

**OBSAH**

**EZP: Obeť Ficovej reformy zdravotníctva**

**Skok vo výkonnosti: z 57 % na 62 % priemernej výkonnosti OECD**

**Audio/video v čakárni ambulatného lekára**

**Česká vláda schválila vecné riešenia reformných zdravotníckych zákonov**

**Zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti sa osvedčili**

**Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať?**

**Poľsko, reforma zdravotníctva**



Foto: [www.rock-on-rock-on.com](http://www.rock-on-rock-on.com)  
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

**Into Balance**  
newsletter  
o zdravotnej politike

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

Tel: +421 2 5464 3051  
Fax: +421 2 5464 3053  
E-mail: [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk)

## EZP: Obeť Ficovej reformy zdravotníctva

**Odchod Európskej zdravotnej poisťovne (EZP) z trhu považujeme za dôsledok naplnenia vládnej stratégie budovať monopolné štátne zdravotníctvo.**

Vláda sa vlni v máji rozhodla pre dláždenie cesty k jednej verejnoprávnej poisťovni. Prvým významným krokom na tejto ceste bolo schválenie zákona, ktorým sa zakázala výplata zisku akcionárom a prevádzkové náklady poisťovne boli obmedzené na 3,5 % z poistného. (Obmedzenie prevádzkových nákladov doľahlo najťažšie na najmenšiu poisťovňu, pretože časť nákladov na prevádzku zdravotnej poisťovne je fixných a nezávisí od počtu poistencov – napr. informačný systém.)

Akciónár EZP sa odvoláva na zásadnú zmenu podmienok podnikania oproti obdobiu, keď vstúpil do odvetvia. Rozhodnutie opustiť slovenský trh verejného zdravotného poistenia je z tohto pohľadu pochopiteľnou stratégiou. Zrušenie a likvidácia poisťovne navyše zlepšujú východiskovú pozíciu akcionára EZP pred očakávanou arbitrážou.

Vývoj v EZP označilo ministerstvo zdravotníctva vo svojom oficiálnom stanovisku za dôkaz, že „legislatíva prijatá za predchádzajúcej vlády je nastavená v neprospech občana.“ Ministerstvo si tak zamenilo príčinu a následok. **EZP neodchádza z trhu kvôli legislatíve prijatej za predchádzajúcej vlády, ale za súčasnej vlády.** Keďže dôsledky (pravdepodobne) prehranej arbitráže budú znášať občania, tvrdenie má správne znieť: „**Legislatíva prijatá za súčasnej vlády je nastavená v neprospech občana.**“

Ako rozumieť rozhodnutiu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o prevode poistného kmeňa EZP do Spoločnej zdravotnej

poisťovne? **Vďaka novele zákona z dielne vládnych poslancov môže vláda kedykoľvek odvolať predsedu Úradu pre dohľad, a to aj bez udania dôvodu. Prevod poistencov do súkromnej poisťovne by bol v rozpore s vládnym zámerom budovania štátneho zdravotníctva...**

### AKO SA TÁTO ZMENA DOTKNE POISTENCOV?

Bezprostrednou zmenou pre poistencov bude výmena preukazu poistenca a zmena čísla účtu, kam posielajú odvody. Poistenci stratia niektoré výhody, ktoré im ponúkala EZP (napr. dvojitá kapitácia) a musia sa pripraviť na odlišnú sieť zmluvných poskytovateľov. Ak nebudú spokojní v Spoločnej zdravotnej poisťovni, do ktorej ich Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou prevedie, v prestupnom termíne do 30. 9. 2008 si môžu vybrať inú poisťovňu, v ktorej budú poistení od nasledujúceho roka.

Považujeme za dôležité dodať, že samotná likvidácia zdravotnej poisťovne sa nedotkne daňových poplatníkov (na rozdiel napr. od likvidácie ZP Perspektíva). **Reforma zdravotníctva zabezpečila, že prípadnú stratu spojenú s podnikaním vo verejnom zdravotnom poistení znáša akcionár zdravotnej poisťovne, nie zdravotníctvo resp. občania. A na rozdiel od ministerstva zdravotníctva sa HPI domnieva, že takto nastavený systém je správny a spravodlivý. Treba ho zlepšovať pre budúcnosť, nie vracat' do minulosti.**

**PETER PAŽITNÝ  
TOMÁŠ SZALAY**

článok bol publikovaný  
v *Hospodárskych novinách* 7. 5. 2008

### ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?



Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025, vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk za tlačенú verziu  
118 Sk za elektronickú verziu

### ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY



2008 – 2011, vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk za tlačенú verziu  
118 Sk za elektronickú verziu

objednávky posielajte na [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)

3. marca predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh novely vyhlášky o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

## MONITORING MAREC 2008

4. marca začala Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP) rokovania so zástupcami všetkých vyšších územných celkov a Asociáciou nemocníc Slovenska o ďalšom pôsobení zdravotníckych zariadení, ktoré pri podpisovaní zmlúv zaradila do tzv. druhej skupiny. V zmluvách s týmito zariadeniami VŠZP od začiatku roka zredukovala rozsah objednanej zdravotnej starostlivosti a zmluvy podpísala len do 30. júna 2008.

10. marca predložila podpredsedníčka KDH a poslankyňa Mária Sabolová novelu zákona o zdravotnej starostlivosti do parlamentu. Vo svojom návrhu žiada zmeny v systéme výmenných lístkov.

11. marca vydala Sekcia ambulantných psychiatrov Slovenskej lekárskej únie špecialistov vyhlásenie, v ktorom odmietla odborné usmernenie ministerstva zdravotníctva ohľadne výmenných lístkov.

12. marca po rokovaní vlády informoval minister zdravotníctva, že jeho rezort v súčasnosti potrebuje minimálne 100 mil. eur (viac ako 3,23 mld. Sk) na informatizáciu rezortu, ktorá by podľa neho mala zefektívniť celý systém.

# Skok vo výkonnosti: z 57 % na 62 % priemernej výkonnosti OECD

Extrémne silný ekonomický rast posunul Slovensko v rebríčku výkonnosti. OECD zverejnila údaje o HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily (to je zaužívané meradlo pri porovnávaní ekonomickej výkonnosti krajín). Výkonnosť slovenskej ekonomiky priam skočila z úrovne 57 % priemernej výkonnosti štátov OECD (ale podobne aj štátov eurozóny) na 62 % v roku 2007. Nikdy predtým slovenská ekonomika nedosiahla taký značný posun za jeden rok (Graf 1). Tento úspech vznikol súbehom dvoch faktorov:

- **Silný rast HDP** znamenal nárast HDP na obyvateľa v domácej mene z 307 tis. Sk na 343 tis. Sk. Je to rast o 11,6 %.

- Priaznivo sa vyvíjal aj **paritný kurz**, ktorým sa hodnota v domácej mene prepočítava do medzinárodne porovnateľnej kategórie. Z Grafu 2 možno vyčítať, že od roku 2004 je paritný kurz podstatne stabilnejší ako predtým. V roku 2007 dokonca hodnota paritného kurzu medziročne mierne klesla a dosiahla hodnotu 17,05 SKK za 1 USD podľa parity kúpnej sily (PKS).

Ak hodnotu HDP na obyvateľa 343 tis. Sk prepočítame paritou kúpnej sily, dostávame hodnotu približne **20 100 USD na obyvateľa podľa PKS** (za rok 2006 vychádza podobným výpočtom hodnota 17 900).

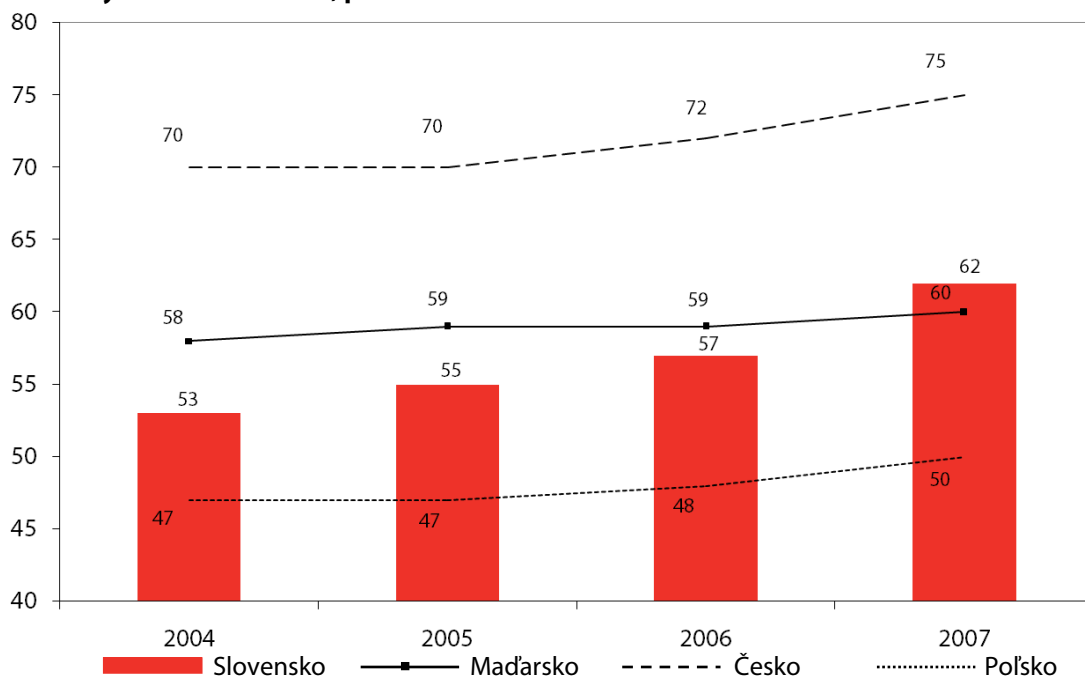


Vyrovňovanie úrovne výkonnosti hospodárstva SR a OECD (či eurozóny) by sa malo pozitívne prejavovať aj na zblížovaní životnej úrovne. Zbližovanie životnej úrovne však bude pomalšie ako zbližovanie výkonnosti ekonomík. Značný je už východiskový rozdiel: relácia SR k eurozóne pri tvorbe HDP/obyvateľa sa v roku

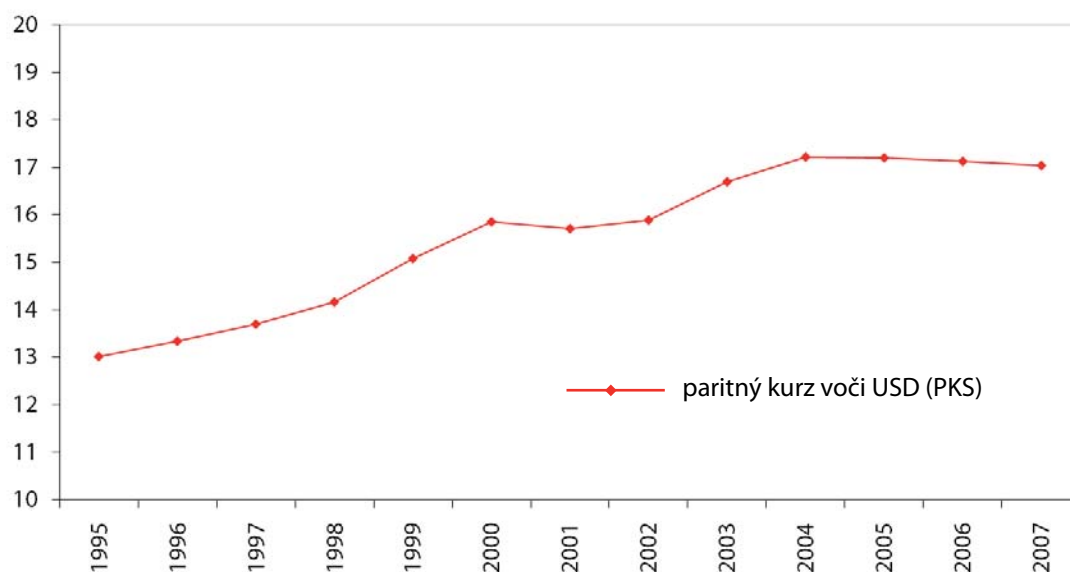
2007 rovnala spomínaným 62 %, pritom relácia v úrovni reálnych miezd dosahovala len úroveň asi 44 % (tiež údaj OECD). Stredno- a dlhodobé tempá rastu reálnych miezd budú pravdepodobne zaostávať za tempom rastu HDP. Preto ešte dlhšiu dobu pretrvá (aj keď sa zmenší) disproporcja medzi dosiahnutou úrovňou výkonnosti a dosiahnutou mzdovou úrovňou. **V úrovni HDP na obyvateľa sa slovenská ekonomika podstatne rýchlejšie priblíži k najvyspelejším ekonomikám ako v úrovni reálnych miezd.**

KAROL MORVAY

Graf 1: Výkonnosť štátov V4, priemer OECD= 100



Zdroj: OECD, 2008

**Graf 2: Vývoj parity kúpnej sily (paritný kurz voči USD)**

Zdroj: OECD, 2008

## Krátko o aktuálnych tendenciách

• V apríli OECD zverejnila jednu zo svojich základných štatistických publikácií OECD Factbook 2008. Jednu kapitolu v nej venovala zmenám v produktivite. Vyplýva z nej, že slovenská ekonomika patrila v uplynulých rokoch k lídrom v raste produktivity vyjadrenej ako vytvorený HDP za pracovnú hodinu. Takto vyjadrená hodinová produktivita rástla v období 2001- 2006 najrýchlejšie na Slovensku, v Česku, Maďarsku a v Kórei (všade v priemere cez 4% ročne). Slabý priemerný rast, menej ako 1% ročne, bol zaznamenaný v Taliansku, Španielsku, Mexiku, Novom Zélande, Portugalsku aj v Holandsku. Tento výsledok dáva Slovensku dobrú perspektívu pre zlepšovanie konkurencieschop-

nosti a dobiehanie výkonnosti ekonomicky najvyspelejších krajín.

• *Pomer medzi vývozom a dovozom farmaceutických výrobkov je naďalej veľmi nepriaznivý.* Nie je to však žiadne prekvapenie, ale logický dôsledok štruktúry trhu s farmaceutickými výrobkami. Vývoz farmaceutických výrobkov dosiahol v roku 2007 iba 21,6 % objemu ich dovozu. Ak dáme do pomeru objem dovozu a objem výdavkov domácností aj poisťovní na farmaceutické výrobky a lieky, vychádza hodnota približne 86 %. Znamená to veľmi vysokú dovoznú náročnosť.

KAROL MORVAY

**Tabuľka 1: Ukazovatele vývozu, dovozu a použitia farmaceutických výrobkov v SR**

	jednotka	2005	2006	2007
Dovoz farmaceutických výrobkov	mil. Sk	29 700,7	31 271,0	34 576,0
Vývoz farmaceutických výrobkov	mil. Sk	7 383,5	7 941,0	7 456,0
Pomer vývozu k dovozu	%	24,9	25,4	21,6
Výdavky domácností na farmaceutické výrobky	mil. Sk	3 100,0	3 600,0	4 100,0
Výdavky domácností na lieky na recept	mil. Sk	5 300,0	5 700,0	6 100,0
Výdavky poisťovní na liečivá na recepty vrátane A liekov	mil. Sk	24 900,0	28 700,0	29 900,0
Výdavky na zdravotníctvo spolu	mil. Sk	90 200,0	98 800,0	108 100,0
Dovoz farmaceutických výrobkov / celkové výdavky na zdravotníctvo	%	32,9	31,7	32,0
Dovoz farmaceutických výrobkov / výdavky na farmaceutické výrobky	%	89,2	82,3	86,2

Zdroj: Ministerstvo hospodárstva SR a Health Policy Institute, 2008

Poznámka: v pomeroch ukazovateľoch môžu vzniknúť nepresnosti z titulu odlišného oceňovania dovozu (FOB) a domácich výdavkov. Preto treba pomerové ukazovatele brať ako orientačné.

14. marca zverejnilo ministerstvo zdravotníctva Národný transplantačný program. Podľa MZ je Transplantačný program podfinancovaný.

18. marca schválil maďarský parlament vládný návrh, ktorým sa od 1. apríla rušia poplatky za lekárske vyšetrenie a pobyt v nemocnici.

18. marca predložilo ministerstvo zdravotníctva do skráteneho pripomienkového konania návrh novely vyhlášky o podrobnostiach ročného zúčtovania poisťného.

18. marca predložilo ministerstvo zdravotníctva správu, podľa ktorej celkový dlh v zdravotníctve dosiahol ku koncu minulého roka 8,074 mld. Sk. Za rok 2007 sa dlh prehlibil o 1,253 mld. Sk, čo predstavuje priemerný mesačný rast na úrovni 104 mil. Sk.

27. marca informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS), že ročné zúčtovanie poisťného za rok 2006 nepodalo 42 270 poisťencov.

Od 31. marca začali platiť lekárske obvody pre praktických lekárov, gynekológov a zubných lekárov.

31. marca zverejnil ÚDZS údaje o svojom hospodárení. Za uplynulý rok úrad hospodáril s prebytkom 499,3 mil. Sk.

31. marca odvolal maďarský premiér Ferenc Gyurcsány z funkcie ministerku zdravotníctva Ágnes Horváthovú.

31. marca informovala Union ZP, že vlni hospodárila so stratou 232 mil. Sk. Poisťovňa dosiahla v druhom roku svojho pôsobenia na Slovensku predpísané poisťné vo výške 6,037 mld.

## Ako „šetrí“ ministerstvo zdravotníctva verejné zdroje

Ministerstvo zdravotníctva deklaruje, že v minulom roku na liekoch ušetrilo 4,14 mld. Sk. Tento prepočet vychádza z toho, aké by pri dnešnej intenzívne rastúcej spotrebe boli náklady na lieky zo zdravotného poistenia, ak by nebola k 1. 1. 2007 znížená DPH na lieky z 19 na 10 % a urobená jednorazová plošná zmena cien na jar 2007, vychádzajúca z posilňovania koruny voči euru. V oboch týchto prípadoch pritom ide o nesystémové zmeny, ktoré nebude mať MZ možnosť opakovať – DPH sa

nemôže znižovať donekonečna, navyiac EÚ uvažuje o stanovení minimálnej hranice DPH pre lieky na 15 %, a v prípade zavedenia eura nebude možné premietiť do cien ani kurzové rozdiely. Odhladnuc od toho, ministerstvo by malo pochopiť, že 2,84 mld. z tejto sumy, ktoré tvrdí, že ušetrilo na DPH, v skutočnosti neušetrilo, len boli zaplatené z iných verejných zdrojov – deficitom v štátnom rozpočte.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka 1: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2005	2006	2007	2008 predikcia	2009 predikcia
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	6,6	8,5	10,4	7,0	5,5
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	6,5	5,9	7,1	6,5	6,0
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	0,5	4,1	0,7	0,6	1,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	17,6	8,4	7,9	5,1	5,0
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-4,5	-4,0	-0,5	0	-0,5
Miera medziročnej inflácie	%	2,7	4,5	2,8	3,5	3,9
Miera nezamestnanosti (výberové zisťovanie)	%	16,2	13,3	11,0	10,5	10,0
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	9,2	8,0	7,2	6,9	6,5
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	6,3	3,3	4,3	3,4	2,6
Zmena počtu pracujúcich	%	2,1	3,8	2,4	0,8	0,7

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

## Budú sa robiť guidelines?

Na webstránke ministerstva zdravotníctva bola do pripomienkového konania predložená *Koncepcia štandardných diagnostických a liečebných postupov*. Ide o dobre napísaný materiál. Samozrejme bude závisieť, do akej miery sa uvedená metodika v detailoch premietne do tvorby protokolov a akú budú mať výslednú kvalitu. **Častým problémom protokolov je totiž chýbanie jednoznačných diagnostických a terapeutických algoritmov, podľa ktorých sa môžu poskytovatelia orientovať.**

Hlavným a zásadným nedostatkom materiálu je **úplne chýbajúce zohľadnenie nákladovej efektivity** jednotlivých

diagnosticko-terapeutických postupov a **chýba tiež spôsob zohľadňovania dopadov na rozpočet** (resp. či si vieme financovanie danej starostlivosti dovoliť hrať z verejných zdrojov). Koncepciu ďalej **treba rozšíriť o popis procesu tvorby guidelineov** (kto vyberie prioritné oblasti, kto protokoly vypracuje, resp. aký bude výberový proces na autorský kolektív, kto a ako bude protokoly oponovať, kto ich tvorbu zaplatí, ako dlho bude trvať výroba, kedy sa budú revidovať, nakoľko budú pre lekárov záväzné...). V každom prípade, ak sa naozaj začne pracovať podľa tohto dokumentu na guidelineoch, po dlhšom čase to bude jeden rozumný krok v zdravotnej politike.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

## Míľniky k euru

Slovenská ekonomika v čisto kvantitatívnej rovine splnila konvergenčné kritériá pre prijatie eura. Znamená to, že číselné hodnoty piatich sledovaných parametrov (inflácia, dlhodobé úroky, verejný dlh, deficit verejných financií, výmenný kurz) sa dostali do stanoveného intervalu. Teraz musí slovenská ekonomika obstáť aj pri hodnotení v kvalitatívnej rovine. Možno očakávať diskusiu s orgánmi EÚ o tom, ako spoľahlivo a udržateľne boli kritériá splnené. Originalitou slovenskej ekonomiky je dlhodobé a výrazné posilňovanie domácej meny v procese prípravy na vstup do eurozóny. S týmto javom orgány EÚ nemajú dostatočné skúsenosti a možno práve preto bude diskusia ešte zaujímavejšia. Reprezentanti slovenskej ekonomiky budú musieť presvedčať o tom, že posilňovanie meny nie je hlavným protiinflačným faktorom pre Slovensko a že po zafixovaní kurzu nedôjde k prudkému oživeniu inflácie. Výsledok tejto diskusie možno očakávať už v máji.

KAROL MORVAY



## Audio/video v čakárni ambulantného lekára

Pri diskusii s lekármi na jednom z modulov *Health Management Academy* sme diskutovali o snahe spríjemniť čakanie pacientov v čakárni lekárskeho ambulancii pomocou reprodukovanej hudby alebo videa (napr. detské rozprávky). Podľa zákona ide o verejné prevádzkovanie diela chráneného autorským zákonom. Otázkou teda je, ako to urobiť lege artis.

V zmysle autorského zákona (618/2003 Z. z.) je prevádzkovateľ povinný vysporiadať odmeny za verejný prenos trom subjektom a to (1) autorom, (2) výkonným umelcom a (3) výrobcom zvukových a zvukovo-obrazových záznamov.

Aby takýto mechanizmus nebol pre svoju komplexnosť (napr. množstvo rôznych zainteresovaných umelcov) nevykonateľný, autorov zastupujú kolektívni správcovia autorských práv, ktorí administrujú úhrady za verejné prevádzkovanie diel. Situáciu popísanú v úvode riešia paušálnymi zmluvami za rádovo stovky korún ročne, niektorí kolektívni správcovia majú zmluvy na webe.

V čom je problém? Že organizácií kolektívnej správy (OKS) pôsobí v každej krajine hneď niekoľko a v niektorých prípadoch k niektorému typu diel spravujú len časť autorských práv. Tým sa situácia pre poctivého prevádzkovateľa stáva menej prehľadnou.

„Každá OKS spravuje práva len vo vybraných odboroch (t. j. len vo vzťahu ku konkrétnym predmetom ochrany a spôsobom použitia), čo vyplýva z udelených oprávnení

vydaných Ministerstvom kultúry SR,“ vysvetľuje Nataša Slavíková, generálna riaditeľka sekcie médií a audiovizie na ministerstve kultúry. „Z toho vyplýva, že v konkrétnom prípade sú len niektoré OKS príslušné udeľovať súhlas na použitie konkrétneho predmetu ochrany. Navyše to tiež nevyklučuje, že jednotlivé OKS stanovia vo svojom sadzobníku odlišné výšky odmien.“

Ani uzatvorené zmluvy a zaplatené poplatky teda nemusia automaticky znamenať, že verejný prenos diela bude právne čistý: na časť autorských práv s daným CD alebo DVD treba uzatvoriť zmluvu aj s inou OKS. Nie vždy sa to dá zistiť priamo z nosiča.

„Každopádne platí, že používateľ musí mať uzatvorené zmluvy resp. uhrádzať primeranú odmenu všetkým OKS, ktoré spravujú práva ku konkrétnemu použitiu predmetu ochrany,“ zdôrazňuje Slavíková. „Z uvedeného dôvodu je potrebné presne špecifikovať, o použitie ktorých predmetov ochrany ide a tiež overiť, či konkrétna OKS spravuje práva k týmto predmetom ochrany.“

Komplikovanosť tejto problematiky priamo motivuje k obchádzaniu Autorského zákona. V prípade porušenia autorského zákona čaká prevádzkovateľa trestné stíhanie za trestný čin podľa § 283 Trestného zákona alebo správne konanie za priestupok podľa § 32 zákona č. 372/1990 Zb. V oboch prípadoch sa posudzuje i úmysel. Preto odporúčame (aspoň sa pokúsiť) dodržiavať autorský zákon a uzatvoriť paušálnu zmluvu s jednou z OKS.

**TOMÁŠ SZALAY**

**Rámček: Organizácie, ktorým ministerstvo kultúry udelilo oprávnenie na výkon kolektívnej správy práv**

### **SOZA – Slovenský ochranný zväz autorský – [www.soza.sk](http://www.soza.sk)**

Manažuje najmä autorské práva k hudobným dielam, preto odporúčame kontaktovať v prípade záujmu o prehrávanie hudby v čakárni. Celoročný poplatok za čakáreň by sa mal pohybovať okolo 600 Sk + DPH. Úhrada vyplynie zo zmluvy, ktorej formulár sa nachádza na webovej stránke SOZA. Zväz však negarantuje, že v niektorých prípadoch pri niektorých konkrétnych dielach nebude potrebné kontaktovať napr. SLOVGRAM.

### **LITA – Autorská spoločnosť – [www.lita.sk](http://www.lita.sk)**

Zastupuje autorov. Telefonický odhad ceny pre čakáreň: riešenie za 300 Sk mesačne. Táto cena pritom nemusí byť definitívna, keďže LITA nespravuje práva výrobcov audiovizuálnych diel, čomu sa venuje napr. SAPA príp. SLOVGRAM. Návrh licenčnej zmluvy o použití diela verejným vykonaním je dostupný na webovej stránke LITA.

### **SAPA – Slovenská asociácia producentov v audiovizii – [www.sapa.cc](http://www.sapa.cc)**

Zastupuje výrobcov. V mnohých prípadoch majú producenti oprávnenie spravovať autorské práva k danému dielu (ale nie je to tak vždy). Informácie na webe sú zastaralé (inzerát z roku 2005, viac než rok nápis „na stránke sa pracuje“), nie je dostupná zmluva, problematiku je i telefonický kontakt s niekým kompetentným.

### **SLOVGRAM – Nezávislá spoločnosť výkonných umelcov – [www.slovgram.sk](http://www.slovgram.sk)**

Zastupuje výkonných umelcov a výrobcov (teda okrem autorov). Zmluva je na webe, odhadovaný ročný poplatok 1000 Sk.

### **OZIS – Ochranné združenie interpretov Slovenska – [www.ozis.sk](http://www.ozis.sk)**

Aj táto OKS má v licencií od ministerstva oprávnenie na kolektívnu správu práv o. i. pre verejné prenosy záznamu umeleckého výkonu. Zmluvy na webe chýbajú.

# Česká vláda schválila vecné riešenia reformných zdravotníckych zákonov

Česká vláda schválila na svojom zasadnutí 9. apríla 2008 všetkých 7 vecných zámerov zákonov, ktoré sú východiskom reformy českého zdravotníctva. Minister zdravotníctva Tomáš Julínek tak dostal od vlády zelenú na to, aby jeho rezort začal pracovať na paraagrafovom znení zákonov. Z diskusií, ktoré sa v Českej republike vedú o reforme zdravotníctva však vyplýva, že to minister zdravotníctva nebude mať s presadzovaním zmien vôbec ľahké. Z úst viacerých poslancov vládnych strán (najmä KDÚ-ČSL) zaznievajú výhrady voči niektorým zásadným zmenám. K tým najsprávnejším oblastiam patria transformácia zdravotných poisťovní a fakultných nemocníc na akciové spoločnosti a poplatky pre niektoré skupiny obyvateľstva. Pokiaľ o poplatkoch a transformácii poisťovní sa bude ešte diskutovať, minister zdravotníctva musel ustúpiť v otázke transformácie fakultných nemocníc, ktoré si musia zachovať neziskový charakter. Akokoľvek táto diskusia dopadne, reforma prináša množstvo ďalších zmien, ktoré majú svoj obrovský obsahový význam a zmysel pre zlepšenie českého zdravotníctva.

Reformné zákony sú rozdelené do dvoch hlavných oblastí – na oblasť zdravotného poistenia a oblasť posky-



tovania zdravotnej starostlivosti. Vecné riešenia zákonov vychádzajú z jasnej identifikácie najvýznamnejších nedostatkov, ktoré dnes vykazuje český zdravotný systém. V oblasti verejného zdravotného poistenia väčšina nedostatkov súvisí s postavením poistenca s nízkou vymoži-

teľnosťou nárokov a práv voči systému resp. zdravotným poisťovňam (viď **Tabuľka 1**). Logickým cieľom zákonov zo spomenu- tej oblasti je tieto nedostatky odstrániť a zásadne zlepšiť fungovanie verejného zdravotného poistenia tak, aby sa posilnila pozícia poistenca ako klienta systému (viď **Tabuľka 2**). Nevyhnutným predpokladom tohto cieľa je filozofická zmena

postavenia a povinností zdravotných poisťovní, z ktorých sa musia stať skutoční nákupcovia zdravotnej starostlivosti (viď **Tabuľka 2**). Nad bezpečným fungovaním systému verejného zdravotného poistenia bude dohliadať nezávislý Úrad pre dohľad na zdravotnými poisťovňami (ÚDZP). Oproti pôvodným plánom, však nebude postavenie a činnosť ÚDZP upravovať samostatný zákon, ale zákon o zdravotných poisťovniach.

MICHAL GAJZICA

**Tabuľka 1: Najväčšie nedostatky súčasnej právnej úpravy oblasti verejného zdravotného poistenia**

Právna úprava verejného zdravotného poistenia	Právna úprava zdravotných poisťovní
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedokonalá definícia nárokov poistencov</li> <li>• Nedostatočné zabezpečenie dostupnosti zdravotných služieb</li> <li>• Neefektívne vynakladanie prostriedkov</li> <li>• Neexistujúca ochrana poistencov</li> <li>• Nemožnosť legálnej kombinácie verejných a súkromných zdrojov</li> <li>• Nejednoznačná definícia finančných tokov</li> <li>• Chýbajúce sankcie pre neplatičov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neštandardná právna forma</li> <li>• Nedostatočné a nejasné vymedzenie podmienok pre vznik a zánik zamestnaneckých zdravotných poisťovní</li> <li>• Nedostatočne vymedzené podmienky fungovania</li> <li>• Nedostatočne upravené povinnosti voči poistencom</li> <li>• Nevhodné vymedzenie rolí a zodpovedností orgánov zdravotnej poisťovne</li> <li>• Neexistencia subjektu dlhodobozodpovedného za činnosť zdravotných poisťovní</li> <li>• Neodôvodnené rozdiely v právnej úprave postavenia a činnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne a zamestnaneckých zdravotných poisťovní</li> <li>• Nedostatočne upravený a nejasne vymedzený dohľad nad činnosťou</li> <li>• Prostredie mäkkých rozpočtových obmedzení.</li> </ul>

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva ČR, vecné návrhy zákonov o verejnom zdravotnom poistení a zdravotných poisťovniach

**Tabuľka 2: Hlavné ciele nových zákonov o verejnom zdravotnom poistení a zdravotných poisťovniach**

Zákon o verejnom zdravotnom poistení	Zákon o zdravotných poisťovniach
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Všeobecná dostupnosť zdravotných služieb</li> <li>• Oddelenie zmluvného poistenia od verejného zdravotného poistenia</li> <li>• Logická štruktúra zákona</li> <li>• Zabezpečenie súčasných nárokov poistencov pri prechode na nový systém</li> <li>• Definícia nárokov poistencov</li> <li>• Zabezpečenie dostupnosti zdravotných služieb</li> <li>• Efektívnejšie vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia</li> <li>• Ochrana poistencov</li> <li>• Možnosť legálnej kombinácie verejných a súkromných zdrojov</li> <li>• Odlíšenie odvodov na verejné zdravotné poistenie a poistného</li> <li>• Sankcie pre neplatičov</li> <li>• Zachovanie princípov súčasnej právnej úpravy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zlepšenie pozície poistencov</li> <li>• Presnejšia definícia povinností</li> <li>• Štandardná právna forma (a. s.)</li> <li>• Zachovanie verejného charakteru zdravotného poistenia</li> <li>• Zlepšenie organizácie a správy majetku zdravotných poisťovní</li> <li>• Jasné oddelenie troch aktivít zdravotných poisťovní (výber poistného, prerozdelenie, nákup zdravotnej starostlivosti)</li> <li>• Chronologické štruktúrovanie zákona</li> <li>• Transformácia a zánik existujúcich zdravotných poisťovní</li> <li>• Zavedenie alternatívnych zdravotných plánov</li> <li>• Prechod poistencov do nových zdravotných plánov</li> </ul>

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva ČR, vecné návrhy zákonov o verejnom zdravotnom poistení a zdravotných poisťovniach

V budúcom čísle *Into Balance* sa budeme venovať zákonom upravujúcim oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Naďalej budeme sledovať legislatívny proces prípravy šiestich reformných zákonov a všetkých ďalších dôležitých súvisiacich predpisov.

**Podľa MZ vraj prax ukázala, že akciová spoločnosť nevhodnou právnou formou pre zdravotné poisťovne**

## HPI: zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti sa osvedčili



Health Policy Institute (HPI) sa **zásadne nestotožňuje** s tvrdeniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ), že v prípade zdravotných poisťovní je akciová spoločnosť nevhodnou právnou formou.

Zdravotné poisťovne dnes nezaťažujú verejné financie svojimi dlhmi a plnia si svoje záväzky v lehote splatnosti. Ako akciové spoločnosti majú transparentné orgány, adresných vlastníkov, jasné pravidlá účtovníctva, podliehajú nezávislému auditu ako aj dohľadu regulátora.

Podľa MZ SR je odchod EZP z trhu dôkazom, že „legislatíva prijatá za predchádzajúcej vlády je nastavená v neprospech občana.“ Ministerstvo si tak zamieňa príčinu a následok. **EZP neodchádza z trhu kvôli legislatíve prijatej za predchádzajúcej vlády.** Ak odchod zdravotnej poisťovne z trhu podľa MZ neprospieva občanom, treba jasne povedať, že to bola **súčasná vláda**, ktorá v máji 2007 schválila cieľ vytvorenia jednej zdravotnej poisťovne postupným vytlačáním súkromných poisťovní. A to pritom v rozpore s programovým vyhlásením vlády („Vláda presadí také právne prostredie, v ktorom všetky zdravotné poisťovne budú mať rovnocenné podmienky bez ohľadu na ich právnú formu...“).

Akciónári súkromných zdravotných poisťovní podnikajú právne kroky na ochranu vložených investícií. Ak budú úspešní – čo je podľa HPI pravdepodobný scenár budúceho vývoja – **cenu za dôsledok legislatívnych zmien prijatých za súčasnej vlády zaplatia občania.** To nás oprávňuje k tvrdeniu, že legislatíva prijatá za súčasnej vlády je nastavená v neprospech občanov.

Považujeme za potrebné pripomenúť MZ skúsenosť, ktorú slovenské zdravotníctvo absolvovalo **v súvislosti s krachom ZP Perspektíva pred desiatimi rokmi.** Táto poisťovňa fungovala na „neziskovom“ princípe, nebola akciovou spoločnosťou, viedla „verejnoprávne“ účtovníctvo, nepodliehala nezávislému dohľadu. Na sklonku svojho pôsobenia zanechala zdravotníkom – a daňovým poplatníkom – dlhy za najmenej 2,5 mld. Sk.

Taktiež je potrebné pripomenúť, aká bola platobná disciplína zdravotných poisťovní pred ich transformáciou na akciové spoločnosti. **Záväzky zdravotných poisťovní po lehote splatnosti dosahovali k 31. 12. 2003 až 12,5 mld. Sk (!).** Dnes, v právnej forme akciových spoločností sú zdravotné poisťovne stabilizujúcim prvkom rezortu. Záväzky po lehote splatnosti k 31. 12. 2007: necelých 0,1 mld. Sk.

HEALTH POLICY INSTITUTE

# Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať?

HPI dňa 10.4.2008 usporiadal konferenciu o dlhodobom financovaní zdravotníctva s názvom *Zdravie je luxus. Vieme ako financovať?* Na konferencii vystúpili poprední zahraniční a slovenskí odborníci a politici. V našom newsletteri prinášame stručné zhrnutia ich príspevkov.

## MARTIN BARTO viceguvernér NBS

Vo svojej prednáške „Zdravotníctvo a finančná stabilita“ sa viceguvernér NBS zameril na definovanie finančnej stability a úlohy štátu v zdravotníctve. **Podľa neho je pri alokácii zdrojov vo všeobecnosti najefektívnejší trh a privatizácia zdravotníckych zariadení teda vytvára tlak na efektívnosť. Zároveň sú spotrebiteľia vystavení informačnej asymetrii a je nutné úsilie všetkých subjektov túto asymetriu zmenšovať.**

Podľa Barta rozhodnutia v zdravotnom systéme často trpia nedostatkom detailných a kvalitných dát za dostatočne dlhé časové obdobie. Za kľúčové preto považuje **vytvoriť mechanizmus zberu relevantných dát**, od ktorých závisí kvalita akéhokoľvek rozhodovania.

Ako perspektívu v zdravotníctve vidí **trojpilierový systém**, ktorý podľa neho dokáže čeliť výzve postupného starnutia populácie:

1. pilier – solidárny, zabezpečujúci základný štandard bez ohľadu na výšku príjmov, resp. odvodov
2. pilier – individuálny, zabezpečujúci vyšší štandard, veľký priestor pre zamestnávateľov, môže byť aj rodinne definovaný
3. pilier – dobrovoľný, poskytujúci nadštandard, na individuálnej či rodinnej báze

## FRANTIŠEK PALKO štátny tajomník MF SR

František Palko za hlavný cieľ vlády označil **zámer dosiahnutia dlhodobej udržateľnosti verejných financií** a splnenie fiškálneho kritéria pre vstup do eurozóny. Od roku 2010 bude hospodárenie verejnej správy bez vplyvu 2. dôchodkového piliera v prebytku a pri započítaní nákladov 2. piliera bude nulový deficit dosiahnutý v roku 2011 (Tabuľka 1).

Palko poukázal na tri problémové oblasti financovania zdravotníctva

- efektívnosť využívania obmedzených zdrojov
- vysoké výdavky na lieky
- rastúci dlh v zdravotníctve

Podľa údajov MF SR dosiahol dlh v zdravotníctve 8,1 mld. Sk, pričom najdynamickejšie rastie dlh štátnych zdravotníckych zariadení – až o 1,3 mld. Sk ročne (Graf 1).

Hlavné závery podľa štátneho tajomníka ministerstva financií:

- **štát by nemal umelo vstupovať do finančných vzťahov v rezorte formou oddlžovania,**
- riešenie zadlženosti v rezorte zdravotníctva prijatím adresných opatrení,
- riešenie stavu štátnych zdravotníckych zariadení,
- prijatie opatrení na zníženie výdavkov na lieky.

## LUCIE BRYNDOVÁ poradkyňa ministra zdravotníctva ČR

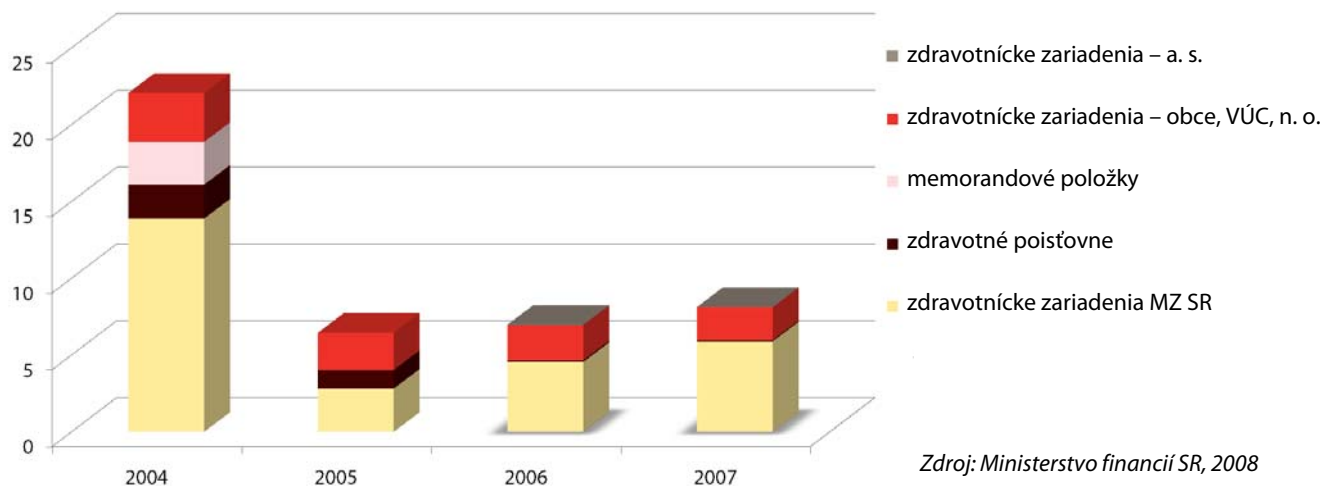
Podľa Lucie Bryndovej existujú okamžité a dlhodobé dôvody pre reformu financovania zdravotníctva v Českej republike. Plytvanie vzácnymi zdrojmi (odhad 20 mld. Kč), starnutie obyvateľstva a nové medicínske postupy (Graf 2).

Tabuľka 1: Deficit rozpočtu verejných financií a hrubý verejný dlh ako % z HDP

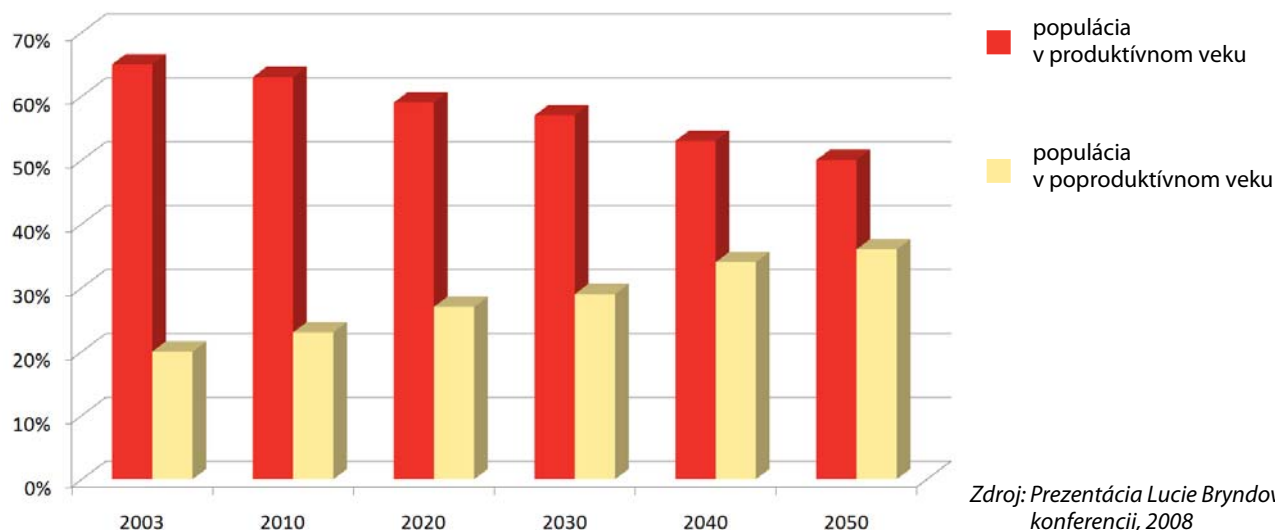
v % HDP	2003	2004	2005	2006	2007 E	2008 V	2009V	2010V	2011V
Deficit	2,7	2,4	2,8	3,7	2,2	2,0	1,7	0,8	0,0
Hrubý verejný dlh	42,4	41,4	34,2	30,4	29,4	29,2	28,2	27,1	25,2
Deficit(bez nákladov 2. piliera)	2,7	2,4	2,0	2,5	0,9	0,8	0,4	-0,5	-1,3

Zdroj: Ministerstvo financií SR, 2008

Graf 1: Dlh v slovenskom zdravotníctve v mld. Sk





**Graf 2: Prognóza štruktúry obyvateľstva Českej republiky**

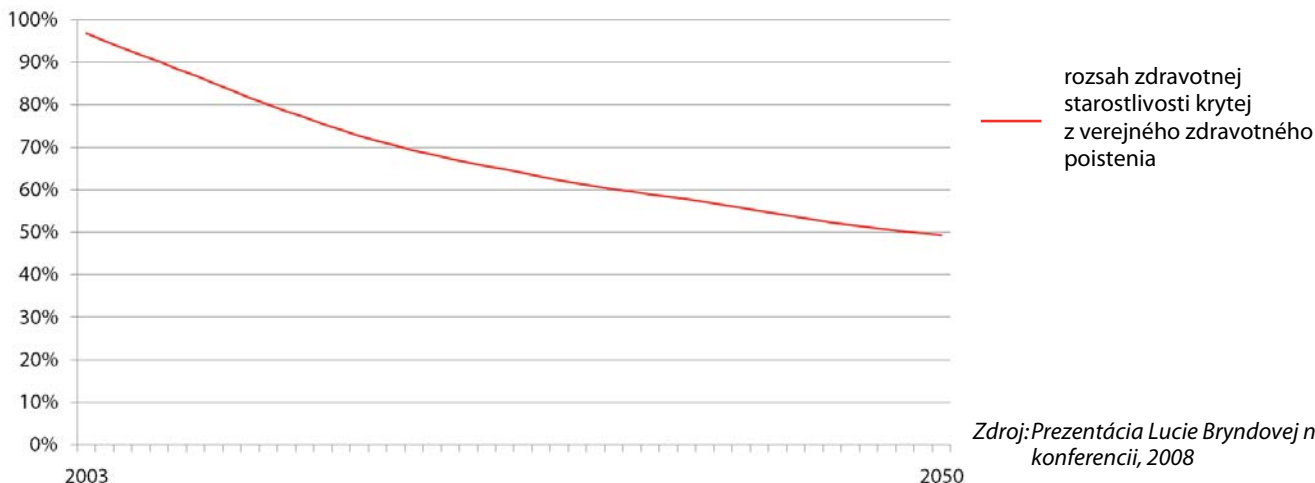
Pri dnešnom spôsobe výberu a využitia prostriedkov verejného zdravotného poistenia by podľa nej bolo možné v roku 2050 financovať len 50 % potrebnej zdravotnej starostlivosti (Graf 3).

Prioritou českej vlády preto je (1) zaviesť do systému motivácie k zvýšeniu efektívnosti, (2) zvýšiť prívod súkromných financií a (3) zvýšiť odolnosť financovania verejného systému voči starnutiu obyvateľstva (Tabuľka 2). Ak by ani tieto opatrenia nestačili, vláda je pripravená zahájiť diskusiu o obmedzení rozsahu, kvality, alebo dostupnosti zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.

#### GYULA KINCSES štátny tajomník MZ SR

Svoju prednášku začal Gyula Kincses výrokom, že **celá Európa sa zmieta v pasci získaných práv**. Rozhodujúcou otázkou budúcnosti podľa neho bude to, ako je možné zladit' zachovanie a zlepšenie konkurencieschopnosti na stále viac globalizovanom trhu s udržateľnosťou zdedených systémov blahobytu.

Poukázal na to, že zdravotný stav je primárne závislý od bohatstva štátu, od ktorého závisí úroveň výdavkov na zdravotníctvo. Oproti tomu druhotná je úloha kapacít zdravotníctva

**Graf 3: Dopady starnutia obyvateľstva na verejné zdravotné poistenie v Českej republike****Tabuľka 2: Priority a opatrenia českej vlády**

Priorita	Motivácie na zvýšenie efektívnosti	Zvýšiť prívod súkromných peňazí	Odolnosť systému financovania
Opatrenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definícia role zdravotnej poisťovne</li> <li>Zavedenie Úradu pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami</li> <li>Motivácia zdravotných poisťovní (transformácia na a.s., povolenie zisku)</li> <li>Zavedenie regulačných poplatkov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praktická definícia rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia</li> <li>Legálne doplatky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obmedzenie vplyvu starnutia na príjmy systému</li> <li>Zavedenie zdravotného sporenia</li> </ul>

Zdroj: Prezentácia Lucie Bryndovej na konferencii, 2008

(počet lekárov, počet nemocničných lôžok atď.) a aj ukazovateľov priamej životosprávy (spotreba tabaku, alkohol atď.). Preto zdravie podporujú najmä tie krajiny, ktoré popri zdravotnej politike vedú hospodársku politiku, ktorá podnecuje rast ekonomiky.

Podľa Kincsesa je potrebné **obnoviť ponímanie hraníc individuálnej a spoločnej zodpovednosti**. Medzi základné princípy podľa neho patrí:

- obnova správneho pomeru solidarity a subsidiarity,
- riadenie rizík na princípe solidarity je potrebné zúžiť na oblasti rizík prijatých spoločenstvom,
- zhodnotenie starostlivosti o seba.

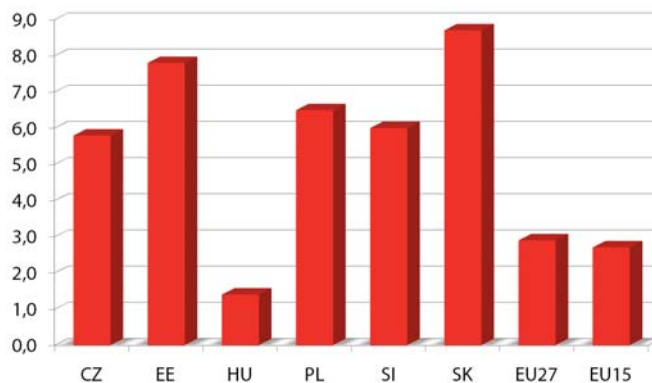
Na tieto princípy nadväzujú nástroje:

- rozdelenie rizík medzi jednotlivcom a spoločenstvom (co-payment),
- vylúčenie dobrovoľne prevzatých rizík bez spoločenského cieľa,
- zapojenie súkromného kapitálu (angažovanosť + riziko!) do organizovania verejného financovania.

**Bez rozdelenia rizík neexistuje individuálna zodpovednosť a systémy blahobytu sa stávajú nefinancovateľnými. Kľúčová je preto starostlivosť o seba.** Podľa Kincsesa je potrebné posilniť všetky úrovne a formy starostlivosti o seba:

- úroveň jednotlivca (zdravotná uvedomenosť, informovanosť, laická sebaopomoc atď.),
- úroveň laickej komunity (rodina, komunity, neziskové organizácie),
- celospoločenská úroveň (sektorovo neutrálny systém inštitúcií, vrátane aj podporeného, individuálneho sporenia).

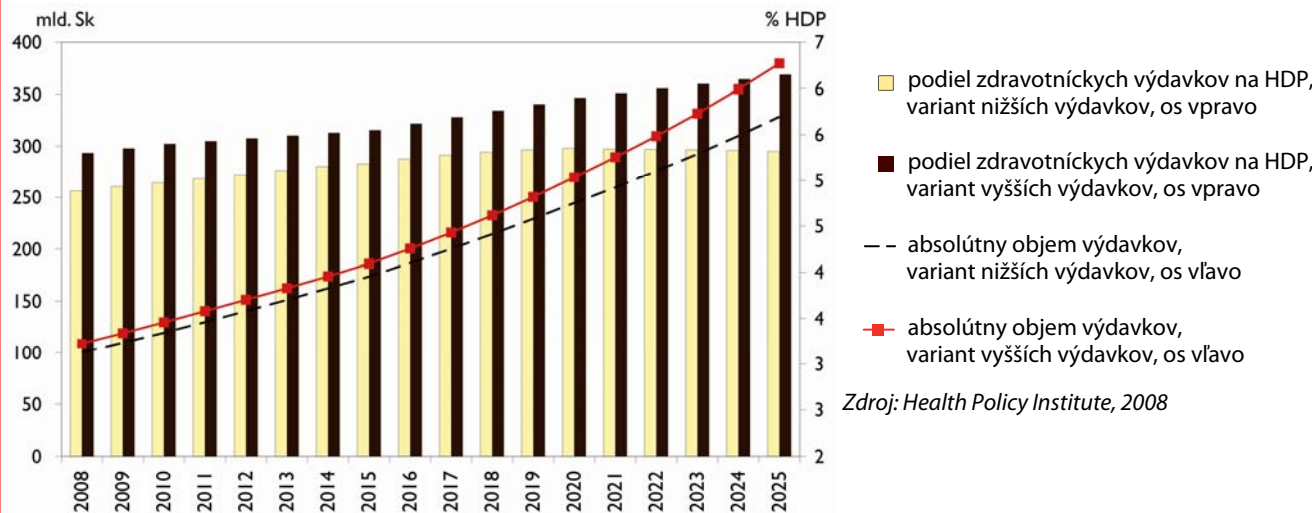
Graf 4: Rast hospodárstva v roku 2007



Zdroj: prognóza Eurostat, 2008

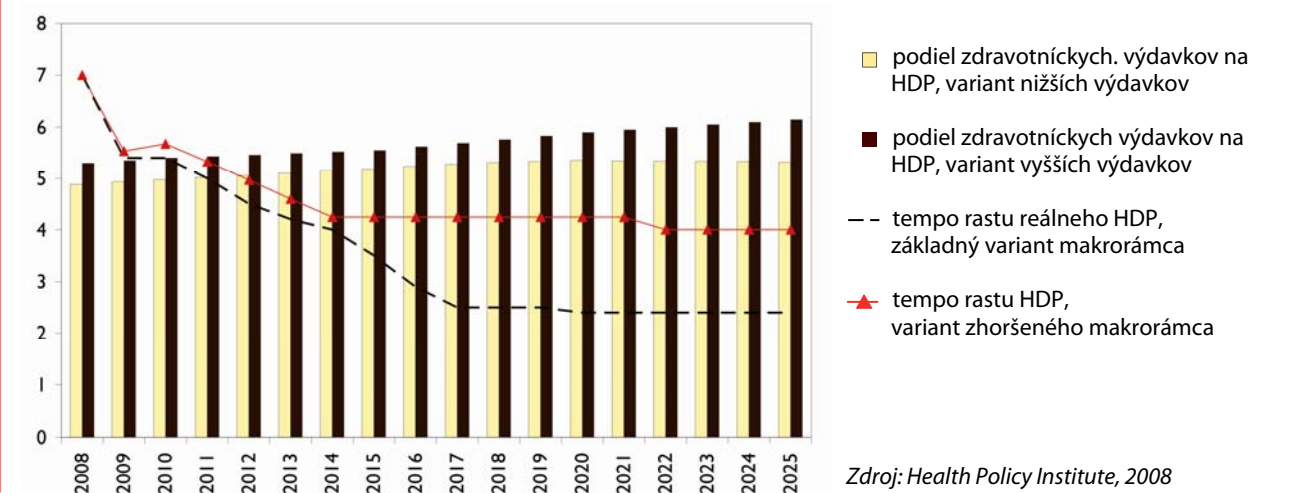
Okrem starostlivosti o seba Kincses dôležitú úlohu pripisuje aj sporeniu vopred a doplňujúcemu poisteniu. Podľa štátneho tajomníka **bude udržateľnosť systémov blahobytu v XXI. storočí najväčším problémom Európy**. Riešením môže byť iba udržanie solidarity a súčasné zosilnenie individuálnej zodpovednosti. Zásadnou otázkou bude, ako je možné konfrontovať obyvateľstvo so skutočnými výzvami a ako je možné dosiahnuť, aby akceptovali potrebné reformy. Zároveň si myslí, že zmena systému motivácií predpokladá získanie väčšieho priestoru pre súkromnú sféru vo vykonávaní spoločenských úloh.

Graf 5: Scenár nižších a vyšších výdavkov na zdravotníctvo, Slovensko



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Graf 6: Scenár základného a zhoršeného makrorámca ako rast HDP v %, Slovensko



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**KAROL MORVAY**  
senior analytik HPI

Podľa Karola Morvayho, ak sa dnešný systém financovania zdravotníctva na Slovensku nezmení, v nasledujúcich rokoch dôjde k otváraniu nožníc medzi príjmami a výdavkami, čoho dôsledkom bude v roku 2025 deficit vo výške 82,3 mld. korún za jediný rok (1,3 % HDP).

Na úvod Morvay predstavil štyri možné scenáre, v závislosti od vývoja výšky zdravotníckych výdavkov a výkonnosti ekonomiky (Tabuľka 3). Pripomenul, že silný rast ekonomiky, nemusí pri nezmenenom systéme financovania generovať dost zdrojov pre zdravotníctvo. V horizonte vízie podľa neho ešte nenastane demografická kríza, ale bariéra rastu zamestnanosti nastať už môže. Predpokladá dlhodobu striedmu fiškálnu politiku. Podľa Morvaya „Zhoršený makroekonomický rámec“ počíta so znížením atraktivity podnikateľského prostredia, s menej zodpovednou hospodárskou politikou a s objavením sa nedostatku pracovných síl.

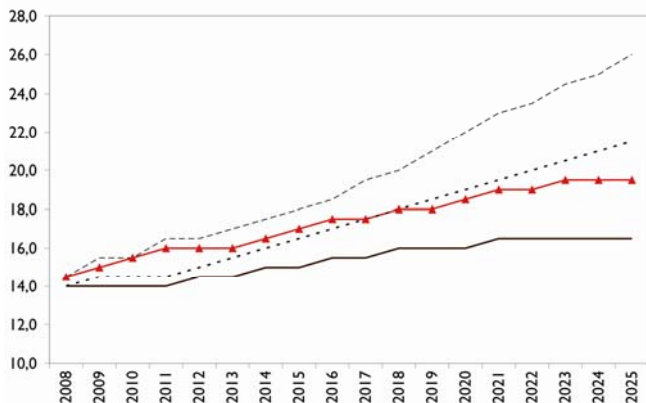
Následne predstavil 4 varianty financovania výdavkov na zdravotníctvo do roku 2025:

- zvýšenie poisťnej sadzby pre pracujúcu populáciu
- zavedenie odvodovej neutrality
- zvýšenie platby štátu za nepracujúcu populáciu
- zvýšenie súkromných zdrojov

**1) Vyššie odvody pre pracujúcich**

Jednou z možností je podľa analytika HPI zmena výšky odvodov v prípade zamestnancov a SZČO, čo by v dlhodobom horizonte viedlo k zvýšeniu sadzby poisťného až na úroveň takmer 20 percent. Bolo by preto možné očakávať odpor ekonomicky aktívnej verejnosti, pričom táto alternatíva je skôr zlučiteľná s politikou využívajúcou vyššiu mieru prerozdelenia.

**Graf 7: Poistná sadzba pri zvýšení bremena na pracujúcu populáciu v %**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**Tabuľka 3: Štyri scenáre vývoja pre varianty financovania v dlhodobom horizonte**

	Nižšie výdavky na zdravotníctvo	Vyššie výdavky na zdravotníctvo
Základný vývoj makrorámca	Najlepší scenár	Stredný scenár
Zhoršený makrorámec	Stredný scenár	Najhorší scenár

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

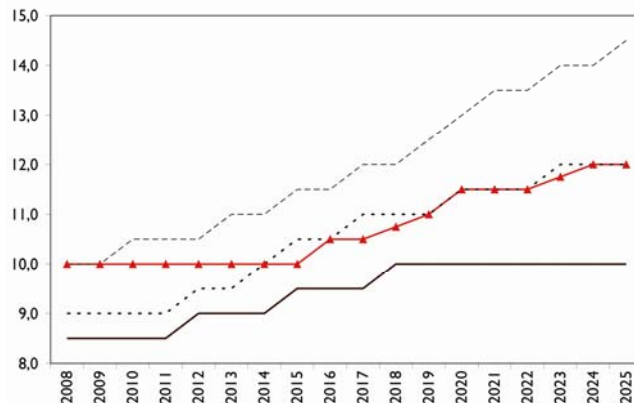
**2) Zavedenie neutrality odvodov**

Riešením môže byť aj zavedenie neutrality odvodov, ktoré sa neviaže k vyhranenému typu hospodárskej politiky a umožní znížiť poisťnú sadzbu tým, že rozšíri bázu, z ktorej sa odvody platia. Na začiatku by išlo o zníženie zo 14 % na 10 %, s postupným rastom na úroveň 12 % v cieľovom roku 2025. Vymeriavací základ pre dane a odvody by bol rovnaký. Ako však Morvay konštatoval, ide o technicky náročnú implementáciu a možný silný politický odpor od tých poberateľov príjmov, ktorí boli doteraz málo zaťažení alebo úplne nezatažení odvodmi.

**3) Zvýšenie platby štátu za nepracujúcu populáciu**

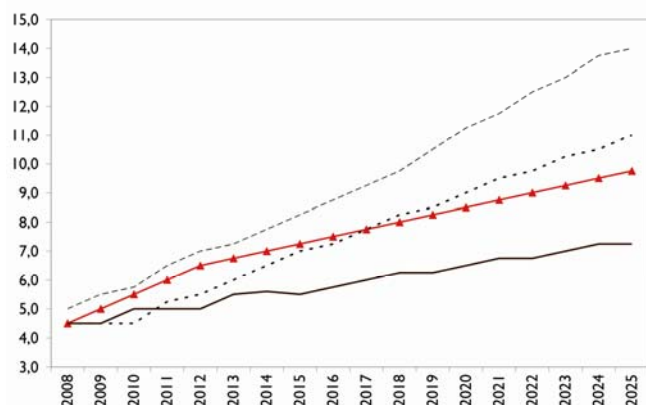
Pri zvýšení sadzby v platbe štátu za vymedzený okruh poisťencov Morvay dospel v závere prognózovaného obdobia (2025) k sadzbe viac ako dvojnásobnej v porovnaní s východiskovým obdobím (mesačná platba za poisťenca štátu 9,0 % oproti 4,5 % z priemernej mesačnej mzdy). Každá vláda tu však podľa neho bude stáť pred otázkou – kde ubrať zdroje pridané zdravotníctvu?

**Graf 8: Poistná sadzba pri posilnení odvodovej neutrality v %**



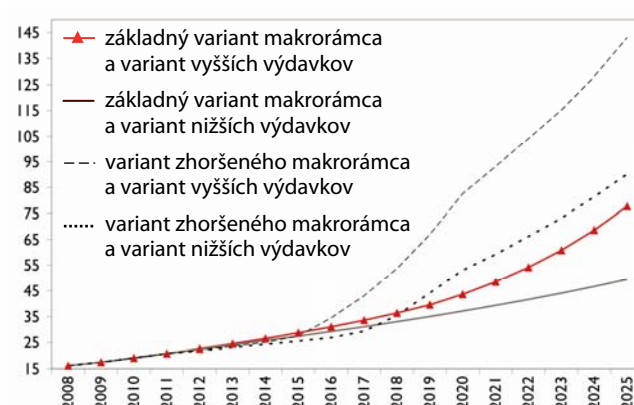
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**Graf 9: Poistná sadzba za poisťencov štátu v % priem. mzdy**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**Graf 10: Zvýšenie objemu súkromných zdrojov v mld. Sk**



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

**4) Zvýšenie objemu súkromných zdrojov**

Významným faktorom v prípade tejto alternatívy je fakt, že v závere horizontu prognózy (2025) by boli potrebné už viac ako 5-krát vyššie výdavky domácností ako vo východiskovej, nultej alternatíve. Takéto spoliehanie sa na zvýšenie čistých peňažných výdavkov domácností sa dá spojiť skôr s hospodárskou politikou zameranou liberálne, s minimom štátnych intervencií.

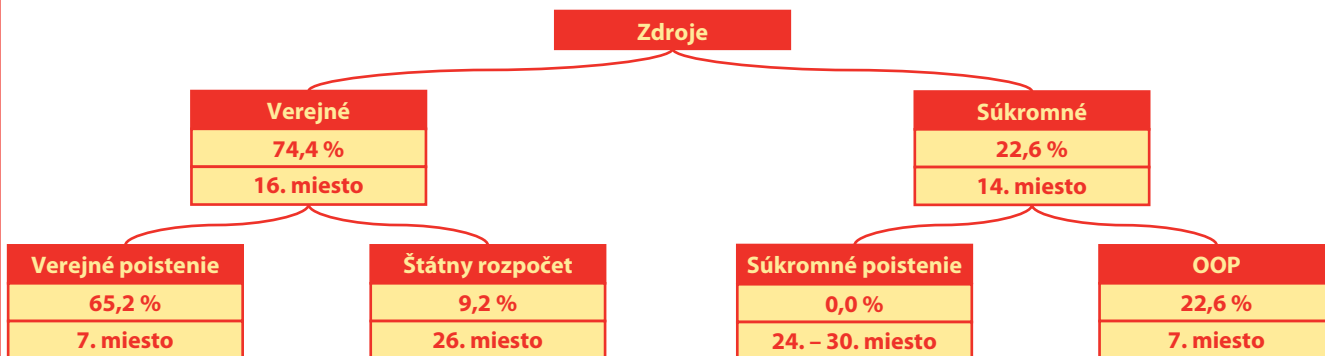
Podľa Morvaya si každá alternatíva vo svojej „čistej“ alebo nekombinovanej podobe žiada veľmi výraznú zmenu rozhodujúcich parametrov. Pri tvorbe kombinácií predložených alternatív je skok v parametroch menej výrazný.

**ĽUDOVÍT ÓDOR**  
člen bankovej rady NBS

Ľudovít Ódor poukázal na to, že čisto demografický scenár by na Slovensku indikoval nárast výdavkov na zdravotníctvo na 10 % z HDP v roku 2050 (zdroj AWG). Podľa neho sú brzdiacimi faktormi: „death-related costs“ a s otáznikom aj zvýšená efektivita. Výdavky budú tlačené smerom hore technológiami, príjmovou konvergenciou a dlhodobou starostlivosťou. Zároveň predpokladá, že nárast výdavkov na zdravotníctvo o 2 – 3 % z HDP v horizonte do roku 2050 je veľmi pravdepodobný.

Podľa Ódora sa výdavky na zdravotníctvo pravdepodobne výrazne zvýšia (aj napriek rezervám v efektivite), pričom dopyt je potrebné konfrontovať s trhovou cenou (minimálne štátne zdravotníctvo). **V budúcnosti vidí väčšiu úlohu daní a menšiu pre povinné poistenie. Príjmy z vyššej efektivity je podľa neho potrebné dať predovšetkým na investície a nezabúdať na prevenciu a transparentnosť.**

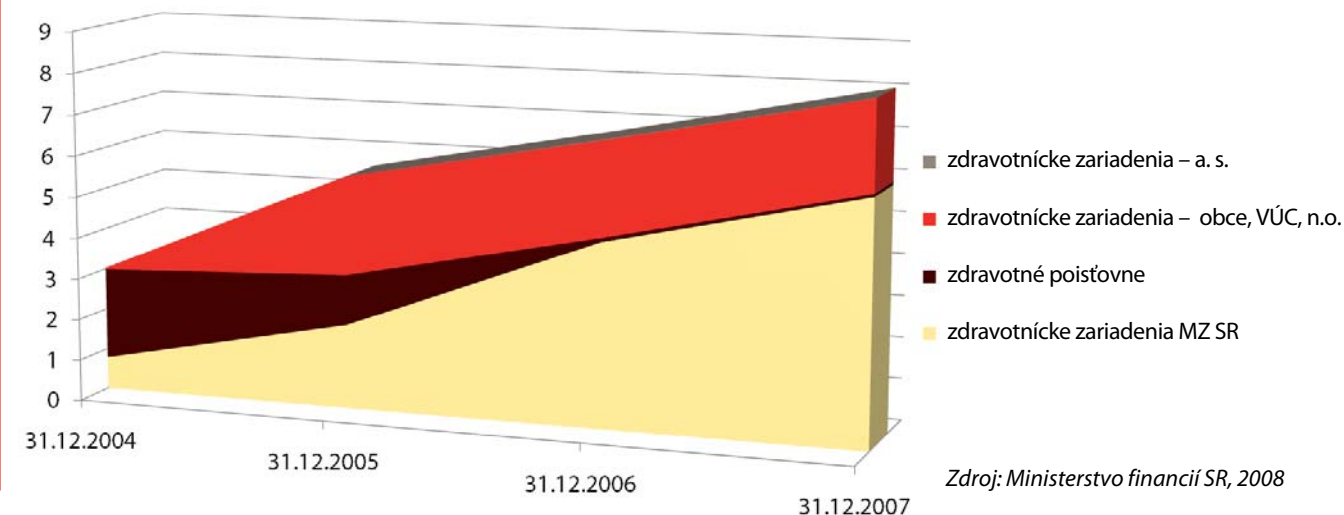
**Schéma 1: Štruktúra zdrojov financovania na Slovensku**



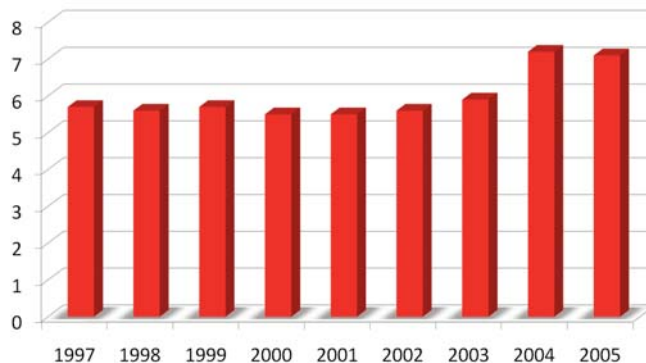
Poznámka: číslo v zátvorke udáva poradie v rebríčku krajín OECD; OOP = out-of-pocket, platby občanov

Zdroj: Prezentácia Viktora Novyzedláka, 2008

**Graf 12: Vývoj dlhu v slovenskom zdravotníctve v mld. Sk**



**Graf 11: Výdavky na zdravotníctvo v % HDP**



Zdroj: Prezentácia Viktora Novyzedláka, 2008

**VIKTOR NOVYSEDLÁK**  
analytik Inštitútu pre finančnú politiku MF SR

Na začiatku svojej prezentácie zhrnul súčasný stav:

- výdavky na zdravotníctvo na Slovensku v roku 2005 celkovo 7,1 % HDP (priemer OECD 9 %)
- z toho 75 % financovaných z verejných zdrojov (priemer OECD 72 %)
- nízky podiel zdravotníctva na veľkosti ekonomiky v porovnaní s krajinami OECD

Zároveň pripomenul, že roky 2003 – 2005 sú ovplyvnené Veriteľom v celkovej sume cca 20 mld. Sk (Graf 11).



Následne zhodnotil štruktúru zdrojov. Podľa neho je podiel verejných a súkromných zdrojov na úrovni priemeru OECD. V rámci verejných zdrojov prevažuje financovanie cez odvody a v rámci súkromných zdrojov reálne existujú len out-of-pocket platby (Schéma 1).

Podľa Novyzedláka majú na verejné financie pozitívny vplyv zdravotné poisťovne a lekárne. Naopak, negatívny vplyv, aj keď nezapočítavaný, majú poskytovatelia (Tabuľka 4).

Pri definovaní súčasných problémov podľa Novyzedláka MF SR zaujíma najmä finančný pohľad:

- Akumulácia nového dlhu – chýbajúce tvrdé rozpočtové obmedzenie, ziskovosť
- Vymeriavací základ pre SZČO – bulharská konštanta (2,14)
- Efektivita a úspešnosť výberu

V súčasnosti však podľa neho zdravotníctvo nepredstavuje pre verejné financie zásadný problém – 8 mld. Sk za tri roky = 0,4 % HDP (Graf 12).

Pri hodnotení dlhodobých projekcií formuloval svoje stanovisko nasledovne:

- Rast výdavkov je v dlhodobom horizonte ovplyvnený viacerými faktormi
- Hlavný faktor rastu výdavkov na zdravotníctvo nie je demografia
- Dlhodobé projekcie sú poznamenané neistotou
- Všetky prognózy naznačujú rastúci trend podielu výdavkov na HDP
- Tlak na verejné financie – problém dlhodobej udržateľnosti

Pripomenul, že nárast výdavkov podľa AWG reference scenario je síce 1,9 % HDP do roku 2050, avšak rozdiel v scenároch AWG je až 1,2 % HDP (Graf 13). Podobne pri dlhodobej starostlivosti je nárast výdavkov podľa AWG reference scenario 0,6 % HDP, pri rozdieloch medzi scenármi 0,6 % HDP (Graf 14).

Pri hľadaní riešenia pre financovanie zdravotníctva podľa Novyzedláka neexistuje univerzálny recept a v rôznych krajinách používajú rôzny finančný mix. Riešenie zvyčajne zohľadňuje konkrétnu situáciu a ciele politiky v danej krajine. Podľa neho sa môže opierať o štyri základné skupiny príjmov:

- Dane
- Verejné zdravotné poistenie
- Súkromné zdravotné poistenie
- Poplatky od občanov (OOP, out of pocket payments)

Za mimoriadne dôležitý označil **parameter spravodlivosti**. Podľa Novyzedláka je súčasný spôsob financovania **degresívny – viac zaťažuje nízkoprijemné skupiny** (Tabuľka 5).

Podľa názoru IFP je financovanie výlučne cez verejné zdroje limitované rozpočtovým obmedzením.

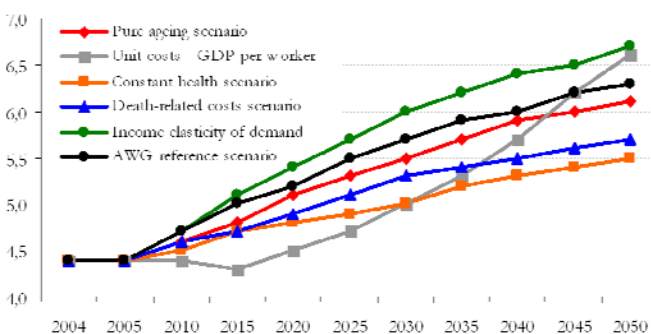
- **Zvyšovanie daní a odvodov:**
  - jedna z najnižších mier prerozdelenia vytvára pre to priestor
  - avšak práca je zaťažená relatívne vysoko
  - vysoko mobilný kapitál bude čoraz ťažšie zdaniť – tlak na znižovanie sadzieb daní (najmä DPPO)
- **Realokácia zdrojov v rámci rozpočtu VS**
  - efektívnejšie vynakladanie verejných zdrojov v rámci daného rozpočtového obmedzenia

Tabuľka 4: Vplyv zdravotníctva na verejné financie

	Poisťovne	Poskytovatelia	Lekárne
Hospodárenie	+	-	+
Zaradenie do sektora VS	áno	nie	nie
Dopad na hospodárenie VS	+ / neutrálny	implicitný dlh	nie

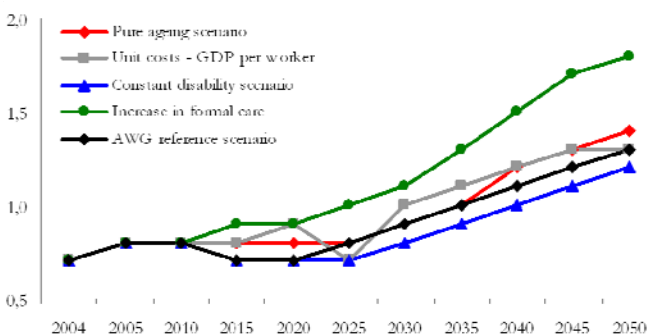
Zdroj: Prezentácia Viktora Novyzedláka, 2008

Graf 13: Scenáre AWG – zdravotná starostlivosť



Zdroj: AWG, 2006

Graf 14: Scenáre AWG – dlhodobá starostlivosť



Zdroj: AWG, 2006

Tabuľka 5: Spravodlivosť financovania

	Dane	Odvody	OOP	Pripoistenie
spravodlivosť	progresívne	degresívne	degresívne	degresívne**
solidarita vs. zásluhovosť	solidarita	solidarita*	zásluhovosť	zásluhovosť
využitie v SR	nízke	vysoké	vysoké	minimálne

\* Odvody majú charakter degresívnej dane – neexistuje väzba platba-benefit

\*\* Výška poisťného závisí do určitej miery od rizika nie od príjmu

Zdroj: Prezentácia Viktora Novyzedláka, 2008



Názor IFP na súkromné zdroje:

- zachovanie aspoň súčasného podielu bude zrejme nevyhnutné
- štruktúra súkromných zdrojov: pripoistenie vs. OOP je otázne
- kľúčová je previazanosť na zafinovaný solidárny balík hradený z verejných zdrojov
- nutnosť analýzy distribučných efektov
- súkromné poistenie ako doplnok áno, avšak nesúhlas s podporou cez daňový systém – silná nesolidarita, keď štát dotuje najmä poistenie bohatším (adverse selection)
- out-of-pocket platby účinné pri znižovaní nadmerného dopytu

Na záver svojho vystúpenia Viktor Novysedlák sformuloval nasledovné závery:

- Z fiškálneho pohľadu nepredstavuje zdravotníctvo v krátkodobom horizonte problém
- V strednodobom horizonte je tvorba implicitného dlhu v zdravotníctve negatívne riziko pre verejné financie
- Z dlhodobého hľadiska sa očakáva rast výdavkov a preto vzniká potreba dodatočných zdrojov – všetky scenáre vyprodukované AWG majú rastúci trend
- Možnosti zvyšovania daňového zaťaženia v budúcnosti sa javia ako obmedzené, preto bude musieť rásť (rovnomenne?) verejné aj súkromné financovanie
- Riešenie je zvyšovanie efektívneho vynakladania verejných zdrojov (úspory) a zvýšenie podielu súkromných zdrojov
- Spôsob financovania (váhy jednotlivých zdrojov financovania) je podmienený želanou mierou solidarity – zásluhovosti systému, čo je skôr otázka spoločenskej voľby než odborný problém

**TOMÁŠ MACHÁČEK**

poradca ministra zdravotníctva ČR

Zaujal svojou prezentáciou konceptu osobných zdravotných účtov ako súčasti verejného zdravotného poistenia. Citujúc Goodmana a Musgravea „zdravotná starostlivosť môže byť zadarmo alebo ľahko dostupná. Nikdy nie oboje“ predstavil prvé skúsenosti so zdravotnými plánmi s vysokou spoluúčasťou v USA.

Prvé výsledky sú podľa štúdie spoločnosti Mc Kinsey&Co z roku 2006 veľmi sľubné. Viac uvedomelých rozhodnutí. Zvýšené zapojenie spotrebiteľa: väčšie „vlastníctvo“ vlastného zdravia. Znížená spotreba. Zaangažovanie do celkového zdravia a pohody. Na druhej strane spotrebiteľia cítia nedostatok správnych informácií (cenové rozdiely) a nižšiu spokojnosť.

Hlavné dôvody pre účty zdravotného sporenia sú podľa Macháčka (1) významná spoluúčasť a (2) systematické dlhodobé zdravotno-sociálne výdavky na konci života. Implementáciu sporivých účtov je podľa neho potrebné urobiť v troch krokoch:

1. definovať štruktúru spoluúčasti
2. rizikovo oceniť príspevky
3. definovať procesný systém

Štruktúra spoluúčasti musí podľa neho spĺňať tri kritériá. Po prvé, jednoduchý „deductible“ nefunguje. Po druhé, musí zohľadniť distribúciu nákladov a pravdepodobností. Po tretie, musí byť jednoducho administratívne. Spoluúčasť sa pohybuje na rôznych úrovniach, pričom prípadné vysoké náklady sú kryté definovaním hranice „stop-loss“ (Tabuľka 6). Spoluúčasť tak podľa Macháčka predstavuje 32 % všetkých výdavkov na základný balík zdravotnej starostlivosti.

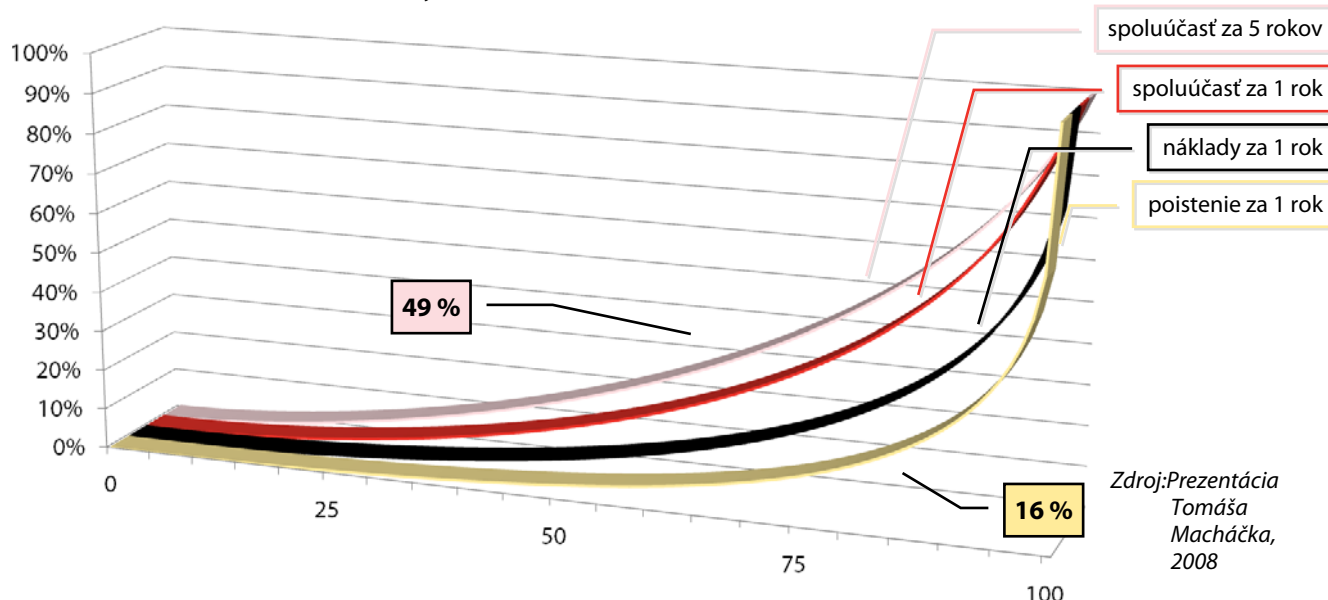
Následne prezentoval distribúciu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Podľa jeho prepočtov je Giniho koeficient pri meraní nákladov v jednom roku 0,8. Pri piatich rokoch už klesá na 0,46 (Graf 15). Pripomenul, že Giniho koeficient 0 znamená úplnú

Tabuľka 6: Štruktúra spoluúčasti v Macháčkovom modeli

Typ starostlivosti	Spoluúčasť
Ambulantná starostlivosť	50%, 500 Kč max
Lôžková starostlivosť	500 CZK na deň s vylúčením kritického stavu a pohotovosti
Lieky	Najprv 30 Kč, potom 30%
Zdravotnícke pomôcky	50%, 1000 Kč max
Stop-loss	Ročná suma rizikovo vážená plus 12 000 Kč

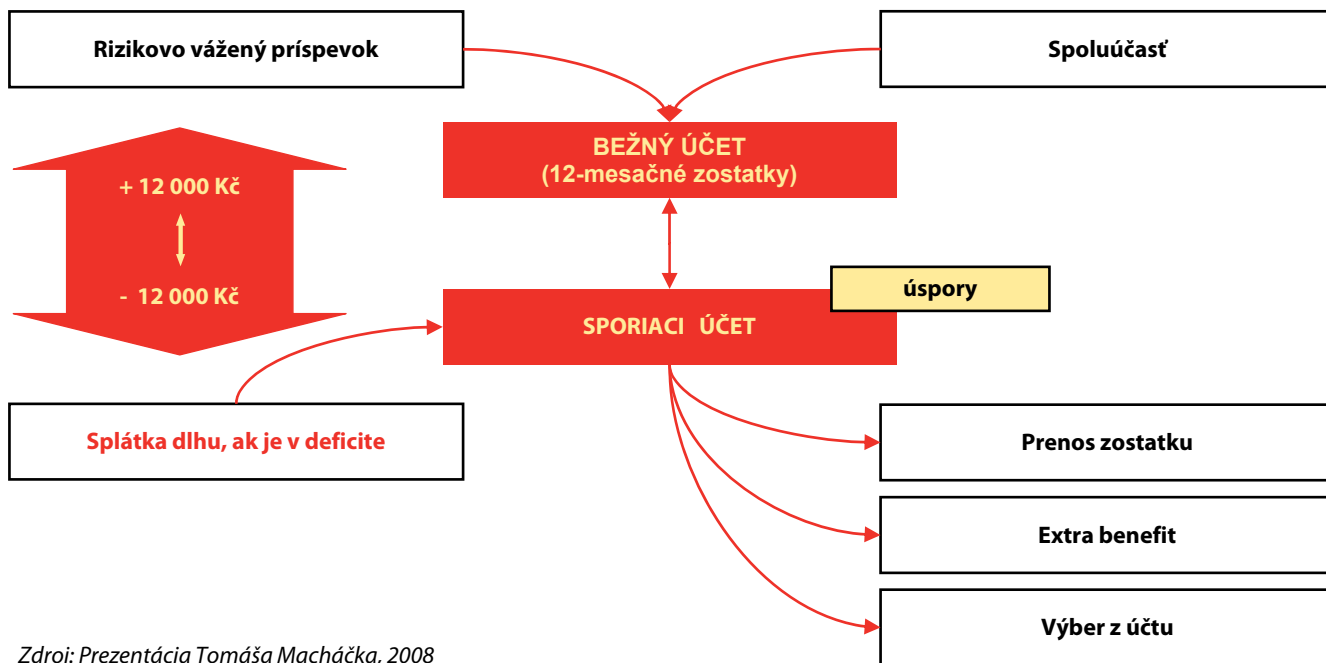
Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka, 2008

Graf 15: Distribúcia nákladov zdravotných služieb za 5 rokov



Zdroj:Prezentácia Tomáša Macháčka, 2008

Schéma 2: Ako funguje účet zdravotného sporenia



Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka, 2008

rovnosť (všetci majú rovnakú výšku nákladov) a koeficient 1 znamená úplnú nerovnosť (všetky náklady znáša jeden človek).

Druhým krokom je **ocenenie rizikového príspevku**. Odporúča používať prediktory veku, pohlavia a PCG (pharmacy-based cost group). **PCG zohľadňuje predchádzajúcu spotrebu liekov pacienta a radí ho práve do jednej exkluzívnej PCG skupiny**. Podľa Macháčkovho modelu by mal pacient s hypertenziou index 1,19 a pacient s diabetom II index 2,22.

Tretím krokom je **proces fungovania zdravotných účtov (Schéma 2)**. Bežný účet zdravotného sporenia má dve zložky na strane príjmov. Po prvé, **rizikovo vážený príspevok z prerozdelenia** na základe veku, pohlavia a PCG skupiny. Po druhé, **vlastnú spoluúčasť poistenca**. Zostatky sa vďaka stop-loos limitu môžu pohybovať na hranici +/- 12 000 Kč, pričom zostatky sa vyrovnávajú cez sporiaci účet. Prebytok bežného účtu sa ukladá na sporiacom účte a v prípade deficitu bežného účtu je tento deficit vyrovnaný z akumulovaného prebytku sporiaceho účtu. Ak je aj na sporiacom účte deficit, tak tento musí poistenec dorovnať vložení finančných prostriedkov na účet. V prípade prebytku na sporiacom účte je možné ním po určitom čase disponovať, a to tromi spôsobmi:

1. prenosom zostatku do ďalšieho obdobia
2. kúpením extra benefitov
3. výberom peňazí z účtu

Výsledkom experimentálneho skúmania je zvýšená efektívnosť, vyššia hodnota za peniaze, lepšia alokácia zdrojov, nižší morálny hazard, viac celkových zdrojov (cca + 5 %, vrátane úspor) a kapitalizácia individuálnych zdrojov pre použitie v bu-

dúcnosti (Tabuľka 7). Podľa výsledkov Tomáša Macháčka je bilancia účtov kumulatívne po 5 rokoch veľmi priaznivá:

- 95,43 % populácie sa nachádza v pásme - 6000 Kč až + 6000 Kč
- 1,69 % populácie (víťazi) sa nachádza v pásme + 6000 Kč až + 12 000 Kč
- 2,88 % populácie (porazení) sa nachádza v pásme - 12 000 Kč až - 6000 Kč

Implementácia v Českej republike bude podľa Macháčka pomalá a nebude mať okamžitý dopad na výkonnosť systému. Pokrok podľa neho nastane spolu s rastom nominálneho poistného u štandardných zdravotných plánov a výmenou generácií.

**PÉTER MIHÁLYI**

profesor na Central European University

Posledným prednášajúcim na konferencii bol profesor Peter Mihályi, ktorý svoju prednášku zameral na dve oblasti. V prvej časti sa snažil kriticky pristupovať k prognózovaniu ako takému a v druhej sa venoval funkcii všeobecného lekára v ďalších dvoch desaťročiach ako najneistejšiemu komponentu zdravotnej starostlivosti.

Profesor Mihályi začal prezentáciu slovami, že výdavky na zdravotníctvo sú v každej vyspelej krajine skutočne „**luxusnými výdavkami**“ (čiže ich príjmová pružnosť je > 1). Podľa neho to údaje OECD vykazujú jednoznačne: **Výdavky na zdravotníctvo rastú rýchlejšie ako HDP, čiže ich podiel na HDP rastie**.

Podľa neho je výdavky na zdravotníctvo možné prognózovať len s veľkými obmedzeniami. Tieto údaje by bolo veľmi ťažké porovnávať s domácimi skutočnosťami z minulosti, ktoré odzrkadľujú skutočnú prax vo financovaní a skoordinať s tým faktom, že rozvoj nebol rovnomerný ani v minulosti a pravdepodobne nebude ani v budúcnosti.

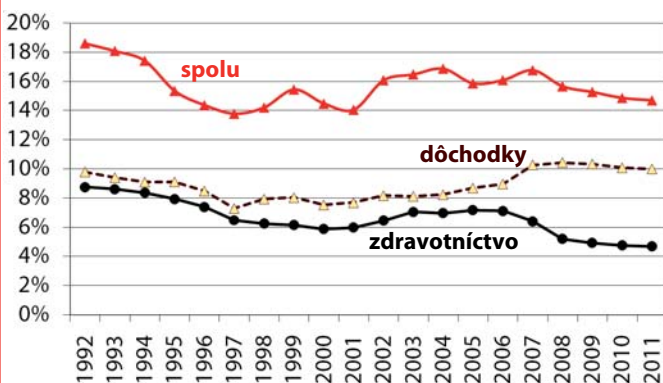
Zároveň poukázal na to, že súčasný systém maďarského sociálneho poistenia spravuje výdavky spojené s liečením, nemocenskými dávkami, materským príspevkom, starobou a invaliditou v dvoch fondoch, medzi ktorými boli doteraz ľubovoľné presuny, čo predstavuje zdroj štatistických ťažkostí (Graf 16).

Tabuľka 7: Výsledky experimentu zdravotných sporiacich účtov na vzorke 220 tisíc ľudí počas 7 rokov

Dlhy na sporiacich účtoch	Úspory na sporiacich účtoch	Miera spoluúčasti	Úspory systému
menej ako 10,7%	menej ako 12,1%	33,3%	2,9%

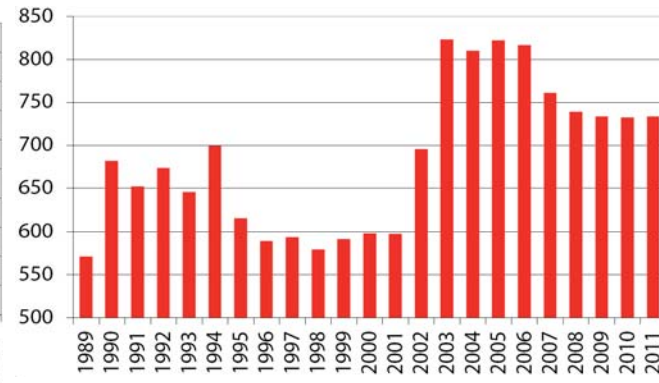
Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka, 2008

**Graf 16: Výdavky na zdravotníctvo a dôchodky v Maďarsku ako % z HDP**



Zdroj: Prednáška Pétera Mihályiho, 2008

**Graf 17: Liečebno-preventívne výdavky v rokoch 1989 – 2011 v cenách roku 2008 v mld. HUF**



Zdroj: Prednáška Pétera Mihályiho, 2008

Profesor prezentoval aj svoj vlastný odhad na tzv. liečebno-preventívne výdavky v nepeňažnom plnení (služby) na základe skutočnosti (roky 1989 – 2007), Konvergenčného programu Maďarskej republiky (roky 2008 – 2011) a „garantovaného“ ročného 3,5 %-ného nárastu od roku 2012 (Grafy 17 a 18).

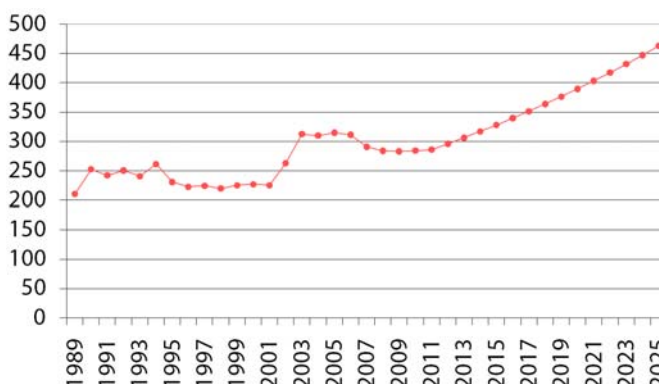
V druhej časti profesor Mihályi konštatoval, že **tzv. gatekeeper funkcia domácej lekárskej starostlivosti je 30-ročná koncepcia, ktorá čoraz viac nevyhovuje nárokom moderného veku.** Podľa neho vo veľkých mestách vysoko kvalifikovaní spotrebiteľia chcú ihneď vyhľadať odborného lekára a majú na to aj možnosť. Zároveň vo väčších mestách blízkosť lekára k bydlisku mnohokrát nie je výhodou, ale nevýhodou (s menšími ťažkosťami pacient radšej ide k závodnému lekárovi, alebo do nákupného strediska, lekárne). V menších obciach zase ide časť pacientov každopádne k odbornému lekárovi a v prípade obcí s menším počtom obyvateľstva ako 800 – 1000, sa všeobecný lekár nevie užiť.

Podľa neho sa pravdepodobne Európa, aj Maďarsko pohnú v smere americkej štruktúry poskytovateľov:

- Málo „všeobecných“ lekárov
- Neexistuje ostrá hranica medzi domácim lekárom a nemocničným lekárom
- Stále viac liečebných miest s charakterom polikliniky
- Stále viac špecializovaných, úzkoprofilových liečebných miest s charakterom McDonald's-u.

hlavné myšlienky účastníkov konferencie zaznamenal  
**PETER PAŽITNÝ**

**Graf 18: Liečebno-preventívne výdavky do roku 2025 v cenách roku 2008 v EUR na osobu**



Zdroj: Prednáška Pétera Mihályiho, 2008

**Ú**častníci konferencie majú možnosť stiahnuť si konferenčné prezentácie z webovej stránky [www.konferencie.hpi.sk](http://www.konferencie.hpi.sk) po zadaní svojej mailovej adresy a doručenia prístupového kódu.

V prípade otázok a pripomienok prosím kontaktujte [konferencie@hpi.sk](mailto:konferencie@hpi.sk).



## Konferencia Health Policy Institute

o selekcii rizika a kompenzácii rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení

**Dobrý poistenec je nad zlato.**  
Vieme ho vyvážiť?



„Ako zlepšovať systém kompenzácie rizika v SR a ČR“

Henrieta Maďarová  
Kateřina Pavlovková  
Martin Filko  
Tomáš Macháček

„Slovenský spotrebiteľ a súťaž o poistencov“

Martin Knut/Andrea Benáková  
Angelika Szalayová

„Moderné trendy v systéme kompenzácie rizikovej štruktúry“

Wynand P.M.M. van de Ven  
Bertram Häussler  
Gabriel Bin-Nun

3. jún 2008, Hotel Crowne Plaza Bratislava

Registrácie na: [www.konferencie.hpi.sk](http://www.konferencie.hpi.sk) ■ e-mail: [lanartova@hpi.sk](mailto:lanartova@hpi.sk) ■ tel.: +421 911 596 555

MEDICAL TRIBUNE HUNGARY

tyždeň

S I T A

HOSPODÁRSKÉ NOVINY

Falck





# Poľsko, reforma zdravotníctva

Po zmenách vo vláde v októbri minulého roka sa konečne rozbehli aj práce na reforme zdravotníctva. Ministerkou zdravia sa stala Ewa Kopacz z radov Občianskej Platformy (PO), ktorá vo svojej volebnej kampani predstavila svoju ideu nápravy situácie v Poľskom systéme zdravotníctva. Tá by mala byť založená hlavne na vytvorení pluralitného poistného systému, ktorý by nahradil funkciu doterajšieho NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), a tiež na transformácii zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti.

V januári tohto roku počas konferencie „Bieleho štítu“ (stretnutie vládných predstaviteľov s osobami reprezentujúcimi inštitúcie zainteresované v reforme zdravotníctva) ministerka zdravia Ewa Kopacz predstavila harmonogram základných legislatívnych prác vedúcich k zmenám v zdravotníckom systéme. Kľúčovými témami najbližšieho obdobia sa stali návrhy zákonov týkajúcich sa:

- transformácie zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti
- dodatkového dobrovoľného zdravotného poistenia
- ochrany práv pacienta a inštitútu Obhajcu práv pacienta
- niektorých práv zamestnancov zdravotníckych zariadeniach

Počas konferencie „Bieleho štítu“ (BŠ) boli vytvorené štyri pracovné komisie, zložené z 50 – 70 členov z jednotlivých zdravotníckych spolkov, odborov a inštitúcií. Každá komisia sa zaoberala jednou z uvedených tém, pričom výsledky ich prác budú vzaté na vedomie v legislatívnych prácach parlamentu pri príprave týchto zákonov.

V priebehu posledných mesiacov bolo do parlamentu predložených 7 návrhov zákonov z dielne PO, ktoré by mali odštartovať reformu zdravotníctva. Tieto by mali najprv upraviť situáciu v zdravotníctve a zmeniť jeho organizáciu a až po vykonaní týchto zmien a stabilizovaní situácie by mali do systému vplynúť dodatočné finančné prostriedky. Okrem týchto zákonov boli do prvého čítania zaradené aj 4 návrhy zákonov z dielne opozície.

V stredu 26. 3. 2008 Sejm v prvom čítaní prerokoval 11 návrhov zdravotných zákonov. Sedem vládných návrhov, predložených ako návrhy PO, bolo spripomienkovaných a predložených zdravotnej komisii Sejmu na dopracovanie. Návrhy zákonov boli posunuté zdravotnej komisii aj napriek dôrazným pripomienkam opozície, že návrhy sú nedopracované a nesúvislé. Podobné názory majú aj predstavitelia Najvyššej lekárskej komory a závodných spolkov fungujúcich v oblasti zdravotných služieb, ktorí boli súčasťou BŠ. Poslanci PO na svoju obhajobu uviedli, že do pol roka by mali predstaviť doplňujúci balík návrhov zákonov dotýkajúcich sa zdravotných služieb a tým skompletizovať balík reformných zákonov. V rámci týchto

**Tabuľka 1: Návrhy prvých reformných zákonov v Poľsku**

Návrhy zákonov prejednávaných Sejmom v prvom čítaní dňa 26. 3. 2008	Vypracoval	Výsledok
NZ o dobrovoľnom dodatkovom zdravotnom poistení	PO <sup>1</sup>	prijaté
NZ o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti	PO	prijaté
NZ o ochrane individuálnych a spoločných práv pacienta a o obhajcovi (hovorcovi) práv pacienta	PO	prijaté
NZ o akreditácii v ochrane zdravia	PO	prijaté
NZ o osobitných právach zamestnancov zdravotníckych zariadení	PO	prijaté
NZ o národných a krajských konzultantoch ochrany zdravia	PO	prijaté
NZ - predpisy uvádzajúce zákony v oblasti ochrany zdravia	PO	prijaté
NZ o zmene zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti ako aj o zmene niektorých iných zákonov	LiD <sup>2</sup>	zamietnuté
NZ o službách zdravotnej starostlivosti financovaných z verejných zdrojov ako aj niektorých iných zákonov	LiD	zamietnuté
NZ o službách zdravotnej starostlivosti financovaných z verejných zdrojov ako aj niektorých iných zákonov	PiS <sup>3</sup>	zamietnuté
NZ o prevode finančných zdrojov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za účelom zvýšenia miezd	LiD	zamietnuté

Vysvetlivky: 1. PO - Občianska Platforma,  
2. LiD - Ľavica a demokrati  
3. PiS - Právo a spravodlivosť

prác by mal byť dokončený aj balík zdravotných služieb preplácaných z verejných zdrojov. Pripomienky BŠ by mali byť použité a zapracované počas legislatívnych prác zdravotnej komisie.

Prvým čítaním neprešli návrhy zákonov z dielne opozície. Poslanci zamietli návrh novelizácie zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorý navrhoval transformovanie nemocníc na spolky verejných služieb. Sejm zamietol aj návrhy, ktoré navrhovali postupné zvyšovanie sadzby povinného zdravotného poistenia. Poslanci tiež zamietli návrh zákona, ktorý chcel previesť ďalšie finančné zdroje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za účelom zvýšenia miezd.

Občianska Platforma tiež odmieta návrh „Bieleho štítu“ o zavedení poplatkov za zdravotné služby s odôvodnením, že by na to najviac doplatila najchudobnejšia vrstva obyvateľstva. Premiér namiesto toho predstavil návrh na zvýšenie poistnej sadzby povinného zdravotného poistenia o 1 % v roku 2010. „Biely štít“ tiež odporúča zavedenie doplatkov za časť niektorých garantovaných služieb a služieb s nimi súvisiacimi (napr. výdavky na ubytovanie a stravu pre pacientov). Súčasne navrhujú vytvorenie systému finančnej pomoci osobám, ktorým by systém doplatkov znížil dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

MAREK PETROVIČ

**Tabuľka 2: Prehľad návrhov zákonov schválených Sejmom v prvom čítaní (pokračuje na ďalšej strane)**

Stav	Komentár	Poznámky
<b>Návrh zákona o dobrovoľnom dodatkovom zdravotnom poistení (Projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, nr.293)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suplementárne zdravotné poistenie</b> – dobrovoľné zdravotné poistenie, v rámci ktorého poisťovňa zabezpečí poistencovi garantované zdravotné služby (služby definované podľa zákona o zdravotných službách poskytovaných z verejných financií), ktorých využívanie (myslí sa verejných zdravotných služieb) sa poistenec zrieka na základe ustanovení v tomto zákone.</li> <li>• <b>Komplementárne zdravotné poistenie</b> – dobrovoľné zdravotné poistenie v rámci ktorého poisťovňa zabezpečí poistencovi dostupnosť výkonov nehradených, či výkonov čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia na základe ustanovení v tomto zákone.</li> <li>• Zákon nehovorí o tom, ktoré typy služieb budú hradené z jednotlivých druhov poistenia, pretože stále nemá definovaný zoznam zdravotných výkonov.</li> <li>• Zákon upravuje zriadenie novej inštitúcie – <b>Úradu pre dohľad nad zdravotným poistením</b> (Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych) a jej fungovanie.</li> </ul>	veľká kritika návrhu, pretože absentuje definovaný balík zdravotných výkonov - má byť dokončený v priebehu polroka (máj/jún 2008) zákon by mal vstúpiť do platnosti 1. 1. 2009 (okrem čl. 19)
<b>Návrh zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nr. 284)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zákon umožňuje fungovanie zdravotníckych zariadení vo forme obchodných spoločností a definuje spôsob transformácie samostatných verejných zdravotníckych zariadení na spoločnosti s ohraničenou zodpovednosťou, alebo na akciové spoločnosti. Minimálna výška základného imania je stanovená na 500.000 zł (4.600.000 Sk). V prípade fakultných nemocníc nesmie byť podiel verejného sektoru menší ako 75 %. V prípade ostatných nemocníc nesmie byť tento podiel menší ako 51 %. Zákon umožňuje použitie zisku nemocníc výlučne na ich činnosť.</li> <li>• Zákon stanovuje povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (verného aj súkromného) uzavrieť poistenie osobnej zodpovednosti za škodu spôsobenú pri poskytovaní zdravotných služieb v prospech osôb, ktoré túto činnosť pre poskytovateľa vykonávajú.</li> <li>• Zákon definuje a rozdeľuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti do dvoch skupín (stacionárne a ambulančné), v rámci ktorých definuje jednotlivé typy zdravotníckych zariadení.</li> <li>• Zákon upravuje spôsob vedenia zdravotníckych zariadení. Jednotlivé zariadenia si môžu zvoliť medzi dvomi možnými systémami: <b>1. „ordinatorski“</b> – ordinátor – osoba zvolená na základe konkurzu, ktorá vykonáva organizačné, administratívne funkcie a koordinuje chod oddelenia. <b>2. konzultačný systém</b> – konzultant, alebo skupina konzultantov vykonáva spomenuté funkcie. Vybraný systém má byť presne špecifikovaný v stanovách jednotlivých inštitúcií.</li> <li>• Zákon stanovuje povinnosti riaditeľa nemocnice a v prípade neplnenia týchto povinností stanovuje jeho odvolanie.</li> </ul>	BŠ – nesúhlasí s obmedzením využitia zisku. Podiel vlastníctva štátu, alebo územných samospráv v pretransformovaných nemocniciach odporúčajú v obidvoch prípadoch na 51 %.
<b>Návrh zákona o ochrane individuálnych a spoločných práv pacienta a o obhajcovi (hovorcovi) práv pacienta (Projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, nr. 283)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	Zákon definuje pojem "pacient", jeho práva a ustanovuje inštitúciu „Rzecznika“ – obhajcu práv pacienta, jeho úlohy a funkcie	BŠ – nedostatočné definovanie a regulácia práv pacienta

**Tabuľka 2: Prehľad návrhov zákonov schválených Sejmom v prvom čítaní (dokončenie)**

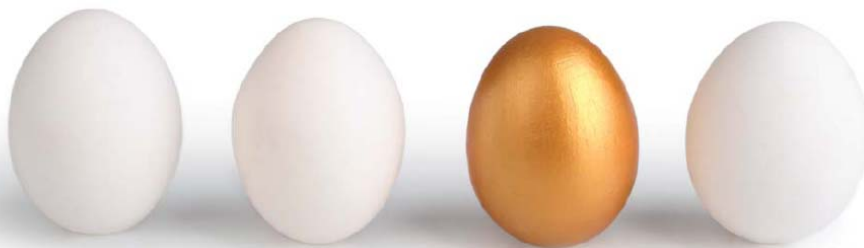
Stav	Komentár	Poznámky
<b>Návrh zákona o akreditácii v ochrane zdravia (Projekt ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia, nr. 311)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	Zákon stanovuje proces akreditácie poskytovateľov zdravotných služieb. Definuje pojem akreditačná rada, zásady jej fungovania a spôsob financovania	-
<b>Návrh zákona o osobitných práv zamestnancov zdravotníckych zariadení (Projekt ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, nr. 286)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	Zákon reguluje pracovný čas zamestnancov zdravotníckych zariadení (maximálny denný a týždenný pracovný čas, a minimálny čas odpočinku), reguluje zásady vykonávania lekárskeho služieb, stanovuje odmeny zamestnancov	-
<b>Návrh zákona o národných a krajských konzultantoch ochrany zdravia (Projekt ustawy o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia, nr. 287)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	Zákon stanovuje funkciu konzultantov v jednotlivých oblastiach ochrany zdravia, ich úlohy a spôsob financovania	-
<b>Návrh zákona - predpisy uvádzajúce zákony v oblasti ochrany zdravia (Projekt ustawy - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, nr. 294)</b>		
26. 3. – prvé čítanie, posunuté do ďalších prác zdravotnej komisie	Cieľom zákona je uviesť do platnosti 5 nových zákonov (o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, o ochrane individuálnych a spoločných práv pacienta a o obhajcovi práv pacienta, o akreditácii v ochrane zdravia, o osobitných právach zamestnancov zdravotníckych zariadení, o národných a krajských konzultantoch ochrany zdravia), ktoré vstupujú do platnosti dňom 1.1.2009 (okrem niektorých článkov)	-

Zdroj: Vypracované podľa záznamu z 11 schôdze Sejmu uverejneného na web stránke: [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) (naposledy navštívená dňa 29. 3. 2008)

**Tabuľka 3: Poľsko – prehľad makroekonomických ukazovateľov**

	2005	2006	2007	2008	2009
Nárast reálneho HDP v %	3,6	6,2	6,5	5,6	5,2
Nárast reálnych súkromných spotrebných výdavkov v %	2,0	4,8	6,1	6,2	6,1
Nárast reálnych verejných spotrebných výdavkov v %	5,2	5,8	1,5	1,9	2,0
Nárast úrovne spotrebiteľských cien v %	2,2	1,3	2,3	3,6	4,2
Nárast nákladov na zamestnanca v súkromnom sektore v %	- 0,2	3,1	8,1	9,4	9,2
Nárast produktivity práce v %	1,3	2,8	1,9	3,5	3,6
Ekonomicky aktívne obyvateľstvo v %	...	62,9	62,4	62,6	62,8
Miera zamestnanosti v %	...	54,2	56,4	57,3	58,0
Úroveň nezamestnanosti v %	17,7	13,8	9,7	8,4	7,7
Príjmy verejného sektora ako % HDP	39,0	40,0	40,4	39,6	39,1
Celkové verejné výdavky ako % HDP	43,3	43,8	43,2	42,7	42,1
Bilancia verejných financií ako % HDP	- 4,3	- 3,8	- 2,8	- 3,2	- 3,0
Hrubý verejný dlh ako % HDP	47,1	47,6	47,5	47,9	47,5

Zdroj: OECD Economic Outlook No. 82, December 2007



## Pozvánka na konferenciu HPI

„Kvalitná kompenzácia rizika v zdravotnom systéme je jedinou efektívnou stratégiou ako predchádzať selekcii rizika bez obmedzenia solidarity a ovplyvnenia konkurencie medzi zdravotnými poisťovňami.“

3. júna 2008, Crowne Plaza, Bratislava

[www.konferencie.hpi.sk](http://www.konferencie.hpi.sk) | [konferencie@hpi.sk](mailto:konferencie@hpi.sk) | +421 911 596 555

Wynand P.M.M. van de Ven

### Intelligentné preklady s tradíciou

- «» **Preklady a lokalizácia**  
» prekladáme presne, bez chýb a s nadšením
- «» **DTP služby**  
» preložený materiál bude vyzeráť tak ako má
- «» **Tlač**  
» dostanete od nás hotový „výrobok“
- «» **Jazykové mutácie a redizajn webstránok**  
» Vaše webstránky „oblečíme“ do krásnych šiat a naučíme ich hovoriť cudzími jazykmi
- «» **B2B**  
» služby pre prekladateľské agentúry

Cronica, s. r. o. (Ltd.)  
Haanova 12, 851 04 Bratislava 5  
tel. +421-2-6224-2096, +421-907-442-837  
office@cronica.sk, www.cronica.sk

**«» cronica**  
translation and localization services

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

**Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na [www.hpi.sk](http://www.hpi.sk).**

**Into Balance 4/2008**

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná