HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

intoBalance

» there is always an alternative solution

ročník 4 » december 2009

» obsah

Najprospešnejšie opatrenie zdravotnej politiky 2009: referencovanie cien liekov

Oddlženie bez záruky ďalšieho nezadlžovania

Pred ďalšou makroekonomickou stabilizáciou (3)

Desatoro pre poistenca

V získavaní nových poistencov sú úspešné súkromné poisťovne

Poslanci presadili štátne neziskové organizácie

Ozdravný plán pre rakúske zdravotné poisťovne

Analýza verejných výdavkov krajín V4 očami maďarských analytikov

Analýza systému záchrannej zdravotnej služby po reforme

Jasná Poľana riadenej konkurencie

» tirage

Into Balance
mesačník
o zdravotnej politike

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

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

Vyšlo s podporou

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

Najprospešnejšie opatrenie zdravotnej politiky v roku 2009 bolo referencovanie cien liekov

Rok 2009 bol aj v zdravotníctve výrazne ovplyvnený dopadmi hospodárskej krízy. Tá výrazne okresala príjmy zdravotných poisťovní. Podľa údajov ÚDZS sa príjmy zdravotných poisťovní v prvom polroku zvýšili o 5,4 %. Podobne sa príjmy vyvíjajú aj podľa Štatistického úradu, ktorý zverejnil nárast za prvých 6 mesiacov o 4,9 %. Vzhľadom k tomu, že dopady krízy na zamestnanosť a mzdy sa môžu ešte hlbšie prejaviť v druhom polroku, odhadujeme, že nárast celkových príjmov zdravotných poisťovní bude v blízkosti rozpätia 2,2 – 2,6 %. V roku 2008 príjmy podľa ŠÚ SR rástli o 12,5 %.

Oproti plánovanému rastu na úrovni 14,8 % (prognóza MF SR z novembra 2008), resp. 11,9 % (prognóza HPI z toho istého obdobia) je to významný pokles. HPI už vo februári 2009 aktualizoval odhad príjmov ZP na rok 2009 podľa troch scenárov podľa dopadov krízy. V scenári väčšej odolnosti voči kríze sme predpokladali nárast príjmov o 7,9 %, v scenári minimálneho rastu o 4,8 %, a konečne v scenári depresie sme odhadovali nárast príjmov len o 1,3 %. Výpadok skutočných príjmov v roku 2009 bude oproti plánovaným príjmom výrazný. Rádovo môžeme počítať s výpadkom až 350 mil. EUR. Zásadnú rolu v tom, že prepad nebude ešte väčší zohrala vysoká sadzba poistného štátu za svojich poistencov, ktoré bolo pre rok 2009 určené vo výške 4,9 % z priemernej mzdy spred dvoch rokov. Ukázal sa tak anticyklický charakter platby štátu, keď platba štátu je najrýchlejšie rastúcou príjmovou zložkou (až o + 15,9 %).

Zníženie príjmov sa odzrkadlilo na nákupnej politike zdravotných poisťovní. V prvom polroku poisťovne najviac okresali platby ambulantným špecialistom (– 4,5 %) a podarilo sa znížiť úhrady na lieky (-1,2 %). Na druhej strane najviac rástli výdavky na kúpele (+ 18,3 %), za nimi na SVaLZy (+ 10,4 %), nasledované zdravotníckymi pomôckami (+10,2%). Prekvapivo rástli aj nemocnice o 6,6 % a primárny ambulantný sektor o 3,3 %. Celkovo tak výdavky rástli len o 2,8 %. Len pre porovnanie, v roku 2008 bol rast výdavkov podľa ŠÚ SR až 14,8 % (Tabuľka 2).

pokračovanie na nasledujúcej strane >>

Tabuľka 1: Naj opatrenia roku 2009 v zdravotnej politike

Naj 2009	Opatrenie
Najprospešnejšie opatrenie	Referencovanie cien liekov
Najmenej systémové opatrenia	Zvýšenie ZI vo VšZP o 65 mil. eur Oddlženie nemocníc v objeme 130 mil. EUR
Najmenej kompetentné opatrenie	Určenie úhrady pri kategorizácií liekov
Najmenej transparentné opatrenie	Tender na záchranky Tender na sanitky
Najmenej prospešné opatrenie	Zrušenie degresívnej obchodnej prirážky v nemocniciach

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 2: Poistné a úhrady zdravotných poisťovní v tis. EUR

	2007	2008	1H2009	2008/2007	1H09/1H08
Poistné spolu	2 901 602	3 262 981	1 638 132	12,5 %	4,9 %
Zamestnanci	1 798 890	2 038 369	953 186	13,3 %	-0,1 %
SZČO	16 2993	161 174	60 734	-1,1 %	-18,2 %
Ostatní platitelia	29 402	27 181	16 398	-7,6 %	34,3 %
Ostatné	24 364	38 800	27 553	59,3 %	37,4 %
Poistenci štátu	885 954	997 457	580 261	12,6 %	15,9 %
Úhrady spolu	2 743 371	3 148 855	1 571 104	14,8 %	2,8%
Ambulantná primárna	121 722	130 793	65 313	7,5 %	3,3 %
Ambulantná špecializovaná	362 164	434 103	201 925	19,9 %	-4,5 %
SVaLZy	126 290	161 246	83 454	27,7 %	10,4 %
Liečivá na recepty	885 634	1 020 948	495 132	15,3 %	-1,2 %
Zdravotnícke pomôcky	91 795	106 099	55 678	15,6 %	10,2 %
Nemocnice	968 156	1 096 254	572 156	13,2 %	6,6 %
Kúpele	26 284	37 038	14 887	40,9 %	18,3 %

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2009

K adekvátnej reakcii na externý príjmový šok podľa nás vo veľkej miere prispel systém pružných cien, ktorý umožňuje zdravotným poisťovniam flexibilne reagovať na meniacu sa situáciu na strane príjmov adekvátnou redukciou na strane výdavkov. Je to zrejmé najmä pri ambulantnej a ústavnej starostlivosti, kde poisťovne dokážu kontrolovať cenu a objem nakúpenej zdravotnej starostlivosti. Problémy samozrejme nastávajú pri zdravotníckych pomôckach a SVaLZoch, kde poisťovne zatiaľ nedokážu nájsť účinný nástroj na ich kontrolu a obe položky rastú výrazne rýchlejšie ako celkové príjmy – a to ako v príjmovo „dobrých", tak aj v príjmovo „horších" rokoch. Pri oboch položkách však ich vysoká dynamika nemusí poisťovne rozhádzať, lebo spolu predstavujú 8,9 % všetkých výdavkov. Zatiaľ. Pred dvoma rokami to bolo iba 8,0 %.

Kľúčovou položkou, ktorú však poisťovne dokázali zatiaľ ukontrolovať sú výdavky na lieky, ktoré v prvom polroku medziročne klesli o 1,2 % (!). Ku koncu roka možeme očakávať, že výdavky na lieky skončia na približne rovnakej úrovni ako v roku 2008, čo hodnotíme jednoznačne ako úspech. Pod ním je však vo veľkej miere podpísané MF, ktoré presadilo a zrealizovalo 3 kolá referencovania liekov. Tie na 12-mesačnej báze podľa MF SR predstavujú úspory 75 mil. EUR (1. kolo účinné od 1. 4. 2009), 60 mil. EUR (2. kolo účinné od 1. 10. 2009) a 30 mil. EUR (3. kolo účinné od 1. 4. 2010). Pri prepočte údajov MF SR na ročnú bázu tak úspora v roku 2009 predstavuje 71 mil. EUR (75 % z prvej vlny a 25 % z druhej vlny) a 86 mil. EUR v roku 2010 (25 % z prvej vlny, 75 % z druhej vlny a 75 % z tretej vlny). Na rok 2011 zostáva úspora 8 mil. EUR (25 % z tretej vlny).

Práve úspora z referencovania 71 mil. EUR tvoriaca približne 7 % z celkových výdavkov na lieky v roku 2008 do veľkej miery vysvetľuje, prečo výdavky na lieky v roku 2009 nerastú tak ako v predchádzajúcich rokoch. Referencovanie cien liekov zároveň hodnotíme ako najprospešnejšie opatrenie roka 2009 eliminujúce dopady krízy na slovenské zdravotníctvo. Aj vďaka týmto úsporám mohli výdavky na nemocnice v čase krízy rásť o 6,6 % v prvom polroku 2009.

Ani pružné cenové nastavenia a ani referencovanie cien však neuchránilo VšZP pred finančnými problémami. Tie sa prihlásili už na začiatku roka, kedy mala VšZP akútny nedostatok finančnej hotovosti a zjavne nespĺňala kritérium platobnej schopnosti aby mala vlastné zdroje na úrovni 3% z ročného poistného. K tvrdším opatreniam zo strany úradu pre dohľad (ozdravný plán, nútená správa) nedošlo len z toho titulu, že jeho nezávislosť je do veľkej miere naštrbená a že vláda v decembri 2008 prijala zmenu výpočtu a preukazovania platobnej schopnosti tak, že Úrad mohol finančné problémy VšZP v pohode kryť. Podľa medializovaných informácií VšZP začala akútny nedostatok financií riešiť predlžovaním lehoty splatnosti lekárňam a poskytovateľom. Ani toto opatrenie však nestačilo a tak vláda musela prikročila k záchrane VšZP, ktorá bola realizovaná pod rúškom spojenia VšZP a SZP. V princípe zlúčenie slúžilo ako dôvod pre získanie zdrojov vo výške 65 mil. EUR zo štátneho rozpočtu a ďalších približne 33 mil. EUR z finančných rezerv samotnej SZP. Finančnú záchranu VšZP cez navýšenie základného imania zo zdrojov všetkých daňových poplatníkov považujeme na najmenej systémové opatrenie roka 2009. Do rovnakej kategórie patrí nesystémové oddlženie 25 nemocníc v objeme 130 mil. EUR, o ktorom píšeme v ďalšom článku decembrového newslettera.

Avšak suverénne najmenej prospešným opatrením zdravotnej politiky bolo zrušenie degresívnej obchodnej prirážky v nemocniciach, ktoré pre nemocnice znamenalo dodatočné náklady vo výške 6 až 9 milióna eur ročne a zhoršilo ich beztak neutešenú hospodársku situáciu. Podľa medializovaných informácií lehoty splatnosti nemocníc sa predĺžili na 300 až 400 dní a na dodávateľov je zo strany riaditeľov nemocníc vyvíjaný neprimeraný nátlak. MZ svoj krok obhajovalo paradoxne tým, že prirážku zrušilo z dôvodu zhoršenej

platobnej schopnosti nemocníc. To, že MZ SR administratívne predražilo cenu vstupov pre nemocnice, však ich finančnú situáciu určite nezlepšilo.

A na záver hodnotenia roka 2009 spomeňme podľa nášho názoru **najmenej kompetentné opatrenie,** ktorým sa stal nový postup určenia úhrady pri kategorizácií liekov od 1. 11. 2009, ktorý vinou technickej chyby stanovuje dramatické navýšenie spoluúčasti pacientov na liekoch. Sprvoti chvályhodný zámer predkladateľa o zvýšenie transparentnosti a prediktability kategorizácie je na 2 a pol stranách potopený nekompetentnosťou a neschopnosťou napísať konzistentný legislatívny dokument, ktorý by si vnútorne neodporoval. Najzásadnejším dôsledkom jej znenia by pri plnohodnotnej implementácií bolo zvýšenie podielu spoluúčasti na liekoch viac ako 3-násobne: zo súčasných 13 % až na 44 %! Z reakcií MZ SR vyplýva, že toto zrejme nebol zámer predkladateľa a MZ SR má teda dve možnosti – vyhlášku ponechať v tomto znení a pri skutočnej kategoriácii chybu ignorovať, alebo poctivo vyhlášku opraviť. To by však muselo priznať, že HPI malo pravdu...

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.
Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

„Oddlženie“ bez záruky ďalšieho nezadlžovania

MZ SR na začiatku decembra oznámilo, že 25 vybraným nemocniciam poskytne návratnú finančnú výpomoc (NFV) v objeme 130 mil. eur na splatenie ich záväzkov. Celková suma 130 mil. eur je nižšia ako MZ SR sľubovalo (200 mil. eur) a zároveň je podstatne vyššia ako sme v HPI predpokladali. V júlovom komentári sme odhadovali, že suma určená na „oddlženie“ dosiahne približne 33 mil. eur.

ČO SÚ TO ŠTÁTNE FINANČNÉ AKTÍVA?

Štátne finančné aktíva (ŠFA) sú určitou rezervou štátneho rozpočtu. Príjmy ŠFA sa vzhľadom na svoj charakter ťažko predikujú, lebo sú tvorené splátkami úverov, vymoženými pohľadávkami ale ich súčasťou boli aj príjmy z privatizácie SPP, ktoré slúžia na vykrytie deficitu I. piliera Sociálnej poisťovne.

Z hľadiska výdavkov štátneho rozpočtu je jedno, odkiaľ zdroje na „oddlženie“ pochádzajú – či z dividend z SPP, alebo DPH. „Oddlženie“ nemocníc by tak mohla vláda financovať aj z daní a ŠFA použiť na iný účel. V tomto prípade by však poskytnutie týchto zdrojov bolo považované za výdavok štátneho rozpočtu a priamo by zvyšovalo deficit.

Poskytnutie NFV zo štátnych aktív umožňuje tento deficit kamuflovať. Vláda nemocniciam poskytne NFV vo výške 130 mil. eur a nahradí ju v ŠFA pohľadávkou voči nemocniciam v tejto výške, čím môže argumentovať, že k vzniku deficitu nedošlo, lebo nejde o čistý peňažný výdavok, ale o návratnú finančnú výpomoc (NFV), oproti ktorej stojí pohľadávka voči nemocniciam. Z hľadiska metodiky ESA95 teda k rastu deficitu nedôjde, aj keď je zrejmé, že nemocnice túto NFV nikdy nemusia vrátiť.

Skutočný deficit sa teda započíta do bilancie tej vlády, ktorá prizná, že NFV poskytnuté nemocniciam sú nevymožiteľné a preklasifikuje ich na čistý výdavok, čo sa už podľa ESA95 do deficitu započíta. Takouto technikou oddlženia cez NFV tak môže vláda zachraňovať nemocnice pred voľbami bez toho, aby to musela v rozpočte priznať.

UDRŽATEĽNOSŤ

Poskytnutie návratnej finančnej výpomoci považujeme za určitú formu mäkkého rozpočtového obmedzenia, ktoré pôsobí ako dvojsečná zbraň. Na jednej strane tieto prostriedky umožnia krátkodobé nadýchnutie pre štátne nemocnice z hľadiska doplnenia peňažnej hotovosti, avšak na druhej strane nie sú vytvorené žiadne systémové opatrenia (napr. transformácia na akciové spoločnosti, platobné mechanizmy typu DRG), aby sa zadlžovanie nezvyšovalo.

Skôr sa zdá, že zadlženie aj v tomto roku pomaly narastá. Dlh piatich fakultných nemocníc (BA, BB, KE, TT, TN), ktoré majú z výpomocí získať 85 mil. euro sa len voči dodávateľom zdravotníckych pomôcok od marca do septembra tohto roku zvýšil o 3 milióny eur.

Finančné výpomoci poskytnuté subjektom, ktoré nedokážu vyrovnane hospodáriť, môže pre ne priniesť z krátkodobého pohľadu úľavu (aj vzhľadom na blížiace sa voľby), ale z dlhodobého pohľadu sa opätovne vysiela signál, že vyrovnané hospodárenie nie je preferované a že neefektívne nemocnice vždy v konečnom dôsledku zachráni štát.

Navyše, toto nové zadlženie nemocníc od roku 2006 nemuselo vôbec vzniknúť, ak by fakultné nemocnice veľmi uvážlivo používali dodatočné zdroje získané od poisťovní v rokoch 2007 a 2008. Nárast zdrojov, ktorý predstavoval medziročne 20% však nebol použitý na vyššiu efektívnosť nemocníc, ale častokrát na predražené nákupy, nepotrebné prístroje a neadekvátne zvyšovanie miezd, ktoré v rokoch 2007 a 2008 rástli v zdravotníctve dvojnásobnou rýchlosťou ako bol priemer SR.

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.
Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Pred ďalšou makroekonomickou stabilizáciou (3)

V dvoch predchádzajúcich číslach sme sa venovali doterajšej skúsenosti s makroekonomickou stabilizáciou, predstave vlády o fiškálnej konsolidácii a jej bariéram, aj vnútorným stabilizujúcim silám v ekonomike. V poslednej časti nášho malého seriálu článkov venovaných očakávanej makroekonomickej stabilizácii hodnotíme aktuálne dáta naznačujúce prekonanie dna recesie a navrhujeme niekoľko princípov, ktoré by mala zohľadniť budúca makroekonomická politika.

HLBŠIE TO UŽ ASI NEPADNE...

Zverejnenie dát o makroekonomickom vývoji v treťom štvrťroku 2009 Štatistickým úradom SR nás upevnilo v očakávaní, že sa veľmi skoro dočkáme „postupu späť k nule" a následne nad ňu. Výrazne priaznivejšia medziročná zmena reálneho HDP je vo výhľade už v poslednom štvrťroku, keď sa citeľne mení minuloročná porovnávacia základňa (Graf 1). Takisto sa však potvrdzuje, že potrvá dlho, kým sa dostaví zlepšenie vývoja na trhu práce. Pokles reálneho HDP dosiahol najhlbší bod v prvom štvrťroku, odvtedy sa trochu zmiernil. V Grafe 1 je nápadný dramatický pád reálneho HDP a objemu pridanej hodnoty v období od tretieho štvrťroka 2008 do 1. štvrťroka 2009. S prudkým pádom produkcie kontrastuje pozvoľný, v čase zaostávajúci pokles zamestnanosti. Pokles zamestnanosti dosiahol svoj najhlbší bod pravdepodobne až v treťom štvrťroku, prípadne ho dosiahne až na konci roka 2009.

Z údajov, ktoré sú k dispozícii na mesačnej báze, už možno vyčítať nápadné zmiernenie medziročného poklesu. Na tento účel využívame index priemyselnej produkcie. Má síce inú vypovedaciu schopnosť ako HDP, ale predsa len dokáže aspoň naznačiť zlom vo vývoji celkového výkonu ekonomiky. Medziročná zmena priemyselnej produkcie sa v deviatom a desiatom mesiaci priblížila k nule (stále však k jej dosiahnutiu chýbalo skoro 7 percentuálnych bodov), čo je o 20 percentuálnych bodov lepší výsledok ako v januári. Ako vidno v Grafe 2, v novembri a decembri sa výrazne zmení minuloročná porovnávacia základňa a minimálne z tohto dôvodu budú čísla z posledných dvoch mesiacov roka 2009 podstatne prijateľnejšie ako tie z doterajšieho priebehu roka.

...ALE NÁVRAT NEBUDE BEZ OTRASOV

Bežný cyklický výkyv v ekonomike je spojený so zmenami v miere využitia výrobných kapacít. Pri recesii sú kapacity využité neúplne – ale sú pripravené na opätovné využitie. Pri obnovení dopytu je dobrá šanca na ich rýchle opätovné zapojenie: vtedy dôjde k nápadnému oživeniu a hladkému prechodu k novej expanzii ekonomiky. Ale v tomto prípade nejde o „bežný cyklus" ani o bežné zakolísanie v miere využitia kapacít. Veľké korporácie pôsobiace na globálnom trhu prejdú pravdepodobne reštrukturalizáciou a tá sa nevyhnutne prenesie aj na dodávateľskú sieť. To otrasie štruktúrou slovenskej ekonomiky: na jednej strane sa môžu zapojiť niektoré kapacity v doterajšej podobe, bola ohlásená tvorba niektorých nových, ale treba počítať s ďalším masívnym odbúravaním tých nevhodných. Priebeh tohto procesu tzv. tvorivej deštrukcie bude zrejme spojený s kolísavým vývojom makroekonomických parametrov aj po tom, ako budú zjavné známky oživenia či expanzie. Môže to byť spojené s novými formami diferenciácie (príjmovej, regionálnej, odvetvovej...).

4 PRINCÍPY

V závere nášho seriálu navrhujeme tieto princípy pre nadchádzajúcu politiku stabilizácie a podpory oživenia:

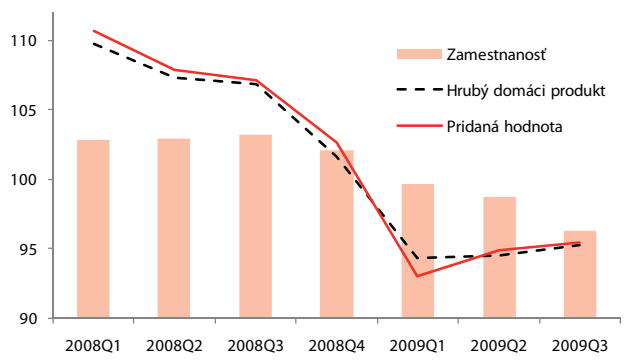
1. Čím skôr ukončiť dočasný stav

Pod "dočasným stavom" tu máme na mysli obdobie, v ktorom vláda dočasne využíva neštandardné nástroje protikrízovej politiky. Už v súčasnosti je žiaduce opustiť pozície defenzívneho protikrízového pôsobenia a vrátiť sa k štandardnej politike nepriamej podpory ekonomického rastu. Pravda, štandardná politika a nepriama podpora pravdepodobne nebude konvenovať vláde, ktorej je (aj mimo recesie) blízky intervencionizmus.

2. Zmenenú diverzifikáciu nebrať ako dôvod na defenzívne postoje

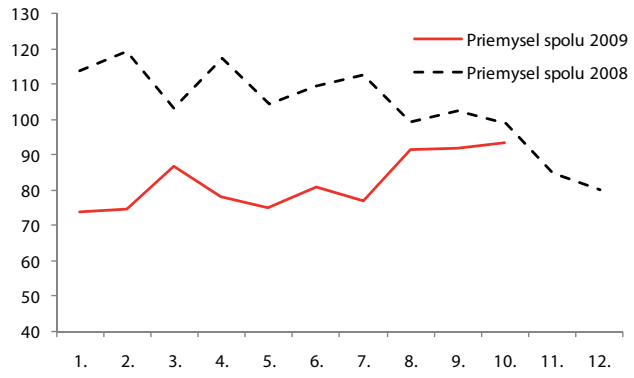
Je ešte priskoro komplexne hodnotiť štruktúrne zmeny, ktoré prináša recesia. Očakávame ich veľké množstvo. Na niektoré

Graf 1: Medziročné zmeny HDP, pridanej hodnoty a zamestnanosti (index, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



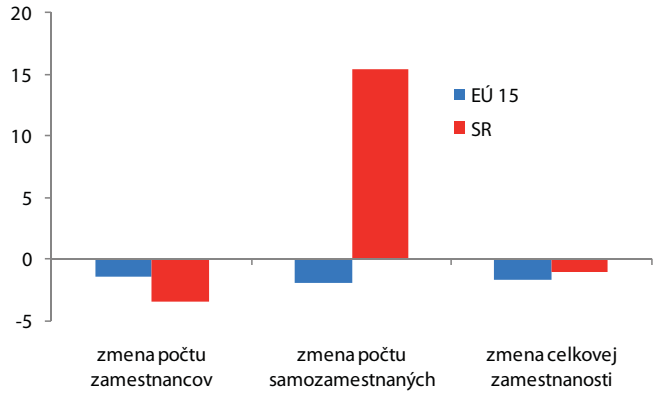
Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 2: Index priemyselnej produkcie (mesačné údaje, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 3: Medziročné zmeny počtu zamestnancov a samozamestnaných (v %, druhý štvrťrok 2009)



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

však už možno poukázať. Prinášame dva dobre viditeľné príklady:

A) Pri pohľade na vývoj celkovej zamestnanosti počas ekonomickej recesie by sa mohlo zdať, že reakcia zamestnanosti v SR bola podobná reakcii zamestnanosti v bývalej EÚ 15. Ale pri pohľade na štruktúru zamestnanosti je prítomný výrazný rozdiel (Graf 3). Hoci počet zamestnancov v druhom štvrťroku 2009[1] v SR klesol podstatne významnejšie ako v priemere krajín EÚ 15, celková zamestnanosť (zamestnanci plus samozamestnaní) klesla v tomto porovnaní menej výrazne. Pokles celkovej zamestnanosti bol totiž významne tlmený priam expanziou počtu samozamestnaných osôb. Prudký nárast počtu samozamestnaných osôb v SR je neporovnateľný s ich poklesom v rámci EÚ 15. Tempo rastu samozamestnaných osôb bolo v SR vysoké už aj pred nástupom ekonomickej recesie (aj kvôli absentujúcej odvodovej neutralite), po jej nástupe sa však ešte podstatne zvýšilo. Mohli tomu napomôcť aj vládne nástroje podporujúce samostatnú zárobkovú činnosť (súčasť protikrízových súborov opatrení), ale aj tlak zamestnávateľov, ktorí v recesii dajú prednosť spolupráci so živnostníkom pred zamestnávaním vlastných zamestnancov.

B) V priebehu prvých troch štvrťrokov, počas ktorých je zjavná ekonomická recesia, výrazne klesol počet pracujúcich s nižším stupňom vzdelania. Pritom počet pracujúcich s vysokoškolským vzdelaním neklesol, ale naopak, stúpol (tabuľka 1). Takýto vývoj je podobný tomu, aký bol zaznamenaný aj v skupine krajín bývalej EÚ 15 (alebo súčasnej EÚ 27). Aj z údajov za EÚ je totiž zrejmý pokles počtu pracujúcich s nižším stupňom dosiahnutého vzdelania pri náraste zamestnanosti osôb s vysokým stupňom vzdelania. V SR je však diferencovanosť dopadu recesie podstatne výraznejšia. Pokles počtu pracujúcich s nízkym stupňom vzdelania pri súčasnom náraste počtu terciárne vzdelaných pracujúcich je schéma, ktorá je platná vo väčšine bývalých plánovaných ekonomík (nových členov EÚ).

Považujeme za dôležité, aby na takéto a podobné štruktúrne zmeny vláda nereagovala ako na nežiadúce javy. Recesia nebude prekonaná, kým neprebehne vlna novej diferenciácie či novej štruktúry relatívnej vzácnosti. Tejto vlne treba vyjsť v ústrety flexibilitou – špeciálne sa to týka flexibility na trhu práce.

Tabuľka 1: Medziročná zmena počtu pracujúcich vo vybraných kategóriách podľa dosiahnutého stupňa vzdelania

Kategória pracujúcich podľa vzdelania	II.2007	II.2008	II.2009
Pracujúci s nižším stupňom vzdelania(*) – celkový počet osôb	19,7	1,0	-43,7
Vysokoškolsky vzdelaní pracujúci – celkový počet osôb	1,1	16,7	24,0

Poznámka: (*) Ide o súčet pracujúcich so základným vzdelaním, učňovským bez maturity, stredným bez maturity a učňovským s maturitou.

Podľa metodológie Výberového zisťovania pracovných síl.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR (databázy Slovstat)

3. Obozretnosť a tvorba rezerv – dôsledky recesie budú dlhodobé

Hoci už asi v krátkodobom horizonte pominie pokles reálneho HDP (a tým sa odstráni technicky chápaný príznak recesie), následky recesie budú ešte dlhšiu dobu prítomné: Ešte dlhšiu dobu sa nezotaví trh práce, určitú dobu pretrvá zvýšená investorská opatrnosť, len postupne sa obnoví dôvera a priaznivá klíma.

Od prvej chvíle obnovenej expanzie ekonomiky bude namieste tvoriť finančné rezervy. Bolo vážnou chybou, že po niekoľkých rokoch mimoriadne silného rastu ekonomiky (2005-2008) nemal verejný sektor vytvorené rezervy pre prípad nepriaznivého vývoja. Takejto absurdite je potrebné predísť.

4. Nepodľahnúť intervencionistickej eufórii

Pri nepriaznivom vývoji ekonomiky je zrejme pravidlom, že zelenú dostáva vyšší stupeň intervencionizmu. Negatívne šoky sa dávajú do súvislosti s údajnou prehnanou liberalizáciou, či nekontrolovanou globalizáciou. Na ilustráciu príklady zo slovenskej politickej elity:

- V niektorých prípadoch sa hovorí o zneužití či deformáciách liberalizmu, ktoré viedli ku kríze Na stránkach koaličnej Slovenskej národnej strany ich vysvetľuje A. Bonko: *„V spoločnosti narastá chamtivosť a aby sa táto mohla ľahšie uplatňovať, tak sa vytvára tlak na obmedzenie regulačných a kontrolných funkcii štátu. To je podstata neoliberalizmu ako ideológie, ktorá vlastne dlhodobo pripravila a aj prakticky spustila terajšiu krízu.“*[2]
- Inokedy je „nebezpečenstvom“ liberalizmus ako celok. Prezident I. Gašparovič krátko po prepuknutí krízy vysvetľoval, že kríza dokázala nebezpečnosť liberalizmu: *„Bezbrehý liberalizmus sa ukázal ako dosť nebezpečný, štát preto musí mať zodpovednosť voči svojmu obyvateľstvu.... Štát bude v novej pozícii.“*[3]

1) Posledné dostupné štatistické údaje v čase spracovania tohto textu sa viazali k II. štvrťroku 2009.

2) Anton Bonko: Kríza ekonomiky alebo spoločnosti? (príčiny, vývoj, dôsledky) http://www.sns.sk/clanky/anton-bonko-kriza-ekonomiky-alebo-spolocnosti-priciny-vyvoj-dosledky-1515.html

3) Gašparovič: Kríza dokázala, že liberalizmus je nebezpečný. SITA, ČTK 19. októbra 2008

Nie je tu našim cieľom riešiť ideologické otázky, ani skúmať skutočný či mýtický vplyv liberalizmu na vznik recesie. Vidíme však riziko v akejsi predimenzovanej intervencionistickej vlne, ktorou budú chcieť politici kompenzovať skorší „bezbrehý" liberalizmus. Táto vlna môže mať nadnárodné rozmery. Recesia celkom logicky zlepšila pozíciu pre rozmach intervencionizmu, etatizmu aj populizmu. A tým sa na Slovensku darilo už aj pred recesiou.

Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Európska komisia: slovenská vláda porušila základné princípy Zmluvy o Európskom spoločenstve

Health Policy Institute (HPI) dlhodobo poukazuje na negatívne dopady zdravotníckej legislatívy prijímanej Ficovou vládou, ktorá poškodzuje podnikateľské prostredie a je namierená proti súkromným investorom v zdravotníctve.

Podľa európskej komisie slovenská vláda zmenami v zdravotníckej legislatíve porušila základné princípy Zmluvy o Európskom Spoločenstve. Konkrétne zákaz zisku (§15 odsek 6 zákona o zdravotných poisťovniach) je v rozpore s článkom 56 Zmluvy, ktorý garantuje voľný pohyb kapitálu. Po druhé, limitovanie prevádzkových nákladov na 3,5 % z poistného (6a odsek 1) je v rozpore s Treťou direktívou pre neživotné poistenie. Po tretie povinnosť bezodplatného prevodu poistného kmeňa (§ 61 odsek 1) porušuje článok 43 Zmluvy. Podľa Európskej komisie preto *„Slovensko zlyhalo v napĺňaní povinností vyplývajúcich zo Zmluvy"*.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Prehľad zmien vykonaných vládou Roberta Fica a názor EK

Zmeny vykonané vládou Roberta Fica	Názor Európskej komisie
§15 odsek 6 zákona č. 581/2004 Z. z. (6) Ak po splnení zákonných povinností podľa osobitných predpisov[35aaa)] a povinnosti uvedenej v odseku 1 písm. b) je pri verejnom zdravotnom poistení výsledkom hospodárenia kladný výsledok, možno ho použiť len na úhrady v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, [25)] a to najneskôr do konca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa kladný hospodársky výsledok vytvoril, a spôsobom, ktorý by neohrozoval sústavné a účinné plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne zabezpečovať pre poistencov dostupnosť zdravotnej starostlivosti podľa tohto zákona [odsek 1 písm. a)] a nebol by v rozpore s povinnosťou zdravotnej poisťovne uhrádzať poskytnutú zdravotnú starostlivosť riadne a včas.	Rozpor s článkom 56 Zmluvy o ES
§ 6a odsek 1 zákona č. 581/2004 Z. z. (1) Zdravotná poisťovňa môže v príslušnom kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne výdavky najviac do výšky 3,5 % z úhrnu poistného pred prerozdelením poistného za príslušný kalendárny rok (ďalej len "ročný úhrn").	Rozpor s treťou direktívou o neživotnom poistení
§ 61 odsek 1 zákona č. 581/2004 Z. z. (1) Úrad môže zdravotnej poisťovni nariadiť, aby previedla na inú zdravotnú poisťovňu všetky alebo časť potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie (ďalej len "poistný kmeň"), ak zdravotná poisťovňa neplní opatrenia uložené úradom v súvislosti s ohrozením jej schopnosti plniť záväzky, ktoré jej vyplývajú z prijatých a potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a v ďalších prípadoch ustanovených týmto zákonom. Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, ktorá bola zrušená s likvidáciou, prevod poistného kmeňa na zdravotnú poisťovňu so 100 % majetkovou účasťou štátu ku dňu jej vstupu do likvidácie; v ostatných prípadoch úrad nariadi prevod poistného kmeňa vždy k 1. dňu kalendárneho mesiaca. Každý prevod poistného kmeňa je bezodplatný.	Rozpor s článkom 43 Zmluvy o Európskom Spoločenstve

Zdroj: Letter of formal notice, Európska komisia

Desatoro pre poistenca

Po odporúčaniach pre pravidlá transparentnej súťaže zdravotných poisťovní (októbrový *IntoBalance 4/2009*), poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (novembrový *IntoBalance 5/2009*) ponúkame desatoro opatrení pre vyššiu bezpečnosť a spokojnosť poistencov. Emancipovaný poistenec, ktorý nie je rukojemníkom systému (lekára, poisťovne, regulátora, pravidiel,...) môže prijímať slobodné rozhodnutia a prispievať tak ku skvalitňovaniu súťaže poisťovní i poskytovateľov.

Opatrenia zasahujú do troch oblastí: definícia nároku, dostupnosť informácií a práva pacientov. Tento zoznam si nenárokuje na úplnosť, predstavuje skôr podklad pre diskusiu o budúcej podobe slovenského zdravotníctva.

1. SLOBODNÝ VÝBER ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Ak má poistenec právo zmeniť zdravotnú poisťovňu, konkurencia nákupcov zdravotnej starostlivosti motivuje k väčšej zákazníckej orientácii. Slobodný výber zdravotnej poisťovne preto považujeme za dôležitý predpoklad „emancipovaného“ poistenca. Samozrejme, predpokladom je dobrá kompenzácia rizika, ktorá potláča motiváciu k zaujatému výberu.

V súčasnosti je slobodný výber zdravotnej poisťovne možný s jedným obmedzením: frekvencia prestupov je raz ročne, ku konkrétnemu dátumu. Pred koncom prestupného termínu poistenci pritom nemajú informácie o zazmluvnených poskytovateľoch na ďalší rok. Legitímnou otázkou je preto diskusia o úprave tohto obmedzenia.

2. SLOBODNÝ VÝBER POSKYTOVATEĽA

Slobodná voľba poskytovateľa (lekára, lekárne, nemocnice) umožňuje poistencom rozhodovať o tom, kto im poskytne zdravotnú starostlivosť ako i o následnom toku financií.

Podmienkou na realizáciu slobodnej voľby sú o. i. dostupné informácie o poskytovateľoch (viď Spotrebiteľské rebríčky) ako i dostupnosť alternatívy (viď Dostupnosť).

V súčasnosti je slobodná voľba poskytovateľa pri zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia obmedzená na zmluvných poskytovateľov zdravotnej poisťovne. U nezmluvných poskytovateľov podlieha (čiastočná) úhrada predautorizácii zdravotnej poisťovne.

Očakávaný trend v podobe zavádzania prvkov riadenej starostlivosti bude predstavovať výzvu pre zachovanie slobodného výberu poskytovateľa. Poistenec by mal mať právo vybrať si taký poistný plán, ktorý mu umožní realizovať právo slobodného výberu poskytovateľa (napr. sieť preferovaných poskytovateľov).

3. NEZÁVISLÝ DOHĽAD

Informačná asymetria v zdravotníctve výrazne sťažuje pacientovi posudzovať kvalitu poskytovanej starostlivosti. Možnosť obrátiť sa na nezávislého arbitra, ktorý v sporných otázkach včas a kompetentne rozhodne, zvyšuje dôveru poistencov v systém. Rola Úradu pre dohľad ako ombudsmana pacientov zahŕňa aj preskúmanie postupu posytovania zdravotnej starostlivosti s právom udeľovať sankcie.

Rovnako je dôležitá rola úradu ako nezávislého arbitra pri sporoch so zdravotnou poisťovňou ohľadom zabezpečenia nároku vyplývajúceho z verejného zdravotného poistenia.

Nezávislosť úradu je dôležitá pri prijímaní správnych a spravodlivých rozhodnutí. Dnes je podstatná časť trhu zdravotných poisťovní a poskytovateľov ústavnej starostlivosti štátna, pod vedením politicky nominovaných manažérov. Odpojenie úradu od politickej operatívy zvýši stabilitu i predvídateľnosť jeho rozhodovania.

4. KOMUNIKÁCIA

K informačnej asymetrii prispievajú samotní zdravotníci. Príčiny zníženej miery komunikácie s pacientami môžeme hľadať v nedostatku motivácie; u preťažených ambulancií aj v nedostatku času. Poučenie a informovaný súhlas sú len výnimočne viac než len formalitou.

Pre pacienta sú informácie o jeho zdravotnom stave veľmi cenné a citlivé. Vhodná a primeraná forma komunikácie ako súčasť terapeutického rituálu buduje u pacienta očakávania, ktoré majú terapeutickú hodnotu (viď mechanizmus účinku placeba, *IntoBalance 5/2008*).

Zlepšenie komunikácie pomôže zdravotníkom zvýšiť spoločenskú prestíž zdravotníckych povolaní.

5. SPOTREBITEĽSKÉ REBRÍČKY

Do tretice informačná asymetria: nedostatok dostupných, dôveryhodných a zrozumiteľných informácií o kvalite a službách zdravotných poisťovní, nemocníc či ambulantných lekárov sťažujú poistencom využívanie práva slobodnej voľby. Spotrebiteľské rebríčky kvality pomáhajú preklenúť túto medzeru.

Podmienkou rebríčkov s výpovednou hodnotou je dobrý set indikátorov a dobrá kvalita reportovania – obe podmienky sú pritom limitované nákladmi na získanie týchto dát. Rebríčky môžu organizovať nezávislé inštitúcie, časopisy príp. regulátor. Ich konkurencia povedie k zdokonaľovaniu metodiky a zvyšovaniu informačného prínosu.

6. GUIDELINES

Výsledky zdravotnej starostlivosti závisia vo veľkej miere od použitého postupu. Slovenské zdravotníctvo je prehliadkou veľkej variability postupov poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Guidelines sú odporúčania postupu diagnostickej a liečebnej starostlivosti o pacienta, ktoré odrážajú určitú stratégiu. Vychádzajú z medicíny založenej na dôkazoch a sú nástrojom procesnej zložky kvality, ktorá zvyšuje pravdepodobnosť želaného výsledku. Pre pacienta znamenajú zvýšenie ochrany a bezpečnosti v systéme.

Zavádzanie guidelineov prispieva k lepšej definícii nároku z verejného zdravotného poistenia. Pacient nie je vystavený „lotérii", podľa ktorej bude diagnostikovaný a liečený.

7. DOSTUPNOSŤ

Minimálna sieť je koncept na ochranu pacientov: má garantovať minimálnu geografickú dostupnosť zdravotných služieb. Súčasná filozofia minimálnej siete namiesto geografickej dostupnosti používa územnosprávne členenie a menný zoznam vybraných nemocníc.

Stredobodom budúcej minimálnej siete by mal byť pacient/poistenec a norma o dostupnosti služieb by mala predstavovať jeho vymáhateľný nárok z verejného zdravotného poistenia.

Súčasťou koncepcie dostupnosti je i časová dostupnosť, ktorú by mali popisovať poradovníky na odkladnú zdravotnú starostlivosť. Tie sa zatiaľ tvoria len pre obmedzený zoznam výkonov v ústavnej starostlivosti. Zoznam je potrebné rozšíriť o všetky výkony (ambulantné i nemocničné, diagnostické i terapeutické), na ktoré pacienti čakajú. Transparentné pravidlá tvorby, zverejňovania a úpravy poradovníkov formulujú vymáhateľný nárok poistenca. Majú potenciál pôsobiť aj ako protikorupčné opatrenie.

8. OCHRANNÝ LIMIT NA SPOLUÚČASŤ

Slovenské zdravotníctvo nie je bezplatné. Pacienti sa podieľajú na úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a súvisiace služby hotovostnými platbami. Len na doplatkoch za lieky predpísané na lekársky predpis zaplatia v lekárňach ročne viac ako 100 mil. eur. Celkový objem spoluúčasti sa (podľa rôznych oficiálnych zdrojov a metodík) pohybuje od 0,7 do 1,5 mld. eur.

Napriek výhradám voči výške vykazovaných štatistických hodnôt panuje zhoda, že objem priamych platieb za zdravie z roka na rok stúpa. K poklesu nedošlo ani zrušením 20- a 50-korunových poplatkov v roku 2006. Distribučný efekt spoluúčasti môže za takýchto okolností viesť k zhoršeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre sociálne slabšie domácnosti. Zdravotný systém tak zlyháva v jednom zo svojich základných poslaní: finančnej ochrane pred hrozbou katastrofických nákladov.

Ochranný limit na spoluúčasť má za cieľ zmierniť finančné dôsledky vysokej spoluúčasti (jednoduchý príklad: ak pacient prekročí strop pre kumulovanú ročnú spoluúčasť, jeho ďalšie výdavky na spoluúčasť mu preplatí zdravotná poisťovňa). Konkrétna forma realizácie ochranného limitu sa môže inšpirovať viacerými zdravotnými systémami, ktoré tento nástroj používajú.

9. DEFINÍCIA PRODUKTU A VYMÁHATEĽNOSŤ NÁROKU POISTENCA

Chýbajúca jasná definícia rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia prináša poistencom viacero problémov. Na čo pacient má a na čo už nemá nárok je predmetom rozhodovania lekára resp. revízneho lekára zdravotnej poisťovne. Motivácie ich rozhodovania môžu byť pritom rôzne. Takýto stav priamo či nepriamo podporuje korupčné prostredie a vedie k nerovnosti v distribúcii benefitov.

Explicitné vymedzenie rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti poskytne pacientom hmatateľný nárok. Jeho vymáhanie cez zdravotnú poisťovňu resp. úrad pre dohľad sa stane jednoduchšie, priamočiarejšie a menej arbitrárne.

Zároveň takéto vymedzenie definuje aj okruh služieb, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia. Otvorí tak priestor pre vytvorenie poistných produktov individuálneho zdravotného poistenia. Možnosť uzatvoriť individuálne zdravotné poistenie zlepšuje poistencom možnosť voľby a zvyšuje mieru ich emancipácie v systéme.

Hoci dnešná netransparentnosť nároku oslabuje postavenie pacientov, presadenie takejto zmeny nebude jednoduché. Tichý rationing je menej „rušivý" než explicitný rationing. Ide preto o politicky citlivú otázku, ktorej sa však nebude dať vyhnúť.

10. ZAPOJENIE PACIENTOV

Účasť pacientov pri rozhodovaní o systémových otázkach v zdravotníctve je nízka. Ich rola je redukovaná na konzumentov zdravotných služieb. Prijímanie rozhodnutí o alokácii zdrojov, o procesoch či legislatívnych opatreniach sa uskutočňuje bez aktívnej spoluúčasti pacientskych organizácií.

Zapojenie pacientov do týchto procesov umožní tvorcom zdravotnej politiky lepšie identifikovať priority. S účasťou na rozhodovaní súvisí aj zodpovednosť za prijaté rozhodnutia. Môže to napr. pomôcť spriechodniť prijatie nepopulárnych opatrení (definícia rozsahu).

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

Tabuľka 1: Inštitucionálny rámec konkurenčného prostredia

	Kritérium	Nastavenie „Zajac“	Nastavenie „Valentovič-Raši“	Želané budúce nastavenie
1	Slobodný výber zdravotnej poisťovne	Áno Raz ročne k 1. januáru (uzávierka prihlášok je 30. septembra predchádzajúceho roka)	Áno Raz ročne k 1. januáru (uzávierka prihlášok je 30. septembra predchádzajúceho roka)	Áno
2	Slobodný výber poskytovateľa	Áno Týka sa zmluvných poskytovateľov. U nezmluvných poskytovateľov potrebná predautorizácia.	Áno Týka sa zmluvných poskytovateľov. U nezmluvných poskytovateľov potrebná predautorizácia.	Áno
3	Nezávislý dohľad	Áno Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Čiastočne Nezávislosť predsedu úradu bola zrušená jeho podriadením vláde, kompetencie si úrad zatiaľ udržal.	Áno Obmedziť personálnu kompetenciu vlády, vedenie úradu koncipovať ako kolektívny orgán.
4	Komunikácia	Komunikácii medzi zdravotníkom a pacientom je v zdravotnej politike venovaná len minimálna pozornosť.	Komunikácii medzi zdravotníkom a pacientom je v zdravotnej politike venovaná len minimálna pozornosť.	Komunikácia medzi zdravotníkom a pacientom je ovplyvňovaná sériou nástrojov (vzdelávanie, indikátory kvality, platobné mechanizmy).
5	Spotrebiteľské rebríčky	Nie	Čiastočne Rebríčky vydané zdravotnými poisťovňami, HPI a ÚDZS predstavujú prvé spotrebiteľsky orientované informácie tohto druhu.	Áno Pravidelne vydávané a aktualizované rebríčky poskytovateľov i zdravotných poisťovní so zverejnenou metodikou.
6	Guidelines	Nie	Nie	Áno
7	Dostupnosť	Norma orientovaná na poskytovateľa (a zďaleka nie dobre vypočítaná). Chýba regulácia poradovníkov.	Protekcionistické nastavenie pre štátne resp. vybrané nemocnice. Prijatá regulácia poradovníkov, ale len na tri okruhy zdravotných výkonov.	Orientovaná na spotrebiteľa cez geografickú a časovú dostupnosť (poradovníky)
8	Ochranný limit na spoluúčasť	Nie	Nie	Áno
9	Definícia produktu	Nejasná. Neuskutočnila sa katalogizácia a kategorizácia chorôb.	Nejasná. Neuskutočnila sa katalogizácia a kategorizácia chorôb.	Vymedzenie rozsahu hradenej starostlivosti a umožnenie zavedenia spoluúčasti pre zdravotnú starostlivosť nad tento rámec
10	Zapojenie pacientov	Nie	Nie	Áno Zapojenie pacientskych organizácií do procesu prijímania rozhodnutí v zdravotníctve.
	Prostredie podporujúce trh a férovú súťaž (zelená farba)	**3**	**2**	**10**
	Prostredie, ktoré nie je trhovo nepriateľské, ale nie sú v ňom naplnené podmienky férovej súťaže (žltá farba)	**1**	**3**	**0**
	Prostredie nepodporujúce trh a férovú súťaž (červená farba)	**6**	**5**	**0**

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

V získavaní nových poistencov sú úspešné predovšetkým súkromné poisťovne

Od reformy zdravotníctva v roku 2004 ubehlo práve 5 prestupových sezón. Obhliadnime sa späť, ako boli jednotlivé zdravotné poisťovne v získavaní poistencov úspešné. Údaje dokumentujú príchody a odchody poistencov výlučne v rámci kampaní a neberú do úvahy zmeny poistného kmeňa z titulu narodenia, úmrtia, spájania poisťovní a ani prevody poistných kmeňov. Jedná sa tak o zmeny odzrkadľujúce dobrovoľné správanie poistencov vzhľadom k výberu zdravotnej poisťovne.

VŠZP: REKORDNÝ ÚBYTOK POISTENCOV

Všeobecná zdravotná poisťovňa stratila v priebehu 5 rokov 584 737 poistencov, pričom získala 103 173 poistencov. Jej čistá strata teda predstavuje 481 564 poistencov. VšZP mala doteraz v každom prestupovom období negatívnu bilanciu. Od rekordnej čistej straty 437 020 poistencov v roku 2006 sú straty VšZP výrazne nižšie a pohybujú sa na úrovni 10 000 – 14 000 poistencov.

SZP: NAJSLABŠIA V ZÍSKAVANÍ NOVÝCH POISTENCOV

Spoločná zdravotná poisťovňa za 5 rokov stratila 129 915 poistencov, pričom získala len 22 421 poistencov. V čistom vyjadrení prišla o 107 494 poistencov. Podobne ako VšZP, aj SZP stratila najviac poistencov v roku 2006. S výnimkou roka 2008, SZP nedokázala prilákať viac ako pár tisíc nových poistencov.

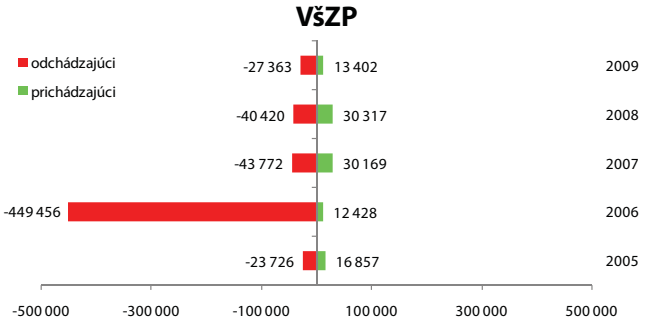
UNION: REKORDNÝ ROK 2006

Union je najúspešnejšou poisťovňou za posledných 5 rokov v získavaní poistencov a to aj keď berieme do úvahy celkový počet získaných poistencov (529 525) ako aj očistený počet poistencov (368 791). Za tento úspech vďačí Union výlučne kampani z roku 2006, v ktorej získal 462 077 poistencov, čiže 87% všetkých príchodov. V ďalších troch rokoch bol Union ako na hojdačke – v roku 2007 veľké množstvo poistencov stratil, naopak v roku 2008 poistencov v čistom vyjadrení získal a v roku 2009 opäť stratil.

EZP: NAPRIEK SOLÍDNYM PRÍRASTKOM SKONČILA V KONKURZE

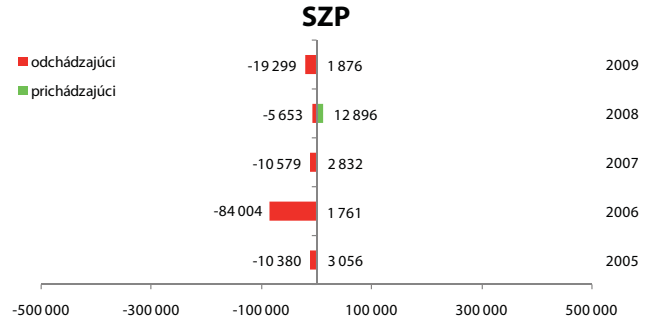
Európska zdravotná poisťovňa bola na trhu len veľmi krátko a plnohodnotne sa zúčastnila jedine kampaní v roku 2006 a 2007. Z hľadiska príchodov bola v obidvoch rokoch rovnako výkonná – získala 74 598, resp. 76 513 poistencov. Keď v máji 2008 ohlásila ukončenie činnosti, väčšina jej poistencov prestúpila do iných poisťovní.

Graf 1: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci VšZP



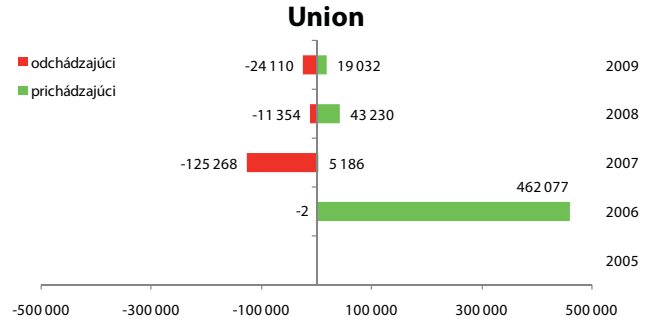
Zdroj: ÚDZS

Graf 2: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci SZP



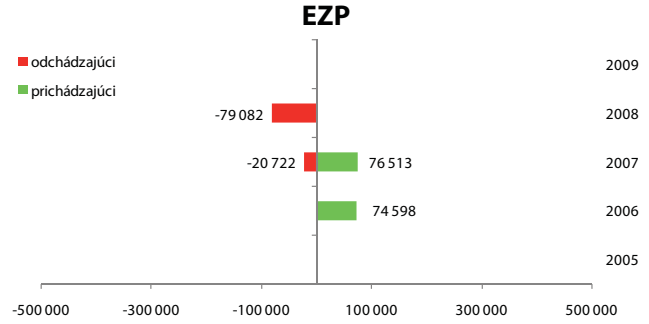
Zdroj: ÚDZS

Graf 3: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci Union ZP



Zdroj: ÚDZS

Graf 4: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci EZP



Zdroj: ÚDZS

SIDERIA: SLABÝ VÝSLEDOK V ROKU 2006 OVPLYVNILO ZLÚČENIE S DÔVEROU

Sideria je po EZP ďalšia poisťovňa, ktorá už neexistuje. Na rozdiel od EZP, ktorá skončila v konkurze, Sideria sa zlúčila so ZP Dôvera. Jediným rokom, keď bola plne prítomná v kampani, bol rok 2005 a získala 10 182 „netto" poistencov. Výrazná vlna odchodov v roku 2006 bola spôsobená avizovaným zlúčením so ZP Dôvera.

DÔVERA: PO DVOCH VEĽMI SILNÝCH ROKOCH PRIŠLI DVA SLABÉ

Dôvera je v súčasnosti najsilnejšou súkromnou zdravotnou poisťovňou. Za 5 rokov získala celkovo 340 555 poistencov a stratila 162 677. Čistý prílev teda tvorí 177 878 poistencov, pričom najúspešnejšie boli roky 2006 a 2007 kedy zaznamenala čistý plus 89 050, resp. 83 892 poistencov. V posledných dvoch rokoch však Dôvera čelí čistému odchodu poistencov rádovo v tisíckach ľudí.

APOLLO: PO TROCH SLABÝCH ROKOCH PRIŠLI DVA SILNÉ

Apollo síce nezískalo za posledných 5 rokov najviac poistencov (čistý prílev 60 297), avšak v posledných dvoch rokoch je suverénne najlepšie v získavaní poistencov. Kým v rokoch 2005 a 2006 Apollo poistencov strácalo, tak od roku 2007 poistencov len získava. V roku 2008 aj 2009 získalo viac ako 54 000 poistencov, pričom v roku 2008 z neho odišlo len 2 961 poistencov.

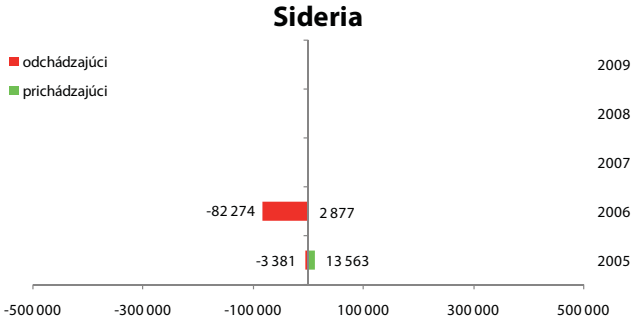
ZHRNUTIE

Najúspešnejší v získavaní poistencov za posledných 5 rokov sú Union (+ 368 971), Dôvera(+ 177 878) a Apollo (+ 60 297). Kým Unionu sa darilo najmä v roku 2006, tak Dôvera bola najúspešnejšia v roku 2006 a 2007. Naopak, Apollu sa najviac darí v roku 2008 a 2009.

Počet poistencov, ktorí zmenili poisťovňu však z roka na rok klesá. Kým v roku 2006 to bolo viac ako 716 000, tak v roku 2009 to bolo len niečo vyše 125 000. Tento viac ako 6-násobný pokles v prestupovej aktivite je podľa nás daný dvoma faktormi:

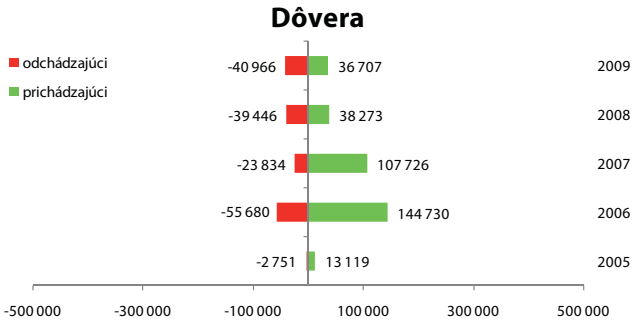
- **Chýbajúci priestor pre odlíšenie zdravotných poisťovní:** produkt verejného zdravotného poistenia je dnes jeden, a to do veľkej miery centrálne unifikovaný. Zdravotné poisťovne si konkurujú skôr externou komunikáciou než svojimi službami. To sa po pár rokoch prejavilo v druhom faktore.
- **Nasýtenie spotrebiteľov.** Tí, ktorí poisťovňu už chceli zmeniť, tak zrejme urobili v rokoch 2006 a 2007. Aby spotrebitelia znovu nadobudli väčšiu motiváciu pre zmenu poisťovne, bude potrebný externý impulz v podobe novej poisťovne, alebo nových produktov súčasných zdravotných poisťovní, ktoré trh lepšie rozhýbu.

Graf 5: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci Sideria ZP



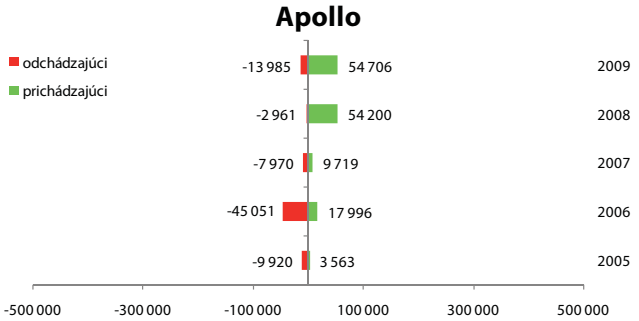
Zdroj: ÚDZS

Graf 6: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci Dôvera ZP



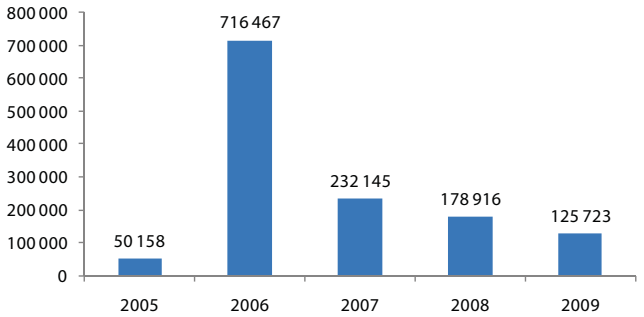
Zdroj: ÚDZS

Graf 7: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci Apollo ZP



Zdroj: ÚDZS

Graf 8: Počet poistencov, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu



Zdroj: ÚDZS

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Poslanci presadili štátne neziskové organizácie

Hoci na jar 2009 ministerstvo zdravotníctva ustúpilo od plánu presadiť štátnu kontrolu nad neziskovými organizáciami (viď *Štátne neziskové organizácie nebudú*, IntoBalance 1/2009), takáto zmena sa nakoniec predsa len dostala do legislatívy.

2. decembra 2009 schválil parlament poslanecký návrh zákona, ktorým sa menia pravidlá pre nemocnice, ktoré sú neziskovými organizáciami a ktorých spoluzakladateľom bol štát. Autormi návrhu sú poslanci J. Valocký a R. Madej (Smer-SD).

Zákon predčasne ukončuje funkčné obdobie členov správnych rád neziskových organizácií k 28. februáru 2010. Noví členovia správnej rady majú byť vymenovaní zakladateľmi v takom pomere, v akom bola výška vkladu zakladateľov pri založení neziskovej organizácie. Zakladatelia tiež získali právo kedykoľvek odvolať takto vymenovaného „svojho" člena správnej rady.

Zmena sa týka aj tzv. neprioritného majetku. Ak tento majetok vkladal do neziskových organizácií štát, samotná organizácia už s ním nebude môcť nakladať bez predchádzajúceho písomného súhlasu ministerstva zdravotníctva. Pri zrušení neziskovej organizácie sa prioritný majetok neziskovky vracia štátu (dosiaľ sa dal vložiť len do ďalšej neziskovej organizácie).

> ***„Ministerstvo spravodlivosti je názoru, že najvhodnejším riešením by bolo, aby sa takéto neziskové organizácie pretransformovali na inú právnu formu (akciovú spoločnosť alebo spoločnosť s ručením obmedzením, prípadne inú osobitnú formu zdravotníckeho zariadenia).***
>
> *Stanovisko MS SR v pripomienkovom konaní k návrhu na zrušenie úlohy B2 uznesenia vlády č. 61 zo 17. 1. 2008*

Dostať nemocnice – neziskové organizácie pod kontrolu štátu bola pôvodne úloha ministra Ivana Valentoviča (uznesenie vlády č. 61 zo 17. 1. 2008), ktorú nesplnil. Jeho nástupca R. Raši ju navrhol zrušiť, pretože ministerstvo pri tejto úlohe *„narazilo na celý rad problémov, ktoré považuje za potrebné riešiť novelou zákona..."* A k prípadnej novele zákona napísalo v pripomienkovom konaní ministerstvo spravodlivosti, že s takýmto postupom nesúhlasí, pretože by sa musela uplatniť priama retroaktivita voči súčasným členom správnych rád nemocníc.

Poslaneckým návrhom zákona sa obišlo pripomienkové konanie i nesúhlas rezortu spravodlivosti. Ďalšou formálnou pripomienkou je, že novela mení režim neziskoviek v inom zákone než podľa ktorého vznikali (neziskové organizácie vznikali podľa zákona č. 13/2002 Z. z., poslanecká novela ich upravuje v zákonoch 213/1997 Z. z. a 578/2004 Z. z.).

Zásadnou zmenou je posun vo filozofii neziskových organizácií: ich založením sa zakladatelia vzdali operatívneho riadenia nemocníc a túto kompetenciu presunuli na neziskovú organizáciu. Teraz dochádza k opačnému posunu: ministerstvo zdravotníctva sa dostane opäť do polohy operatívneho riadenia týchto nemocníc, ku ktorému mu však dlhodobo chýbajú kapacity i koncepcia. Koniec-koncov, to bolo jedným zo zásadných dôvodov pre vznik neziskových organizácií.

Predkladatelia zákona chceli zabezpečiť kontrolu zakladateľov nad neziskovou organizáciou. Vybrali si len tie neziskové organizácie, ktorých spoluzakladateľom bol štát. V čom sa však od nich líšia neziskové organizácie, ktoré zakladali samosprávne kraje alebo obce? Režim v týchto nemocniciach bude odlišný...

Pomery v správnych radách vypočítané na základe výšky vkladov zakladateľov nerešpektujú stav, v akom sa majetok pred pár rokmi nachádzal. Chátrajúce budovy, zastarané prístroje, nevyrovnané hospodárenie boli prvé výzvy nových manažmentov. Zháňali investície, sponzorov, granty či eurofondy a z nich postupne opravili a zveľadili nemocnicu – čosi, čo štát ako ich predchádzajúci vlastník nedokázal urobiť za predchádzajúce desaťročie. Majetok, ktorý bol predmetom vkladu zakladateľov, je teda dnes podstatne odlišný než pri zakladaní neziskovej organizácie. Nezveľadil ho štát ako zakladateľ a pôvodný vlastník, ale samotná nezisková organizácia. Novela zákona však tento majetok považuje za „štátny": rozhodovať o ňom majú nominanti ministerstva zdravotníctva.

Opozícia (aktívne vystupovali najmä poslanci G. Gál a V. Novotný) preto označila návrh za pokus o zoštátnenie týchto viac než dvadsiatich nemocníc. Upozornila tiež na retroaktivitu zákona, keďže sa predčasne končí funkčné obdobie riadne vymenovaných členov správnych rád. Na rokovaní Ústavnoprávneho výboru parlamentu koaliční poslanci túto námietku odmietli. Rovnako zamietli žiadosť o vystúpenie zástupcu dotknutých neziskových organizácií P. Ottingera, viceprezidenta Asociácie nemocníc Slovenska a riaditeľa Nemocnice A. Wintera v Piešťanoch, n. o.

V neziskových organizáciách dôjde zrejme v ďalších mesiacoch k personálnym zmenám. Predpokladáme, že dotknutí členovia správnych rád sa obrátia na Ústavný súd SR. Kauza štátnych neziskových organizácií sa preto rozhodne nekončí.

Novela Valocký-Madej je však len dôsledkom nízkej transparentnosti a čitateľnosti vlastníckeho pozadia týchto zdravotníckych zariadení. Potvrdzuje tým názor HPI, že neziskové organizácie nie sú vhodnou právnou formou pre slovenské nemocnice. V tomto postoji sa zhodujeme s názorom ministerstva vnútra (pri transformácii nemocnice MV SR) a ministerstva spravodlivosti (viď Rámček). Zmena však môže prísť najskôr až po júnových parlamentných voľbách.

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

Ozdravný plán pre rakúske zdravotné poisťovne

Potom, čo sa v rakúskej vláde začiatkom roka zrodila zhoda v tom, že zdravotné poisťovne budú potrebovať pravidelné dodatočné financie od štátu prišlo v decembri k zhode aj na podmienkach a výške tejto pomoci.

15. decembra 2009 schválil rakúsky Hlavný zväz sociálneho poistenia ozdravný plán pre zdravotné poisťovne. Na základe tohto plánu by mali zdravotné poisťovne v roku 2010 inkasovať financie od štátu vo výške 100 mil. eur za cenu škrtania nákladov v celkovej výške 197 mil. eur. Dotácia poisťovniam pôjde z tzv. štrukturálneho fondu, ktorý bol pre tieto účely zriadený začiatkom tohto roku.

Ministerstvo financií bude požadovať od zdravotných poisťovní úspory v celkovo šiestich oblastiach. Pre každú oblasť bude každej zdravotnej poisťovni presne určená suma úspor. Ak ju poisťovňa nesplní, hrozia jej finančné sankcie. Dve najhlavnejšie oblasti škrtania výdavkov sú lieky a honoráre lekárov. V oblasti liekov je v roku 2010 cieľom znížiť rast nákladov zo 6 % na polovicu (3 %).

V Rakúsku funguje systém povinného zdravotného poistenia. Poistenci sú zdravotným poisťovniam automaticky prideľovaní podľa profesie alebo na základe bydliska. Momentálne je v Rakúsku 9 krajinských a 7 profesijných zdravotných poisťovní.

Šetriť budú musieť krajinské zdravotné poisťovne ako aj tie profesijné, dotácia 100 mil. sa však bude deliť len medzi krajinské poisťovne a len týmto hrozí prípadná pokuta za nedodržanie plánu šetrenia. 100 mil. bude rozdelených podľa pomeru počtu poistencov (Tabuľka 1).

Tabuľka 1: Rozdelenie zdrojov zo štrukturálneho fondu v r. 2010

Zdravotná poisťovňa	Podiel
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	17,45 %
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	17,26 %
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	13,77 %
Tiroler Gebietskrankenkasse	8,29 %
Salzburg Gebietskrankenkasse	6,53 %
Kärtner Gebietskrankenkasse	6,29 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	4,51 %
Burgenländische Gebietskrankenkasse	2,88 %

Zdroj: www.bmg.gv.at

Kontrola toho, ako sa poisťovniam darí v predpísaných úsporách bude uskutočnená formou dvoch hodnotiacich správ. Prvá je naplánovaná na 15. marca 2010, druhá na 15. septembra. Kontrolórmi budú ministerstvo zdravotníctva a ministerstvo financií. Celá suma prislúchajúcej dotácie bude poisťovni vyplatená v prípade, že táto splní svoj plán šetrenia ako celok na minimálne 90 % a v každom zo šiestich hodnotiacich parametrov dosiahne minimálne 50 %.

Okrem dotácie zo štrukturálneho fondu dostanú zdravotné poisťovne v rokoch 2010 až 2012 ešte trikrát 150 mil. naviac v rámci oddlžovania zdravotných poisťovní a to počínajúc 31. januárom 2010.

Pritom v tomto roku poisťovne už dostali spolu 120 mil. eur z rozpustenia katastrofického fondu, refundácie dane z pridanej hodnoty ako aj uvoľnením 45 mil. z rozpočtu.

Dotácie zo štrukturálneho fondu sú v Rakúsku plánované aj na ďalšie roky, ich výšku zatiaľ neoznámili. Isté však je, že poisťovne budú musieť šetriť aj v budúcich rokoch, celkovo musia do roku 2013 ušetriť až 1,7 mld. eur.

Vďaka všetkým týmto opatreniam očakávajú zdravotné poisťovne v tomto roku prebytok vo výške 60,5 mil. eur. Krajinské zdravotné poisťovne však tento rok dosiahnu výsledok mínus 53,1 mil. eur, celkovo pozitívny výsledok je teda treba pripísať predovšetkým profesijným zdravotným poisťovniam. Pre budúci rok sa počíta s mínusom celkovo vo výške 268 miliónov eur, pričom krajinské zdravotné poisťovne dosiahnu mínus až 320 mil. eur. V kalkulácii pre rok 2010 však ešte nie sú započítané príjmy zo štrukturálneho fondu, ktoré by mohli opäť dosiahnuť 100 miliónov eur.

Mária Pourová (1983) je junior analytik Health Policy Institute. Na Ekonomickej univerzite vo Viedni študuje manažment rizika, poisťovníctvo a procesný manažment.

» kontakt pourova@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 2: Výdavky na zdravotníctvo v Rakúsku podľa systému zdravotných účtov (OECD) od roku 1999 v miliónoch eur

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
výdavky spolu	20 033	20 642	21 438	22 134	22 980	24 230	25 340	26 329	27 453
výdavky štátu	15 375	15 860	16 313	16 777	17 356	18 341	19 294	19 971	20 977
súkromné výdavky	4 658	4 782	5 125	5 357	5 625	5 889	6 064	6 358	6 476
celkové výdavky ako % HDP	10,1 %	9,9 %	10,1 %	10,1 %	10,3 %	10,4 %	10,4 %	10,2 %	10,1 %
výdavky štátu ako % HDP	7,8 %	7,6 %	7,7 %	7,7 %	7,8 %	7,9 %	7,9 %	7,8 %	7,7 %
súkromné výdavky ako % HDP	2,4 %	2,3 %	2,4 %	2,4 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,4 %
HDP	197 979	207 529	212 499	218 848	223 302	232 782	244 453	257 294	270 837
počet obyvateľov	7 992 323	8 011 566	8 042 293	8 082 121	8 118 245	8 169 441	8 225 278	8 267 948	8 300 954

Zdroj: Statistik Austria

Analýza verejných výdavkov krajín V4 očami maďarských analytikov

Jablká s hruškami?

Maďarskí analytici Gábor Kiss a Róbert Szemere z Národnej banky Maďarska zverejnili veľmi zaujímavé porovnanie štruktúry výdavkov v krajinách V4. Vo svojom článku nazvanom „Jablká s hruškami?", ktorý bol zverejnený v máji 2009 analyzujú verejné výdavky krajín V4, pričom sa snažia jednotlivé položky korigovať, aby vzájomné porovnanie nebolo skreslené. Zároveň v tejto analýze neberú do úvahy vplyv ekonomického cyklu.

Analýza najpr vysvetľuje tri úvodné korekcie, ktorými sa výdavkové štruktúry stávajú lepšie porovnateľnými. Prvou korekciou je korekcia o úroky zo štátneho dlhu, ktorú sú podľa autorov štúdie zrkadlom minulých období a nie súčasnej fiškálnej politiky. Napríklad v Maďarsku sú úroky až o 2,4 % HDP vyššie ako je priemer krajín V3. Z tohto rozdielu sú 2/3 kvôli vyššiemu dlhu a 1/3 kvôli vyšším sadzbám.

Druhá korekcia sa týka dvoch položiek, ktoré súčasne ovplyvňujú príjmovú a výdavkovú stranu. V prípade Slovenska sa jedná o daňový bonus na dieťa, čo zodpovedá negatívnej dani. V tomto prípade autori považujú bonus nie za položku znižujúcu príjmy, ale za výdavok. Zároveň je potrebné započítať nemocenskú, ktorú namiesto štátu platí zamestnávateľ.

Tretia korekcia sa týka daní a odvodov, ktoré štát platí za svojich zamestnancov a DPH, spotrebných daní a iných poplatkov, ktoré štát platí pri obstarávaní tovarov a služieb pre svoje potreby. V princípe sa jedná o finančné transfery z ľavého vrecka do pravého. V krajinách, kde sú sadzby nižšie, aj štát platí „sám sebe" menej.

Takže kým Maďarsko malo nekorigované výdavky vyššie o 10,1 % HDP ako priemer V3, tak po korekciách o úroky je rozdiel 7,7 % HDP a po ďalšícj korekciách o negatívnu daň, nemocenské a transferoch „sám sebe" je rozdiel 5,7 % HDP (Tabuľka 1).

Po prvých troch korekciách autori získali čisté primárne výdavky, ktoré je podľa nich potrebné ešte korigovať o tri ďalšie položky. Tieto sú však platné len pri určitých podmienkach, resp. sú oproti prývm trom ťažšie vyčísliteľné. Patria sem 1) korekcia o prevodný efekt výdavkov na daňové príjmy, 2) korekcia o eurofondy a 3) korekcia o ceny a poplatky vyberané štátnymi inštitúciami, ktoré čiastočne pokrývajú verejné výdavky. Po ďalších troch korekciách sú teda verejné výdavky Maďarska voči priemeru V3 vyššie o 4,1 % HDP (Tabuľka 2).

NÁRODOHOSPODÁRSKE TRIEDENIE

Okrem celkového porovnania výšky verejných výdavkov na HDP je mimoriadne zaujímavá aj ich štruktúra. Z nekorigovaných dát vyplýva, že naturálne plnenia sú v Maďarsku o 3,6 % HDP vyššie ako priemer V3. Po korekcii o ceny a poplatky organizácií poskytujúcich služby „blahobytu" ako aj korekcii o priamy a nepriemy efekt daní zisťujeme, že pozícia Maďarska je len o 0,4 % HDP horšia voči priemeru V3. Najväčší rozdiel medzi Maďarskom a priemerom V3 je v položke finančné podpory obyvateľstvu, kde Maďarsko vydáva

Tabuľka 1: Tri kroky základnej korekcie, údaje sú za rok 2007 v % z HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
1. Výdavky podľa ESA	34,6	42,0	42,6	39,7	49,8	10,1
2. Korekcia o úroky	–1,4	–2,4	–1,1	–1,6	–4,0	–2,4
3. Primárne výdavky (1–2)	33,2	39,6	41,5	38,1	45,8	7,7
4. Korekcia o negatívnu daň a nemocenskú	0,9	0,2	0,1	0,4	0,1	–0,3
5. Korekcia o dane z príjmu, odvody, nepriame dane pri ktorých štát platí „sám sebe"	–3,6	–7,7	–6,1	–5,8	–7,5	–1,7
6. Čisté primárne výdavky (3+4+5)	30,5	32,1	35,5	32,7	38,4	5,7

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

Tabuľka 2: Ďalšie tri doplňujúce korekcie, údaje sú za rok 2007 v % z HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
6. Čisté primárne výdavky (3+4+5)	30,5	32,1	35,5	32,7	38,4	5,7
7. Korekcia o prevodný efekt výdavkov na daňové príjmy	–2,2	–3,4	–2,0	–2,5	–3,0	–0,4
8. Korekcia o čisté zdroje z eurofondov	0,4	0	0	0,1	–0,2	–0,3
9. Korekcia o ceny a poplatky	–1,0	–2,5	–2,7	–2,1	–2,9	–0,8
10. Korigované čisté primárne výdavky (6+7+8+9)	27,7	26,2	30,8	28,2	32,4	4,1

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

Tabuľka 3: Národohospodárske triedenie výdavkov, nekorigované údaje za rok 2007 v % HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
1. Primárne výdavky = 2+3+4+5	33,2	39,6	41,5	38,1	45,8	7,7
2. Naturálne plnenie	15,9	17,6	19,1	17,5	21,1	3,6
3. Podnikové a iné podpory	2,8	2,8	3,2	2,9	4	1,1
4. Finančné transfery obyvateľstvu	11,6	14,2	12,9	12,9	15,2	2,3
5. Kapitálové výdavky	3	4,8	6,3	4,7	5,5	0,8

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

o 2,3 % z HDP viac ako priemer V3 a po korekcii dokonca o 2,5 % viac. Druhou veľkou položkou sú podnikové a iné podpory, kde Maďarsko poskytuje o 1,1 % z HDP viac ako je priemer V3 rovnako pri korigovaných ako aj nekorigovaných dátach (Tabuľka 3 a Tabuľka 4).

Tabuľka 4: Národohospodárske triedenie výdavkov, korigované údaje za rok 2007 v % HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
1. Primárne korigované výdavky = 2+3+4+5 + 6	27,7	26,2	30,8	28,2	32,4	4,1
2. Naturálne plnenie – ceny a poplatky – priamy a a prevodný efekt daní	11,1	9,1	10,7	10,3	10,7	0,4
3. Podnikové a iné podpory	2,8	2,8	3,2	2,9	4	1,1
4. Finančné transfery obyvateľstvu – priamy a prevodný efekt daní	10,9	8,9	11,4	10,4	12,9	2,5
5. Kapitálové výdavky – priamy vplyv daní	2,4	4,6	4,6	3,9	4,1	0,2
6. Chyba (napr. EÚ zúčtovanie)	0,5	0,9	0,9	0,8	0,7	–0,1

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

FUNKČNÉ TRIEDENIE

Kým národohospodárske triedenie sa pozerá na výdavky optikou naturálnych, či finančných plnení, tak funkčné triedenie rieši štrukúru výdavkov podľa funkcií bez ohľadu na to, či boli poskytnuté ako finančné, nefinančné plnenie, či kapitálový výdavok.

Najväčší rozdiel medzi Maďarskom a priemerom V3 je v položke všeobecné verejné služby – takmer 5 %, avšak po korekcii o platbu úrokov 2/3 tohto rozdielu zmiznú. Podobne v hospodárkych činnostiach má Maďarsko vyššie výdavky o 1,3 % HDP ako priemer V3, po korekcii rozdiel klesá na 1,0% HDP.

Výdavky na zdravotníctvo sú jedinou funkciou, na ktorú dáva Maďarsko významne menej ako krajiny V3 (až o -1,2 % z HDP). Po korekciách sa tento rozdiel takmer zdvojnásobí (-2,1 % z HDP). Tento rozdiel sa podľa autorov štúdie nerovnomerne odráža v troch dimenziách:

- Úhrada liekov mierne prevyšuje úroveň v Čechách a v Poľsku
- Úroveň nemocenských dávok upravených v korekcii o časť vyplácanú zamestnávateľom v pomere k HDP na Slovensku výrazne prevyšuje hladinu ostatných troch krajín
- Najväčšie zaostávanie Maďarska je však v oblasti prevádzkovania a rozvoja systému zdravotnej starostlivosti

Výdavky na vzdelávanie sú pred korekciami vyššie o 0,5 % ako priemer krajín V3, ale po korekciách je rozdiel len minimálny (0,1 % HDP). Na druhej strane, výdavky na sociálnu ochranu sú v Maďarsku o 4,2 % HDP vyššie ako priemer V3. Po korekciách sa dokonca mierne zvýši na 4,3 % HDP (Tabuľka 5 a Tabuľka 6).

***Z maďarského originálu** „P. Kiss Gábor–Szemere Róbert: Almát körtével? Mérlegen a visegrádi országok állami kiadása"*
preložil Peter Pažitný

Tabuľka 5: Funkčné triedenie verejných výdavkov, nekorigované údaje za rok 2007 v % HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
1. Všeobecné verejné služby	3,7	5,5	4,4	4,5	9,4	4,9
2. Obrana	1,5	1,4	1,2	1,4	1,3	-0,1
3. Verejný poriadok a bezpečnosť	2	1,8	2,1	2	2	0
4. Hospodárske činnosti	4,3	4,6	6,9	5,3	6,6	1,3
5. Ochrana životného prostredia	0,6	0,6	1	0,7	0,7	0
6. Bývanie a komunálne služby	0,8	1,1	1,1	1	1	0
7. Zdravotníctvo	6,5	4,6	7,1	6,1	4,9	-1,2
8. Voľný čas, kultúrne a cirkevné činnosti	0,7	1,1	1,3	1	1,5	0,5
9. Vzdelávanie	4	5,7	4,7	4,8	5,3	0,5
10.Sociálna ochrana	10,6	15,8	12,9	13,1	17,3	4,2
11.Spolu	34,7	42,2	42,7	39,9	50	10,1

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

Tabuľka 6: Funkčné triedenie verejných výdavkov, korigované údaje za rok 2007 v % HDP

	SK	PL	CZ	V3	HU	HU–V3
1. Všeobecné verejné služby	1,5	2,4	2,3	2,1	3,6	1,5
2. Obrana	1	1	0,8	0,9	0,9	0
3. Verejný poriadok a bezpečnosť	1,2	1,2	1,1	1,1	1	-0,1
4. Hospodárske činnosti	3,9	4,2	6	4,7	5,7	1
5. Ochrana životného prostredia	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0
6. Bývanie a komunálne služby	0,7	0,9	1	0,9	0,8	-0,1
7. Zdravotníctvo	6,9	4	7	6	3,9	-2,1
8. Voľný čas, kultúrne a cirkevné činnosti	0,5	0,9	1,1	0,8	1,1	0,3
9. Vzdelávanie	2,5	3,8	2,7	3	3,1	0,1
10.Sociálna ochrana	9	9,8	10,9	9,9	14,2	4,3
11.Spolu	27,7	28,7	33,7	30	34,9	4,9

Zdroj: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

Analýza systému záchrannej zdravotnej služby po reforme

Na tomto mieste venujeme pravidelne priestor záverečným prácam vzdelávacieho programu Manažér na Health Academy Managment (HMA, viac informácií viď www.hma.sk). Po absolvovaní desiatich vyučovacích modulov majú študenti HMA za úlohu spracovať tému o slovenskom zdravotníctve a využiť pritom poznatky zo vzdelávania. V tomto čísle IntoBalance prinášame záverečnú prácu z prvého ročníka programu Manažér, ktorú v júni 2008 prezentoval MICHAL BAHELKA zo spoločnosti RZP, a.s., ktorá je poskytovateľom záchrannej zdravotnej služby.

1. ZHRNUTIE

V práci sa venujem základnému zhodnoteniu fungovania Záchrannej zdravotnej služby (ZZS) v SR po reformných zmenách v roku 2005.

Úvodom uvádzam prehľad základných rozdielov ZZS v SR pred reformou a po nej. V jadre práce sa venujem analýze fungovania ZZS v roku 2007 (rok 2007 je prvým rokom, kedy bolo v SR v prevádzke všetkých 264 ambulancií ZZS v zmysle vyhl. 30/2006 Z.z.). Porovnávam základné parametre ZZS v SR s niektorými okolitými krajinami. Ďalej porovnávam vyťaženosť ZZS ako celku v jednotlivých mesiacoch v roku. Na záver analyzujem jednotlivé ambulancie ZZS v Trenčianskom kraji, a to vyťaženosť ambulancií ZZS podľa typu a geografického rozloženia Záchrannej zdravotnej služby.

2. TEORETICKÝ ÚVOD

Záchranná zdravotná služba predstavuje prednemocničnú časť poskytovania neodkladnej starostlivosti (NS) ako súčasti najvyššieho stupňa diferencovanej starostlivosti o pacienta – resuscitačnej a intenzívnej. Záchranná zdravotná služba je poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti osobe v stave, pri ktorom je bezprostredne ohrozený jej život alebo zdravie a osoba je odkázaná na poskytnutie pomoci. ZZS predstavuje v systéme poskytovania neodkladnej starostlivosti urgentnú prednemocničnú starostlivosť, ktorá je poskytovaná v teréne na mieste náhleho stavu.

V roku 2005 bol zmenený systém poskytovania ZZS, ktorý zabezpečil pre občanov SR geografickú a časovú dostupnosť poskytnutia NS do 15 minút od prijatia tiesňového volania na 95 % územia SR. Zvyšok územia tvoria ťažko dostupné oblasti. Reforma siete ambulancií ZZS sa najskôr modelovala na geografickú dostupnosť 10 minút dojazdu ambulancie k pacientovi. Pri tomto modeli vyšla požiadavka na sieť pozostávajúcu z 423 ambulancií ZZS, čo bolo priveľa. Pri zmene parametra geografickej dostupnosti na 15 minút dojazdu ambulancie bol výsledok 219 ambulancií ZZS. Po zohľadnení kapacitnej dostupnosti max. 25 000 obyvateľov na 1 ambulanciu ZZS sa zvýšil ich počet na definitívnych 264. Z toho 112 je ambulancií typu RLP, 144 ambulancií RZP a 8 ambulancií MIJ. Pri tomto modeli je zachovaná dostupnosť ZZS do 15 minút pre 95% obyvateľstva SR. V súčasnosti je ZZS v SR zabezpečovaná 49 poskytovateľmi prevádzkujúcimi 264 ambulancií ZZS. Koordináciu a riadenie ZZS zabezpečujú krajské operačné strediská (KOS), ktoré sú súčasťou Operačného strediska ZZS SR. KOS sú zriadené v rámci krajov a prijímajú tiesňové volania z telefónnych čísel 112 a 155. V marci 2007 reálne prevzali úlohu pôvodných 74 dispečingov ZZS. Zabezpečila sa tak lepšia zastupiteľnosť jednotlivých ambulancií ZZS a lepšia mobilita významná hlavne pri hromadnom nešťastí.

Legislatívne je ZZS ako osobitný typ poskytovateľa upravená samostatným zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých predpisov, ktorý bol NR SR prijatý v októbri 2004. Ako jediný typ zdravotnej starostlivosti bola ZZS zaradená do pevnej siete. Zároveň je súčasťou integrovaného záchranného systému podľa zákona 129/2002 Z.z. o integrovanom záchrannom systéme. V roku 2006 bola prijatá vyhláška MZ SR č.30/2006, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o ZZS o personálnom a technickom vybavení.

Typy ambulancií pozemnej ZZS:

- Ambulancia rýchlej lekárskej pomoci (RLP) – posádka s lekárom
- Ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) – posádka bez lekára
- Ambulancia rýchlej lekárskej pomoci vrátane mobilnej intenzívnej jednotky (MIJ)

Literatúra :

- Pokorný, J.: Urgentní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 527 s.,
- Zákon NR SR č. 579/2004 Z.z. o ZZS, vyhl. č. 30/ 2006 Z.z. o podrobnostiach ZZS.

3. ZÁKLADNÉ POROVNANIE ZZS V SR PRED A PO REFORME

Základné reformné zmeny v Záchrannej zdravotnej službe uskutočnené zmenou legislatívy v roku 2005:

- zmena financovania,
- rozšírenie počtu ambulancií ZZS,
- určenie prevádzkovateľa ZZS formou výberových konaní,
- zmena v koordinácii a riadení ambulancií ZZS.

Tabuľka 1: Základné ukazovatele zmien ZZS po reforme

Obdobie	Financovanie	Prevádzkovateľ	Stanovené časy	Riadenie ambulancií	Počet ambulancií	Počet obyvateľov na 1 ambulanciu
do 31. 12. 2005	kapitácia na obyvateľa	nemocnice (štát)	-	vlastný dispečing (74)	92	58 696
od 1. 1. 2006	pevná platba + km	súkr. poskytovatelia + nemocnice	výjazd do 1 min	KOS (8)	264	20 458

Obrázok 1: Rozmiestnenie ambulancií ZZS v roku 2001

Obrázok 2: Rozmiestnenie ambulancií ZZS v roku 2006

Do 31. 12. 2005 sa ZZS financovala formou kapitácie (10,- Sk na obyvateľa), čo malo za následok nejednotné financovanie v závislosti od počtu obyvateľov v zásahovom území ambulancie (od 350 000,- Sk až do 1 500 000,- Sk mesačne na rovnaký typ ambulancie), zmenou financovania sa tieto rozdiely odstránili. Rozšírením počtu ambulancií na 264 sa zabezpečila dostupnosť do 15 minút , zmenil sa systém dispečingov na 8 krajských operačných stredísk, tak aby sa zabezpečila zastupiteľnosť ambulancií ZZS (viď úvod). Po prvýkrát sa legislatívne stanovil čas výjazdu od nahlásenia udalosti.

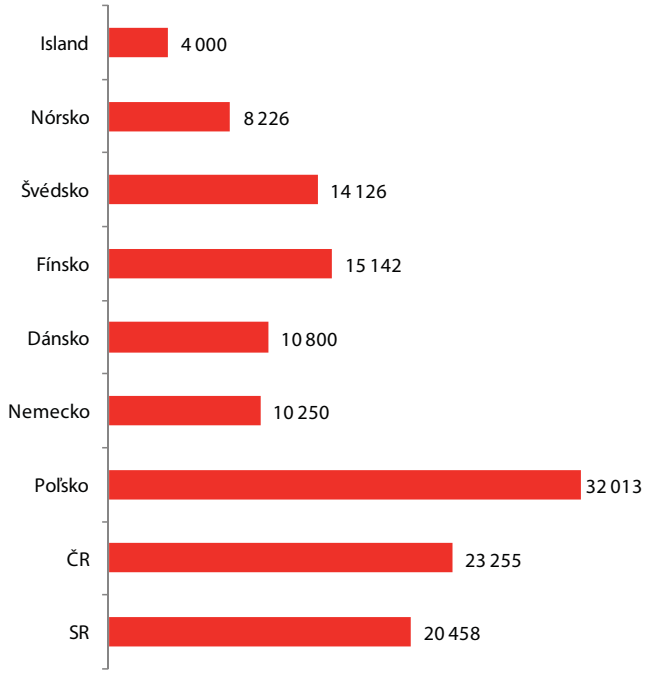
4. ZÁCHRANNÁ ZDRAVOTNÁ SLUŽBA V SR V ROKU 2007

4.1.Porovnanie ZZS so zahraničím

Z porovnania hustoty siete ZZS je zrejmé, že ešte stále nedosahujeme hustotu siete ZZS porovnateľnú s vyspelými krajinami Európy, ale reforma ZZS zabezpečila mierne hustejšiu sieť ZZS (z pohľadu počtu obyvateľov na jedno vozidlo) ako majú okolité krajiny. Priemerná denná vyťaženosť jednej ambulancie ZZS v SR je 4,1 zásahu za deň, čo je jedna z najvyšších v Európe.

Priemerný dojazdový čas k miestu udalosti v SR je 11 minút.

Graf 1: Porovnanie počtu obyvateľov na jednu ambulanciu (vozidlo) ZZS



Tabuľka 2: Údaje o ZZS v SR a zahraničí

Štát	Počet obyvateľov (v mil.)	Stanovené časy	Dojazdové časy	Počet staníc	Počet ambulancií	Počet obyvateľov na 1 ambulanciu	Počet zásahov na ambulanciu a deň
SR	5,4	výjazd do 1 min.	11 min	264	264	20 458	4,1
ČR	10,0	neudané	neudané	225	430	23 255	3,8
Poľsko	38,0	v zmluve	15 min	461	1 187	32 013	neudané
Nemecko	82,0	neudané	neudané	neudané	8 000	10 250	neudané
Dánsko	5,4	v zmluve	9 min	150	500	10 800	3,0
Fínsko	5,3	nestanovené	5-7 min	117	350	15 142	4,1
Švédsko	8,9	stanov.ciele	15 min	250	630	14 126	4,0
Nórsko	4,5	neudané	neudané	neudané	547	8 226	2,3
Island	0,3	nestanovené	5 min	neudané	75	4 000	1,0

Tabuľka 3: Vývoj počtu zásahov ambulancií ZZS v SR v jednotlivých mesiacoch 2007

Obdobie 2007	JAN	FEB	MAR	APR	MAJ	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEC
PZ	29 931	29 172	31 748	31 050	33 469	35 083	36 143	33 541	31 236	32 792	32 831	38 155
PZAD mesačne	3,66	3,95	3,88	3,92	4,09	4,43	4,42	4,1	3,94	4,01	4,15	4,66
PZ spolu						395 151						
PZAD ročne						4,1						

PZ – počet zásahov; PZAD – priemerný počet zásahov na ambulanciu a deň

4.2 Prehľad vyťaženosti ZZS

V SR bolo v roku 2007 uskutočnených 395 151 zásahov, z čoho bolo 365 776 primárnych zásahov a 29 375 medziklinických transportov. Priemerný počet zásahov na ambulanciu je 4,1 zásahov za deň. Najviac zásahov bolo vykonaných v decembri a počas letných prázdnin.

5. ANALÝZA VYŤAŽENOSTI ZZS V TRENČIANSKOM KRAJI V ROKU 2007

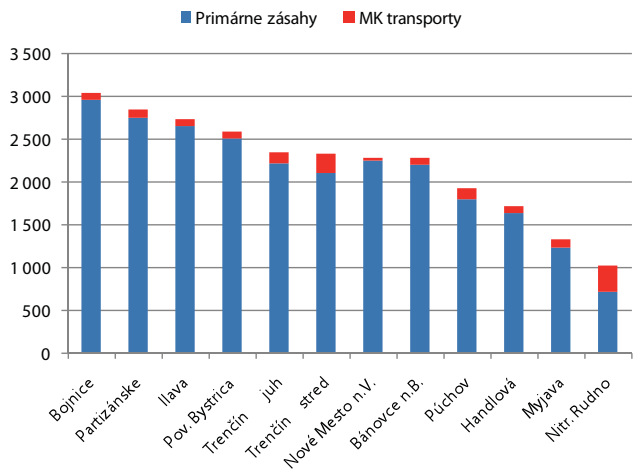
5.1 Vývoj počtu zásahov ZZS

V kraji sa nachádza 24 ambulancií ZZS, z toho 12 typu RLP a 12 typu RZP. Na jednu ambulanciu pripadá 25 042 obyvateľov (priemer v SR je 20 458). V roku 2007 v Trenčianskom kraji ambulancie ZZS vykonali 34 880 primárnych zásahov a 3 898 medziklinických transportov (sekundárnych zásahov) čo je spolu 38 778 zásahov. Ambulancie vykonali priemerne 4,43 zásahu za deň (priemer v SR 4,1 zásahu). Z časového hľadiska porovnania počtu primárnych zásahov je obdobie s najvyšším počtom zásahov obdobie jari (marec), letné obdobie a obdobie vianočných sviatkov.

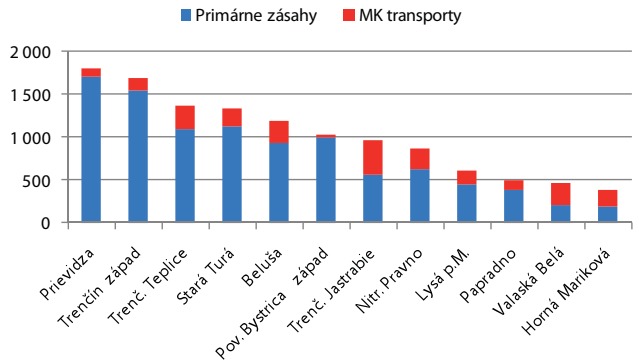
5.2 Porovnanie vyťaženosti jednotlivých ambulancií ZZS

Zo základného porovnania počtu primárnych zásahov podľa typu ambulancie (RLP 25 042 zásahov, RZP 9 838 zásahov) vyplýva, že ambulancie typu RLP zasahujú 2,5 násobne viac ako ambulancie typu RZP. Priemerný počet zásahov ambulancií RLP bol 6,05 zásahu za deň. Ambulancie RZP zasahovali v priemere 2,8 krát za deň.

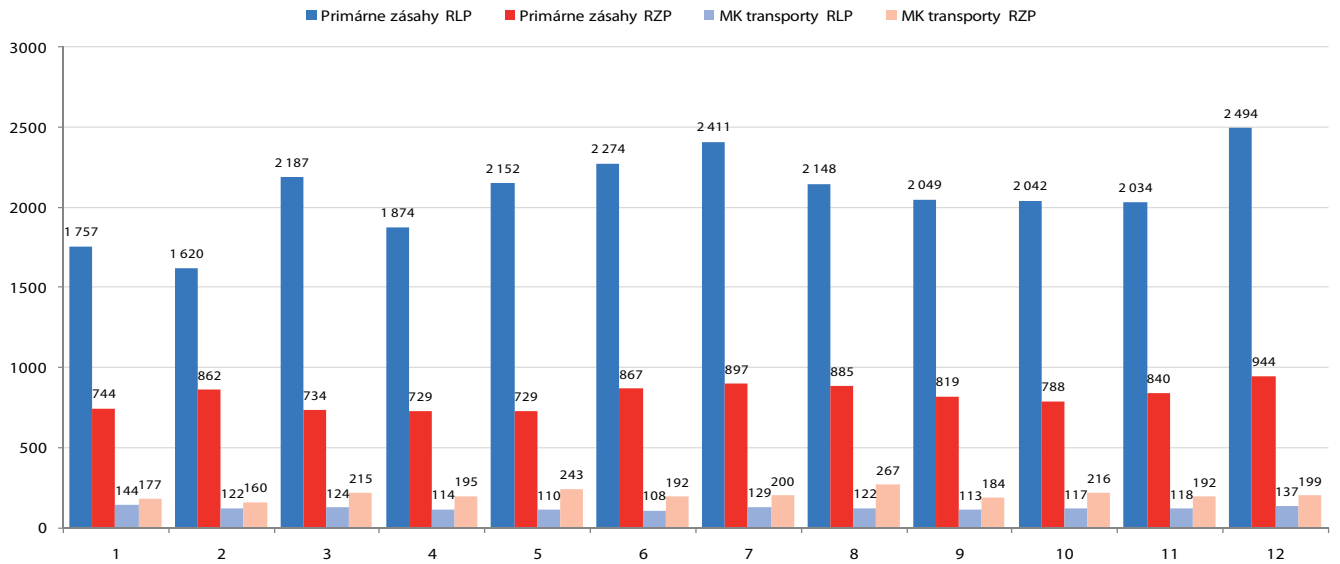
Graf 3: Porovnanie počtu zásahov podľa typu zásahu ambulancií RLP v Trenčianskom kraji



Graf 4: Porovnanie počtu zásahov podľa typu zásahu ambulancií RZP v Trenčianskom kraji



Graf 2: Počet zásahov ZZS podľa typu počas roku 2007 v Trenčianskom kraji



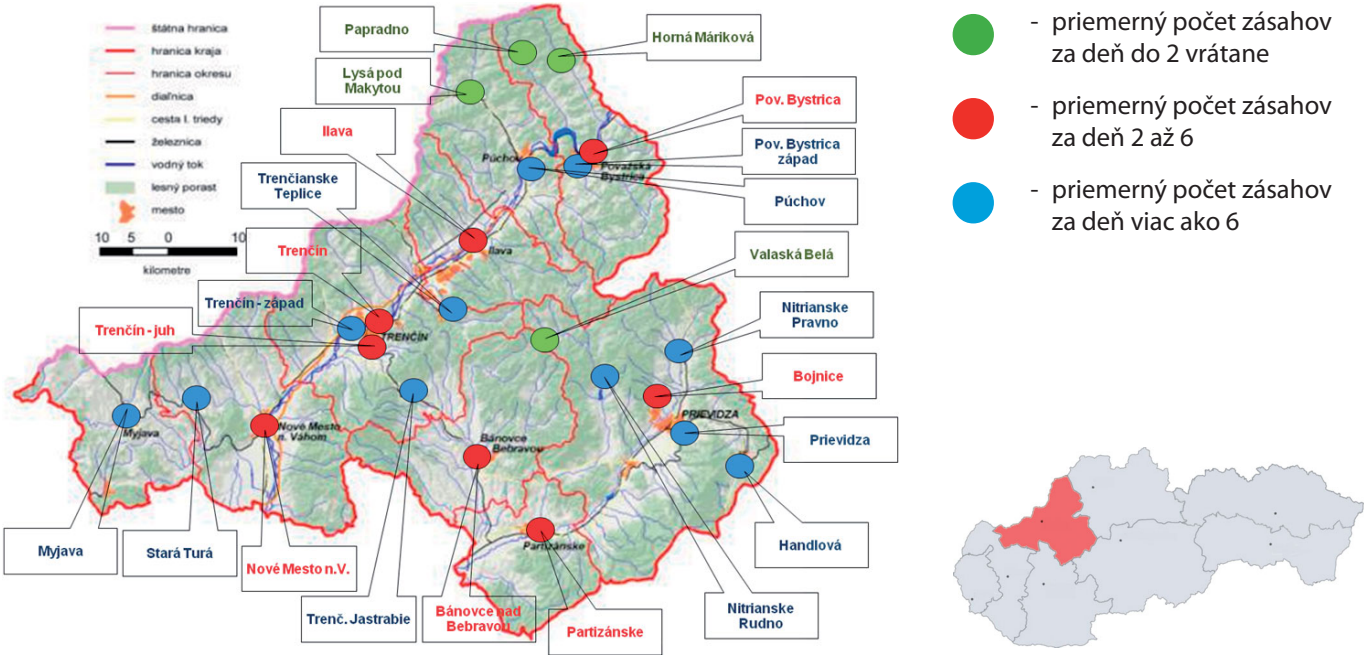
Tabuľka 4: Vyťaženosť jednotlivých ambulancií ZZS v Trenčianskom kraji

Amb. RLP	Bojnice	Parti-zánske	Ilava	Pov. Bystrica	Trenčín juh	Trenčín stred	Nové Mesto n.V.	Bánovce n.B.	Púchov	Handlová	Myjava	Nitr. Rudno
PZ	3 044	2 857	2 738	2 597	2 349	2 337	2 292	2 292	1 931	1 712	1 336	1 015
PZAD	8,34	7,83	7,5	7,12	6,44	6,4	6,28	6,28	5,29	4,69	3,66	2,78

Amb. RZP	Prievidza	Trenčín západ	Trenč. Teplice	Stará Turá	Beluša	Pov. Bystrica západ	Trenč. Jastrabie	Nitr. Pravno	Lysá p.M.	Papradno	Valaská Belá	Horná Mariková
PZ	1 813	1 701	1 377	1 346	1 192	1 026	975	878	614	503	471	382
PZAD	4,97	4,66	3,77	3,69	3,27	2,81	2,67	2,41	1,68	1,38	1,29	1,05

PZ – počet zásahov; PZAD – priemerný počet zásahov na ambulanciu a deň

Obrázok 3: Geografické rozmiestnenie ambulancií ZZS v Trenčianskom kraji



Rozdiel v počte zásahov jednotlivých ambulancií je spôsobený:

1. Geografickým sídlom ambulancie

Čím nižšia hustota obyvateľov, tým nižší počet primárnych zásahov z dôvodu:

- samotnej hustoty obyvateľstva,
- dlhšej vzdialenosti najbližšieho lôžkového zariadenia od miesta zásahu (čím ďalej sa pacient transformuje, tým dlhšie zásah trvá z časového pohľadu = menší počet zásahov viac časovo náročných),
- využívanie ambulancií v sídlach s menšou hustotou na medziklinické transporty (transporty na vyššie pracovisko) s dobou zásahu (výjazdu) aj viac ako 3 hodiny (riadi Krajské operačné stredisko s ohľadom na zastupiteľnosť ambulancií).

2. Typom ambulancie (RLP/RZP)

Ambulancie RLP majú 2,5 násobne vyšší počet zásahov ako ambulancie RZP z dôvodu:

- ambulancie RZP (v zmysle kompetencii) majú povinnosť vždy transformovať pacienta do lôžkového zdravotníckeho zariadenia, čím sa predlžuje priemerný čas zásahu,
- ambulancia RZP s v niektorých prípadoch privoláva cez KOS ambulanciu RLP,
- operátorky KOS majú z dôvodu nízkych kompetencí posádok ambulancií RZP tendenciu zasielať k miestu udalosti najmä ambulancie RLP (zavisí od nahlásenia a popisu udalosti od volajúceho na linku 155 / 112),
- ambulancie RZP sú z dôvodu kompetencií vo väčšej miere využívané na medziklinické transporty.

6. ZÁVERY

Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že reforma ZZS posunula ZZS z pohľadu hustoty siete – časovej dostupnosti, materiálno-technického vybavenia a kvality na úroveň vo vyspelých európskych krajinách.

Zmenou financovania ZZS na pevnú platbu na ambulanciu + platba za ubehnuté kilometre, formou cenového opatrenia MZ SR (v súčasnosti je mesačná platba 840 000,- Sk na ambulanciu RLP, 510 000,- Sk na ambulanciu RZP, 920 000,- Sk na ambulanciu MIJ) sa odstránili obrovské regionálne rozdiely vo financovaní rovnakého typu ambulancií (cca 85% nákladov na financovanie ZZS nezávisí od počtu vykonaných zásahov ani od počtu obyvateľov v regióne kde sa ZZS nachádza). Nevýhodou súčasného systému financovania je, že cenové opatrenie MZ SR nezohľadňuje ročný nárast nákladov (valorizácia miezd, nárast ceny PHM, ...). Do budúcna odporúčam upraviť cenové opatrenie tak, aby zohľadňovalo nárast fixných nákladov ZZS.

Rozšírenie počtu ambulancií ZZS na 264 bol najvýznamnejší krok reformy ZZS, ktorý zabezpečil, že hustota siete jednej zo základných záchranných zložiek Integrovaného záchranného systému spĺňa kritériá Európskej únie. Nemenej významné je aj rozdelenie ambulancií ZZS podľa typu (112 ambulancií RLP, 144 ambulancií RZP, 8 ambulancií MIJ). Detailné zhodnotenie vyťaženosti jednotlivých ambulancií ZZS bude možné po hlbšej analýze údajov z Operačného strediska Záchrannej zdravotnej služby SR (OS ZZS SR), aj po zohľadnení jednotlivých typov zásahov každej ambulancie ZZS s ohľadom na časový faktor. Nakoľko zmena systému koordinácie a riadenia ZZS (prechod z regionálnych dispečingov na Krajské operačné strediská ZZS) sa ukončila až v marci 2007, potrebné údaje za celý kalendárny rok 2007 nie sú k dispozícii a prvú podrobnú analýzu fungovania všetkých ambulancií ZZS bude možné zrealizovať za kalendárny rok 2008. Z pohľadu dodržania dostupnosti ZZS (časový faktor, geografické podmienky v SR) je možné predpokladať, že sa sieť ZZS v budúcnosti ešte mierne rozšíri.

Po podrobnejšej analýze fungovania ambulancií ZZS v Trenčianskom kraji sa ako najväčší problém javí rozdiel medzi priemernou dennou vyťaženosťou ambulancie typu RLP (6,05) a ambulancie typu RZP (2,08). Z geografického hľadiska sú menej vyťažené (čo do počtu zásahov) ambulancie umiestnené v regióne s menšou hustotou obyvateľstva. Príčiny uvedených rozdielov sú popísané v bode 5.2. Pri porovnávaní počtu zásahov jednotlivých ambulancií ZZS je potrebné zdôrazniť, že samotný počet uskutočnených zásahov vrátane medziklinických transportov ešte nevyjadruje vyťaženosť ambulancie (s ohľadom na časový faktor) nakoľko spravidla ambulancie s nižším počtom medziklinických transportov majú menšiu priemernú dobu trvania jedného zásahu (transportu) ako ambulancie ktoré sú využívané viac na medziklinické transporty. Pre detailné porovnanie vyťaženosti a prípadný návrh zmien bude potrebné mať detailnejšie údaje o štruktúre jednotlivých zásahov zvlášť na každú ambulanciu.

Pre zoptimalizovanie fungovania jednotlivých ambulancií (postupné minimalizovanie rozdielu v počte zásahov v závislosti od typu ambulancie) odporúčam nasledovné:

- legislatívne rozšíriť kompetencie záchranárov v závislosti od vzdelania a praxe záchranára s možnosťou ponechania pacienta doma (súčasný stav spôsobuje, že operátorka KOS má tendenciu posielať k zásahu najmä ambulancie RLP aj k prípadom, kde by pri zmene kompetencii záchranára mohla zasiahnúť ambulancia typu RZP),
- zmeniť systém ZZS na formu Rendes-Vous, t.j. zmeniť všetky ambulancie na typ RZP, s tým že na počet 3 až 5 ambulancií (po zohľadnení geografických podmienok) by pripadalo zvlášť vozidlo (osobné) s lekárom a výbavou lekára a jednotlivé ambulancie by po zhodnotení stavu pacienta kompetentným záchranárom daného lekára na miesto udalosti vyžiadali cez KOS (lekári slúžiaci ZZS by chodili len k prípadom vyžadujúcim kompetencie a prax lekára). V systéme by sa pri rovnakej dostupnosti ušetrilo cca 40 % lekárov, ktorí by sa mohli presunúť na urgentné príjmy.

Po zohľadnení štruktúry jednotlivých zásahov (najčastejší výskyt primárnych zásahov podľa miesta, diagnózy) najmenej vyťažených posádok, by bolo možné navrhnúť presun ambulancie (napr. Nitrianske Rudno do Novák) do iného sídla s ohľadom dodržania prípadného dojazdu v regióne sídla ambulancie do 15 minút.

7. POUŽITÉ SKRATKY

ZZS – záchranná zdravotná služba

RLP – rýchla lekárska pomoc (posádka s lekárom)

RZP – rýchla zdravotná pomoc (posádka bez lekára)

MIJ – mobilná intenzívna jednotka (posádka s lekárom s vybavením na prenos inkubátora)

NS – neodkladná starostlivosť

OS ZZS SR – Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby Slovenskej republiky

KOS – Krajské operačné stredisko (záchrannej zdravotnej služby)

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

PZ – počet zásahov

PZAD – priemerný počet zásahov na ambulanciu a deň

MK – medziklinické transporty

8. LITERATÚRA

Pokorný, J.: Urgentní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 2004.

Zákon NR SR č. 579/2004 Z.z. o Záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších zmien.

Vyhláška MZ SR č. 30/ 2006 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe v znení neskorších zmien.

Zákon NR SR č. 129/2002 Z.z. o integrovanom záchrannom systéme v znení neskorších zmien.

Informácie poskytnuté Operačným strediskom záchrannej zdravotnej služby SR.

Informácie poskytnuté Asociáciou poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby SR.

Ing. Michal Bahelka je riaditeľom spoločnosti RZP, a.s., ktorá poskytuje záchrannú zdravotnú službu. Je podpredsedom Asociácie poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby SR.

» kontakt bahelka@rzp.sk www.rzp.sk

Ad: Desatoro pre konkurenciu

Jasná Poľana riadenej konkurencie

Na článok Petra Pažitného o podmienkach konkurencie v zdravotnom poistení zareagoval MARTIN FILKO, poradca ministra financií. Diskusia prebieha na webe Nové idey pre Slovensko, www.noveidey.sk. V nasledujúcom vydaní newslettera sa k tejto téme opäť vrátime.

Peter Pažitný načrtol svoj aktuálny program pre organizáciu a reguláciu platiteľov zdravotnej starostlivosť (= trhu zdravotného poistenia). Na prvý pohľad je odlišný od ním v minulosti preferovaného programu všeobecnej privatizácie subjektov a deregulácie a liberalizácie trhov v zdravotníctve. Vychádza z myšlienok riadenej konkurencie v zdravotníctve, kedy inštitucionálny rámec, a v tomto rámci regulátor:

- aktívne koriguje zlyhania trhu (nielen tradičné zlyhania spôsobené externalitami a monopolmi, ale aj informačné asymetrie a azda behaviorálne anomálie),
- prípadne mení distribúciu zdrojov,
- na konkurenčných trhoch s prevažne súkromnými subjektmi.

Ide o posun, ktorý mi je osobne sympatický – dostáva sa blízko súčasnej mainstreamovej diskusii o zdravotníckej ekonómii a politike.

Hoci dáva na diskusiu rozsiahly text, dal by sa zosumarizovať dvoma slovami – okopírujme Holanďanov. No automatické kopírovanie riešení, ktoré sú najmä počas ostatných troch rokov realizované v Holandsku, v odlišných slovenských podmienkach, nemusí byť najlepšou stratégiou. Regulácia je nákladná a sofistikovaná záležitosť, a v zdravotníctve je kvôli diferenciácii produkcie a informačným asymetriám ešte rádovo náročnejšia, než napríklad v sieťových odvetviach. Nároky na kapacitu verejnej správy môžu byť pri nej rovnaké, ak nie vyššie ako pri priamom riadení zdravotníctva. V situácii, keď nedokážeme rozumne regulovať poskytovateľov, keď len odstraňujeme najväčšie nedostatky regulácie liekov, je iluzórne predpokladať okamžitú schopnosť regulovať zdravotné poisťovne na úrovni najlepšej zahraničnej praxe. Odlišná tradícia vzťahov medzi verejnou správou a podnikaním, bohatšie skúsenosti, vyššia regulačná kapacita a transparentnosť, ak chcete, protestantská etika, patria medzi najdôležitejšie rozdiely.

Text tiež opomína tie aspekty holandského systému, ktoré sa do príbehu takpovediac nehodia – napríklad zanedbateľné hotovostné výdavky Holanďanov na zdravotníctvo (v Holandsku okolo 5 % celkových zdravotníckych príjmov, na Slovensku ŠÚ SR vykazuje 23 %, hoci pravdepodobne trochu nadhodnotene), či extenzívnu štátnu regulácia ponuky zdravotnej starostlivosti, tvorenej prevažne neziskovými poskytovateľmi. Preto pokladám prezentovaný pohľad za neúplný.

V mojom príspevku do diskusie sa najprv pokúsim reagovať na Petrov text v ním navrhnutej štruktúre. Na záver pridám niekoľko vlastných poznámok. Sústredím sa na rovinu zdravotníckej ekonómie a verejnej politiky, vo svojom texte nemám ambíciu komentovať politické postoje.

1. ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE AKO AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI

Právnu formu zdravotných poisťovní ako akciových spoločností nepokladám za problematickú. Na základe slovenských skúseností – hoci jej príspevok k transparentnosti a efektívnosti korporátnej správy poisťovní je podľa mňa preceňovaný, je nepochybne kladný.

Vyslovene ma však mätie Petrova pozícia týkajúca sa ním preferovanej štruktúry a koncentrácie trhu zdravotného poistenia. Historicky presadzoval konkurenčný trh s mnohými poisťovňami. No začiatkom tohto roka pokladal zlúčenie štátnych poisťovní za odporúčané protikrízové opatrenie, a v lete opatrne chválil zlúčenie štátnych a súkromných poisťovní ako prirodzenú reakciu na krízu. Momentálne chce rozdeliť „veľkú“, v súlade s jeho návrhom vytváranú VšZP na 4 časti. Názory každého z nás prebiehajú vývojom, ale po takejto búrlivej jazde (Peter v priebehu niekoľkých mesiacov odporúčal trhové štruktúry s HH indexom[1)] pod 0,20, aj nad 0,50) už úprimne neviem, čo vlastne navrhuje a prečo.

2. TVRDÉ ROZPOČTOVÉ OBMEDZENIA

Neteší ma, že zatiaľ každá slovenská vláda musela zdravotným poisťovniam finančne vypomáhať mimo štandardných kanálov. Uvedomujem si tiež, že spojená úloha regulátora a operátora vedie ku konfliktom záujmov (mimochodom, nielen pri štátnom vlastníctve poisťovní, ale napríklad aj pri vertikálnej integrácii). Súhlasím tiež s tým, že je potrebný prepracovaný a transparentný monitorovací systém, ktorý poskytne nielen regulátorovi, ale aj obchodným partnerom a verejnosti v prípade problémov včasné varovanie. Nielen kapitálové injekcie SZP v roku 2005 a VšZP v roku 2009, ale najmä odchod EZP z trhu v roku 2008 ukázal, že ho zatiaľ nemáme. Nedávne zmeny vo vykazovaní platobnej schopnosti nemuseli byť najšťastnejšie, ale návrat k pôvodnému parametru solventnosti nestačí. Potrebujeme sledovať viacero ukazovateľov, ktoré okrem kapitálovej primeranosti umožnia identifikovať prí-

1) Vzorec na výpočet je $HH=\sum_{i=1}^{N} s_i^2$, kde N je počet firiem na trhu a s_i je trhový podiel i-tej firmy, predstavuje teda vážený priemer relatívnych podielov na trhu, pričom váhami sú samotné relatívne trhové podiely. Nadobúda hodnoty od 0 (dokonalá konkurencia) po 1 (monopol). Niekedy sa podiely uvádzajú v percentách, možné hodnoty sú potom od 0 do 10 000.

padný nesúlad príjmov a výdavkov v krátko- a stredodobom horizonte, a ex ante monitorovať výdavkovú obálku zdravotných poisťovní na základe ich zmluvných vzťahov.

Druhým problémom, ktorého sa Peter dotkol, je implicitná štátna garancia solventnosti štátom vlastnených poisťovní. Úprimne, nemyslím si, že je možný kredibilný záväzok, že štát nepomôže zdravotným poisťovniam v problémoch, verejným či súkromným. Zdravotné poisťovne, podobne ako banky, sú systémovo dôležitá infraštruktúra. Schodnejšou cestou, okrem vyššie opísaného monitorovania, môže byť dopredu špecifikovaný proces, pomocou ktorého štát prevezme kontrolu nad poisťovňou v problémoch (vrátane výmeny manažmentu a – v prípade súkromných poisťovní – presunu a dočasného výkonu akcionárskych práv). Súčasné nastavenie sa práve v prípade EZP veľmi neosvedčilo.

Vzhľadom na tieto argumenty, úplnú privatizáciu trhu nepokladám ani za nevyhnutnú, ani za riešenie. Štát by si minimálne v tranzitívnom období mal ponechať (menšiu ako dnes) zdravotnú poisťovňu ako verejnú alternatívu, pokým nás niekoľkoročné skúsenosti nepresvedčia, že najdôležitejšie trhy v zdravotníctve fungujú bez väčších problémov.

3. FUNKCIA ZISKU

V princípe proti zisku v zdravotnom poistení ako motivácii nič nemám. Nie som si však istý, či v súčasnej slovenskej situácii, charakterizovanej nedokonalou reguláciou a štrukturálnymi problémami, nepredstavujú zisky takmer výlučne renty, a či ich motivačný príspevok nie je skôr negatívny. Tiež by som rád upozornil, že veta „bez funkcie zisku nie je per definitio možné do zdravotného poistenia prilákať investorov“ je empiricky nepravdivá, ako dokazujú zmeny v akcionárskej štruktúre ZP Apollo po znemožnení distribúcie zisku akcionárom. Investori môžu mať aj iné legitímne (vytváranie vertikálne integrovaného systému zdravotnej starostlivosti) či menej legitímne ciele, ako len maximalizáciu zisku v zdravotnej poisťovni.

4. KOMPENZÁCIA RIZIKOVEJ ŠTRUKTÚRY
5. PRUŽNÉ CENY A VOĽNÉ PLATOBNÉ MECHANIZMY
6. MINIMÁLNA SIEŤ

Moje poznámky k týmto trom bodom by boli skôr kozmetické, preto si ich odpustím. Je vynikajúce, ako sa nám v tejto oblasti s Petrom približujú názory.

7. NEZÁVISLÝ DOHĽAD
10. VYPOČÍTATEĽNOSŤ PROSTREDIA

To sa bohužiaľ nedá úplne povedať o našich názoroch na regulačnú prax. Peter vníma kvalitu regulátora skôr negatívne a politicky – dobrý regulátor dokáže účinne odporovať politickým tlakom. Reguláciu prezentuje ako nástroj zabezpečenia stability prostredia, ktorá ochraňuje investície podnikateľov. Ja ju vnímam širšie a významnejšie, ako spôsob dosiahnutia súladu motivácií aktérov na jednotlivých zdravotníckych trhoch s motiváciami poistencov a pacientov, a v tranzitívnom období ako jeden z nástrojov štrukturálnej zmeny. Istá miera izolácie od politiky je len jednou z nevyhnutných podmienok, asertivita, kompetencia, transparentnosť a schopnosť vynucovať pravidlá sú ďalšie. Myslieť si, že počas doterajšej existencie ÚDZS od roku 2005 existovali 2 etapy, kedy bol najskôr efektívnym regulátorom a neskôr nie, je absurdné. V situácii, keď regulované záujmy v zdravotníctve dokážu ovplyvňovať (ako všade na svete) nielen konkrétne detaily výkonu regulácie, ale meniť aj celé regulačné režimy, efektívna a čistá regulácia predpokladá oveľa viac, ako len vytvorenie kolektívneho orgánu na čele ÚDZS.

Vyrušuje ma tiež, že napriek trhovej, súťažnej, transparentnej fasáde cítim v načrtnutom programe aj tradičné pro-biznis tóny. Chýbajú v ňom niektoré návrhy, ktoré by prospeli trhovej konkurencii, ale nie samotným zdravotným poisťovniam – napríklad liberalizácia prestupov medzi poisťovňami, alebo zverejňovanie zmluvných podmienok poisťovní s jednotlivými poskytovateľmi (čo je mimoriadne dôležité, ak poisťovňa zazmluvňuje poskytovateľov v rámci svojho vertikálne integrovaného systému, a zároveň mimo neho).

V prostredí, v ktorom veľká väčšina ziskov sú renty, môže byť dôveryhodný prísľub pravidelných regulačných zmien zameraných na rozpúšťanie rent prospešnejší ako inertnosť regulácie. Minimálne v dvoch významných oblastiach – regulácia liekov a kompenzácia rizika medzi zdravotnými poisťovňami – vedie často stabilita regulácie ku zameraniu na vyhľadávanie renty, kým pravidelná, očakávaná revízia regulačných režimov mu môže efektívne predchádzať.

8. DEFINÍCIA PRODUKTU
A VYMÁHATEĽNOSŤ NÁROKU POISTENCA

Možno som Petrovu argumentáciu k tomuto bodu nepochopil, ale zdá sa mi, že zmiešava otázku transparentnosti a vymáhateľnosti nároku na zdravotnú starostlivosť s jej zúžením. Súhlasím s tým, že vymáhateľnosť nároku je problém, že dostupnosť starostlivosti veľmi závisí od socioekonomického postavenia pacienta, a že nie je vylúčené, že by obmedzenie balíka mohlo vymáhateľnosť nároku veľmi mierne zlepšiť. Inak sa ale jedná o dva odlišné problémy. Okrem toho, obmedzený balík, a následné vysoké doplatky, by s vysokou pravdepodobnosťou viedli k prehĺbeniu problému, ktorý Peter kritizuje – obmedzeniu dostupnosti v závislosti od socioekonomického postavenia pacienta.

9. NOMINÁLNE POISTNÉ A TRANSPARENTNOSŤ

V otázke zdravotnej dane/neutrality zdravotných odvodov sa asi zhodneme – tento konsenzus začína byť veľmi široký a je fajn, že sa k nemu Peter pridáva. Hoci myšlienku komunitne určovaného nominálneho poistného principiálne neodmietam, v súčasnosti podľa mňa asi negatíva prevyšujú pozitíva. Uvedomujem si pozitívne efekty, ktoré by jeho zavedenie prinieslo na trhu práce, táto myšlienka sa mi však momentálne z viacerých dôvodov nepáči:

- Pri súčasnom hrubom systéme kompenzácie rizika by bolo nominálne poistné veľmi efektívnym spôsobom selekcie poistencov podľa očakávaných nákladov. Rozdiely v ňom by následne odzrkadľovali skôr rozdiely v (želanej) rizikovej štruktúre poistencov, než rozdiely v efektívnosti poisťovní.

- Klinické aj procesné inovácie by boli v budúcnosti platené najmä z nominálneho poistného, preto by jednak pravdepodobne narastalo v čase, jednak by paradoxne viedlo k obmedzeniu inovácií, ktoré priamo nešetria náklady.
- Viedlo by k zvýšeniu degresivity financovania. Čím dokonalejší by bol systém, ktorý by to kompenzoval, tým viac by sa podobal systému zdravotnej dane.

Nebránim sa však diskusii o nej, najmä ak nájdeme spôsoby, ako uvedené problémy vyriešiť. Oplatí sa tiež sledovať, aké výsledky bude mať nedávna holandská realizácia tohto konceptu.

NA ROZŠÍRENIE DISKUSIE

Na záver stručne načrtnem môj názor na niektoré v texte opomenuté oblasti. Za dva najdôležitejšie dlhodobé problémy slovenského zdravotníctva pokladám štrukturálne nerovnováhy (najmä pri poskytovateľoch a liekoch) a mieru vyhľadávania renty. Prvý vo veľkej miere ovplyvňuje organizáciu jednotlivých subsektorov a trhov v zdravotníctve a distribúciu zdrojov medzi nimi, druhý motivácie subjektov pri podnikaní aj klinickej praxi v ňom. Obidva v konečnom dôsledku fundamentálne ovplyvňujú dostupnosť a výsledky zdravotnej starostlivosti.

ŠTRUKTURÁLNE PROBLÉMY JE MOŽNÉ ADRESOVAŤ PRIAMO

Dva najdôležitejšie štrukturálne problémy v slovenskom zdravotníctve sú podľa mňa:

- Štruktúra poskytovateľov, ktorá nezodpovedá preferenciám a potrebám pacientov, je predimenzovaná v oblasti akútnej lôžkovej starostlivosti, je často chránená od regionálnej, slovenskej aj medzinárodnej konkurencie, a jej klinická a manažérska prax do veľkej miery nekorešponduje so zvyškom ekonomiky
- Predimenzovaný, neefektívny a problematicky regulovaný farmaceutický sektor

Peter pravdepodobne existenciu týchto nerovnováh, ani ich význam spochybňovať nebude. Asi by však povedal, že stačí dobre nastaviť trhové podmienky a zabezpečiť stabilitu prostredia, najmä na trhu zdravotného poistenia, a problémy sa vyriešia. Nemyslím si, že to bude jednoduché. Pokladám to za dobrú stratégiu v tých oblastiach, kde trh už dnes aspoň čiastočne funguje (azda ambulantná a diagnostická medicína, verejné lekárne?). No ako už bolo podotknuté, vyššia konkurencia na poistnom trhu znamená efektívnejšie zdravotné poisťovne, ale nie nevyhnutne efektívnejšiu zdravotnú starostlivosť. Štrukturálne problémy na strane ponuky bude v tranzitívnej fáze potrebné vyriešiť priamo, čo je problematické bez zásadných politických rozhodnutí štátu ako vlastníka a operátora prevažnej časti poskytovateľov. Samozrejme, aj ako tvorcu regulačného prostredia a regulátora. Jedným z týchto rozhodnutí, možno najdôležitejším, bude rozhodnutie o spôsobe a miere privatizácie niektorých existujúcich poskytovateľov, a vstupe ďalších na trh.

Slovenské zdravotníctvo nebude môcť v dohľadnej dobe fungovať na autopilota, zmena si bude vyžadovať aktívne zásahy verejnej politiky. Paradoxne, vyššia koncentrácia trhu zdravotného poistenia môže pri riešení uvedených problémov na strane ponuky zohrať aj pozitívnu úlohu, hoci len second best, za istých podmienok a iba dočasne.

VYHĽADÁVANIE RENTY

Politická ekonómia reformy zdravotníctva je prinajlepšom komplikovaná. Desaťročia deformovaných motivácií spôsobili, že veľká časť príjmov všetkých subjektov, a ich úspech v systéme, závisí od schopnosti extrahovať rentu. Akákoľvek zmena by preto mala:

- Brať do úvahy distribučné efekty zmeny na jednotlivých aktérov.
- Pokúšať sa o rozpúšťanie rent, ale dotknuté subjekty z dosiahnutých úspor staticky alebo dynamicky aspoň čiastočne kompenzovať.
- Prioritizovať postupnosť jednotlivých krokov, aby čiastočné zmeny nezvyšovali existujúce deformácie.
- Zvyšovať alebo aspoň zachovať existujúcu mieru transparentnosti.

Na záver si dovolím jednu osobnú poznámku. Peter hovorí, že „[holandský] systém je (...) atraktívny nielen pre investorov, ale poskytuje svojim spotrebiteľom vysokú mieru spokojnosti“. V Holandsku som žil viac ako 4 roky. Nepoznám Holanďana, ktorý by na svoje zdravotníctvo nenadával, a nepoukazoval na údajne oveľa vyššiu kvalitu a dostupnosť starostlivosti, a neexistujúce čakacie doby v susednom Nemecku. Nemusí to tak v skutočnosti byť, možno si len bežní ľudia idealizujú trávnik v susedovej záhradke.

Neviem, či si riadenú konkurenciu podobne neidealizuje Peter Pažitný. Jeho skúsenosť – niekedy aj moja – so slovenskými verejnými službami je neuspokojivá. Slovenské verejné zdravotníctvo je často špinavé, skorumpované, nefungujúce a neresponzívne voči pacientom, iné ako spomínané banky a mobilní operátori. Lenže, v severských štátoch vyzerajú inak ako u nás aj verejné služby.

Verím, že Petrova „nová generácia spotrebiteľov“ nebude požadovať len diferencované poistné produkty, ale o to viac čisté, fungujúce, inovatívne a hodnotné verejné služby. Potom budú niektoré ním navrhované zmeny ľahšie realizovateľné, ale, paradoxne, možno aj menej potrebné.

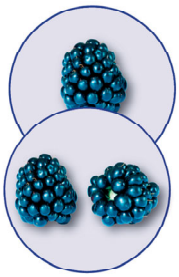
Mgr. Ing. Martin Filko, MSc. je poradcom ministra financií. Zaoberá sa ekonómiou zdravotníctva. Vyučuje na Fakulte sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského.

» kontakt blog.etrend.sk/radostnaveda/

health management academy hma

Program **Lekár**

Program **Reformátor**



Program **Manažér**

Program **Lekárnik**

Program **Mix**

Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

e-mail: frisova@hma.sk
tel: +421 (0)911 596 050

www.hma.sk