

---

# **ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2006 – 2010**



**ZDRUŽENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY**  
ASSOCIATION OF HEALTH INSURANCE COMPANIES SLOVAKIA



*Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 - 2010*

*© Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, 2006*

*<http://www.zzp-sr.sk>*

---

## OBSAH

<b>AUTORSKÝ KOLEKTÍV .....</b>	<b>4</b>
<b>1. CIELE.....</b>	<b>5</b>
<b>2. VZÁCNOSŤ ZDROJOV .....</b>	<b>6</b>
<b>3. ZHRNUTIE .....</b>	<b>7</b>
<b>4. PROGNÓZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA DO ROKU 2010 .....</b>	<b>10</b>
4.1 Rastové vyhliadky ekonomiky.....	10
4.2 Zamestnanosť, príjmy.....	10
4.3 Cenová hladina.....	11
4.4 Verejné financie.....	12
<b>5. FINANCOVANIE .....</b>	<b>13</b>
5.1 Zdroje zdravotných poisťovní .....	14
5.2 Zdroje Ministerstva zdravotníctva SR .....	15
5.3 Zdroje pochádzajúce z iných rozpočtových kapitol.....	16
5.4 Súkromné výdavky obyvateľstva .....	17
5.5 Zdroje zdravotníctva získané prostredníctvom individuálneho zdravotného poistenia .....	18
5.6 Individuálne zdravotné účty .....	19
5.7 Zhrnutie .....	20
<b>6. VÝDAVKY, PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENOTVORBA .....</b>	<b>22</b>
6.1 Zmena výdavkovej štruktúry zdravotných poisťovní .....	24
6.2 Definovanie produktu a marže zdravotných poisťovní .....	24
6.3 Zníženie podielu výdavkov na lieky na 26,3% z celkových výdavkov .....	26
6.3.1 Zníženie indukovanej preskripcie.....	28
6.3.2 Motivácia lekárov k nákladovo efektívnej preskripcii.....	28
6.3.3 Protokoly a výsledkovo orientovaný revízny a kontrolný systém.....	29
6.4 Zvýšenie podielu výdavkov na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť .....	30
6.5 V lôžkovej sfére by sa malo v budúcnosti uplatňovať DRG .....	33
6.6 Udržanie podielu výdavkov na SVLZ z celkových výdavkov.....	34
6.7 Zhrnutie .....	35
<b>7. ORGANIZÁCIA .....</b>	<b>38</b>
7.1 Legislatívne ukotvenie .....	38
7.2 Prehľadné vlastnícke vzťahy .....	39
7.3 Corporate governance .....	40
7.4 Tvrdé rozpočtové obmedzenia .....	41
7.5 Zhrnutie .....	43
7.5.1 Zdravotné poisťovne .....	44
7.5.2 Nemocnice.....	44
<b>8. REGULÁCIA .....</b>	<b>46</b>
8.1 Stanovenie minimálnej siete poskytovateľov ZS.....	46
8.2 Kategorizácia výkonov, liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín .....	47
8.3 Regulácia cien v zdravotníctve .....	48
8.4 Kontrahovanie kvality.....	48
8.5 Vytváranie guidelineov, protokolov, katalógov .....	49
<b>PRÍLOHY .....</b>	<b>50</b>
Príloha č. 1: HDP na obyvateľa a podiel liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva..	50
Príloha č. 2: HDP na obyvateľa a podiel lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva .....	51
Príloha č. 3: HDP na obyvateľa a podiel ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva .....	52

**ZOSTAVOVATEĽ:**

**Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky**

**ODBORNÍ KONZULTANTI:**

**Ing. Igor Dorčák**

**m. Prof. MUDr. Milan Dragula, PhD**

**Ing. Simona Frisová**

**MUDr. Pavel Hroboň, MSc.**

**MUDr. Andrej Janco**

**MUDr. Eduard Kováč**

**Prof. MUDr. RNDr. Gustáv Kováč, CSc. MBA**

**Prof. MUDr. Ivan Koza, DrSc.**

**Prof. MUDr. Peter Krištúfek, DrSc.**

**Ing. Henrieta Maďarová**

**Ing. Karol Morvay, PhD**

**MUDr. Ladislav Pásztor**

**Ing. Peter Pažitný, MSc.**

**MUDr. Tomáš Szalay**

**MUDr. Angelika Szalayová**

**Prof. MUDr. Ján Štencl, CSc.**

## 1. CIELE

Cieľom tohto dokumentu je **definovať základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 až 2010** tak, aby zdravotný systém bol finančne stabilný a neprenášal finančné riziko na verejné financie. Ambíciou tohto dokumentu je:

1. Definovať **disponibilné zdroje** zdravotných poisťovní na základe vývoja reálnej ekonomiky (vývoj miezd a zamestnanosti) a predpokladaného politického rozhodnutia o výške platby štátu za svojich poistencov
2. Navrhnuť **výdavky zdravotných poisťovní** na základe ich predpokladanej nákupnej stratégie, ktorá bude rešpektovať disponibilné zdroje v systéme, primeranú maržu zdravotných poisťovní ako odmenu za preberanie rizika a organizovanie zdravotného poistenia, a bude usilovať o efektívne využitie vzácných zdrojov cestou vytvorenia efektívnej siete poskytovateľov, preferujúc cenotvorbu na úrovni nákladových vodcov<sup>1)</sup>
3. Podporiť dokončenie zmeny **organizácie systému** zdravotníctva s dôrazom na vývoj právnej formy a vývoj vlastníckych vzťahov zdravotných poisťovní a poskytovateľov
4. Definovať **klúčové regulačné mechanizmy** s cieľom dosiahnuť rovnomernú dostupnosť, alokačnú efektívnosť, nákladovú efektívnosť a medicínsku účinnosť systému

Tento dokument je nutné vnímať ako **návrh zdravotných poisťovní**. Jeho cieľom voči občanom je **zvýšenie efektívnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti**. Jeho cieľom pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je **dohodnúť základné rámce nákupnej stratégie zdravotných poisťovní**, ktorých reálnym výstupom bude:

1. **návrh objemu a štruktúry výdavkov zdravotných poisťovní** v intersektorálnom členení
2. **návrh podmienok pre súťaž poskytovateľov** v lôžkovej a ambulantnej starostlivosti v procese kontrahovania „štruktúry“ (1. fáza) a následne kontrahovania „kvality“ (2. fáza).

*V Bratislave, máj 2006*

1) Nákladový vodca je subjekt, ktorého hladina nákladov je nasledovaná ostatnými poskytovateľmi a akceptovaná zdravotnými poisťovňami ako benchmark.

## 2. VZÁCNOSŤ ZDROJOV

**Žiadna politická strana nevyrieši zákon vzácnosti zdrojov.** Úlohou zdravotnej politiky je také nastavenie parametrov systému, aby sa z daných zdrojov pre poistencov poskytla medicínsky účinná a nákladovo efektívna<sup>2)</sup> liečba, to znamená dosiahnuť čo najvyššiu utilizáciu vzácných zdrojov.

Rešpektovanie zákona vzácnosti znamená, že:

- Spoluúčasť pacienta je prirodzenou súčasťou efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, pričom jej výška je podľa významných medzinárodných štúdií doporučená na úrovni 25% z nákladov na zdravotnú starostlivosť.<sup>3)</sup>
- Existuje snaha štátu ako tvorcu zdravotnej politiky definovať tzv. solidárny balík tak, aby zodpovedal disponibilným zdrojom zdravotných poisťovní a nevytváral zbytočné pnutie medzi očakávaniami občanov, vyplývajúcimi z ústavou deklarovanej bezplatnosti, a ekonomickou realitou.
- Zdravotná starostlivosť musí byť poskytovaná efektívne s optimálnym počtom poskytovateľov, pričom je zodpovednosťou tvorcu zdravotnej politiky definovať minimálnu sieť a je zodpovednosťou zdravotných poisťovní takúto minimálnu sieť dodržať a zdravotnú starostlivosť nakúpiť čo najefektívnejšie (niektorí poskytovatelia sa tak stanú cenovými vodcami).

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006-2010 v zmysle tohto materiálu preto plne rešpektujú zákon vzácnosti zdrojov a reálnu výkonnosť slovenskej ekonomiky.

---

2) Cost-effectiveness analysis (analýza nákladovej efektívnosti) je metódou porovnávania alternatívnych liečebných postupov, v ktorých sa odlišujú náklady na liečbu a jej následky. V analýze sa výsledky alternatívnych liečebných postupov merajú v rovnakej nepeňažnej (prirodzenej) jednotke (napr. získané roky života, pokles diastolického tlaku krvi).

3) Buchanan z roku 1991, Newhouse z roku 1993 a Manning z roku 1996

### 3. ZHRNUTIE

**Zdroje zdravotných poisťovní sa budú odvíjať od vývoja reálnej ekonomiky a od zásadného politického rozhodnutia pri tvorbe rozpočtu verejných financií.** Pre roky 2007 až 2010 predpokladáme:

1. zdroje od ekonomicky aktívneho obyvateľstva sú funkciou vývoja priemernej nominálnej mzdy a zamestnanosti a nezmenených parametrov zdravotného poistenia; dajú sa modelovať pomocou regresnej rovnice
2. zdroje od štátu za ekonomicky neaktívnych sú čiastočne funkciou reálnej ekonomiky (napojenie na priemernú mzdu) a čiastočne politického rozhodnutia (sadzba zdravotného poistenia); na základe vyhlásenia všetkých politických strán o zvýšení platby za poistencov štátu predpokladáme, že v sledovanom období sa platba za jedného poistenca štátu od roku 2007 zvýši zo 4 % na 5 % z priemernej mzdy
3. ostatné príjmy sú náhodilého charakteru a ich prognóza sa opiera o expertný odhad

Medzi rokmi 2006 a 2010 sa objem zdrojov na zdravotníctvo zvýši zo 6,6 % HDP až na 7,1 % HDP, čo pri vysokom raste HDP predstavuje priaznivú hospodársku bázu pre modernizáciu slovenského zdravotníctva. Zdroje zdravotných poisťovní vzrastú zo 76,9 mld Sk na 105,7 mld Sk. **Zásadnou úlohou je teda ich efektívne použitie v prospech poistencov, pričom túto zodpovednosť na seba preberajú zdravotné poisťovne.**

Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní sa bude približovať štruktúre štandardnej v krajinách OECD, pričom kľúčovú úlohu bude **zohrávať nákupná stratégia zdravotných poisťovní ako výsledok dohody zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** na realizácii tejto nákupnej stratégie. Pre roky 2007 – 2010 pre účely tohto materiálu predpokladáme:

- **Pokles podielu liekov a ŠZM** na celkových výdavkoch z cca 33,8% na 26,3 %, predovšetkým v dôsledku ekonomického rastu, zvýšenia kúpnej sily, skokového zvýšenia platby štátu za svojich poistencov,

príčom v prognózovanom období neočakávame žiadny nový liekový „blockbuster“.<sup>4)</sup>

- **Nárast podielu ambulantnej starostlivosti** z 18,6 % na 22,2 % – bude súvisieť taktiež s rozmachom jednodňovej medicíny a moderných polikliník a skupinových praxí, ktoré budú schopné konkurovať nemocniciam.
- **Nárast podielu lôžkovej starostlivosti** z 29,1 % na 31,5 % – v dôsledku predimenzovanosti siete nemocníc môžeme očakávať postupnú elimináciu neefektívnych poskytovateľov, avšak podiel výdavkov na lôžkovú starostlivosť bude zrejme mierne rásť aj ako dôsledok nutnej rekapitalizácie (vysoký vnútorný dlh nemocníc), ale aj ako dôsledok mzdového tlaku – ten však môže byť čiastočne kompenzovaný zvyšovaním produktivity práce a racionalizáciou práce. Tretím faktorom môže byť ťažkopádna nákupná stratégia štátnych zdravotných poisťovní, ktorá bude inklinovať viac k lôžkovým poskytovateľom ako k ambulantnej sfére.
- **Stabilný podiel výdavkov na SVAZy** v koridore 8,6 % až 8,8 %.
- **Výdavkovú položku zdravotných poisťovní – primeranú maržu.** Marža je odmenou za produkt a pokrýva všetky priame a nepriame náklady spojené s výkonom zdravotného poistenia, ako aj zisk zdravotných poisťovní za znášanie finančného rizika a dodávanie produktu svojim klientom. Zisk je dôležitý aj z hľadiska postupného zlepšovania a modernizácie služieb zdravotnej poisťovne (eHealth, ePreskripcia, call centrá a pod.).

**Produktom zdravotných poisťovní je:**

1. byť agentom svojich klientov,
2. znášať finančné riziko,
3. nakupovať kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť a
4. dbať o rozvoj a rast efektívnych a kvalitných poskytovateľov na základe transparentných kritérií.

4) Blockbuster je definovaný ako liek s predajom viac ako 1 mld USD v určitom roku. V posledných rokoch to boli napr. atorvastatin, omeprazol, fexofenadin, budesonid. Na to, aby sa liek stal blockbusterom, musí ako prvý priniesť podstatnú inováciu do liečby často sa vyskytujúceho ochorenia.

Nákupná stratégia zdravotných poisťovní bude zohľadňovať zmeny v zdravotnom stave obyvateľstva (Rámček 1), vývoj nových diagnostických a liečebných postupov (Rámček 2) a aktívne podporovať vznik efektívnej siete poskytovateľov pri rešpektovaní minimálnej siete definovanej MZ SR. Efektívna sieť poskytovateľov vznikne v dvoch fázach:

1. **Štruktúrálna fáza** – poskytovatelia budú kontrahovaní na základe (1) fyzickej dostupnosti a (2) štruktúrnych parametrov kvality – ľudské zdroje, prístrojové vybavenie, stav aktív (morálne opotrebenie), či počet pacientov. Táto fáza by mala prebiehať v roku 2006 a skončiť do konca roku 2007. Kontrakty na rok 2008 by sa mali robiť už len s vybranými poskytovateľmi. Jej výsledkom bude **zníženie počtu zmluvných poskytovateľov**.
2. **Kvalitatívna fáza** – poskytovatelia budú kontrahovaní na základe (1) zavedenia a prevádzkovania systému kvality, (2) indikátorov kvality a (3) nákladovej efektívnosti (ako benchmark bude stanovená cenová hladina nákladových vodcov). Úspešné ukončenie štruktúrnej fázy bude vytvárať priaznivé podmienky pre posúdenie marže poskytovateľov na krytie nákladov súvisiacich so zavedením a prevádzkovaním systémov kvality, ako aj nákladov nevyhnutných na dosahovanie žiadanej hladiny indikátorov kvality. Táto fáza by mala trvať do konca roka 2010 a jej výsledkom bude výrazne vyššia miera špecializácie poskytovateľov na určité výkony a diagnózy. Súčasťou tejto fázy by mala byť dohoda zdravotných poisťovní a poskytovateľov na základných princípoch nového platobného mechanizmu v akútnej lôžkovej starostlivosti - DRG, ktorý lepšie

postihuje špeciálne prípady a lepšie odmeňuje excelentnosť ako súčasný systém „širokopásmového DRG“.

Z hľadiska organizácie výkonu zdravotného poistenia je mimoriadne dôležité, aby všetky zdravotné poisťovne mali aj v budúcnosti **zhodnú právnu formu** (akciová spoločnosť) a aby všetky poisťovne mali **rovnaké podmienky na trhu**. Nebudú sa tak opakovať systémové chyby z minulosti. Ak má štát záujem vlastniť zdravotnú poisťovňu, je to jeho strategické rozhodnutie, pričom je mimoriadne nebezpečné, ak by štátna zdravotná poisťovňa mala fungovať v inom právnom režime ako ostatné zdravotné poisťovne. Ak má vnútorný chod poisťovne spravovať štát, resp. ním nominovaní zástupcovia, považujeme za transparentnejšie, zodpovednejšie a vhodnejšie, aby to robil **prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti a aby sa nevytvárala osobitná štátna organizácia na tento účel. Návrh zdravotných poisťovní k verejnoprávnym organizáciám bude znamenať pokles solventnosti, zníženie finančnej disciplíny, neprehľadnosť v účtovníctve a neustále zadlžovanie a prenášanie rizík na verejné financie a na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (platby po lehote splatnosti)**.

Podobne je ekonomicky nevyhnutné **dokončenie transformácie štátnych poskytovateľov lôžkovej starostlivosti** na štandardné akciové spoločnosti, pričom rešpektujeme súčasný stav, v ktorom na Slovensku existuje viacero právnych foriem s pluralitou vlastníkov.

#### Rámček 1: Zdravotný stav obyvateľstva

Zdravotný stav našej populácie je v súčasnosti horší ako je priemer pôvodnej EÚ 15. Kým stredná dĺžka života pri narodení u mužov v EÚ je 75,5 roka, v SR je to len 70,0 roka. U žien je zaostávanie nižšie, kým v EÚ sa žena dožije v priemere 82 rokov, v SR len 78 rokov. Mortalita u mužov je takmer dvakrát taká vysoká, a to najmä pre signifikantne vyššiu mortalitu na kardiovaskulárne a nádorové ochorenia. Tak isto mortalita zapríčinená respiračnými ochoreniami, ochoreniami tráviaceho traktu, cirhózou a diabetom je vyššia, a to tak u mužov ako aj u žien.

Existujú však aj pozitívne aspekty. Mortalita na infekčné a parazitárne ochorenia je nižšia ako v EÚ 15. V SR je päťkrát nižšia prevalencia na HIV/AIDS ako v EÚ 15. V priemere je zaočkovanosť slovenskej populácie vyššia ako v EÚ 15. Zdravotný stav detskej populácie nie je signifikantne horší ako v EÚ 15. Horšie ukazovatele globálneho zdravotného stavu slovenskej populácie sú ovplyvnené hodnotami zistenými u rómskej menšiny.

Trendy nasvedčujú, že pozitívny vývoj je v novorodeneckej mortalite, tak isto aj pri ochoreniach respiračného systému. Priemerná stredná dĺžka života sa zvyšuje, a to tak u mužov ako aj u žien. Napriek tomu odhady nasvedčujú, že úroveň zdravotného stavu populácie v EÚ 15 sa nám podarí dosiahnuť o 20 rokov.

Zdroj: Ginter, E. - Havelkova, B.; Bratislavské lekárske listy 2005/106



**Rámček 2: Zavádzanie nových medicínskych technológií**

Vďaka vývoju moderných technológií dochádza k rýchlemu rozvoju molekulárne-biologických metód, nových zobrazovacích metód, nových molekúl liečiv a aj k rozšíreniu hormonálnej, metabolickej a enzýmovej diagnostiky. Vytvorili sa podmienky študovať a zisťovať príčiny a mechanizmy chorôb bez porušenia kontinuity organizmu. Odhalením genetického kódu nadobudli molekulárna biológia a cytogenetika veľký význam pri diagnostike, terapii a prevencii tumorov, dedičných metabolických chorôb ako aj ďalších ochorení. V dôsledku nových poznatkov z genomiky a proteomiky bude laboratórna medicína nadobúdať čoraz väčší vplyv a význam. Pomocou jednoduchých neinvazívnych metód bude možné diagnostikovať choroby ešte predtým, než by bolo nutné zavádzať drahú terapiu, ochrániť tak pacientov pred nepotrebnými zákrokmi a pomocou laboratórneho multiparametrického prístupu lepšie definovať osoby s rizikom. Pomocou globálneho, ale cieľeného laboratórneho monitoringu bude možné nasadzovať lieky cielenejšie a účinnejšie a redukovať výskyt vedľajších účinkov. Pre lekára ale aj pacienta nadobudne okrem existujúcich analytických techník rozhodujúci vplyv laboratórna medicínska informácia.

Zdroj: Kováč, G., 2006

**Akciová spoločnosť je totiž osvedčená, odskúšaná právna forma**, s podrobnými vnútornými pravidlami, ktorých výklad je právnou praxou vrátane súdov ustálený a predvídateľný, čo prispieva k právnej istote všetkých osôb zainteresovaných na činnosti akciovej spoločnosti. Akciová spoločnosť je subjekt s prehľadným systémom riadenia, ide zároveň o právnu formu, kde je najmenší priestor pre zákonodarcu „vymýšľať“ odchýlky od štandardov platných pre iné podnikateľské subjekty, pokiaľ ide o corporate governance, účtovníctvo, audit či štátnu pomoc.

V oblasti regulácie siete je kľúčovým aktom **stanovenie minimálnej siete**. Veľkosť oka minimálnej siete sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čím je zdravotná starostlivosť odkladnejšia, resp. špecializovanejšia a náročnejšia z pohľadu kvality a zložitosti výkonu, tým môže byť oko minimálnej siete väčšie a tým menší význam v efektívnej dostupnosti zohráva geografická dostupnosť. Kontrahované kapacity pritom musia rešpektovať: (1) geografickú dostupnosť, (2)

regionálne zdravotné potreby obyvateľov a zároveň (3) priepustnosť ambulancií a nemocníc pri postupoch lege artis.

Druhým kľúčovým **regulačným prvkom je proces kategorizácie liečiv**, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, kde je nutné do roku 2010 vykonať:

- vyradenie liečiv z kategorizácie, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami (signifikantne významný efekt na klinicky relevantné parametre v placebom kontrolovaných randomizovaných klinických štúdiách),
- nezaraďovanie liečiv do kategorizácie, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami,
- úhrada kombinácií na úrovni súčtu úhrad účinných látok,
- dokumentovanie rozhodnutí kategorizačných komisií odkazmi na EBM štúdie a farmako-ekonomické analýzy.

**Tabuľka 1: Zdroje a výdavky zdravotných poisťovní**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>A: Zdroje</b>	<b>71,0</b>	<b>76,9</b>	<b>88,7</b>	<b>94,3</b>	<b>100,1</b>	<b>105,7</b>
A.1 Od ekonomicky aktívneho obyvateľstva	48,8	52,1	55,6	59,0	62,8	66,4
A.2 Od štátu	20,8	23,8	32,1	34,3	36,3	38,3
A.3 Ostatné príjmy*	1,4	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>B. Výdavky</b>	<b>71,0</b>	<b>76,9</b>	<b>88,7</b>	<b>94,3</b>	<b>100,1</b>	<b>105,7</b>
B.1 Lieky a ŠZM	24,0	25,4	26,3	26,9	27,4	27,8
B.2 Lôžková starostlivosť	20,7	22,4	26,9	29,1	31,2	33,3
B.3 Ambulantná starostlivosť	13,2	14,2	18,4	19,9	21,7	23,5
B.4 SVLZ	6,1	6,5	7,5	8,1	8,7	9,3
B.5 Marža	5,0	5,4	6,2	6,6	7,0	7,4
B.6 Iné výdavky	2,0	3,0	3,4	3,7	4,1	4,4

Poznámka: \* príjmy od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poisťné, ostatní platitelia  
Zdroj: Health Policy Institute, 2006

## 4. PROGNOZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA DO ROKU 2010

## 4.1 Rastové vyhlídky ekonomiky

Rastové vyhlídky slovenskej ekonomiky sú v strednodobom horizonte vysoko priaznivé. **Priemerné tempo rastu slovenskej ekonomiky dosiahne v prognózovanom horizonte do roku 2010 úroveň okolo 5,4 %.** Okolo tejto priemernej hodnoty budú kolísať hodnoty skutočného rastu, s maximom pravdepodobne v rokoch 2006 a 2007 (cca 6,1 % - 6,2 %) a postupným miernym klesaním tempa rastu v období 2008 – 2010 (podľa prognózy HPI, podobná tendencia vyplýva napr. aj z prognózy MFSR pripravenej pre tvorbu Národného strategického referenčného rámca). Skutočné tempá rastu sa tak budú pohybovať v intervale 4,9 % až 6,2 %. V počiatkovej fáze prognózovaného obdobia (hlavne v roku 2006) bude ekonomický rast ešte ťahaný domácim dopytom podobne ako to bolo v období 2004-2005. Následne sa však posilní čistý export v dôsledku ukončenia investičnej fázy a začiatku prevádzkovej fázy v pripravovaných veľkých priemyselných podnikoch. Následne bude ekonomický rast (v horizonte do roku 2010) ťahaný kombináciou domáceho dopytu aj čistého exportu.

Stabilný pozitívny príspevok domáceho dopytu k rastu ekonomiky by mal byť podporený stabilizáciou rastu reálnych miezd (tým aj spotreby domácností). Počnúc rokom 2005 evidujeme zrýchlený rast reálnej mzdy, čo umožní, aby reálna spotreba domácností v sledovanom horizonte rástla tempom približne 4,2 % až 5,4 %. **Verejná spotreba má zostať najpomalšie rastúcou zložkou domáceho dopytu.** V nadväznosti na aktualizáciu prognóz výdavkov verejných financií by mala vzrastať cca o 1,5 % až 2,2 %.

## 4.2 Zamestnanosť, príjmy

Slovensko v rokoch 1999 až 2001 prekonal kritický bod vývoja na trhu práce a počnúc rokom 2002 sa situácia postupne (a nerovnomerne) zlepšuje. Tempo rastu zamestnanosti v roku 2005 dosiahlo neobvykle priaznivú hodnotu 2,1 % a je pravdepodobné, že v rokoch 2006 a 2007 sa relatívne silný rast počtu pracujúcich zachová. Možno tu počítať s medziročným rastom okolo 1,5 % – 1,6 %. Zmení sa však štruktúra rastu. V uplynulých rokoch sme boli svedkami neobvykle silného rastu počtu SZČO pri veľmi slabom raste počtu zamestnancov. V značnej (ale sotva kvantifikovateľnej) miere to súviselo s nútenou zmenou statusu zo zamestnanca na živnostníka v dôsledku vysokého odvodového zaťaženia. Už spomínaný štart prevádzkovej fázy pripravovaných podnikov (hlavne v automobilovom priemysle) zrejme prinesie posilnenie rastu kategórie zamestnancov. Tým sa aspoň dočasne obmedzí kontrast medzi silno rastúcim počtom živnostníkov a stagnujúcim či dokonca klesajúcim počtom zamestnancov. Táto štruktúrna zmena môže mať vplyv aj na výber odvodov.

Relatívne priaznivý - aspoň na pomery slovenskej ekonomiky - vývoj na trhu práce bude výsledkom pozitívneho pôsobenia silného ekonomického rastu, štartu veľkých podnikov v automobilovom priemysle aj nových projektov zameraných na podporu zamestnávania znevýhodnených skupín. Negatívne však bude ovplyvnený postupným zvyšovaním veku odchodu do dôchodku, ako aj silným rastom produktivity a tlakom na zvyšovanie konkurencieschopnosti. **Výslednicou týchto vplyvov by mal byť rast zamestnanosti na úrovni 0,8 % – 1,6 % ročne až do roku 2010** (nižšie hodnoty uvedeného intervalu sú pravdepodobné skôr pre roky 2008 až 2010). **Miera nezamestnanosti (meraná výberovým zisťovaním pracovných síl) bude preto klesať len pozvoľne, a to z hodnoty 16,2 % v roku 2005 na približne 13,5 % v roku 2010.** Miera participácie by mala stagnovať až mierne stúpať, s prognózovanou úrovňou okolo 71,0 % v roku 2010 (čo je v porovnaní so súčasným stavom nárast asi o 1,2 percentuálneho bodu).

Slovenská republika v súčasnosti patrí medzi tie krajiny EÚ, ktoré majú najnižšie úrovne pôrodnosti. Napriek tomu očakávame, že v najbližších rokoch bude miera pôrodnosti rásť a úroveň priemeru bývalej EÚ 15 dosiahne v roku 2050. Očakávaná dĺžka života vzrastie do roku 2050 u mužov o viac ako 7 rokov a u žien o 6 rokov. Pri takomto nastavení parametrov sa očakáva, že z pohľadu demografie bude najkritickejšia štruktúra populácie okolo roku 2060, keď podiel obyvateľov starších ako 65 rokov na pracujúcej populácii (15 – 64 ročných) dosiahne takmer 58 %. To ale znamená, že v horizonte do roku 2010 ešte určite nedôjde k zdramatizovaniu vo vývoji žiadneho parametra populačného vývoja.

**Po rozkolísanom vývoji reálnej mzdy do roku 2004 možno v horizonte tejto prognózy počítať s jej relatívne rovnomerným rastom v intervale 3,2 % až 3,9 %.** Rast nominálnej mzdy sa bude postupne spomaľovať (z hodnoty okolo 7,7 % v roku 2006 na cca 5,8 % na konci prognózovaného obdobia). Rast nominálnej mzdy však bude vždy vyšší ako bude miera inflácie.

Je pravdepodobné, že podnikateľské dôchodky (tými tu máme na mysli zmiešané dôchodky živnostníkov a prevádzkové prebytky korporácií) budú mať mierne vyššie tempo rastu ako mzdy. To však nič nemení na fakte, že vysoký rast produktivity spojený s úbytkom nevyužívanej (a pritom ešte využiteľnej) pracovnej sily spôsobia podstatne priaznivejší mzdový vývoj ako v minulosti. Pravdepodobne však pretrvá, alebo sa ešte naďalej zvýši mzdová diferencovanosť: rastúca mzdová hladina sa dotkne predovšetkým tých oblastí, v ktorých je priemerná mzda aj v súčasnosti relatívne vyššia. To je dané predovšetkým priestorovou lokalizáciou súčasných investícií.

### 4.3 Cenová hladina

Ciele hospodárskej politiky v oblasti inflácie sú dané predsavzatím prijať spoločnú menu v roku 2009. Preto vláda ani NBS nemajú veľký manévrovací priestor a do roku 2007 by NBS mala splniť konvergenčné kritérium pre infláciu. Inflácia meraná spotrebiteľskými cenami však bola pod kontrolou aj v predchádzajúcich rokoch, jej relatívne vysoká miera nebola prejavom nestability, ale razantných úprav regulovaných cien a nepriamych daní.

V roku 2005 bola zaznamenaná najnižšia miera inflácie v histórii SR, na úrovni 2,7 %. Problémom však je, že v závere roka 2005 a na začiatku roka 2006 bola zrealizovaná výraznejšia úprava regulovaných cien ako sa vopred kalkulovalo. Navyše proces odbúravania inflácie je komplikovaný aj dlhodobou vysokou úrovňou cien primárnych energetických zdrojov na svetových trhoch. Vývoj inflácie na začiatku roka 2006 naznačuje, že inflačný cieľ NBS pre rok 2006 je zrejme ohrozený, to však neznamená, že hrozí vymknutie sa inflácie spod kontroly. V strednodobom horizonte bude s vysokou pravdepodobnosťou pokračovať pokles miery inflácie v SR na takú úroveň, aká je obvyklá aj vo vyspelejších štátoch EÚ. Na konci prognózovaného obdobia sa miera inflácie zrejme bude pohybovať tesne nad hranicou 2 %.

#### 4.4 Verejné financie

Strednodobým cieľom vlády je konsolidácia verejných financií. Súčasťou vládou zvolená trajektória sa zatiaľ ukazuje ako správna, v období výrazného znižovania rozpočtových deficitov ekonomický rast akceleruje. Konsolidácia je zatiaľ prevažne vnímaná ako kredibilná politika zameraná na dlhodobú makroekonomickú rovnováhu. Vládna stratégia sa samozrejme po vytvorení novej vládnej koalície môže zmeniť, mantinely sú však dané pravidlami nominálnej konvergencie, ktoré musí slovenská ekonomika splniť pred zavedením spoločnej meny. Členstvom v systéme menových kurzov ERM II sú položené bariéry voči radikálnej zmene hospodárskej politiky (to neznamena nemožnosť zmeny kurzu, iba vyššiu náročnosť takejto zmeny).

Konvergenčný program SR definuje nasledovný scenár pre ďalší priebeh fiškálnej konsolidácie: v strednodobom horizonte by mal poklesnúť podiel verejných príjmov aj verejných výdavkov na HDP, pokles podielu výdavkov však má byť rýchlejší. Preto možno počítať s poklesom podielu verejných príjmov z úrovne 36,9 % v roku 2006 na 36,4 % v roku 2008, s podobnou hodnotou možno počítať aj v horizonte do 2010. Zároveň **vládou schválený rozpočet verejnej správy na roky 2006 – 2008 predpokladá pokles výdavkov verejnej správy z úrovne 39,7 % v roku 2006 na 37,6 % v roku 2008.**

V dôsledku toho sa deficity verejných financií majú obmedziť z úrovne 2,9 % HDP v roku 2006 na 2,7 % HDP v roku 2008 (predpokladáme, že s podobnou alebo mierne nižšou úrovňou do roku 2010). Je pravdepodobné, že po ukončení tejto konsolidačnej periódy sa vlády nebudú brániť miernemu stúpnutiu podielu výdavkov tak, aby bol podiel verejných príjmov a výdavkov približne vyrovnaný alebo udržaný v koridore dohodnutom v Pakte stability a rastu.

Hlavnými formami zníženia výdavkov je zefektívnenie fungovania verejného sektora a uskutočnené reformy v sociálnej oblasti. Naopak, k výraznému nárastu dochádza pri investičných výdavkoch (tie však majú menšiu váhu). Dlhodobú udržateľnosť MF SR definovalo ako udržanie deficitu verejných financií pod 3 % z HDP a čistého dlhu pod 60 % z HDP pred aj po vyvrcholení demografických problémov okolo 2055 až 2060, teda ďaleko za horizontom našej prognózy.

Hrubý verejný dlh SR sa v priebehu obdobia 2003 až 2010 stabilizuje a dosiahne na konci roku 2007 úroveň približne 36 % HDP, čo je hlboko pod úrovňou maastrichtského kritéria pre verejný dlh. Priaznivý vývoj dlhu je výsledkom kombinácie silného ekonomického rastu a politiky zameranej na znižovanie deficitu verejných financií.

Tabuľka 2: Prehľad očakávaných makroekonomických parametrov slovenskej ekonomiky

Parameter	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rast reálneho HDP v %	4,4	4,2	5,5	6,0	6,2	6,1	5,2	5,0	4,9
Rast reálnej spotreby domácností v %	5,5	-0,6	3,5	5,8	5,3	5,4	4,4	4,0	4,2
Rast cenovej hladiny v %	3,3	8,5	7,5	2,7	3,6	2,7	2,5	2,9	2,6
Rast reálnej mzdy v %	5,8	-2,0	2,5	6,3	3,7	3,9	3,5	3,5	3,2
Tempo rastu priemernej nominálnej mzdy v %	9,3	6,3	10,2	9,2	7,7	6,6	6,0	6,4	5,8
Rast zamestnanosti v %	1,8	0,5	0,3	2,1	1,6	1,5	1,3	0,9	0,8
Miera participácie v %	69,7	69,3	69,5	70,3	70,5	70,6	70,7	70,8	70,9
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania v %	18,5	17,4	18,1	16,2	15,4	14,9	14,4	14,1	13,5
Príjmy verejného sektora ako % z HDP	41,2	35,4	35,5	37,3	36,8	35,7	34,9	34,7	34,5
Verejné výdavky ako % z HDP	48,4	39,2	39,3	40,2	39,7	38,7	37,6	37,1	36,9
Saldo verejných financií ako % z HDP	-7,2	-3,7	-3,8	-2,9	-2,9	-3,0	-2,7	-2,4	-2,4
Príjmy zo sociálnych príspevkov ako % z HDP	14,7	13,9	13,1	13,5	13,5	13,4	13,4	13,4	13,4
Hrubý vládny dlh v % HDP	43,3	42,6	43,6	44,9	45,9	46,0	43,7	40,2	35,9

Zdroj: Aktualizovaný konvergenčný program Slovenskej republiky, Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2006 – 2008, Štatistický úrad SR, Schválený rozpočet verejnej správy na roky 2006 až 2008, EBRD Transition Report 2004, Odhady Health Policy Institute, 2006

## 5. FINANCOVANIE

Cieľom časti financovanie je určiť disponibilné zdroje zdravotných poisťovní, ktoré môžu použiť na nákup zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť predikovateľné a stabilné finančné podmienky pre fungovanie všetkých subjektov zdravotného sektora bez vyvolávania tlaku na verejné financie.

V období 2006 – 2010 nepredpokladáme zásadnú zmenu v systéme financovania zdravotníctva. Naďalej predpokladáme, že systém bude financovaný kombináciou z troch hlavných zdrojov:

- z odvodov na zdravotné poistenie
- z daní
- z priamych platieb obyvateľstva

Základné predpoklady pri stanovení výšky zdrojov zdravotníctva:

1. sadzba zdravotného poistenia za zamestnancov, SZČO a ostatných platiteľov bude počas celého sledovaného obdobia 14%;
2. minimálny vymeriavací základ bude na úrovni minimálnej mzdy;
3. maximálny vymeriavací základ bude na úrovni trojnásobku priemernej mzdy;
4. od roku 2007 až do roku 2010 predpokladáme zvýšenie platby za poistencov štátu zo 4% na 5% z priemernej nominálnej mzdy.

Prognóza disponibilných zdrojov v zdravotníctve v rokoch 2006 – 2010 sa opiera o:

1. makroekonomickú prognózu pre roky 2006 až 2010,
2. analýzu závislosti zdrojov od vývoja priemernej nominálnej mzdy a zamestnanosti do roku 2005.

Pri výpočte disponibilných zdrojov systému zdravotníctva predpokladáme ich nasledovnú štruktúru (Tabuľka 13):

- A. Zdroje zdravotných poisťovní
  - A.1 Od ekonomicky aktívneho obyvateľstva
  - A.2 Od štátu (poistné platené štátom)
  - A.3 Ostatné príjmy
- B. Ministerstvo zdravotníctva SR (bez poistného plateného štátom)
- C. Iné rozpočtové kapitoly
- D. Oddĺženie poskytovateľov a poisťovní cez Veriteľa
- E. Súkromné výdavky obyvateľstva
- F. Individuálne zdravotné poistenie
  - F.1 Duplicitné individuálne zdravotné poistenie
  - F.2 Suplementárne individuálne zdravotné poistenie

### 5.1 Zdroje zdravotných poisťovní

Predpokladáme nemennú štruktúru **zdrojov zdravotných poisťovní** (A) tvorenú tromi druhmi príjmov (A.1 príjmy od ekonomicky aktívneho obyvateľstva, A.2 od štátu a A.3 ostatné príjmy), pri prognóze ktorých sme použili nasledujúce princípy:

**A.1 Príjmy od ekonomicky aktívnych obyvateľov** sú kalkulované na základe regresnej rovnice popisujúcej vzťah medzi počtom pracujúcich (používame počty podľa výberového zisťovania pracovných síl), výškou priemernej nominálnej mzdy a výberom príspevkov na zdravotné poistenie (Rámček 3).

Výška zdrojov z poistného plateného zamestnancami a SZČO dosiahne v roku 2006 sumu 52,1 mld. Sk a v roku 2010 stúpne na 66,4 mld. Sk, pri zachovaní súčasných nastavení systému (Tabuľka 3).

**A.2 Prognóza platieb od štátu** za poistencov štátu v čase (t) sa odvíja od priemernej mesačnej mzdy z obdobia (t - 2) a počtu poistencov štátu v čase (t). Súvisí to s tým, že platby štátu sa opierajú o štatisticky vykázanú priemernú mzdu za ukončený celý

kalendárny rok a nemenia sa pružne.<sup>5)</sup> Do roku 2006 je uplatnený princíp, že výška platby za jedného poistenca štátu je na úrovni 4 % z priemernej nominálnej mzdy. Na základe predvolebných vyhlásení relevantných politických strán, ktoré sa zaviazali zvýšiť zdroje do zdravotníctva práve navýšením platby štátu predpokladáme, že sa platba za jedného poistenca štátu od roku 2007 zvýši na 5% z priemernej nominálnej mzdy. Zmena tohto parametru zvýši celkovú platbu štátu o 6,4 mld. Sk v roku 2007 a primeraným spôsobom aj v nasledujúcich rokoch, pričom v roku 2010 bude celková platba štátu vyššia o 7,7 mld. Sk (Tabuľka 4).

**A.3 Ostatné príjmy** sú tvorené príjmami od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poistné a od ostatných platiteľov. Predpokladáme, že táto položka bude od roku 2006 dosahovať 1,0 mld. Sk, pričom predpokladáme, že zdroje od ostatných platiteľov tvoria približne 0,2 mld. Sk ročne. Prognóza ostatných príjmov je expertným odhadom a neopiera sa o žiadny model, nakoľko jej jednotlivé položky majú vysokú variabilitu v dôsledku závislosti od externých faktorov, od úspešnosti výberu a od časového rozlíšenia (Tabuľka 5).

5) Východiská rozpočtu verejných financií sa formulujú v marci, pričom rozpočet sa schvaľuje v parlamente až v novembri. Vzhľadom k tomuto procesu sa platba štátu za svojich poistencov v nasledujúcom roku (t+1) môže opierať o posledný dostupný údaj o priemernej mzde, ktorým je údaj za predchádzajúci rok (t - 1). Teda v roku 2006 vláda predkladá rozpočet na rok 2007 a pri jeho konštrukcii sa opiera o priemernú mzdu z roku 2005, lebo priemerná mzda za rok 2006 bude známa až v marci 2007 a bude slúžiť ako východisko pre platbu štátu v roku 2007.

#### Rámček 3: Regresná rovnica popisujúca odhad príspevkov od pracujúcich osôb

$$Z = -27\,717\,180\,256 + 2\,964\,741 \cdot PNM + 13\,034 \cdot PRAC$$

Kde: **Z** je objem zdrojov od ekonomicky aktívneho obyvateľstva (vybrané poistné)  
**PNM** je priemerná nominálna mzda v hospodárstve v Sk  
**PRAC** je počet pracujúcich osôb zistený výberovým zisťovaním pracovných síl

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 3: Prognóza zdrojov z poistného plateného zamestnancami a SZČO

	f2006	f2007	f2008	f2009	f2010
Priemerná nominálna mzda v Sk	18 604	19 832	21 022	22 367	23 665
Počet pracujúcich (zamestnanci, SZČO)	2 244 449	2 278 268	2 307 646	2 328 442	2 348 108
<b>Zdroje z poistného v mld. Sk</b>	<b>52,1</b>	<b>55,6</b>	<b>59,0</b>	<b>62,8</b>	<b>66,4</b>

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

**5.2 Zdroje Ministerstva zdravotníctva SR**

Zdroje Ministerstva zdravotníctva SR (B) vyjadrujú zdroje kapitoly MZ SR v štátnom rozpočte, ktoré sú určené na plnenie programov MZ SR súvisiacich predovšetkým s administráciou systému a Úradu verejného zdravotníctva na poli verejného zdravia a hygieny.

Z dôvodu výrazného zníženia kapitálových výdavkov smerujúcich z kapitoly MZ SR predpokladáme, že zdroje MZ SR budú mať klesajúcu tendenciu až na úroveň 2,4 mld. Sk v roku 2010 (Tabuľka 6). Táto položka nezahŕňa poistné platené štátom cez kapitolu MZ SR do zdravotných poisťovní, ktorú sme pripočítali k zdrojom zdravotných poisťovní. Zdroje z kapitoly MZ SR nie sú určené na nákup zdravotnej starostlivosti.

**Tabuľka 4: Platba štátu pri 4 % a 5 % z PNM v mld. Sk**

	2006	2007	2008	2009	2010
Počet poistencov štátu	3 128 566	3 097 850	3 071 376	3 053 450	3 036 621
Mesačná platba štátu za jedného poistenca pri 4 % z PNM v Sk	633	691	744	793	841
Mesačná platba štátu za jedného poistenca pri 5 % z PNM v Sk	n.a.	864	930	992	1 051
Celková ročná platba štátu do ZP pri 4 % z PNM v mld. Sk	23,8	25,7	27,4	29,1	30,6
Celková ročná platba štátu do ZP pri 5 % z PNM v mld. Sk	n.a.	32,1	34,3	36,3	38,3
<b>Rozdiel v mld. Sk ročne</b>	<b>n.a.</b>	<b>+ 6,4</b>	<b>+ 6,9</b>	<b>+ 7,3</b>	<b>+ 7,7</b>

Poznámka: n.a. nie je možné aplikovať, PNM – priemerná nominálna mzda  
Zdroj: Health Policy Institute, 2006

**Tabuľka 5: Ostatné príjmy od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poistné, ostatní platitelia**

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Ostatné príjmy od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poistné, ostatní platitelia v mld. Sk</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
V tom: Platby ostatných platiteľov v mld. Sk	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Minimálna mzda v Sk	7 148	7 579	7 958	8 356	8 774
Počet ostatných platiteľov	16 655	15 708	14 960	14 247	13 569

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

**Tabuľka 6: Zdroje Ministerstva zdravotníctva SR**

Typ zdroja	2006	2007	2008	2009	2010
Zdroje Ministerstva zdravotníctva SR (bez poistného plateného štátom) v mld. Sk	2,8	2,7	2,5	2,5	2,4

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 7: Iné rozpočtové kapitoly

Typ zdroja	2006	2007	2008	2009	2010
Iné rozpočtové kapitoly v mld. Sk	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

### 5.3 Zdroje pochádzajúce z iných rozpočtových kapitol

Zdroje pochádzajúce z iných rozpočtových kapitol (C) sú zdroje vynakladané Ministerstvom obrany SR, Ministerstvom vnútra SR a Ministerstvom dopravy, pôšt a telekomunikácií SR za účelom priamej dotácie kapitálových alebo prevádzkových nákladov tzv. rezortných zdravotníckych zariadení. Túto položku len odhadujeme a v sledovanom období bude dosahovať hodnoty na úrovni 0,5 mld. Sk (Tabuľka 7).

Tabuľka 8: Súkromné výdavky na zdravie v bežných cenách v mil. Sk

Obdobie	Zdravie	Spolu	Výdavky na zdravie ako % z celkových výdavkov domácností
1q00	1 631	121 368	1,3%
2q00	1 563	129 747	1,2%
3q00	1 407	131 698	1,1%
4q00	1 753	136 783	1,3%
<b>2000</b>	<b>6 354</b>	<b>519 596</b>	<b>1,2%</b>
1q01	2 075	135 175	1,5%
2q01	1 897	141 761	1,3%
3q01	1 765	147 791	1,2%
4q01	2 128	152 795	1,4%
<b>2001</b>	<b>7 865</b>	<b>577 522</b>	<b>1,4%</b>
1q02	1 907	147 087	1,3%
2q02	2 090	154 614	1,4%
3q02	1 873	158 138	1,2%
4q02	2 570	164 693	1,6%
<b>2002</b>	<b>8 440</b>	<b>624 532</b>	<b>1,4%</b>
1q03	2 638	159 607	1,7%
2q03	2 453	163 970	1,5%
3q03	2 201	168 043	1,3%
4q03	2 917	175 833	1,7%
<b>2003</b>	<b>10 209</b>	<b>667 453</b>	<b>1,5%</b>
1q04	3 941	176 340	2,2%
2q04	3 753	180 549	2,1%
3q04	3 071	186 819	1,6%
4q04	4 166	194 963	2,1%
<b>2004</b>	<b>14 931</b>	<b>738 671</b>	<b>2,0%</b>
1q05	4 414	191 433	2,3%

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2005



#### 5.4 Súkromné výdavky obyvateľstva

Súkromné výdavky obyvateľstva (F) predstavujú platby za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, poplatky podobného charakteru ako aj iné formálne a neformálne platby, spoluúčasť na lieky, SZM, vitamíny, kúpele a pod.

Podľa viacerých významných štúdií, ktoré sa snažili určiť správnu mieru spoluúčasti, leží optimálna miera spoluúčasti na úrovni 25 % z nákladov na zdravotnú starostlivosť. Podľa údajov Štatistického úradu tvorili výdavky domácností na zdravotníctvo v roku 2004 celkovo 14,9 mld. Sk (Tabuľka 8), čo predstavuje 17,9 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2004.

S výnimkou Luxemburska (7,1 %) a Švédska (16,2 %) má každá jedna krajina EÚ-15 vyššiu spoluúčasť ako Slovensko, pričom percento súkromných výdavkov na celkových výdavkov, s výnimkou Luxemburska a Portugalska, v čase stúpa! (Tabuľka 9).

Verejné systémy nedokážu v plnej miere pokryť výdavky na zdravotnú starostlivosť a tak sa moderná zdravotná politika nezaobrá otázkou, či vôbec platiť, ale koľko a ako platiť. Hľadajú sa

inteligentné schémy spoluúčasti, ktoré špecifikujú celkovú výšku spoluúčasti s ohľadom na nákladovú efektívnosť liečby, na spoločenskú významnosť danej diagnózy a možností reálnej ekonomiky.

Akýkoľvek návrat k bezplatnému zdravotníctvu je krokom späť. Znižovanie spoluúčasti pacientov totiž nielenže obnoví zneužívanie systému, ale bude tlačiť aj na zvyšovanie odvodového a daňového zaťaženia, čo v konečnom dôsledku bude ohrozovať konkurencieschopnosť Slovenska. Vo svete rastúcich očakávaní a starnutia populácie bude pre Slovensko veľkou výzvou udržať odvody na zdravotné poistenie na súčasnej úrovni. Bude to možné jedine postupným zvyšovaním spoluúčasti. Aby však toto zvyšovanie bolo udržateľné, je nevyhnutné už teraz formovať koncept individuálnych sporivých účtov. Prostredníctvom nich rastie nielen sila poisťovňa ako spotrebiteľa, ale predovšetkým miera individuálnych úspor na krytie zdravotných nákladov v budúcnosti.

Prognóza spoluúčasti je prolongáciou doterajšieho trendu, opiera sa o publikované údaje ŠÚ SR vyjadrujúce súkromné výdavky obyvateľstva na zdravie a vychádza z predpokladu, že v systéme budú naďalej fungovať poplatky 20 a 50 Sk, bude sa rozširovať ponuka zdravotných služieb hradených priamo občanmi a že ľudia budú viac investovať do svojho zdravia (Tabuľka 10).

**Tabuľka 9: Súkromné výdavky ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v krajinách EÚ-15, 1980 a 2001 (alebo najbližší rok, za ktorý sú dostupné údaje)**

	1980	2001	zmena 2001 - 1980
Belgicko	-	28,8	-
Dánsko	12,2	18	5,8
Fínsko*	20,4	24,4	4
Francúzsko*	18	23	5
Grécko*	-	43,2	-
Holandsko	30,7	32,5	1,8
Írsko*	18,2	20,6	2,4
Luxembursko	7,2	7,1	-0,1
Nemecko	21,3	24,2	2,9
Portugalsko	35,7	28,7	-7
Rakúsko*	-	30	-
Spojené kráľovstvo	10,6	19	8,4
Španielsko	20,1	28,3	8,2
Švédsko	7,5	16,2	8,7
Taliansko	19,5	24,7	5,2

Zdroj: Thomson (2003) použitím údajov o zdravotníctve z OECD z roku 2002, a údaje z národných štatistík (označené \*)

Tabuľka 10: Prognóza súkromných výdavkov obyvateľstva v mld. Sk

Typ zdroja	2006	2007	2008	2009	2010
Súkromné výdavky obyvateľstva	19,4	22,5	25,9	28,9	32,3

Zdroj: prognóza Health Policy Institute, 2006

### 5.5 Zdroje zdravotníctva získané prostredníctvom individuálneho zdravotného poistenia

Pozícia individuálneho zdravotného poistenia na Slovensku je veľmi slabá, čo deklaruje aj ponuka komerčných poisťovní. Z 25 poisťovní pôsobiacich na slovenskom trhu ho ako samostatný produkt poskytuje iba jedna (Poisťovňa Union, a.s.). Čiastočne sa tomuto produktu venuje ešte Poisťovňa Generali, a.s. a Poisťovňa Uniqua, a.s. (ponúkajú iba úrazové poistenie a poistenie dennej dávky pri pobyte v nemocnici a pri práceneschopnosti). Ostatné poisťovne ponúkajú iba niektoré formy individuálneho zdravotného poistenia ako možnosť pripoistenia ku svojim produktom životného poistenia a v rámci neživotného poistenia ako poistenie úrazu alebo choroby.

Dôvody obmedzeného fungovania individuálneho zdravotného poistenia:

1. Prvou a veľmi dôležitou príčinou je nedostatočný dopyt vyplývajúci z viacerých skutočností. Na základe takmer 50-ročného presadzovania zásady, že všetci sú si rovní a každý má, podľa ústavy, nárok na potrebnú a bezplatnú zdravotnú starostlivosť, o ktorú má povinnosť sa starať štát, vznikol „psychologický blok“ väčšej časti populácie. Nezaujem potenciálnych poistencov súvisí aj so situáciou v zdravotníckych zariadeniach, ktorých ponuka hlavne v oblasti ubytovania a stravovania nezodpovedá predstave o nadštandarde, t.j. „na čo sa pripoistovať, keď je to takmer to isté ako štandard“. Prítom už dnes dopyt po nadštandardných službách v nemocniciach prevyšuje ponuku.
2. Pretrvávajúci sklon k poisteniu majetku viac ako k poisteniu „života“.
3. Nevymedzenie pojmu štandardná resp. nadštandardná zdravotná starostlivosť v zákone o rozsahu č. 577/2004 Z.z.

4. Nerealizovaná kategorizácia diagnóz, ktoré nebudú zo základného balíka zdravotnej starostlivosti hradené na 100 %.
5. Univerzálne pokrytie obyvateľstva verejným zdravotným poistením.

Okrem predchádzajúcich bariér môže rozvoj individuálneho zdravotného poistenia obmedziť riziko zmeny zdravotnej politiky. V prípade zmeny zdravotnej politiky vlády môže dôjsť k zníženiu spoluúčasti, čo by viedlo k demotivácii tých poistencov individuálneho zdravotného poistenia, ktorí si na tento druh spoluúčasti zabezpečili poistné krytie. Takáto situácia by mohla v budúcnosti znamenať aj likvidáciu tohto druhu poistenia a hlavne veľmi negatívny precedens pre jeho opätovné zavedenie.

Zdroje zdravotníctva získané prostredníctvom individuálneho zdravotného poistenia (G) sú zložené z nasledujúcich položiek:

- G.1 **Duplicitné individuálne zdravotné poistenie** predstavuje formu individuálneho zdravotného poistenia, ktorá pozostáva z objemu prijatého poistného za poistenia poskytované komerčnými poisťovňami. Ide o poistné plynúce z poistenia pre prípad úrazu alebo choroby ako súčasť neživotného poistenia a životného poistenia, ak je ponúkané ako jeho pripoistenie (Tabuľka 11). Prognóza vývoja objemu duplicitného individuálneho zdravotného poistenia vychádza z predpokladu, že bude rásť doterajším tempom, pretože dochádza k zmene pohľadu ľudí na vlastný život a vlastné zdravie v porovnaní s majetkom. V roku 1992, pri začiatkoch rozvoja poistného trhu, pripadalo 75 % prijatého poistného neživotnému poisteniu a len 25 % životnému. V súčasnosti je tento pomer už 60:40 a začína sa približovať k pomeru v krajinách EÚ, v ktorom prevažuje životné poistenie.

Tabuľka 11: Duplicitné individuálne zdravotné poistenie v mld. Sk

Typ zdroja	2006	2007	2008	2009	2010
Duplicitné individuálne zdravotné poistenie	3,5	3,9	4,3	4,8	5,3

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

**G.2 Suplementárne a komplementárne individuálne zdravotné poistenie** sa nebude na Slovensku rozvíjať v dôsledku nedostatočnej redukcie základného balíka v zákone o rozsahu. Z tohto dôvodu predpokladáme, že položka bude v sledovanom období vykazovať zanedbateľný charakter.

Priame platby a individuálne zdravotné poistenie budú mať zrejme rastúcu tendenciu. Súvisí to nielen so zmenami v systéme zdravotníctva, ale aj so zmenami v životnom štýle obyvateľov (hlavne v regiónoch s vyššími príjmami). Preto predpokladáme postupný nárast podielu priamych platieb a individuálneho poistenia až na približne 26 % celkových zdrojov plynúcich pre zdravotníctvo. Priame platby a individuálne poistenie preto stúpajú z odhadovanej úrovne okolo 23 mld. Sk v roku 2006 na takmer 38 mld. Sk v roku 2010 (Tabuľka 12).

### 5.6 Individuálne zdravotné účty

Oveľa zásadnejší vplyv na objem zdrojov v systéme by malo zavedenie individuálnych účtov, ktoré by zrejme spôsobilo „nasávací efekt“ – pri rovnakom objeme verejných zdrojov sa bude zvyšovať objem súkromných zdrojov na krytie zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je v základnom balíku.

Navyše, zavedenie individuálnych účtov má z hľadiska finančnej udržateľnosti dlhodobý význam, lebo reaguje na negatívnu prognózu demografického vývoja a rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť. Ich zavedenie v podmienkach Slovenska môže mať dve alternatívy – čisto sporivú a rozhodovaciu:

- **Čisto sporivá alternatíva** je založená na princípe rozloženia finančnej spoluúčasti poistenca v čase. Znamenalo by to dobrovoľnú kumuláciu prostriedkov poistenca na individuálnom účte v zdravotnej poisťovni. Pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti alebo služieb by sa automaticky vypočítala spoluúčasť pacienta, ktorá by sa z účtu odrátala. Peňažné prostriedky by stále patrili poistencovi, pričom z tejto sumy by si mohol priamo financovať spoluúčasť (napr. stomatologická starostlivosť), alebo vyšší komfort (jednolôžková izba, nadštandard), resp. by si mohol dokúpiť individuálne zdravotné poistenie. Rozsah zdravotnej starostlivosti hrađený z verejných zdrojov by zostal rovnaký pre každého.
- **Rozhodovací model.** V tejto alternatíve sa na individuálnom účte kumulujú nielen prostriedky z osobných vkladov a úspor pacienta, ale aj subvencia z verejných zdrojov na základe prerozdelenia podľa indexu rizika. Na individuálny účet sa pripíšu finančné prostriedky, o ktorých použití rozhoduje výlučne poistenec. Individuálny účet sa tak stáva rozhodovacím nástrojom nákupu zdravotnej starostlivosti, kde samotný poistenec rozhoduje o nákupe

Tabuľka 12: Disponibilné súkromné zdroje v zdravotníctve

Typ zdroja	2006	2007	2008	2009	2010
Disponibilné súkromné zdroje v zdravotníctve v mld. Sk	22,9	26,4	30,2	33,7	37,6
Podiel disponibilných súkromných zdrojov v zdravotníctve na celkových zdrojov v zdravotníctve	22 %	22 %	24 %	25 %	26 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

svojho zdravotného plánu. V tomto prípade je dokonca možné uvažovať aj o konkurencii v rozsahu krytých zdravotných rizík a následnej konkurencii aj vo výške poistného. Niektorí uprednostnia menší rozsah s vyššou spoluúčasťou a niektorí väčší rozsah s nižšou spoluúčasťou. Samozrejme za inú cenu poistného.

**Postupné zavedenie individuálnych účtov nielenže pomôže vláde vytvoriť dlhodobý stabilný a finančne udržateľný zdravotný systém, ale postupne môže preniesť rozhodovaciu právomoc za nákup zdravotnej starostlivosti na pacienta a na jeho preferencie.** Tým sa stáva aj prípadné zvyšovanie spoluúčasti pacientov v budúcnosti politicky lepšie priechodným. Je mimoriadne dôležité povedať, že reforma zdravotníctva prijatá v roku 2004 vytvára veľmi zdravé predpoklady na zavedenie individuálnych účtov – najprv ako sporivej a neskôr aj ako rozhodovacej alternatívy.

### 5.7 Zhrnutie

Medzi rokmi 2006 a 2010 sa objem zdrojov (verejné a súkromné spolu) na zdravotníctvo zvýši zo 6,6 % HDP až na 7,1 % HDP, čo pri vysokom raste HDP predstavuje priaznivú hospodársku bázu pre modernizáciu slovenského zdravotníctva. Dôvodom vyššej dynamiky rastu zdrojov zdravotníctva pre rastom HDP je okrem priaznivého makroekonomického prostredia predovšetkým politickými stranami deklarované zvýšenie platby štátu zo 4 % na 5 % z priemernej mzdy.

Spoluúčasť pacientov bude pozvoľna stúpať, pričom budú zachované ako poplatky súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, tak aj ostatné kanály spoluúčasti pacienta. Predpokladáme, že zavedenie individuálnych účtov bude skôr v testovacej fáze.

Pre roky 2006 až 2010 predpokladáme naďalej veľmi obmedzený rozvoj na trhu individuálneho zdravotného poistenia (IZP):

1. Nevznikne primárne IZP
2. Bude sa aj naďalej rozvíjať duplicitné IZP
3. Rozvoj komplementárneho a suplementárneho IZP bude podmienený jedine redukciou solidárneho balíka, lebo zníženie univerzality systému považujeme za vysoko nepravdepodobné. V súčasnosti existuje priestor na okamžitú redukciu základného balíka o cca 10 %. Vzhľadom k tomu, že redukcija balíka je politicky veľmi senzitívny krok, predpokladáme skôr zachovanie „status quo“.

Schéma 1: Miera pravdepodobnosti vzniku individuálneho zdravotného poistenia na Slovensku

		Obyvateľstvo pokryté verejným poistením	
		(100-x)%	100%
Balík	(100-y)%	1. Vysoká pravdepodobnosť	2. Stredná pravdepodobnosť
	100%	3. Stredná pravdepodobnosť	4. Nízka pravdepodobnosť

Vysvetlivky:

(100 - y) % - znamená, že tzv. solidárny balík nekryje všetky zdravotné riziká, a v systéme existujú choroby a výkony, ktoré si poistenci hradia sami (y)

(100 - x) % - znamená, že v systéme existuje určitá časť populácie (x), na ktorú sa nevzťahuje povinnosť mať uzavreté verejné zdravotné poistenie

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 13: Zdroje zdravotníctva v mld. Sk

Typ zdroja	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>A: Zdroje zdravotných poisťovní celkom</b>	<b>57,0</b>	<b>58,6</b>	<b>62,6</b>	<b>71,0</b>	<b>76,9</b>	<b>88,7</b>	<b>94,3</b>	<b>100,1</b>	<b>105,7</b>
A.1 Od ekonomicky aktívneho obyvateľstva	38,8	40,8	43,8	48,8	52,1	55,6	59,0	62,8	66,4
A.2 Od štátu	15,5	16,0	17,9	20,8	23,8	32,1	34,3	36,3	38,3
A.3 Ostatné príjmy*	2,7	1,8	0,9	1,4	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
B: Ministerstvo zdravotníctva SR (bez poisťovní plateneho štátom)	4,2	4,3	4,3	3,6	2,8	2,7	2,5	2,5	2,4
C: Iné rozpočtové kapitoly	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
D: Oddĺženie poskytovateľov a poisťovní cez Veriteľa	0,0	8,6	11,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>E: Disponibilné verejné zdroje v zdravotníctve (A+B+C+D)</b>	<b>61,7</b>	<b>72,0</b>	<b>78,9</b>	<b>75,1</b>	<b>80,2</b>	<b>91,9</b>	<b>97,3</b>	<b>103,1</b>	<b>108,6</b>
F: Súkromné výdavky obyvateľstva	8,4	10,2	14,9	17,6	19,4	22,5	25,9	28,9	32,3
G: Individuálne zdravotné poistenie	0,0	2,6	2,9	3,2	3,5	3,9	4,3	4,8	5,3
G.1: Duplicitné individuálne zdravotné poistenie		2,6	2,9	3,2	3,5	3,9	4,3	4,8	5,3
G.2: Suplementárne a komplementárne individuálne zdravotné poistenie		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>H: Disponibilné súkromné zdroje v zdravotníctve (F+G)</b>	<b>8,4</b>	<b>12,8</b>	<b>17,8</b>	<b>20,8</b>	<b>22,9</b>	<b>26,4</b>	<b>30,2</b>	<b>33,7</b>	<b>37,6</b>
<b>I: ZDROJE CELKOM (E+H)</b>	<b>70,1</b>	<b>84,8</b>	<b>96,7</b>	<b>95,9</b>	<b>103,1</b>	<b>118,3</b>	<b>127,5</b>	<b>136,8</b>	<b>146,2</b>
HDP v mld. Sk	1 098,7	1 201,2	1 325,5	1 439,8	1 568,8	1 696,1	1 816,5	1 943,5	2 071,4
Verejné zdroje (podiel na HDP v %)	5,6	6,0	6,0	5,2	5,1	5,4	5,4	5,3	5,2
Súkromné zdroje (podiel na HDP v %)	0,8	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8
<b>ZDROJE CELKOM (podiel na HDP v %)</b>	<b>6,4</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>6,6</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>

Poznámka: \* príjmy od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poisťné, ostatní platitelia  
 Zdroj: Health Policy Institute, 2006

## 6. VÝDAVKY, PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENOTVORBA

Cieľom tejto časti je definovať výdavkovú štruktúru zdravotných poisťovní, platobné mechanizmy a cenotvorbu v systéme na základe nákupnej stratégie zdravotných poisťovní. Jej cieľom musí byť hľadanie primeranej kvality za najnižšiu cenu a definovanie pravidiel pre strategický nákup zdravotnej starostlivosti. Oproti minulosti však v systéme budeme na všetkých úrovniach počítat s funkciou zisku.

Jedným z najväčších problémov slovenského systému zdravotníctva pred prijatím reformných zákonov v roku 2004 bola nevyváženosť motívácií. Jadro problému spočívalo v tom, že kým určitá časť sektora mala možnosť dosahovať zisk a aj ho dosahovala (najmä farmasektor, t.j. farmaceutické firmy, distributéri, lekárne, ale aj súkromní lekári a súkromné nemocnice), tak druhá časť poskytovateľov túto možnosť nemala (hlavne štátne nemocnice). Navyše, a čo je ešte dôležitejšie, zisk nemohli vytvárať ani zdravotné poisťovne, pričom priamo zo zákona fungovali v mäkkých rozpočtových obmedzeniach.

Zdravotnícky trh bol tak z tohto pohľadu rozdelený do troch sektorov, ktoré mali nerovnaké makroekonomické a legislatívne podmienky a diametrálne odlišne nastavený systém motívácií (Schéma 2). Dôsledkom takéhoto nastavenia motívácií bol jednostranný tlak subjektov „s právom zisku“ na subjekty „bez práva zisku“, pričom ani zdravotné poisťovne a ani nemocnice nemali motiváciu a silu daným tlakom čeliť. Jednoduchšie bolo finančné riziko prenášať na verejné financie. Navyše, v tejto konštelácii ich mohutne povzbudzoval štát, ktorý poisťovňam a nemocniciam vytvoril mäkké rozpočtové obmedzenia (Rámček 4), neumožňoval veriteľom domôcť sa svojich pohľadávok a pravidelne a nesystémovo všetkých oddlžoval, pričom lehoty splatnosti štandardne dosahovali 180 až 270 dní.

Schéma 2: Systém, kde nie sú vyrovnané motivácie



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Zdravotný systém tak úverovali subjekty „s právom zisku“, pričom reálnu finančnú zodpovednosť niesli verejné financie. Rast nového dlhu v rokoch 2000 až 2002 dosahoval 7 až 9 mld. Sk ročne a ku koncu roka 2002 sa naakumuloval externý dlh vo výške 26,6 mld. Sk. Celý zdravotný systém bol z fiškálneho hľadiska zrelý na vyhlásenie bankrotu.

### Rámček 4: Mäkké rozpočtové obmedzenia

Pojem mäkké rozpočtové obmedzenia prvýkrát použil János Kornai v sedemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia. Syndróm mäkkých rozpočtových obmedzení pre určitú organizáciu vzniká vtedy, ak v danom prostredí existuje podporná inštitúcia (napr. štát), ktorá je pripravená finančne kryť celý deficit danej organizácie. Môže sa jednať o priamu „podporu“, „pomoc“, či „vyrovnanie“. Za určitú nepriamu formu mäkkých rozpočtových obmedzení môžeme považovať aj iné výhody, ktoré štát zdravotným poisťovňam alebo nemocniciam garantoval vo forme „zmäčkčovania“ prostredia, v ktorom sa pohybujú – napr. zákaz exekúcií.

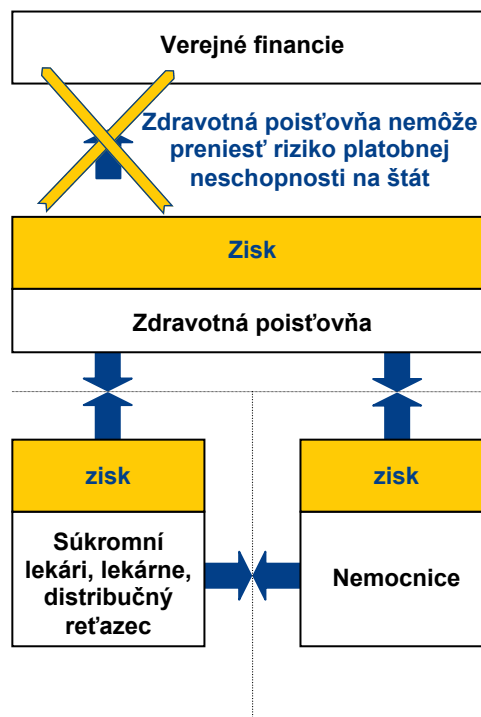
Zdroj: Health Policy Institute, 2006, na základe článku Kornai, J., Maskin E., Roland G.: *Understanding the Soft Budget Constraint*, 2002  
<http://post.economics.harvard.edu/faculty/kornai/papers/understanding.pdf>

Vyrovnanie motivácií pre všetkých účastníkov trhu, zavedenie tvrdých rozpočtových obmedzení, štandardných ekonomických podmienok a nediskriminačných pravidiel je kľúčovou súčasťou reformy zdravotníctva z roku 2004. Predošlé subjekty „s právom zisku“ tak narazili na rovnocenného protihráča taktiež „s právom zisku“. Podmienky sa vyrovnali. Motivácie sú zhodné (Schéma 3). Nastáva súboj o rovnováhu medzi legitímnymi požiadavkami všetkých subjektov, pričom zdravotné poisťovne už nemôžu posunúť svoje finančné problémy na verejné financie.

Nastáva rovnocenný boj o vzácne zdroje, ktorý bude charakteristický nasledovnými trendmi:

1. Celkový objem zdrojov na zdravotníctvo je pevne daný disponibilným zdrojmi zdravotných poisťovní, ktoré nemajú možnosť posunúť svoju platobnú neschopnosť na štát.
2. Jednotlivé segmenty môžu rásť jedine na úkor iného segmentu (napr. ambulantná a lôžková starostlivosť vytlačia lieky), pričom dynamika tohto vytlačania bude daná nákupnou stratégiou zdravotných poisťovní a ochotou poskytovateľov prispôbiť svoje správanie tejto nákupnej stratégii. Takéto preskupenie zdrojov bude ovplyvňovať výdavkovú štruktúru zdravotných poisťovní.
3. V rámci jednotlivých segmentov sa budú uplatňovať efektívnejší a kvalitnejší poskytovatelia, pričom dynamika tohto boja v rámci segmentu bude daná čiastočne trhovými parametrami (marketing poskytovateľov smerom k pacientom a získavanie klientely) a čiastočne nákupnou

Schéma 3: Systém s rovnakými motiváciami



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

stratégiou zdravotných poisťovní (zásady strategického nakupovania zdravotnej starostlivosti, trhové čistenie, nové platobno-motivačné mechanizmy, napr. zrušenie limitov na výkony a prechod na redukovanú cenu bodu po dosiahnutí stanoveného limitu). Zmena v samotnom segmente bude priať subjektom s vyššou technickou efektívnosťou.

#### Rámček 5: Ľudské zdroje v sektore a vzdelávanie

Kapacita a štruktúra ľudských zdrojov v sektore bude ovplyvnená (1) nutnosťou zmeny vekovej štruktúry lekárov (najmä VAS), (2) interregionálnymi a interdisciplinárnymi rozdielmi zdravotníckych pracovníkov (najmä lekárov) a (3) nedostatkom stredného zdravotníckeho personálu. Mzdová úroveň bude ovplyvnená prechodom k individuálnejšiemu prístupu k odmeňovaniu, modernejším manažmentom ľudských zdrojov a v neposlednom rade rozhodnutiami Európskeho súdneho dvoru (napr. prípad Jäger).

Budúcnosť medicíny spočíva vo vzdelávaní nielen medicínskom, ale aj manažérskom, orientovanom na komplexný prístup, kvalitu a adaptáciu na medzinárodné štandardy. Takáto synchronizácia by mala mať legislatívny základ. Nevyhnutným štandardom musí byť kontinuálne vzdelávanie zdravotníkov, s možnosťou hlbšej špecializácie v oblasti manažmentu. Pre tých, ktorí majú ambíciu riadiť zdravotnícke zariadenia, musí platiť povinnosť špecializácie v oblasti manažmentu.

Zdroj: Kováč, G., Krištúfek, P., Pásztor, L., 2006

**6.1 Zmena výdavkovej štruktúry zdravotných poisťovní**

Slovensko má neštandardnú štruktúru výdavkov na zdravotníctvo. Príčinou je vysoký podiel výdavkov na lieky (vyše 1/3 všetkých výdavkov!), pričom oproti iným krajinám OECD je výrazne potlačená najmä ambulantná starostlivosť. V roku 2005 zdravotné poisťovne vynaložili na lieky neuveriteľných 33,8 % všetkých zdrojov,<sup>6)</sup> na lôžkovú starostlivosť 29,1 % a na ambulantnú starostlivosť len 18,6 %.

Pre vývoj štruktúry výdavkov do roku 2010 predpokladáme nasledovné tendencie:

1. rastom HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily bude výdavková štruktúra postupne konvergovať k výdavkovej štruktúre, ktorá je štandardná vo väčšine krajín OECD
2. zmena v štruktúre populácie s predpokladom zvyšovania podielu seniorov na celkovej populácii v krátkodobom horizonte do roku 2010 nie je relevantná vzhľadom na zmenu štruktúry výdavkov (Rámček 6)
3. priemernú maržu zdravotných poisťovní vo výške 7 %<sup>7)</sup>
4. zníženie tempa ročného rastu výdavkov na lieky z 5,8 % postupne až na 1,5 %. To sa prejaví poklesom podielu výdavkov na lieky z 33,8 % na 26,3 %. Táto úspora bude prenesená do zlepšenia financovania ambulantnej a lôžkovej starostlivosti
5. zvýšenie podielu lôžkovej zdravotnej starostlivosti z 29,1 % na 31,5 %, pričom

v rámci segmentu bude dochádzať k postupnému zániku neefektívnych poskytovateľov a investícií – o zvyšujúce sa zdroje bude bojovať menej subjektov, čím sa vytvorí zdroj nielen na modernizáciu zariadení, ale aj na udržateľný rast miezd

6. zvýšenie podielu ambulantnej starostlivosti z 18,6 % na 22,2 %.

**6.2 Definovanie produktu a marže zdravotných poisťovní**

Doterajšie vnímanie zdravotných poisťovní ako zbytočného medzičlánku bez pridanej hodnoty (a jasného produktu) bolo spôsobené:

- neznalosťou variability v spôsoboch poskytovania zdravotnej starostlivosti a v efektívite a kvalite poskytovateľov a teda neznalosťou prínosu nakupovania zdravotnej starostlivosti
- záťažou z minulosti a nedostatočným rozlišovaním medzi jednotlivými poisťovňami – poisťovne boli vnímané ako infraštruktúra
- vnímaním poisťovní poskytovateľmi ako niekoho, kto uberá z „ich“ peňazí, kto ich obmedzuje predpismi a reguláciami a hrozí im neuzavretím zmluvy; pričom ani samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti si neuvedomili, že slabé poisťovne vedú k chaosu a finančnej nestabilite aj u nich

6) Ako dôsledok kombinovaných faktorov: ceny liekov sú svetové, naša ekonomická situácia na úrovni 53 % priemeru EU, a stále sa až 95 % návštev u lekára skončí predpísaním lieku.

7) Pre porovnanie, v roku 2004 mali podľa časopisu Fortune farmaceutické firmy priemerný hrubý zisk 14,3 %.

**Rámček 6: Štatistická významnosť podielu seniorov v populácii sa ukazuje ako nízka**

Dôvodom nízkej relevancie podielu 65- a viacročných vzhľadom k štruktúre výdavkov sú nasledovné argumenty:

- Vysoký podiel 65- a viacročných sa objavuje väčšinou tam, kde je aj vysoká ekonomická výkonnosť (štáty západnej Európy). Ekonomická výkonnosť je potom relevantnejším vysvetľujúcim parametrom ako podiel seniorov na populácii.
- Vysoký podiel 65- a viacročných zrejme navyšuje celkovú potrebu výdavkov na zdravotníctvo, ale málo významne ovplyvňuje štruktúru týchto výdavkov. Vyšší podiel staršej populácie navyšuje potreby financovania ako ambulantnej, tak aj lôžkovej starostlivosti a liekov.
- Špeciálne pre potreby Slovenska faktor podielu 65- a viacročných v horizonte prognózy nemá veľmi vysoký význam, pretože podstatnejší nárast podielu seniorov na populácii sa očakáva až za horizontom našich modelov a prognóz (vyplýva to aj z výhľadu makroekonomického vývoja v tomto materiáli).

Zdroj: Health Policy Institute, 2006



**Produktom zdravotných poisťovní je:**

- byť agentom svojich klientov
- znášať finančné riziko
- nakupovať zdravotnú starostlivosť
- umožňovať rozvoj a rast efektívnych a kvalitných poskytovateľov

Odmenou za produkt je primeraná marža, ktorá pokrýva všetky investičné a prevádzkové náklady spojené s výkonom zdravotného poistenia, ako aj zisk zdravotných poisťovní za znášanie finančného rizika a dodávanie produktu svojim klientom. Predpokladáme, že marža by mala dosiahnuť 7 % z príjmov zdravotnej poisťovne, pričom v medzinárodnom porovnaní bude táto marža výrazne nižšia ako marža dosahovaná v jednotlivých európskych krajinách (Tabuľka 14).

**Pôsobiť ako agent svojich klientov**

(poistencov) znamená poskytovať komplexný informačný servis (vypĺňať informačnú medzeru pacienta, sprístupňovať zrozumiteľné informácie o kvalite, odporúčať klientom najvhodnejšie zdravotnícke zariadenia), niesť za poistenca finančné riziko (bezpečnosť), vstupovať namiesto neho do zmluvných vzťahov (platba treťou stranou) a zabezpečovať jeho finančné krytie pred katastrofickými nákladmi – táto kľúčová rola často nie je pochopená a cenená (pozri vyššie).

Navyše, výška tejto marže nie je garantovaná, pričom vzhľadom na platné ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. sa môže stať, že zdravotná poisťovňa bude musieť použiť zisk na zníženie čakacích dôb. Prognózovanie takýchto javov je však veľmi komplikované a preto počas sledovaného obdobia počítame s priemernou 7 % maržou za celý zdravotný sektor, aj keď v jednotlivých prípadoch sa aktuálna výška marže môže od hladiny 7 % líšiť.

**Znášanie finančného rizika** znamená zabezpečovať stabilitu verejných financií a nevytvárať ohniská finančnej nerovnováhy, ktoré môžu rezultovať do platobnej neschopnosti poisťovne a deficitu verejných financií.

V prípade štátom vlastnených zdravotných poisťovní **štát ako akcionár môže v stanovách určiť** ako maximálne náklady na prevádzku, tak aj rozhodnúť o inom rozdelení zisku ako vyplatenie dividend. Nemení sa tak systém založený na motivácii a štát môže celý dosiahnutý zisk použiť na nákup zdravotnej starostlivosti, alebo moderných technológií.

**Nakupovať efektívne dostupnú zdravotnú starostlivosť** znamená trvalým monitorovaním potrieb svojich klientov (poistencov) plniť úlohu arbitra objektívneho a plánovaného rozdeľovania disponibilných zdrojov medzi jednotlivé segmenty poskytovateľov.

Zisk plní pri hospodárení podnikov okrem motivačnej úlohy veľmi dôležitú informačnú úlohu. Jeho prítomnosť je znamením solventnosti a stability. Bez zisku by neexistovala pravidelná reprodukcia aktív, ktorá je mimoriadne dôležitá z hľadiska nových technológií (eHealth, telemedicína, ePreskripcia, elektronická zdravotná dokumentácia, a pod.) a hľadání stále efektívnejšieho spôsobu manažovania pacienta a organizácie zdravotného poistenia.

Strategickým nákupom zdravotnej starostlivosti **umožňovať rozvoj a rast efektívnych a kvalitných poskytovateľov znamená** finančne oceňovať kvalitu (diferencovanou platbou), stabilizovať finančnú situáciu poskytovateľov a zabezpečiť fiškálne udržateľné zvyšovanie príjmov lekárov a zdravotníckych pracovníkov zvýšením efektívnosti systému (znížením počtu zmluvných poskytovateľov, zavádzaním nových technológií a zvyšovaním technickej efektívnosti).

**Tabuľka 14: Marža zdravotných poisťovní v jednotlivých krajinách v %**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Belgicko</b>	30,4	20,1	13,0	14,5	18,6	11,1	21,8	16,1	22,4	16,3	10,0
<b>Francúzsko</b>	22,9	22,2	26,9	25,9	26,2	24,3	21,4	22,1	21,5	20,6	19,2
<b>Holandsko</b>	10,9	9,0	9,9	12,0	11,0	10,9	9,0	6,6	8,0	13,4	13,7
<b>Rakúsko</b>	26,7	25,9	26,3	25,8	13,3	13,3	12,0	11,9	10,5	11,0	13,2
<b>Slovinsko</b>	-	-	-	-	-2,7	-10,7	16,6	24,8	19,7	17,0	18,6
<b>Švajčiarsko</b>	13,7	6,7	-12,2	-13,8	15,6	28,9	37,5	26,3	17,9	16,1	22,8

Zdroj: CEA (Comité européen des assurances), Health Insurance in Europe - 2002 Data (CEA eco No 20, april 2004)

### 6.3 Zníženie podielu výdavkov na lieky na 26,3 % z celkových výdavkov

#### Do roku 2010 očakávame pokles podielu výdavkov na lieky na celkových výdavkoch.

Z Grafu 1 je nápadná priam extrémna poloha Slovenska v medzinárodnom porovnaní podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva. Podiel výdavkov na lieky a ŠZM je v SR najvyšší zo všetkých štátov OECD. Zároveň s relatívne vysokou mierou štatistickej spoľahlivosti možno prijať vzťah, že štáty s vyššou ekonomickou výkonnosťou (HDP na hlavu v USD podľa parity kúpnej sily PPP) majú nižší podiel liekov a ŠZM na výdavkoch zdravotníctva. Tento vzťah je ešte výraznejší, ak do úvahy zoberieme len európske krajiny (Graf 2).

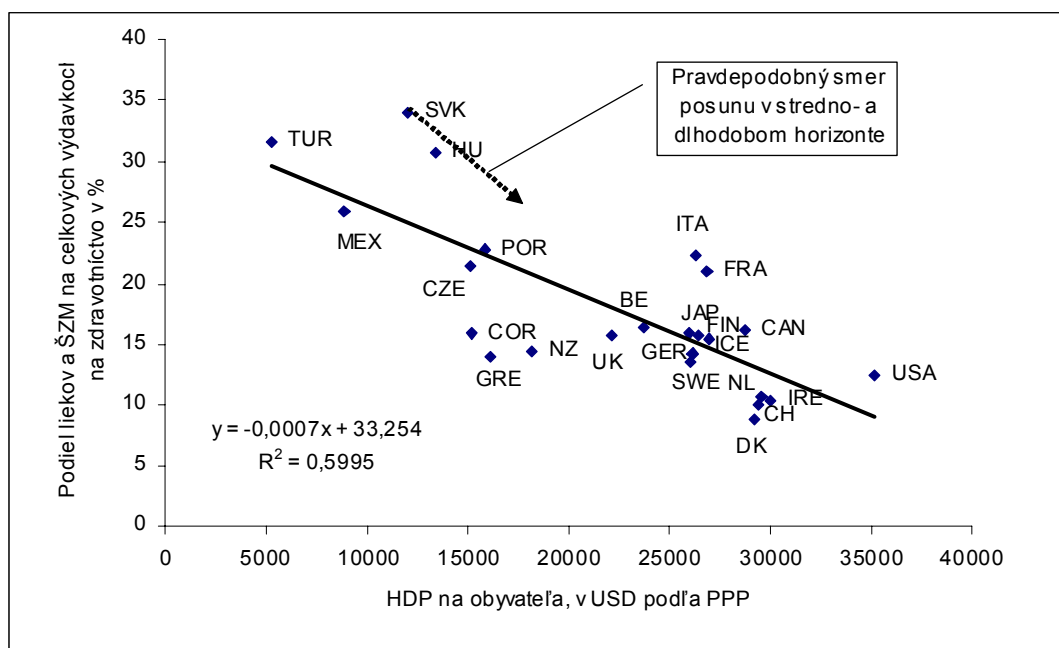
Ak pripustíme, že ekonomická výkonnosť Slovenska bude v roku 2010 dosahovať hodnotu okolo 19 000 až 20 000 USD na hlavu podľa PPP (čo je vysoko pravdepodobné pri 4 % - 6 % raste reálneho HDP a poklese inflačného diferenciálu na zhruba pol percenta voči USD), dostane sa Slovensko na úroveň, pri ktorej je podiel liekov a ŠZM v krajinách OECD podstatne nižší, ako má dnes Slovensko.

Nepredpokladáme však úplné splynutie údajov za Slovensko s priemerom OECD (OECD je zmesou krajín s rôznorodými politikami), v Grafoch 1 a 2 modelujeme pravdepodobnú výslednú hodnotu podielu liekov a ŠZM v SR v roku 2010 ako posun zo súčasnej extrémnej polohy smerom k údajom nameraným vo vyspelých krajinách OECD, s rešpektovaním istej odchýlky danej východiskovým stavom.

**Považujeme za vysoko pravdepodobné, že podiel liekov a ŠZM bude klesať smerom k hodnote 26,3 %, pričom toto klesanie považujeme za fiškálne udržateľné pri nezhoršení kvality farmakoterapie v dôsledku dvoch faktorov:**

1. **skokovo rastie objem zdrojov do zdravotníctva zvýšením platby štátu za svojich poistencov, čo pri dynamike rastu liekov v koridore 5,8 % až 1,5 % zachováva ich nominálny nárast, ale znižuje ich relatívnu váhu na celkových výdavkoch**
2. **predpokladáme vznik tesnejšej väzby medzi poisťovňami a lekármi, čo vyústí do takých zmluvných vzťahov (bonusy za neprekročenie limitov, sankcie za prekročenie limitov, nasadenie**

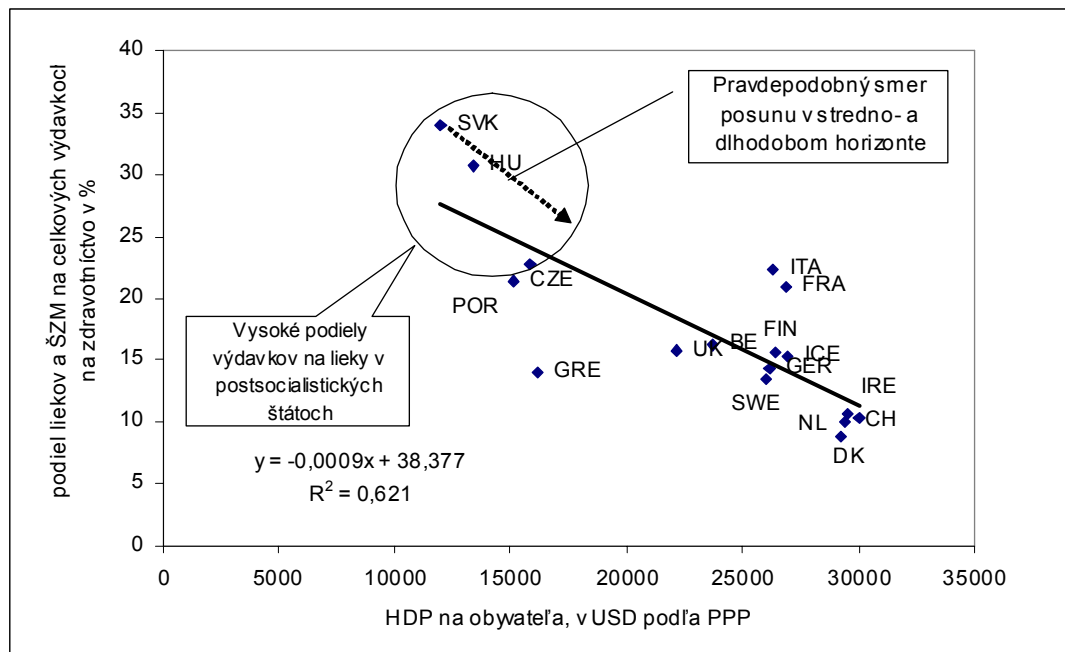
**Graf 1: Kombinácie economickej výkonnosti a podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva**



Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006

**Graf 2: Kombinácie ekonomickej výkonnosti a podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva - len európske štáty**



Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006

**záväzných liečebných protokolov), ktoré budú podporovať klinicky účinnú a ekonomicky efektívnu preskripciu**

Pre podporu zníženia podielu výdavkov na lieky musí nákupná stratégia a lieková politika zdravotných poisťovní rešpektovať účelnú farmakoterapiu, založenú na klinickej účinnosti a nákladovej efektívnosti, ktorá sa bude opierať o:

1. zníženie indukovanej preskripcie
2. motiváciu lekárov k nákladovo-efektívnej preskripcii
3. generické lieky – objektívne informovanie o kvalite generických liekov, akékoľvek spochybňovanie účinnosti a bezpečnosti generických liekov musí byť podložené konkrétnymi údajmi
4. preventívne programy – s dôrazom na podporu primárnej prevencie, propagácia nefarmakologických postupov prevencie a liečby civilizačných ochorení, podpora zdravého životného štýlu najmä v oblasti prevencie a liečby obezity, fajčenia a podpora diétného stravovania a fyzickej aktivity
5. redukciu polypragmázie – vytvorenie pravidiel na zväznenie vypustenia menej účinných liekov u pacientov s polypragmáziou (väčší počet liekov), vzhľadom na medicínske riziká interakcií ako aj vysokú nákladovosť takejto liečby
6. protokoly liečebnej starostlivosti a výsledkovo orientovaný revízny systém

**Rámček 7: Pomocné predpoklady uplatnené pri prognózovaní podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch**

- Spotreba liekov v krajinách OECD nie je výrazne závislá od systému zdravotníctva v krajine.
- Ceny liekov sú medzinárodne porovnateľné.
- Nepočítame s príchodom tak revolučne nových liekov, ktoré by medicínu výrazne posunuli na kvalitatívne inú úroveň.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

## 6.3.1 Zníženie indukovanej preskripcie

Indukovaná preskripcia znamená odchýlky v preskripcii pod vplyvom výhod, ktoré ponúkajú predpisujúcim lekárom farmaceutické firmy pri marketingových aktivitách, pričom pacientom je predpisovaná iná než nákladovo najefektívnejšia liečba.

Vplyv farmaceutického priemyslu na výber lieku je na Slovensku extrémne silný. Výrobcovia liekov v snahe prezentovať svoje lieky a zvýšiť svoj zisk z ich predaja motivujú predpisujúcich lekárov hmotnými aj finančnými výhodami.

Marketingové aktivity majú často charakter priamej korupcie, ale ich dokazovanie a postihovanie je takmer nemožné. V súčasnosti sú marketingové aktivity farmaceutických firiem upravené v zákone NR SR č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a od 1.6.2006 aj v zákone č. 147/2001 Z. z. o reklame.

Do roku 2010 budú zdravotné poisťovne presadzovať také legislatívne zmeny a ich následnú implementáciu v marketingových aktivitách farmaceutických firiem najmä vo vzťahu k predpisujúcim lekárom, aby sa:

- explicitne definovali povolené aktivity a ich pravidlá,
- zakázali neintervenčné klinické štúdie,
- obmedzili a definovali podmienky kongresovej turistiky (podmienkou aktívna účasť alebo následná publikácia informácie o novinkách)
- obmedzili a definovali podmienky edukačných aktivít a sponzorovania kongresov farmaceutickými firmami (definovať podmienky, ktoré musia edukačné aktivity a kongresy spĺňať)
- obmedzili a definovali podmienky honorovaných prednášok a publikácií
- obmedzili a definovali podmienky poskytovania vzoriek farmaceutickými firmami
- obmedzili a definovali podmienky marketingových prieskumov

## 6.3.2 Motivácia lekárov k nákladovo efektívnej preskripcii

Predpisovanie liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín a výkonov SValZ indikujú lekári, ktorí pri súčasnom systéme platobných mechanizmov nie sú žiadnym spôsobom motivovaní k nákladovej efektívnosti.

Jedným z riešení tejto situácie je, ak sa lekár stane virtuálnym nákupcom zdravotnej poisťovne. Lekár dostane od zdravotnej poisťovne virtuálny objem finančných prostriedkov na nákup liekov, pomôcok, potravín alebo SValZov. V prípade nákladovo efektívneho správania sa lekára a nevyčerpania celého objemu vyčlenených prostriedkov dostane lekár istý podiel ušetrených zdrojov (napr. 50 %). Recipročným opatrením by mali potom byť sankcie za neefektívny nákup voči lekárovi. Kľúčovým problémom je stanovenie finančného objemu. Tento musí zohľadňovať demografickú štruktúru pacientov (pohlavie a vekové skupiny), odbornosť lekára (resp. špecifiká niektorých medicínskych odborov) ako aj sezónnosť.

Iným riešením je monitorovanie lekárov, preskribujúcich (ordinujúcich) nad všeobecný priemer a posúdenie ich dokumentácie revíznymi lekármi:

- vyhodnotenie realizovaných výsledkov (nie ich opísanie)
- zdôvodnenie vyšetrení a konkrétny výstup pre diagnostiku a liečbu pacientov.

Ďalším riešením je zavedenie platobno-motivačných mechanizmov, pri ktorých sa výška úhrady lekára odvíja od ukazovateľov preukazujúcich objem spotreby indukovanej zdravotnej starostlivosti lekárom pri liečbe jeho pacientov v porovnaní s inými lekármi rovnakej odbornosti alebo v porovnaní s absolútne stanovenými hodnotami.

### 6.3.3 Protokoly a výsledkovo orientovaný revízny a kontrolný systém

Opúšťanie neúčinných a nákladovo neefektívnych terapeutických postupov sa v najbližšom období prejaví najmä v liekovej politike. Kategorizačná komisia MZ SR by sa mala čoraz viac snažiť eliminovať dnes hrazené, ale neúčinné lieky, voči čomu budú protestovať predovšetkým výrobcovia liekov, prípadne lekárske zoskupenia.

Na druhej strane sa zdravotné poisťovne budú snažiť implementovať pri nákupe zdravotnej starostlivosti pri určitých druhoch diagnóz protokoly dokázateľne účinnej a nákladovo efektívnej diagnostiky a liečby. To môže vyvolať negatívnu reakciu lekárov, nezvyknutých na prísnejšiu reguláciu liečebného procesu, ale aj pacientov, ktorí vo svojej pasivite neradi menia určité zvyklosti. Práve pasivita pacientov môže znamenať, že dynamické zmeny prostredia v ich prospech (generická substitúcia, programy manažovania zdravotnej starostlivosti pacientov) môžu lekári skôr bojkotovať než podporovať.

Efektívny nákup zdravotnej starostlivosti je možné vykonávať len v prostredí s funkčným revíznym a kontrolným systémom. Základom efektívnej kontroly poskytovanej zdravotnej starostlivosti bude správne vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti a jej výsledkovo orientovaný revízny a kontrolný systém, ktorého hlavnou úlohou je kontrolovať výsledky nákupu zdravotnej starostlivosti a upozorňovať na odchýlky od použitých protokolov.

#### 6.4 Zvýšenie podielu výdavkov na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť

Je zrejmé, že poklesom podielu liekov a ŠZM z východiskovej úrovne približne 33,8 % na 26,3 % na konci prognózovaného obdobia **vzniká značný objem zdrojov (7,5 % celkových výdavkov), ktoré sa budú preskupovať**. Kým v predchádzajúcom prípade sme relatívne bezproblémovo mohli skonštatovať vzťah medzi ekonomickou úrovňou štátu a podielom liekov a ŠZM na celkových výdavkoch, teraz sa dostávame do komplikovanejšej situácie posúdenia vzťahov medzi ekonomickou výkonnosťou, vekovou štruktúrou a podielmi výdavkov na lôžkovú či ambulantnú starostlivosť.

Z Grafov 3 až 6 vyplýva už menej jednoznačný vzťah medzi týmito veličinami, napriek tomu možno vypozerovať zákonitosti. Ekonomicky výkonnejšie krajiny majú vyšší podiel výdavkov na lôžkovú starostlivosť. Z Grafu 3 je však zrejmé, že je tu značný rozdiel medzi severoamerickými krajinami (USA, Kanada) s nižším podielom lôžkovej starostlivosti a európskymi krajinami s podstatne vyšším podielom. Ak berieme do úvahy len európske krajiny (ale to len na ilustráciu, nechceme to podsúvať ako

relevantnejší pohľad), je ešte nápadnejšie, že krajiny s vyšším HDP na hlavu majú vyšší podiel lôžkovej starostlivosti. Tu však pozícia Slovenska nie je extrémna - na Slovensku je podiel lôžkovej starostlivosti približne zodpovedajúci dosiahnutej ekonomickej výkonnosti.

Pozoruhodný je vzťah medzi ekonomickou výkonnosťou krajiny a podielom ambulantnej starostlivosti. Ak zoberieme celý súbor krajín OECD (teda tie, za ktoré sú prístupné údaje v potrebnej štruktúre), získavame nepriamu úmernosť: krajiny s vyššou výkonnosťou akoby mali obvykle nižší podiel výdavkov na ambulantnú starostlivosť. Je však nápadné (Graf 5), že tento výsledok je príliš ovplyvnený extrémnymi prípadmi Turecka a Južnej Kórey - krajinami, ktoré pri našich úvahách nehrajú relevantnú rolu. Ak zo súboru vylúčime krajiny, ktoré pre konvergenčné ambície Slovenska sú nepodstatné, získavame iný obraz: krajiny s vyššou ekonomickou úrovňou majú obvykle vyšší podiel výdavkov na ambulantnú starostlivosť (Graf 6).

Upozorňujeme na zvláštnosť modelu USA: výdavky na ambulantnú starostlivosť tu majú podstatne vyšší podiel na celkových výdavkoch ako v krajinách Európy (pozri Rámček 8).

#### Rámček 8: Zmeny vo výdavkovej štruktúre v USA

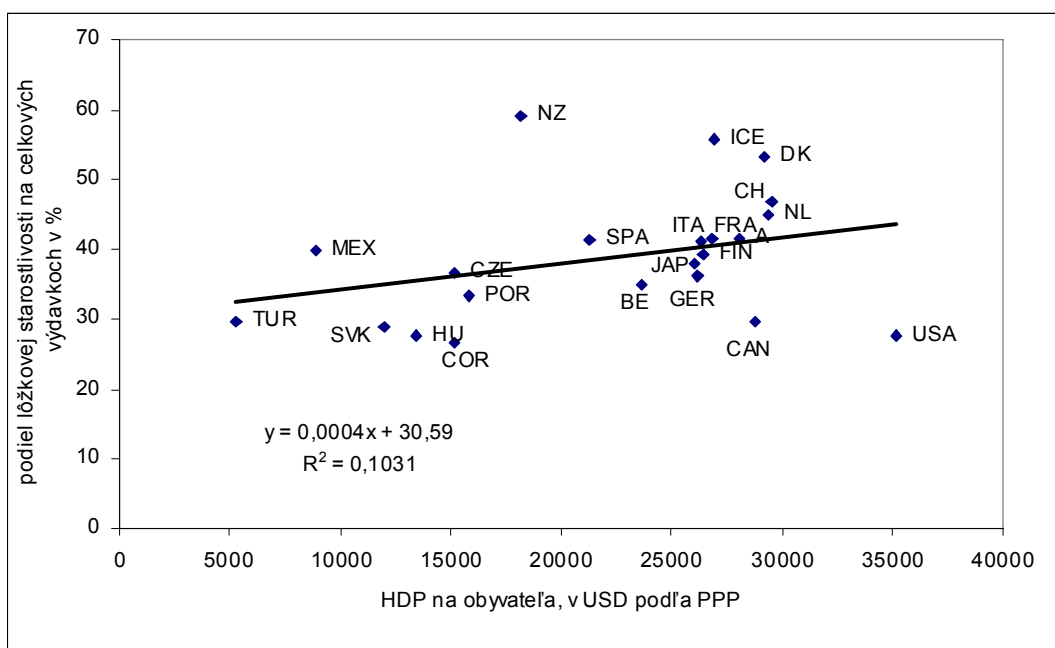
Na príklade USA si môžeme zanalýzovať, ako sa menila štruktúra výdavkov od 60. rokov po súčasnosť. Ako najdôležitejší posun hodnotíme presun ťažiska liečby z lôžkovej starostlivosti na ambulantnú starostlivosť. Kým v 60. rokoch smerovalo 37 % na lôžkovú a 33 % na ambulantnú, tak na začiatku tohto storočia smeruje do ambulantnej už 45 % (!) zdrojov a len 27 % ide na lôžkovú starostlivosť. K tejto zmene určite prispelo zdesaťnásobenie bohatstva v Amerike za posledných 40 rokov (HDP na hlavu vzrástol z 3 665 na 34 892 dolárov). Zároveň sa znížil podiel farmaceutických produktov z 15 % na 12 %. Navyše celý tento posun sa deje pri rapidnom starnutí populácie! (Tabuľka 15)

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 15: Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo v USA

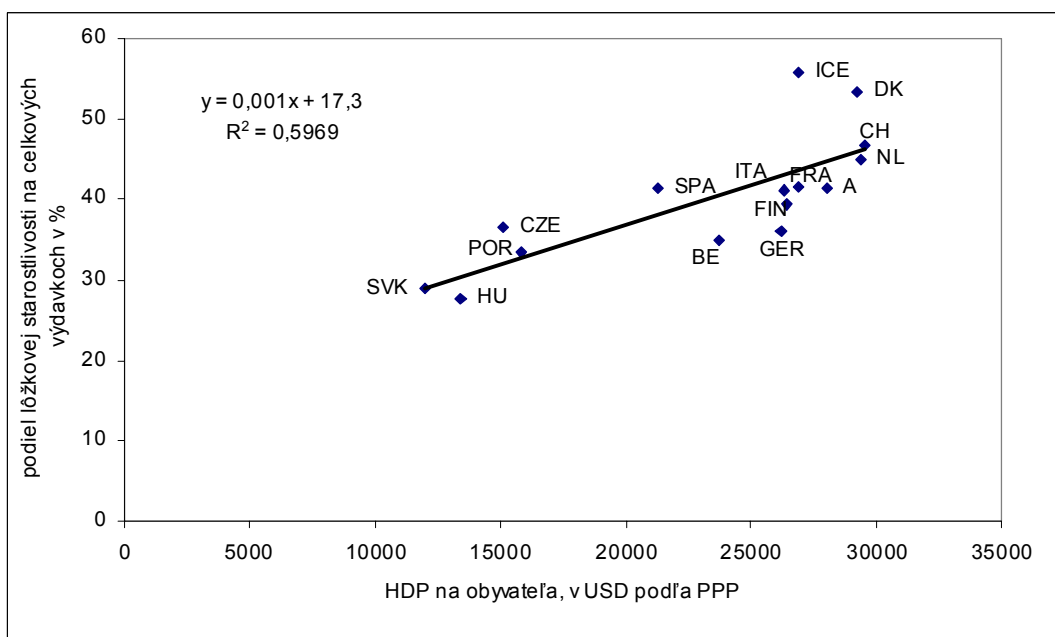
	1960-69	1970-79	1980-89	1990-99	2000-02
Výdavky na lôžkovú zdravotnú starostlivosť ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo	37,0	42,4	41,2	32,7	27,4
Výdavky na ambulantnú zdravotnú starostlivosť ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo	33,0	32,2	35,7	42,5	45,0
Výdavky na lieky ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo	15,0	10,5	9,0	9,4	12,2
Výdavky na ŠZM ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo	2,5	2,0	1,5	1,5	1,4
HDP na hlavu v USD v PPP (parite kúpnej sily)	3 665	7 603	16 919	27 403	34 892
Obyvateľstvo 0-14 rokov ako % z celkovej populácie	30,3	25,5	21,9	21,8	21,3
Obyvateľstvo 15-64 rokov ako % z celkovej populácie	60,2	64,0	66,3	65,6	66,3
Obyvateľstvo 65 a viac ako % z celkovej populácie	9,5	10,4	11,9	12,6	12,4

Zdroj: OECD Health Data, 2003

**Graf 3: Kombinácie ekonomickej vyspelosti a podielu lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva**

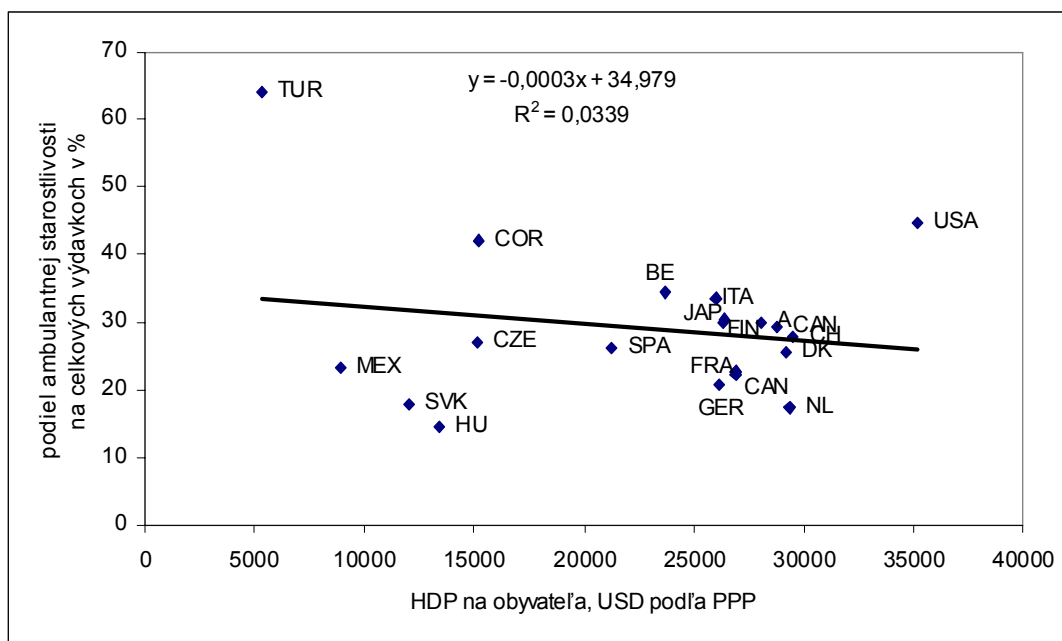
Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006

**Graf 4: Kombinácie ekonomickej vyspelosti a podielu lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva – len európske štáty**

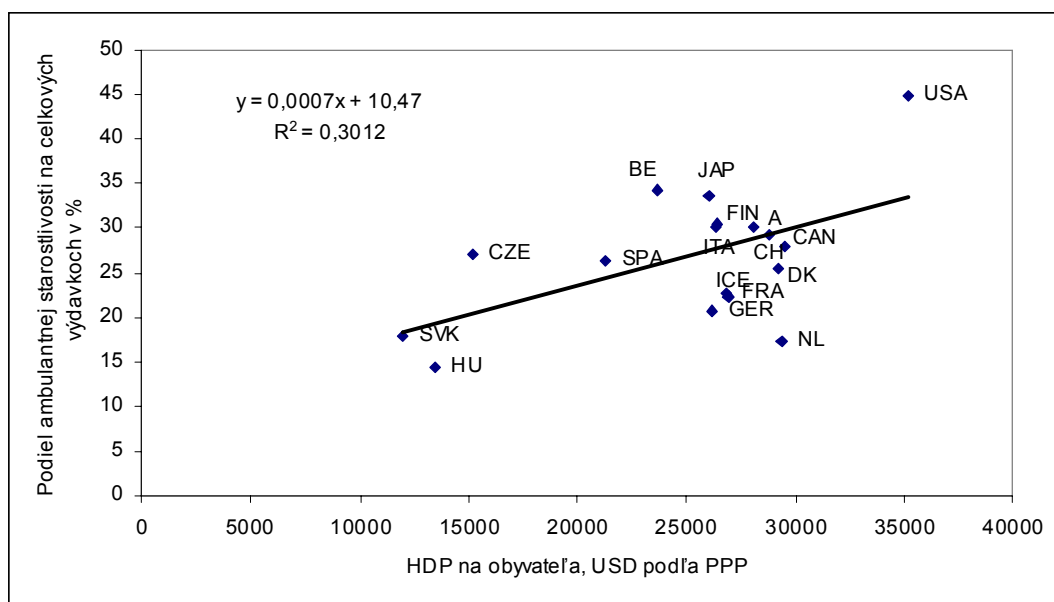
Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006

**Graf 5: Kombinácie ekonomickej vyspelosti a podielu ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva**

Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006

**Graf 6: Kombinácie ekonomickej vyspelosti a podielu ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva – OECD s vylúčením Turecka, Mexika a Južnej Kórey**

Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data 2003, graf Health Policy Institute, 2006



### 6.5 V lôžkovej sfére by sa malo v budúcnosti uplatňovať DRG

Vo všeobecnosti je potrebné postupne podporovať také platobné mechanizmy, ktoré odmeňujú poskytovateľa za vyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti a/ alebo jej postupné zlepšovanie. Naopak, v súčasnosti sú poskytovatelia často „odmeňovaní“ za chyby. Poskytovateľ, ktorý pochybí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, dostane zaplatené viac (za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri odstraňovaní chyby) ako poskytovateľ, ktorý poskytol správnu zdravotnú starostlivosť na prvý krát. Z tohto hľadiska vo svete neexistuje jediný dokonalý platobný mechanizmus. Súčasný trend preferuje kombináciu finančných a nefinančných motivačných mechanizmov – napr. neustály monitoring kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, vyššia cena DRG pre akreditované nemocnice, kapitácia za celkovú a kontinuálnu zdravotnú starostlivosť prostredníctvom organizácií napr. manažovanej zdravotnej starostlivosti (tzv. managed care organizations).

Štát musí neustále zlepšovať podmienky pre zavádzanie takýchto platobných mechanizmov, napr. kontinuálnym výskumom a zlepšovaním Nariadenia vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako aj štandardizáciou informačných systémov v zdravotných poisťovniach a zdravotníckych zariadeniach.

So zmenou štruktúry výdavkov sú úzko spojené aj platobné mechanizmy. Dnešný systém platieb, tzv. „širokopásmové DRG“, je nutné inovovať minimálne z dvoch dôvodov:

1. lepšie odmeňovanie za excelentnosť ako základ budovania siete nemocníc, ktorá vykazuje mieru špecializácie
2. lepšiu posudzovateľnosť výkonov

**DRG (diagnosis related groups)** je jedným z najprogresívnejších platobných mechanizmov v lôžkovej starostlivosti. V kombinácii s globálnym rozpočtom ho používa takmer každá krajina Európy (Tabuľka 16).

Podstata DRG systému je, že zadeľuje jednotlivé prípady do zvláduteľného počtu kategórií na základe komplexnosti a nákladov. Každá má svoju váhu vyjadrenú počtom bodov, ktorá je vyššia pre náročnejšie a nákladnejšie prípady.

Druhým dôležitým elementom DRG okrem relatívnych váh je normatívny deň. Ten určuje normu pre dĺžku hospitalizácie v nemocnici. Každá DRG skupina má zároveň stanovený dolný a horný limit dĺžky pobytu. Predstavuje to minimálny a maximálny počet dní strávených v nemocnici. Minimálny je dôležitý na predchádzanie podliečovania pacientov. Maximálny dovoľuje navýšenie platby DRG. Úhrada za pacienta, ktorý strávil v nemocnici dobu nižšiu ako minimálny limit, nie je preplácaná v plnej výške – len na úrovni 80 %. Zdravotný systém má vďaka DRG tendenciu k nadprodukcii pri minimalizácii nákladov. Z tohto vyplýva, že poskytovatelia sa snažia pobyť svojich pacientov tlačiť čo najbližšie k spodnej hranici doby hospitalizácie. Dôsledkom je postupný pokles hodnoty normatívneho dňa.

### 6.6 Udržanie podielu výdavkov na SVLZ z celkových výdavkov

Za posledné dva roky sektor SVLZ zaznamenal dynamický rast výdavkov. V roku 2004 to bolo viac ako 13 % oproti roku 2003 a v roku 2005 takmer 19 % oproti roku 2004. V oblasti SVLZ finančné zdroje, ktoré boli za minulé obdobie navýšené, nesmerovali rovnomerne do všetkých zložiek SVLZ, ale smerovali selektívne do rtg a zobrazovacích techník.

Takýto trend je ďalej neudržateľný. Spoločné analýzy poisťovní a poskytovateľov identifikovali nasledovné príčiny rastu:

- vznik nových SVLZ poskytovateľov,
- privatizácia existujúcich zariadení,
- indukované výkony,
- nové diagnostické postupy,
- opakované a nevyvážené zásahy do zoznamu výkonov,
- zbytočné a duplicitné vyšetrenia,
- nárast cien diagnostík,
- legislatívne zmeny – nárast sankcií a rozširovanie povinností realizovania výkonov (prevencia),
- neúčinná kontrola.

Na udržanie výdavkov v koridore 8,6 – 8,8 % z celkových výdavkov bude potrebné realizovať niektoré legislatívne zmeny a dôslednejšie rozvinúť nákupnú stratégiu.

V súčasnosti už existuje konsenzus medzi poisťovňami a poskytovateľmi o diferencovanom prístupe v nákupe SVLZ výkonov. Na prvom mieste je to potreba rozlišovať SVLZ na:

- **Diagnostické**, a tie na:
  - a) laboratórnu medicínu
  - b) nukleárnu medicínu, rádiodiagnostiku a ostatné zobrazovacie metódy
- **Terapeutické**, a tie na:
  - a) rádioterapiu
  - b) nukleárnu medicínu

Vyšetrenia SVLZ sú indikované ošetrojúcim lekárom a sú vykonávané na pacienta na základe žiadanky. Nedostatkom existujúceho stavu je absencia systému analogického s preskripciou liekov (žiadanka na vyšetrenie musí mať autoritu receptu - účtovného dokladu).

Prehľbujúca sa automatizácia, elektronické spracovanie dát a opatrenia na kontrolu kvality, integrácia a konsolidácia (najmä v oblasti laboratórnej medicíny) umožňujú s menšími výdavkami dosiahnuť lepšie výsledky.

Tabuľka 16: Platobné mechanizmy pre lôžkovú starostlivosť v Európe

Krajina	Nalinkované rozpočtové plánovanie	Platba za prípad (za hospitalizáciu)	Globálny rozpočet	Kombinácia globálneho rozpočtu s DRG (upravené o case-mix)
<b>Severský „NHS“ model – daňovo financované zdravotné systémy</b>				
Dánsko		X	X	
Fínsko		X		
Írsko				X
Nórsko				X
Švédsko				X
Spojené kráľovstvo				X
<b>Južný „NHS“ model – daňovo financované zdravotné systémy</b>				
Portugalsko				X
Španielsko				X
Taliansko				X
<b>Zdravotné systémy založené na zdravotnom poistení</b>				
Belgicko				X
Francúzsko				X
Nemecko				X
Rakúsko				X

Zdroj: Figueras, J. et al (eds) (in prep): *Effective purchasing for health gain*, s. 241

### 6.7 Zhrnutie

**Zisťujeme teda, že krajiny s vyššou výkonnosťou majú obvykle nižší podiel výdavkov na lieky a ŠZM a na druhej strane vyšší podiel výdavkov na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť. Preto je vysoko pravdepodobné, že ak pripúšťame určité približovanie sa výdavkovej štruktúry v SR smerom k výdavkovým štruktúram vyspelejších krajín OECD, potom treba počítať s tým, že 7,5 % výdavkov ušetrených na liekoch a ŠZM sa preskupí smerom k obojm formám zdravotnej starostlivosti: ambulantnej aj lôžkovej.**

Otázny zostáva ešte pomer, v akom sa prerozdeli 7,5 % výdavkov pôvodne orientovaných na lieky a ŠZM medzi lôžkovú a ambulantnú starostlivosť. Vychádzame z predpokladu, že stratégie nákupcov zdravotníckych výkonov sa budú postupne meniť: S posilňovaním podielu zdravotných poisťovní kontrolovaných súkromnými spoločnosťami na trhu aj s prispôbovaním sa novým pravidlám v zdravotníctve sa model nákupného správania posunie viac smerom k modelu, ktorý tu nazveme „americký“. Ten sa vyznačuje podstatne vyšším podielom výdavkov na ambulantnú starostlivosť a nižším podielom na lôžkovú.

Ak teda máme odhadnúť nákupnú stratégiu v horizonte našej prognózy, odhadujeme ju nie ako typickú „európsku“ s vysokým podielom lôžkovej starostlivosti na výdavkoch, ale ako mix „európskej“ a „americkej“. **Preto ušetrených 7,5 % podielu výdavkov sa rozdelí aj v prospech ambulantnej, aj v prospech lôžkovej starostlivosti, ale mierne väčším beneficiantom je ambulantná starostlivosť** (Tabuľka 18).

**Aby sme sa vyhli chybám vyplývajúcim zo statického pohľadu na výdavkové štruktúry v krajinách OECD (zatiaľ sme totiž brali do úvahy štruktúry v jednom časovom okamihu), je potrebné zistené skutočnosti konfrontovať s pohľadom dynamickým, ktorý vysvetlí zmeny výdavkových štruktúr v jednotlivých krajinách v čase.**

**Tým, že sme namodelovali pokles podielu výdavkov na lieky a ŠZM pri rastúcom podiele lôžkovej starostlivosti v SR z 33,8 % na 26,3 %, sme namodelovali skôr unikátnu tendenciu.**

S narastaním ekonomickej výkonnosti je skôr späť predstih rastu podielu liekov a ŠZM pred podielom lôžkovej starostlivosti. Nami modelovaný trend v SR však napriek tomu má svoje opodstatnenie, dané extrémne vysokou súčasnou hodnotou podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch. Je veľmi málo pravdepodobné, aby relatívna váha výdavkov na lieky spolu s rastúcou ekonomickej výkonnosťou ešte stúpala. Bolo by to ďalšie vzdaľovanie sa Slovenska od toho, čo je vo vyspelých ekonomikách štandardné. Preto napriek nemožnosti oprieť nami predikovanú vývojovú tendenciu o viaceré príklady štátov OECD nemáme dôvod ju spochybnit'. **Unikátna tendencia je tu zdôvodnená unikátnym východiskovým bodom** (zjavným z Grafu 2).

**V prípade ostatných modelových vývojových tendencií v SR máme vždy možnosť oprieť ju o skúsenosť aspoň nejakej skupiny štátov OECD.** Rastúca váha ambulantnej starostlivosti voči lôžkovej (pripomíname, že ušetrený podiel výdavkov na lieky vo výške 7,5 % sa prerozdeli medzi lôžkovú a ambulantnú starostlivosť mierne v prospech ambulantnej starostlivosti) je v súlade s tým, čo sme zistili pre krajiny ako USA, Kanada, Dánsko, Austrália, Francúzsko. V tejto skupine sa objavujú USA, v prípade ktorých sme upozorňovali na odlišnú nákupnú stratégiu voči väčšine európskych krajín, spočívajúcu v podstatne vyššom podiele ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch.

Náš predpoklad o predstihu rastu podielu ambulantnej starostlivosti voči podielu liekov a ŠZM v SR (keď sa časť podielu liekov a ŠZM presúva v prospech ambulantnej starostlivosti) nenaráža na zásadný problém porovnateľnosti s inými krajinami OECD.

Ak to zhrnieme, namodelovaná štruktúra výdavkov v zdravotníctve je teda odrazom mixu nasledovných faktorov:

- Z rešpektovania východiskového stavu, v ktorom štruktúra výdavkov v SR nesie známky výnimočnosti v porovnaní so štátmi OECD (hlavne mimoriadne vysoký podiel výdavkov na lieky a ŠZM).
- Z predpokladu konvergencie výdavkovej štruktúry k vyspelejšim krajinám OECD, ale nie jej kopírovania (v štátoch OECD sa tiež objavujú rôznorodé modely). Očakáva sa tu, že spolu s konvergenciou ekonomickej výkonnosti a ekonomickej štruktúry sa aspoň čiastočne objaví aj konvergencia vo výdavkovej štruktúre v zdravotníctve.

- Z predpokladu objavovania sa prvkov nielen typicky „európskeho“, ale aj „amerického“ modelu nákupnej stratégie nákupcov zdravotníckych výkonov. Preto sa pokles podielu výdavkov na lieky a ŠZM odzrkadľuje v náraste výdavkov na ambulantnú aj lôžkovú starostlivosť tak, že sa berie do úvahy posilnenie prvkov „amerického“ modelu nákupnej stratégie v dlhodobejšom horizonte.
- kompenzovaný zvyšovaním produktivity práce a racionalizáciou práce. Tretím faktorom môže byť ťažkopádna nákupná stratégia štátnych zdravotných poisťovní, ktorá bude inklinovať viac k lôžkovým poskytovateľom ako k ambulantnej sfére.
- Stabilný podiel výdavkov na SVaLZy v koridore 8,6 % až 8,8 %.

Výsledkom zakomponovania všetkých spomínaných faktorov a argumentov je predpokladaná prognóza štruktúry výdavkov zdravotných poisťovní medzi rokmi 2005 a 2010, ktorej dosiahnutie bude výsledkom dohody zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti:

- Pokles podielu liekov a ŠZM na celkových výdavkoch z cca 33,8 % na 26,3 %, predovšetkým v dôsledku ekonomického rastu, zvýšenia kúpnej sily, skokového zvýšenia platby štátu za svojich poistencov, pričom v prognózovanom období neočakávame žiadny liekový „blockbuster“
- Nárast podielu ambulantnej starostlivosti z 18,6 % na 22,2 % – bude súvisieť taktiež z rozmachom jednodňovej medicíny a moderných polikliník a sanatórií, ktoré budú schopné konkurovať nemoderným a nevládnym nemocniciam
- Nárast podielu lôžkovej starostlivosti z 29,1 % na 31,5 % – v dôsledku predimenzovanosti siete nemocníc môžeme očakávať postupnú elimináciu neefektívnych poskytovateľov, avšak podiel výdavkov na lôžkovú starostlivosť bude zrejme veľmi mierne rásť aj ako dôsledok nutnej rekapitalizácie (vysoký vnútorný dlh nemocníc), ale aj ako dôsledok mzdového tlaku – ten však môže byť čiastočne

Preskupenie výdavkov bude znamenať posilnenie váhy všetkých segmentov zdravotného trhu s výnimkou liekov a ŠZM, ktorý stratí až 7,5 % svojej váhy. Najväčšími beneficiarmi bude ambulantná starostlivosť (+ 3,7 %) a lôžková starostlivosť (+ 2,4 %). Mierne sa posilní pozícia záchraniek (na konečných 2,9 %) a stabilná počas celého obdobia zostáva pozícia SVaLZov (Tabuľka 18).

Najvyššiu dynamiku rastu zaznamenajú výdavky na ambulantnú a lôžkovú starostlivosť najmä v roku 2007, ale až do roku 2010 ich dynamika rastu predbieha dynamiku rastu celkových výdavkov. Naopak, po dvojcifernom raste výdavkov na lieky a ŠZM v rokoch zo začiatku storočia, budú výdavky na lieky dosahovať jednociferný rast, ktorý sa postupne spomaľuje z 5,8% na 1,5% (Tabuľka 19).

Definovaním vývoja jednotlivých segmentov sú postavené základné rámce pre jednotlivé typy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Druhou, veľmi dôležitou dimenziou bude vývoj v samotných segmentoch, kde o rozdelenie zdrojov budú bojovať poskytovatelia medzi sebou. Tento boj sa najviac zostrí v lôžkovej a ambulantnej starostlivosti. Zvýšenie platby štátu do systému zdravotníctva a jej použitie predovšetkým na posilnenie ambulantnej

Tabuľka 17: Odhadovaná štruktúra výdavkov na zdravotníctvo – prehľad v mld. Sk

Výdavky v mld. Sk	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A: Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní	71,0	76,9	88,7	94,3	100,1	105,7
B: Výdavky na lieky a ŠZM	24,0	25,4	26,3	26,9	27,4	27,8
C: Výdavky na lôžkovú starostlivosť	20,7	22,4	26,9	29,1	31,2	33,3
D: Výdavky na ambulantnú starostlivosť	13,2	14,2	18,4	19,9	21,7	23,5
E: Výdavky na SVLZ	6,1	6,5	7,5	8,1	8,7	9,3
F: Marža	5,0	5,4	6,2	6,6	7,0	7,4
G: Iné výdavky	2,0	3,0	3,4	3,7	4,1	4,4

Zdroj: prognóza Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 18: Odhadovaná štruktúra výdavkov na zdravotníctvo - prehľad v % z celkových zdrojov

Výdavky ako % z celkových zdrojov	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010-2005
A: Disponibilné zdroje zdrav. poisťovní	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%
B: Výdavky na lieky a ŠZM	33,8%	33,0%	29,6%	28,5%	27,4%	26,3%	-7,5%
C: Výdavky na lôžkovú starostlivosť	29,1%	29,1%	30,3%	30,9%	31,2%	31,5%	2,4%
D: Výdavky na ambulantnú starostlivosť	18,6%	18,5%	20,7%	21,1%	21,7%	22,2%	3,7%
E: Výdavky na SVLZ	8,6%	8,5%	8,5%	8,6%	8,7%	8,8%	0,2%
F: Marža	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	0,0%
G: Iné výdavky	2,9%	3,9%	3,8%	4,0%	4,1%	4,1%	1,3%

Zdroj: prognóza Health Policy Institute, 2006

a lôžkovej starostlivosti musí byť sprevádzané zvýšením efektívnosti oboch segmentov a nie udržiavaním neefektívnych investícií. Aby vložené zdroje slúžili v čo v najväčšej miere poistencom, je nutné súčasne vykonať čistenie trhu poskytovateľov na základe novo definovanej minimálnej siete.

Nákupná stratégia zdravotných poisťovní bude zohľadňovať zmeny v zdravotnom stave obyvateľstva, vývoj nových diagnostických a liečebných postupov a aktívne podporovať vznik efektívnej siete poskytovateľov pri rešpektovaní minimálnej siete definovanej MZ SR. Efektívna sieť poskytovateľov vznikne v dvoch fázach:

1. **Štruktúrálna fáza** – poskytovatelia budú kontrahovaní na základe (1) fyzickej dostupnosti a (2) štruktúrnych parametrov kvality – ľudské zdroje, prístrojové vybavenie, stav aktív (morálne opotrebenie), či počet pacientov. Táto fáza by mala prebiehať v roku 2006 a skončiť do konca roku 2007. Kontrakty na rok 2008 by sa mali robiť už len s vybranými poskytovateľmi. Jej výsledkom bude **zníženie počtu zmluvných poskytovateľov**.

2. **Kvalitatívna fáza** – poskytovatelia budú kontrahovaní na základe (1) zavedenia a prevádzkovania systému kvality, (2) indikátorov kvality a (3) nákladovej efektívnosti (ako benchmark bude stanovená cenová hladina nákladových vodcov). Úspešné ukončenie štruktúrálnej fázy bude vytvárať priaznivé podmienky pre posúdenie marže poskytovateľov na krytie nákladov súvisiacich so zavedením a prevádzkovaním systémov kvality, ako aj nákladov nevyhnutných na dosahovanie žiadanej hladiny indikátorov kvality. Táto fáza by mala trvať do konca roka 2010 a jej výsledkom bude výrazne vyššia miera špecializácie poskytovateľov na určité výkony a diagnózy. Súčasťou tejto fázy by mala byť dohoda zdravotných poisťovní a poskytovateľov na základných princípoch nového platobného mechanizmu v akútnej lôžkovej starostlivosti - DRG, ktorý lepšie postihuje špeciálne prípady a lepšie odmeňuje excelentnosť ako súčasný systém „širokopásmového DRG“.

Tabuľka 19: Odhadovaná štruktúra výdavkov na zdravotníctvo - dynamika medziročného rastu v %

Výdavky - medziročný nárast v %	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A: Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní		8,2%	15,5%	6,3%	6,1%	5,6%
B: Výdavky na lieky a ŠZM		5,8%	3,5%	2,3%	1,9%	1,5%
C: Výdavky na lôžkovú starostlivosť		8,2%	20,1%	8,2%	7,2%	6,7%
D: Výdavky na ambulantnú starostlivosť		7,6%	29,6%	8,2%	9,0%	8,3%
E: Výdavky na SVLZ		6,6%	15,4%	8,0%	7,4%	6,9%
F: Marža		8,2%	15,5%	6,3%	6,1%	5,6%
G: Iné výdavky		90,0%	-10,5%	8,8%	10,8%	7,3%

Zdroj: prognóza Health Policy Institute, 2006

## 7. ORGANIZÁCIA

Cielom tejto časti je určiť organizáciu systému z hľadiska:

- právnej formy zdravotných poisťovní a poskytovateľov lôžkovej starostlivosti
- vlastníckych vzťahov zdravotných poisťovní a poskytovateľov lôžkovej starostlivosti

Zmena zdravotných poisťovní z verejnoprávnych inštitúcií (a tzv. rezortných poisťovní) na akciové spoločnosti významným spôsobom pozitívne ovplyvnila stabilitu sektora. Na rozdiel od verejnoprávnych inštitúcií sú akciové spoločnosti ustálenou a neustále sa zdokonaľujúcou právnou formou. Na trhu zdravotných poisťovní sú v súčasnosti z hľadiska vlastníctva 2 štátne a 5 súkromných poisťovní.

Podobne je želané dokončenie transformácie štátnych poskytovateľov lôžkovej starostlivosti na štandardné akciové spoločnosti, pričom rešpektujeme súčasný stav, v ktorom na Slovensku existuje viacero právnych foriem s pluralitou vlastníkov.

Za kľúčovú úlohu modernej zdravotnej politiky pritom považujeme vytváranie motivačného prostredia, v ktorom:

- platia tvrdé rozpočtové obmedzenia
- subjekty rešpektujú pravidlá corporate governance
- fungujú štandardné ekonomické pravidlá
- neexistuje diskriminácia na základe právnej formy, pričom za najvhodnejšiu formu pre zdravotné poisťovne ako aj nemocnice považujeme formu akciovej spoločnosti
- neexistuje diskriminácia na základe vlastníckych vzťahov, pričom najzodpovednejším vlastníkom je súkromný sektor

### 7.1 Legislatívne ukotvenie

Akciová spoločnosť je podnikateľský subjekt s transparentnou a osvedčenou právnou úpravou a s malou možnosťou zákonodarcu robiť nesystémové odchýlky od zaužívaných štandardov, upravujúcich účtovníctvo, audit či vnútornú organizáciu.

Právny základ zdravotných poisťovní dnes určuje Obchodný zákonník (lex generalis), pričom tie ustanovenia, ktoré sú odlišné od Obchodného zákonníka, upravuje zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou poisťovňou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (lex specialis).

Nezisková organizácia je mladou a nedostatočne odladenou právnou formou, v ktorej chýba jasná kontrola zo strany vlastníka vloženého a vytvoreného kapitálu. Neziskovosť môže byť konfrontovaná s možným nekalým optimalizovaním osobného zisku osôb, podieľajúcich sa na správe a činnosti neziskovky.

Verejnoprávna inštitúcia ako druh právnickej osoby nemá v slovenskom právnom systéme legálnu definíciu. Nie je teda možné vytvoriť na základe zákonom stanovených podmienok právnickú osobu, o ktorej by zriaďovateľ prehlásil, že ide o verejnoprávnu inštitúciu. Na Slovensku fungujúce verejnoprávne inštitúcie boli vytvorené osobitnými zákonmi a predstavovali akúsi „zvyškovú“ kategóriu subjektov verejnej správy.

### 7.2 Prehľadné vlastnicke vzťahy

V akciovej spoločnosti sú prehľadne definované a skontrolovateľné vlastnicke vzťahy. Navyše, kľúčovú úlohu zohráva kapitál, ktorý jasne identifikovateľný vlastník do akciovej spoločnosti vložil, čo posúva vlastníka do pozície **zodpovedného vlastníka** (Rámček 9).

Verejnoprávne inštitúcie sú v tomto výrazne komplikovanejšie. Verejnoprávne inštitúcie a neziskové organizácie nepatria štátu ani súkromníkom, nepatria oficiálne nikomu. Navyše, podľa zákona č. 273/1994 Z. z. boli „klasickou“ verejnoprávnou inštitúciou len VŠZP a SZP.

Ostatné, tzv. „rezortné poisťovne“ boli založené dobrovoľne, a dobrovoľne prevzali oprávnenie vykonávať zdravotné poistenie, a preto sa skôr podobajú verejne prospešným právnickým osobám neziskového sektora. I keď vznikli ako súkromné právnické osoby, rezortné poisťovne sa objektívne pohybovali kdesi na pomedzí verejného a súkromného sektora.

Navyše, štát do riadiacich pozícií často namiesto odborných nominácií preferuje politické nominácie. A keďže politické nominácie sú vždy len na krátky časový úsek, pričom štát ako vlastník nemá jasnú dlhodobú víziu, nominanti uprednostňujú krátkodobý ošoh pred dlhodobými cieľmi organizácie. Štát zároveň nezodpovedným štátnym manažérom dlhodobo

#### Rámček 9: Otázka zodpovedného vlastníka

Nejsložitější je nalezení odpovědných vlastníků pro nemocnice a v žádné ze zemí CEE se to zatím nepodařilo. **Historicky měly nemocnice převážně formu neziskových institucí**, ať již byly spravovány církvemi, univerzitami nebo nejrůznějšími spolky, **a protože tato forma vlastnictví nemocnic převládá ve státech EU i v současnosti, je nejsilněji slyšet volání po obnově původního stavu.** Praktická realizace této poptávky ale naráží na zásadní problémy spojené s omezeným dopadem restitucí a změnou vnitřního i vnějšího prostředí nemocnic. Jen malý počet dnes existujících nemocnic se dá vrátit původním vlastníkům, spolky byly zrušeny, univerzity změněny a mnohé nemocnice se nově postavily.

Bez větších komplikací se daří vracet nemocnice církvím a v ojedinělých případech, kdy se jedná obvykle o malá sanatoria či kliniky, i původním individuálním majitelům nebo jejich dědicům. **Zbývající většina nemocnic představuje ekonomický i politický problém. Prostá proměna nemocnic ze státních na nestátní neziskové subjekty se při praktické realizaci ukázala jako vysoce riziková.** Přestože je zřejmé, že stát je špatným správcem svého majetku, je přece jen schopen zasáhnout ve chvíli, kdy je tímto majetkem nápadně špatně zacházeno. Na rozdíl od neziskových organizací vznikajících na základě občanské iniciativy, které nabývají majetku postupně a spravovaných lidmi, kteří s nimi spojili své společenské postavení, dochází při přeměně státní nemocnice v neziskovou organizaci k přesunu nemalého majetku **do rukou skupiny lidí bez historie. Tito noví správci nemocnic získají kontrolu nad nemocnicí bez vložených vlastních prostředků a bez přímé zainteresovanosti na výsledcích nemocnice.** Ve světle zkušeností z jiných oblastí, kde majetky v rukou správců roztály, **není tato forma odstátnění vhodná.** Také převod nemocnice z vlastnictví státu do rukou na regionální nebo městské samosprávy kvalitu správy nemocnice nezlepší, ale představuje mezikrok k další proměně nemocnice.

Jak již bylo v úvodu kapitoly zmíněno, je v zemích CEE nadbytek akutních lůžek, které mají navíc nevhodnou strukturu. **Pro kariéru politika je rušení nemocnice tím nejméně příhodným krokem**, proto v našich zemích průběžně vznikají programy jak restrukturalizovat síť nemocnic, aby v dalším kroku byly zase zapomenuty. Právě nadbytek nemocnic a jejich přetrvávající přístup většiny z nich k dotacím z veřejných rozpočtů je hlavním důvodem, proč se soukromý kapitál do koupí našich nemocnic nehrne. Výše rizika spojená s návratností investice do získání lůžkového zařízení povede pravděpodobně, jak můžeme být v současné době svědky, k dvoukolovému převzetí nemocnice. V prvním kole vstupuje soukromý subjekt do řízení nemocnice, jejíž movitý majetek zůstává ve vlastnictví města či kraje, jako její provozovatel. Pokud je úspěšný, má šanci získat v druhém kole úvěr na pořízení celé nemovitosti, pokud ne, může se dosavadní vlastník nemovitosti poohlédnout po jiném provozovateli. V roce 2003 bylo v České republice 10% lůžkového fondu v soukromých rukou. Na rozdíl od deficitního hospodaření státních, krajských a městských nemocnic, není žádná ze soukromých nemocnic ve ztrátě. **Nemocnice je podnik jako každý jiný a její řízení by tomu mělo odpovídat.**

Zdroj: Úvodná kapitola z knihy "The Health Care Management Handbook", Georgetown University 2004, Autori: MUDr. Pavel Vepřek, Tým DG plus, s.r.o.

a účelovo vytváral „barličky“ v podobe mäkkých rozpočtových obmedzení. V takýchto „mäkkých“ podmienkach sa z ekonomického hľadiska rodia neefektívne rozhodnutia, často podporené korupčným prostredím.

Zároveň štát dlhodobo zanedbal úlohu dobrého a zodpovedného vlastníka, lebo cez rast vnútorného a vonkajšieho dlhu umožňoval úpadok svojich aktív v nemocniciach a ich neefektívne využitie. Preto na posudzovanie efektívnosti zdravotníctva nie je rozhodujúci len objem zdrojov v zdravotníctve, ale aj úroveň a kvalita manažmentu.

Ak štát nie je ochotný princípy corporate governance rešpektovať, mal by sa definitívne vzdať svojho vlastníckeho práva a prenechať vlastníctvo nemocníc a zdravotných poisťovní výlučne súkromnému sektoru.

Na rozdiel od štátu súkromný vlastník netoleruje pokles hodnoty majetku, preferuje spokojnosť klienta, efektívne riadenie a dlhodobú udržateľnosť firmy. Zamestnáva profesionálny manažment, jeho investičné rozhodnutia sú premyslené a sledujú stanovenú dlhodobú víziu – a tá motivuje nielen top manažment, ale aj zamestnancov.

### 7.3 Corporate governance

Rešpektovanie princípov corporate governance a dobrovoľná oddanosť predstavenstva, dozornej rady a účtovnej firmy k týmto princípom (Rámček 10) sú kriticky dôležité pre úspešné fungovanie moderných organizácií a pre integritu trhového mechanizmu, pričom žiadny zákon, ani regulácia sama osebe, nemôžu byť ich náhradou.

Pokiaľ ide o verejnoprávne inštitúcie, proti organizačnej podobe, akú v minulosti mali VŠZP a SZP, treba namietnuť, že je veľmi diskutabilné, či majú odbory, zamestnávateľia alebo iné celoštátne dobrovoľné organizácie legitímne právo navrhovať akýchkoľvek zástupcov do orgánov verejnej zdravotnej poisťovne. Slovenská republika nie je stavovský štát, a určovanie zástupcov verejnosti na korporatívnom princípe je neuznaním záujmov iných skupín občanov, ktorých tieto lobistické združenia nereprezentujú.

Navyše, vo verejnoprávných a rezortných poisťovniach v minulosti zlyhávali základné princípy corporate governance. Na príliš veľkom fóre zástupcov rôznych skupín - správnej rade, ktorých delegovalo príliš veľa voliteľov (mandantov), sa totiž strácala spätná väzba

#### Rámček 10: Princípy corporate governance

1. Kľúčovou úlohou akcionárov je výber eticky zrelého a odborne kompetentného predstavenstva.
2. Kľúčovou úlohou dozornej rady je z poverenia akcionárov dohliadať na predstavenstvo pri riadení spoločnosti.
3. Zodpovednosťou predstavenstva je riadiť spoločnosť efektívne, eticky a s cieľom produkovať hodnoty pre akcionárov. Predstavenstvo nikdy nemôže postaviť osobné otázky zoči-voči alebo v konflikte so záujmami spoločnosti!
4. Zodpovednosťou predstavenstva pod dohľadom dozornej rady je:
  - a) predkladať finančné výkazy, ktoré spravodlivo odzrkadľujú finančný stav a výsledky operácií spoločnosti a
  - b) pripravovať pravidelné informácie pre akcionárov na vyhodnotenie finančného a obchodného zdravia, ako aj rizík spoločnosti.
5. Zodpovednosťou dozornej rady je:
  - a) najatť nezávislú účtovnú spoločnosť na vykonanie auditu finančných výkazov pripravených predstavenstvom a
  - b) zverejniť názor na tieto výkazy na základe všeobecne akceptovaných účtovných štandardov.
6. Zodpovednosťou nezávislej účtovnej firmy je informovať dozornú radu o akýchkoľvek obavách o:
  - a) primeranosti alebo kvalite významných účtovných operácií a obchodných transakcií, ktoré ovplyvňujú bezúhonnú prezentáciu finančnej kondície spoločnosti,
  - b) slabinách interného kontrolného systému.
7. Spoločnosť má zodpovednosť jednať so svojimi zamestnancami poctivo a spravodlivo.

Zdroj: Health Policy Institute, 2005 podľa „Principles of Corporate Governance“, A White Paper from The Business Roundtable, © May 2002



medzi mandatárom (členom voleného orgánu) a mandantom a potom sa tam často mohli realizovať osoby, ktoré konali vo vlastnom záujme a nie v záujme mandantov. Navyše, členovia správnych rád verejnoprávnych zdravotných poisťovní nenesli žiadnu právnu zodpovednosť za finančné výsledky organizácie.

Podobne, aktuálna vnútroorganizačná schéma neziskovky len podporuje nezodpovednosť v jej riadení, neodvolateľnosť členov správnej rady, samovymenúvanie členov správnej rady správnou radou, obmedzené postavenie dozornej rady (kontroluje správnu radu, ktorá dozornú radu vymenúva a odvoláva). Tieto argumenty nie sú veľmi lákavé perspektívy pre organizačnú formu zdravotnej poisťovne a nemocnice.

Okrem toho aj motivácia osôb, ktoré by sa na rôznych úrovniach podieľali na riadení neziskovej inštitúcie, môže byť rôzna: buď čistá filantropia, alebo presadzovanie určitých legitímnych partikulárnych záujmov – lokálni politici pre obec, zamestnávateľa pre zamestnancov - poistencov, alebo vlastné záujmy.

Na Slovensku stále fungujú mnohé neduhy krajiny v tranzitívnom období – filantropia nemá ten priestor, ktorý by mohla mať a stále sa rodiaca občianska spoločnosť nemá potrebu niesť viac zodpovednosti za veci spoločného záujmu, ktoré by mohla cez neziskové inštitúcie presadzovať. Preto je scestné umelo vytvárať, cestou zhora, v podstate filantropické organizácie ako neziskové poisťovne a ponúkať ich nádejným „filantropom“ do správy, a to zadarmo a bez toho, aby sa títo filantropi zaslúžili o vybudovanie organizácií, ktoré im budú zverené. Takéto inštitúcie môžu ako alternatíva existovať, ale musia sa tvoriť spontánne, zdola. A aj pre ne je vhodnou právnou formou akciová spoločnosť, ktorú môžu vlastníť obce, odborové zväzy, univerzity, nadácie.

#### 7.4 Tvrdé rozpočtové obmedzenia

Najväčšou slabinou konštrukcie verejnoprávnych organizácií, okrem nevyhovujúcej legislatívnej kotvy, sú mäkké rozpočtové obmedzenia a z nich vyplývajúce suboptimálne motivácie a riziká pre stabilitu verejných financií.

V tzv. verejnoprávnych zdravotných poisťovniach (ktoré tu fungovali až do roku 2005, kým sa netransformovali akciové spoločnosti) boli priamo v zákone zakódované mäkké rozpočtové obmedzenia. Podľa § 28 ods. 4 dnes už zrušeného zákona č. 273/1994 Z. z. sa „štát podieľa na zabezpečení platobnej schopnosti všeobecnej poisťovne poskytnutím návratnej finančnej výpomoci, a to do výšky 100 % jej platobnej neschopnosti.“

Navyše, bývalý § 29 rozširoval možnosť poskytnúť toto privilégium aj na ostatné zdravotné poisťovne: „Štát sa môže podieľať na zabezpečení platobnej schopnosti poisťovní uvedených v odseku 1 poskytnutím návratnej finančnej výpomoci na základe rozhodnutia vlády Slovenskej republiky.“

Celý systém zdravotníctva sa tak až do prijatia reformných zákonov v roku 2004 oproti tzv. normálnym odvetviam pohyboval v mäkkom rozpočtovom obmedzení. To sa vyznačovalo udeľovaním výnimiek zo strany štátu aj v takých prípadoch, keď boli zjavne narušené zákony, či v niektorých prípadoch dokonca aj Ústava. Medzi najvypuklejšie prípady mäkkého rozpočtového obmedzenia môžeme uviesť:

- Zdravotné poisťovne neznášali žiadne finančné riziko
- Zdravotným poisťovniam boli sústavne poskytované návratné finančné výpomoci
- Neustále oddlžovanie zdravotných poisťovní (a lôžkových zariadení)
- Udeľovanie výnimiek z exekúcií a konkurzov
- Účelové a selektívne poskytovanie dotácií
- Nevynucovanie zaužívaných účtovných štandardov, postupov a nezávislého externého auditu

Zdravotné poisťovne ako verejnoprávne organizácie sa v prostredí mäkkých rozpočtových pravidiel správali veľmi pasívne, pričom dôsledkom pasivity bola výrazná neefektívnosť zdravotného systému. Neplnili svoju základnú úlohu, ktorou bolo aktívne nakupovanie efektívnych zdravotných služieb v mene poistencov. Nezájem o vlastný hospodársky výsledok nemotivoval zdravotné poisťovne k vyvíjaniu dostatočného tlaku na efektívnejšie hospodárenie poskytovateľov, čo by sa následne logicky odrazilo na štruktúre poskytovateľov, zodpovedajúcej reálnym potrebám poistencov. Podľa komparatívnej štúdie porovnávajúcej krajiny OECD bola efektívnosť slovenského zdravotníctva v roku 2002 na úrovni 61,2 %.<sup>8)</sup>

Zdravotné poisťovne ako verejnoprávne inštitúcie plnili len redistribučnú funkciu, čiže plošne alokovali vyzbierané finančné prostriedky bez strategického plánu nákupu. Financovali existenciu všetkých zdravotníckych zariadení bez ohľadu na ich potrebnosť, kvalitu a efektívnosť ich produkcie. Neboli to skutoční nákupcovia služieb, nerozhodovali dostatočne o štruktúre výdavkov, nenakupovali efektívne zdravotné plány, neznášali tzv. podnikateľské riziko (hrozba zániku) a nepodliehali nezávislej kontrole a externému finančnému auditu.

---

8) Osterkamp, R.: Is There a Hold-up of Health-care Reforms in Europe, Ifo Institute Munchen, 2004.

### 7.5 Zhrnutie

Na viacerých miestach je jasne demonštrovaná výhodnosť využitia režimu obchodného práva, resp. akciových spoločností v spojitosti s ďalšími ustanoveniami, či už Obchodného zákonníka, alebo zákonov upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti, alebo zdravotného poistenia. Akciová spoločnosť je ustálená právna forma s dobre definovanými parametrami, orgánmi a zodpovednosťou:

1. s transparentnými vlastníckymi vzťahmi
2. s prehľadnými a štandardnými riadiacimi orgánmi
3. s povinne vytvoreným útvarom vnútornej kontroly
5. s účtovníctvom a vedením dokumentácie stanoveným zákonom
6. za škodu (zdravotnej poisťovne ako právnickej osoby, ale aj jej štatutárnych orgánov) podľa Obchodného zákonníka
7. s povinným externým auditom
8. s pravidelným reportingom pre MF, MZ a Úrad pre dohľad

Nedokonalosť právneho režimu neziskových organizácií (nehovoriac o verejnoprávnych, kde ide v podstate o subjekty sui generis) vo viacerých oblastiach dávajú dôvod na väčšie obavy z reálneho fungovania v zdravotníctve, ako je tomu v prípade akciových spoločností. Okrem iného aj preto, že obchodné právo a právna úprava akciových spoločností sa u nás aj v zahraničí už dlhú dobu vyvíja a zdokonaľuje, čo umožnilo postihnúť množstvo situácií a prípadov, ktoré viedli k neistote, resp. nedôvere pri použití takejto právnej formy.

V systéme verejnoprávnych zdravotných poisťovní a ani v systéme neziskových organizácií nie je možné zaviesť tvrdé rozpočtové obmedzenia, ktoré by garantovali rovnosť šancí, dlhodobé finančné zdravie zdravotných poisťovní, prehľadnosť vzťahov, splnenie vyrovnaného hospodárenia a následne dodržanie deficitov verejných financií stanovených Maastrichtskými kritériami.

Môžeme konštatovať, že forma akciovej spoločnosti je pre daný účel (nemocnice, zdravotné poisťovne) oveľa vhodnejšia ako model neziskových organizácií a verejnoprávnych inštitúcií. Samotné zablokovanie spôsobu využitia zisku v neziskových organizáciách (len na daný účel), či určenia správneho fondu (vo verejnoprávnych organizáciách) ešte nie je zárukou, že takto budú subjekty fungovať kvalitatívnejšie a transparentnejšie.

Navyše, konštrukcia neziskových organizácií bola zameraná na poskytovanie služieb a jednoznačne nemá vhodné parametre a zábezpeky na rozsiahle peňažné operácie, ktoré sa dnes v zdravotných poisťovniach vykonávajú. A okrem toho, ak by mali byť neziskové organizácie využité efektívne na tento účel, ich právna úprava by potrebovala také rozsiahle zmeny, že po nich by sa len ťažko dalo hovoriť o neziskových organizáciách v dnešnom ponímaní.

Pre zdravé fungovanie zdravotného systému je oveľa štandardnejšie v špeciálnom zákone stanoviť presné podmienky fungovania zdravotných poisťovní ako akciových spoločností spolu s dohľadom a nevyhnutnými reguláciami, ako vytvárať špeciálne právne formy (verejnoprávna organizácia), prípadne nevhodné formy (neziskové organizácie) bez jasných kompetencií, vzťahov, účtovníctva, auditu a štandardných pravidiel, ktoré budú naďalej fungovať v mäkkých rozpočtových obmedzeniach.

**Zabezpečenie „neziskovosti“ štátom vlastných zdravotných poisťovní sa dá jednoducho vykonať prijatím stanov (alebo mierne komplikovanejšie ustanoveniami priamo v zákone), ktoré jasne definujú pravidlá rozdelenia zisku – v tomto prípade ustanoviť použitie celého zisku na nákup moderných zdravotníckych technológií či nákup zdravotnej starostlivosti.**

## 7.5.1 Zdravotné poisťovne

Bývalé právne postavenie umožňovalo zdravotným poisťovňam oveľa viac dbať na potreby inštitúcií ako na potreby poistencov. Zmena na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými pravidlami, transparentným vlastníckymi a manažérskymi vzťahmi, štandardným účtovníctvom a externým auditom vedie ku skutočnému posilneniu záujmov poistencov a oveľa vyššej zodpovednosti zdravotných poisťovní voči svojim klientom.

Zdravotné poisťovne sa pohybujú v tvrdých rozpočtových obmedzeniach, so štandardným účtovníctvom (s povinnosťou tvorby rezerv na poistencov, ktorí sú zaradení na čakací zoznam) a povinnosťou nezávislého externého auditu. Zavadza sa plnenie platobnej schopnosti ako významného inštitútu pre sledovanie finančného zdravia poisťovní.

Zároveň Úrad pre dohľad vydáva povolenia a vykonáva dohľad nad zdravotným poistením, pričom má významné nástroje na reguláciu odvetvia a prípadné korekčné opatrenia (vstup do odvetvia a výstup z odvetvia, pokuty, povinnosť zdravotnej poisťovne vypracovať ozdravný plán, zavedenie nútenej správy, prevod poisťovne kmeňa, až po zrušenie povolenia a pod.), ak by niektorá zo zdravotných poisťovní vybočovala zo zákonného rámca.

Je mimoriadne dôležité, aby všetky zdravotné poisťovne mali aj v budúcnosti **zhodnú právnu formu** (akciová spoločnosť) a aby všetky poisťovne mali **rovnaké podmienky na trhu**. Nebudú sa tak opakovať systémové chyby z minulosti. Ak má štát záujem vlastniť zdravotnú poisťovňu, je to jeho strategické rozhodnutie, pričom je mimoriadne nebezpečné, ak by štátna zdravotná poisťovňa mala fungovať v inom právnom režime ako ostatné zdravotné poisťovne. Ak má však veci poisťovne spravovať štát, resp. ním nominovaní zástupcovia, považujeme za transparentnejšie, zodpovednejšie a vhodnejšie, aby to robil **prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti a aby sa nevytvárala osobitná štátna organizácia na tento účel**.

**Návrat zdravotných poisťovní k verejnoprávnym organizáciám by znamenal pokles solventnosti, zníženie finančnej disciplíny a neustále zadlžovanie a prenášanie rizík na verejné financie.**

## 7.5.2 Nemocnice

Nemocnice by sa mali postupne transformovať na akciové spoločnosti, a to prípadne aj s medzistupňom – ich odštátňením a presunom zriaďovateľských práv na lokálne samosprávy (obce, VÚC – čo sa už udialo).

Akciová spoločnosť je totiž osvedčená, odskúšaná právna forma, s podrobnými vnútornými pravidlami, ktorých výklad je právnou praxou vrátane súdov ustálený a predvídateľný, čo prispieva k právnej istote všetkých osôb zainteresovaných na činnosti akciovej spoločnosti. Akciová spoločnosť je subjekt s prehľadným systémom riadenia, ide zároveň o právnu formu, kde je najmenší priestor pre zákonodarcu „vymýšľať“ odchýlky od štandardov platných pre iné podnikateľské subjekty, pokiaľ ide o corporate governance, účtovníctvo, audit, štátnu pomoc (aj kvôli harmonizácii, resp. priamej úprave na úrovni ES/EÚ – najmä množstvo smerníc týkajúcich sa akciových, resp. kapitálových spoločností).

Zmenou právnej formy na akciovky sa zároveň sa vytvára predstupeň pre možnú privatizáciu, prípadne kapitálový vstup do nemocníc, ak tak vláda politicky rozhodne. Nezisková organizácia alebo nejasná právna forma verejnoprávnej inštitúcie (i keď sa u poskytovateľov s takouto formou neuvažuje) alebo doterajšia forma štátnej príspevkovej organizácie sú právne formy, ktoré nie sú vhodné nielen pre „mäkké rozpočtové obmedzenia“, neprehľadné účtovníctvo a nedokonalé riadenie, ale aj pre vytváranie priestoru v neziskových organizáciách pre „realizáciu“ ľudí „bez histórie“ a bez jasnej zodpovednosti k majetku, ktorý spravujú.

Aj bez citovania jednotlivých konkrétnych ustanovení Obchodného zákonníka, resp. zákona o neziskových organizáciách, je možné povedať, že úprava fungovania akciových spoločností je omnoho prepracovanejšia a podrobnejšia a myslí na mnohé situácie, ktoré nie sú v prípade neziskových organizácií upravené (Rámček 11).

**Rámček 11: Riziká neziskových organizácií**

1. Nezisková organizácia je novotvar, zákonodarca si s ním môže - v úvodzovkách - robiť čo chce, môže ho namodelovať na obraz konkrétnym podmienkam fungovania zdravotnej poisťovne a nemocnice.
2. U neziskovej organizácie je riziko zlyhání právnej úpravy pre jej „nevyskúšanosť“ a stručnosť.
3. Vzťahy zodpovednosti medzi orgánmi a členmi (zakladateľmi) neziskovej organizácie budú vždy ovplyvnené absenciou majetkových práv vlastníka kapitálu vneseného do n.o. – zakladateľ nebude mať príslušné majetkové práva (napr. podiel na zisku).
4. V neziskovej organizácii je riziko zlyhávania kontrolných mechanizmov a následného hospodárenia manažmentu bez riadnej zodpovednosti za výsledky; nezisková organizácia zrejme nikdy nebude mať štandardnú štruktúru riadenia, čo je dané tým, že dáva priestor pre účasť na riadení zamestnancom, lokálnej elite a pod., teda osobám, ktoré do organizácie priniesli svoje záujmy a zámery, ale nie svoj majetok.
5. Kým obchodné spoločnosti priznajú a rozdelia zisk, nezisková organizácia ho ani nevykáže, lebo vygeneruje vyššie náklady, obsahujúce osobné benefity „zriaďovateľov“.

Zdroj: *Health Policy Institute, 2006*

## 8. REGULÁCIA

Cielom tejto časti je poukázať na fakt, že v modernej zdravotnej politike má štát zohrávať úlohu efektívneho regulátora a nie vlastníka poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a vykonávateľa zdravotného poistenia.

Pozícia efektívneho regulátora spočíva v dosiahnutí tých cieľov, na ktoré trh nemusí dať uspokojivú spoločenskú odpoveď:

1. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti – cez stanovenie minimálnej siete poskytovateľov, ktorých služby musí zdravotná poisťovňa pre svojich poistencov zmluvne zabezpečiť
2. Spoločenskú (a finančnú) dostupnosť výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín – najmä cez kategorizáciu
3. Primeranosť cien u výrobkov a služieb, ktoré z rôznych dôvodov (napr. zabezpečenie záchranej služby aj v odľahlých oblastiach) nepodliehajú bežnej trhovej konkurencii
4. Zabezpečenie primeranej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti – cez systémy kvality a výkonom dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (funkcia Úradu pre dohľad)
5. Zabezpečenie primeranej bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti – cez vytváranie guidelineov, protokolov a katalógov

### 8.1 Stanovenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Minimálna sieť je podľa § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. „*usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na*

- a) *počet obyvateľov príslušného územia vrátane novej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,*
- b) *chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia,*
- c) *migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území,*
- d) *bezpečnosť štátu.“*

Verejnou sieťou poskytovateľov podľa § 6 toho istého zákona potom rozumieme všetkých verejne dostupných poskytovateľov, „*ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“*

Pojem *minimálna sieť* je teda definovaný ako abstraktný pojem, nie pojem v priamom vzťahu ku konkrétnemu poskytovateľovi. Norma neurčuje, *s kým* má poisťovňa uzatvoriť zmluvu, ale *koľko* musí takých zmlúv uzatvoriť.

Zdravotná poisťovňa môže uzavrieť zmluvu s poskytovateľmi aj nad rámec ustanovenej minimálnej siete v prípade, že je to z pohľadu potrieb jej poistencov opodstatnené a finančné zdroje jej to umožňujú.

Minimálna sieť je v súčasnosti ustanovená nariadením vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z. Toto nariadenie vlády obsahuje viaceré zásadné technické i logické nedostatky, vzhľadom na ktoré je prakticky nevykonateľné. Zdravotné poisťovne nariadenie o minimálnej sieti objektívne nemôžu dodržať. Bez jeho opravy nemá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najdôležitejší nástroj na kontrolu dodržiavania povinnosti zdravotných poisťovní uzatvárať kontrakty s poskytovateľmi aspoň v rozsahu minimálnej siete.

Stanovenie minimálnej siete cez postele a lekárske miesta v samosprávnych krajoch nevypovedá o fyzickej dostupnosti poskytovateľov z pohľadu pacientov, pričom fyzická dostupnosť je jedným z parametrov efektívnej dostupnosti.

Nový koncept minimálnej siete by mal rešpektovať dva parametre: geografickú dostupnosť a priepustnosť.

**Geografická dostupnosť** sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čím je zdravotná starostlivosť odkladnejšia, špecializovanejšia alebo náročnejšia z pohľadu kvality a zložitosti výkonu, tým môže byť geografická dostupnosť nižšia.

**Priepustnosť** ambulancií a nemocníc je daná priemernou dĺžkou trvania vyšetrenia resp. hospitalizácie pri správnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Minimálna sieť by pritom mala rešpektovať hustotu obyvateľstva a regionálne zdravotné potreby obyvateľov.

Minimálna sieť by mala byť tvorená pre nasledovné typy poskytovateľov:

- všeobecná ambulantná starostlivosť, gynekologická ambulantná starostlivosť a stomatologická ambulantná starostlivosť,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- špecializovanú ambulantnú starostlivosť podľa jednotlivých špecializácií,
- ústavná starostlivosť podľa jednotlivých špecializačných odborov,
- lekárenská starostlivosť.

## 8.2 Kategorizácia výkonov, liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín

Vzhľadom na potrebu zabezpečiť účinnú a sociálne dostupnú liečbu pre závažné ochorenia zo vzácných zdrojov v zdravotníctve, štát musí pomocou kategorizácie stanoviť priority alokácie dostupných zdrojov.

Do roku 2010 je potrebné vykonať nasledovné zmeny v procese kategorizácie liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín:

- vyradenie liečiv z kategorizácie, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami (signifikantne významný efekt na klinicky relevantné parametre v placebom kontrolovaných randomizovaných klinických štúdiách)
- nezaraďovanie liečiv do kategorizácie, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami
- úhrada kombinácií na úrovni súčtu úhrad účinných látok
- dokumentovanie rozhodnutí kategorizačných komisií odkazmi na EBM štúdie a farmako–ekonomické analýzy

V kategorizácii neprioritných diagnóz navrhujeme nasledovné kroky:

- zdefinovanie základného balíka hradených výkonov a diagnóz a výšky spoluúčasti pacientov na neprioritných diagnózach
- liečba diagnóz s jednoznačným zavinením pacientom bez úhrady (úrazy pri športe a pod.)
- liečba diagnóz bez medicínskej indikácie bez úhrady
- zdefinovanie finančnej hranice za medicínsky benefit – koľko zdrojov sme ochotní a schopní zaplatiť za QALY (to rozhodne o akceptácii nových liekov a technológií)

**8.3 Regulácia cien v zdravotníctve**

Regulácia cien v zdravotníctve štátom by sa mala obmedziť na reguláciu maximálnych cien liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín hrađených zo zdravotného poistenia alebo dodávaných do nemocničných zariadení spolu s reguláciou maximálnych obchodných prirážok distribútorov, lekární a výdajní zdravotníckych pomôcok.

Ceny zdravotných výkonov majú byť v zásade výsledkom cenových rokovaní medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami.

V oblasti regulácie cien navrhujeme do roku 2010 nasledovné kroky:

- zavedenie degresívnej marže obchodných výkonov pre distribučný a lekárenský výkon
- deregulácia cien a obchodných výkonov nehradených liekov, pomôcok a potravín

**8.4 Kontrahovanie kvality**

Na súťaži založené kontrahovanie je v slovenskom zdravotníctve novou a diskutovanou témou. V oblasti kontrahovania na základe kvality je pred nami ešte dlhá cesta a veľmi veľa priestoru na zlepšovanie. Napriek tomu daný smer považujeme za správny, lebo bude viesť k vyššej bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacienta.

Aby kontrahovanie na základe kvality mohlo byť implementované, je potrebné zabezpečiť nasledovné podmienky:

- univerzalita – súťaž je otvorená pre všetkých poskytovateľov
- štandardizácia – indikátory sú pravidelne zverejňované a zlepšované
- opakovateľnosť a kontinuita – indikátory sú pravidelne vyhodnocované a zverejňované
- spoločný postup – tvorba indikátorov, ich monitorovanie a vyhodnocovanie musí byť spoločným úsilím poisťovní, poskytovateľov, ministerstva a úradu pre dohľad

Jedným z kľúčových faktorov úspechu kontrahovania na základe kvality je prepojenie platobného mechanizmu na dlhodobé stratégie zlepšovanie kvality a koordinácia pri zavádzaní informačných systémov (autorizovaná komunikácia, eHealth, ePreskripcia). Zmyslom plnenia indikátorov kvality má byť neustále zlepšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a nie trestanie poskytovateľov.

Kontrahovanie kvality bude možné len v druhej, kvalitatívnej fáze, pričom dôležitou úlohou bude zohľadnenie možných pretrvávajúcich nerovnakých štruktúrnych podmienok u tých poskytovateľov, ktorí boli vybraní v prvej – štruktúrálnej fáze. Navyše, kontrahovanie kvality bude mať pomalý rozbeh, lebo neexistuje dostatočná história jednotlivých subjektov, ako ani dôveryhodné informácie o indikátoroch.



Kontrahovanie kvality je finančne náročné a dôležitým aspektom úspechu bude dostatočné finančné krytie. Na základe prognózy zdrojov a výdavkov existuje vysoká pravdepodobnosť, že takého finančné krytie bude zabezpečené:

- zvýšením celkových zdrojov zdravotných poisťovní (zvýšením platby štátu)
- znížením podielu liekov na celkových výdavkoch
- znížením počtu zmluvných poskytovateľov v prvej – štruktúrálnej – fáze kontrahovania

### 8.5 Vytváranie guidelineov, protokolov, katalógov

V súčasnosti na Slovensku neexistujú jednoznačné, prakticky aplikovateľné štandardné postupy na liečbu ochorení, čo vedie k výrazným rozdielom v preskripčnom správaní lekárov. Tieto rozdiely, ktoré často nie sú podložené dôkazmi o účinnosti a nákladovej efektívnosti, potom vedú k významným nákladovým rozdielom v liečbe toho istého ochorenia.

Pri vytváraní **odborných odporúčaní** (slovenský termín pre guidelines), protokolov a katalógov nepôjde iba o „nadirigované“ smernice zväzujúce poskytovateľov, ale o **pravidelne inovované metodické, klinické, diagnostické a terapeutické štandardy (lege artis postupy), ktoré by mali viesť k najefektívnejšiemu a ekonomicky najvhodnejšiemu skriningu, diagnostike, liečbe a manažmentu zdravotnej starostlivosti pacientov**. Stanovenie takýchto postupov umožňuje cielené nakupovanie dostupnej, kvalitnej, bezpečnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou pre svojich poistencov na jednej strane a ochranu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na strane druhej.

Pre zabezpečenie kvalitnej a efektívnej liečby je preto nevyhnutné vytvoriť guideliney a protokoly ako konsenzus medzi odborníkmi garantujúcimi účinnosť a bezpečnosť liečby a zdravotnými poisťovňami, zabezpečujúcimi nákladovú efektívnosť a finančné možnosti dostupných zdrojov v zdravotníctve.

Protokoly je potrebné vytvoriť v prvom rade na najčastejšie a najnákladnejšie ochorenia. Zároveň je potrebné stanoviť spôsob a frekvenciu revidovania vytvorených protokolov.

Do roku 2010 navrhujeme vytvorenie guidelineov a protokolov pre liečbu najnákladnejších a najčastejších ochorení a ich akceptovanie a používanie v praxi. Guideliney a protokoly umožňujú disease management, ktorý významne zlepšuje zdravotný stav pacienta, kvalitu i efektívnosť liečby, čo je možné podložiť aj zahraničnými dôkazmi.

Tabuľka 20: HDP na obyvateľa a podiel liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva

	HDP na obyvateľa v USD a parite kúpnej sily	Podiel liekov a ŠZM na celkových výdavkoch zdravotníctva
<b>SVK</b>	12 010	34,00%
TUR	5 280	31,60%
HU	13 431	30,70%
MEX	8 903	25,90%
POR	15 822	22,80%
ITA	26 345	22,30%
CZE	15 143	21,40%
FRA	26 879	21,00%
BEL	23 701	16,30%
CAN	28 811	16,20%
JAP	26 003	15,90%
COR	15 186	15,90%
UK	22 133	15,80%
FIN	26 438	15,70%
ICE	26 925	15,40%
NZ	18 178	14,40%
GER	26 199	14,30%
GRE	16 137	14,00%
SWE	26 052	13,50%
USA	35 182	12,40%
SUI	29 553	10,70%
IRE	30 002	10,30%
NL	29 391	10,10%
DEN	29 216	8,90%

Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data, 2003

Tabuľka 21: HDP na obyvateľa a podiel lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch zdravotníctva

	HDP na obyvateľa v USD a parite kúpnej sily	Podiel lôžkovej starostlivosti na celkových výdavkoch
NZ	18 178	59,10%
ICE	26 925	55,70%
DEN	29 216	53,30%
SWI	29 553	46,80%
NET	29 391	44,90%
FRA	26 879	41,60%
A	28 046	41,50%
SPA	21 294	41,30%
ITA	26 345	41,10%
MEX	8 903	39,90%
FIN	26 438	39,30%
JAP	26 003	37,90%
CZE	15 143	36,60%
GER	26 199	36,10%
BEL	23 701	35,00%
POR	15 822	33,40%
CAN	28 811	29,80%
TUR	5 280	29,80%
<b>SVK</b>	<b>12 010</b>	<b>29,00%</b>
HUN	13 431	27,70%
USA	35 182	27,60%
COR	15 186	26,50%

Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data, 2003

Tabuľka 22: HDP na obyvateľa a podiel ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch

	HDP na obyvateľa v USD a parite kúpnej sily	Podiel ambulantnej starostlivosti na celkových výdavkoch
TUR	5 280	64,10%
USA	35 182	44,80%
COR	15 186	42,10%
BEL	23 701	34,30%
JAP	26 003	33,70%
FIN	26 438	30,40%
A	28 046	30,00%
ITA	26 345	30,00%
CAN	28 811	29,30%
SWI	29 553	27,80%
CZE	15 143	27,10%
SPA	21 294	26,20%
DEN	29 216	25,50%
MEX	8 903	23,30%
FRA	26 879	22,70%
ICE	26 925	22,30%
GER	26 199	20,80%
<b>SVK</b>	<b>12 010</b>	<b>18,00%</b>
NET	29 391	17,30%
HUN	13 431	14,40%

Poznámka: použitý posledný disponibilný údaj podľa OECD Health Data, vo väčšine prípadov ide o rok 2002 alebo 2001.

Zdroj: OECD Health Data, 2003



## **CIELE ZDRUŽENIA ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY:**

- Presadzovanie moderného systému zdravotného poistenia v Slovenskej republike
- Presadzovanie kontinuálneho zlepšovania kvality zdravotného poistenia vo väzbe na zdroje
- Zabezpečovanie a koordinácia odborných stanovísk a postojov k vykonávaniu zdravotného poistenia
- Výmena informácií a skúseností medzi členmi ZZP SR;
- Obhajovanie záujmov zdravotných poisťovní v systéme zdravotníctva a zdravotnej politiky Slovenskej republiky
- Zastupovanie členov ZZP SR na národnej a medzinárodnej úrovni

## **ZDRUŽENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY SVOJE CIELE REALIZUJE:**

### **aktivitami na národnej úrovni v oblastiach**

- verejnej správy (najmä predkladaním návrhov MZ SR, MF SR, vláde SR, Národnej rade SR, VÚC)
- poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (najmä optimalizáciou kontraktačného mechanizmu, monitorovaním poskytovateľov na základe kritérií kvality a efektivity a ich benchmarkingom)
- klientov zdravotných poisťovní (zabezpečovaním komplexného informovania klientov o veciach spoločného záujmu zdravotných poisťovní)

### **aktivitami na medzinárodnej úrovni**

- aktívnym pôsobením v Association Internationale de la Mutualité (AIM)
- spoluprácou s International Federation of Health Plans (IFHP)

## **ČLENMI ZDRUŽENIA ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY SÚ:**

- **APOLLO** zdravotná poisťovňa a. s.
- **DÔVERA** zdravotná poisťovňa a. s.
- **EURÓPSKA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA** a. s.
- **SIDERIA** zdravotná poisťovňa a. s.
- **UNION** zdravotná poisťovňa a. s.

