínska ekonómia	VIII	
	Marx – Severná Kórea	IX	

Zdroj: Tabuľku so zatriedením svetových ekonómov do skupín mám s láskavým dovolením Ľudovíta Ódora z jeho prieskumu Ľavicový ekonóm: druh na vyhynutie? (<http://blog.etrend.sk/radostnaveda/2009/11/27/lavicovy-ekonom-druh-na-vyhynutie/>), fotografia Richarda Sulíka je z www.120napadov.sk, fotografia Ľudovíta Ódora je z www.etrend.sk

2. NÁVRHY ODVODOVEJ REFORMY

2.1 NÁVRH RICHARDA SULÍKA

Richard Sulík svoj návrh odvodovej reformy prezentoval už v máji 2005 v publikácii Odvodový bonus (www.sulik.sk). Vo svojom diele sa komplexne zaoberá ako sociálnym, tak aj zdravotným systémom. Po vzore konceptu základného príjmu (basic income) a zápornej dane (negative income tax) Sulík za základnú myšlienku odvodového bonusu považuje garantovanie každému obyvateľovi životné minimum a vytvárať plynulý prechod od nepríjmu k príjmu bez skokovitého marginálneho zdanenia.

Konkrétne výpočet zdravotného odvodu je v systéme odvodového bonusu rozdelený do 4 krokov:

1. Určenie maximálnej výšky štátnej podpory (základná štátna dávka + mimoriadna štátna dávka)
2. Výpočet odvodového bonusu (súčet štátnych dávok – 10% vlastných príjmov)
3. Určenie vymeriavacieho základu (súčet vlastných príjmov a odvodového bonusu)
4. Zdravotný odvod je 8 % z vymeriavacieho základu. Strop pre výšku odvodu je stanovený na 10-násobok životného minima. Pri príprave volebného programu počíta Richard Sulík už so sadzboou 9 % (<http://120napadov.sk/zdravotnictvo/7>).

Richard Sulík teda navrhuje, aby súčasné zdravotné poistenie bolo nahradené zdravotným odvodom, ktorý sa bude platiť zo všetkým príjmov vrátane súčasných odvodov zamestnávateľa a odvodového bonusu. Ľudia bez príjmu budú platiť zo súčtu štátnych dávok (pozri kroky 1 až 3 vyššie). Štát

už nebude ďalej prispievať do systému zdravotného poistenia. Tí, ktorí sú dnes evidovaní ako „poistenci štátu“, budú dostávať štátne dávky, z ktorých budú musieť zaplatiť zdravotný odvod.

Zdravotný odvod vyberá daňový úrad a po prerozdelení sa finančné prostriedky dostávajú do zdravotných poisťovní. Riziko pohľadávok na seba preberá štát a do zdravotných poisťovní ide plná suma finančných prostriedkov.

2.2 NÁVRH ĽUDOVÍTA ÓDORA

Návrh Ľudovíta Ódora uvažuje so zrušením zdravotných odvodov a ich zakomponovaním do všeobecných daní. Navrhne zvýšenie dane z príjmov na 23 % a zvýšenie DPH na 21%. Zdroje do zdravotných poisťovní by sa tak dostali cez daňové úrady a po prerozdelení. Taktiež navrhuje mechanizmus prerozdelenia doplniť o diagnostické informácie.

3. POROVNANIE NÁVRHOV RICHARDA SULÍKA A ĽUDOVÍTA ÓDORA V KONTEXTE AKTUÁLNEJ ZDRAVOTNEJ POLITIKY

Pri porovnaní oboch návrhov je nápadné, že obaja riešia 2 okruhy nastavenia zdravotného systému:

1. **Kto** bude platiť financovanie zdravotníctva? Konkrétne, ktorá časť obyvateľstva bude oproti súčasnému systému platiť viac a ktorá menej.
2. **Ako** sa vybrané prostriedky rozdelia medzi jednotlivé zdravotné poisťovne? Konkrétne, ktorá zdravotná poisťovňa oproti súčasnému stavu dostane viac a ktorá menej z nazhromaždených zdrojov.

Schéma 1: Porovnanie návrhov Richarda Sulíka a Ľudovíta Ódora so súčasným stavom

Súčasný stav	Richard Sulík	Ľudovít Ódor
Obyvateľstvo	Obyvateľstvo	Obyvateľstvo
Zdravotné poistenie 14 % z príjmu so stropom 3-násobok priemernej mzdy. Za poistencov štátu platí poistné štát.	Zdravotný odvod 9 % z odvodového bonusu a vlastných príjmov so stropom 10-násobok životného minima.	Daň z príjmu 23 % DPH 21 %
Zdravotná poisťovňa	Daňový úrad	Daňový úrad
Prerozdelenie (vek, pohlavie, ekon. aktivita) medzi zdravotnými poisťovňami pod dohľadom ÚDZS.	Prerozdelenie (zaviesť ďalšie nástroje oceňovania rizika – nákladové skupiny podľa predpísaných liekov a/alebo podľa diagnóz.	Prerozdelenie (aj diagnostické info)
Zdravotná poisťovňa	Zdravotná poisťovňa	Zdravotná poisťovňa

Zdroj: súčasný stav – autor, Richard Sulík – Odvodový bonus a www.120napadov.sk, Ľudovít Ódor – prezentácia Zrušiť či nezrušiť zdravotné odvody?

3.1 KTO MÁ PLATIŤ FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA?

Presun zaťaženie zo zdravotného poistenia na zdravotný odvod alebo všeobecné dane bude mať distribučné dopady. V súčasnosti je bremeno financovania rozdelené medzi príjem z práce (55 %), kapitál (12 %) a spotrebu (32 %), čo dokumentuje **Tabuľka 3**:

- Zdravotné poistenie zamestnancov, ktoré platia zamestnávateľa (10 %) a zamestnanci (4 %) zaťažuje prácu
- Zdravotné poistenie SZČO zaťažuje tzv. zmiešané dôchodky, pre účely tohto pojednania som ich zaradil pod kategóriu zisk
- Zdravotné poistenie ostatných platiteľov pochádza

z rôznych, často neidentifikovateľných príjmov, a preto sú tieto príjmy z porovnanie vynechané

- Zdravotné poistenie ekonomicky neaktívnych (dôchodcovia, deti, nezamestnaní, ...) je financované zo všeobecných daní, pričom podiely pre financovanie zdravotníctva zo všeobecných daní sú odvodené od skutočného podielu týchto daní na plnení štátneho rozpočtu za rok 2010 (www.mfsr.sk), pričom nízky podiel dane z príjmu FO je daný nastavením parametrov fiškálnej decentralizácie – výnos z tejto dane je takmer celý príjmom samospráv

Zaujímavé je teda modelovať, akým spôsobom sa finančné bremeno presunie pri jednotlivých návrhoch financovania zdravotníctva.

Tabuľka 3: Financovanie zdravotníctva z odvodov a daní v roku 2010 (odhad)

	Práca	Kapitál	Spotreba	?	Spolu v €	Spolu v %
Odvody na zdravotné poistenie					2 082	61 %
Zamestnávateľa a zamestnanci	1 828				1 828	54 %
SZČO		207			207	6 %
Ostatní platitelia				47	47	1 %
Dane					1 302	39 %
Daň z príjmu FO	20				20	1 %
Daň zo zisku PO		206			206	6 %
DPH			754		754	22 %
Spotrebné dane			323		323	10 %
Spolu v €	1 848	413	1 077	47	3 384	100 %
Spolu v %	55 %	12 %	32 %	1 %	100 %	

Zdroj: autor

Návrh Ľudovíta Ódora presúva bremeno významne na spotrebu z dnešných 32 % na 66 % a na kapitál z dnešných 12 % na 32 % (Tabuľka 4). Naopak, úplne sa odbúrava bremeno na práci. Mizne kategória zdravotné poistenie ako nákladová položka a v celej miere zvyšuje zisk podnikov a živnostníkov. Podniky a živnostníci budú navyše platiť vyššiu daň z príjmov (23 % namiesto dnešných 19 %). Zároveň presun financovania na spotrebu cez zvýšenie DPH (z 19 % na 21 %) sa rozprestrie aj nad tými skupinami obyvateľstva, ktoré dnes zdravotné poistenie neplatia (napr. dôchodcovia a nezamestnaní). Vo finálnom výsledku teda práca nebude takmer nijako zaťažovaná a bremeno sa posunie na zisky firiem a živnostníkov a na spotrebu vrátane na skupiny obyvateľstva dnes neplatiace zdravotné poistenie.

Tabuľka 4: Odhad rozloženia finančného bremena financovania zdravotníctva v %

	Súčasný stav	Richard Sulík	Ľudovít Ódor
Práca	55 %	52 %	1 %
Kapitál	12 %	18 %	32 %
Spotreba	32 %	30 %	66 %
Spolu	100 %	100 %	100 %

Zdroj: autor

Návrh Richarda Sulíka zavádza neutralitu zdravotného odvodu, čo spôsobí posilnenie zložky kapitálu na financovaní zdravotníctva z 12 % na 18 % – do vymeriavacieho základu sa totiž dostávajú všetky typy príjmov, aj tie, ktoré dnes nepodliehajú zdravotným odvodom, pričom sa ruší nesystémové zvýhodnenie SZČO, ktorí svoj vymeriavací základ delia koeficientom 2,14. Rastúci podiel financovania cez zdravotné odvody z kapitálu spôsobí mierne vytlačenie financovania cez prácu a spotrebu – nemení sa ani DPH a ani spotrebné dane.

3.2 VERTIKÁLNA ROVNOSŤ MERANÁ KAKWANIHO INDEXOM

Presun finančného bremena medzi pracou, kapitálom a spotrebou mení vertikálnu rovnosť, ktorá sa meria tzv. Kakwaniho indexom. Výpočet zmeny Kakwaniho indexu (KI) bude vzhľadom na dostupnosť dát mierne improvizovaný:

1. Hodnoty Kakwaniho indexu pre jednotlivé kanály financovania sú z roku 2005 – každopádne zásadné zmeny v sadzbách rovnej dane a DPH sa medzi rokmi 2005 až 2010 nekonali.
2. Hodnota Kakwaniho indexu pre „kapitál“ je prebratá z KI pre daň z príjmov FO a nie úplne presne odzrkadľuje KI pre „kapitál“, avšak žiaľ nemám k dispozícii lepšie údaje. Z tohto dôvodu som vykonal test citlivosti – pre parciálny KI na úrovni 0,100 (ak by bola skutočná progresivita výrazne nižšia) a na úrovni 0,600 (ak by bola skutočná progresivita výrazne vyššia).
3. Model je statický a neberie do úvahy dynamické zmeny v správaní subjektov.

Do modelu ešte pridávam priame platby, ktoré sú priamo platené obyvateľstvom (cca 20 % celkových výdavkov) – Tabuľka 5.

Tabuľka 5: Podiel jednotlivých kanálov financovania vrátane priamych platieb

	Súčasný stav	Richard Sulík	Ľudovít Ódor
Práca	44 %	42 %	1 %
Kapitál	10 %	14 %	26 %
Spotreba	26 %	24 %	53 %
Priame platby	20 %	20 %	20 %

Zdroj: prepočty autora

Výsledkom modelovania Kakwaniho indexu, je:

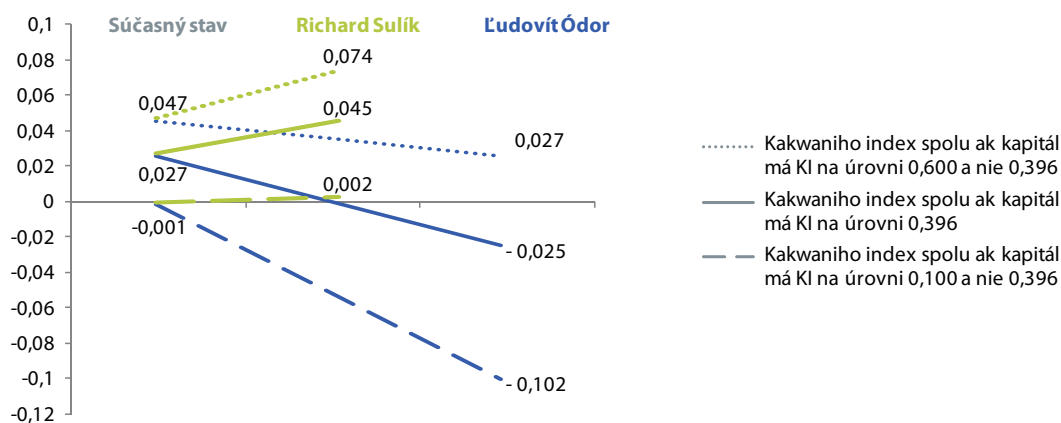
1. Model Richarda Sulíka posilňuje progresívny charakter financovania zdravotníctva (a tým aj solidaritu v systéme) a zvyšuje Kakwaniho index z 0,027 na 0,045 – je to dané miernym posilnením financovania cez kapitál a miernym oslabením financovania cez spotrebu.
2. Model Ľudovíta Ódora mení progresívny charakter financovania zdravotníctva na regresívny charakter – je to dané predovšetkým tým, že sa významne zvyšuje miera financovania cez spotrebu, ktorá má regresívny charakter. Zvýšenie DPH zaťažuje relatívne viac chudobných ako bohatých, pričom ani vyšší podiel progresívneho financovania cez kapitál (32 % vs 12 %) nedokáže kompenzovať nárast regresívnej formy financovania cez spotrebu.

Tabuľka 6: Odhad v zmene Kakwaniho indexu v oboch návrhoch

Kakwaniho index	Súčasný stav	Richard Sulík	Ľudovít Ódor
Práca	0,170	0,170	0,170
Kapitál	0,396	0,396	0,396
Spotreba	-0,155	-0,155	-0,155
Priame platby	-0,230	-0,230	-0,230
Kakwani index spolu	0,027	0,045	-0,025
Test citlivosti			
Kakwani index spolu ak kapitál má KI na úrovni 0,100 a nie 0,396	-0,001	0,002	-0,102
Kakwani index spolu ak kapitál má KI na úrovni 0,600 a nie 0,396	0,047	0,074	0,027

Zdroj: autor

Graf 1: Test citlivosti pri parciálnom KI pre kapitál



Zdroj: autor

Test citlivosti odhalil, že:

1. Pri parciálnom KI pre kapitál na úrovni 0,100 sa celkový KI pri súčasnom stave dostane tesne pod nulu (-0,001), čiže zdravotníctvo by bolo financované takmer proporcionálne. Návrh Richarda Sulíka KI dostáva tesne nad nulu, pričom návrh Ľudovíta Ódora dostáva financovanie zdravotníctva do výrazne regresívneho financovania – KI dosahuje až -0,102
2. Pri parciálnom KI pre kapitál na úrovni 0,600 sa celkový KI pri súčasnom stave zvyšuje na úroveň 0,047, návrh Richarda Sulíka opäť ešte viac posilňuje progresívne prvky (0,074) a návrh Ľudovíta Ódora je síce najmenej progresívny, avšak bezpečne nad nulovou hranicou (0,027).
3. Vzájomná pozícia návrhov sa nemení – z hľadiska vertikálnej rovnosti je návrh Richarda Sulíka progresívnejším ako dnešný stav (zaťažuje viac bohatých ako chudobných) a návrh Ľudovíta Ódora je regresívnejším ako dnešný stav (presunie finančné bremeno viac na chudobných ako na bohatých).

3.3 PREROZDELENIE

Okrem otázky, ako sa rozdelí bremeno financovania zdravotníctva riešia obidvaja autori otázku prerozdelenia už vybrať prostriedkov – teda ako sa zdroje rozdelia medzi zdravotné poisťovne. V tomto sú ich návrhy veľmi blízke. Obaja navrhujú pridať k súčasným prediktorom prerozdelenia nové prediktory založené na základe predpísaných liekov a/alebo diagnóz (Richard Sulík), resp. doplniť prerozdelenie o diagnostické info (Ľudovít Ódor).

4. DISKUSIA

V záverečnej diskusii sa budem ešte venovať dvom kľúčovým témam: Ústave a nominálnemu poistnému.

Článok 40 Ústavy hovorí, že „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“ Ústava v tomto znení predpokladá zdravotné poistenie a bude záležať na interpretácii ústavných právnikov, do akej miery je zdravotným poistením aj financovanie zdravotníctva zo všeobecných

daní a či uznajú rizikovo váženú platbu štátu za každého poistenca zo všeobecných daní ako zdravotné poistenie. V prípade že nie, je nevyhnutné, aby bol presun financovania zo zdravotných odvodov na všeobecné dane sprevádzaný aj zmenou Ústavy. Ak by k takémuto kroku došlo, je účelné zo znenia článku 40 vypustiť aj ustanovenie o bezplatnosti zdravotnej starostlivosti.

Druhou témou diskusie je dlhodobá finančná udržateľnosť zdravotníctva. Ani jeden z návrhov totiž nerieši aktívnu účasť poistencov na financovaní zdravotného poistenia. Osobne túto otázku považujem za veľmi dôležitú a myslím si, že zavedenie nominálneho poistného je kompatibilné s návrhom Richarda Sulíka aj Ľudovíta Ódora.

Nominálne poistné je koncept úspešne implementovaný v Holandsku. Každá zdravotná poisťovňa raz ročne určuje výšku nominálneho poistného, ktoré sa udáva v € na hlavu, vrátane dôchodcov. Deti nominálne poistné neplatia. Túto sumu potom poistenec platí pravidelne raz za mesiac. Výška nominálneho poistného je 900 až 1200 € ročne, podľa zdravotnej poisťovne, pričom tieto zdroje tvoria približne polovicu všetkých zdrojov zdravotných poisťovní. Druhú polovicu peňazí tvorí zdravotné poistenie vo výške 6,5 % z príjmu.

Pre účely Slovenska nebude potrebné uvažovať s takýmto vysokým nominálnym poistným. Nominálne poistné vo výške 5 € mesačne, by zabezpečilo približne 240 miliónov € ročne pre zdravotné poisťovne, čo je približne 7 % ich ročných príjmov. Zároveň by si zdravotné poisťovne mohli vo výške poistného konkurovať a taktiež reagovať na externé zmeny vo financovaní. Prípadný výpadok z odvodov, alebo nedofinancovanie zo strany štátu by viedlo k zvýšeniu poistného – čím sa vytvára dlhodobý nástroj financovania zdravotného poistenia na základe kombinácie verejných a súkromných zdrojov. Samozrejme, zavedenie nominálneho poistného bude mať distribučné dopady a bude regresívnejšou formou financovania zdravotníctva ako súčasný stav.



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

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Vyhláška o čakacích zoznamoch: snaha o lepší tok informácií, naďalej úzky rozsah diagnóz

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkového konania návrh novely vyhlášky č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len vyhláška o čakacích zoznamoch).

Najprv uveďme pár slov ku kontextu. Vyhlášku o čakacích zoznamoch predpokladala reformná legislatíva z roku 2004. Jej cieľom je definovať nárok poistenca na časovú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Čakacie zoznamy predstavovali podmienku pre dosahovanie zisku zdravotných poisťovní. Aby poisťovne nemohli dosahovať zisk na úkor poistencov tým, že ich budú odsúvať na čakacie zoznamy, boli povinné tvoriť technické rezervy (t.j. nákladovú položku) na poistencov na čakacích zoznamoch.

Vyhláška však prišla až po piatich rokoch. Stanovila pravidlá pre vedenie čakacích zoznamov na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Hneď v úvode uviedla, že tvorba čakacích zoznamov sa **nevzťahuje** na ambulantnú starostlivosť, prevenciu, SvaLZ, transplantčný program, lekárne či kúpele.

Čakacie zoznamy sa tak tvoria len na choroby, ktoré vyžadujú operáciu alebo invazívny výkon v ústavnej starostlivosti a sú uvedené v prílohe vyhlášky (Tabuľka 1). Ide o umelé kĺby, šošovky a invazívne zákroky na srdci.

Čakací zoznam sa vedie pre každého poskytovateľa zvlášť. Poistenec môže byť vedený len v jednom zozname (t.j. u jedného poskytovateľa). Zdravotná poisťovňa mu môže umožniť presunutie do čakacieho zoznamu k inému poskytovateľovi, ak by sa tým skrátila lehota na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Novela prináša návrh zlepšenia celého procesu. Poskytovateľ má do konca septembra povinne informovať zdravotnú poisťovňu o svojich kapacitách pre plánovanú zdravotnú starostlivosť na nasledujúci kalendárny rok. Pri zaraďovaní poistenca na čakací zoznam u daného poskytovateľa je tak možné zároveň určiť približný termín poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Cieľom predkladateľa je vzájomná porovnateľnosť čakacích zoznamov medzi poskytovateľmi. Poistenec sa tak bude môcť rozhodovať pri možnosti prechodu na iný čakací zoznam. Možnosť zmeny čakacieho zoznamu je poisťovňa povinná mu ponúknuť v prípade, ak by čakanie na plánovanú starostlivosť malo presiahnuť šesť mesiacov. Poistenec môže požiadať aj o úhradu starostlivosti u nezmenného poskytovateľa resp. poskytovateľa v EÚ, rozhodnutie je v takom prípade na zdravotnej poisťovni, ktorú však pri úhrade obmedzujú poistné zákony (580 a 581/2004 Z. z.).

Čakacie zoznamy podľa vyhlášky v praxi reálne nefungujú. Z tohto pohľadu treba vnímať pozitívne snahu ministerstva o zlepšenie toku informácií.

V prvom rade by preto bolo inšpirujúce pozrieť sa na jediný fungujúci systém plánovania ústavnej starostlivosti na Slovensku. Systém HOSPICOM, ktorým manažuje plánovanú zdravotnú starostlivosť ZP Dôvera, pokrýva ďaleko širší rozsah starostlivosti než vyžaduje regulátor. Online (každodenne) informuje poisťovňu o všetkých hospitalizáciách, vrátane akútnych. Reportovanie cez HOSPICOM si poisťovňa podmienila v zmluve so zdravotníckymi zariadeniami.

Ak dnes plánovanie hospitalizácií cez HOSPICOM naráža na obmedzenie, je ním **absencia objednávkových systémov na strane poskytovateľov**. Pre zlepšenie postavenia poistencov pri čakaní na plánovanú starostlivosť by preto regulátor mohol začať ich zavedenie vymáhať zákonom. Do objednávkových systémov by pacienti mali byť zaraďovaní od prvého dňa čakania, čím sa vyjasní, na aké výkony sa majú robiť čakacie zoznamy.

Predstava, že poskytovatelia budú plánovať kapacity pre zdravotné poisťovne na viac než rok dopredu, vyzerá vo svetle každodenne aktualizovaného HOSPICOMu ako odtrhnutá od reality. Keby systém ako HOSPICOM začala používať i VŠZP, získali by sme dobrú predstavu o skutočných problémoch a lokálnych nerovnováhach. Na to ministerstvo nepotrebuje ani vyhlášku.

Vyhláška by mala potom na základe analýzy získaných dát **stanoviť časový nárok poistenca** (napr. operácia katarakty na prvom oku do 12 mesiacov od zaradenia na čakací zoznam). Stanovením optimálneho benchmarku je možné regulovať dĺžku čakania podľa priorit zdravotnej politiky (napr. operácia katarakty pre 75 % pacientov do 6 mesiacov). Absencia primeranej záruky sa tak môže dostať do rozporu s európskou legislatívou o cezhraničnej starostlivosti či súvisiacou judikatúrou Európskeho súdneho dvora.

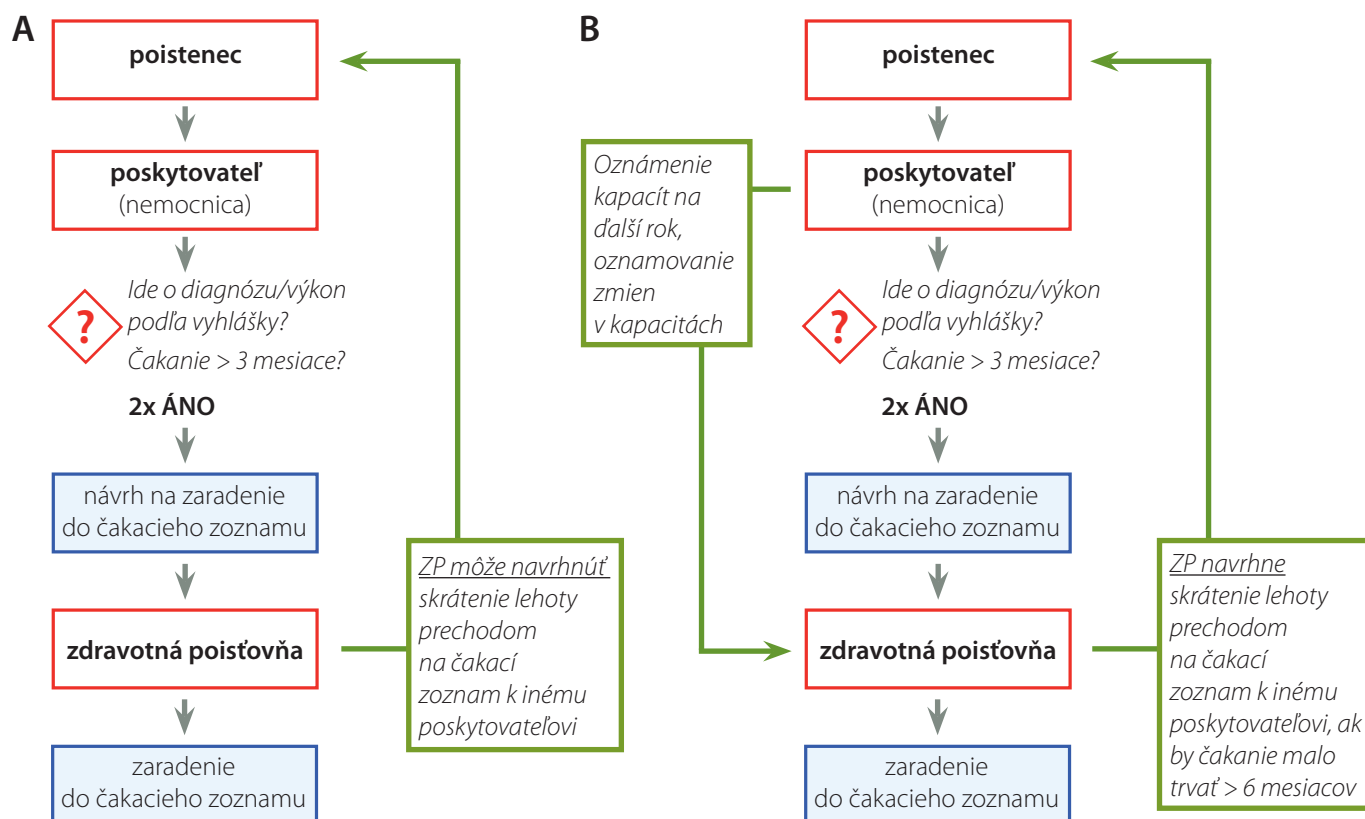
„Odmietnutie vydania súhlasu s liečbou v inom členskom štáte EÚ – čl. 22 (1)(c)(i) nariadenia z dôvodu existencie čakacích listín na liečbu v príslušnom štáte je možné, len ak príslušná inštitúcia povinne dbá na skutočnosť, aby táto doba neprekročila prijateľnú dobu stanovenú na základe

Tabuľka 1: Súpis vybraných chorôb, pre ktoré sa tvoria čakacie zoznamy

Vybrané choroby vyžadujúce plánovanú operáciu alebo invazívny výkon		Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a pridružených zdravotných problémov v znení 10. revízie
1.	Choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	H25, H26, H28
2.	Choroby obehovej sústavy	I05 až I10, I20, I23 až I25, I34 až I37, I42, I43, I47 až I50, I70 až I74, I83, Q21, Q23, Q25
3.	Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	M16, M17, M19, M40 až M43

Zdroj: príloha č. 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z.

Schéma 1: Procesný model čakacích zoznamov podľa platnej vyhlášky (vľavo, A) a podľa návrhu MZ (vpravo, B)



nezávislého lekárskeho zhodnotenia potrieb pacienta zo všetkých hľadísk.“

z rozhodnutia ESD v prípade Watts (C-372/04)

Ustanovenie, podľa ktorého **poistenec stráca miesto na čakacom zozname pri zmene zdravotnej poisťovne** zabrzdí slobodný výber ZP a zásadne obmedzuje práva poistencov. Rovnako sú jeho práva obmedzené aj pri výbere vhodného termínu poskytnutia ZS: poskytovateľ mu ho oznámi v desaťdňovom predstihu. Ak sa poistenec nedostaví, termín prepadá. Je to v rozpore s celosvetovým trendom posilňovať právomoci poistenca pri spolurozhodovaní, kedy mu bude poskytnutá ZS.

Novela vyhlášky sa nedotýka rozsahu diagnóz/výkonov, pre ktoré sa tvoria čakacie zoznamy. Čakanie na vyšetrenie zobrazovacími metódami alebo na začiatok onkologickej liečby (chemoterapie, rádioterapie) má zásadný vplyv na včasné určenie diagnózy, prognózu ochorenia ako i celkové náklady. Takáto zdravotná starostlivosť však v prílohe vyhlášky uvedená nie je (v zahraničí býva predmetom oficiálnych čakacích zoznamov).

Rovnako by do regulácie čakacích dôb mala byť zahrnutá ambulantná sféra. Anekdotické príbehy hovoria o polročných i dlhších čakacích dobách na odborné ambulantné vyšetrenie v niektorých špecializáciách. Prekonanie tejto informačnej asymetrie zníži nevhodné motivácie pri stanovovaní termínov vyšetrení. S tým súvisí aj otázka, **či by v rámci politiky transparentnosti nemali byť čakacie zoznamy poskytovateľov verejné** (so zaslepením osobných údajov).

Definovanie indikácií cez diagnózy podľa MKCH nie je ideálny prístup: pacienti čakajú na poskytnutie výkonu, diagnóza je pritom len hrubým indikačným obmedzením.

Ministerstvo zdravotníctva si niektoré nedostatky uvedomuje a predpokladá ďalšie zlepšovanie vyhlášky. Predloženie

parciálnych zmien vyplýva zrejme z tlaku predsedníčky vlády, kontrolujúcej „domáce úlohy“ svojich ministrov z vlaňajšieho augusta. Medzi úlohami bola aj novela vyhlášky o čakacích zoznamoch.

Ak má mať vyhláška reálny prínos pre pacientov, mala by riešiť niektoré z ich skutočných problémov. Aj bez dostupných dát je možné určiť sadu jednoduchých, generických a zrozumiteľných pravidiel, ktoré sa môžu časom vylepšovať:

- ústavná starostlivosť musí byť poskytnutá do 12 mesiacov od indikácie operácie (zaradenie do čakacieho zoznamu, ak má čakať > 3 mesiace),
- onkologická starostlivosť (ambulantná, ústavná) musí byť poskytnutá do 1 mesiaca od momentu, keď je pacient pripravený na liečbu,
- ambulantná starostlivosť musí byť poskytnutá do 6 mesiacov (zaradenie do čakacieho zoznamu, ak má čakať > 3 mesiace),
- zobrazovacie metódy musia byť poskytnuté do 1 mesiaca (s indikačným obmedzením, keďže táto oblasť čelí rastúcemu indukovanému dopytu).

Zlepšenie vykazovania sa dá dosiahnuť zaviazaním poskytovateľov prevádzkovať objednávkové systémy a zavedením obdoby HOSPICOMu do VŠZP.



MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Hodnotenie najlepších výskumných inštitúcií na svete

SCImago Institutions Rankings – SIR World Report 2010 je medzinárodné porovnanie výskumných inštitúcií. Hodnotené boli vysoké školy, zdravotnícke inštitúcie, vládne agentúry, korporácie a iné. Správa analyzovala citácie a publikácie z obdobia 2004 – 2008 vo vedeckej databáze Scopus, ktoré v roku 2008 publikovali aspoň 100 vedeckých článkov. V rebríčku je spolu 2 833 inštitúcií z 87 krajín, ktoré zodpovedajú za 80,55 % svetových vedeckých výsledkov, indexovaných v rokoch 2004-08 v Scopuse. Celú správu vrátane popisu metodiky nájdete na www.scimagoir.com.



SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS

Indikátory, ktoré vstupovali do výsledného hodnotenia, sú uvedené v **Tabulke 1**. Umiestnenie vybraných inštitúcií v rebríčku vysokých škôl nájdete v **Tabulke 2**. Zo strednej Európy obstála najlepšie Univerzita Karlova v Prahe (196. miesto medzi vysokými školami), nasledovaná Univerzitou v Ľublani (277.) a Univerzitou v Záhrebe (281.), štyrmi poľskými a štyrmi maďarskými univerzitami. Najlepšie umiestnenou slovenskou univerzitou je Univerzita Komenského v Bratislave (655.). V prvej tisícke sa umiestnila už len Slovenská technická univerzita (781.).

Osobitne nás teší umiestnenie Semmelweisovej univerzity v Budapešti (525.). Študijný program MSc., ktorý na Slovensko priniesla Health Management Academy, poskytujeme práve pod záštitou Semmelweisovej univerzity. Naše vzdelávanie je tak zaštitené lepším vedeckým zázemím než akékoľvek iné na Slovensku.

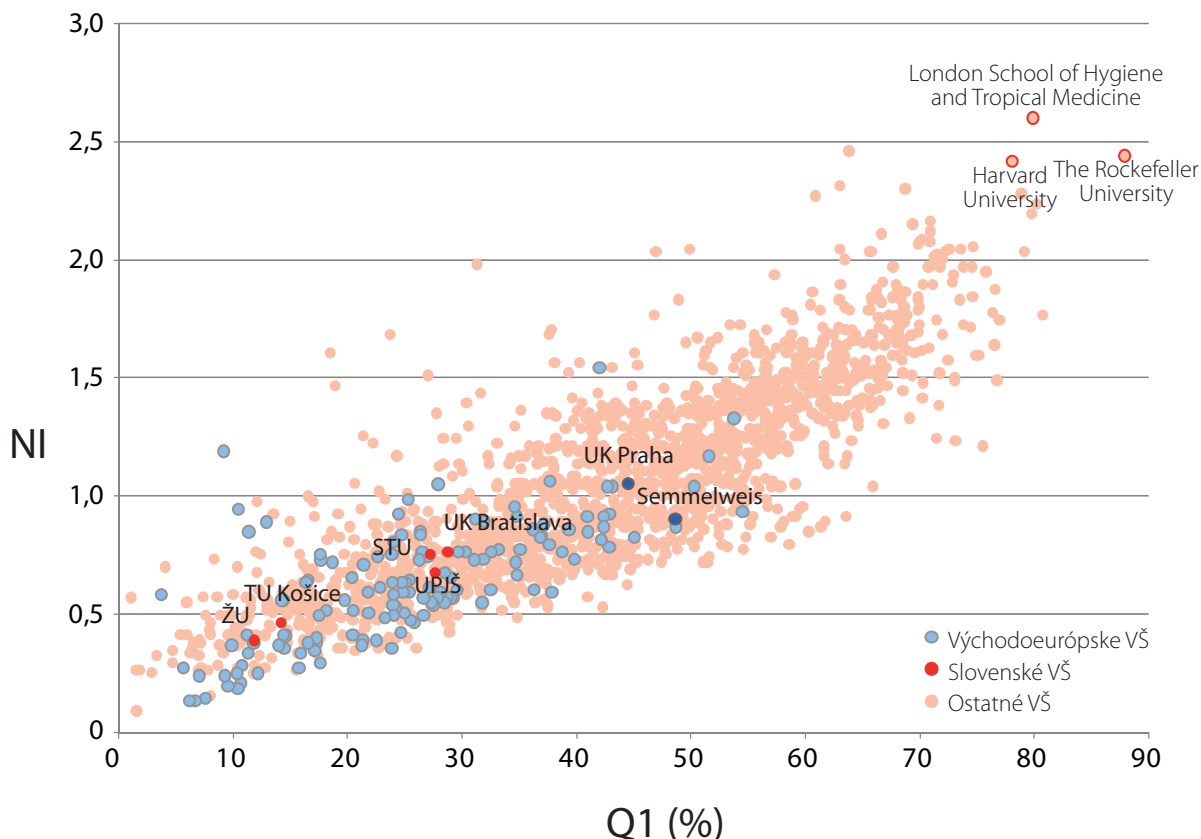
Analýza tiež potvrdzuje, že jestvuje závislosť medzi schopnosťou inštitúcií publikovať v najlepších časopisoch a ovplyvňovať svojím výskumom vedeckú komunitu (**Graf 1**).

-tsz-

Tabuľka 1: Indikátory hodnotené v SIR World Report 2010

Indikátor	Charakteristika
O (výstup)	publikované dokumenty v odborných časopisoch
IC (medzinárodná spolupráca)	podiel publikácií, ktoré vznikli v spolupráci so zahraničnou inštitúciou
NI (normalizovaný dopad)	porovnáva počet citácií s priemerným počtom citácií v príslušnom odbore, type publikácie a období (priemer je 1,0, čísla menšie než 1,0 vyjadrujú podpriemernú a väčšie než 1,0 nadpriemernú citovanosť)
Q1 (prvý kvartil)	vyjadruje podiel publikácií, ktoré inštitúcia publikovala v top 25 % najvplyvnejších časopisov v príslušnej vedeckej oblasti (čím vyššie číslo, tým kvalitnejšia vedecká produktivita)

Graf 1: Publikovanie v najvplyvnejších časopisoch vs. pomer počtu citácií k priemeru (Q1 vs. NI)



Zdroj: SIR World Report 2010

Tabuľka 2: Poradie vybraných vysokých škôl v ratingu SIR World Report 2010 (10 najlepších VŠ, 10 najlepších západoeurópskych VŠ, 10 najlepších východoeurópskych VŠ, české a slovenské VŠ, Semmelweis University)

VŠ	Poradie			Inštitúcia	Štát	Región	Indikátory			
	Svet	Reg.	Štát				O	IC (%)	Q1 (%)	NI
1	4	1	1	Harvard University	USA	NA	60 022	33,73	78,07	2,42
2	5	2	1	University of Tokyo	JPN	AS	47 502	25,79	56,63	1,25
3	8	3	1	University of Toronto	CAN	NA	42 278	40,21	63,9	1,79
4	9	3	2	Tsinghua University	CHN	AS	37 731	16,39	24,85	0,77
5	10	4	3	University of Washington	USA	NA	37 708	25,5	69,85	2,07
6	12	4	3	Zhejiang University	CHN	AS	36 714	14,89	24,76	0,71
7	13	5	4	University of Michigan Ann Arbor	USA	NA	36 141	24,11	67,76	1,97
8	14	6	5	Stanford University	USA	NA	35 527	28,12	68,83	2,3
9	15	7	6	University of California Los Angeles	USA	NA	34 941	28,48	70,9	2,12
10	16	8	7	Johns Hopkins University	USA	NA	34 221	29,93	73,61	2,05
12	18	4	1	University College London	GBR	WE	34 017	43,94	69,84	1,83
16	22	5	2	University of Cambridge	GBR	WE	31 544	48,84	68,21	1,88
20	27	7	3	University of Oxford	GBR	WE	29 651	50,8	70,75	1,97
28	35	8	4	Imperial College London	GBR	WE	27 322	48,17	66,21	1,88
38	47	9	5	The University of Manchester	GBR	WE	23 299	39,97	59,7	1,62
45	55	10	1	Swiss Federal Institute of Technology	CHE	WE	21 277	57,33	63,2	1,9
46	56	11	2	Universita degli Studi di Roma La Sapienza	ITA	WE	21 193	35,03	54,11	1,19
48	58	12	1	Catholic University of Leuven	BEL	WE	21 119	51,06	58,54	1,62
55	67	14	1	Utrecht University	NLD	WE	20 040	40,41	68,29	1,72
61	75	15	2	University of Amsterdam	NLD	WE	19 052	41,67	65,71	1,79
63	78	4	2	Lomonosov Moscow State University	RUS	EE	18 562	35,14	23,98	0,54
196	231	6	2	Charles University	CZE	EE	10 207	43,38	42,64	1,04
277	326	8	1	University of Ljubljana	SVN	EE	7 757	36,92	42,28	0,87
281	331	9	1	University of Zagreb	HRV	EE	7 626	29,31	28,4	0,68
306	362	10	2	Jagiellonian University	POL	EE	7 140	39,55	42,28	0,92
377	446	13	3	University of Warsaw	POL	EE	5 908	47,78	43,04	1,04
414	488	14	3	Saint Petersburg State University	RUS	EE	5 429	43,78	26,65	0,5
425	501	15	4	Warsaw University of Technology	POL	EE	5 329	29,41	26,27	0,85
475	565	16	5	Wroclaw University of Technology	POL	EE	4 672	28,47	26,88	0,75
487	582	19	2	Budapest University of Technology and Economics	HUN	EE	4 474	38,69	34,71	0,92
525	636	20	3	Semmelweis University	HUN	EE	4 152	35,72	48,65	0,91
655	799	30	2	Comenius University in Bratislava	SVK	EE	3 133	45,39	28,79	0,77
669	817	32	3	Masaryk University	CZE	EE	3 066	35,23	37,05	0,88
675	829	33	4	Czech Technical University in Prague	CZE	EE	3 028	36,29	25,2	0,99
781	976	40	3	Slovak University of Technology	SVK	EE	2 483	42,69	27,14	0,76
890	1140	54	5	Brno University of Technology	CZE	EE	2 014	17,78	16,43	0,65
905	1161	56	6	Institute of Chemical Technology in Prague	CZE	EE	1 970	30,41	37,66	0,8
949	1236	61	7	Palacky University	CZE	EE	1 796	35,52	40,98	0,92
1117	1516	76	8	University of South Bohemia	CZE	EE	1 326	43,97	44,42	1,06
1213	1675	85	4	Pavol Jozef Safarik University in Kosice	SVK	EE	1 128	53,28	27,57	0,68
1283	1789	95	9	University of Pardubice	CZE	EE	1 005	30,15	40,9	0,85
1335	1881	105	10	Mendel University in Brno	CZE	EE	922	16,59	23,86	0,76
1414	2025	114	11	University of Veterinary and Pharm. Sciences Brno	CZE	EE	814	24,32	17,69	0,73
1462	2098	121	13	VSB – Technical University of Ostrava	CZE	EE	760	31,71	20,26	0,66
1489	2156	125	14	University of West Bohemia	CZE	EE	729	27,71	21,4	0,71
1512	2197	129	15	Czech University of Life Sciences Prague	CZE	EE	694	14,7	14,27	0,56
1532	2236	134	5	Technical University of Kosice	SVK	EE	673	37,15	14,12	0,47
1733	2608	161	16	Tomas Bata University in Zlin	CZE	EE	467	38,97	26,55	0,77
1786	2726	168	6	University of Zilina	SVK	EE	399	34,09	11,78	0,39
1798	2742	169	17	Technical University of Liberec	CZE	EE	387	33,59	28,94	0,66

Vysvetlivky: Poradie – VŠ: medzi vysokými školami, Svet: medzi všetkými výskumnými inštitúciami, Reg.: medzi VŠ v regióne, Štát: medzi VŠ v danej krajine; Región – NA = Severná Amerika, AS = Ázia, WE = Západná Európa, EE = Východná Európa; Indikátory sú popísané v Tabuľke 1

Zdroj: SIR World Report 2010

Súčasný stav hodnotenia kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

Správne zvolený systém hodnotenia kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ZS) by mal byť hnacím motorom zlepšovania kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Problémom je, ako si zvoliť systém hodnotenia ZS aby nebol len formálnym splnením si povinnosti zo zákona či nariadenia ministerstva zdravotníctva, ale aby fungoval ako motivačný prvok pre samotných poskytovateľov s cieľom neustále si vylepšovať svoju prácu.

Systém hodnotenia je v súčasnosti u nás riešený rôznymi spôsobmi. Hodnotenie kvality poskytovateľov ZS môže byť podľa toho, kto ho vykonáva interné a externé. Počas interného hodnotenia samotný poskytovateľ sleduje a vyhodnocuje výsledky svojej práce za účelom vlastnej spätnej väzby pri poskytovaní ZS a následného zlepšovania starostlivosti, ako aj na vyhľadávanie potenciálnych problémov a ich prípadné riešenie. Externé hodnotenia sú vykonávané vládnymi inštitúciami, platiteľmi ZS alebo organizáciami pacientov. Slúžia na hodnotenie kvality starostlivosti poskytovateľa a na porovnávanie kvality s výkonom ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V Slovenskej republike je hodnotenie kvality zo strany poisťovní povinné podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a následne zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zмене a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

Vyhodnotenie sa spracováva na základe Metodického pokynu MZ SR z 21. 5. 2009. Tento vymedzuje formát údajov, metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora kvality (obsah čitateľa, obsah menovateľa, spôsob výpočtu vrátane štandardizácie na vek a pohlavie pri niektorých indikátoroch). Údaje potrebné na určenie indikátorov kvality zbierajú zdravotné poisťovne pre všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre dospelých, ako i pre deti a dorast, špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ústavnú zdravotnú starostlivosť. Tento metodický pokyn rozšíril počet indikátorov kvality najmä o ekonomické kritériá.

HODNOTENIA NA INTERNETOVÝCH STRÁNKACH POISŤOVNÍ

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA



Hodnotila zdravotnícke zariadenia podľa kritérií MZ a uverejňuje ich na svojej internetovej stránke v dvoch častiach, a to: a) Prezentácia indikátorov kvality podľa poskytovateľov – s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (indikátor, samosprávny kraj, dosiahnutá úroveň starostlivosti) b) Prezentácia indikátorov kvality podľa krajov: porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých samosprávnych krajoch a SR formou grafu pre každý indikátor. Tieto údaje

sú doplnené o údaje z prieskumu spokojnosti s ústavnou starostlivosťou vykonanom dotazníkovou metódou v priebehu mesiaca marca v roku 2010. Odoslali 7000 dotazníkov poisťovnícom VŠZP zo všetkých regiónov SR, ktorí absolvovali ústavnú zdravotnú starostlivosť v roku 2009. Dosiahli návratnosť 32 %. Výsledkom bol rebríček ústavných zariadení s prvenstvom Národného ústavu srdcovocievnych chorôb.

ZP DÔVERA



Na svojej internetovej stránke poskytuje rebríček nemocníc od roku 2008. Zariadenia vyhodnocuje na základe svojich vlastných kritérií. Hodnotenie zahŕňa 14 parametrov, ktoré sa týkajú subjektívneho pohľadu pacientov ako aj objektívnych dát, ktoré má k dispozícii zdravotná poisťovňa. Úroveň zdravotnej starostlivosti hodnotia pomocou týchto kritérií: spádovosť, opakované hospitalizácie, prijaté preklady, odchádzajúce preklady, operovanosť, plánovanosť, točivosť, úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie, spokojnosť pacientov, náročnosť diagnóz (tzv. case mix), komplexnosť, regionálna dôležitosť (dostupnosť) a dodatočné náklady počas hospitalizácie. Zdravotnícke zariadenia na účely rebríčka rozdelili do štyroch príbuzných skupín, podľa ich typu a zamerania, a to na fakultné nemocnice, všeobecné nemocnice, špecializované nemocnice a ústavy a ostatné lôžkové zdravotnícke zariadenia. Poradie nemocníc v rebríčku určil celkový index, na základe ktorého prideliť hviezdíčky. Maximálny počet hviezdíček je päť, minimálny jedna. Päťhviezdíčková nemocnica podľa ich kritérií dokáže poskytnúť komplexnú starostlivosť, má všetky potrebné oddelenia, má prax aj s komplikáciami a náročnými prípadmi, stará sa o veľký región a vyberajú si ju aj pacienti zo vzdialenejších oblastí, je menšia pravdepodobnosť, že pacienta nevylieči dostatočne a ten musí byť hospitalizovaný znovu alebo prevezený do inej nemocnice. Jednohviezdíčková všeobecná nemocnica nemusí mať ani základné oddelenia, zvykne robiť len jednoduchšie zákroky, komplikácie a náročné prípady preváža do iných nemocníc, pričom prevoz je vždy záťažou a istým rizikom pre pacienta, nestará sa o dostatočne veľký región a nevyberajú si ju ani pacienti z jej okolia, je vyššia pravdepodobnosť, že sa do nemocnice vrátia, pretože pacienti nevyliečia dostatočne. Vyššie uvedené hodnotenie nezahŕňa ambulantnú starostlivosť. Ambulantných lekárov si vyhodnocuje poisťovňa pre svoje interné účely. U praktických lekárov pre deti, dorast aj dospelých hodnotí parametre ako

Tabuľka 1: Indikátory kvality pre rok 2009

A. Lekári špecializovanej ambulantnej starostlivosti

009 Gynekológia (7 ukazovateľov)

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

1. Skríning rakoviny krčka maternice
2. Prevencia

Efektívnosť využitia zdrojov

3. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
7. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

050 Diabetológia (6 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Manažment chronickej starostlivosti - diabetológia

Efektívnosť využitia zdrojov

2. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
3. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

003 Pneumológia (6 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Manažment chronickej starostlivosti - pneumológia

Efektívnosť využitia zdrojov

2. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
3. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Špecializačné odbornosti: 010 chirurgia, 011 ortopédia, 012 urológia, 013 traumatológia, 014 otorinolaryngológia, 015 oftalmológia, 038 plastická chirurgia, 048 gastroenterológia, 070 maxilofaciálna chirurgia (6 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Nepredpokladané prijatia do ústavnej starostlivosti po jednoduchovej chirurgii

Efektívnosť využitia zdrojov

2. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
3. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

016 Stomatológia a 115 Detské zubné lekárstvo (7 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Zubný kaz u poistencov vo veku do 18 rokov
2. Zubný kaz u poistencov vo veku nad 18 rokov

Efektívnosť využitia zdrojov

3. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
7. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

115 Detské zubné lekárstvo (6 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Zubný kaz u poistencov vo veku do 18 rokov

Efektívnosť využitia zdrojov

2. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
3. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
6. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Tabuľka 1, pokračovanie:

Všetky ostatné odbornosti špecializovanej ambulantnej starostlivosti (5 ukazovateľov)

Efektívnosť využitia zdrojov

1. Indikovanie výkonov SVLZ poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
2. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti
3. Frekvencia pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
4. Preskripcia liekov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti
5. Preskripcia zdravotníckych pomôcok v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

B. Poskytovatelia, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť (17 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Úmrtnosť - celková
2. Úmrtnosť po perkutánnej koronárnej intervencii
3. Úmrtia po zlomenine stehrovej kosti
4. Úmrtie na infarkt myokardu po neodkladnom prijatí (vek 35 – 74 rokov)
5. Úmrtie na akútnu mozgovo-cievnu príhodu
6. Úmrtie po náhrade bedrového kĺbu
7. Úmrtnosť po operačných výkonoch
8. Úmrtnosť po intervenčných výkonoch
9. Materská úmrtnosť
10. Rehospitalizovanosť celková do 30 dní
11. Rehospitalizovanosť celková do 90 dní
12. Rehospitalizácia na pneumóniu
13. Dekubity
14. Nozokomiálna nákaza

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

15. Operovanosť

Efektívnosť využitia zdrojov

16. Jednodňová starostlivosť

Spokojnosť pacienta

17. Spokojnosť pacienta zisťovaná štandardizovaným dotazníkom

C. Lekári všeobecnej ambulantnej starostlivosti

020 Lekári všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých (9 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Index prevencie u dospelých poistencov
2. Pacienti vyšetrení v ambulancii lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých
3. Úroveň návštevnosti dospelých poistencov

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

4. Manažment akútnej starostlivosti
5. Manažment chronickej starostlivosti

Efektívnosť využitia zdrojov

6. Indikovanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti
7. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti
8. Frekvencia pacientov vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti
9. Preskripcia liekov vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti

008 Lekári všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast (9 ukazovateľov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

1. Index prevencie u poistencov do 1 roku veku
2. Index prevencie u poistencov vo veku 11 a 17 rokov
3. Pacienti vyšetrení na ambulancii lekárskej služby prvej pomoci pre deti a dorast
4. Úroveň návštevnosti detí a dorastu

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

5. Manažment akútnej starostlivosti u detí a dorastu

Efektívnosť využitia zdrojov

6. Indikovanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti
7. Indikovanie výkonov dopravnej služby poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti
8. Frekvencia pacientov vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti

Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, osobitné vydanie, 21. 5. 2009, ročník 57, Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

počet vyšetrených pacientov, počet odoslaných pacientov na hospitalizácie, realizovanú prevenciu, náklady na lieky, predpísané vyšetrenia v zariadeniach spoločných liečebných a vyšetrovacích zložiek (SVLZ). U lekárov – špecialistov náklady na lieky, počet výkonov na jedného poistenca, počet odporúčaných (a zároveň realizovaných) hospitalizácií, počet

vyšetrení na jedného poistenca. Každý parameter má svoju váhu, najdôležitejšie sú prevencia, náklady na lieky a vyšetrenia SVLZ. Podľa týchto kritérií potom platia jednotlivých lekárov. Najlepšie plnenie (a teda najvyššiu platbu) dosiahne lekár vtedy, ak sa nachádza v štandardnom pásme, teda ak nevykazuje nadštandardne vysoké alebo nízke hodnoty.



Hodnotí ZS na základe metodického pokynu MZ. Vyhodnocuje zdravotnú starostlivosť vo všetkých kategóriách a to všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre dospelých, ako i pre deti a dorast, špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ústavnú zdravotnú starostlivosť. Výsledky uverejnili na internetovej stránke poisťovne. Ide o prehľadné vyhodnotenie spĺňajúce presne literu zákona a neuvádza nič nad rámec tohto pokynu.

Kvalitu ZS hodnotí Svetová zdravotnícka organizácia ako najvyššiu úroveň odbornosti personálu, efektívne využívanie zdrojov v zdravotníctve, čo najnižšie riziko terapie pre pacienta, čo najrýchlejšie poskytnutie tejto starostlivosti spolu s jeho čo najvyššou spokojnosťou s poskytovaním ZS.

Otázne je, či vyššie uvedené indikátory z vestníka MZ boli zvolené správne a na aký účel dané hodnotenia a indikátory budú slúžiť. Ukazovatele kvality poskytovania ZS by mali byť tak zvolené, aby sa mohli poskytovatelia ZS vzájomne porovnávať medzi sebou. Parametre by mali byť porovnateľné pre všetkých poistencov bez ohľadu na ich socioekonomický status, predvídateľné pre poskytovateľov ZS (stanovené dopredu a nemeniteľné počas intervalu sledovania). Indikátory

Tabuľka 2: Príklad pokynov na vyhodnotenie indikátora podľa Metodického pokynu MZ SR z 21. 5. 2009

B.1.1. Úmrtnosť – celková

Popis indikátora: Pomer počtu úmrtí hospitalizovaných pacientov k počtu všetkých hospitalizovaných pacientov.

Formát a zdroj údajov: Dávka: 774 (ústavná starostlivosť) zo záhlavia dávky položky 1, 2, 5; z tela dávky položky 1, 4, 8,

Metodika spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora

Výpočet indikátora (I):

Čitateľ (C): Počet hospitalizovaných poistencov, ktorí umreli počas hospitalizácie v jednotlivých oddeleniach zdravotníckeho zariadenia

Menovateľ (M): Počet všetkých poistencov, ktorí boli hospitalizovaní v jednotlivých oddeleniach zdravotníckeho zariadenia

$I = C/M$ (na dve desatinné miesta)

Doporučená štandardizácia: podľa veku a pohlavia

Forma prezentácie indikátora:

Prezentácia podľa jednotlivých poskytovateľov: forma zoznamu s možnosťou výberu podľa základných triediacich kritérií (kraj, okres miesta činnosti, názov poskytovateľa, názov oddelenia zdravotníckeho zariadenia, dosiahnutá úroveň starostlivosti v poslednom sledovanom období). Prezentácia podľa jednotlivých regiónov (krajov): porovnanie úrovne starostlivosti v jednotlivých krajoch a SR.

Časový vývoj indikátora: vývoj stredných hodnôt indikátora za zdravotnú poisťovňu a časového obdobia jedného roku.

Forma interpretácie indikátora:

Štandardná úroveň výslednej hodnoty indikátora: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je v intervale stredná hodnota (SH) ukazovateľa za zdravotnú poisťovňu $\pm$ dvakrát štandardná odchýlka ($2 \times \text{ŠO}$): $(SH - 2 \times \text{ŠO}) < I < (SH + 2 \times \text{ŠO})$

Nízka úroveň výslednej hodnoty indikátora: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je vyššia, ako stredná hodnota ukazovateľa za zdravotnú poisťovňu, ktorá je zvýšená o dvojnásobok štandardnej odchýlky, $I > (SH + 2 \times \text{ŠO})$

Vysoká úroveň výslednej hodnoty indikátora: ak hodnota ukazovateľa (I) za poskytovateľa je nižšia, ako stredná hodnota ukazovateľa za zdravotnú poisťovňu, ktorá je znížená o dvojnásobok štandardnej odchýlky, $I < (SH - 2 \times \text{ŠO})$

Zdroj: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, osobitné vydanie, 21. 5. 2009, ročník 57, Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Tabuľka 3: Indikátory kvality v jednotlivých zdravotných poisťovniach

	Ambulantná starostlivosť	Ústavná starostlivosť	Prieskum spokojnosti
VSŽP	+	+	+
Dôvera	+	+	+
Union	+	+	+

Zdroj: webové sídla zdravotných poisťovní

musia mať jednoznačnú definíciu a špecifikáciu, nemôžu si ich jednotliví poskytovatelia vysvetľovať rôzne. Parametre v skupine „výsledky ZS“ je potrebné opierať o tzv. dôkazmi podloženú medicínu (evidence-based medicine). Napríklad je dokázané, že pacienti s dobre kompenzovanou cukrovkou 1. typu (kompenzácia je meraná v krvi za pomoci parametra HbA1c) majú podstatne menší výskyt mikrovaskulárnych komplikácií (neuropatie, nefropatie a retinopatie).

Indikátory by mali hodnotiť kvalitu zdravotnej starostlivosti v závislosti na skupine ochorení pacientov. Nemožno napríklad porovnávať celkovú úmrtnosť u pacientov vo všeobecnej okresnej nemocnici s pacientami v špecializovanej onkologickej nemocnici, či v hospíci. Nemožno tiež porovnávať kritériá na základe analýzy malého počtu udalostí/chorobných stavov, pretože takáto analýza často ide s chybou merania. Je preto oveľa vhodnejšie si zvoliť udalosti, ktoré majú veľkú prevalenciu v populácii ako napríklad očkovanie chrípkovou či pneumokokovou vakcínou u pacientov s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi na nadmernú chorobnosť a úmrtnosť na ochorenia respiračného systému ako napríklad tieto faktory: chronické ochorenie pľúc, chronické ochorenie srdcovo-cievneho systému, cukrovka, imunosupresívna liečba, vek nad 65r a podobne.

Je zjavné, že vždy existuje pokušenie zbierať a analyzovať čo najviac údajov o výsledkoch ZS. Treba ale pamätať na to, že na zber správnych údajov je potrebná spolupráca druhej strany, t.j. poskytovateľov ZS a pacientov. Zber údajov musí byť jednoduchý, nemôže zabráť neprimerané množstvo času. Narazil by totiž na rezistenciu zo strany poskytovateľov ZS, ktorí nie sú za hlásenie a zber údajov špeciálne honorovaní. Dôležité tiež je, aby bol ukazovateľ kontrolovateľný, čím by sa zamedzilo hláseniu falošných výsledkov, či už falošne pozitívnych alebo falošne negatívnych. Napríklad údaje o nozokomiálnych infekciách by namiesto z nemocníc bolo vhodnejšie získavať priamo z mikrobiologických laboratórií.

Podobne, analýza ekonomických ukazovateľov (tzv. „efektívnosť využitia zdrojov“) je relatívne kontroverznou témou, či už z hľadiska poskytovateľov ZS alebo z hľadiska pacienta či verejnosti. Je samozrejmé, že ekonomicky činné subjekty ako zdravotné poisťovne si musia všímať uvedené parametre, avšak najvhodnejšie je si vybrať také, ktoré sú poskytovateľom či pacientom ovplyvniteľné alebo predvídateľné, pričom sú zároveň spojené s ekonomickým efektom. Príkladmi takých indikátorov by napríklad mohli byť napríklad rehos-

pitalizácia na rovnakom oddelení do 30 dní od prepustenia, podiel pacientov po srdcovom infarkte či kardiologickom alebo kardiochirurgickom zákroku, ktorí prestali fajčiť, alebo percento používania generických liekov (ak v danej skupine liečiv existujú na trhu generiká aj negeneriká).

ZÁVER

Konečným cieľom indikátorov hodnotenia kvality by mala byť snaha poskytovateľov ZS zlepšovať svoju kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a tiež vytvorenie systému, ktorý by umožňoval pacientovi si urobiť prehľad a zvoliť si „dobrého“ (spoľahlivého, vysoko-erudovaného, ľudského, atď.) ambulantného či nemocničného lekára alebo nemocnicu. Na tejto ceste sa dnes nachádzame len na začiatku a preto tento cieľ zostáva nateraz pre nás nedosiahnuteľnou metou.



MUDr. Silvia Hnilicová (1971) je externá spolupracovníčka HPI. Predmetom jej záujmu je analýza systémov zdravotnej starostlivosti. V minulosti pôsobila v USA.

» kontakt

REFERENCIE:

- Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, osobitné vydanie, 21. 5. 2009, ročník 57, Metodický pokyn Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- https://portal.szp.sk/public/VSZP_PrehladIK09.html
- <http://www.vszp.sk/showdoc.do?docid=231>
- <http://www.dovera.sk/sk/zdravotna-starostlivost/lekari/ako-hodnotime/ambulantni-lekari/>
- <http://www.dovera.sk/sk/zdravotna-starostlivost/lekari/ako-hodnotime/hodnotenie-nemocnic/>
- <http://www.dovera.sk/sk/zdravotna-starostlivost/rebricke-nemocnic/rebricke-nemocnic.html>
- http://www.unionzp.sk/index.php?www=sp_detail&id=221&rid=231

Zaujímavé číslo

30

miliónov eur



Objem pohľadávok po lehote splatnosti členov Slovenskej asociácie dodávateľov zdravotníckych pomôcok k 31. 12. 2010 voči štátnym nemocniciam. Ide o 49 % vzájomného obratu za posledných 12 mesiacov.

Zdroj: Slovenská asociácia dodávateľov zdravotníckych pomôcok

Modern Hospital.

An investment with respect to the future needs of the patients.

The conference “Modern Hospital. An investment with respect to the future needs of the patients.” was part of the “Regional Master Class Programme on Health Investments in Structural Funds 2000-2006: Learning lessons to inform regions in the 2007-2013 period” project organized under EUREGIO III. The Conference was supported by the Slovak Minister of Health Ivan Uhliarik and was held on **24th – 26th November 2010** in the Congress Hall of the Ministry of Health in Bratislava, Slovakia. The Conference was divided into three days: (D1) financing, (D2) facility management, (D3) design. In the following summary **Peter Pažitný** wraps up Day 1 of the Conference.

DAY 1 – FINANCING

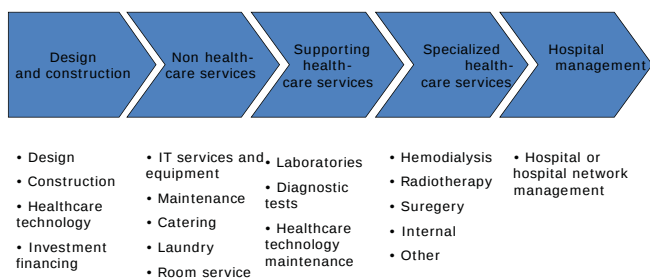


JÁN AZUD

Since structural funds are gone, the goal of day 1 was to present alternative possibilities of hospital investments. The first two presenters aimed at how PPP schemes could be used in Slovakia and what are the current experiences with PPP in Slovakia. Ján Azud (legal company Ružička – Csekes) pointed out, that healthcare is suitable for PPP projects and that benefits are similar to privatization but with lower political costs. According to him, there are many possibilities in healthcare (**Picture 1**). Regarding the longly debated project Hospital Rázsochy he said, that the project can be realized by PPP and that there is a need to consider all the pros and cons as by any other project, especially to determine the costs and to gain a broader political and expert consensus (**Picture 2**).

Picture 1: Slide No. 27

Various Options for PPP Projects in the Healthcare Sector



Source: Ján Azud

Picture 2: Slide No. 28

Rázsochy

- PPP is an option
- All pros and cons need to be carefully considered as in any other PPP project
- Need to clearly identify the scope
- Need to assess feasibility and value for money
- Need of clear notion about financial demands
- Need of wider consensus on a public and expert level and subsequent support for the project



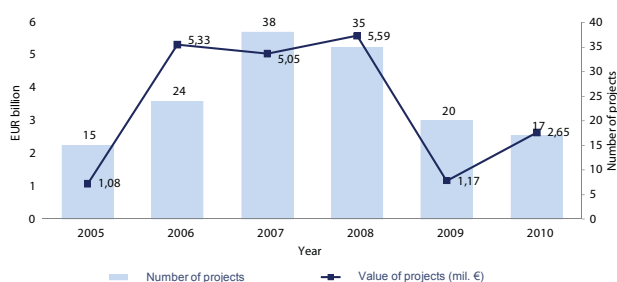
Source: Ján Azud

KAREL KOLÁŘ

The second speaker, Karel Kolář (PriceWaterhouseCoopers) started his presentation with a short overview of PPP projects in the world. He said, that there is a significant decline in the volume of projects in 2009. Many projects has been cancelled or postponed, but 2010 brought first signs of growth. Regarding PPP projects in healthcare, 2009 and 2010 saw a significant decrease in both volume and number of projects (**Picture 3**). There are big differences between countries – in UK, there is more than 100 PPP projects since 1997, in Germany, the started in 2006 and Slovakia is now only in the phase of projects initiation. Considering a PPP project, there is a need to determine the level of involvement of the private sector (**Picture 4**). Later on, he presented 4 PPP case studies (Royal hospital London, Mestre hospital Venetia, PTC Kiel, Hospital Karolinska Solna). He ended his presentation with a summary of other possibilities on cooperation with the private sector (**Picture 5**).

Picture 3: Slide No. 8

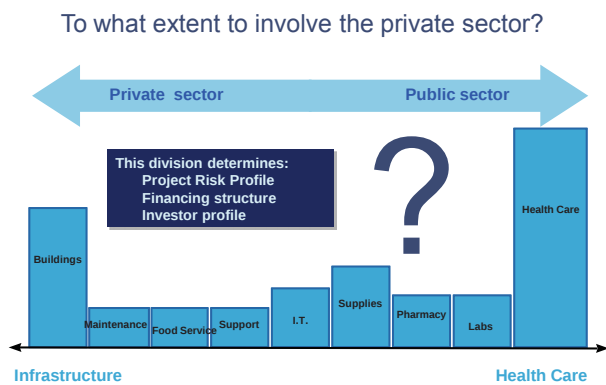
The Development of PPP Projects in Health Care in Europe



During the last 12 months 40 projects were recorded in the various stages of completion

Source: Karel Kolář

Picture 4: Slide No. 11



Source: Karel Kolář

Picture 5: Slide No. 23

What are other possibilities for cooperation with the private partner?

Sales	Manager contract	Lease
+ high one time income	+ able to stay in control	+ long-term lease from lessee
+ transfer of all risks	+ use of know-how	+ terminating subsidies
- loss of opportunities to influence health care	+ effective management	+ transfer of economic risk
- possible limitations on less profitable areas of health care	+ ability to drop the contract	+ possibility of withdrawal
- need to put the clause in the contract to maintaining the availability	- does not deal with thin capitalization and the necessary investments	- Reduction of impact on health care (the necessity to define the contract)
- more demanding preparation of the transaction	- the need for setting performance criteria	- possible limitations on less profitable areas of health care
	- demanding preparation of the transaction	- more demanding preparation of the transaction

■ Case studies Czech Republic : Hospital Olomouc, Železniční zdravotnictví o.z., Hospital Valašské Meziříčí a.s., Hospital Český Těšín a.s.

Source: Karel Kolář



BARRIE DOWDESWELL

Barrie Dowdeswell (from the European Centre for Health Assets and Architecture) was the third speaker. In his presentation, he discussed 4 agendas: Pre-crisis trends in capital investments, the credit crisis, a macro EU perspective on (capital) investment strategy and the key principles for capital investment in the new era. According to Barrie Dowdeswell, there is need for better data in terms of hospital patient profiling – between 30% to 50% of chronically ill and elderly have no need for hospitalization (Picture 6). Based on these changes, there is a need for hospital re-profiling (Picture 7). Finally, there is need for strategic planning in hospital in-patient demand – after 2020, there will be a significant increase in elderly with co-morbidities (Picture 8). At the end of his

presentation, Barrie presented 3 case studies from Europe:

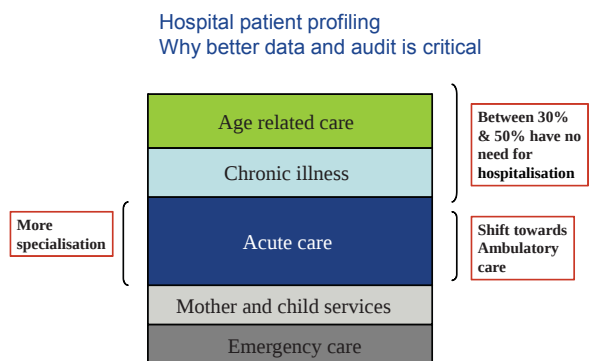
1. Rhon-Klinikum in Germany, where „the buildings are specially designed to fully reflect the flow principle“ (Picture 9).
2. Hospital Orbis Sittard in Netherlands, where the created a „dispersed“ campus model, where facilities can have modular characteristics to provide flexibility (Picture 10).
3. Coxa Tampere, Finland – specialist elective orthopaedic facility, where 90+% compliance with predictive care programmes is equivalent of 30% bed reduction (Picture 11).

In his summary, Barrie pointed out some observations:

- First, there must a willingness to take risk
- Second, a shift from state ownership to institutional autonomy seems to generate improved results providing freedoms are fully utilised. Realistic business planning is critical to future success
- The rigour of commercial borrowing improves decision making, reinforces the strategic focus of investments and drives innovation and change management
- There is a need to invest in high levels of competency training and workforce development
- It is essential to ensure comparable improvement in the social (insurance) fund structures and performance

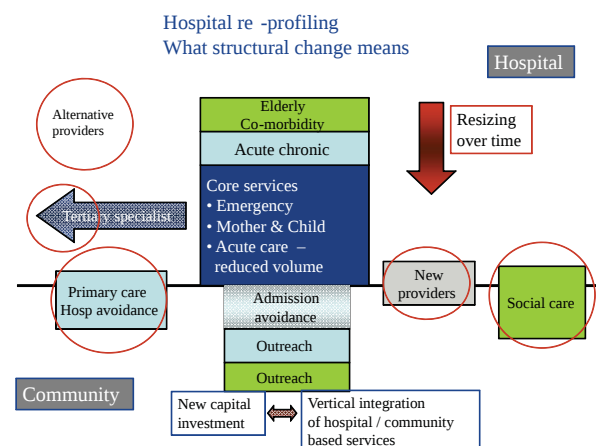
The successful strategic investment principles evolve from cost cutting, central guidelines and benchmarks to patient responsiveness, lifecycle value and sustainability.

Picture 6: Slide No. 60



Source: Barrie Dowdeswell

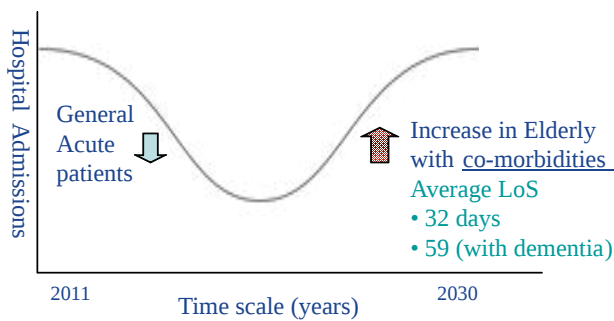
Picture 7: Slide No. 61



Source: Barrie Dowdeswell

Picture 8: Slide No. 62

Strategic planning - hospital in -patient demand
The EU trend forecasts



Source: Barrie Dowdeswell

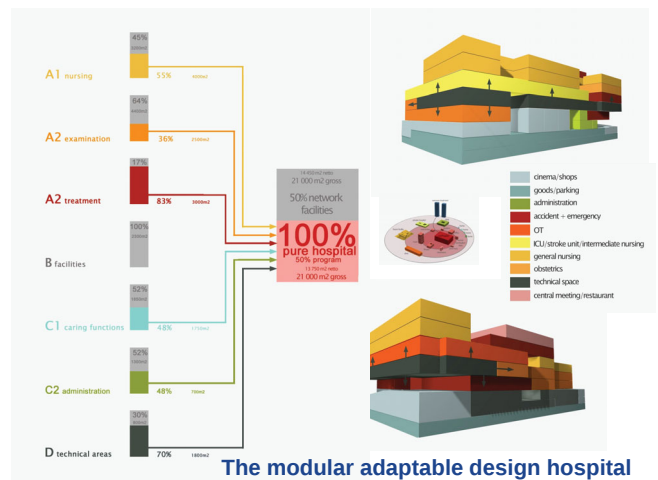
Picture 9: Slide No. 69

Concept into practice



Source: Barrie Dowdeswell

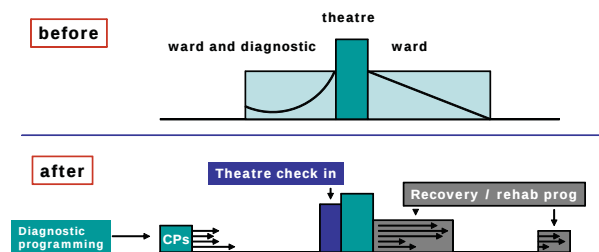
Picture 10: Slide No. 73



Source: Barrie Dowdeswell

Picture 11: Slide 77

COXA whole service / capital integration



Coxa Hospital and patient flow, 90 + % compliance with predictive care programmes - the equivalent of 30 % bed reduction
Costs – 10 % reduction in prices – partially self-financed further capital development

Source: Barrie Dowdeswell

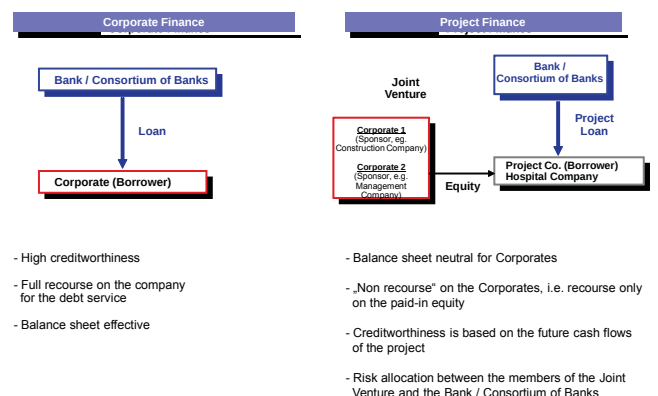


JAROSLAV HABO AND MARCUS KLEINER

After the lunch, the conference continued with an interactive discussion with 4 Slovak pannelist. The aim was to present a view of a bank, an insurance company, a healthcare provider and a consulting company. The first presentation in the pannel was made by Jaroslav Habo and Marcus Kleiner from Unicredit Bank. They said, that Slovakia has good perspective for starting PPPs in Health. They described, how does PPP/Project finance differ from Traditional Corporate Finance (Picture 12).

Picture 12: Slide No. 5

How does PPP / Project Finance Differentiate from Traditional Corporate Finance



Source: Marcus Kleiner, Jaroslav Habo

Later, the presented PPP for hospitals and three financing alternatives: 1. The PFI model, 2. The Project Finance Model Including Construction and Market Risks and 3. A mixed model, excluding constructions as long term risk factor. They ended their presentation with guidelines for hospital PPP (Picture 13).

Picture 13: Slide No. 14

PPP for Hospitals: Guidelines

- Open and transparent procurement / tendering process
- Clear contractual structures and responsibilities
- Well-considered and fair risk allocation to avoid money loss
- Certainty of costs and delivery
- Hospital has to prove to add value for money and to beat a public sector comparator which itself needs to be developed in a fair way (not surprisingly PPP's / PF models might look a bit more expensive but the private sector will take a significant higher risk portion, specifically in the case of PF models)
- Accurate ex ante and ex post evaluations

Source: Marcus Kleiner, Jaroslav Habo



PETER KALENČÍK

The second pannelist, Peter Kalenčík (CEO of Malacky hospital) presented the case study of Malacky hospital since 2004, when the MEDIREX Group rented the hospital from the Bratislava region for 30 years. Financing of the capital expenditures was mainly from own equity of the investor, leasing (equipment), supplier credit (equipment), credit (building reconstruction), sources from Bratislava region (building reconstruction). The hospital was reconstructed without sources from the state budget and without sources from euro-funds. The results are clearly visible on **picture 14 and 15**.

Picture 14: Slide No. 11



Source: Peter Kalenčík

Picture 15: Slide No. 13



Source: Peter Kalenčík



RADOMÍR VEREŠ

The third pannelist, Radomír Vereš (CFO at private health insurance company Dôvera) presented his view on how to finance the future capital needs of hospitals. He started his presentation with the financial outlook for health insurance companies and said, that in 2011, the public health insurance will reach 5.12% of GDP, compared to 5.39% in 2010. Further, he said, there is an imbalance between revenues and expenditures in health insurance:

The first result is a heavy growth of private co-payments. According to him, between 2008 and 2000, the public expenditures grew by 120%, but the private expenditures grew by 598%.

The second result is growing indebtedness and lack of resources for capital investments. According to him, the debts of state hospitals and state health insurance companies reached almost € 320 million and the level of gross fixed capital formation in healthcare is significantly lower than in other sectors of economy.

Picture 16 summarizes the investment possibilities of Slovak hospitals. At the end of his presentation, he stressed the importance of DRG implementation in Slovakia and pointed out, that different countries have different approach to cover capital investments. Some countries incorporate capital expenditures in their DRGs, others do not (**Picture 17**).

Picture 16: Slide No. 11

Financing of capital expenditure in the EU

	Výhody	Nevýhody
State budget resources (Frequent, but a gradual shift)	Good governance - a certificate of necessity, HTA, accreditation market does not work perfectly - (medical arms race)	- Politicization, lack of transparency - Volatility in volume - Lack of connection between Health Insurance and the needs of patients
Eurofunds (Similar to source State Budget, the expected decrease since 2013)	Possibility of balancing the differences between EU regions	- Central prioritization - Lack of connection between Health Insurance and the needs of patients
Loans or PPP	External analysis of return	- No new money, debt financing instrument - Intergenerational transfer
Inclusion in the payment mechanism	Able to consider the methodology for setting prices, but there are exceptions	- To be reflected in the accounts (Efficiency vs. flexibility.) - How to catch up with years of low rates of investment - Sufficient resources in the VZP

Source: Radomír Vereš



Picture 17: Slide No. 15

DRG and depreciation

	Financing capital expenditure
England	Y
Belgium	N, paid from the state budget and HCP
Denmark	N
Finland	Y
France	Y, but the length of depreciation is not standardized
Netherlands	Y
Germany	N, paid by government
Austria	Y
Spain	N
Switzerland	N
Sweden	Y
Italy	Y, although the proportion of expenditure financed from the budget

Source: Radomír Vereš



MAROŠ SOKOLOVSKÝ

The last pannelist was Maroš Sokolovský from Deloitte. He focused on major problems of the Slovak healthcare and presented a set of measures to address them (Picture 18). According to him, these measures can free up € 1,3 to 1,5 billion until 2018 (Picture 19).

Picture 18: Slide No. 7

Overview of the proposed measures

Properly implemented measures yield significant improvements in the efficiency of hospital financing.

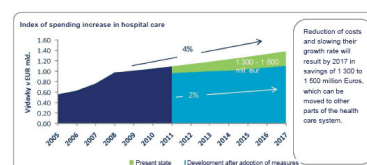
Area	Hospital network and capacity	Hospital operation	Price of hospital care
Measure	Optimization of hospital network	Transformation of hospitals	Central procurement of goods and services
Benefits	- Efficient setup of hospital network taking into account the population needs based on the volume and frequency of healthcare use. - Increased availability of health care.	- Creating a pressure for efficient and transparent management of hospitals through the transformation into joint stock companies. - Promoting corporate governance and the participation of experienced managers in the management of hospitals.	- Reduction of variability of hospitals' entry costs by centralized purchasing of goods and services. - Increase transparency of spent funds by e-auctions introduction.
			- Monitoring of costs, procedures and profitability - Acquisition of information on financial flows in hospitals. - Acquisition of information on real loss/profit of each diagnosis and departments in every hospital.
			- Increasing the number of diagnosis / transparent pricing - Creation of prerequisites for specialization of hospitals - Allows balanced and transparent financing in relation to costs.

Source: Maroš Sokolovský

Picture 19: Slide No. 9

Overview of the proposed measures

Potential savings can be achieved from 1 300 to 1 500 million Euros by 2018



	Optimization of hospital network	Transformation of hospitals	Central procurement of goods and services	Monitoring of costs, procedures, and profitability / Increasing the number of diagnoses / Transparent pricing
Measure type	Financial	Financial / Non-financial	Financial	Financial / Non-financial
Description of benefit	By consolidation of crunched hospital departments it is expected a net savings of 15% of personnel costs.	Increased transparency of financial flows and difficult long-term losses creation would lead to decreased growth of costs in the future.	Based on experience from abroad, centralization of procurement of goods and services can save 10-15% of purchased volume.	Increased transparency in costs and earnings. It would contribute to elimination or significant (further) decrease of inefficient spending of resources, causing a decline in the rate of growth of health care costs.
Cumulative savings 2011-18 (in mill. €)	650 - 750	n/a*	400 - 500	250
				1 300 - 1 500

*Reduced growth rate is financially expressed in the last column - Monitoring of costs / Increasing the number of diagnoses / Transparent pricing

Source: Maroš Sokolovský

Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia s dôrazom na elektronickú formu podania

Práca ANNY VAJDOVEJ, manažérky odboru kontroly poistného v zdravotnej poisťovni Dôvera, sa venuje ročnému zúčtovaniu poistného. Ide o ďalšiu zo záverečných prác programu Manažér na Health Management Academy, ktorá zaznela v rámci Dňa otvorených dverí HMA v júni 2010 v Piešťanoch.

ZHRNUTIE

Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia je pre niekoho veľkou neznámou, a to hlavne vtedy, keď sa ho bytostne nedotýka. Na otázku, prečo som si vybrala práve túto tému, odpoviem jednoducho. Je to proces, ktorému sa venujem už päť rokov a pracujem v tíme skvelých ľudí, ktorí sa z roka na rok snažia poistencom a platiteľom zdravotnej poisťovne Dôvera uľahčiť jeho vykonanie. Pre rozsiahlosť témy nie je možné a nie je ani cieľom tejto práce detailne sa venovať tomu, čo je legislatívou stanovené. Pokúsím sa však zhrnúť základné informácie o ročnom zúčtovaní a pozornosť skôr upriamiť na jeho elektronickú formu podávania.

Keď sa pred piatimi rokmi začalo vykonávať historicky prvé ročné zúčtovanie, dovoľm si tvrdiť, že to nebolo jednoduché. Na jednej strane to boli poistenci / platitelia, ktorí ho boli povinní vykonať a mali o tom minimálne znalosti a na strane druhej to boli zdravotné poisťovne, ktoré si museli dopracovať informačný systém a vyškolit zamestnancov. Napriek tomu, že odpovede na otázky typu: „Týka sa ma ročné zúčtovanie? Aký typ tlačiva a do ktorej zdravotnej poisťovne ho mám podať? Aký je termín na podanie ročného zúčtovania? Do akého termínu je platiteľ povinný uhradiť nedoplatok? Do kedy je zdravotná poisťovňa povinná vrátiť preplatok? Akou formou je možné podať ročné zúčtovanie?“ boli predmetom rôznych školení, prezentované takmer vo všetkých médiách, zverejňované v rôznych denníkoch, na internete, webovej stránke MZ a v neposlednom rade i na webových stránkach zdravotných poisťovní, nebolo to ľahké, pripravovali a učili sme sa všetci. Tolerovalo sa aj neúplné alebo zmätočne podané ročné zúčtovanie, čím síce povinnosť platiteľa bola splnená, ale zdravotná poisťovňa musela následne s klientom vo väčšej miere komunikovať. Snaha pomôcť klientom zdravotnej poisťovne Dôvera sa pretavila do skutkov. Postupne sa vylepšoval informačný systém a pozornosť sa upriamila na elektronizáciu.

V čase využívania internetových aplikácií, takmer vo všetkých oblastiach spoločenského života, zdravotná poisťovňa nesmie zaostávať. Elektronizáciu vníma ako najdôležitejšiu súčasť všetkých procesov, ktoré sa prelínajú naprieč celou zdravotnou poisťovňou. Služby poskytované poistencom, platiteľom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, prostredníctvom elektronickej pobočky, sú čoraz viac využívané a zdravotná poisťovňa sa snaží o ich skvalitňovanie. Jednou zo služieb využívaných poistencami a platiteľmi je podávanie ročného zúčtovania cez webovú stránku zdravotnej poisťovne po overení identity poistenca alebo cez elektronickú pobočku na základe prihlasovacieho mena a hesla a dodatočnej autentifikácie (sms kód, gridkarta). Zo strany klientov

je táto služba vnímaná ako výrazná pomôcka, pomocou ktorej jednoducho a rýchlo, po zaevidovaní niekoľkých údajov, je možné vykonať ročné zúčtovanie.

Cieľom mojej práce je pomenovať akceptované formy podávania ročných zúčtovaní hlavne s dôrazom na jeho elektronickú formu. Na základe analýzy údajov o využívaní elektronického podávania ročných zúčtovaní sa pokúsím vymenovať výhody a nevýhody, popísať problémy s tým spojené a navrhnúť, čo by sa dalo v budúcnosti zlepšiť a zdokonaľiť.

LEGISLATÍVA V PROCESE ROČNÉHO ZÚČTOVANIA ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia (ďalej len „RZ“) je legislatívne upravené v § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z.z.“) a vo Vyhláske Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a o povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška 239/2006 Z. z.“). Dňa 15.1.2010 nadobudla účinnosť vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 13/2010 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška č. 239/2006 Z.z.

ČO JE TO RZ

RZZP je výpočet skutočného poistného, ktoré mal poistenec zaplatiť zdravotnej poisťovni v závislosti od všetkých dosiahnutých príjmov za predchádzajúci kalendárny rok. Skutočné poistné sa porovná s už zaplatenými preddavkami. Výsledkom RZ môže byť preplatok alebo nedoplatok. Preplatok vznikne vtedy, ak suma zaplatených preddavkov je vyššia ako celkové poistné, ktoré vyšlo z RZ. Nedoplatok je vyčíslený vtedy, ak suma zaplatených preddavkov je nižšia ako celková výška poistného, ktorú bolo potrebné uhradiť zdravotnej poisťovni. Ak je suma preplatku do 3 eur, zdravotná poisťovňa nie je povinná tento preplatok vrátiť. Ak je suma nedoplatku do 3 eur, platiteľ tiež nie je povinný zdravotnej poisťovni tento nedoplatok uhradiť.

Termíny pre vykonanie a podanie RZ, úhradu nedoplatku a preplatku z RZ, oznamovacie povinnosti zamestnancov a zamestnávateľov a vykonanie ročného zúčtovania so štátom sú zadefinované v ustanovení § 19 zákona č. 580/2004 Z.z.

KTO MÁ POVINNOSŤ VYKONAŤ ROČNÉ ZÚČTOVANIE POISTNÉHO ZA ROK 2009

- **samostatne zárobkovo činná osoba**, ktorá mala platné oprávnenie na výkon činnosti čo len 1 deň v roku 2009. Nie je dôležité, či živnostník vykazoval za rok 2009 zisk alebo stratu.
- **zamestnanec**, ktorý mal kolísavé príjmy. Za kolísavé príjmy sa považujú príjmy, ktoré v niektorých mesiacoch boli do sumy 2 006,16 eur a v niektorých mesiacoch nad sumu 2 006,16 eur.
- **zamestnanec**, ktorý okrem príjmov zo zamestnania mal aj príjmy podľa § 6 zákona o dani z príjmov. Za príjmy podľa § 6 sa považujú príjmy z honorárov, príkaznej zmluvy, spoločníka pozemkového fondu bez právnej subjektivity.
- **poistenec štátu**, ktorý presiahol úhrn minimálnych vymeriavacích základov (t. j. sumu 2 292,84 eur za rok, mesačne 191,07 eur a nejde o vyňaté príjmy).
- **samoplatiteľ** (poistenec podľa § 11 ods. 2 zákona), ktorý mal príjmy vyššie ako úhrn minimálnych vymeriavacích základov (počet mesiacov x 191,07 eur) a nejde o vyňaté príjmy. Ak poistenec bol samoplatiteľom po celý rok 2009, úhrn minimálnych vymeriavacích základov je 2 292,84 eur.
- **poistenec štátu, ktorý okrem vyňatých príjmov mal aj iné príjmy** zo závislej činnosti (§ 5 zákona o dani z príjmov) a príjmy z podnikania (§ 6 zákona o dani z príjmov), ak ich príjmy sú vyššie ako úhrn minimálnych vymeriavacích základov. Poistenec, ktorý bol poistencom štátu po celý rok 2009 má úhrn minimálnych vymeriavacích základov 2 292,84 eur (12 x 191,07 eur). Ak poistenec bol poistencom štátu iba časť roka a mal ako poistenec štátu príjmy podľa § 5 a § 6, tak sa výška príjmov sleduje ako úhrn minimálnych základov iba za obdobie poistenca štátu.

ČO PATRÍ MEDZI VYŇATÉ PRÍJMY

- Príjmy z výkonu činnosti osobného asistenta
- Príjmy z prenájmu
- Príjmy, z ktorých sa vyberá daň zrážkou, okrem príjmov zo závislej činnosti, pri ktorých sa neuplatňujú nezdaniteľné časti základu dane a daňový bonus podľa zákona o dani z príjmov (napr. príkazná zmluva, autorské honoráre)
- Príjmy z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (dohoda o pracovnej činnosti, o brigádnickej práci študenta, o vykonaní práce)

TYPY TLAČÍV RZ V SKRATKE

Typ A – predkladá poistenec, ktorý bol v roku RZ zamestnancom len u jedného zamestnávateľa a mal kolísavé príjmy.

Typ B – predkladá poistenec, ktorý v roku RZ bol čo i len jeden deň samostatne zárobkovo činnou osobou a mal príjmy podľa § 6 zákona o dani z príjmov.

Typ C – predkladá poistenec, ktorý bol v roku RZ samoplatiteľom alebo osobou, za ktorú platí poistné štát a mal príjmy podľa § 5 a § 6 zákona o dani z príjmov.

Typ S s listami SA, SB, SC, SD – predkladá poistenec, ktorý v roku RZ mal súbeh niektorých kategórií zamestnanec, SZČO, samoplatiteľ a poistenca štátu.



Typ X s listami XA, XB, XC, XD – predkladá poistenec, ktorý v roku RZ mal zmenu sadzby poistného, má súbeh niektorých kategórií zamestnanec, samostatne zárobkovo činná osoba, samoplatiteľ, poistenec štátu a súčet jeho príjmov je menej ako 3 546 eur.

FORMY PODÁVANIA ROČNÉHO ZÚČTOVANIA

Poistenci a platitelia zdravotnej poisťovne Dôvera môžu podať RZ v papierovej forme alebo elektronicky nasledovne:

- v papierovej forme alebo elektronicky prostredníctvom prenosových pamäťových médií
- osobne na ktoromkoľvek kontaktnom mieste
- poštou
- cez elektronickú pobočku
- mailom alebo faxom – originál je povinný klient doručiť do zdravotnej poisťovne do 5 dní od jeho odoslania
- elektronicky interaktívnym vyplnením tlačiva RZ
- cez elektronickú pobočku na webovej stránke www.dovera.sk

ROČNÉ ZÚČTOVANIE ELEKTRONICKY

Zdravotná poisťovňa Dôvera, umožňuje svojim poistencom jednoducho, rýchlo a komfortne vykonať ročné zúčtovanie prostredníctvom služby elektronického vyplňania tlačív. Na webovej stránke, v sekcii Ročné zúčtovanie, si môže vybrať jednu z alternatív:

- **Áno** a chcem ho podať
- **Neviem** a chcem to zistiť

Ak ho chce podať, rozhoduje sa medzi ponúkanými možnosťami podľa toho, či má alebo nemá aktívny prístup k službe Elektronická pobočka. Ak nevie, či sa ho ročné zúčtovanie týka, môže využiť pomôcku na správnu voľbu jedného z piatich základných formulárov. Je ňou elektronický dotazník. Stačí zodpovedať základné otázky. Do úvahy sa pritom berie rozmanitosť príjmov ako aj rôzne životné situácie, ktoré môžu mať vplyv na definitívny výsledok zúčtovania.

Službu, môžu využiť nielen používatelia elektronickej pobočky ale aj tí poistenci, ktorých identitu si systém poisťovne overí po zadaní základných osobných a identifikačných údajov, tie prideliť zdravotná poisťovňa. Následne by mali súhlasiť s dohodou o doručovaní ročného zúčtovania podávaného elektronickými prostriedkami.

Pri podávaní RZ prostredníctvom webu, poistenec je overovaný štandardným spôsobom, buď prihlásením sa do elektronickej pobočky alebo pomocou identifikačných údajov a SMS kódu. Po overení poistenca Elektronická pobočka automaticky skontroluje, či už tento poistenec nepodával RZ elektronicky.

Obrázok 1: Podávanie RZ cez web – overenie totožnosti

Ročné zúčtovanie 2009 online

Ročné zúčtovanie poisťovního za rok 2009 jednoducho, rýchlo a komfortne.

Vitajte pri jeho elektronickom podaní

Na overenie Vašej totožnosti Vám prosíme o pravdivé vyplnenie Vašich identifikačných údajov. Len na základe nich Vám vieme odporučiť a predpísať vhodné tlačivo. V záujme bezpečnosti a ochrany osobných údajov zdravotná poisťovňa môže kedykoľvek overovať aj ďalšie Vaše identifikačné údaje.

Poznamka:
 Všetky údaje sú povinné, bez ich vyplnenia nie je možné pokračovať.
 Rodné číslo zadávajte v tvare bez lomky. Prírodné a meno zadávajte s diakritkou, ktorá je dôležitá pri porovnávaní Vašich identifikačných údajov.
 * Identifikačné číslo poisťovne (ICP) sa nachádza na zadnej strane preukazu poisťovní (v tvare NNNNNNNNN, kde N sú číslice a A sú písmená)

Rodné číslo poisťovne	Identifikačné číslo poisťovne *
820731/5561	43*000689
Príezvisko poisťovne	Meno poisťovne
Kováč	Jan

Na základe údajov, ktoré ste uviedli, sme overili Vašu totožnosť. Pre potvrdenie Vám bol odoslaný SMS kód na telefónne číslo **42190721957**, ktorý máte vstúpiť do systému. Po korektnom zadaní SMS kódu môžete pokračovať v podaní ročného zúčtovania poisťovního za rok 2009. Pokiaľ máte záujem podať ročnú zúčtovanie poisťovního za rok 2009 elektronicky, môžete pokračovať v podaní ročného zúčtovania poisťovního elektronickým podpisom, je potrebné utvoriť so zdravotnou poisťovňou Dohodu o doručení ročného zúčtovania poisťovního prostriedkami, ktorá sa Vám zobrazí po zadaní prijatých SMS kódu a kliknutí na tlačidlo **Pokračovať**. Následne je možné vyplniť tlačivo ročného zúčtovania poisťovního za rok 2009.

Zadajte SMS kód a kliknite na **Pokračovať** [YRATD]

Obrázok 2: Podávanie RZ cez elektronickú pobočku

Príhlásenie používateľa

Elektronická pobočka slúži na bezpečnú komunikáciu medzi zdravotnou poisťovňou a jej partnermi.

Ak chcete pokračovať, musíte sa prihlásiť. Na prihlásenie použite Vaše prihlasovacie meno a heslo na prihlásenie, doručte adresu. Ak ešte prístup ku svojej elektronickej pobočke nemáte, **zaregistrujte sa teraz**.

Upozornenie

Pri zadaní hesla je dôležité zadať správne veľké a malé písmená znakov abecedy.

Zadajte vaše prihlasovacie meno a heslo

Prihlasovacie meno:

Heslo:

Prihlásiť sa

Aktuálny stav Elektronickej pobočky

Zobrazuje aktuálny stav Elektronickej pobočky - pre podrobnejšie vysvetlenie stavov kliknite **tu**.

Riadna prevádzka

Plánované odstávky a obmedzenia

Zobrazuje plánované odstávky alebo obmedzenia. Kliknutím Elektronickej pobočky

Ak RZ nepodával, má možnosť si vybrať:

- systémom odporúčané tlačivo, kde na základe dostupných informácií sú systémom dopĺňané údaje
- zvolené tlačivo na vyplnenie, ak si vyberie iný ako odporúčaný typ tlačiva, tu nie je možné údaje systémom doplniť.

Ak už RZ podal, zobrazí sa mu zoznam elektronicky podaných RZ za rok 2009 s linkou na archivovaný ZIP súbor vygenerovaných dokumentov. Takýmto spôsobom si môže dodatočne stiahnuť a vytlačiť dokumenty k podaným RZ. V prípade, že má záujem opätovne podať RZ 2009, odklikom sa dostane k odsúhlaseniu Dohody o elektronickom podávaní RZ.

Obrázok 3: Dohoda o doručovaní RZ elektronickými prostriedkami

Ročné zúčtovanie 2009 online

Dohoda o doručovaní ročného zúčtovania poisťného elektronickými prostriedkami

Ak máte záujem o podanie ročného zúčtovania poisťného za rok 2009 elektronicky*, je v zmysle platnej legislatívy potrebné uzavrieť so zdravotnou poisťovňou Dohodu o doručovaní ročného zúčtovania poisťného elektronickými prostriedkami. Po odochody ste povinný ju vyhotoviť v listinnej podobe, vlastnoručne podpísať a dorúčiť jedno vyhotovenie zdravotnej poisťovni najneskôr spolu s ročným zúčtovaním poisťného.

**Dohoda
o doručovaní ročného zúčtovania poisťného
elektronickými prostriedkami**

uzavretá v zmysle § 19 ods. 24 zákona č. 380/2004 Z.z. v platnom znení
(ďalej len „Dohoda“)

Osobnosti:

Zdravotná poisťovňa:

obchodné meno:	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.
sídlo:	Emstárova 25, 851 01 Bratislava
IČO:	35 942 430
DIČ:	2022051130
IČ DKH:	SK2022051130

☒ Súhlasím s Dohodou o doručovaní ročného zúčtovania poisťného elektronickými prostriedkami. Na znak toho ju týmto p. úkonom písomne so zdravotnou poisťovňou uzatvaram**.

☐ Nesúhlasím s Dohodou o doručovaní ročného zúčtovania poisťného elektronickými prostriedkami.

Po vyplnení údajov potrebných pre výpočet ročného zúčtovania: základ dane, výdavky na zdravotné poistenie a vymeňovací základ, systém vypočíta výsledok zúčtovania – preplatok alebo nedoplatok – automaticky sám.

Obrázok 4: Vstupné parametre RZ

Ročné zúčtovanie 2009 online

Vstupné parametre tlačivo S

Zadajte prosím vstupné parametre pre výpočet tlačiva a kliknite na tlačidlo **Pokračovať**. Údaje za rok 2009 sa zadávajú v eurách. Plátno má iba desiatinnú čiara. V prípade, že potrebujete zadať celé číslo, napr. 1983, zadajte ho v tvare 1983,00. Ako oddeľovač desiatinných miest použite desiatinnú čiarku. Nepoužívajte tlačidlo oddeľovač tlačov.

List SB

Základ dane (EUR)

Výdavky na poistenie (EUR)

List SC

Výmeriavací základ (EUR)

Pokračovať

V prípade potreby Vám radi poskytneme informácie na bezplatnej **Zákaznickej linkke 0800 150 150**.

Elektronicky vyplnené tlačivo spolu s dohodou o elektronic-
kom podaní musí poistenec vytlačiť a obe podpísané v pa-
pierovej podobe doručiť do 5 dní do ktorejkoľvek pobočky
zdravotnej poisťovne.

VÝHODY A NEVÝHODY

VÝHODY

- RZ je možné vykonať jednoducho, rýchlo a komfortne
- Pre výpočet RZ je potrebné zaevidovať iba základné údaje: základ dane, výdavky na zdravotné poistenie
- Systém, na základe údajov priebežne evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne, predplní do tlačiva RZ registračné údaje poistenca
- RZ je zaevidované v informačnom systéme online a má pridelené evidenčné číslo
- Po vykonaní RZ má poistenec k dispozícii vyplnené dokumenty na vytlačenie
 - Tlačivá pre zdravotnú poisťovňu – príslušný typ tlačiva RZ, Dohodu o podaní RZ elektronicke, Potvrdenie o podaní RZ;
 - Tlačivá pre zamestnávateľa – Oznámenie o nedoplatku alebo preplatku zamestnávateľa
 - Tlačivo pre poistenca - Potvrdenie o elektronickom podaní RZ

NEVÝHODY

- Zdravotná poisťovňa nemá zaručený elektronický podpis, preto poistenci, ktorí ho vlastní, nemôžu RZ nemôžu RZ podať iba na základe neho
- Po podaní RZ elektronicky, musí poistenec podpísané tlačivo RZ a dohodu o podaní RZ elektronicky doručiť zdravotnej poisťovni do 5 dní
- Ak v informačnom systéme zdravotnej poisťovne nie je zaevidované mobilné číslo, nie je možné overiť totožnosť poistenca cez SMS kód
- Kvalita údajov zdravotnej poisťovne vplyva na korektný výpočet RZ

ČO CHÝBA K LEPŠIEMU KOMFORTU

1. Vykonať ročné zúčtovanie za poistenca od A do Z bez dokladovania údajov.

Táto možnosť by si však vyžadovala legislatívne zmeny týkajúce sa povinnosti poskytovania údajov Daňového úradu a Sociálnej poisťovne, tiež by museli byť zosúladené termíny pre ročné zúčtovanie dane a ročné zúčtovania zdravotného poistenia. Aby zdravotná poisťovňa mohla vypočítať ročné zúčtovanie za poistenca, musela by disponovať údajmi o základe dane a výdavkoch na zdravotné poistenie z Daňového priznania poistenca a tiež údajmi zo Sociálnej poisťovne, týkajúce sa poberania dávok nemocenského poistenia.

2. Zabezpečiť kontrolu chýb na register poistencov hneď po dopyte z elektronickej pobočky na vnútorný informačný systém.

Táto možnosť predpokladá kontrolu a úpravu kategórií poistenca evidovaných v zdravotnej poisťovni. V súčasnosti si poistenec cez elektronickú pobočku môže upravovať kategórie štátu. V blízkej budúcnosti túto možnosť budú mať aj samoplátelia, a to samostatne zárobkovo činné osoby a dobrovoľne nezamestnané osoby. Pri tejto forme plnenia oznamovacej povinnosti je možnosť priložiť skenované dokumenty súvisiace so zapracovanými zmenami. Zamestnanci však túto možnosť nebudú môcť využívať, nakoľko plnenie oznamovacích povinností je na strane zamestnávateľa.

3. Prijímať ročné zúčtovanie na základe zaručeného elektronického podpisu.

Dôvodom pre využívanie tejto formy prijímania RZ je hlavne ochrana osobných údajov poistenca. Vydávať vlastný zaručený elektronický podpis je nerentabilné pre zdravotnú poisťovňu a nepohodlné pre klientov. Je výhodnejšie pripojiť sa k existujúcim systémom napr. na <http://portal.gov.sk>, kde zdravotná poisťovňa po zriadení svojej schránky by prijímala zašifrované dokumenty týkajúce sa nielen ročného zúčtovania zdravotného poistenia. Vzhľadom na skenovanie dokumentov v zdravotnej poisťovni Dôvera, by sa mohla využiť možnosť priameho prepojenia na DMS (document management system).

4. Umožniť poistencovi realizovať úhradu nedoplatku z ročného zúčtovania cez internetbanking.

Tento benefit pre svojich klientov zdravotná poisťovňa Dôvera už pripravuje. Poistenci budú môcť realizovať svoje úhrady cez TATRAPAY, SPOROPAY, VUBPAY a Platbu kartou, predpokladám už v roku 2010.

ŠTATISTIKA PODÁVANIA RZ ELEKTRONICKY

Analýza údajov o podávaní RZ elektronicky slúži zdravotnej poisťovni k:

- získaniu prehľadu o využívaní elektronického podania RZ
- odhaleníu chýb a nedostatkov tejto formy podávania RZ
- zdokonaľovaní a skvalitňovaní poskytovania tejto služby

1. Štatistika sumáru dohôd k elektronickým RZ za rok 2009

Sumár obsahuje dohody, ktoré boli odsúhlasené alebo neodsúhlasené pri podávaní elektronického RZ za rok 2009. Je zobrazený v:

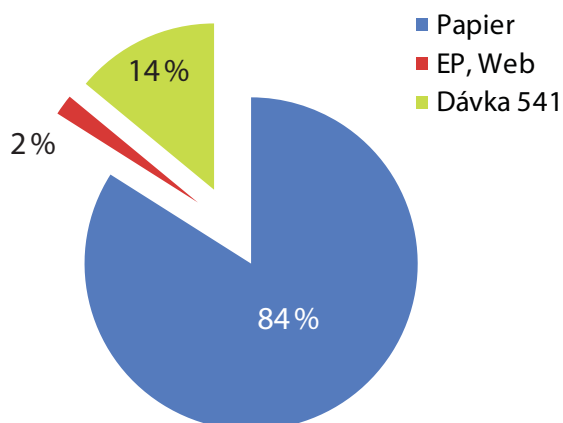
- a) absolútnych počtoch, t.j. každá dohoda je zarátaná, bez ohľadu na duplicitu poistencov

Prístup	Súhlas všetky	Nesúhlas všetky	Nepodané RZ všetky	Pokusy o podanie všetky	Úspešné podania všetky
EP	2 490	159	1 817	832	724
WEB	7 626	425	4 247	3 804	3 357

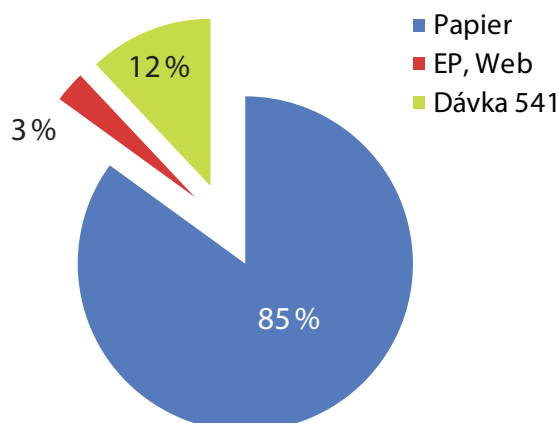
- b) relatívnych počtoch, t.j. každý poistenec je započítaný do príslušnej položky iba raz, bez ohľadu na počet dohôd

Prístup	Súhlas poistenci	Nesúhlas poistenci	Nepodané RZ poistenci	Pokusov o podanie poistenci	Úspešné podania poistenci
EP	1 594	131	970	755	654
WEB	5 872	387	2 774	3 485	3 066

Graf 1: Ročné zúčtovanie 2008 podľa formy podania



Graf 2: Ročné zúčtovanie 2009 podľa formy podania



2. Štatistika RZ 2008 za poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera podľa jednotlivých foriem podania

Z celkového počtu 80 473 ročných zúčtovaní bolo podaných:

- 84 % v papierovej podobe
- 14 % v elektronickej podobe dávku 541 zamestnávateľa za svojich zamestnancov
- 2 % elektronickou formou poistenci, ktorí si robili RZ sami

3. Štatistika RZ 2009 za poistencov, ktorí boli v roku 2009 poistencami zdravotnej poisťovne Dôvera a Apollo podľa jednotlivých foriem podania

Z celkového počtu 135 383 ročných zúčtovaní bolo podaných:

- 85 % v papierovej podobe
- 12 % v elektronickej podobe dávku 541 zamestnávateľa za svojich zamestnancov
- 3 % elektronickou formou poistenci, ktorí si robili RZ sami

Podľa percentuálneho vyjadrenia využívaných foriem podávania RZ je zrejmé, že služba elektronického podávania RZ je len málo využívaná poistencami, napriek tomu, že väčšina už má prístup k internetu. Preto je dôležité zo strany zdravotnej poisťovne prezentovať hlavne jej výhody, aby počet elektronicky podaných RZ vzrástol.

ZÁVER

Je všeobecne známe, že ročné zúčtovanie zdravotného poistenia je pre poistencov zaťažujúce, len málo kto tomu rozumie a dokáže si ho vykonať vo vlastnej réžii. Aj Združenie podnikateľov Slovenska je toho názoru, že elektronizácia systému zdravotných poisťovní je dôležitá a pomohla by preniesť časť administratívnej záťaže z poistencov na zdravotnú poisťovňu, ktorá by jednoduchým úkonom z informácií, ktoré má vo svojom vnútornom informačnom systéme o predpisoch a platbách, spolu s výpisom z daňového priznania, vedela vygenerovať ročné zúčtovanie zdravotného poistenia.



Elektronizácia v obchodnom styku je na vzostupe, a preto sa týmto smerom uberať aj zdravotná poisťovňa Dôvera. Tento spôsob komunikácie a poskytovania služieb svojim klientom bude určite do budúcnosti skvalitňovať a preferovať.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- Zákon 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov
- Vyhláška 239/2006 Z. z. v znení neskorších predpisov
- Vyhláška 13/2010 Z. z.
- Príručka k elektronickému podávaniu RZ
- Hospodárske noviny z 5.3.2010
- www.dovera.sk



Ing. Anna Vajdová je manažérkou odboru kontroly poistného v zdravotnej poisťovni Dôvera. Riadi kontrolórov, ktorí vykonávajú internú a externú kontrolu individuálnych a hromadných platiteľov poistného.

» kontakt

vajdova.anna@dovera.sk

Napísali ste nám



K hodnotiacej správe OECD (viď Zdravotná politika 10/2010) sme dostali reakciu MUDr. Anny Barákovéj z NCZI. Upozorňuje – aby sa predišlo nedorozumeniu – že pojem **stredná dĺžka života** je potrebné špecifikovať vo vzťahu k veku. Ďakujeme a upresňujeme: strednou dĺžkou života, ktorú v správe porovnávala OECD, sa rozumie **stredná dĺžka života pri narodení**.

Aké sú podľa Infostatu aktuálne údaje o strednej dĺžke života pre Slovenskú republiku?

- **Stredná dĺžka života pri narodení u mužov** bola v roku 2009: **72,1 roka**
- **Stredná dĺžka života pri narodení u žien** bola v roku 2009: **80,1 roka**
- **Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov u mužov** bola v roku 2009: **79,9 roka**
- **Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov u žien** bola v roku 2009: **84 rokov**



6th International Health Summit Prague, June 19–21, 2011

S potěšením Vám oznamujeme, že byla otevřena registrace na šestý ročník

INTERNATIONAL HEALTH SUMMIT

Nejvýznamnější mezinárodní konference ve střední Evropě věnované zdravotní politice a zdravotním systémům

Téma:

INOVATIVNÍ MODELÝ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB: ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI, BEZPEČÍ A KVALITY PRO PACIENTY

19. – 21. června 2011, hotel Pyramida v Praze

www.ihsummit.eu

Jak mají být organizovány a poskytovány zdravotní služby, aby přinášely prokazatelnou hodnotu v podobě měřitelných výsledků a zároveň byly bezpečné a přátelské k pacientům?

Jaké podmínky musí být splněny, aby mohly spontánně vznikat a prosazovat se inovativní a vysoce efektivní modely poskytování zdravotních služeb?

Připojte se ke dvěma stovkám delegátů z řad plátců a poskytovatelů zdravotních služeb, vzdělávacích a výzkumných institucí, státní správy a pacientských organizací z více než dvaceti zemí světa, které tyto klíčové otázky dneška zajímají.

Hlavní část konference se věnuje inovativním modelům poskytování a organizace zdravotních služeb. Tentokrát Vám přinášíme příklady takřka z celého světa: z Evropy, USA, Blízkého východu, Jižní Afriky, Chile i z Indie. Představíme Vám úspěšné mikrosystémy, které poskytují komplexní péči o chronicky nemocné pacienty, integrované systémy řízené péče, ale i poskytovatele vysoce specializované péče špičkové kvality za neuvěřitelně nízkou cenu.

Úvodní workshop se do hloubky zabývá strukturou holandského zdravotního systému, opakovaně hodnoceného jako jednoho z nejlepších na světě.

Paralelní pracovní skupiny na specializovaná aktuální témata tentokrát rozšiřujeme do dvou devadesátiminutových bloků. Více prostoru dostanou i panelové diskuse uzavírající jejich hlavní části, abychom dále posílili interaktivní ráz naší konference.

Jazykem summitu je čeština a angličtina. Simultánní tlumočení zajištěno.

Pořadatel: [Reforma zdravotnictví-forum.cz](http://Reforma-zdravotnictvi-forum.cz) ve spolupráci s americkým partnerem [The Governance Institute](http://The-Governance-Institute)

VYUŽIJTE NYNÍ PLATNÝCH **ZVÝHODNĚNÝCH CEN** A PŘIHLASTE SE JIŽ DNES NA WEBOVÝCH STRÁNKÁCH

WWW.IHSUMMIT.EU

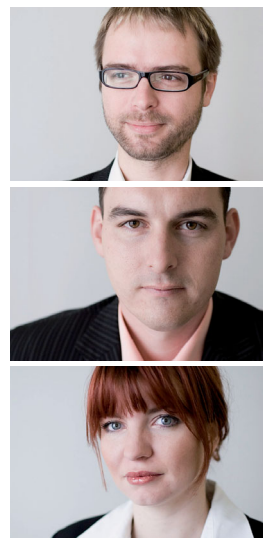
Těšíme se na setkání s Vámi!

MUDr. Tomáš Macháček
programový ředitel

Legislatívny seminár

„Budte pripravení na legislatívne zmeny v zdravotníctve!“

HPI
HEALTH POLICY
INSTITUTE



8. marca 2011 v Ponteo Activity Park Rusovce

Čas	Téma
9,00 – 10,45	Prijaté legislatívne zmeny v zdravotníctve a z nich vyplývajúce práva a povinnosti (novela 580/2004 Z. z., novela 581/2004 Z. z.)
11,00 – 11,45	Očakávané legislatívne zmeny
od 12,00	Obed spojený s diskusiou
Prednášajúci MUDr. Tomáš Szalay, Ing. Peter Pažitný, MSc., MUDr. Angelika Szalayová	



Cieľová skupina:

Cieľovou skupinou sú odborníci a ekonómovia zdravotných poisťovní, nemocníc, investorov, poskytovateľov, farmaceutických firiem, spoločností zaoberajúcich sa predajom zdravotníckych pomôcok a iných organizácií fungujúcich v sektore zdravotníctva, bánk či komerčných poisťovní.



Prínos programu:

V súčasnosti Slovensko opätovne prechádza legislatívnymi zmenami. Účastníci semináru sa oboznámia s prijatými ale aj pripravovanými legislatívnymi zmenami v slovenskom zdravotníctve a legislatívnymi zámerni slovenskej vlády. Účasťou na seminári sa účastníci budú môcť včas pripraviť a očakávané zmeny prijať a implementovať v svojej práci bez zdržaní a obmedzení.



Počet účastníkov:

Počet účastníkov je limitovaný na 40. Skôr prihlásení účastníci budú uprednostnení. Minimálny počet účastníkov je 20. V prípade, že sa na program prihlási menej ako 20 účastníkov, HPI si vyhradzuje právo program nerealizovať.



Cieľ:

Program dostatočne dopredu pripravuje účastníkov systému na legislatívne zmeny a vysvetľuje tie, ktoré už nastali.



Miesto konania:

Ponteo Activity Park Rusovce, Starorímska 1a, 851 10 Bratislava – Rusovce, www.ponteo.sk



Termín vzdelávania:

8. marca 2011 (utorok) od 9,00 hod do 14,00 hod



Cena programu:

Pri prihlásení **do 20. 2. 2011** je cena **99 € s DPH** na jedného účastníka.

Pri prihlásení **po 20. 2. 2011** je cena **149 € s DPH** na jedného účastníka.

Súčasťou ceny sú študijné materiály, náklady na prednášajúcich a vytvorenie prezentácií, náklady na prenájom miestnosti, občerstvenie, obed, náklady na organizáciu a administráciu programu.



Prihlásenie na program:

Prihlásiť na program sa môžete vyplnením online prihlášky, ktorú nájdete na www.hpi.sk.



V prípade ďalších otázok týkajúcich sa seminára kontaktujte:

Simona Frisová, Health Policy Institute, Hviezdoslavovo námestie 14, 811 02 Bratislava, Tel: (+421) 911 596 050, Fax: (+421) 2 207 11 962, frisova@hpi.sk, www.hpi.sk