ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2007 - 2010

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2007 - 2010

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2007 - 2010

ZDRUŽENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY
ASSOCIATION OF HEALTH INSURANCE COMPANIES SLOVAKIA

2007

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2007 – 2010

ZDRUŽENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY
ASSOCIATION OF HEALTH INSURANCE COMPANIES SLOVAKIA

AUTORI

Igor Dorčák
Simona Frisová
Eduard Kováč
Henrieta Maďarová
Karol Morvay
Peter Pažitný
Tomáš Szalay
Angelika Szalayová

OPONENTI

Martin Barto
Milan Dragula
Martin Filko
Peter Goliaš
Juraj Karpiš
Peter Krištúfek
Eva Madajová
Iveta Marinová
Ladislav Pásztor
Viliam Pätoprstý
Ondrej Sukeľ
Vladimír Tvaroška

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007 – 2010

© Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, 2007

http://www.zzp-sr.sk

ISBN 978-80-969510-2-4 EAN 9788096951024

OBSAH

1. CIELE A METODIKA 5
2. VZÁCNOSŤ ZDROJOV 6
3. ZHRNUTIE 7
4. FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE MAKROPROSTREDIE 11
4.1 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA NEPREDSTAVILO VÍZIU FUNGOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA 11
4.2 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA NEMÁ VYBUDOVANÉ KAPACITY, KTORÉ BY OVLÁDALI MAKROEKONOMICKÉ PARAMETRE SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA 11
4.3 VLÁDA A PARLAMENT PRESADILI ZMÄKČOVANIE PROSTREDIA A PRAVIDIEL HRY 13
4.4 SNAHA O CENTRALIZÁCIU KOMPETENCIÍ V REZORTE MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA 14
4.5 DÔSLEDKY 14
5. PROGNÓZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA DO ROKU 2010 15
5.1 RASTOVÉ VYHLIADKY EKONOMIKY 15
5.2 ZAMESTNANOSŤ, PRÍJMY 15
5.3 CENOVÁ HLADINA 16
5.4 VEREJNÉ FINANCIE 17
6. FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA 18
6.1 ZDROJE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 18
6.1.1 Prognóza vývoja miezd a odvodov z nich 20
6.1.2 Prognóza vývoja zmiešaných dôchodkov a odvodov z nich 22
6.1.3 Prognóza vývoja platieb štátu za vymedzený okruh osôb 22
6.1.4 Platby od samoplatiteľov 23
6.2 ZDROJE Z KAPITOLY MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR 24
6.3 ZDROJE MIEST, OBCÍ A VÚC 24
6.4 ZDROJE Z EUROFONDOV 25
6.5 ČISTÉ PEŇAŽNÉ VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ NA ZDRAVOTNÍCTVO 26
6.6 ZHRNUTIE 27
6.7 DISKUSIA 28
6.7.1 Ako tvoriť predvídateľný rozpočet – jasne a predvídateľne definovať parametre 28
6.7.2 Ako kompenzovať riziko štruktúry poistencov – rozvoj prerozdeľovacieho mechanizmu 29
6.7.3 Ako podporiť vyššiu konkurenciu – diferencované poistné a diferencovaná spoluúčasť 30
6.7.4 Súkromné zdroje pre zdravotníctvo v Európe 31
7. NÁKUP ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENOTVORBA 32
7.1 DEFINOVANIE PRODUKTU A MARŽE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 34
7.2 ZMENA VÝDAVKOVEJ ŠTRUKTÚRY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 35
7.2.1 Ostatné výdavky 36
7.2.2 Lieky a zdravotnícke pomôcky 36
7.2.3 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky 37
7.2.4 Záchranná zdravotná služba 38
7.2.5 Lôžková a ambulantná starostlivosť 38
7.3 ZHRNUTIE 40
7.4 DISKUSIA 42
7.4.1 Definovanie nákupu (zdravotný zisk – dĺžka života, kvalita života) 42
7.4.2 Diferenciácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zmluvných vzťahov a kontrahovanie kvality a efektivity 43
7.4.3 V lôžkovej sfére by sa malo v budúcnosti uplatňovať DRG 44
7.4.4 Motivácia lekárov k nákladovo efektívnej preskripcii 45
7.4.5 Vytváranie guidelineov, protokolov, katalógov 45
7.4.6 Výsledkovo orientovaný revízny a kontrolný systém 45
7.4.7 Stav eHealth na Slovensku a možnosti ďalšieho rozvoja 46

8. ORGANIZÁCIA 48
8.1 LEGISLATÍVNE UKOTVENIE 49
8.2 PREHĽADNÉ VLASTNÍCKE VZŤAHY 49
8.3 CORPORATE GOVERNANCE 50
8.4 TVRDÉ ROZPOČTOVÉ OBMEDZENIA 51
8.5 ZHRNUTIE 52
8.5.1 Zdravotné poisťovne 53
8.5.2 Nemocnice 54
8.6 DISKUSIA 54
8.6.1 Definovanie úlohy štátu v systéme zdravotníctva 54
9. REGULÁCIA 56
9.1 DEFINOVANIE ROZSAHU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, ... 57
9.1.1 Kategorizácia chorôb 58
9.1.2 Kategorizácia liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín 58
9.2 STANOVENIE MINIMÁLNEJ SIETE POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 59
9.3 DISKUSIA 61
9.3.1 Marketing v zdravotníctve – nábor poistencov 61
9.3.2 Decentralizácia definovania rozsahu na zdravotné poisťovne 62
9.3.3 Mýtus o nákladových cenách 62
10. LITERATÚRA 64
11. ZOZNAM SKRATIEK 65

OPONENTSKÉ POSUDKY
MARTIN BARTO 66
MILAN DRAGULA 68
MARTIN FILKO 71
PETER GOLIAŠ 74
JURAJ KARPIŠ 76
PETER KRIŠTÚFEK 78
EVA MADAJOVÁ 80
IVETA MARINOVÁ 81
LADISLAV PÁSZTOR 82
VILIAM PÄTOPRSTÝ 83
ONDREJ SUKEĽ 85
VLADIMÍR TVAROŠKA 87

1. CIELE A METODIKA

Cieľom tohto dokumentu je definovať **základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007 až 2010** tak, aby zdravotný systém bol finančne stabilný a neprenášal finančné riziko na verejné financie. Ambíciou tohto dokumentu je:

- definovať **disponibilné zdroje** zdravotných poisťovní na základe vývoja reálnej ekonomiky a schváleného rozpočtu verejných financií pre roky 2007 – 2009 (viď kapitola 6.1),
- navrhnúť **výdavky zdravotných poisťovní** na základe ich predpokladanej nákupnej stratégie (viď kapitola 7.2),
- podporiť dokončenie zmeny **organizácie systému** zdravotníctva (viď kapitola 8.),
- definovať **kľúčové regulačné mechanizmy** (viď kapitola 9.),
- sprostredkovať poistencom a poskytovateľom informáciu, že disponibilné **zdroje zdravotných poisťovní sú obmedzené**. Poslaním zdravotných poisťovní je z týchto limitovaných zdrojov **nakúpiť čo najviac „zdravotného zisku"** (viď kapitola 7.4.1).

Tento dokument je nutné vnímať ako **návrh zdravotných poisťovní. Jeho cieľom voči poistencom je zvýšenie kvality a bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jeho cieľom voči poskytovateľom 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).

Z metodického hľadiska postupujeme v jednotlivých kapitolách tak, aby sa **prognóza opierala o platné a funkčné pravidlá**, pričom súčasťou každej kapitoly je **diskusia**, v ktorej sa zameriame na nastoľovanie nových tém a ponúkanie inovatívnych nástrojov zdravotnej politiky.

Oproti prvému vydaniu „Základných rámcov pre roky 2006 – 2010", ktoré vyšlo v máji 2006, sa v našej spoločnosti udiali zásadné zmeny (parlamentné voľby v júni 2006 a nástup novej vlády), ktorými sa výrazne menia makropolitické faktory. Kým májové vydanie „Základných rámcov ..." bolo postavené na pokračovaní reformy zdravotníctva, tento dokument rešpektuje zásadný obrat v zdravotnej politike, ktorej vízia a ciele zatiaľ neboli predstavené, avšak doteraz použité nástroje naznačujú budúci smer zdravotnej politiky na najbližšie roky.

Ako sa čitatelia dozvedia v jednotlivých kapitolách tohto dokumentu, kvôli zmene charakteru zdravotnej politiky sa významným spôsobom menia parametre zdravotného systému, čo znamená zhoršovanie určitých kľúčových tendencií oproti pro-reformnému scenáru. Za najzásadnejšie zmeny môžeme považovať:

1. vytláčanie súkromných zdrojov (zníženie poplatkov na 0 Sk) a ich čiastočné nahrádzanie verejnými zdrojmi – ale len v roku 2007. V ďalších rokoch (2008 – 2010) už kompenzácie nie sú plánované;
2. zámerné znižovanie finančnej zodpovednosti jednotlivých subjektov zavedením ochrany poskytovateľov pred hrozbou exekúcií a ich odloženou transformáciou na akciové spoločnosti, či plánovanou transformáciou štátnych zdravotných poisťovní z akciových spoločností na verejnoprávne organizácie, čoho dôsledkom bude zvýšené riziko rastu dlhu;
3. zásah do nezávislosti Úradu pre dohľad definovaný možnosťou vlády kedykoľvek odvolať predsedu Úradu a členov Správnej rady na návrh ministra zdravotníctva;
4. poľavenie v liekovej politike, ktorého výsledkom nebude postupný pokles relatívnej váhy liekov, ale jej stagnácia na súčasnej úrovni, čím sa neuvoľnia dodatočné zdroje pre zvýšenie financovania ambulantnej a lôžkovej zdravotnej starostlivosti. V intersektorálnom členení zdrojov tak budú lieky naďalej predstavovať najväčšiu položku, ktorej váha nebude oslabená v horizonte rokov 2007 až 2010 ani znížením DPH na lieky;
5. zastavenie prác na explicitnom definovaní rozsahu zdravotnej starostlivosti plne alebo čiastočne hradenej z verejného zdravotného poistenia;
6. plánované obmedzenie slobodného výberu zdravotnej poisťovne pre niektoré skupiny poistencov. Dôsledkom bude znevýhodnenie týchto poistencov pri slobodnom výbere poisťovne, zvýšenie závislosti poskytovateľov od štátnych zdravotných poisťovní a demotivácia zdravotných poisťovní súťažiť kvalitnými službami a nákupom zdravotnej starostlivosti o poistencov;
7. ekonomicky nekryté plánované zvýšenie miezd zdravotníkov.

V Bratislave, január 2007

2. VZÁCNOSŤ ZDROJOV

Žiadna politická strana nezmení zákon vzácnosti zdrojov. Úlohou zdravotnej politiky je také nastavenie parametrov systému, aby sa z daných zdrojov pre poistencov poskytla medicínsky účinná a nákladovo efektívna[1)] liečba, to znamená dosiahnuť čo najlepšie využitie vzácnych zdrojov. Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007 – 2010 plne rešpektujú zákon vzácnosti zdrojov a reálnu výkonnosť slovenskej ekonomiky.

Rešpektovanie zákona vzácnosti zdrojov znamená, že:

- 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. Takéto explicitné definovanie solidárneho balíka[2)] v nasledujúcich rokoch zo strany ministerstva zdravotníctva je však málo pravdepodobné. Skutočnými nositeľmi zdravotnej politiky tak budú zdravotné poisťovne, ktoré sa budú snažiť solidárny balík definovať prostredníctvom protokolov o účinnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti, prislúchajúcich k jednotlivým diagnózam.
- 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 dodržiavať a zdravotnú starostlivosť nakúpiť čo najefektívnejšie (pričom niektorí poskytovatelia sa tak stanú cenovými vodcami[3)]).
- Súkromné výdavky sú prirodzenou súčasťou efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, pričom ich výška je podľa významných medzinárodných štúdií doporučená na úrovni 25 % z nákladov na zdravotnú starostlivosť.[4)] Zníženie poplatkov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na 0 Sk resp. 5 Sk však bude znamenať zvýšenie rizika zneužívania zdravotnej starostlivosti.

---

1) 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).

2) Dnes je balík definovaný „potichu“ lekármi, ktorí rozhodujú o tom, ktorý pacient akú liečbu dostane.

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

4) 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 schváleného rozpočtu verejných financií pre roky 2007 – 2009, ktorý určuje výšku platby štátu za svojich poistencov. 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
2. zdroje od štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov sú čiastočne funkciou reálnej ekonomiky (napojenie na priemernú mzdu spred dvoch rokov) a čiastočne politického rozhodnutia (sadzba zdravotného poistenia); na základe schváleného rozpočtu verejných financií pre roky 2007 – 2009 predpokladáme, že v sledovanom období sa platba za jedného poistenca štátu bude meniť nasledovne: roku 2007 dosiahne 5 % z priemernej mzdy pre mesiace január až apríl 2007,[5] od mája 2007 až do 2010 opätovne klesne na súčasnú úroveň 4 % z priemernej mzdy
3. ostatné príjmy sú náhodného charakteru a ich prognóza sa opiera o expertný odhad

Medzi rokmi 2006 a 2010 sa **objem zdrojov na zdravotníctvo zníži zo 6,5 % HDP až na 6,3 % HDP**, predovšetkým v dôsledku zníženia poplatkov z 20 Sk na 0 Sk/5 Sk, resp. z 50 Sk na 0 Sk a len čiastočnej kompenzácie tohto výpadku zvýšením poistného štátu do apríla 2007, pričom od mája 2007 sa poistné vracia na pôvodnú úroveň 4 %. Zdroje zdravotných poisťovní vzrastú **z 80,3 mld. Sk (2006) na 108,9 mld. Sk (2010). Zásadnou úlohou je teda ich efektívne použitie v prospech poistencov, pričom túto zodpovednosť na seba preberajú zdravotné poisťovne.**

Pri definovaní štruktúry výdavkov zdravotných poisťovní bude kľúčovú úlohu **zohrávať nákupná stratégia zdravotných poisťovní** ako výsledok dohody zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a **regulačný rámec zdravotnej politiky (predovšetkým rozhodnutia kategorizačnej komisie, od ktorých sa odvíja priemerná cena lieku).**

Pre roky 2007 – 2010 predpokladáme:

- **Mierny nárast podielu liekov** na celkových výdavkoch z cca 35,8 % (v roku 2006) na 36,2 % (v roku 2010), predovšetkým v dôsledku uvoľnenia regulácie liekovej politiky, keď kategorizačná komisia pravdepodobne nebude pokračovať vo vynikajúcich výsledkoch z rokov 2004 a 2005 (v tomto období rástla priemerná cena lieku len o 4 %, resp. 5 % ročne). Aj keď v prognózovanom období neočakávame žiadny nový liekový „blockbuster“,[6] priemerná cena lieku bude stúpať oveľa rýchlejšie – až o 10,4 %, pričom rast bude vysoký najmä v rokoch 2006 a 2007 a smerom k horizontu prognózy (2010) bude mierne klesať. Oproti predchádzajúcemu obdobiu vzrastie aj objem liekov ako následok odstránenia regulátora (zníženie poplatkov na 0 Sk, resp. 5 Sk), pričom tento nárast bude očividný najmä v rokoch 2006 a 2007. Oproti týmto negatívnym tendenciám v objemoch a cenách bude pozitívne[7] pôsobiť zníženie DPH z 19 % na 10 %, ktoré v roku 2007 čiastočne utlmí dynamiku rastu výdavkov na lieky. Znižovanie podielu liekov na celkových nákladoch je tak podmienené opätovným zavedením regulačných poplatkov, prísnejšou a transparentnejšou liekovou politikou kategorizačnej komisie a ďalšími opatreniami pre optimalizáciu spotreby liekov.
- **Výdavky na zdravotnícke pomôcky** zaznamenajú mierny pokles z 3,2 % na 3,1 % (z celkových výdavkov na zdravotníctvo) s výraznejším skokom v roku 2007, ktorý opäť vyplýva zo zníženia DPH.
- **Stabilný bude podiel výdavkov na SVLZ,** z úrovne 9,9 % v roku 2006 sa zníži na 9,8 % v roku 2010.
- **Podiel záchraniek sa bude mierne znižovať z úrovne 2,0 % v roku 2006 na 1,9 % v roku 2010,** čo súvisí s ich regulovanou cenou. Mierny nárast zaznamenajú záchranky v roku 2007 (až na 2,3 %) v dôsledku kompletnej prevádzky všetkých záchraniek, ktoré v roku 2006 nabiehali postupne.

5) Efektívna poistná sadzba za poistencov štátu tak v roku 2007 dosiahne 4,33 % z priemernej mzdy spred dvoch rokov

6) 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.

7) Pozitívne v zmysle znižovania dynamiky výdavkov, nie v zmysle opodstatnenosti tohto opatrenia, ktoré považujeme za destabilizačné pre daňový systém.

- **Stagnácia až mierny pokles budú charakterizovať podiel všeobecnej ambulantnej starostlivosti –** zo 4,7 % na 4,5 % – a výraznejší **pokles podielu špecializovanej ambulantnej starostlivosti** – z 11,9 % na 11,4 % – čo vnímame ako negatívny jav. Dynamickejší nárast podielu všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti bude možný jedine na úkor liekov – čo je však v nasledovných rokoch málo pravdepodobné, alebo na úkor lôžkovej starostlivosti, čo môže súvisieť s rozmachom jednodňovej medicíny, moderných polikliník a skupinových praxí, ktoré budú schopné konkurovať nemocniciam.
- **Mierny nárast zaznamená podiel lôžkovej starostlivosti** (vrátane kúpeľnej starostlivosti) – z 23,2 % na 24,8 %. Razantnejšie zvýšenie podielu lôžkovej starostlivosti je limitované poklesom výdavkov na lieky. Ďalším faktorom môže byť politicky ovplyvnená nákupná stratégia štátnych zdravotných poisťovní, ktorá bude inklinovať viac k lôžkovým poskytovateľom ako k ambulantnej sfére.
- **Mierne poklesne marža zdravotných poisťovní z hladiny 6,2 % v roku 2006 na 5,7 % v roku 2010.** Marža je odmenou za hlavný produkt zdravotných poisťovní – nákup zdravotnej starostlivosti a prevzatie finančného rizika z poistenca na zdravotnú poisťovňu. Pokrýva všetky priame a nepriame náklady spojené s výkonom zdravotného poistenia, ako aj zisk zdravotných poisťovní. Zisk je dôležitý aj z hľadiska postupného zlepšovania a modernizácie služieb zdravotnej poisťovne (eHealth, ePreskripcia, call centrá a pod.).

Produktom zdravotných poisťovní je:

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

Nákupná stratégia zdravotných poisťovní bude do veľkej miery ovplyvnená makroprostredím. Ústretovejšie rozhodnutia kategorizačnej komisie v prospech farmasektora, odstránenie regulačných elementov, ako aj prípadná ochrana pred exekúciami v štátnych nemocniciach, plánované mäkké rozpočtové obmedzenia v štátnych poisťovniach a možná preferencia politických rozhodnutí na úkor odbornosti môžu byť v ostrom kontraste so snahou súkromných poisťovní o efektívny nákup.

Nákupné stratégie zdravotných poisťovní tak budú zrejme individuálne a menej koordinované. Môže dokonca vzniknúť duálny systém – kým štátne poisťovne budú mať záujem na financovaní štátnych nemocníc (aj na úkor efektívnosti), súkromné zdravotné poisťovne budú preferovať nákup kvality pri definovanej cene bez ohľadu na vlastníctvo, pričom môžeme očakávať odklon od lôžkovej starostlivosti smerom k ambulantnej starostlivosti. Navyše obe štátne poisťovne (VšZP a SZP) budú pravdepodobne vystavené silným politickým tlakom, čo sa môže negatívne odraziť na efektívnosti ich nákupnej stratégie – prvým príkladom je použitie VšZP na neštandardnú kompenzáciu poskytovateľov za znížené poplatky.

Na druhej strane predpokladáme, že súkromné zdravotné poisťovne budú pokračovať v diferenciácii poskytovateľov na základe dohodnutých kritérií. Budú aj pioniermi pri zavádzaní protokolov, čím sa zvýši nielen kvalita, ale aj miera štandardizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Aktívna podpora vzniku efektívnej siete poskytovateľov bude rešpektovať skôr normy definované samotnými poisťovňami ako dodržiavanie minimálnej siete definovanej ministerstvom zdravotníctva, ktorej súčasná podoba má veľmi veľa filozofických a logických chýb. Efektívna sieť poskytovateľov by mala vzniknúť v dvoch fázach:

- **Štrukturálna fáza** – poskytovatelia budú kontrahovaní na základe (1) fyzickej dostupnosti a (2) štrukturálnych parametrov kvality – ľudské zdroje, prístrojové vybavenie, stav aktív (morálne opotrebenie), či počet pacientov. Táto fáza by mala prebiehať v roku 2007. Kontrakty na rok 2008 by sa mali robiť už len s vybranými poskytovateľmi. Jej výsledkom bude **zníženie počtu zmluvných poskytovateľov (alebo počtu zmluvných oddelení u poskytovateľov)**.
- **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 štrukturálnej 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 (kto znáša riziko variability nákladov a kto znáša riziko počtu prípadov) nového platobného mechanizmu v akútnej lôžkovej starostlivosti.

Z hľadiska organizácie výkonu zdravotného poistenia je mimoriadne dôležité, aby všetky zdravotné poisťovne mali aj v budúcnosti

rovnaké podmienky v systéme a zhodnú právnu formu (akciová spoločnosť). Nebudú sa tak opakovať systémové chyby z minulosti. Ak má štát záujem vlastniť zdravotnú poisťovňu, je to jeho strategické rozhodnutie, pričom je nevhodné, 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. Očakávame, že návrat zdravotných poisťovní k organizáciám verejnoprávneho charakteru bude znamenať pokles ich 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. Vyjadrenia ministerstva zdravotníctva naznačujú, že preferuje zachovanie nemocníc ako štátnych príspevkových organizácií. Takáto úprava spolu s ich prípadnou ochranou pred exekúciami zvyšuje riziko nerovnakého postavenia nemocníc na trhu a diskriminácie súkromných poskytovateľov, na ktorých by sa takáto ochrana nevzťahovala.

Akciová spoločnosť je osvedčená a 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.

Tabuľka 1: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní v mld. Sk

Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
A: Príjmy zdravotných poisťovní	**73,5**	**80,3**	**89,7**	**94,4**	**101,4**	**108,9**
A.1 Odvody z miezd	46,5	52,0	57,0	61,6	66,3	71,5
A.2 Odvody od podnikateľov	3,6	4,0	4,6	5,0	5,4	5,8
A.3 Platby štátu za vymedzený okruh osôb	21,5	22,9	26,5	26,2	27,9	29,6
A.4 Odvody samoplatiteľov	0,3	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0
A.5 Ostatné príjmy zdravotných poisťovní*	1,6	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
B. Výdavky zdravotných poisťovní	**73,5**	**80,3**	**89,7**	**94,4**	**101,4**	**108,9**
B.1 Ostatné výdavky	***7,6***	***5,6***	***6,4***	***6,6***	***6,8***	***7,0***
B.1.1 Marža (výdavky na správu, zisk)	4,1	5,0	5,8	5,9	6,1	6,2
B.1.2 Splátka návratných finančných výpomocí)	2,8	-	-	-	-	-
B.1.3 Príspevok ZP na činnosť úradu	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
B.1.4 Príspevok ZP na činnosť operačných stredísk	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
B.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť spolu	***65,9***	***74,8***	***83,3***	***87,8***	***94,6***	***102,0***
B.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	24,9	28,7	29,9	32,9	36,2	39,5
B.2.2 Zdravotnícke pomôcky	2,2	2,5	2,6	2,9	3,2	3,4
B.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	16,6	18,6	22,7	23,2	24,9	27,0
B.2.4 Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	3,4	3,8	4,3	4,4	4,6	4,9
B.2.5 Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť	8,6	9,6	10,8	11,1	11,6	12,4
B.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	7,1	8,0	8,8	9,3	10,0	10,7
B.2.7 Záchranky	1,2	1,6	2,1	2,1	2,1	2,1
B.2.8 Ostatné, vrátane cudzincov, bezdomovcov a EÚ	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2

** - príjmy od nerezidentov, penále, pokuty, dlžné poistné, ostatní platitelia, o - odhad, p - prognóza*

Poznámka: pre východiskový rok, ako aj pre prognózované obdobie, je pri príjmoch a výdavkoch použitá metodika na báze toku hotovosti (tzv. cash metodika)

Zdroj: Health Policy Institute, 2006 na základe údajov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005)

V oblasti regulácie je kľúčovým aktom **stanovenie minimálnej siete**. Súčasne platná norma je totiž nerealizovateľná, čím sa kontrola kritéria dostupnosti stáva prakticky nevymožiteľnou. Veľkosť oka minimálnej siete by sa mala meniť 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 **definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia**. Pokiaľ ide o zdravotné výkony, rozsah v súčasnosti buď nie je definovaný alebo je definovaný len nepriamo, čo spôsobuje neistotu pacienta ohľadom plnenia zo zdrojov verejného zdravotného poistenia a nerovnomernosť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Stanovenie rozsahu nielen zvýši istotu poistencov, ale je nevyhnutné aj z nasledovných dôvodov:

- Vzhľadom na **vzácnosť zdrojov** v zdravotníctve **a zvyšujúce sa očakávania populácie** v zdravotníctve nie je a ani nikdy nebude dostatok zdrojov na hradenie každej zdravotnej potreby.
- So stúpajúcimi zdrojmi v sektore sa zvyšuje aj **ponuka zdravotných služieb, ktorá indukuje dopyt**.
- **Hranice zdravotnej starostlivosti nie sú presne definované** (napr. liečba nadváhy a obezity, plastická chirurgia a pod.).

Vzniká preto potreba čo najefektívnejšieho využívania dostupných zdrojov, t. j. rozhodnúť, ktorými postupmi dospejeme k najvyššiemu zdravotnému zisku s ohľadom na etické a spoločenské hodnoty a požiadavky.

Rozsah je možné stanoviť dvoma spôsobmi:

- Obmedzenie „zdola“ znamená existenciu určitej spoluúčasti pacientov (odpočítateľná položka, percentuálna spoluúčasť alebo pevná suma), resp. plnú úhradu finančne nenáročnej zdravotnej starostlivosti, kde zdravotné poistenie uhrádza náklady na zdravotnú starostlivosť až nad istú sumu.
- Obmedzenie „zhora“ znamená stanovenie kritérií, pri ktorých je spoločnosť ochotná vynaložiť finančné prostriedky na dosiahnutie istého zdravotného zisku.

Nástrojom na definovanie rozsahu je podľa súčasnej legislatívy proces kategorizácie. Zatiaľ fungujú tri kategorizácie v troch oblastiach: **kategorizácia liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín**. Rozhodnutia kategorizačnej komisie v roku 2006 nepokračujú v regulačnom trende kategorizačnej komisie z rokov 2004 a 2005 a nárast priemernej ceny lieku je až 13 %! Do roku 2010 preto očakávame menej prísnu liekovú politiku, ktorá bude zrejme ústretovejšia voči farmasektoru, pričom kategorizačnej komisii pre roky 2007 – 2010 odporúčame:

- vyradiť z kategorizácie liečivá, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami (signifikantne významný efekt na klinicky relevantné parametre v placebom kontrolovaných randomizovaných klinických štúdiách),
- nezaraďovať do kategorizácie liečivá, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami,
- úhrady kombinácií na úrovni súčtu úhrad účinných látok,
- dokumentovanie rozhodnutí kategorizačných komisií odkazmi na EBM štúdie a farmako–ekonomické analýzy,
- dôslednejšie posudzovať cenu, s ktorou prichádza žiadateľ o zaradenie lieku na slovenský trh.

Rámček 1: Kľúčové opatrenia zdravotnej politky do roku 2010

1) Zlepšenie kompenzácie rizikovej štruktúry poistencov – rozšírenie prerozdeľovacieho mechanizmu o ďalšie parametre
2) Spresnenie platobného mechanizmu – platba za kvalitu a výkonnosť
3) Definovanie minimálnej siete poskytovateľov
4) Definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia

Zdroj: autori

4. FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE MAKROPROSTREDIE

Zdravotná politika novej vlády sa vyznačuje štyrmi charakteristickými črtami:

1. Ministerstvo zdravotníctva **nepredstavilo víziu** fungovania zdravotníctva.
2. Informácie z ministerstva zdravotníctva poukazujú na to, že **nemá vybudované kapacity**, ktoré by ovládali makroekonomické parametre systému zdravotníctva.
3. Vláda a parlament **presadili zmäkčovanie prostredia** a pravidiel hry.
4. Ministerstvo zdravotníctva má **snahu o centralizáciu kompetencií** v rezorte.

4.1 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA NEPREDSTAVILO VÍZIU FUNGOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA

Jediným strategickým dokumentom, ktorý vláda doteraz predstavila, je strohé programové vyhlásenie vlády, ktoré nemení prijatú reformu zdravotníctva predchádzajúcej vlády (zo septembra 2004), ale vnáša do zdravotného systému neštandardné a destabilizujúce prvky. Hodnotenie jednotlivých opatrení programového vyhlásenia vlády, ktoré však nepovažujeme za ucelenú víziu, je v Tabuľke 2. Súčasťou vízie by totiž malo byť pomenovanie kľúčových problémov (napr. vysoká variabilita v kvalite zdravotnej starostlivosti[8)]), ako aj z nich vyplývajúci návrh cieľov a nástrojov na ich dosiahnutie.

Tvorba novej legislatívy sa obmedzuje na vysoko neštandardné postupy, keď k zmene parametrov zdravotného systému dochádza cez pozmeňovacie návrhy poslancov, ktoré neprechádzajú štandardným pripomienkovým konaním.

4.2 MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA NEMÁ VYBUDOVANÉ KAPACITY, KTORÉ BY OVLÁDALI MAKROEKONOMICKÉ PARAMETRE SYSTÉMU ZDRAVOTNÍCTVA

Z mediálnych výstupov a legislatívnych návrhov jednoznačne vyplýva, že ministerstvo zdravotníctva nedisponuje potrebnými odbornými kapacitami, ktoré by dokázali kvantifikovať finančné a ekonomické dopady navrhovaných opatrení. Vrátane tzv. neviditeľných dopadov na kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti na občana (napr. vzácne zdroje zneužité na nepotrebnú „sociálnu“ návštevu pacienta chýbajú na starostlivosť o iného pacienta, ktorý to skutočne potrebuje).

Ministerstvo zdravotníctva sa zmieta medzi dvoma mlynskými kameňmi – túžbou naplniť predvolebné sľuby a ekonomickou realitou:

1. Ministerstvo zdravotníctva od septembra 2006 znížilo poplatky za služby v zdravotníctve z 20 Sk na 0 Sk (ambulantní lekári), z 50 Sk na 0 Sk (deň v nemocnici) a z 20 Sk na 5 Sk (poplatok za recept), čím pripravilo poskytovateľov a poisťovne o 2,5 mld. Sk ročne a zvýšilo riziko zneužívania systému.
2. Ministerstvo zdravotníctva pripravilo novelu zákona, ktorou mienilo zvýšiť sadzbu poistného za poistencov štátu zo 4 % na 5 %, avšak bez adekvátneho krytia v rozpočte. Novelu v parlamente zastavil minister financií s argumentom, že *„jej ekonomický dosah je veľmi zásadný“*. Aby sa naplnil sľub z programového vyhlásenia vlády, je sadzba poistného schválená na 5 % – avšak len na 4 mesiace roka 2007 a potom je až do roku 2009 na úrovni 4 %. Paradoxne, objem zdrojov zo štátneho rozpočtu do zdravotných poisťovní bude v roku 2008 (27,0 mld. Sk) nižší ako v roku 2007 (27,2 mld. Sk). Nahrádzanie súkromných zdrojov verejnými zdrojmi je tak kryté len v roku 2007, pričom do systému sa opäť natlačia všetky negatívne javy spojené so zdanlivo „bezplatným“ zdravotníctvom, ako je zneužívanie systému (morálny hazard) či korupcia.
3. Pôvodne navrhované zníženie sadzby DPH na lieky z 19 % na 5 % bolo zamietnuté, keďže predstavovalo riziká vysokého výpadku príjmov rozpočtu. Nakoniec ministerstvo presadilo zníženie na 10 %, čo nesystémovo

8) Pri absencii definície solidárneho balíka a štandardných liečebných a diagnostických postupoch je v absolútnej moci lekára, ktoré liečebné a diagnostické výkony sa rozhodne (ne)poskytnúť pacientovi bez ohľadu na pacientov zdravotný stav. Kvalita poskytnutej zdravotnej starostlivosti je tak závislá od momentálneho rozhodnutia lekára a je premenlivá nielen medzi zdravotníckymi zariadeniami a jednotlivými lekármi, ale aj intertemporálne u jednotlivých lekárov.

Tabuľka 2: Hodnotenie programového vyhlásenia vlády

Programové vyhlásenie vlády	Charakter opatrenia	Skutočnosť	Dopady
Zrušenie niektorých poplatkov	Destabilizačný	Zníženie poplatkov na 0 Sk (lekár, nemocnica), resp. na 5 Sk (recept) a zavedenie „kompenzácií“ cez VšZP a prípadne SZP	- 2,5 mld. Sk Strata regulačného charakteru poplatkov
Nižšia DPH na vybrané komodity	Rozvracia logiku daňovej reformy	DPH na lieky znížená z 19 % na 10 %	+ 2,2 mld. Sk
Zvýšenie platby za poistencov štátu zo 4 % na 5 % priemernej mzdy	Dočasne stabilizačný do apríla 2007	Parlament zvýšil platbu štátu na 5 % len na 4 mesiace roka 2007, následne od mája 2007 sa sadzba za poistenca vracia na pôvodnú úroveň 4 % priemernej mzdy	+ 2,1 mld. Sk (ak by 5 % sadzba platila po celý rok, tak by to bolo + 6,3 mld. Sk)
Fond na úhradu finančne zvlášť náročných výkonov	Destabilizačný, lebo rozvracia logiku poistného systému	Ministerstvo zdravotníctva nepredstavilo ani parametre, ani technické detaily fungovania, ako je prispievanie a čerpanie z a do Fondu	Netransparentne presúva zdroje medzi poisťovňami a zdravotnými výkonmi Bez jasného definovania priorít a implementácie protokolov predstavuje riziko nadmerného a nepotrebného poskytovania zvýhodnených výkonov
Vrátiť Všeobecnej ZP, a. s. a Spoločnej ZP, a. s. verejnoprávny charakter	Destabilizačný charakter	Ministerstvo zdravotníctva nepredstavilo ústavne konformnú legislatívnu techniku	Umožňuje beztrestný rast dlhu štátnych poisťovní, ktorý budú musieť zaplatiť daňoví poplatníci (napr. formou návratných finančných výpomocí štátnym zdravotným poisťovniam) Hrozí tripartitné riadenie, pokles solventnosti, rast dlhu
Prevádzkové náklady pre zdravotné poisťovne na úrovni 4 % z výberu	Zbytočné opatrenie	Parlament schválil novelu zákona, ktorou sa obmedzujú prevádzkové náklady poisťovne na 4 % z úhrnu poistného pred prerozdelením	Je prirodzenou snahou vlastníka zdravotnej poisťovne, aby jeho náklady boli v rámci marže čo najnižšie Obmedzenie prevádzkových nákladov sa paradoxne môže obrátiť proti poistencom, keď poisťovne nebudú môcť financovať projekty, ktoré prispievajú k efektívnejšiemu nákupu zdravotnej starostlivosti a k poskytovaniu kvalitnejších služieb
Zrušiť súčasnú podobu ročného zúčtovania	Technické opatrenie	Ministerstvo zdravotníctva zatiaľ posunulo len dátumy podania a vyrovnania sáld – všetky ostatné komponenty ročného zúčtovania zostávajú v platnosti Predpokladáme, že zjednodušenie nebude znamenať súčasne zánik ročného zúčtovania	Zavedenie ročného zúčtovania by zdravotným poisťovniam malo priniesť za rok 2005 sumu približne 1 mld. Sk
Prehodnotiť kompetencie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Mocenské opatrenie	Parlament schválil novelu zákona, ktorou sú predseda úradu a správna rada kedykoľvek odvolateľní vládou, čo môžeme hodnotiť ako zásah do nezávislosti úradu pre dohľad	Hrozí, že dohľad nad štátnymi zdravotnými poisťovňami a štátnymi poskytovateľmi bude manipulovaný
Obnovenie rajonizácie		Ministerstvo zdravotníctva zatiaľ bližšie nepredstavilo	
Objektívne úhradové mechanizmy v zdravotníctve		Ministerstvo zdravotníctva zatiaľ bližšie nepredstavilo	

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

deformuje logiku daňového systému. Ak vláda chcela dať na zdravotníctvo z rozpočtu viac zdrojov, tak mala DPH nechať na úrovni 19 % a trvalo udržateľne zvýšiť platbu za poistenca štátu.

4. Ministerstvo nepoprelo tvrdenia Lekárskeho odborového združenia (LOZ) o 30 % navýšení miezd zdravotníkov. Predseda parlamentu, s ktorým sa zástupcovia LOZ tiež stretli, sa však od sľubovaného navýšenia dištancoval. Podľa prepočtov LOZ by navýšenie o 30 % znamenalo dodatočnú finančnú potrebu 2,1 mld. Sk. V skutočnosti by si však takéto zvýšenie miezd vyžadovalo až 5,7 mld. Sk, na čo dnes nemocnice nemajú žiadne finančné krytie. Zvýšenie miezd by tak muselo ísť na úkor rastu dlhu. Navyše ministerstvo nemá priame nástroje na zvyšovanie miezd, lebo mzdová politika vrátane diferencovaného odmeňovania je plne v kompetencii riaditeľov a manažmentov nemocníc. Minister preto uvažuje o opätovnom zavedení centrálnych tabuľkových platov, čím by manažmentom vzal ich kľúčovú kompetenciu – rozhodovať o dominantnej časti ich nákladov (podiel objemu miezd na nákladoch nemocníc je 50 až 70 %).
5. Ministerstvo rozdáva už rozdané zdroje. Minister z dodatočných zdrojov za poistencov štátu (2,1 mld. Sk) sľúbil zvýšiť mzdy, hoci tieto peniaze predtým prisľúbil poskytovateľom ako kompenzáciu zníženia poplatkov na 0 Sk.

4.3 VLÁDA A PARLAMENT PRESADILI ZMÄKČOVANIE PROSTREDIA A PRAVIDIEL HRY

Zmäkčovanie prostredia a pravidiel pre každého účastníka zdravotníckeho trhu ide priamo proti filozofii reformy zdravotníctva predchádzajúcej vlády:

- reforma predchádzajúcej vlády kládla dôraz na finančnú zodpovednosť pacienta; zníženie poplatkov od septembra 2006 túto zodpovednosť ruší.
- v roku 2005 boli poskytovatelia tlačení do rešpektovania tvrdých rozpočtových pravidiel; parlamentom schválená ochrana exekúcií im od októbra 2006 vracia ochranný vankúš nízkej finančnej zodpovednosti. Ústavný súd SR v decembri 2006 svojím predbežným opatrením dočasne pozastavil platnosť zákona, ktorý ochraňoval nemocnice pred exekúciami.
- zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti musia od roku 2005 dodržiavať adekvátnu platobnú disciplínu, vykazovať primeranú mieru solventnosti a podriadiť sa externému auditu. Plánované vrátenie verejnoprávneho charakteru Všeobecnej a Spoločnej zdravotnej poisťovni od roku 2007 pravdepodobne vytvorí podmienky pre nízku mieru efektívnosti a transparentnosti hospodárenia a ich postupné zadlžovanie.

Tabuľka 3: Hodnotenie dopadov zmäkčovania prostredia

Zmäkčovanie prostredia	Charakter opatrenia	Ročný ekonomický dopad	Dopad
Zníženie poplatkov na 0 Sk (lekár, nemocnica), resp. na 5 Sk (recept) a zavedenie „kompenzácií“ cez VšZP	Destabilizačný	- 2,5 mld. Sk	Pocit bezplatnosti – zneužívanie systému
Netransparentná kategorizácia liekov	Predražujúci	- 0,4 mld. Sk	Potenciál vzniku korupcie, zvyšuje výdavky na lieky na úkor iných segmentov
Ochrana nemocníc pred exekúciami, zastavenie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti	Destabilizačný	- 2,0 mld. Sk	– Beztrestné zadlžovanie – Korupcia – Diskriminácia dodávateľov – Zníženie transparentnosti hospodárenia

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

4.4 SNAHA O CENTRALIZÁCIU KOMPETENCIÍ V REZORTE ZDRAVOTNÍCTVA

Centralizácia kompetencií sa prejavila legislatívnym zásahom do nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý parlament schválil v decembri 2006.

Tomu predchádzala výmena manažmentu Všeobecnej zdravotnej poisťovne, výmena riaditeľov štátnych nemocníc či Úradu verejného zdravotníctva. Tieto kroky sú plne legitímne a v kompetencii ministra zdravotníctva, avšak časté výmeny na týchto pozíciách spôsobujú, že manažéri dosadzovaní štátom prirodzene uprednostňujú krátkodobé ciele pred dlhodobými.

Zásah do nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý parlament schválil je potrebné považovať za znepokojivý. Vláda teraz disponuje právomocou odvolať predsedu úradu na návrh ministra zdravotníctva. Úrad sa dostal do podriadeného postavenia voči ministerstvu zdravotníctva. Stratil tak predpoklady pre svoju hlavnú funkciu, a to nezávislý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poistením na základe technických a odborných kritérií. **Dohľad nad štátnymi zdravotníckymi zariadeniami a štátnymi zdravotnými poisťovňami tak bude vystavený konfliktu** záujmov a skôr či neskôr dôjde k porušeniu transparentnosti prostredia.

Ďalšími krokmi k centralizácii moci je avizovaná snaha o návrat k jednotným mzdovým tarifám, obchádzanie direktívy o transparentnosti v liekovej politike svojvoľným menením rozhodnutí kategorizačnej komisie, ako aj plánované zavedenie Spoločného účtu na financovanie zvlášť finančne náročných výkonov.

4.5 DÔSLEDKY

Dôsledkom chýbajúcej vízie, nerešpektovania makroekonomických parametrov, zmäkčovania a centralizácie bude návrat už prekonaných problémov:

- Rast nadbytočného dopytu po zdravotnej starostlivosti a opätovné zneužívanie systému vyplývajúce zo zdanlivého pocitu bezplatnosti zdravotníctva.
- Rast výdavkov na lieky a zdravotnícke pomôcky na úkor iných segmentov, najmä ambulantnej a ústavnej starostlivosti starostlivosti.
- Možno očakávať riziko zníženia kvality a efektívnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov.
- Zníži sa efektívnosť štátnych nemocníc, ktoré nič nebude motivovať k vyrovnanému hospodáreniu, pričom manažéri štátnych nemocníc budú mať barličku v podobe mäkkých rozpočtových obmedzení. Pravdepodobne sa výrazne zhorší ich platobná disciplína.
- V konečnom dôsledku sa opäť rozkrúti kolotoč rastu dlhov, ktorý sa minulej vláde podarilo znížiť a konečným dôsledkom môže byť nežiaduci rast deficitu verejných financií.

5. PROGNÓZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA DO ROKU 2010

5.1 RASTOVÉ VYHLIADKY EKONOMIKY

Rastové vyhliadky slovenskej ekonomiky sú v strednodobom horizonte vysoko priaznivé. Možno očakávať, že **priemerné tempo rastu slovenskej ekonomiky dosiahne v prognózovanom horizonte do roku 2010 úroveň okolo 5,9 %.** Okolo tejto priemernej hodnoty budú kolísať hodnoty skutočného rastu v jednotlivých rokoch, s maximom pravdepodobne v rokoch 2006 a 2007 (cca 6,5 % – 6,7 %) a postupným miernym klesaním tempa rastu v období 2008 – 2010 (podľa prognózy Health Policy Institute). Skutočné tempá rastu sa tak budú pohybovať v intervale 5,3 % až 6,7 %. V počiatočnej fáze prognózovaného obdobia (hlavne v roku 2006) bude ekonomický rast ešte ťahaný domácim dopytom podobne ako v období 2004- 2005. Následne sa však posilní čistý export v dôsledku ukončenia investičnej fázy a začiatku prevádzkovej fázy vo veľkých priemyselných podnikoch. Následne bude ekonomický rast (v horizonte do roku 2010) ťahaný kombináciou domáceho dopytu aj čistého exportu.

5.2 ZAMESTNANOSŤ, PRÍJMY

Slovensko v rokoch 1999 až 2001 prekonalo 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. V čase prípravy tejto prognózy sa dalo odhadnúť tempo medziročného rastu počtu pracujúcich v roku 2006 na rekordných 3,5 %, s výhľadom rastu okolo 1,9 % v roku 2007. Postupne sa však zmení štruktúra prírastku pracujúcich.
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) a celkovo silný rast ekonomiky zrejme prinesú 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 (vzhľadom na lepší výber odvodov z miezd ako zo zmiešaných dôchodkov podnikateľov).

Relatívne priaznivý – aspoň na pomery slovenskej ekonomiky – vývoj na trhu práce bude výsledkom pozitívneho pôsobenia silného ekonomického rastu, štartu veľkých podnikov v automobilovom priemysle, prílevu priamych zahraničných investícií 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 0,5 % – 3,5 %** ročne (nižšie hodnoty uvedeného intervalu sú pravdepodobné skôr pre roky 2008 až 2010). **Miera nezamestnanosti (meraná výberovým zisťovaním pracovných síl) bude preto klesať, a to z hodnoty 16,2 % v roku 2005 na približne 12,0 % v roku 2010.** Miera participácie by mala stagnovať, prípadne 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). V horizonte do roku 2010 ešte určite nedôjde k zdramatizovaniu vo vývoji žiadneho parametra populačného vývoja (kritický bod demografického vývoja nastane zrejme až v období 2050- 2060, keď sa prudko zvýši pomer 65-ročných a starších obyvateľov k počtu produktívnych).

Po rozkolísanom vývoji reálnej mzdy do roku 2004 možno v horizonte tejto prognózy počítať s jej relatívne rovnomerným rastom v intervale 3,6 % až 4,8 %. Rast nominálnej mzdy sa bude len veľmi mierne spomaľovať (z hodnoty okolo 8,0 % v roku 2006 na cca 7,0 %, resp. 7,4 % v posledných dvoch rokoch prognózovaného obdobia. Rast nominálnej mzdy však bude vždy vyšší ako miera inflácie.

Je pravdepodobné, že podnikateľské dôchodky (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.

5.3 CENOVÁ HLADINA

Ciele hospodárskej politiky v oblasti inflácie sú dané predsavzatím prijať spoločnú európsku menu v roku 2009. Preto vláda ani NBS nemajú veľký manévrovací priestor. 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 %. Nepodarilo sa však pokračovať v ďalšej dezinflácii. V roku 2006 sa miera inflácie zvýšila (zrejme jej priemerná hodnota bude blízko 4,2 %) a vybočila z koridoru stanoveného Konvergenčným programom SR či inflačnými cieľmi NBS. Neznamená to však, že by sa miera inflácie mala na dlhšiu dobu vymknúť spod kontroly a zatiaľ to neznamená ani spochybnenie možnosti splniť inflačné kritérium pre prijímanie eura. Tento „úlet“ miery inflácie v roku 2006 možno vysvetliť tým, že v závere roka 2005 a na začiatku roka 2006 bola zrealizovaná výraznejšia úprava regulovaných cien než sa vopred kalkulovalo, a v prvej polovici roka bola veľmi vysoká úroveň cien primárnych energetických zdrojov na svetových trhoch. Možno však počítať s významným znížením miery inflácie už v roku 2007: pravdepodobne tomu napomôže tlak vlády na dodávateľov energie, posilňovanie meny aj posun k reštriktívnejšej menovej politike. 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 približne na úrovni 2,5 %.

Tabuľka 4: 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	6,5	6,7	5,7	5,4	5,3
Rast reálnej spotreby domácností v %	5,5	-0,6	3,5	5,8	6,2	6,4	4,4	4,0	4,2
Rast cenovej hladiny v %	3,3	8,5	7,5	2,7	4,2	3,1	2,5	2,8	2,5
Rast reálnej mzdy v %	5,8	-2,0	2,5	6,3	3,6	4,4	4,7	4,1	4,8
Tempo rastu priemernej nominálnej mzdy v %	9,3	6,3	10,2	9,2	8,0	7,6	7,3	7,0	7,4
Rast zamestnanosti v %	1,8	0,5	0,3	2,1	3,5	1,9	0,7	0,6	0,5
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	13,8	13,2	12,8	12,4	12,0
Príjmy verejného sektora ako % z HDP	41,2	35,4	35,5	37,3	36,8	33,7	33,0	32,9	32,8
Verejné výdavky ako % z HDP	48,4	39,2	39,3	40,2	39,7	36,6	35,4	34,9	34,6
Saldo verejných financií ako % z HDP	-7,2	-3,7	-3,8	-2,9	-2,9	-2,9	-2,4	-1,9	-2,9
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	42,7	41,6	34,5	33,1	31,8	31,0	29,7	29,5

Zdroj: Rozpočet verejnej správy na roky 2007 - 2009, Aktualizovaný konvergenčný program Slovenskej republiky, Štatistický úrad SR, predikcie Health Policy Institute

5.4 VEREJNÉ FINANCIE

Po zmene vlády v roku 2006 sa objavili obavy o osud už dlhšie prebiehajúcej fiškálnej konsolidácie. Podľa rozpočtu verejných financií pre roky 2007 – 2009 však ďalšia konsolidácia verejných financií patrí k cieľom vlády. Deklarovaná snaha o prijatie eura v roku 2009 a členstvo v systéme menových kurzov ERM II vytvárajú mantinely pre tvorcov hospodárskej politiky a komplikujú prípadnú snahu o radikálnu zmenu hospodárskej stratégie.

Rozpočet verejných financií pre roky 2007 – 2009 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 36,8 % v roku 2006 na 32,9 % v roku 2009 (s podobnou hodnotou možno počítať aj v roku 2010). Zároveň **vláda predpokladá pokles výdavkov verejnej správy z úrovne 39,7 % v roku 2006 na 34,9 % v roku 2009.**

V dôsledku toho sa deficity verejných financií majú obmedziť z úrovne 2,9 % HDP v rokoch 2006 a 2007 na 1,9 % HDP v roku 2009 (predpokladáme, že s podobnou alebo mierne nižšou úrovňou v 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.

Znižovanie podielu deficitov verejných financií na HDP bude znamenať aj znižovanie podielu verejného dlhu. Verejný rozpočet SR (2007-2009) počíta s poklesom verejného dlhu z 33,1 % HDP v roku 2006 na 29,7 % HDP v roku 2009. To znamená, že SR s veľkou rezervou splní maastrichtské konvergenčné kritérium pre verejný dlh.

Vyššie naznačený scenár pokračovania konsolidácie verejných financií sa však môže naplniť iba vtedy, ak cieľ udržania makroekonomickej rovnováhy bude mať prednosť pred cieľom napĺňania politických sľubov, daných vládnou koalíciou. Rizikom pre naznačený scenár je hlavne konflikt medzi politickými sľubmi a racionálnou hospodárskou politikou.

6. FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA

Zdroje zdravotníctva pre roky 2007 až 2010 budú pochádzať z nasledovných piatich tokov:

1. **Zdroje zdravotných poisťovní**
2. **Zdroje z kapitoly ministerstva zdravotníctva** (okrem platby za poistencov štátu, ktorá je zdrojom zdravotných poisťovní)
3. **Zdroje miest, obcí a VÚC** (kapitálové výdavky pre lôžkové zariadenia)
4. **Zdroje z eurofondov**
5. **Zdroje z čistých peňažných výdavkov domácností na zdravotníctvo**

6.1 Zdroje zdravotných poisťovní

Pri odhade budúcich príjmov sektoru zdravotníctva vychádzame zámerne zo súčasných pravidiel pre tvorbu príjmov systému a nepredpovedáme žiadne jeho zmeny. Do úvahy berieme zvýšenie platby štátu za vymedzený okruh občanov zo 4 na 5 % za prvé štyri mesiace roku 2007, pričom od mája 2007 až po koniec roka 2010 predpokladáme návrat k 4 % sadzbe poistného. Nepredpokladáme žiadne ďalšie zmeny sadzieb pre odvody, zmeny vymeriavacích základov pre výpočet odvodov či iné zmeny v spôsobe získavania príjmov zdravotného systému.

Vychádzame zo skutočnosti, že príjmy pre zdravotné poisťovne pochádzajú z týchto tokov:

- z odvodov z miezd,
- z odvodov zo zmiešaných dôchodkov (platia ich podnikatelia),
- z odvodov platených štátom za vymedzený okruh osôb,
- z odvodov samoplatiteľov,
- z ostatných príjmov zdravotných poisťovní.

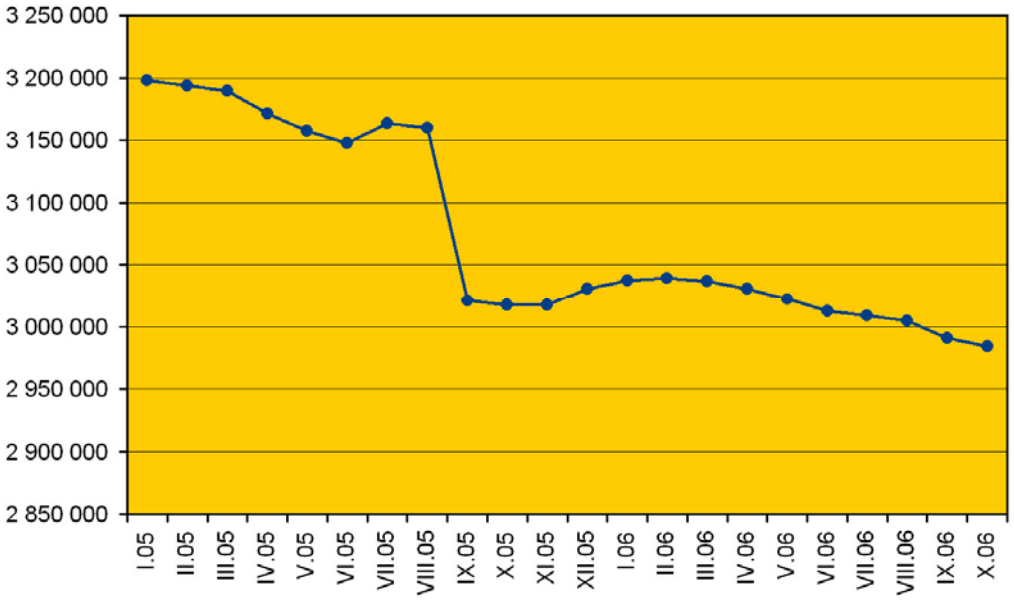
Všetky tieto položky budú odhadnuté jednotlivo. Horizont pre prognózu stanovujeme na rok 2010. V sektore zdravotníctva sú k dispozícii viaceré štatistické údaje o počte poistencov, ich štruktúre a príjmoch za jednotlivé kategórie v rámci ročného zúčtovania. Údaje Štatistického úradu a Úradu pre dohľad sa líšia. Ako bázu pre ďalšie prognózy sme sa rozhodli používať údaje Úradu pre dohľad za rok 2005:

- Úrad pre dohľad vedie centrálny register poistencov a má najpresnejšie a najaktuálnejšie údaje o celkovom počte poistencov ako aj o počte poistencov štátu.
- Úrad pre dohľad vo svojej správe o vykonávaní verejného zdravotného poistenia používa údaje zo Štátnej pokladnice, ktoré sú založené na skutočnom toku hotovosti.

Pri prognóze sme tiež vychádzali z najaktuálnejších údajov o počte poistencov za obdobie účinnosti reformnej legislatívy – rok 2005 a dostupné mesiace roka 2006 od ÚDZS a zdravotných poisťovní.[9)] Zatiaľ čo celkový počet obyvateľov podľa údajov a prognózy Infostatu veľmi mierne stúpa, celkový počet poistencov klesol medzi januárom 2005 a januárom 2006 o 20 745 poistencov.

9) Návrh rozpočtu VšZP pre rok 2007, návrh rozpočtu SZP pre rok 2007.

Graf 1: Počet poistencov štátu po mesiacoch v rokoch 2005 a 2006



Zdroj: ÚDZS, 2006

Predpokladáme, že ide o čistenie registrov poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach, ako aj o vyraďovanie z evidencie tých poistencov, ktorí sa zdržujú alebo odchádzajú za prácou do zahraničia. Vzhľadom na zmäkčovanie obmedzení slobodného pohybu osôb v rámci EÚ predpokladáme, že tento trend znižovanie počtu poistencov bude pokračovať aj naďalej, a to približne na úrovni 15 tisíc osôb ročne.

V systéme predpokladáme približne 150 tisíc samoplatiteľov, ktorých prírastok je evidentný od septembra 2005 vplyvom legislatívnej zmeny.[10)] Tá zmenila pohľad na definíciu tzv. poistenca štátu z negatívneho vymedzenia na pozitívne vymedzenie. V septembri 2005 sa počet poistencov štátu skokovito znížil o 138 tisíc osôb, pričom drvivá väčšina týchto ľudí sa stala samoplatiteľom (Graf 1).

Taktiež predpokladáme rast zamestnanosti a rast počtu SZČO, pričom počet poistencov štátu je dopočítaný ako komplement voči celkovému počtu poistencov zníženého o počet zamestnaných, SZČO a samoplatiteľov (Tabuľka 5).

10) Zákon č. 352/2005 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 718/2004 Z.z.

Tabuľka 5: Prognóza počtu poistencov v jednotlivých kategóriách a počtu obyvateľov v tis. osôb

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Zamestnanci	1 725	1 786	1 820	1 833	1 843	1 852
SZČO	355	365	375	380	384	387
Štát	3 122	3 010	2 956	2 923	2 894	2 867
Samoplatitelia	120	154	150	150	150	150
Počet poistencov	5 322	5 316	5 301	5 286	5 271	5 256
Počet obyvateľov	5 385	5 386	5 390	5 393	5 397	5 401

Vysvetlivky: o – odhad; p – prognóza

Poznámka: Údaje zo štatistického úradu indikujú vyšší počet zamestnancov. Naopak údaje zdravotných poisťovní potvrdzujú nižší počet zamestnaných. Rozdiely môžu byť dané mobilitou trhu práce v rámci EU, ako aj rozdielom medzi počtom obyvateľov a počtom poistencov. Pre prognostické účely v tejto štúdii vychádzame z údajov zdravotných poisťovní.

Zdroj: Prognóza Health Policy Institute na základe podkladov ÚDZS, zdravotných poisťovní a Infostat

6.1.1 Prognóza vývoja miezd a odvodov z miezd

Odvody z miezd tvoria dominantnú časť príjmov zdravotných poisťovní. Ak považujeme percentuálnu sadzbu odvodov (14 %)[11] za konštantu, je potrebné:

- prognózovať tempo rastu miezd, od ktorého budeme odvodzovať tempo rastu poistného, a
- tempo rastu počtu zamestnancov.

Tempo rastu miezd odvodzujeme z nasledovných východísk:

1. Ekonomika má relatívne dobré vyhliadky pre ekonomický rast. V horizonte prognózy možno počítať s priemerným tempom rastu HDP (v stálych cenách) na úrovni skoro 5,9 % (prognóza OECD[12] uvádza priemerné tempo 5,5 % v horizonte do roku 2012). Odvody však potrebujeme odhadnúť v nominálnej výške, preto je potrebné do všetkých agregátov zakomponovať aj nárast cenovej hladiny (zdôvodnený v Rámčeku 2). Odhadnuté tempo rastu HDP tak korigujeme o hodnotu deflátora, výsledkom je priemerný rast nominálneho HDP o 8,7 %.
2. Dobré sú aj vyhliadky pre rast produktivity práce. Dominantná časť vyššie spomenutého rastu HDP bude z väčšej miery krytá rastom produktivity práce, iba z menšej časti rastom zamestnanosti. Je to umožnené stále existujúcou technologickou medzerou, resp. produktivitnou medzerou,[13] čo umožňuje dosahovať veľké skoky v produktivite. Reálny rast produktivity práce (počítanej ako HDP na pracujúceho) môže dosahovať v priemere približne 4,4 %, po úprave deflátorom môžeme priemerný nominálny nárast kvantifikovať na úrovni 7,2 %.
3. Vzácnosť pracovnej sily sa bude zvyšovať. Bude to dôsledok kombinácie rastu počtu zamestnaných a nepriaznivého výhľadu vývoja počtu osôb v produktívnom veku. Nárast vzácnosti pracovnej sily bude hlavne v záverečnej fáze horizontu prognózy pôsobiť na zotrvanie relatívne vysokého nominálneho rastu miezd aj napriek podstatnému poklesu miery inflácie.
4. V tempe rastu nominálnych miezd existuje značná zotrvačnosť a v SR existuje len slabá väzba medzi momentálnym rastom cenovej hladiny a rastom nominálnych miezd. V predchádzajúcich rokoch došlo dvakrát k podstatnému zníženiu miery inflácie (v roku 2002 na 3,3 % a v roku 2005 na 2,7 %, nemalo to však významný vplyv na rast nominálnej mzdy, ktorá rástla podobným tempom ako pri dva- alebo trikrát vyššej miere inflácie). Je to ďalší argument pre to, aby sme aj po podstatnom znížení miery inflácie počítali skôr s pozvoľným klesaním tempa rastu nominálnych miezd.

Rámček 2: Odhad cenovej zložky v ekonomických agregátoch

Do makroagregátov je zakomponovaná rovnaká cenová zložka. Použili sme deflátor HDP, keďže je svojim záberom najviac adekvátny. Pri jeho odhade sme vyšli z predpokladu, že vláda aj NBS urobia všetko nevyhnutné pre prijatie eura v roku 2009. Preto očakávame nasledovný scenár: hodnota deflátora bude klesať v intervale rokov 2006 – 2008, následne veľmi mierne stúpne v roku 2009 (efekt cenovej a nákladovej imitácie pri zavedení eura) a následne znovu začne klesať.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Vychádzajúc z týchto vplyvov odhadujeme, že napriek očakávanému dezinflačnému procesu sa tempo rastu nominálnej mzdy bude spomaľovať iba mierne, z 8,0 % v roku 2006 na 7,4 % v roku 2010. Pre naše účely však nestačí odhadnúť tempo rastu mzdy, potrebujeme aj výpočet výberu poistného.

Pri zamestnancoch vychádzame z ročného výberu poistného v sume 26 944 Sk pre rok 2005 a odhadu ročného výberu 29 100 Sk pre rok 2006. Obidva údaje sú presnejšie (a vyššie) ako sme predpokladali pri poslednej prognóze. Výber na jedného zamestnanca v roku 2005 sme podrobili nezávislej kontrole cez dáta Sociálnej

11) Základná sadzba je 14 %, pričom zamestnávatelia platia 10 % a zamestnanci 4 %. Pri zdravotne ťažko postihnutých osobách je sadzba 7 %, zamestnávatelia platia 5 % a zamestnanci 2 %.

12) Ide o prognózu uverejnenú v OECD Economic Outlook, June 2006.

13) Ide o stále významné, hoci zmenšujúce sa zaostávanie v úrovni technológií a v úrovni produktivity za najvyspelejšími ekonomikami.

Tabuľka 6: Rast HDP a cenovej hladiny do roku 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HDP v bežných cenách, mld. Sk	1 472	1 618	1 778	1 925	2 083	2 238
Tempo rastu HDP v bežných cenách, %	8,5	9,9	9,9	8,2	8,2	7,4
Tempo rastu HDP v stálych cenách, %	6,0	6,5	6,7	5,7	5,4	5,3
Deflátor HDP	2,5	3,2	3,0	2,4	2,7	2,0
Medziročný rast spotrebiteľských cien, %	2,7	4,2	3,1	2,5	2,8	2,5

Zdroj: Prognóza Health Policy Institute, východiskové dáta podľa Štatistického úradu SR

poisťovne. Z tohto kontrolného výpočtu nám vyšiel výber na zamestnanca vo výške 26 294 Sk, čo nás utvrdzuje, že výber za rok 2005 bol skutočne vyšší ako sme predpokladali.

Pre rok 2006 sme naopak ročný výber na zamestnanca skontrolovali s priemerným výberom zo zdravotných poisťovní, vypočítaným z prvých 10 mesiacov roka 2006. Údaje Štatistického úradu potvrdzujú, že mzdy v poslednom kvartáli sú výrazne vyššie ako počas ostatných troch kvartálov (v roku 2005 bol 4. kvartál o 17 % vyšší ako priemer prvých troch kvartálov a o 12 % vyšší ako celoročný priemer). Z tohto dôvodu predpokladáme, že priemerný výber na zamestnanca v zdravotných poisťovniach za rok 2006 sa bude pohybovať v koridore 29 100 až 29 500 Sk.

Kontrolné prepočty cez dáta Sociálnej poisťovne a cez zdravotné poisťovne nás uistili v správnosti výšky predpokladaného ročného výberu v roku 2006 v sume 29 100 Sk. Rast ročného výberu v ďalších rokoch indexujeme rastom priemernej nominálnej mzdy.

Vývoj počtu zamestnancov odvodzujeme z nasledovných východísk:

1. V posledných rokoch väčšinou percentuálne rýchlejšie rástol počet samostatne zárobkovo činných osôb (SZČO) ako počet zamestnancov. Ide o dlhodobejšiu tendenciu (narušená bola práve v prvej polovici 2006, keď vďaka pôsobeniu priamych zahraničných investícií silnejšie vzrástol počet zamestnancov), ktorá zrejme ešte niekoľko rokov pretrvá. Je zdôvodniteľná rozmachom súkromného podnikania, ale aj tzv. núteným podnikaním (keď sú zamestnanci prinútení zamestnávateľom pracovať na živnosť v záujme vyhnutia sa odvodovej záťaži).
2. Očakávanie silného rastu zamestnanosti v krátkodobom horizonte hlavne vplyvom zahraničných investícií. Je to krátko- až strednodobé pokračovanie momentálneho vývoja z roku 2006.
3. Existuje tzv. tvrdé jadro dlhodobo nezamestnaných, z ktorých podstatná časť môže byť označená za nezamestnateľnú.[14] To vytvorí bariéru pre „neobmedzený“ pokles počtu nezamestnaných. Nezamestnané osoby v SR netvoria ľahko využiteľnú masu pracovnej sily, lebo už v čase tvorby tejto prognózy sa miera nezamestnanosti blíži k svojmu spodnému limitu, danému nezamestnateľnými osobami. Dlhodobá nezamestnanosť dosahuje cca 8 %, z toho asi dve tretiny môžeme odhadnúť ako rozsah tvrdého, nezamestnateľného jadra. Preto prirodzenú mieru nezamestnanosti za SR treba odhadnúť ako tvrdé jadro nezamestnateľných plus štandardne chápanú prirodzenú mieru nezamestnanosti.

Dynamika rastu počtu zamestnaných osôb bude mať podľa nášho odhadu mierne klesajúcu tendenciu, od 3,5 % v roku 2006 na 0,5 % v roku 2010.

V Tabuľke 7 je znázornený vývoj odvodov z miezd, ktorý je **výlučne funkciou tempa rastu priemernej nominálnej mzdy a tempa rastu počtu zamestnancov**. V horizonte prognózy táto časť príjmov pre zdravotníctvo stúpa z hodnoty 46,5 mld. Sk (2005) na hodnotu približne 71,5 mld. Sk (2010).

14) Pod nezamestnateľnými osobami nie je treba nutne chápať osoby absolútne nezapojiteľné do práce. Ide však o segment, nereagujúci na normálne pravidlá trhu práce, využiteľný len cez špeciálne nástroje aktívnej politiky trhu práce.

Tabuľka 7: Vývoj priemernej mesačnej mzdy, počtu zamestnancov a objemu odvodov pre zdravotné poisťovne do roku 2010

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Priemerná mesačná mzda, v Sk	17 274	18 656	20 074	21 539	23 046	24 752
Medziročný rast priemernej mesačnej mzdy, %	9,2	8,0	7,6	7,3	7,0	7,4
Ročné poistné na jedného zamestnanca, v Sk	26 944	29 100	31 312	33 597	35 947	38 608
Medziročný rast poistného	9,2	8,0	7,6	7,3	7,0	7,4
Počet zamestnancov, v tis. osôb	1 725	1 786	1 820	1 833	1 843	1 852
Medziročná zmena počtu zamestnancov, v %	1,3	3,5	1,9	0,7	0,6	0,5
Objem odvodov pre zdravotné poisťovne z miezd, v mld. Sk	46,5	52,0	57,0	61,6	66,3	71,5
Medziročný rast objemu odvodov, v %		11,8	9,6	8,0	7,6	7,9

Vysvetlivky: o – odhad, p - prognóza
Poznámky: Keďže nepredpokladáme zmeny v parametroch poistného systému, tak dynamika rastu priemernej mzdy priamo určuje dynamiku rastu výberu poistného. Predpokladáme nezmenenú (vysokú) úspešnosť výberu poistného.
Zdroj: Prognóza Health Policy Institute, východiskové dáta podľa ÚDZS a Štatistického úradu SR

6.1.2 *Prognóza vývoja zmiešaných dôchodkov a odvodov z nich*

Pod zmiešanými dôchodkami chápeme v súlade s metodikou národných účtov ESA 95 príjmy podnikateľov, ktoré sú kombináciou zisku a odmien za prácu vykonanú vlastníkom (alebo členmi jeho rodiny). Odvody platené zo zmiešaných dôchodkov sú podstatne menším príjmom pre sektor zdravotníctva než odvody z miezd. Sú však kvôli vyššej volatilite (príjmy z podnikania sú obyčajne v čase viac rozkolísané ako mzdy) a podstatne povrchnejšej štatistickej sledovanosti aj omnoho ťažšie odhadnuteľné. Prípadné nepresnosti však majú menší dopad. Pre účely tejto prognózy vychádzame z údajov zdravotných poisťovní, ktoré potvrdzujú, že skutočný vymeriavací základ je nižší ako zmiešané dôchodky.

Vývoj výberu poistného od SZČO opierame o nasledovné východiská:

1. Ako už bolo vyššie (pri odhade vývoja počtu zamestnancov) uvedené, existuje dlhodobejší trend predstihu rastu počtu podnikateľov pred rastom počtu zamestnancov. Tento trend pravdepodobne pretrvá (s už spomenutým krátkodobým narušením v roku 2006).
2. Vymeriavací základ pre SZČO je dlhodobo veľmi blízky minimálnemu vymeriavaciemu základu, ktorým je minimálna mzda. Navyše, podľa údajov Úradu pre dohľad, úspešnosť výberu bola len 92,8 %,[15] takže v roku 2005 bol skutočný mesačný výber na jedného podnikateľa (844 Sk) nižší ako minimálny vymeriavací základ (910 Sk). Pri SZČO bol ročný odvod za rok 2005 v sume 10 132 Sk[16] na jedného živnostníka a na rok 2006 tento parameter odhadujeme na 10 988 Sk. Pre prognózu do roku 2010 predpokladáme konzervatívny rast minimálnej mzdy (ktorá je politickým rozhodnutím), a to konštantne na úrovni 37 % z priemernej mzdy. Zároveň predpokladáme zlepšovanie úspešnosti výberu poistného od SZČO na úroveň 97 % v roku 2010.

Odvody pre zdravotníctvo, získané od SZČO, nedosiahnu ani desatinu objemu odvodov získaných z miezd. Očakávaný dlhodobý nárast odvodov SZČO do zdravotníctva začína na hodnote 3,6 mld. Sk v roku 2005 a končí na 5,8 mld. Sk v roku 2010.

6.1.3 *Prognóza vývoja platieb štátu za vymedzený okruh osôb*

Platby štátu za vymedzený okruh osôb sú druhý najväčší zdroj sektoru zdravotníctva (po odvodoch z miezd). Počítame ho podľa vzorca kde Ps_t je platba štátu v roku t, PM_{t-2} je

$$Ps_t = sadzba * PM_{t-2} * PVO_t$$

priemerná mzda v roku (t-2) a PVO_t je počet vymedzených osôb (za ktoré platí štát) v roku t. Ide teda o súčin jednej veličiny s aktuálnou hodnotou (počet vymedzených osôb) a jednej veličiny s časovo posunutou hodnotou (priemerná mzda). Tretia veličina (sadzba) by mala byť stabilná, alebo aspoň kontinuálne stúpajúca v čase, avšak prijatý rozpočet na roky 2007 až 2009 so sadzbou manipuluje, a tak je sadzba v priebehu roka 2007 nerovnaká.

Odhad vývoja platieb štátu za vymedzený okruh občanov vychádza z týchto predpokladov:

1. V krátko- a strednodobom horizonte bude mierne klesať počet osôb, za ktoré platí poistné štát. To je výsledok relatívne silného rastu zamestnanosti. Rozpočet verejných

15) Pri výpočte sme vyňali VšZP, ktorá prekračuje v úspešnosti výberu 100 %. Predpokladáme, že dôvodom je nepresná evidencia a odhad predpisu.

16) Úrad pre dohľad: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005

Tabuľka 8: Odvod SZČO do zdravotných poisťovní v mld. Sk

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Počet SZČO, v tis. osôb	355	365	375	380	384	387
Zmena počtu SZČO, v %		2,8	2,5	1,5	1,0	0,7
Minimálna mzda, v Sk	6 500	6 900	7 500	8 047	8 610	9 248
Minimálny výber SZČO, mesačne (14 % z minimálnej mzdy), v Sk	910	966	1 050	1 127	1 205	1 295
Úspešnosť výberu SZČO, v %	92,8 %	94,8 %	97,0 %	97,0 %	97,0 %	97,0 %
Skutočný mesačný výber SZČO, v Sk	844	916	1 019	1 093	1 169	1 256
Skutočný ročný výber SZČO, v Sk	10 132	10 988	12 222	13 114	14 031	15 070
Medziročný zmena ročného výberu, v %		8,4 %	11,2 %	7,3 %	7,0 %	7,4 %
Objem odvodov pre zdravotné poisťovne od SZČO, v mld. Sk	3,6	4,0	4,6	5,0	5,4	5,8
Medziročný rast objemu odvodov, v %		11,5 %	14,0 %	8,9 %	8,1 %	8,2 %

Vysvetlivky: o – odhad, p - prognóza
Zdroj: Prognóza Health Policy Institute, východiskové údaje ÚDZS

financií pre roky 2007 až 2009 predpokladá v roku 2007 počet 3 025 154 osôb, za ktoré bude poistné platiť štát. Podľa nášho odhadu to bude približne 2 956 000 osôb.

2. Podľa schváleného rozpočtu verejných financií pre roky 2007 až 2009 sa vláda rozhodla dočasne zvýšiť percentuálnu sadzbu, podľa ktorej sa platba štátu vypočíta. Pre prvé štyri mesiace roku 2007 je schválená sadzba 5 % a pre ďalšie obdobie je schválená sadzba 4 %. Výsledkom je paradoxná situácia, keď vláda v roku 2007 mieni v sumáre za svojich poistencov platiť viac ako v roku 2008. Navyše takto dočasne zvýšená sadzba je v rozpore s programovým vyhlásením vlády.

Predpokladáme, že platba štátu za svojich poistencov dosiahne v roku 2007 celkovo 26,5 mld. Sk, čo je približne o 0,7 mld. Sk menej ako prognózuje ministerstvo financií. Rozdiel vzniká vyšším odhadom počtu štátnych poistencov zo strany ministerstva financií. Ak by sa skutočne potvrdil náš odhad nižšieho počtu poistencov štátu, tak by to pre ministerstvo financií dávalo primeraný priestor na udržateľné a trvalé zvyšovanie poistných sadzieb štátu, čím by sa aspoň mierne napravili deformácie spôsobené účelovou manipuláciou sadzby pre rok 2007.

6.1.4 Platby od samoplatiteľov

Počet samoplatiteľov rapídne stúpol od septembra 2005, keď došlo k zmene definície poistencov štátu. V uvedenom mesiaci sa počet poistencov štátu znížil o viac ako 138 tisíc osôb. V súčasnosti sa počet samoplatiteľov ustálil na úrovni okolo 150 tisíc osôb.

Ročný odvod pri samoplatiteľoch za rok 2005 dosiahol 2 562 Sk. Úspešnosť výberu poistného od poistencov tejto kategórie je výrazne horšia ako podľa správy ÚDZS – iba na úrovni 37,2 %. Predpokladá sa, že je to najmä dôsledok legislatívnych zmien v priebehu roka, keď od septembra 2005 štát opätovne vymedzil svojich poistencov formou pozitívneho zoznamu. Samoplatitelia sa tak stali samostatnou kategóriou, ktorá by si mala hradiť poistné sama za seba v rovnakej výške ako štát. Určitý čas však bude trvať, kým sa znovu nahlásia a začnú odvádzať riadne poistné, preto predpokladáme postupne sa zlepšujúcu úspešnosť výberu a postupný nárast ročného odvodu z 3 202 Sk v roku 2006 na 6 426 Sk v roku 2010 (Tabuľka 10).

Tabuľka 9: Objem platieb štátu pre zdravotné poisťovne v mld. Sk

Parameter	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Počet poistencov štátu, v tis. osôb	3 122	3 010	2 956	2 923	2 894	2 867
Vymeriavací základ – priemerná mzda dva roky dozadu, v Sk	14 365	15 825	17 274	18 656	20 074	21 539
Poistná sadzba, v %	4 %	4 %	4,33 %	4 %	4 %	4 %
Ročná platba štátu za poistenca štátu, v Sk	6 895	7 596	8 976	8 955	9 636	10 339
Platba štátu spolu, v mld. Sk	21,5	22,9	26,5	26,2	27,9	29,6
Platba štátu podľa schváleného rozpočtu verejných financií 2007 – 2009 v mld. Sk			27,2	27,0	28,6	30,9

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza

Poznámka: Bázou pre výpočet výšky platby v roku 2005 je priemerná mzda v roku 2003, atď. Preto uvádzame mzdu posunutú dva roky nazad oproti aktuálnemu roku. Oproti návrhu štátneho rozpočtu však prognózujeme menší počet poistencov štátu ako ministerstvo financií z dôvodu klesajúceho počtu poistencov a rastu zamestnanosti.

Sadzba pre rok 2007 je vypočítaná ako efektívna sadzba – schválený rozpočet počíta s nasledovným harmonogramom: 5 % – január až apríl 2007 a 4 % – máj až december 2007.

Zdroj: Prognóza Health Policy Institute, 2006 a schválený rozpočet verejnej správy pre roky 2007 až 2009

Tabuľka 10: Prognóza platby samoplatiteľov v mld. Sk

	2005	o2006	p2007	p2008	P2009	p2010
Počet samoplatiteľov (priemerný stav za rok), v tis. osôb	120	154	150	150	150	150
Ročný vymeriavací základ, v Sk	6 895	7 596	8 292	8 955	9 636	10 339
Úspešnosť výberu, v %	37,2 %	42,2 %	47,2 %	52,2 %	57,2 %	62,2 %
Skutočný ročný výber, v Sk	2 562	3 202	3 910	4 670	5 507	6 426
Platba za samoplatiteľov spolu, v mld. Sk	0,3	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0

Vysvetlivky: o – odhad, p - prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

6.2 ZDROJE Z KAPITOLY MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Zdroje z kapitoly Ministerstva zdravotníctva SR sú určené na financovanie bežných a kapitálových výdavkov ministerstva, Úradov verejného zdravotníctva a niektorých rozpočtových a príspevkových organizácií v sektore. Do zdrojov kapitoly úmyselne nezahrňujeme poistné platené štátom, ktoré je zdrojom zdravotných poisťovní a cez kapitolu ministerstva zdravotníctva je len administrované. Zo systémového hľadiska je ešte nutné podotknúť, že zdroje z kapitoly ministerstva zdravotníctva nie sú určené na nákup zdravotnej starostlivosti. Túto kompetenciu majú výhradne zdravotné poisťovne.

Bežné výdavky kapitoly pre rok 2007 bez poistného plateného štátom sú rozpočtované vo výške 2,2 mld. Sk a slúžia na financovanie:

- administratívnych nákladov ministerstva zdravotníctva (135,9 mil. Sk),
- čerpania úveru TAL od Svetovej banky[17] (61,0 mil. Sk),
- vedy (107,2 mil. Sk),
- Úradov verejného zdravotníctva (995,0 mil. Sk),
- bežných výdavkov Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (118,0 mil. Sk),
- operačných stredísk záchrannej zdravotnej služby (250,6 mil. Sk),
- Slovenskej zdravotníckej univerzity (203,4 mil. Sk),
- Národného centra zdravotníckych informácií (66,9 mil. Sk),
- Slovenského Červeného kríža (37,4 mil. Sk).

Kapitálové výdavky sú rozpočtované v sume 0,7 mld. Sk. Prostriedky sú určené pre financovanie investičných akcií rozpočtových a príspevkových organizácií v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR, prípadne dotácií v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách a na financovanie projektu SECAL z úveru Svetovej banky.

Z dôvodu výrazného zníženia kapitálových výdavkov smerujúcich z kapitoly ministerstva zdravotníctva predpokladáme, že zdroje ministerstva zdravotníctva budú mať klesajúcu tendenciu až na úroveň 2,4 mld. Sk v roku 2010 (Tabuľka 11).

6.3 ZDROJE MIEST, OBCÍ A VÚC

Mestá, obce a VÚC sú majiteľmi niektorých zdravotníckych zariadení – prevažne nemocníc a polikliník. Z tohto dôvodu sa v ich rozpočtoch nachádzajú kapitálové výdavky smerujúce do obnovy aktív, dostavbu rozostavaných stavieb alebo splátok prístrojov. Tieto sumy sú však veľmi nízke – v rozpočtoch miest a obcí približne 0,2 mld. Sk ročne a pri VÚC približne 0,3 mld. Sk ročne. Celkovo tak mestá, obce a VÚC prispievajú do zdravotného systému sumou 0,5 mld. Sk ročne (Tabuľka 12).

17) Pre čerpanie úveru Svetovej banky určeného na realizáciu projektu Modernizácie systému zdravotníctva je v rozpočte na rok 2007 vyčlenených celkom 561,0 mil. Sk. Z uvedenej sumy je pre projekt v časti TAL rozpočtovaných 61,0 mil. Sk. Pre projekt v časti SECAL sú rozpočtované kapitálové výdavky v sume 500,0 mil. Sk. Čerpanie úveru je však podmienené splnením 7 podmienok, ktoré sa týkajú navrhnutých programov a hospodárenia sektoru zdravotníctva.

6.4 ZDROJE Z EUROFONDOV

Rozpočet verejnej správy pre roky 2007 – 2009 predpokladá v roku 2007 čerpanie eurofondov z kapitoly Ministerstva výstavby a regionálneho rozvoja SR z operačného programu „Základná infraštruktúra". Pre podopatrenie „3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry" je na rok 2007 rozpočtovaná suma vo výške 0,3 mld. Sk z prostriedkov Európskeho spoločenstva a 0,04 mld. Sk na spolufinancovanie z prostriedkov štátneho rozpočtu z kapitoly Ministerstva výstavby a regionálneho rozvoja SR.

Subjekty v zdravotníctve budú môcť čerpať finančné prostriedky zo štrukturálnych fondov v rokoch 2007 až 2013 aj z Operačného programu „Zdravotníctvo", ktorého riadiacim orgánom bude Ministerstvo zdravotníctva SR a ktorý vláda schválila v rámci aktualizovaného Národného strategického referenčného rámca 2007 – 2013. Operačný program „Zdravotníctvo" získa 250 miliónov eur (v prepočte 9 mld. Sk) plus 35,5 mil. eúr ako kofinancovanie zo štátneho rozpočtu na tri prioritné osi:

- **Modernizácia zdravotníctva** (193,0 mil. eúr + 34,1 mil. eúr),
- **Podpora zdravia** a predchádzanie zdravotným rizikám (49,1 mil. eúr),
- **Technická pomoc** (7,9 mil. eúr + 1,4 mil. eúr).

Aby nebola naštrbená hospodárska súťaž a aby nevzniklo nerovnocenné postavenie jednotlivých subjektov v súťaži o eurofondy, je potrebné:

- stanoviť jasné, transparentné a vymáhateľné kritéria pre získavanie eurofondov,
- podmieniť čerpanie eurofondov ekonomickými a klinickými výsledkami žiadateľa, aby eurofondy smerovali k efektívnym poskytovateľom, a nie k tým, ktorí sa zadlžujú a nevedia preukázať dostatočnú medicínsku kvalitu.

Tabuľka 11: Rozpočtová kapitola ministerstva zdravotníctva bez poistného plateného štátom

Kapitola ministerstva zdravotníctva	2005	2006	2007	2008	2009	p2010
Bežné výdavky bez poistného plateného štátom	1,4	2,3	2,2	2,4	2,4	2,4
Kapitálové výdavky, z toho:	1,6	0,8	0,7	0,2	0,2	0,2
- SECAL - úver Svetovej banky	0,6	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0
- ostatné kapitálové výdavky	1,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Výdavky spolu bez poistného plateného štátom	3,0	3,1	2,9	2,6	2,6	2,6

Vysvetlivky: p – prognóza Health Policy Institute, 2006
Zdroj: Rozpočet verejnej správy 2007 – 2009, Štátny záverečný účet 2005

Tabuľka 12: Výdavky miest, obcí a VÚC na zdravotníctvo

Samospráva	2005	2006	2007	2008	2009	p2010
Zdroje miest a obci	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Zdroje VÚC	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Spolu v mld. Sk	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5

Vysvetlivka: p – prognóza Health Policy Institute, 2006
Zdroj: Rozpočet verejnej správy 2007 – 2009

Tabuľka 13: Zdroje z eurofondov

Eurofondy	2005	2006	2007	2008	2009	p2010
OP „Základná infraštruktúra"	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
OP „Zdravotníctvo"	0,0	0,0	0,0	1,5	1,5	1,5
Zdroje z eurofondov spolu	0,0	0,0	0,3	1,5	1,5	1,5

Vysvetlivka: p – prognóza Health Policy Institute, 2006
Zdroj: Rozpočet verejnej správy 2007 – 2009, Národný Strategický Referenčný Rámec 2007 – 2013, rozdelenie do rokov je odhad Health Policy Institute (2006) a vychádza z rovnomerného čerpania počas celého obdobia, pričom v prvom roku sa v dôsledku realizácie výziev ešte nečerpá.

6.5 ČISTÉ PEŇAŽNÉ VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ NA ZDRAVOTNÍCTVO

Ide o zdroj, ktorý nemá charakter odvodov alebo inak vymáhateľných príjmov (ako v predchádzajúcich prípadoch). Ide o výdavky, platené z rozpočtu domácností priamo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ako:

- spoluúčasť pri nákupe liekov,
- spoluúčasť pri nákupe zdravotníckych pomôcok,
- spoluúčasť vynútená poskytovateľmi ambulantnej starostlivosti,
- platby za pobyt v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti (napr. kúpele),
- zdravotná starostlivosť (lieky, služby, výkony a pod.) nad rámec verejného zdravotného poistenia,
- platby za nadštandard,
- neformálne platby.

Pri odhade tohto zdroja vychádzame z rodinných účtov, ktoré podľa Štatistického úradu uvádzajú, že v roku 2005 občania celkovo zaplatili 19,9 mld. Sk čistých peňažných výdavkov na zdravotníctvo. V štruktúre príjmov systému zdravotníctva ide po odvodoch zamestnancov a platbe štátu za svojich poistencov o tretí najvýznamnejší zdroj financií.

Pri odhade budúceho vývoja týchto výdavkov sa opierame o nasledovné východiská:

Budúci nárast životnej úrovne sa zrejme prejaví v náraste podielu zdravotníctva na čistých peňažných výdavkoch domácností. Výdavky na zdravotníctvo sa tu zachovajú ako výdavky na luxusný statok, teda tempo rastu výdavkov na zdravotníctvo bude v priemere vyššie ako tempo rastu príjmov. Preto tempo rastu výdavkov domácností na zdravotníctvo odhadujeme tak, že ich zvyšujeme tempom o dva percentuálne body vyšším ako je tempo rastu nominálnych miezd (tu však ide len o intuitívny odhad, keďže nie je možnosť oprieť sa o skúsenosť z porovnateľnej situácie).

Zrušenie časti priamych platieb v zdravotníctve, o ktorom vláda rozhodla v roku 2006, spôsobí len malý výkyv vo vývoji výdavkov. Týka sa to roku 2006 a hlavne 2007 (v roku 2006 preto z hodnoty získanej podľa funkcie rastu výdavkov odpočítavame 0,5 mld. Sk a v ďalších rokoch odpočítavame 2,5 mld. Sk). Je však možné, že lekári si budú výpadok poplatkov čiastočne kompenzovať prostredníctvom iných poplatkov, napr. za vedenie dokumentácie, za skúmavku a pod. Preto túto prognózu čistých peňažných výdavkov domácností môžeme považovať za konzervatívnu, pričom skutočný objem môže byť vyšší.

Tabuľka 14: Objem čistých peňažných výdavkov domácností na zdravotníctvo v mld. Sk

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Čisté peňažné výdavky domácností	19,9	21,2	21,0	22,9	24,9	27,3

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza Health Policy Institute, 2006
Zdroj: Štatistický úrad SR (východiskový údaj za rok 2005)

6.6 ZHRNUTIE

V závere by sme chceli najprv upozorniť na skutočnosť, že prognózovanie makroekonomických parametrov ekonomiky a zdravotníctva v dlhodobom horizonte je spojené so značným stupňom neistoty a čitateľ by tieto čísla mal prijímať s vedomím, že môžu byť „krehké“ a každá externá zmena prostredia sa potom môže priamo odzrkadliť na skutočnom vývoji.

Môžeme však konštatovať, že oproti predchádzajúcej prognóze z mája 2006 vychádzame z presnejších údajov zo spoľahlivých zdrojov – z dát Úradu pre dohľad, ktoré sme podrobili krížovej kontrole cez dáta Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní. Celkový výber poistného tak mierne vzrástol. Je to najmä dôsledok neočakávane dobrého rastu ekonomiky, priemerných miezd a zamestnanosti.

Odhad makroekonomických parametrov sa opiera o silný ekonomický rast sprevádzaný rastom zamestnanosti a o predpoklad, že sa jednak radikálne nezmení charakter hospodárskej politiky a že vláda aj NBS sa budú skutočne snažiť naplniť včas kritériá pre vstup do eurozóny.

Tabuľka 15 predstavuje súhrn prognózovaných príjmov sektora. Vyplýva z nej nárast celkového objemu príjmov zo 105,3 mld. Sk v roku 2006 na 140,9 mld. Sk v roku 2010. Objem zdrojov v priebehu prognózovaného obdobia rastie veľmi nerovnomerne – kým v roku 2007 je to až o 12 %, v roku 2008 už iba o 5 %. Je to spôsobené nevyrovnanou platbou štátu za svojich poistencov. V rokoch 2009 a 2010 už rastú zdroje pomerne stabilne na úrovni 7 %. Zároveň takýto prudký skok v roku 2007 vyvoláva zvýšené očakávania u poskytovateľov, ktoré nemusia byť v nasledovných rokoch zdrojovo kryté a môžu byť základom budúcej finančnej nerovnováhy.

Tabuľka 15: Príjmy sektora zdravotníctva v mld. Sk

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
1. Príjmy zdravotných poisťovní	73,5	80,3	89,7	94,4	101,4	108,9
1.1 Odvody z miezd	46,5	52,0	57,0	61,6	66,3	71,5
1.2 Odvody od podnikateľov	3,6	4,0	4,6	5,0	5,4	5,8
1.3 Platby štátu za vymedzený okruh osôb	21,5	22,9	26,5	26,2	27,9	29,6
1.4 Odvody samoplatiteľov	0,3	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0
1.5 Ostatné príjmy zdravotných poisťovní*	1,6	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2. Kapitola ministerstva zdravotníctva (bez platby štátu za svojich poistencov)	3,0	3,1	2,9	2,6	2,6	2,6
3. Zdroje miest, obcí a VUC	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
4. Eurofondy	0,0	0,0	0,3	1,5	1,5	1,5
5. Čisté peňažné výdavky domácností	19,9	21,2	21,0	22,9	24,9	27,3
Zdroje spolu	**96,9**	**105,3**	**114,4**	**121,9**	**130,9**	**140,9**
Verejné zdroje spolu	77,0	84,0	93,4	99,0	106,0	113,5
Súkromné zdroje spolu	19,9	21,2	21,0	22,9	24,9	27,3
HDP v bežných cenách	1472,0	1618,0	1778,0	1925,0	2083,0	2238,0
Zdroje spolu ako % z HDP	**6,6 %**	**6,5 %**	**6,4 %**	**6,3 %**	**6,3 %**	**6,3 %**
Verejné zdroje spolu ako % z HDP	5,2 %	5,2 %	5,3 %	5,1 %	5,1 %	5,1 %
Súkromné zdroje spolu ako % z HDP	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
Podiel verejných zdrojov na celkových zdrojoch	79,5 %	79,8 %	81,7 %	81,2 %	81,0 %	80,6 %
Podiel súkromných zdrojov na celkových zdrojoch	20,5 %	20,2 %	18,3 %	18,8 %	19,0 %	19,4 %

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza

*Poznámka: * Ide o platby od nerezidentov a súbor ostatných marginálnych príjmov zdravotných poisťovní, vrátane príjmov z poplatkov a príjmov z ročného zúčtovania. Sú veľmi ťažko odhadnuteľné, preto ich ponechávame na nezmenenej úrovni roka 2007, keď pokles oproti roku 2006 je spôsobený výpadkom príjmu z poplatku za recept (15 Sk za jeden recept, pri počte cca 45 mil. receptov).*

Zdroj: Prognóza Health Policy Institute, východiskové dáta (2005) podľa ÚDZS

Ak sumu celkových príjmov dáme do pomeru k nominálnemu HDP, vychádza nám **pokles zdrojov zo 6,5 % z HDP v roku 2006 na 6,3 % z HDP v roku 2010**. Táto jednoznačne neuspokojivá tendencia je spôsobená:

1. znížením spoluúčasti občanov v priemere o 2,5 mld. Sk ročne, čo spôsobuje výpadok približne na úrovni 0,1 % HDP
2. pomalším rastom platby štátu za svojich poistencov ako bude rast HDP, pričom spomalenie je vyvolané stagnáciou platby v roku 2008

Z hľadiska štruktúry zdrojov dôjde k vytláčaniu súkromných zdrojov verejnými zdrojmi – najmä v roku 2007, ako reakcia na zrušenie poplatkov a krátkodobé zvýšenie platby štátu za svojich poistencov. Pomer verejných zdrojov na celkových zdrojoch medziročne stúpne zo 79,8 % na 81,7 %, pričom súkromné zdroje klesnú z 20,2 % na 18,3 %. V ďalších rokoch však spomalenie platby štátu vyvolá postupný pokles váhy verejných zdrojov na úroveň 80,6 % všetkých zdrojov.

6.7 DISKUSIA

6.7.1 Ako tvoriť predvídateľný rozpočet – jasne a predvídateľne definovať parametre

Po odvodoch z miezd sú platby štátu za vymedzený okruh osôb druhý najväčší zdroj sektora zdravotníctva. Kým do roku 2004 bola platba za poistencov štátu náhodnou a nepredikovateľnou položkou, od roku 2005 ju počítame podľa vzorca, ktorý zohľadňuje (1) počet poistencov štátu, (2) priemernú mzdu a (3) sadzbu poistného.

Predpokladáme, že v krátko- a strednodobom horizonte bude mierne klesať počet osôb, za ktoré platí poistné štát. To je výsledok relatívne silného rastu zamestnanosti. Tento náš predpoklad, aj keď s určitým oneskorením v čase (až od roku 2009), potvrdzuje aj odhad ministerstva financií.

Pre výpočet platby na rok 2007 je ako základ výpočtu použitá priemerná mzda za rok 2005, pričom pre ďalšie roky je použitý rovnaký princíp. Toto posunutie v čase o dva roky nie je samoúčelné, ale vychádza z obmedzení pri konštrukcii rozpočtu. Rozpočet sa musí opierať o známe údaje a vzhľadom k tomu, že v roku 2006 je posledný známy údaj za rok 2005, rozpočet na rok 2007 za bázu výpočtu používa práve priemernú mzdu za rok 2005.

Sadzba je zo všetkých troch veličín vzorca politicky najviac ovplyvniteľná. Podľa schváleného rozpočtu verejných financií pre roky 2007 až 2009 sa vláda rozhodla dočasne zvýšiť poistnú sadzbu, podľa ktorej sa platba štátu vypočíta. Pre prvé štyri mesiace roku 2007 je schválená sadzba 5 % a pre ďalšie obdobie je schválená sadzba 4 %. Výsledkom je paradoxná situácia, keď vláda v roku 2007 mieni v sumáre za svojich poistencov platiť viac ako v roku 2008. Navyše takto dočasne zvýšená sadzba je v rozpore s programovým vyhlásením vlády (kde sa vláda rozhodla zvýšiť sadzbu na 5 %) ako aj vyjadreniami ministra zdravotníctva, ktorý sa zaviazal, že zvýšenie sadzby bude trvalé.

Zvýšenie sadzby zo 4 % na 5 % z priemernej mzdy na 4 mesiace roka 2007 vnímame ako politicky účelový a z hľadiska plánovania ako nerozumný krok z viacerých dôvodov:

- vláda chce opticky naplniť programové vyhlásenie vlády, ale nemá na tento sľub finančné krytie a tak sa tvári, že sadzba je vlastne 5 %,
- vláda neprimerane zvyšuje očakávania poskytovateľov o dodatočných zdrojoch, pričom tieto dodatočné zdroje už sľúbila nielen ambulantným lekárom ako kompenzáciu za zrušenie poplatkov, ale aj nemocniciam na zvýšenie miezd,

Tabuľka 16: Modelovanie platby štátu za svojich poistencov v rokoch 2005 až 2009 podľa rozpočtu verejných financií a programového vyhlásenia vlády (PVV) pri zmene poistnej sadzby

Parameter	2005	o2006	p2007	p2008	p2009
Poistná sadzba podľa rozpočtu verejných financií v %	4,00 %	4,00 %	4,33 %	4,00 %	4,00 %
Platba štátu v mld. Sk	21,5	22,9	26,5	26,2	27,9
Poistná sadzba podľa PVV v %	4,00 %	4,00 %	5,00 %	5,00 %	5,00 %
Platba štátu podľa PVV v mld. Sk	21,5	22,9	30,6	32,7	34,9

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza

Poznámka: sadzba v roku 2007 (4,33 %) je efektívna sadzba.

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute na základe návrhu rozpočtu verejných financií 2007-2009 v mld. Sk a programového vyhlásenia vlády, 2006

- súčasne došlo k nesystémovému zníženiu DPH na lieky z 19 % na 10 %, čo je len iný druh transferu medzi štátnym rozpočtom a zdravotnými poisťovňami. Ak by vláda postupovala štandardne, DPH mala zostať na úrovni 19 % a platba štátu mala byť stanovená na rovnaké percento po celý rok (v tomto konkrétnom prípade na 4,66 %).

Aby boli podmienky na zdravotnom trhu predikovateľné, musí vláda k nastavovaniu parametrov zdravotného systému pristupovať zodpovednejšie. Poistnú sadzbu odporúčame radšej zvyšovať postupne, ako ju v rámci roka a medziročne nesystémovo znižovať – vytvára to neadekvátne očakávanie poskytovateľov do budúcnosti vyvolané náhlym zvýšením platby, ktorá potom v ďalších rokoch nie je rozpočtovo krytá.

6.7.2. Ako kompenzovať riziko štruktúry poistencov – rozvoj prerozdeľovacieho mechanizmu

Prerozdeľovanie poistného a indexy rizika nákladov predstavujú nástroje zabezpečovania solidarity a univerzality systému zdravotného poistenia. Ich úlohou je zabezpečiť, aby nedochádzalo k selekcii rizika (a poistencov) zdravotnými poisťovňami a aby každá poisťovňa mala k dispozícii rovnaký objem zdrojov na poistenca s vybranými charakteristikami.

Systém prerozdelenia na Slovensku je v súčasnosti postavený na dvoch prediktoroch – vek a pohlavie. Každý poistenec je tak zaradený práve do jednej skupiny, ktorá má priradený práve jeden stupeň rizika na základe historických údajov. Vývoj indexov rizika znázorňuje Graf 2 a 3. Považujeme za dôležité čitateľov upozorniť, že ramená kriviek stúpajú, čo svedčí o výraznejšom náraste nákladov na zdravotnú starostlivosť najmladších a najstarších poistencov v porovnaní k najlacnejšej skupine poistencov. Tieto skupiny poistencov sú zároveň najväčšími spotrebiteľmi zdrojov.

Vzhľadom na rastúcu súťaž o poistenca, ako aj príchod nových (menších) zdravotných poisťovní je pre férovú súťaž dôležité medzi poisťovňami neustále zdokonaľovať systém prerozdelenia, aby vernejšie zobrazoval variabilitu v nákladoch jednotlivých poistencov. Zmena systému prerozdelenia by mala byť rozdelená do dvoch krokov:

1. **Vytvorenie tzv. „high risk pool“.** Ten sa vytvorí tak, že ak individuálne náklady na poistenca (napr. transplantácia pečene – 1,2 mil. Sk) prekročia určitú hranicu (napr. 0,4 milióna korún), tak zdravotná poisťovňa dostane z rozdielu (0,8 mil. Sk) medzi skutočnými nákladmi (1,2 mil. Sk) a hranicou (0,4 mil. Sk) kompenzáciu vo výške 75 % z tohto rozdielu, čiže (0,6 mil. Sk). Niektoré krajiny majú túto kompenzáciu vo výške 60 % (Nemecko), niektoré vo výške 80 % (ČR).

2. Okrem veku a pohlavia sa **prerozdeľovací mechanizmus môže rozšíriť o parametre zdravotného stavu na báze diagnóz, liekov, prítomnosti chronického ochorenia alebo zaradenia do programu manažmentu chorôb**. Dodaním takýchto prediktorov sa zvýši relatívna váha tých skupín poistencov, pri ktorých môžeme dlhodobo predvídať náklady vzhľadom na ich chorobu (napr. diabetes). Zavedenie takéhoto systému je však veľmi náročné na údaje a musí mu predchádzať testovacia fáza v zdravotných poisťovniach (cca 2 roky), v ktorej sa odladia dôležité technické parametre a až následne sa môže spustiť plnohodnotná implementácia.

Osobitnou možnosťou je použitie tzv. metódy „carve out“ alebo outsourcovanie vybraných zdravotných rizík. V tomto prípade sa manažment časti poistencov s vybranou diagnózou prenesie prostredníctvom verejnej súťaže na jednu spoločnosť (môže to byť samostatná, zvlášť pre tento účel založená spoločnosť alebo aj jedna zo zdravotných

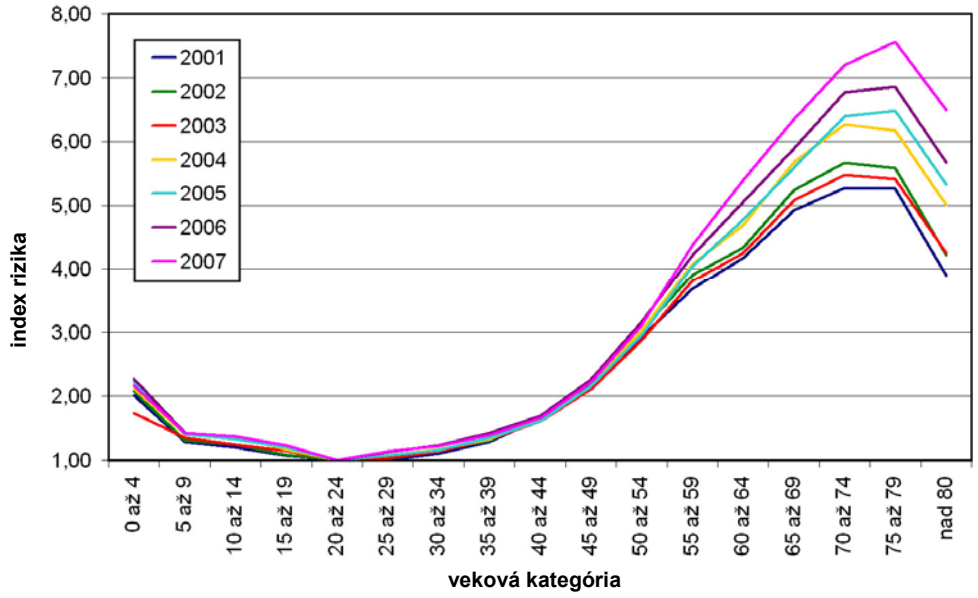
poisťovni). Základnou podmienkou pre vyhlásenie takejto súťaže a podpísanie „carve out“ kontraktu je možnosť zvýšenia nákladovej efektívnosti a tým aj zníženia celkových nákladov lepším manažmentom pacientov, zavedením guidelinov, liečebných protokolov a liekových formulárov, zlepšením koordinácie medzi poskytovateľmi, presunom z lôžkovej do ambulantnej starostlivosti a uplatnením úspor z ekonómie rozsahu.

6.7.3 Ako podporiť vyššiu konkurenciu – diferencované poistné a diferencovaná spoluúčasť

K vyššej konkurencii na trhu, ktorá by bola zároveň jasne čitateľná pre spotrebiteľov, by pomohla možnosť zdravotných poisťovní raz ročne meniť tri parametre:

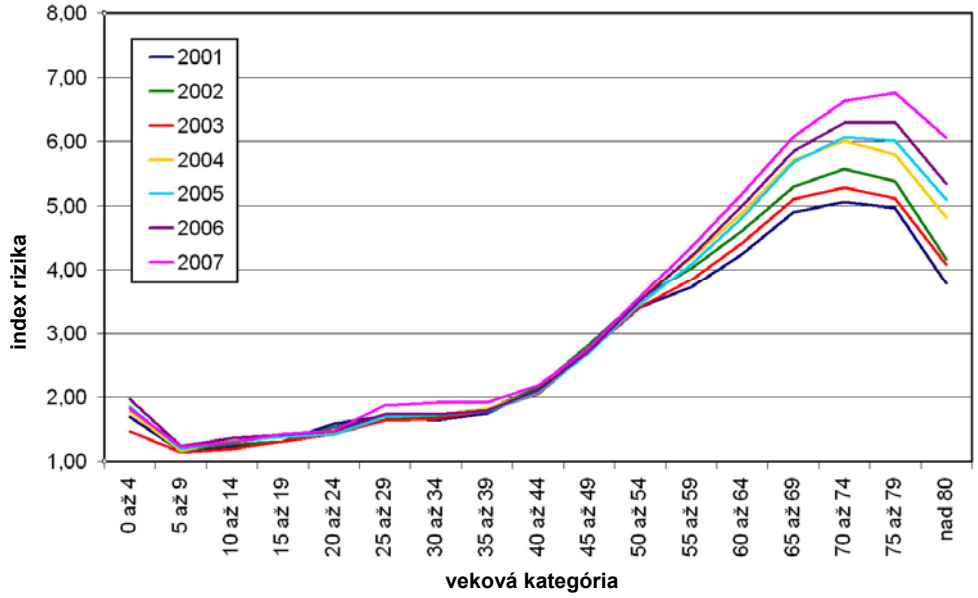
1. sadzbu poistného v definovanom rámci okolo zákonom stanovenej poistnej sadzby (napr. 12 % až 15 %),

Graf 2: Porovnanie indexov rizika, muži 2001 – 2007



Zdroj: Prepočty Health Policy Institute na základe údajov Ministerstva zdravotníctva SR

Graf 3: Porovnanie indexov rizika, ženy 2001 – 2007



Zdroj: Prepočty Health Policy Institute na základe údajov Ministerstva zdravotníctva SR

2. výšku maximálnej ročnej spoluúčasti poistenca v definovanom rámci (napr. 1 000 Sk až 10 000 Sk),
3. pevne definovanú spoluúčasť pri liekoch, diagnózach a výkonoch.

Zdravotné poisťovne by dané tri parametre museli oznámiť vždy k 30. 6. kalendárneho roka, pričom ich platnosť by bola od 1. 1. nasledujúceho kalendárneho roka. Vzhľadom k tomu, že poistenci sa o voľbe zdravotnej poisťovne môžu rozhodovať do 30.9. kalendárneho roka, k ich rozhodovaniu by tieto informácie významným spôsobom prispeli.

Predpoklady:

1. zdravotná poisťovňa nesmie odmietnuť žiadneho poistenca a ani nijak inak jeho prijatie podmieňovať (napr. na základe zdravotného stavu);
2. poistná sadzba je platná pre každého poistenca v kmeni. Pre tých poistencov, kde zo zákona platí iná ako základná sadzba, sa nová sadzba vypočíta ako pomer sadzby poisťovne k základnej sadzbe;
3. platba za poistencov štátu sa zmení na platbu za poistenca, pričom jej výška sa v prvom roku platenia určí ako percento z priemernej mzdy dva roky dozadu tak, aby objem platby zo štátneho rozpočtu do zdravotných poisťovní zostal nezmenený. V ďalších rokoch sa platba zvyšuje dynamikou rastu priemerných miezd, prípadne zvýšením percentuálnej poistnej sadzby podľa možností štátneho rozpočtu. Takáto poistná sadzba za poistenca nezávisí od poistnej sadzby určenej poisťovňou;
4. dobre definovaný základný balík z hľadiska liekov, diagnóz, výkonov, služieb a protokolov;
5. minimálna poistná sadzba nesmie byť nižšia ako 12 %, aby sa nenarušila logika prerozdeľovacieho mechanizmu. Dnes sa 85 % zdrojov prerozdeľuje a 15 % zostáva priamo príjmom zdravotnej poisťovne. V rámci súťaže považujeme za prípustné, ak sa poisťovňa vzdá časti svojich prostriedkov (a neohrozuje ostatných poistencov v iných poisťovniach), pričom tento výpadok si kompenzuje napr. vyššou spoluúčasťou od svojich poistencov;
6. citlivo stanovená povolená hranica na maximálnu spoluúčasť, keď náklady pod ňou znáša poistenec a náklady nad ňou znáša poisťovňa. Samozrejme, každá poisťovňa si môže stanoviť vlastný „mix“ sadzby a spoluúčasti. Je dôležité pripomenúť, že po dosiahnutí stropu pacient už spoluúčasť neplatí.

6. 7. 4 Súkromné zdroje pre zdravotníctvo v Európe

Verejné systémy nedokážu v plnej miere pokryť výdavky na zdravotnú starostlivosť a tak sa moderná zdravotná politika nezaoberá 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 možnosti reálnej ekonomiky.

Podľa viacerých významných štúdií, ktoré sa snažili určiť správnu mieru súkromných výdavkov, leží ich optimálna miera na úrovni 25 % z nákladov na zdravotnú starostlivosť. Podľa údajov Štatistického úradu tvorili výdavky domácností na zdravotníctvo v roku 2005 celkovo 19,9 mld. Sk, čo predstavuje 20,5 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2005.

S výnimkou Luxemburska (7,1 %) a Švédska (16,2 %) má každá krajina EÚ–15 vyššie súkromné výdavky ako Slovensko, pričom percento súkromných výdavkov na celkových výdavkov, s výnimkou Luxemburska a Portugalska, v čase dokonca stúpa (Tabuľka 17).

Tabuľka 17: 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	18,0	5,8
Fínsko*	20,4	24,4	4,0
Francúzsko*	18,0	23,0	5,0
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	-7,0
Rakúsko*	-	30,0	-
Spojené kráľovstvo	10,6	19,0	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 *)*

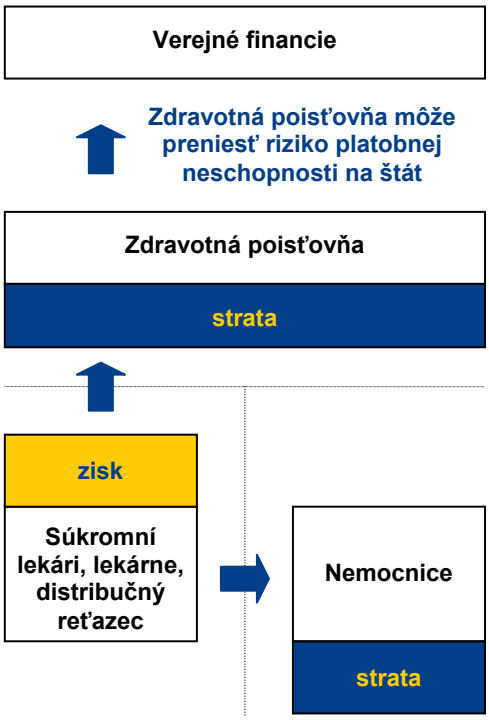
7. NÁKUP ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENOTVORBA

V tejto časti je definovaná výdavková štruktúra zdravotných poisťovní,[18] platobné mechanizmy a cenotvorba v systéme na základe nákupnej stratégie zdravotných poisťovní. Jej cieľom musí byť hľadanie primeranej kvality za najvýhodnejšiu cenu a definovanie pravidiel pre strategický nákup zdravotnej starostlivosti. Na rozdiel od minulosti budeme na všetkých úrovniach v systéme počítať s funkciou zisku.

Jedným z najväčších problémov slovenského systému zdravotníctva pred prijatím reformných zákonov v roku 2004 bola nevyváženosť motivácií. Jadro problému spočívalo v tom, že kým určitá časť sektora mala možnosť dosahovať zisk a vo väčšine prípadov ho aj 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). Čo je ešte dôležitejšie, zisk nemohli vytvárať ani zdravotné poisťovne, pričom priamo zo zákona fungovali v mäkkých rozpočtových obmedzeniach.

Zdravotnícky sektor bol z tohto pohľadu rozdelený do troch makrosubjektov, ktoré mali nerovnaké makroekonomické a legislatívne podmienky a diametrálne odlišne nastavený systém motivácií (Schéma 1). Dôsledkom takéhoto nastavenia motivácií bol jednostranný tlak subjektov „s právom tvorby a slobodného použitia zisku“ na subjekty „bez práva tvorby zisku“, pričom ani zdravotné poisťovne a ani nemocnice nemali motiváciu a silu daným tlakom čeliť. Výsledkom takto nastaveného systému bolo najčastejšie tvorenie finančného deficitu a jeho prenesenie na verejné financie. Navyše, v tejto konštelácií ich mohutne povzbudzoval štát, ktorý poisťovniam a nemocniciam vytvoril mäkké rozpočtové obmedzenia (Rámček 3), neumožňoval veriteľom domôcť sa svojich pohľadávok a pravidelne a nesystémovo všetkých oddlžoval, pričom lehoty splatnosti štandardne dosahovali 180 až 270 dní.

Schéma 1: 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

18) Napriek tomu, že zdroje zdravotníctva pochádzajú z piatich tokov, v časti výdavky sa budeme zaoberať výlučne výdavkami zdravotných poisťovní. Zdroje pochádzajúce z kapitoly ministerstva zdravotníctva, zo zdrojov miest, obcí a VÚC, ako aj zdroje z eurofondov, slúžia na administráciu systému a na krytie kapitálových výdavkov. Zdroje domácností slúžia na krytie výdavkov domácností na zdravotníctvo.

Rámček 3: 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 poisťovniam alebo nemocniciam garantoval vo forme „zmäkčovania“ 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

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.

Vyrovnanie motivácií pre všetkých účastníkov trhu, zavedenie tvrdých rozpočtových obmedzení, štandardných ekonomických podmienok a nediskriminačných pravidiel bolo 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 2). Nastáva súboj o rovnováhu medzi legitímnymi požiadavkami všetkých subjektov, pričom zdravotné poisťovne už nemôžu posunúť svoje finančné problémy na verejné financie.

Nová vláda však mieni zmeniť motivácie zdravotného trhu. Ešte v septembri 2006 zaviedla ochranu nemocníc pred exekúciami, snaží sa transformovať štátne zdravotné poisťovne na verejnoprávne organizácie a obmedziť tvorbu zisku zdravotných poisťovní. Takéto nastavenie by obnovilo nerovnováhu v motiváciách, ako aj zvýšilo riziko tvorby dlhu a jeho prenosu na verejné financie.

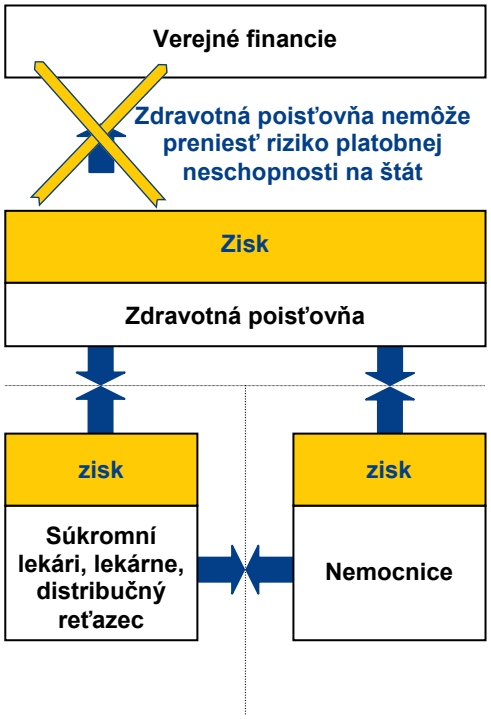
Napriek tomu naďalej predpokladáme platnosť tvrdých rozpočtových obmedzení z nasledujúcich dôvodov:

1. Ústavný súd SR v decembri 2006 svojím predbežným opatrením dočasne pozastavil platnosť zákona, ktorý ochraňoval nemocnice pred exekúciami,
2. podľa platnej legislatívy môžu zdravotné poisťovne naďalej dosahovať zisk,
3. vláda nepredstavila konkrétny návrh zákona o zdravotných poisťovniach ako verejnoprávnych organizáciách.

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

Celkový objem zdrojov je pevne daný disponibilnými zdrojmi zdravotných poisťovní, ktoré ako licencované akciové spoločnosti nemajú možnosť posunúť svoju platobnú neschopnosť na štát. V prípade neplnenia podmienky platobnej schopnosti môže Úrad pre dohľad danej poisťovni odňať licenciu na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

Schéma 2: Systém s rovnakými motiváciami



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Jednotlivé segmenty môžu rásť jedine na úkor iného segmentu, pričom dynamika tohto tlaku bude daná nákupnou stratégiou zdravotných poisťovní a ochotou poskytovateľov prispôsobiť svoje správanie tejto nákupnej stratégii. Takéto preskupenie zdrojov bude ovplyvňovať výdavkovú štruktúru zdravotných poisťovní.

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

7.1 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 efektivite 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

Produktom zdravotných poisťovní je:

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

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. Cieľom nákupu je zvyšovanie zdravotného zisku poistencov. Strategickým nákupom zdravotnej starostlivosti sa rozumie:

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

Pôsobiť ako agent svojich klientov (poistencov) znamená poskytovať komplexný informačný servis (vypĺňať informačnú medzeru u 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).

Znášanie finančného rizika znamená vykonávať funkciu kumulácie a zdieľania rizík aj zdrojov (pooling) a zároveň nevytvárať ohniská finančnej nerovnováhy, ktoré môžu rezultovať do platobnej neschopnosti poisťovne a následne rastu deficitu verejných financií.

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 sa bude pohybovať v koridore 6,4 % až 5,7 % z príjmov zdravotnej poisťovne. Navyše zdravotné poisťovne na Slovensku výšku marže nemajú garantovanú. Vzhľadom na platné ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. sa môže stať, že zdravotná poisťovňa bude musieť použiť zisk na zníženie čakacích dôb.

V prípade štátom vlastnených zdravotných poisťovní **štát ako akcionár môže v stanovách rozhodnúť o rozdelení zisku**. Nemení sa tak systém založený na motivácii a štát môže celý dosiahnutý zisk použiť na nákup zdravotnej starostlivosti alebo moderných technológií a v konkurencii s ostatnými poisťovňami stabilizovať svoj poistný kmeň.

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 hľadania stále efektívnejšieho spôsobu manažovania pacienta a organizácie zdravotného poistenia.

7.2 ZMENA VÝDAVKOVEJ ŠTRUKTÚRY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Prognóza výdavkov zdravotných poisťovní je veľmi zraniteľná, lebo na konečný stav vplývajú nielen zmeny makroprostredia, ale aj individuálne nákupné stratégie zdravotných poisťovní. Všeobecne pri konštrukcii modelu pre prognózu výdavkov vychádzame z nasledovných predpokladov:

1. **Celkový objem výdavkov rešpektuje celkové zdroje.** Zdravotné poisťovne týmto pádom nevytvárajú deficit a ani žiadny dodatočný tlak na rozpočet verejných financií;
2. Vzhľadom na **chýbajúcu definíciu solidárneho balíka a zdravotných priorít**, ako aj obmedzenú dostupnosť presných údajov o morbidite, mortalite a poskytovaných výkonoch zdravotnej starostlivosti, nie je možné pristupovať k prognózovaniu výdavkov formou analýzy zdravotných potrieb obyvateľstva a prognózovania objemov potrebnej starostlivosti;
3. Kým v predchádzajúcej prognóze sme vychádzali z údajov ŠÚ SR, v tejto prognóze **sme použili ako základ údaje ÚDZS**, ktoré lepšie a podrobnejšie zohľadňujú alokáciu zdrojov na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti. ŠÚ SR vykazuje úhrady na zdravotnú starostlivosť v štruktúre podľa subjektov, ktoré starostlivosť poskytujú, t.j. ak nemocnica poskytuje špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť alebo SVLZ, jej úhrada je započítaná v lôžkovej starostlivosti. Naopak, údaje ÚDZS sú štruktúrované podľa typu poskytovanej starostlivosti bez ohľadu na to, kto ju poskytuje. Takýto prístup je presnejší vzhľadom na to, že neustále dochádza k odčleňovaniu ambulancií a diagnostických činností z nemocníc. Dôležité je sledovať, akú starostlivosť nakupujeme, a nie u akého typu poskytovateľa.
4. **Údaje o výdavkoch sú zostavované na hotovostnom a nie akruálnom princípe**. Hotovostný princíp vychádza z toho, kedy bola zdravotná starostlivosť uhradená; akruálny princíp sleduje, kedy bola zdravotná starostlivosť poskytnutá.
5. Dynamické zmeny v nastavení makroprostredia sú **ovplyvnené politickými rozhodnutiami – predovšetkým regulačným rámcom pri liekovej politike.** Hoci lieky tvoria dominantnú časť výdavkov, zdravotné poisťovne môžu ovplyvniť ich úhradu len sčasti cez svojich zástupcov v kategorizačnej komisii. Avšak minister má právo na zmenu rozhodnutia kategorizačnej komisie, aj keby takéto jeho rozhodnutie bolo iracionálne a netransparentné.
6. **Zdravotné poisťovne majú individuálne nákupné stratégie.** Hoci po kampani v roku 2006 štátne zdravotné poisťovne stratili 12 % svojho trhového podielu, budú naďalej kontrolovať 67,2 % poistencov (ÚDZS, november 2006) a takmer 69 % z celkových zdrojov po prerozdelení, čo ich v celoslovenskom meradle stavia do dominantného postavenia. Zároveň, doterajšie pôsobenie súčasnej koalície naznačuje, že **štátne zdravotné poisťovne budú používané ako nástroje realizácie zdravotnej politiky vlády**. Pri prognózovaní výdavkov na zdravotnú starostlivosť sme sa preto pokúsili „posadiť do kresla generálnych riaditeľov dvoch štátnych poisťovní“.
7. Celkové výdavky sú rozdelené na **dve hlavné kategórie**:
   a) ostatné výdavky,
   b) výdavky na zdravotnú starostlivosť.
8. **Prioritne sa vykonáva prognóza výdavkov na lieky, zdravotnícke pomôcky a spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, ktoré majú „otvorený“ koniec**, lebo schopnosť zdravotných poisťovní ovplyvniť ich ceny a objemy je značne obmedzená.
9. **Ambulancie záchrannej zdravotnej služby budú mať počas celého obdobia pevnú regulovanú cenu** a nepredpokladáme zmenu počtu a štruktúry poskytovateľov ZZS, čím sa výdavky na ich fungovanie stávajú fixnou zložkou systému.
10. **Následne sa alokujú zostávajúce zdroje medzi lôžkovú a ambulantnú starostlivosť. Výdavky na túto starostlivosť už majú „uzatvorený“ koniec.** V princípe sú zdravotnými poisťovňami alokované ako doplnkové k výdavkom na zdravotnú starostlivosť s „otvoreným“ koncom. V prípade, že lieky, zdravotnícke pomôcky a SVLZ rastú rýchlejšie ako zdroje, tak výdavky na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť rastú pomalšie. Zároveň predpokladáme, že súkromné zdravotné poisťovne budú prirodzene viac podporovať efektívnejšiu starostlivosť (ambulantná, jednodňová ale aj efektívna ústavna starostlivosť) a naopak sa domnievame, že štátne zdravotné poisťovne budú musieť pod politickým tlakom (snaha o zvýšenie miezd) nakupovať zdravotnú starostlivosť v štátnych nemocniciach (aj s vedomím neefektívnosti).

Jednotlivé výdavkové položky sú popisované v poradí, v akom boli prognózované.

7.2.1 Ostatné výdavky

V prvom rade ide o mandatórne výdavky, vyplývajúce z legislatívy alebo z faktu existencie zdravotnej poisťovne. Tieto výdavky zahŕňajú:

1. splátky návratných finančných výpomocí – uvedená je len čiastka vykázaná za rok 2005, pričom v nasledujúcom období predpokladáme vyrovnané hospodárenie všetkých zdravotných poisťovní a neposkytovanie žiadnych návratných finančných výpomocí. Z tohto dôvodu je položka splátky návratných finančných výpomocí až do roku 2010 nulová,
2. príspevok zdravotných poisťovní na činnosť ÚDZS – kalkuluje sa vo výške stanovenej zákonom, t.j. 0,5 % zo sumy poistného, na ktorú majú zdravotné poisťovne právo po prerozdelení poistného za kalendárny rok predchádzajúci roku, v ktorom je príspevok splatný,
3. príspevok na činnosť operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby – kalkuluje sa vo výške stanovenej zákonom, t.j. 0,3 % zo sumy poistného, na ktorú majú zdravotné poisťovne právo po prerozdelení poistného za kalendárny rok predchádzajúci roku, v ktorom je príspevok splatný,
4. maržu, ktorá obsahuje výdavky na správu a zisk. Výdavky na správu sú zákonom regulované na úrovni 4 % z úhrnu poistného pred prerozdelením poistného za príslušný kalendárny rok. Miera ziskovosti je odvodená z aktuálnej miery kladného hospodárskeho výsledku zdravotných poisťovní, pričom sa predpokladá jej postupný pokles v dôsledku silnejúcej konkurencie medzi zdravotnými poisťovňami.

7.2.2 Lieky a zdravotnícke pomôcky

Predpokladáme, že podiel výdavkov na lieky sa do roku 2010 mierne zvýši zo súčasných 35,8 % (2006) na 36,2 %, Bude to dôsledkom expanzívnej liekovej politiky, ktorú v roku 2007 dočasne pribrzdí zníženie DPH na lieky z 19 na 10 %. Hlavným motorom rastu výdavkov na lieky počas celého obdobia prognózy bude dvojciferný rast cien liekov v dôsledku nedostatočne reštriktívnej[19)] cenovej politiky kategorizačnej komisie, sprevádzaný miernym nárastom objemov predaných liekov ako reakcie na zrušenie regulačných poplatkov.

Liekovú politiku môžeme podľa metodiky Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) rozdeliť do troch časových období:

1. v rokoch 1999 – 2002 prekonávala vysoko expanzívnu fázu, ktorá sa síce vyznačovala stabilnými objemami predaných liekov (95,5 tis. balení až 98,7 tis. balení), avšak veľmi silným, až dvojciferným rastom cien (medziročný rast cien dosahoval index 1,11 až 1,25). Výsledkom bol nárast podielu liekov z hladiny 30,2 % (v roku 1999) až na úroveň 36,4 % z celkových zdrojov sektora v roku 2002.
2. v rokoch 2003 – 2005 podiel liekov klesol z 36,3 % na 31,5 % vďaka vykonávaniu reštriktívnej liekovej politiky. V sledovanom období objemy predávaných liekov klesli o 13 % z 98,7 tis. balení na 85,8 tis. balení. Zníženie objemu bolo dosiahnuté predovšetkým zavedením regulačných poplatkov, čím sa znížila nadbytočná spotreba, ako aj vyradením menej účinných a podporných liekov zo zoznamu hradených liekov. Pokles objemu bol zároveň

19) Pojem reštriktívna tu používame ako antonymum slova expanzívna a nie synonymum výrazu obmedzujúca.

Tabuľka 18: Výdavky na lieky v závislosti od zmeny objemu, cien a DPH podľa metodiky NCZI

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Liečivá na recepty, v tis. balení	95,5	98,4	97,6	98,7	93,2	81,6	85,8	87,1	89,3	89,3	89,3	89,3
Medziročná zmena **objemu** predaných liekov	0,83	1,03	0,99	1,01	0,94	0,88	1,05	1,02	1,03	1,00	1,00	1,00
Medziročná zmena **ceny** liekov	1,25	1,19	1,11	1,15	1,10	1,04	1,05	1,13	1,10	1,10	1,10	1,09
Medziročná zmena **DPH**	1,00	1,00	1,00	1,00	1,03	1,06	1,00	1,00	0,92	1,00	1,00	1,00
Medziročná zmena celkovo	**1,04**	**1,23**	**1,11**	**1,16**	**1,07**	**0,96**	**1,11**	**1,15**	**1,04**	**1,10**	**1,10**	**1,09**
Fáza liekovej politiky	**Vysoko expanzívna fáza**				**Reštriktívna fáza**			**Mierne expanzívna fáza**				
Výdavky na lieky v mld. Sk	12,5	15,4	17,0	19,8	21,1	20,4	22,6	25,9	27,0	29,7	32,7	35,6
Podiel liekov na celkových výdavkoch v %	30,2	35,0	35,2	36,4	36,3	32,9	31,5	32,6	30,4	31,7	32,5	32,9

Poznámka: Výdavky na lieky podľa metodiky ÚDZS majú od roku 2005 iný (vyšší) priebeh. Dôvodom je rozdielna metodika ÚDZS.

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute, 2006, na základe metodiky a údajov NCZI

sprevádzaný mimoriadne nízkymi indexmi rastu cien predovšetkým v rokoch 2004 a 2005, keď ceny rástli len o 4 %, resp. 5 %. To bolo dosiahnuté veľmi rozumnou politikou kategorizačnej komisie, ktorá sa opierala o princíp fixného doplatku a zrýchlenou procedúrou vstupu na trh pri vyššom ako 10 % znížení ceny výrobcom (tzv. „fast track"). K cenovej vojne prispeli aj transparentné pravidlá kategorizácie a zvýšenie frekvencie na štyri zasadnutia za rok. Znižovanie cien mohlo byť ešte výraznejšie, ak by v tomto čase nedošlo k zvýšeniu DPH na lieky v roku 2003 z 10 % na 14 % a následne v roku 2004 na súčasných 19 %.

3. predpokladáme, že roky 2006 – 2010 sa budú vyznačovať uvoľnením liekovej politiky: v dôsledku zníženia regulačných poplatkov a doplatkov na lieky sa mierne zvýšia objemy predávaných liekov (približne na úroveň 89,3 tis. balení), avšak významným spôsobom vzrastie cena liekov. Odhadujeme, že priemerný rast nákladov na lieky dosiahne 10 % s prvým extrémom v roku 2006 (15 % ako následok rastu cien) a s druhým extrémom v roku 2007 (4 %), keď najnižší rast v horizonte prognózy spôsobí zníženie sadzby DPH z 19 % na 10 %.

V úvode sme spomínali, že príjmy a výdavky zdravotných poisťovní budeme prognózovať na základe údajov ÚDZS, avšak historické údaje do roku 2004 sú dostupné len v metodike NCZI. Metodika NCZI sa od metodiky ÚDZS líši v tom, že kým ÚDZS sleduje vo svojej „cashovej" metodike výdavky na typ zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na poskytovateľa, metodika NCZI sleduje náklady podľa typu poskytovateľa. Z tohto dôvodu je možné, že výdavky na lieky podľa ÚDZS sú vyššie ako náklady na lieky podľa NCZI (rozdielom je napr. vykazovanie tzv. A liekov). **Z tohto dôvodu prognózu vykonáme najprv v metodike NCZI a následne dynamiku rastu jednotlivých faktorov (objem, cena, DPH) transponujeme do prognózy v metodike ÚDZS** (Tabuľka 19).

7.2.3 *Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky*

Posledné tri roky rástli výdavky na SVLZ dvojciferným tempom. V roku 2004 to bolo viac ako 13 %, v roku 2005 takmer 19 % a za rok 2006 predpokladáme 12-percentný rast.

K rastu prispieva dosiaľ málo účinná kontrola zo strany zdravotných poisťovní. Obrana ich revízneho systému voči indukovaným, zbytočným, nekvalitným alebo duplicitným výkonom sa však bude zlepšovať najmä prehlbujúcou sa informatizáciou sektora, zavádzaním protokolov, ako aj zavádzaním nových nástrojov zdravotnej politiky (napr. subkontrakting SVLZ poskytovateľmi ambulantnej a lôžkovej starostlivosti, alebo implementáciou health technology assessment). Táto snaha bude výraznejšia u motivovanejších súkromných zdravotných poisťovní, preto sa na celkovej dynamike rastu výdavkov prejaví len pozvoľne.

Dynamiku rastu výdavkov na SVLZ bude preto najprv určovať najmä „otvorený" koniec, čo

Tabuľka 19: Výdavky na lieky v závislosti od zmeny objemu, cien a DPH podľa metodiky ÚDZS

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Medziročná zmena **objemu** predaných liekov	1,05	1,02	1,03	1,00	1,00	1,00
Medziročná zmena **ceny** liekov	1,05	1,13	1,10	1,10	1,10	1,09
Medziročná zmena **DPH**	1,00	1,00	0,92	1,00	1,00	1,00
Medziročná zmena celkovo	**1,11**	**1,15**	**1,04**	**1,10**	**1,10**	**1,09**
Výdavky na lieky v mld. Sk	24,93	28,73	29,93	32,93	36,22	39,48
Podiel liekov na celkových výdavkoch v %	33,9 %	35,8 %	33,4 %	34,9 %	35,7 %	36,2 %

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute, 2006 na základe metodiky a údajov ÚDZS

Tabuľka 20: Výdavky na zdravotnícke pomôcky v závislosti od zmeny objemu, cien a DPH podľa metodiky ÚDZS

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Medziročná zmena	1,00	1,13	1,04	1,10	1,09	1,07
Výdavky v mld. Sk	2,25	2,53	2,64	2,90	3,17	3,39
Podiel zdravotníckych pomôcok na celkových výdavkoch	3,06 %	3,15 %	2,94 %	3,08 %	3,12 %	3,11 %

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute, 2006 na základe metodiky a údajov ÚDZS

Tabuľka 21: Výdavky na SVLZ

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Medziročná zmena	1,190	1,120	1,105	1,060	1,070	1,070
Výdavky v mld. Sk	7,1	8,0	8,8	9,3	10,0	10,7
Podiel SVLZ na celkových výdavkoch	9,7 %	9,9 %	9,8 %	9,9 %	9,8 %	9,8 %

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute, 2006 na základe metodiky a údajov ÚDZS

Tabuľka 22: Pevné ceny a výdavky na nepretržitú 24-hodinovú službu záchrannej zdravotnej služby

	počet ambulancií (stav k decembru 2006)	pevná cena do 31.12.2006 (v tis. Sk)	návrh ministerstva zdravotníctva na zníženie pevnej ceny (v tis. Sk)	pevná cena od 1.1.2007 (v tis. Sk)	ročné výdavky na preddavky v rokoch 2007 až 2010 (v tis. Sk)
Rýchla zdravotná pomoc	143	530	499	510	875 160
Rýchla lekárska pomoc	113	860	798	840	1 139 040
Mobilná intenzívna jednotka	8	950	887	910	87 360
Spolu					**2 101 560**

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza
Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2006

znamená, že sa bude zo začiatku – podobne ako dnes – pohybovať nad úrovňou dynamiky rastu zdrojov. Pre rok 2007 bude nárast (10,5 %) mierne stlmený zavedením zníženej sadzby DPH z 19 na 10 %, ktorá sa týka i niektorých nákladových položiek pracovísk SVLZ (napr. diagnostické alebo laboratórne reagencie, rádioaktívne prvky a izotopy). V ďalších rokoch sa tempo rastu SVLZ priblíži k tempu rastu celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť (Tabuľka 21).

7.2.4 Záchranná zdravotná služba

Pevná sieť staníc záchrannej zdravotnej služby (ZZS) sa od nadobudnutia účinnosti reformných zákonov (január 2005) napĺňala postupne až do konca roka 2006. Platba za záchrannú zdravotnú službu má dve zložky:

1. preddavok, ktorý je stanovený ako pevná cena[20)] za zdravotnú starostlivosť, ktorá je poskytovaná nepretržite 24 hodín,
2. úhrada za uskutočnené výjazdy podľa počtu najazdených kilometrov.

Preddavky tvoria dominantnú časť výdavkov na záchrannú službu. Ich pevné ceny sa ku koncu roka 2006 síce znížili, ale v menšej miere, než ministerstvo pôvodne navrhovalo (Tabuľka 22). Prognóza výdavkov na ZZS sa opiera o predpoklad nezmenenej pevnej ceny a o nezmenený rozsah pevnej siete ZZS.

7.2.5 Lôžková a ambulantná starostlivosť

Vzhľadom na možnosť „pomerne jednoduchej“ zmluvnej regulácie sú výdavky na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť v princípe doplnkom k ostatným, podstatne ťažšie regulovateľným výdavkom (výdavkom na lieky, zdravotnícke pomôcky, SVLZ a ZZS). Pri prognózovaní rastu výdavkov na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť sme vychádzali z rastov objemu zdrojov. V prípade, že výdavky na lieky, zdravotnícke pomôcky a SVLZ rastú rýchlejšie ako zdroje, tak výdavky na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť rastú pomalšie.

Aktuálne politické vyhlásenia naznačujú, že vláda mieni znižovať počet lôžok. Znížiť by sa však nemal celkový počet zariadení, ale počet oddelení v jednotlivých zariadeniach. K tomu sa ešte pridáva sľubované 30 % -né zvyšovanie miezd zamestnancov v zdravotníctve, ktoré by si vyžadovalo až 5,7 mld. Sk. Preto je možné predpokladať, že štátne zdravotné poisťovne budú pod politickým tlakom alokovať zdroje predovšetkým do štátnych nemocníc na úkor ostatných nemocníc a ambulantnej starostlivosti. Hoci súkromné zdravotné poisťovne by skôr uprednostňovali efektívnejšiu ambulantnú starostlivosť, budú čiastočne nútené prispôsobiť sa cenám stanoveným dominantnými štátnymi poisťovňami.

20) Cenové opatrenie ministerstva zdravotníctva č. 07045/2003 – OAP v znení neskorších predpisov

Paradoxne si však vláda svojou výrazne uvoľnenou liekovou politikou obmedzila celkový objem rozpočtu pre lôžkovú a ambulantnú starostlivosť. Na druhej strane neustále pripomínanie krátkodobého zvyšovania odvodu štátu zo 4 % na 5 % priemernej mzdy na prvé štyri mesiace roka 2007 vyvoláva u oboch typov poskytovateľov neúmerne vysoké očakávania a dlhodobé požiadavky.

V roku 2007 predpokladáme, že tempo rastu výdavkov na lôžkovú starostlivosť dosiahne 22 %. V porovnaní s tempom rastu zdrojov (12 %) je tento vyšší rast spôsobený:

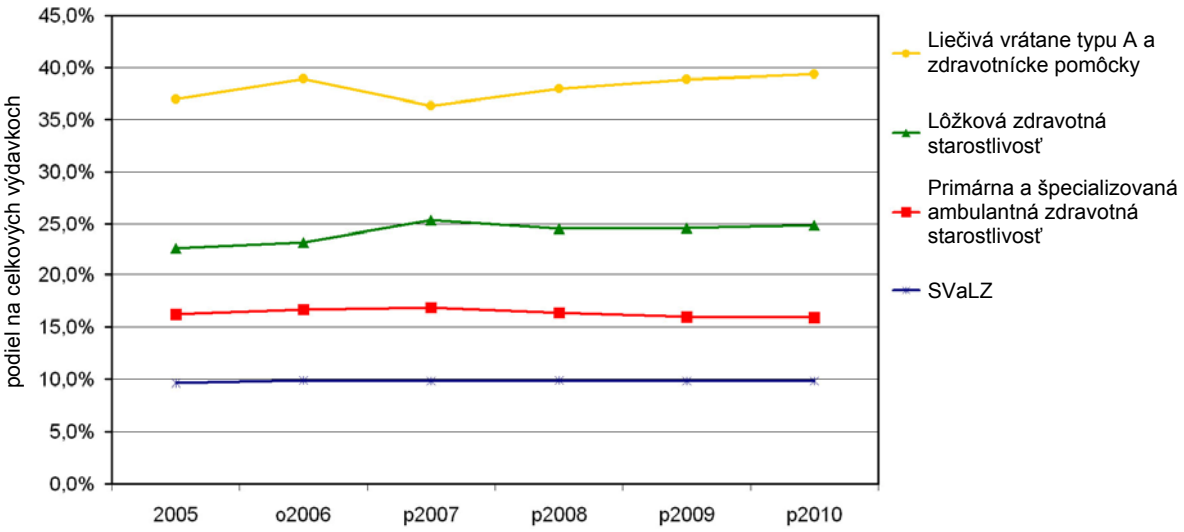
1. použitím dodatočných zdrojov vyplývajúcich z krátkodobého zvýšenia platby štátu primárne do lôžkovej zdravotnej starostlivosti, a to hlavne na naplnenie politických priorít v oblasti zvýšenia miezd (sľubované zvýšenie platov zamestnancov v zdravotníctve) a snahou spomaliť rast dlhu v štátnych zdravotníckych zariadeniach s cieľom dokázať, že aj tieto zariadenia dokážu hospodáriť vyrovnane. Tento cieľ však nebude dosiahnutý zvyšovaním efektívnosti a produktivity, ale tlakom na navýšenie rozpočtu lôžkovej starostlivosti,
2. alokovaním uvoľnených disponibilných zdrojov z dôvodu poklesu DPH na lieky a zdravotnícke pomôcky (zníženie tempa rastu výdavkov do lekární a výdajní v roku 2007).

Podobne v roku 2007 umožnia tieto faktory aj nadpriemerný rast výdavkov na ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorá porastie o 13 %.

V prípade nezmenených parametrov pre tvorbu zdrojov sa pominuteľnosť ilúzie nadštandardného objemu zdrojov naplno prejaví už v roku 2008, keď tieto efekty odznejú a prejavia sa dôsledky uvoľnenej liekovej politiky. Kým zdroje porastú len o 5 %, výdavky na lieky, zdravotnícke pomôcky a SVLZ si svojimi tempami rastu 10 %, 10 % a 6 % vyžiadajú realokáciu zdrojov zdravotných poisťovní práve z lôžkovej a ambulantnej starostlivosti (Graf 4). To bude znamenať prepad z rastu 22 % pre lôžkovú a 13 % pre ambulantnú v roku 2007 na 2 % pre oba typy v roku 2008 a miernu stabilizáciu od roku 2009 (Tabuľka 23).

Skúsenosti z minulosti naznačujú, že v prípade chýbajúcej reštrukturalizácie siete a prispôsobenia počtu a kapacít poskytovateľov reálnym zdravotným potrebám obyvateľstva, umelo navýšená výdavková kategória nezanikne ani sa „neuskromní“, ale premietne sa do rastu dlhu voči dodávateľom do zdravotníctva. Táto položka však presahuje rámec rozpočtov zdravotných poisťovní a preto tu nie je zohľadňovaná. Prípadný rast dlhu však budú musieť znášať verejné financie.

Graf 4. Alokácia zdrojov podľa typov zdravotnej starostlivosti v %



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 23. Výdavky na lôžkovú a ambulantnú zdravotnú starostlivosť

	2005	o2006	p2007	p2008	p2009	p2010
Index rastu výdavkov na lôžkovú starostlivosť vrátane kúpeľnej starostlivosti		1,12	1,22	1,02	1,08	1,09
Index rastu výdavkov na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť		1,12	1,13	1,02	1,05	1,07
Index rastu výdavkov na špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť		1,12	1,13	1,02	1,05	1,07
Výdavky na lôžkovú starostlivosť vrátane kúpeľnej starostlivosti, v mld. Sk	16,6	18,6	22,7	23,2	24,9	27,0
Výdavky na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, v mld. Sk	3,4	3,8	4,3	4,4	4,6	4,9
Výdavky na špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, v mld. Sk	8,6	9,6	10,8	11,1	11,6	12,4
Podiel výdavkov na lôžkovú starostlivosť, vrátane kúpeľnej starostlivosti, na celkových výdavkoch	22,6 %	23,2 %	25,3 %	24,6 %	24,6 %	24,8 %
Podiel výdavkov na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť	4,6 %	4,7 %	4,8 %	4,6 %	4,5 %	4,5 %
Podiel výdavkov na špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť	11,6 %	11,9 %	12,1 %	11,7 %	11,5 %	11,4 %

Vysvetlivky: o – odhad, p – prognóza
Zdroj: Prepočty Health Policy Institute, 2006 na základe metodiky a údajov ÚDZS

7.3 ZHRNUTIE

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

Pri definovaní štruktúry výdavkov zdravotných poisťovní bude kľúčovú úlohu **zohrávať nákupná stratégia zdravotných poisťovní** ako výsledok dohody zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a **regulačný rámec zdravotnej politiky (predovšetkým rozhodnutia kategorizačnej komisie, od ktorých sa odvíja priemerná cena lieku).** Pre roky 2007 – 2010 predpokladáme:

- **Mierny nárast podielu liekov** na celkových výdavkoch z cca 35,8 % (v roku 2006) na 36,2 % (v roku 2010), predovšetkým v dôsledku uvoľnenia regulácie liekovej politiky, keď kategorizačná komisia nebude schopná pokračovať vo vynikajúcich výsledkoch z rokov 2004 a 2005 (v tomto období rástla priemerná cena lieku len o 4 %, resp. 5 % ročne). Predpokladáme, že aj keď v prognózovanom období neočakávame žiadny nový liekový „blockbuster“, priemerná cena lieku bude stúpať oveľa rýchlejšie – až o 10,4 %, pričom rast bude vysoký najmä v rokoch 2006 a 2007 a smerom k horizontu prognózy (2010) bude mierne klesať. Oproti predchádzajúcemu obdobiu vzrastie aj objem liekov ako následok odstránenia regulátora (zníženie poplatkov na 0 Sk resp. 5 Sk), pričom tento nárast bude očividný najmä v rokoch 2006 a 2007. Oproti týmto negatívnym tendenciám v objemoch a cenách bude pozitívne[21)] pôsobiť zníženie DPH z 19 % na 10 %, ktoré v roku 2007 čiastočne utlmí dynamiku rastu výdavkov na lieky. Znižovanie podielu liekov na celkových nákladoch je tak podmienené opätovným zavedením regulačných poplatkov a prísnejšou a transparentnejšou liekovou politikou.
- **Výdavky na zdravotnícke pomôcky** zaznamenajú mierny pokles z 3,2 % na 3,1 % s výraznejším skokom v roku 2007, ktorý opäť vyplýva zo zníženia DPH.
- **Stabilný podiel výdavkov na SVLZ** z úrovne 9,9 % v roku 2006 na 9,8 % v roku 2010.
- **Podiel záchraniek sa bude mierne znižovať** z úrovne 2,0 % v roku 2006 na 1,9 % v roku 2010, čo súvisí s ich regulovanou cenou. Mierny nárast zaznamenajú záchranky v roku 2007 (až na 2,3 %) v dôsledku kompletnej prevádzky všetkých záchraniek, ktoré v roku 2006 nabiehali postupne.

21) Pozitívne v zmysle znižovanie dynamiky výdavkov, nie v zmysle opodstatnenosti tohto opatrenia, ktoré

Tabuľka 24: Výdavky zdravotných poisťovní v mld. Sk

Výdavky	2005	2006	2007	2008	2009	2010
B. Výdavky zdravotných poisťovní	**73,5**	**80,3**	**89,7**	**94,4**	**101,4**	**108,9**
B.1 Ostatné výdavky	**7,6**	**5,6**	**6,4**	**6,6**	**6,8**	**7,0**
B.1.1 Marža (Výdavky na správu, zisk)	4,1	5,0	5,8	5,9	6,1	6,2
B.1.2 Splátka návratných finančných výpomocí)	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
B.1.3 Príspevok ZP na činnosť úradu	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
B.1.4 Príspevok ZP na činnosť operačných stredísk	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
B.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť spolu	**65,9**	**74,8**	**83,3**	**87,8**	**94,6**	**102,0**
B.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	24,9	28,7	29,9	32,9	36,2	39,5
B.2.2 Zdravotnícke pomôcky	2,2	2,5	2,6	2,9	3,2	3,4
B.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	16,6	18,6	22,7	23,2	24,9	27,0
B.2.4 Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	3,4	3,8	4,3	4,4	4,6	4,9
B.2.5 Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť	8,6	9,6	10,8	11,1	11,6	12,4
B.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	7,1	8,0	8,8	9,3	10,0	10,7
B.2.7 Záchranná zdravotná služba	1,2	1,6	2,1	2,1	2,1	2,1
B.2.8 Ostatné, vrátane cudzincov, bezdomovcov a EÚ	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Tabuľka 25. Výdavky zdravotných poisťovní ako % z celkových výdavkov

Výdavky	2005	2006	2007	2008	2009	2010
B. Výdavky zdravotných poisťovní	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**	**100,0 %**
B.1 Ostatné výdavky	**10,3 %**	**6,9 %**	**7,1 %**	**7,0 %**	**6,7 %**	**6,4 %**
B.1.1 Marža (Výdavky na správu, zisk)	5,5 %	6,2 %	6,4 %	6,2 %	6,0 %	5,7 %
B.1.2 Splátka návratných finančných výpomocí)	3,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
B.1.3 Príspevok ZP na činnosť úradu	0,9 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
B.1.4 Príspevok ZP na činnosť operačných stredísk	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
B.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť spolu	**89,7 %**	**93,1 %**	**92,9 %**	**93,0 %**	**93,3 %**	**93,6 %**
B.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	33,9 %	35,8 %	33,4 %	34,9 %	35,7 %	36,2 %
B.2.2 Zdravotnícke pomôcky	3,1 %	3,2 %	2,9 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %
B.2.3 Lôžková starostlivosť vrátane kúpeľnej	22,6 %	23,2 %	25,3 %	24,6 %	24,6 %	24,8 %
B.2.4 Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	4,6 %	4,7 %	4,8 %	4,6 %	4,5 %	4,5 %
B.2.5 Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť	11,6 %	11,9 %	12,1 %	11,7 %	11,5 %	11,4 %
B.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	9,7 %	9,9 %	9,8 %	9,9 %	9,8 %	9,8 %
B.2.7 Záchranná zdravotná služba	1,6 %	2,0 %	2,3 %	2,2 %	2,1 %	1,9 %
B.2.8 Ostatné, vrátane cudzincov, bezdomovcov a EÚ	2,6 %	2,5 %	2,3 %	2,2 %	2,1 %	2,0 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

- **Stagnácia až mierny pokles podielu všeobecnej ambulantnej starostlivosti** zo 4,7 % na 4,5 % a výraznejší **pokles podielu špecializovanej ambulantnej starostlivosti** z 11,9 % na 11,4 %, čo vnímame ako negatívny jav. Dynamickejší nárast podielu všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti bude možný jedine na úkor liekov – čo je však v nasledovných rokoch málo pravdepodobné, alebo na úkor lôžkovej starostlivosti, čo môže súvisieť s rozmachom jednodňovej medicíny, moderných polikliník a skupinových praxí, ktoré budú schopné konkurovať nemocniciam.
- **Mierny nárast podielu lôžkovej starostlivosti** (vrátane kúpeľnej starostlivosti) z 23,2 % na 24,8 %. Razantnejšie zvýšenie podielu lôžkovej starostlivosti je limitované poklesom výdavkov na lieky. Ďalším faktorom môže byť politicky ovplyvnená nákupná stratégia štátnych zdravotných poisťovní, ktorá bude pravdepodobne inklinovať viac k štátnym lôžkovým poskytovateľom ako k prevažne súkromnej ambulantnej sfére.
- **Mierny pokles marže zdravotných poisťovní z hladiny 6,2 % v roku 2006 na 5,7 % v roku 2010.** Marža je odmenou za hlavný produkt zdravotných poisťovní – nákup zdravotnej starostlivosti a prevzatie finančného rizika z poistenca na zdravotnú poisťovňu. Pokrýva všetky priame a nepriame náklady spojené s výkonom zdravotného poistenia, ako aj zisk zdravotných poisťovní. Zisk je dôležitý aj z hľadiska postupného zlepšovania a modernizácie služieb zdravotnej poisťovne (eHealth, ePreskripcia, call centrá a pod.).

Bez riadneho zadefinovania a monitorovania poskytovania solidárneho balíka a stanovenia jasných priorít zdravotnej politiky z hľadiska vybraných chorôb a zdravotného stavu obyvateľstva, je ťažké hodnotiť, či je daná alokácia zdrojov medzi typy zdravotnej starostlivosti dobrá alebo zlá. Je však potrebné zdôrazniť, že takáto variabilita v disponibilných zdrojoch jednotlivých typov starostlivosti a nepreviazanosť výdavkov na skutočné zdravotné potreby obyvateľstva je dlhodobo nežiaduca a neudržateľná.

7.4 DISKUSIA

7.4.1 Definovanie nákupu (zdravotný zisk – dĺžka života, kvalita života)

Poslaním zdravotných poisťovní je z limitovaných zdrojov nakúpiť čo najviac „zdravotného zisku". Táto moderná filozofia znamená zmenu nákupného správania poisťovní a ich odklon od tradičného nakupovania kapacít k nákupu výsledkov.[22)] Vzácne zdroje tak budú smerovať k poskytovateľom, ktorí dokážu zdravotným poisťovniam ponúknuť zvýšenie „zdravotného zisku" ich poistencov. Je vysoko pravdepodobné, že moderná filozofia nákupu si vyžiada postupnú reštrukturalizáciu ponukovej strany systému. Na tú však nemusia byť poskytovatelia pripravení, a tak sa zmena nastavenia nákupnej stratégie (z platby za kapacity na platbu za výsledok) môže stretnúť u poskytovateľov s negatívnou odozvou. Z dlhodobého hľadiska však oddialenie novej nákupnej stratégie bude škodiť občanom a pomáhať neflexibilným a zastaraným poskytovateľom.

Zdravotný zisk sa pre občana prejavuje v dvoch rovinách – v predlžovaní dĺžky života a v zvyšovaní kvality života. Preferencia dĺžky života na úkor kvality života (alebo naopak) je subjektívnou kategóriou na úrovni jednotlivca. Samozrejme, občania by zrejme najradšej preferovali čo najdlhší život v čo najvyššej kvalite pri minimálnych nákladoch. V zdravotníctve sa tak stretáva túžba po nesmrteľnosti s prísnym svetom ekonómie. Rozpočet zdravotných poisťovní je však obmedzený a je z neho možné nakúpiť len obmedzený objem zdravotného zisku.

Dnes sa táto dilema medzi dĺžkou života a kvalitou života nerieši vedome a systematicky. V náznakoch sa touto otázkou zaoberá kategorizačná komisia pre lieky, ktorá schvaľuje nielen ceny a úhrady liekov, ale aj indikačné obmedzenia. Stále však chýba definícia solidárneho balíka, posudzovanie a schvaľovanie úhrady za výkony s novými technológiami, ako aj schvaľovanie a implementácia liečebných protokolov. Je, samozrejme, na zváženie, či by všetky tieto procesy nemohli fungovať decentralizovane na úrovni zdravotných poisťovní. Spolu s právom určenia poistnej sadzby by tak poisťovne mohli určovať ceny, úhrady a spoluúčasť za jednotlivé lieky, technológie a liečebné postupy.

22) Anglická literatúra túto nákupnú stratégiu označuje ako „pay for performance".

7.4.2 Diferenciácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zmluvných vzťahov a kontrahovanie kvality a efektivity

Dôležitou úlohou zdravotných poisťovní je zabezpečenie kvalitnej, včasnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti, ktorá povedie k zlepšeniu zdravotného stavu a/alebo udržaniu zdravia poistencov. Kvalita zdravotnej starostlivosti medzi poskytovateľmi, ako aj v rámci jednotlivých poskytovateľov je značne rozdielna. Prechod od súčasného systému platobných mechanizmov, keď sa kontrahujú v prevažnej miere kapacity (napr. „blokové“ kontrakty s nemocnicami na celkový objem úhrady), k platbe za výsledky by mal prebiehať v troch krokoch.

- V prvom kroku je potrebné stanoviť a zozbierať dostatočný počet štruktúrovaných a relevantných dát pre diferenciáciu poskytovateľov z hľadiska kvality, technického a personálneho vybavenia a efektivity poskytovanej starostlivosti.
- V druhom kroku by mali zdravotné poisťovne pripraviť analýzu a prognózu zdravotných potrieb svojich poistencov podľa štruktúry svojho poistného kmeňa, jeho predpokladanej morbidity a mortality pri rešpektovaní diagnostických a liečebných protokolov.
- Následne, v treťom kroku, budú môcť zdravotné poisťovne pristúpiť k selektívnemu kontrahovaniu poskytovateľov po vyhodnotení dát, zohľadňujúc očakávané potreby svojho poistného kmeňa.

Zavedenie takéhoto selektívneho kontrahovania kvality si vyžaduje niekoľko cielených spoločných aktivít všetkých zdravotných poisťovní a vybraných poskytovateľov:

1. **štandardizácia kódovania a vykazovania** – v súčasnosti vykazuje väčšina poskytovateľov v dátovej vete pre zdravotné poisťovne okrem identifikačných údajov poskytovateľa a pacienta a dátumov poskytnutia starostlivosti prinajlepšom diagnózu a v prípade ambulantnej starostlivosti a SVLZ aj výkon podľa Katalógu zdravotných výkonov. Pre zlepšenie kvality poskytovanej starostlivosti je nevyhnutné zavedenie vykazovania aspoň:
   a) závažnosti zdravotného stavu vybraných pacientov (napr. onkologických),
   b) kódov poskytnutých výkonov,
   c) zoznamu poskytnutých liečiv a pomôcok,
   d) komplikácií a komorbidít pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

   Toto by umožnilo spresnenie platobných mechanizmov a diferenciáciu platieb podľa vykázaných výkonov, ako je to možné napr. pri platobnom mechanizme DRG. Z jednotnej metodiky budú pritom profitovať všetci zúčastnení – poskytovatelia nebudú zbytočne administratívne preťažení a zvýši sa kvalita vykazovaných dát.
2. **informatizácia sektora** – je najmä podporným nástrojom pre zjednodušenie vykazovania a zlepšenie kontroly. V dlhodobom horizonte je možné zavedenie elektronickej dokumentácie, uľahčenie prípravy klinických štúdií, zavedenie protokolov a pod.
3. **definícia a kontrola kontrahovania verejnej minimálnej siete** – súčasná definícia verejnej minimálnej siete je nevyhovujúca a obmedzuje možnosti zdravotných poisťovní kontrahovať len naozaj potrebných poskytovateľov v závislosti od počtu poistencov.
4. **definícia solidárneho balíka a štandardizácia spoluúčasti**
5. **spoločné vykazovanie a hodnotenie indikátorov kvality** je podmienené dvoma faktormi:
   a) predpokladáme, že poskytovateľ nie je schopný poskytovať rôznu technickú kvalitu zdravotnej starostlivosti poistencom rôznych poisťovní.
   b) niektoré choroby sa vyskytujú zriedkavo a z hľadiska štatistickej významnosti je potrebné analyzovať údaje za všetky zdravotné poisťovne.

   V tejto súvislosti je potrebné vyriešiť aj problém kontrahovania nových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bez historických údajov o kvalite poskytovanej starostlivosti. 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. **Zmyslom plnenia indikátorov kvality má byť neustále zlepšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a nie trestanie poskytovateľov.**

Aby kontrahovanie na základe kvality mohlo byť implementované širokospektrálne, 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.

V neposlednom rade je potrebné zvýšiť zainteresovanosť a informovanosť poistencov o význame a detailoch selektívneho nákupu zdravotnej starostlivosti, napríklad:

- aký je rozdiel medzi zmluvným a nezmluvným poskytovateľom,
- čo znamená efektívna dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- ako sa brániť nelegálnym poplatkom za zdravotnú starostlivosť,
- ako si nájsť poskytovateľa,
- ako rozumieť a rozhodovať sa na základe indikátorov kvality.

Pochopenie významu a detailov selektívneho nákupu je pre poistenca dôležité z dôvodu poznania produktov jednotlivých zdravotných poisťovní a rozdielov medzi nimi.

7.4.3 V lôžkovej sfére by sa malo v budúcnosti uplatňovať DRG

Vo všeobecnosti je potrebné podporovať platobné mechanizmy, ktoré odmeňujú poskytovateľa za vyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti a/alebo jej postupné zlepšovanie. V súčasnosti sú však poskytovatelia často „odmeňovaní“ za chyby. Poskytovateľ, ktorý pochybí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, obvykle dostane zaplatené viac (za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri odstraňovaní chyby) ako poskytovateľ, ktorý poskytol správnu zdravotnú starostlivosť na prvýkrát. 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 manažovanej zdravotnej starostlivosti (tzv. managed care organizations).

DRG (diagnosis-related group) je jedným z najprogresívnejších platobných mechanizmov v lôžkovej starostlivosti. V kombinácii s globálnym rozpočtom ho používa takmer každá krajina Európy (Tabuľka 26).

Podstata DRG systému je, že zadeľuje jednotlivé prípady do zvládnuteľného 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, ktorý predstavuje minimálny a maximálny počet dní

Tabuľka 26: 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)
Severský „NHS“ model – daňovo financované zdravotné systémy				
Dánsko		X	X	
Fínsko		X		
Írsko				X
Nórsko				X
Švédsko				X
Spojené kráľovstvo				X
Južný „NHS“ model – daňovo financované zdravotné systémy				
Portugalsko				X
Španielsko				X
Taliansko				X
Zdravotné systémy založené na zdravotnom poistení				
Belgicko				X
Francúzsko				X
Nemecko				X
Rakúsko				X

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

strávených v nemocnici. Minimálny počet 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, ale napr. na úrovni 80 %. Zdravotný systém má vďaka DRG tendenciu k nadprodukcii pri minimalizácii nákladov. Z tohto vyplýva, že poskytovatelia sa snažia pobyt svojich pacientov tlačiť čo najbližšie k spodnej hranici doby hospitalizácie. Dôsledkom je postupný pokles hodnoty normatívneho dňa.

7.4.4 Motivácia lekárov k nákladovo efektívnej preskripcii

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

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

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

7.4.5 Vytváranie guidelineov, protokolov, katalógov

V súčasnosti na Slovensku neexistujú jednoznačné, prakticky aplikovateľné štandardné postupy na liečbu ochorení, čo vedie k výrazným rozdielom v liečbe rôznymi lekármi. 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 by nemalo ísť 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 skríningu, 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 guidelines 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 protokolov pre liečbu najnákladnejších a najčastejších ochorení a ich akceptovanie a používanie v praxi. Protokoly umožňujú manažment chorôb, ktorý významne zlepšuje zdravotný stav pacienta, kvalitu i efektivitu liečby, čo je možné podložiť aj zahraničnými dôkazmi.

Snaha zdravotných poisťovní o implementáciu protokolov s dokázateľne účinnou a nákladovo efektívnou prevenciou, diagnostikou a liečbou 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.

7.4.6 Výsledkovo orientovaný revízny a kontrolný systém

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.

7.4.7 Stav eHealth na Slovensku a možnosti ďalšieho rozvoja

eHealth umožňuje administratívnym či zdravotníckym pracovníkom a inštitúciám v zdravotníctve navzájom komunikovať, zberať, zhromažďovať a analyzovať ekonomické a klinické dáta, minimalizovať omyly a personálne a finančne organizovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti na báze informačných technológií.

eHealth na Slovensku dnes prakticky neexistuje, aj keď niektoré inštitúcie izolovane dosiahli relatívne slušný stupeň informatizácie. Z hľadiska infraštruktúry informačných a komunikačných technológií je potrebné budovať prepojenia medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami, a rovnako aj medzi informačnými systémami samotných poskytovateľov:

1. Samotné používanie počítačov v dennej praxi pracovníkov rezortu zdravotníctva, ale aj bežných občanov sa zlepšuje, hoci Slovensko zaostáva za priemerom krajín EÚ 15 (Tabuľka 27).
2. Mnohé nemocnice majú v súčasnosti už zavedený a funkčný interný informačný a ekonomický systém a vzájomne sieťové prepojenia v rámci organizácie.
3. Neuspokojivá je oblasť vzájomného prepojenia medzi organizáciami navzájom.

Technologické štandardy sú oblasťou, ktorá bola s výnimkou posledných dvoch rokov veľmi zanedbávaná. Slovensko stále nie je členom viacerých štandardizačných orgánov.

Pre implementáciu eHealth Ministerstvo zdravotníctva SR prijalo v decembri 2005 Koncepciu informatizácie SR, ktorý sa zameriava na dve oblasti:

- **Tvorba infraštruktúry**
  1. zavádzanie štandardov zdravotníckej informatiky
  2. tvorba počítačových sietí
  3. autorizovaná komunikácia
  4. budovanie integrovaného systému
- **Podpora tvorby, implementácie a prevádzky eHealth aplikácií**:
  1. verejný zdravotnícky portál
  2. elektronický chorobopis
  3. elektronická preskripcia a medikácia
  4. mimonemocničné zdravotnícke služby

Tabuľka 27: Penetrácia vysokorýchlostného internetu v populácii (v %)

Krajina	2002	2003	2004	2005	2006 (odhad)
EÚ (15)	2,3	4,5	7,6	12,0	16,5
Slovensko	n/a	n/a	0,4	1,5	4,0

Zdroj: EUROSTAT, 10. august 2006

Tabuľka 28: eHealth aplikácie, ich charakteristika, využitie a predpoklady

eHealth aplikácie	Charakteristika	Využitie	Predpoklady	Nomenklatúry
Elektronický chorobopis (EHR/PHR)	Elektronický chorobopis je v prirodzenom jazyku vedená štruktúrovaná zostava záznamov o zdravotnom stave pacienta. Je tvorený sústavou podrobných záznamov súvisiacich so zdravotnými problémami pacienta, ich priebehom a riešením	– vyhľadávanie špecifických dát a možnosť ich interpretácie – prehľadávanie rozsiahlych záznamov a tvorba špecifických zostáv – elektronický prenos celého chorobopisu alebo jeho jednotlivých častí – sprístupňovanie informácií v kondenzovanej forme podľa kritérií	EHR vyžaduje štandardizovanú terminologickú nomenklatúru, ktorá je nevyhnutným predpokladom aby chorobopisy zaznamenané rôznymi autormi, pracoviskami, technológiami a odlišným jazykom mali jednotnú terminologickú štruktúru a boli vyhľadávateľné a interpretovateľné informačnými technológiami.	– SNOMED – vyvinutá v USA, v súčasnosti prebieha proces dohadovania spoločného USA a EÚ vlastníctva štandardu klinickej terminológie SNOMED-CT – HL7 (Health Level 7) – slúži primárne na bezpečné prenášanie – CEN TC251 – HISA je štandard obsahujúci entity a triedy, charakteristiky chorobných jednotiek pre automatické spracovanie
Autorizovaná komunikácia	Autorizovaná komunikácia je prvý krok k implementácii eHealth aplikácií. Slúži na spoľahlivú identifikáciu identít v procese zdravotnej starostlivosti. Identifikácia prebieha pomocou elektronického nosiča (napr. eCard smart karty alebo USB kľúča) s uloženými informáciami o identite. Autentifikácia prebieha pri párovaní kľúča poistenca a poskytovateľa alebo zdravotnej poisťovne.	– odstránenie čierneho vykazovania – odstránenie čiernej preskripcie – optimalizácia plánovania výkonov – zvýšenie revíznej schopnosti zdravotného systému		
Elektronická preskripcia a medikácia	ePreskripcia je spôsob minimalizácie zamedzenia negatívnych dôsledkov farmakoterapie a vážnych pochybení ohrozujúcich bezpečnosť a život pacientov.	– vylúčenie zlej čitateľnosti rukou písaných receptov – kontrola a odporúčanie správneho spôsobu užívania lieku najmä v kontexte iných liekov predpísaných inými lekármi – kontrola a odporúčanie vhodnejšieho výberu lieku, jeho formy, sily a dávkovania – upozornenie na potrebu zvažovať účinky daného lieku v kontexte predchádzajúcej liečby a jeho pôsobenia (napr. alergie) – poučenie pacienta na zabránenie chybného či nesprávneho užívania lieku – monitorovanie podávania liekov zdravotníckymi pracovníkmi v nemocniciach – upozornenie pacienta na dôsledky vynechania užitia lieku		
Národný zdravotnícky portál	Portál má úlohu sprostredkovať uzol informácií a interakcie s laickou verejnosťou, s odborníkmi, lekármi a poskytovateľmi. Občanom pomáha poskytovať osvetu v oblastiach prevencie, sprístupniť ich elektronické dáta z eHealth systému, vzdelávať, konzultovať a informovať o zdravotníckych právnych normách.			

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

8. ORGANIZÁCIA

Cieľom tejto časti je určiť organizáciu zdravotníctva 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 dve štátne akciové spoločnosti (Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa) a štyri súkromné akciové spoločnosti (zdravotné poisťovne Apollo, Dôvera,[24)] Európska a Union).

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 a vlastníckych vzťahov, pričom za najvhodnejšiu formu pre zdravotné poisťovne ako aj nemocnice považujeme formu akciovej spoločnosti

Súčasná vláda však neprejavuje ambíciu vytvárať motivačné prostredie zdravotnej politiky. Jej doterajšie kroky skôr poukazujú na zmäkčovanie prostredia a centralizáciu kompetencií. Vláda oznámila zámer sústrediť sa viac na budovanie štátneho zdravotníctva ako v poisťovníctve tak aj v poskytovaní lôžkovej starostlivosti. Dôkazom tohto smerovania sú navrhované opatrenia, ktorých cieľom je prostredníctvom zákona prepoistiť všetkých štátnych zamestnancov ako aj všetky osoby, za ktorých poistné platí štát, do štátnych zdravotných poisťovní. Štátne zdravotné poisťovne sa zároveň majú stať verejnoprávnymi organizáciami. Minister zdravotníctva dokonca nevylúčil ani možnosť, že na Slovensku bude len jedna zdravotná poisťovňa.

Vláda zároveň zastavila transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti a navyše im od 1.10.2006 vytvorila mäkké rozpočtové obmedzenia vo forme ochrany pred exekúciami. Ústavný súd SR v decembri 2006 predbežným opatrením pozastavil platnosť tejto ochrany.

24) Zdravotná poisťovňa Dôvera, a.s. a zdravotná poisťovňa Sideria, a.s. sa k 1.1.2007 zlúčili

8.1 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 starostlivosťou 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 neziskovej organizácie.

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.

8.2 PREHĽADNÉ VLASTNÍCKE VZŤAHY

V akciovej spoločnosti sú prehľadne definované a skontrolovateľné vlastnícke vzťahy. Navyše, kľúčovú úlohu zohráva kapitál, ktorý do akciovej spoločnosti vložil jasne identifikovateľný vlastník, čo ho posúva do pozície **zodpovedného vlastníka** (Rámček 4).

Verejnoprávne inštitúcie sú z hľadiska vlastníckych vzťahov výrazne komplikovanejšie. Verejnoprávne inštitúcie a neziskové organizácie nepatria štátu ani súkromníkom, nepatria oficiálne nikomu. Navyše, podľa dnes už zrušeného 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 verejnoprospešným právnickým osobám neziskového sektora. I keď vznikli ako súkromné právnické osoby, rezortné poisťovne sa objektívne pohybovali na pomedzí verejného a súkromného sektora.

Štát dlhodobo zanedbáva úlohu dobrého a zodpovedného vlastníka, lebo cez rast vnútorného a vonkajšieho dlhu umožňuje úpadok svojich aktív v nemocniciach. Na posudzovanie efektívnosti zdravotníctva nie je rozhodujúci len objem zdrojov v zdravotníctve, ale aj úroveň a kvalita manažmentu.

Štát do riadiacich pozícií často namiesto odborných nominácií preferuje politické nominácie. A keďže politické nominácie sú vždy len na krátky časový úsek, takíto nominanti uprednostňujú krátkodobý (osobný) prospech pred dlhodobými cieľmi organizácie. Štát zároveň nezodpovedným štátnym manažérom dlhodobo a účelovo vytváral „barličky“ v podobe mäkkých rozpočtových obmedzení. V takýchto „mäkkých“ podmienkach sa z ekonomického hľadiska rodia neefektívne rozhodnutia, často podporené korupčným prostredím.

Rámček 4: Otázka zodpovedného vlastníka

Nejsložitější je nalezení odpovědných vlastníků pro nemocnice a v žádné ze zemí střední a východní Evropy 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 obnovení 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 nemocnice získají kontrolu nad nemocnicí bez vložení 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 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 střední a východní Evropy 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 prvém 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.

8.3 CORPORATE GOVERNANCE

Rešpektovanie princípov corporate governance a dobrovoľná oddanosť predstavenstva, dozornej rady a účtovnej firmy k týmto princípom (Rámček 5) 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, zamestnávatelia 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 združenia nereprezentujú.

Navyše, vo verejnoprávnych a rezortných poisťovniach v minulosti zlyhávali základné princípy corporate governance. Na príliš veľkom fóre zástupcov rôznych skupín (v správnej rade), ktorých delegovalo príliš veľa voliteľov (mandantov), sa totiž strácala spätná väzba medzi mandatárom (členom voleného orgánu) a mandantom. Potom sa tam často mohli realizovať osoby, ktoré konali vo vlastnom záujme a nie v záujme mandantov. Navyše, členovia správnych rád verejnoprávnych zdravotných poisťovní neniesli žiadnu právnu zodpovednosť za finančné výsledky organizácie.

Podobne aktuálna vnútroorganizačná schéma neziskovky málo podporuje zodpovednosť v jej riadení, umožňuje neodvolateľnosť členov správnej rady, samovymenúvanie členov

Rámček 5: 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) najať 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 signifikantných 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

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, zamestnávatelia pre zamestnancov 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, „zhora“ vytvárať 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 vlastniť obce, odborové zväzy, univerzity alebo nadácie.

8.4 TVRDÉ ROZPOČTOVÉ OBMEDZENIA

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

Celý systém zdravotníctva sa do prijatia reformných zákonov v roku 2004 oproti tzv. normálnym odvetviam pohyboval v mäkkom rozpočtovom obmedzení. 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.“*[25] Túto neštandardnú garanciu plánuje nová vláda opäť zaviesť, čo nielenže naruší rovnosť šancí na zdravotnom trhu, ale spôsobí aj beztrestné zadlžovanie štátnych poisťovní.

Mäkké rozpočtové obmedzenie sa vyznačovalo udeľovaním výnimiek zo strany štátu aj v takých prípadoch, keď boli zjavne narušené zákony, či v niektorých prípadoch dokonca aj Ústava SR. Medzi najvypuklejšie prípady mäkkého rozpočtového obmedzenia môžeme uviesť:

- Zdravotné poisťovne neznášali žiadne finančné riziko

25) Navyše, bývalý § 29 rozširoval možnosť poskytnúť toto privilégium aj pre 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.“*

- 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 a 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. Nezáujem 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 %.[26)]

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 efektivitu 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.

V prípade plánovanej zmeny štátnych zdravotných poisťovní z akciových spoločností na verejnoprávne organizácie s poskytnutím ochranného vankúša v podobe mäkkých rozpočtových obmedzení budeme svedkami návratu všetkých negatívnych javov, ktoré spôsobili mimoriadne pasívny nákup zdravotnej starostlivosti a výrazné finančné problémy zdravotného systému pred rokom 2002.

8.5 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:

1. **s dobre definovanými parametrami, orgánmi a zodpovednosťou za škodu**
2. **s transparentnými vlastníckymi vzťahmi**
3. **s prehľadnými a štandardnými riadiacimi orgánmi**
4. s povinne vytvoreným **útvarom vnútornej kontroly**
5. **so štandardným účtovníctvom** a vedením dokumentácie
6. **s povinným externým auditom**
7. **s pravidelným reportingom** pre ministerstvo financií, ministerstvo zdravotníctva a Úrad pre dohľad.

Nedokonalosť právneho režimu neziskových organizácií (nehovoriac o verejnoprávnych, kde ide v podstate o subjekty sui generis) vo viacerých oblastiach dáva dôvod na väčšie obavy z reálneho fungovania v zdravotníctve než 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. To umožnilo zachytiť a upraviť množstvo situácií a prípadov, ktoré viedli k neistote, resp. nedôvere pri použití takejto právnej formy. (Rámček 6).

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 kvalitnejšie a transparentnejšie.

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

Rámček 6: 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 zlyhaní 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 neziskovej organizácie – 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

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, než 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 vlastnených zdravotných poisťovní sa dá jednoducho vykonať prijatím stanov (alebo o čosi 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.

8.5.1 Zdravotné poisťovne

Bývalé právne postavenie umožňovalo zdravotným poisťovniam oveľa viac dbať na potreby inštitúcií než na potreby poistencov. Zmena na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými pravidlami, transparentnými vlastníckymi a manažérskymi vzťahmi, štandardným účtovníctvom a externým auditom vedie ku skutočnému posilneniu záujmov poistencov a 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. Zaviedlo 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 poistného kmeňa, 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 nevhodné, ak by štátna zdravotná poisťovňa mala fungovať v inom právnom režime ako ostatné zdravotné poisťovne. Považujeme za transparentnejšie, zodpovednejšie a vhodnejšie, aby to robil **prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti a aby sa nevytvárala osobitná štátna organizácia na tento účel.**

Aby štátna akciová spoločnosť vyhovovala požiadavke organizácie verejnoprávneho charakteru, dá sa to dosiahnuť vôľou akcionára (štátu) bez zmeny legislatívy, a to zmenou stanov štátnej zdravotnej poisťovne. Stanovy by umožňovali, aby dozorná rada bola kreovaná tripartitne a aby sa zisk použil v prospech poistencov a vlastného rozvoja. Takáto úprava by menila len vnútorné usporiadanie orgánov v štátnych zdravotných poisťovniach, zachovala by rovnaké podmienky pre všetky zdravotné poisťovne a nevyžadovala by si nesystémové legislatívne úpravy.

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

Za mimoriadne nebezpečné taktiež považujeme úvahy o vytvorení jednej zdravotnej poisťovne pre všetkých občanov. Zrušenie konkurencie na nákupe zdravotnej starostlivosti zníži efektivitu využívania vzácnych zdrojov v zdravotníctve.

8.5.2 Nemocnice

Všetky nemocnice by sa mali postupne transformovať na spoločnosti obchodného práva, vrátane nemocníc delimitovaných na obce a VÚC. Spoločnosti definované Obchodným zákonníkom sú osvedčené, odskúšané právne formy, s podrobnými vnútornými pravidlami, ktorých výklad je právnou praxou vrátane súdov ustálený a predvídateľný, čo prispieva k právnej istote všetkých osôb zainteresovaných na činnosti spoločnosti. Takéto spoločnosti sú subjektmi s prehľadným systémom riadenia, ide zároveň o právne formy, 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).

Nová vláda hneď po nástupe posunula termín transformácie nemocníc z príspevkových organizácií na akciové spoločnosti z pôvodného dátumu 31.12.2006 na 31.12.2007, pričom tento krok má pravdepodobne len získať čas na prijatie zákona, ktorým sa transformácia kompletne zastaví. Zastavenie transformácie spolu s mäkkým rozpočtovým obmedzením spôsobí neefektívne riadenie nemocníc a ich ďalšie zadlžovanie.

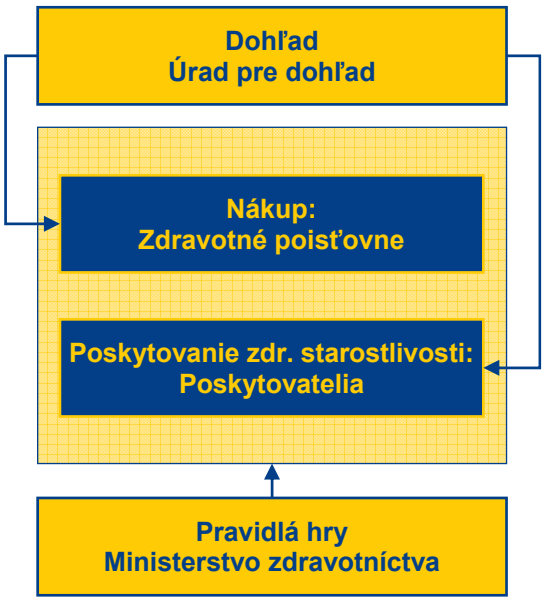
8.6 DISKUSIA

8.6.1 Definovanie úlohy štátu v systéme zdravotníctva

Reformou z r. 2004 sa model zdravotníctva z hľadiska organizácie opieral o systém motivácií a protiváh, pričom úlohy jednotlivých hráčov boli jasne zadefinované zákonom:

1. Legislatívna úloha patrí štátu a vláda tak plní úlohu tvorcu noriem a pravidiel zdravotného trhu. V tejto úlohe by však nemal ohrozovať podstatu a fungovanie jednotlivých subjektov. Kľúčové je vystupovanie v úlohe efektívneho regulátora, akéhosi „stewarda", ktorý rozumne kormidluje sektor. Medzi jeho hlavné kompetencie má patriť ochrana spotrebiteľa, definícia rozsahu zdravotnej starostlivosti, protokolov a minimálnej siete.
2. Nákup zdravotnej starostlivosti je plne v kompetencii zdravotných poisťovní. Zdravotné poisťovne na seba preberajú finančné riziko namiesto jednotlivcov a svojou stratégiou nákupu musia splniť všetky požiadavky dané zákonom ohľadom kvality, dostupnosti a efektívnosti zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom k tomu, že zdravotné poisťovne majú rovnocenné postavenie na trhu a sú akciovými spoločnosťami, štát v pozícií vlastníka musí taktiež dodržiavať pravidlá corporate governance a akceptovať fakt, že poistenci jeho poisťovne opúšťajú. V roku 2007 bude štát kontrolovať dve poisťovne s trhovým podielom 67,2 % (VšZP 55,9 % a SZP 11,3 %), pričom oproti roku 2006 tieto dve poisťovne stratili viac ako 10 % trhového podielu. Zdravotné poisťovne môžu dosahovať zisk.
3. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je v plne kompetencii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Poskytovatelia sú plne zodpovední za kvalitu zdravotnej starostlivosti a jej poskytovanie „lege artis". Všeobecná ambulantná starostlivosť je na 98 % súkromná, špecialisti na viac ako 60 %, lekárnici a celý liekový reťazec je 100 % v súkromných rukách. V lôžkovej starostlivosti vlastní súkromný sektor približne jednu tretinu všetkých zariadení. Poskytovatelia môžu dosahovať zisk.
4. Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je nezávislý orgán, ktorého nezávislosť je kľúčová pri nezaujatom posudzovaní štátnych a súkromných poisťovní ako aj štátnych a súkromných poskytovateľov. Nezávislosť úradu bola daná pozíciou predsedu úradu, ktorá bola nezávislá od štátnej moci.

Tabuľka 29: Systém motivácií a protiváh



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Nezávislosť úradu bola porušená v decembri 2006 prijatím novely zákona č. 581/2004 Z. z., v ktorej vláda môže na podnet ministra zdravotníctva odvolať predsedu úradu a členov správnej rady bez udania dôvodu. Úrad sa dostal do podriadeného postavenia voči ministerstvu zdravotníctva. Stratil tak predpoklady pre svoju hlavnú funkciu, a to nezávislý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poistením na základe technických a odborných kritérií, nie na základe politických záujmov. Dohľad nad štátnymi zdravotníckymi zariadeniami a štátnymi zdravotnými poisťovňami tak bude vystavený konfliktu záujmov a môže dôjsť k porušeniu transparentnosti prostredia.

Nová vláda tento veľmi citlivý systém motivácií a protiváh narušila. Štát sa z pozície efektívneho regulátora posúva do úlohy dominantného hráča – normotvorcu, nákupcu, poskytovateľa a kontrolóra. Táto „štvorrola“ zakladá do budúcnosti vysoké riziká pre zdravý rast zdravotného trhu:

1. Legislatíva nebude koordinovaná a navzájom sa budú prebíjať vláda a parlament
2. Štát bude uprednostňovať svoje poisťovne – postaví ich do privilegovaného postavenia
3. Štát bude operatívne riadiť nemocnice, pričom ich bude ovplyvňovať centrálnymi rozhodnutiami
4. Dohľad bude závislý od ministerstva zdravotníctva

Podiel štátu na trhu zdravotného poistenia a trhu poskytovateľov by mal byť výsledkom férovej súťaže o poistenca a nie násilného vplyvu štátu z pozície normotvorcu. Oba druhy vlastníctva (verejné aj súkromné) sú rôzne z hľadiska motivácií a rizík (Tabuľka 30).

Tabuľka 30: Porovnanie motivácií a rizík verejných a súkromných vlastníkov v zdravotníctve SR

Parameter	Verejný vlastník	Súkromný vlastník
Cieľ	Deklarované sociálne ciele Nedeklarované osobné záujmy	Zisk a dividendy
Kritériá pre rozhodovanie	Lobizmus Absencia nákladov obetovaných príležitostí	ROE* IRR**
Vízia	Krátkodobá, súvisiaca s politickým cyklom	Dlhodobá
Rozhodovanie	Byrokratické Bez „corporate governance“	Flexibilné Corporate governance
Riziká	Neefektívna alokácia vzácnych zdrojov Vyššie obstarávacie náklady pri kapitálových investíciách Korupcia	Potrebuje efektívneho regulátora a systém motivácií a protiváh

Vysvetlivky:

** – Rentabilita vlastného imania (Return on Equity, ROE) = pomerový ukazovateľ, ktorý vyjadruje efekty plynúce investorovi z investície do spoločnosti po odpočítaní všetkých úhrad a nárokov v prospech iných osôb ako akcionárov. Počíta sa nasledovne:*

$$\frac{\text{zisk po odpočítaní úrokov a daní}}{\text{základné imanie + fondy + nerozdelený zisk}}$$

*** – Vnútorná miera výnosnosti (Internal Rate of Return,IRR)* = ročná miera výnosnosti dosahovaná investičným projektom, pri ktorej sa súčet diskontovaných príjmov za celú dobu životnosti projektu rovná súčtu diskontovaných peňažných výdavkov.*

Zdroj: Health Policy Institute, 2006, podľa Manažérske účtovníctvo – oficiálna terminológia, Iura Edition 2004)

9. REGULÁCIA

Cieľom tejto časti je poukázať na fakt, že v modernej zdravotnej politike má štát zohrávať úlohu efektívneho regulátora. Táto pozícia spočíva v dosiahnutí tých cieľov, na ktoré trh nemusí dať okamžite uspokojivú spoločenskú odpoveď. Dajú sa zhrnúť do štyroch hlavných otázok:

- **čo?** – zadefinovanie rozsahu zdravotných výkonov, liečiv, zdravotníckych pomôcok hradených z verejného zdravotného poistenia vrátane spoluúčasti pacienta, registrácia liečiv a zdravotníckych pomôcok, registrácia nových technológií.
- **kto?** – regulácia požiadaviek na vzdelanie a kvalifikáciu zdravotníckych pracovníkov, povolenia pre zdravotnícke zariadenia, stanovenie minimálnej siete poskytovateľov, ktorých musí zdravotná poisťovňa nakontrahovať, aby bola zabezpečená dostupnosť pre poistencov.
- **ako?** – zabezpečenie primeranej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti – cez systémy kvality a výkonom nezávislého dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (funkcia Úradu pre dohľad), zabezpečenie primeranej bezpečnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti – cez vytváranie guidelineov, protokolov a katalógov.
- **za koľko?** – primeranosť cien u vybraných výrobkov a služieb, ktoré nepodliehajú bežnej trhovej konkurencii alebo by sa mohli stať nedostupnými pre pacientov (napr. zabezpečenie záchrannej služby aj v odľahlých oblastiach).

Obávame sa, že v ďalších rokoch vláda nebude mať ambíciu zostať len v polohe efektívneho regulátora, ale bude sa snažiť zásadným spôsobom zasahovať do nezávislosti dohľadu a operatívneho riadenia rezortu. Návrh na vytvorenie spoločného fondu v maximálnom objeme 12,8 mld. Sk na ministerstve zdravotníctva, návrh na povinné prepoistenie vybraných skupín poistencov do štátnych poisťovní či úvahy o jednej zdravotnej poisťovni dokumentujú, že štát bude chcieť zásadným spôsobom ovplyvňovať toky peňazí v zdravotníctve. Vzhľadom na to, že ministerstvo zdravotníctva nemá odborné kapacity na makroekonomické prognózovanie, ani na nákup zdravotnej starostlivosti, takýto posun s vysokou pravdepodobnosťou poškodí ako pacientov, tak aj poskytovateľov.

Zrejme sa naruší rovnováha medzi ľudskou a kapitálovou náročnosťou. Dnešný systém potrebuje vyššiu kapitálovú náročnosť a nižšiu mzdovú náročnosť. Ministerstvo zdravotníctva ide opačným smerom. Nedôjde tak k toľko očakávanej rekapitalizácii sektora, ale k nekrytému zvýšeniu miezd na úkor rastu dlhu a na úkor súkromných poskytovateľov a dodávateľov.

9.1 DEFINOVANIE ROZSAHU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

„Vláda si je vedomá, že rozpor v nedostatku finančných zdrojov a očakávaniami obyvateľstva je možné riešiť zachovaním ekonomicky a sociálne udržateľnej spoluúčasti na vybrané typy zdravotnej starostlivosti,“ uvádza sa v programovom vyhlásení súčasnej vlády. Použité slovo „zachovaním“ namiesto „zvýšením“ potvrdzuje ambíciu vlády nezvyšovať mieru spoluúčasti, t. j. nezužovať **rozsah** zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia. Pri tejto ambícii je však nesplniteľné ďalšie predsavzatie vlády o naštartovaní trhu s individuálnym zdravotným poistením. Kľúčovým prejavom neexistencie jasne definovaného rozsahu je rast dlhu zdravotníckych zariadení.

Súčasný rozsah je v mnohých oblastiach nedefinovaný alebo je definovaný len nepriamo, čo spôsobuje neistotu pacienta ohľadom plnenia zo zdrojov verejného zdravotného poistenia a nerovnomernosť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Za rovnocenné sa potom považujú procedúry s veľmi rozdielnym benefitom a pomerov nákladov k zdravotnému zisku (napr. existujú čakacie doby na onkologické operácie a diagnostiku, pričom zároveň sa prostriedky míňajú na lieky s nepreukázaným účinkom). Toto môže viesť k uprednostňovaniu odkladnej alebo nákladovo menej efektívnej starostlivosti pred neodkladnou alebo nákladovo efektívnejšou zdravotnou starostlivosťou.

Stanovenie rozsahu nielen zvýši istotu poistencov, ale je nevyhnutné aj z nasledovných dôvodov:

1. Vzhľadom na **vzácnosť zdrojov** v zdravotníctve **a zvyšujúce sa očakávania populácie** v zdravotníctve nie je a ani nikdy nebude dostatok zdrojov na hradenie každej zdravotnej potreby.
2. So stúpajúcimi zdrojmi v sektore sa zvyšuje aj **ponuka zdravotných služieb, ktorá indukuje dopyt**.
3. **Hranice zdravotnej starostlivosti nie sú presne definované** (napr. liečba nadváhy a obezity, plastická chirurgia a pod.).

Základnou podmienkou stanovenia rozsahu je zadefinovanie priorít a uvedomenie si funkcie verejného zdravotného poistenia, ktoré slúži na preberanie rizika extrémnych nákladov jednotlivca na úhradu zdravotnej starostlivosti. Jeho cieľom nie je hradiť každú zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu, ale predísť situácii, kedy by sa účinná a nákladovo efektívna liečba stala pre jednotlivca finančne nedostupná.

Vzniká preto potreba čo najefektívnejšieho využívania dostupných zdrojov, t.j. rozhodnúť, ktorými postupmi dospejeme k najvyššiemu zdravotnému zisku s ohľadom na etické a spoločenské hodnoty a požiadavky. Definovanie rozsahu je možné stanoviť dvoma spôsobmi:

- Obmedzenie „zdola“ znamená existenciu určitej spoluúčasti pacientov (odpočítateľná položka, percentuálna spoluúčasť alebo pevná suma), resp. plnú úhradu finančne nenáročnej zdravotnej starostlivosti, kde zdravotné poistenie uhrádza náklady na zdravotnú starostlivosť až nad istú sumu. Existencia spoluúčasti pacientov má regulačnú funkciu a zvyšuje individuálnu zodpovednosť jednotlivcov za vlastné zdravie.
- Obmedzenie „zhora“ znamená stanovenie kritérií, pri ktorých je spoločnosť ochotná vynaložiť finančné prostriedky na dosiahnutie istého zdravotného zisku:
  - Sem patrí napríklad rozhodovanie o úhrade nového lieku na onkologické ochorenie v cene niekoľko sto tisíc korún s paliatívnym účinkom prinášajúcim predĺženie života o niekoľko týždňov (u nás zatiaľ eticky a spoločensky ťažko zdôvodniteľné rozhodnutie, aj keď vyspelejšie krajiny ako napr. Veľká Británia, Švédsko či Holandsko uznávajú nákladovú efektívnosť ako základnú požiadavku na zaradenie liečby do rozsahu).
  - Ďalším príkladom je rozhodovanie o výške úhrady medzi dvoma liekmi s podobným účinkom a s rôznou cenou (počnúc od rovnakej, resp. diferencovanej úhrady za generiká a originály s rovnakou účinnou látkou až po uznanie alebo neuznanie minimálnej výhody nového ACE inhibítora s vyššou cenou).
  - Okrem finančných kritérií je možné stanoviť aj iné indikačné obmedzenia.

Stanovenie **rozsahu** zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia sa vykonáva procesom kategorizácie. V procese kategorizácie chorôb, liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín by sa v čo najširšom rozsahu mala štandardne používať metodika HTA (Rámček 7).

Rámček 7: Hodnotenie medicínskych technológií (HTA – Health Technology Assessment)

Pre objektívne zhodnotenie prínosu nových, ale aj už zavedených procedúr, bude potrebný rozvoj oblasti hodnotenia medicínskych technológií na základe pomeru nákladov k zdravotnému zisku, ktorý prinášajú. Takýmto procesom by nemali byť hodnotené len čiastkové postupy (dnes sa HTA používa najmä pri hodnotení prínosu nových liekov), ale mali by byť aplikované komplexne aj na preventívne, diagnostické a terapeutické postupy.

HTA sa snaží o komplexnejší pohľad na celý proces zdravotnej starostlivosti. Nehodnotí len účinnosť, ale aj náklady potrebné na získanie určitého zdravotného zisku. Za náklady sa pritom považujú nielen náklady na samotnú procedúru, ale aj ďalšie priame a nepriame náklady. Zdravotný zisk sa meria:

- prirodzenými medicínskymi jednotkami (napr. frekvencia akútnych exacerbácií, počet vyliečených pacientov a pod.); tieto jednotky sa dajú používať, ak sa porovnávajú procedúry s rovnakým typom výsledkov,
- pomocou komplexnejších a všeobecnejších jednotiek (počet zachránených rokov života, počet kvalitných rokov života (QALY) a pod.; pri takýchto jednotkách je možné porovnávať aj výrazne odlišné procedúry, dokonca aj také, ktoré nepatria do zdravotníctva – napr. porovnanie nákladov na získanie jedného QALY opatrením v zdravotníctve oproti opatreniam pri prevencii dopravných nehôd.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

9.1.1 Kategorizácia chorôb

Kategorizáciou chorôb sa stanovuje spoluúčasť pri jednotlivých neprioritných diagnózach (jej proces je popísaný v zákone o rozsahu). Kategorizácia chorôb sa opiera:

- o **„katalóg zdravotných výkonov“**, ktorý definuje jednotnú terminológiu s jasným obsahom pojmov (pozri Rámček 8),
- o **„zoznam zdravotných výkonov“**, ktorý definuje štandardné diagnostické a liečebné postupy, ktoré možno vykazovať pri danej diagnóze.

V kategorizácii chorôb navrhujeme nasledovné kroky:

- zadefinovanie rozsahu formou hradených výkonov a diagnóz,
- vylúčenie liečby diagnóz s jednoznačným zavinením pacienta z hradeného rozsahu (úrazy pri športe a pod.),
- vylúčenie liečby diagnóz bez medicínskej indikácie z hradeného rozsahu,
- zadefinovanie finančnej hranice za zdravotný zisk,
- určenie výšky finančnej spoluúčasti pacienta na neprioritných diagnózach.

9.1.2 Kategorizácia liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín

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

- vyradiť z kategorizácie liečivá, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami (signifikantne významný efekt na klinicky relevantné parametre v placebom kontrolovaných randomizovaných klinických štúdiách)

Rámček 8: Nová vláda zrušila katalóg zdravotných výkonov

Predchádzajúca vláda uznesením schválila v júni 2006 katalóg zdravotných výkonov, ktorý nová vláda po nástupe do funkcie zrušila ešte pred nadobudnutím účinnosti s odvolaním sa na údajný rozpor so svojím programovým vyhlásením. Na zozname výkonov sa už nebude (podľa návrhu ministerstva) ani len pracovať.

Pritom bez kodifikácie jasnej terminológie je sledovanie, porovnávanie a vyhodnocovanie činnosti zdravotníckych zariadení a zlepšovanie ich kvality mimoriadne sťažené, ak nie nemožné. Rovnako sa minimalizuje šanca definovať tzv. solidárny balík zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia.

Bez katalógu zdravotných výkonov sa bude primeraná miera spoluúčasti stanovovať s menšou presnosťou. Meranie indikátorov kvality a efektívnosti bude nespoľahlivé, pretože budú chýbať univerzálne nástroje porovnateľnosti. Regulačnú úlohu štátu v tejto oblasti teda zrejme zastúpia zdravotné poisťovne, ktoré zaraďujú do efektívnej nákupnej stratégie selekciu poskytovateľov. Môžu pritom použiť už hotový – ale formálne zrušený – katalóg výkonov. Je v záujme efektívnych a kvalitných poskytovateľov pristúpiť na jednotnú terminológiu a výkazníctvo, čím stanovia predpoklady pre porovnávanie jednotlivých poskytovateľov medzi sebou.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

- nezaraďovať do kategorizácie liečivá, ktorých účinnosť nebola potvrdená relevantnými klinickými štúdiami
- uhrádzať kombinácie na úrovni súčtu úhrad účinných látok
- dokumentovať rozhodnutia kategorizačných komisií odkazmi na EBM štúdie a farmako–ekonomické analýzy
- definovať proces pri posudzovaní ceny, s ktorou prichádza žiadateľ o zaradenie lieku na slovenský trh.

9.2 STANOVENIE MINIMÁLNEJ SIETE POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Minimálna sieť je kľúčovým regulačným nástrojom tvorcu zdravotnej politiky na zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Stanovuje najmenší prípustný počet, resp. kapacitu poskytovateľov, vzhľadom na príslušné územie tak, aby poistenci na tomto území mali zabezpečenú dostupnú, plynulú, sústavnú a odbornú zdravotnú starostlivosť. Úlohou zdravotnej poisťovne je uzatvoriť kontrakty s poskytovateľmi aspoň v rozsahu minimálnej siete.

Žiaľ, v súčasnosti platné nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. o minimálnej sieti je z dôvodu logických chýb a filozofických nedostatkov nevykonateľné. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou tak nemôže vykonávať efektívny dohľad nad zabezpečením dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Medzi hlavné problémy nariadenia patria:

- nariadenie je zrkadlom status quo, premietla sa doň existujúca sieť zmluvných poskytovateľov z roku 2004. Tieto kapacity však neodrážajú skutočné štrukturálne a kapacitné potreby rezortu; napr. v oblasti lôžkových zdravotníckych zariadení je súčasná minimálna sieť predimenzovaná najmenej o 25 %.[27)]
- určenie minimálnej siete osobitne pre jednotlivé samosprávne kraje vedie k veľkým regionálnym rozdielom. V špecializáciách, ktorých poskytovatelia neboli počas tvorby nariadenia zastúpení v niektorom VÚC, minimálna sieť v tomto kraji nie je vôbec stanovená. Pri zriedkavých špecializáciách by pritom postačovalo stanovenie kapacít pre celú Slovenskú republiku.
- použitie súčtu namiesto váženého priemeru je dôvodom najvážnejšej praktickej chyby, ktorá znehodnocuje celé nariadenie o minimálnej sieti. Žiadna zdravotná poisťovňa totiž nemôže dodržať povinnosť uzatvoriť zmluvy s 3,9 miliónmi lekárov, pretože ich tu jednoducho toľko nie je.
- stanovenie kapacít pre zariadenia jednodňovej medicíny, stacionáre a kúpele je arbitrárne.
- ministerstvo obrany získalo v nariadení kompetenciu (v rozpore s Ústavou SR!) vydávať vlastný predpis o minimálnej sieti.
- chyby sú i v súčtoch lôžok, v neurčitej definícii obyvateľov, na ktorých počet sa stanovuje minimálny počet všeobecných lekárov, atď.

27) Výsledok analýzy HPI, ktorá bola podkladom pre ministerstvo zdravotníctva pre vypracovanie nového nariadenia vlády potvrdzujú aj údaje WHO (viď Priority zdravotnej starostlivosti, SAFS na základe analýzy spoločnosti Sanigest Europe).

V júni 2006 predložilo ministerstvo zdravotníctva ešte pod vedením predchádzajúceho ministra na pripomienkové konanie návrh nového nariadenia vlády, ktoré odstraňovalo spomínané nedostatky. Po vyhodnotení pripomienkového konania a po rokovaniach o rozporoch sa návrh nariadenia zastavil tesne pred odoslaním na rokovanie vlády. Prispela k tomu povolebná zmena vlády.

Oprava nariadenia o minimálnej sieti je však nevyhnutná pre zabezpečenie dostupnej starostlivosti pre poistencov, garanciu trhu pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj jasné podmienky pre zdravotné poisťovne. Pre ministerstvo zdravotníctva by malo toto nariadenie predstavovať legislatívnu prioritu. Dôvodom na to je aj aktuálna analýza siete zdravotníckych zariadení.

Koncept minimálnej siete (pripravený, ale neschválený predchádzajúcou vládou) sa na minimálnu sieť musí pozerať z pohľadu poistenca a jeho možností prístupu k zdravotnej starostlivosti. Musí byť založený na dvoch parametroch: geografickej dostupnosti a kapacitnej priepustnosti.

- **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. Nariadenie musí stanovovať tento parameter v podobe časovej dostupnosti, pričom časová dostupnosť by mala zohľadňovať členitosť terénu i hustotu a kvalitu dopravnej siete.
- **Kapacitná priepustnosť** ambulancií a nemocníc je daná priemernou dĺžkou trvania vyšetrenia, resp. hospitalizácie pri správnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Minimálna sieť by pritom mala rešpektovať regionálne zdravotné potreby obyvateľov, zatiaľ však pre ich posúdenie chýbajú kvalitné epidemiologické dáta. Preto je nutné posudzovať z hľadiska zdravotných potrieb celé územie Slovenskej republiky ako homogénny celok bez regionálnych odlišností.

Minimálnou sieťou stanovené kapacity poskytovateľov rešpektujú rôznu hustotu obyvateľstva ako i rôznu dopravnú infraštruktúru, pričom pre spádové územie poskytovateľov nie sú hranice okresu alebo samosprávneho kraja nijakým obmedzením.

Minimálna sieť musí byť stanovená pre nasledovné typy poskytovateľov:

- všeobecná ambulantná starostlivosť vrátane pohotovosti, gynekologická ambulantná starostlivosť a stomatologická ambulantná starostlivosť vrátane pohotovosti,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- špecializovaná ambulantná starostlivosť podľa jednotlivých špecializácií (ich počet by mal byť zredukovaný na rozumnú úroveň „makrošpecializácií“),
- ústavná starostlivosť podľa jednotlivých špecializačných odborov (ich počet by mal byť zredukovaný na rozumnú úroveň „makrošpecializácií“),
- lekárenská starostlivosť vrátane pohotovosti.

9.3 DISKUSIA

9.3.1 Marketing v zdravotníctve – nábor poistencov

Marketing je často stotožňovaný len s reklamou, prípadne komunikačnými stratégiami. Význam marketingu je však oveľa hlbší. Dáva nám možnosť pochopiť procesy medzi predávajúcimi a kupujúcimi, pri napĺňaní potrieb, ponuke a výmene produktov a hodnôt.[28)] Inovatívne koncepty marketingu, rešpektujúce rastúci význam informačnej spoločnosti, upozorňujú na blízky koniec tradičného marketingu a jeho nahradenie inými technikami.

Na rozdiel od iných odvetví spoločnosti, marketing do slovenského zdravotníctva preniká len veľmi pomaly. S výnimkou niekoľkých progresívnych subjektov[29)] z marketingového hľadiska poznajú poskytovatelia svojich klientov a ich potreby len povrchne. Aj preto ľudia vnímajú slovenské zdravotníctvo negatívne – poskytovatelia nedokážu naplniť ich očakávania, ktoré si spotrebitelia prenášajú z iných trhov – napr. z moderných a spotrebiteľsky orientovaných super- či hypermarketov. **Slovenské zdravotníctvo potrebuje dokončiť zmenu paradigmy, ktorá bude spočívať nielen v kapitálových investíciách, ale najmä v prístupe k spotrebiteľom.** Zo systému, ktorý je orientovaný na poskytovateľa, je potrebné prejsť na systém, ktorý je orientovaný na spotrebiteľa.

Marketing pomáha producentom poznať svojich klientov a klientom pomáha poznať producentov. Jedným z najčastejších argumentov obhajcov vysokej účasti štátu v zdravotníctve je informačná asymetria. Tá sa však dá najefektívnejšie znížiť práve pochopením potrieb poistencov a komunikáciou s nimi. Marketingové aktivity (reklama, inzercia, PR, a pod.) zlepšujú mieru informovanosti a vzdelania poistencov. A prirodzene, vyššia informovanosť pomáha k lepšiemu rozhodovaniu.[30)] V tomto kontexte je však potrebné zdôrazniť, že všetky spôsoby oslovovania poistencov a ich informovania musia spĺňať kritéria pravdivosti, morálky a etiky.

Prvý pohyb v marketingových aktivitách u zdravotných poisťovní bol citeľný v prestupovej kampani v roku 2005, avšak poisťovňu zmenilo len niečo vyše 50 000 poistencov.

V roku 2006 boj o poistencov nabral vyššie obrátky a poisťovňu sa rozhodlo zmeniť viac ako 700 000 poistencov, čo predstavuje približne 14 % trhu. Zásluhu na tom má predovšetkým akvizičná marketingová kampaň troch súkromných poisťovní – Union, Dôvera a Európska zdravotná poisťovňa, ktoré získali aj najviac poistencov (Tabuľka 32). Všetky tri akvizičné kampane boli zamerané na získanie poistencov. Naopak, VšZP sa prezentovala defenzívnou kampaňou zameranou na obranu svojho kmeňa, ktorá však vyznela skôr „pro forma“ ako premyslená stratégia. Spoločná zdravotná poisťovňa a prekvapujúco aj Apollo sa prezentovali menej výrazne.

Marketingové aktivity sú dôležitou súčasťou každého trhu – aj toho zdravotného. Obmedzenie týchto aktivít, prípadne ich zákaz, bude viesť k nižšej informovanosti poistencov, čo bude znižovať ich schopnosť rozhodovania sa.

28) Definícia marketingu z knihy Philip Kotler: Marketing Management, 7. vydanie, USA, 1991: *„Marketing je spoločenský a manažérsky proces, pomocou ktorého jednotlivci alebo skupiny získavajú to, čo potrebujú a chcú prostredníctvom vytvárania, ponúkania a vzájomného vymieňania hodnotných produktov.“*

29) Napr. nemocnica Šaca, ktorá svoje marketingové oddelenie postavila ešte v roku 1999

30) Martin Štefunko: Ekonómia slobody.

Tabuľka 31: Príchody a odchody medzi zdravotnými poisťovňami po kampani 2006

Zdravotná poisťovňa (kód ZP)	Stav k 31.10.2006	Príchody	Odchody	Stav k 28.11.2006	Celková bilancia
21 - SZP	681 265	1 761	-84 004	**599 022**	-82 243
22 - Sideria	398 140	2 878	-82 274	**318 744**	-79 396
23 - Dôvera	350 085	144 730	-55 680	**439 135**	89 050
24 - Apollo	472 613	17 996	-45 051	**445 558**	-27 055
25 - VšZP	3 404 215	12 428	-449 456	**2 967 187**	-437 028
26 - EZP	4	74 598	0	**74 602**	74 598
27 - Union	94	462 077	-2	**462 169**	462 075
Spolu	**5 306 416**	**716 468**	**-716 467**	**5 306 417**	**1**

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2006

9.3.2 Decentralizácia definovania rozsahu na zdravotné poisťovne

Centrálne stanovenie rozsahu uhrádzaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nedáva zdravotným poisťovniam dostatočný priestor pre odlíšenie svojich produktov. Riešením môže byť presunutie tejto kompetencie na jednotlivé zdravotné poisťovne.

Namiesto centrálneho pozitívneho zoznamu hradených liekov bude mať každá poisťovňa svoj vlastný zoznam liekov s vlastným procesom kategorizácie. Ten musí spĺňať kritériá, vyplývajúce zo smernice Európskej únie 89/105/EHS o transparentnosti. Štát ako tvorca zdravotnej politiky nastaví zoznam účinných látok, ktoré musia byť súčasťou solidárneho balíka (či už bez doplatku alebo so symbolickým doplatkom). Zdravotným poisťovniam sa tak poskytne priestor na konkurovanie si v oblasti rozsahu uhrádzanej starostlivosti pri rešpektovaní priorít zdravotnej politiky. Zároveň sa zníži riziko možného ovplyvňovania centrálnej kategorizačnej komisie smerom k neefektívnym rozhodnutiam vo veci použitia poistných zdrojov.

9.3.3 Mýtus o nákladových cenách

Regulácia cien štátom by sa mala v zdravotníctve obmedziť na minimum. Štát dnes ešte stále reguluje maximálne ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín hradených zo zdravotného poistenia alebo dodávaných do nemocničných zariadení a reguluje maximálne obchodné prirážky distribútorov, lekární a výdajní zdravotníckych pomôcok. Túto reguláciu je možné decentralizovať na zdravotné poisťovne, čím by sa jednotlivé poisťovne líšili v miere spoluúčasti poistencov.

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:

- decentralizáciu stanovovania cien a úhrad liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na zdravotné poisťovne
- zrušenie regulácie marže obchodných výkonov pre distribučný a lekárenský výkon
- úplnú dereguláciu cien a obchodných výkonov nehradených liekov, pomôcok a potravín

Poskytovatelia často argumentujú tým, že úhrada zo zdravotných poisťovní má byť prinajmenšom vo výške nimi vynaložených nákladov. Táto argumentácia nie je správna. Z ekonomickej teórie vyplýva, že cena produktu alebo služby sa neodvodzuje od nákladov, ale od vzácnosti daného statku. Navyše, akceptácia nákladových cien zdravotnými poisťovňami by na zdravotnú poisťovňu prenášala riziko neefektívnosti poskytovateľa a jeho manažérskych schopností. Zdravotné poisťovne by tak neefektívnym poskytovateľom preplácali neoprávnené náklady a tým by menej zdrojov zvýšilo pre efektívnejších poskytovateľov. Oveľa dôležitejšie je nastaviť relatívnu vzácnosť jednotlivých výkonov a vyradenie mnohých preukázateľne neefektívnych intervencií z rozsahu.

Riziko variability nákladov musí jednoznačne znášať poskytovateľ, pričom riziko počtu prípadov musí znášať zdravotná poisťovňa. Z tohto hľadiska však odporúčame, aby zmluvy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi obsahovali ustanovenie, ktoré pri vysokých finančných rizikách (napr. nad 1 mil. Sk) rozdeľuje tieto náklady čiastočne medzi poskytovateľa a zdravotnú poisťovňu, pričom v časti 6.7.2 sme popísali systém, ako sa prostredníctvom „high risk pool“ tieto zdroje prerozdeľujú ešte aj medzi zdravotnými poisťovňami.

Zároveň je dôležité pripomenúť, že modernou koncepciou je nákup výsledku a nie udržiavanie kapacít. Pre zdravotnú poisťovňu je dôležité, aký zdravotný zisk nakúpi pre svojich poistencov, a nie to, aby každý poskytovateľ mal kontrakt s poisťovňou. Nerovnováha spôsobená tým, že úhrady sú nižšie ako ich náklady, však nie je napravená prirodzeným zánikom neefektívnych poskytovateľov (Rámček 9), ale rastom dlhu a zvyšovaním tlaku na zdroje zdravotných poisťovní.

Rámček 9: Typológia poskytovateľov z hľadiska ich ekonomických výsledkov a perspektívy ich zotrvania na zdravotnom trhu.

1. **EBITDA* < 0 a EBIT** < 0**	– takýto poskytovateľ dosahuje prevádzkovú stratu a samozrejme stratu aj po započítaní odpisov. Jeho zotrvanie na trhu je neopodstatnené.
2. **EBITDA > 0 a EBIT < 0**	– takýto poskytovateľ dosahuje prevádzkový zisk, ale po započítaní odpisov sa ocitá v strate. Z hľadiska procesov je teda poskytovateľ schopný produkovať zisk, ale má nevyhovujúcu štruktúru aktív – z tohto hľadiska je nutné ho reštrukturalizovať.
3. **EBITDA > 0 a EBIT > 0**	– takýto poskytovateľ dosahuje zisk aj z prevádzky a aj po započítaní odpisov. Jeho ďalší rozvoj je determinovaný správnym nastavením procesov a rozumnou investičnou činnosťou.

Vysvetlivky:

** EBITDA – zisk spoločnosti pred úrokmi, zdanením, odpismi a amortizáciou (Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization)*

*** EBIT – zisk spoločnosti pred úrokmi a zdanením (Earnings Before Interests and Taxes)*

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

10. LITERATÚRA

1. Aktualizovaný konvergenčný program Slovenskej republiky, MF SR, 2006
2. Buchanan J, Keeler EB, Rolph JE, Holmer MR. Simulating Health Expenditures under Alternative Insurance Plans. Management Science, Vol. 37, No. 9, Sept 1991, pp. 1067-1090.
3. Figueras, J. et al (eds): Effective purchasing for health gain, s. 241, 2005
4. Koncepcia informatizácie zdravotníctva SR, MZ SR, 2005
5. Koncepcia rozvoja informačnej sústavy zdravotníctva, MZ SR, 2005
6. Kornai, J., Maskin E., Roland G.: Understanding the Soft Budget Constraint, 2002
7. Kotler, P.: Marketing Management, 7. vydanie, USA, 1991
8. Maďarová, H. – Pažitný, P. – Szalay, T. – Szalayová, A.: Rozpočet pre zdravotníctvo je v rozpore s programovým vyhlásením vlády. Into Balance 10/2006, Health Policy Institute
9. Manažérske účtovníctvo – oficiálna terminológia, Iura Edition, 2004
10. Manning WG, Marquis MS. Health Insurance: The Tradeoff Between Risk Pooling and Moral Hazard. Journal of Health Economics, Vol. 15, No. 5, Oct 1996, pp. 609-639.
11. Národné účty SR 2002, 2003, 2004, Štatistický úrad SR 2006
12. Newhouse JP, and the Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, RAND, 1993
13. OECD Economic Outlook, June 2006
14. Osterkamp, R.: Is There a Hold-up of Health-care Reforms in Europe, Ifo Institute Munchen, 2004
15. Príjmy, výdavky a spotreba súkromných domácností v SR za rok 2005. Štatistický úrad SR, 2006
16. Priority zdravotnej starostlivosti, SAFS na základe analýzy spoločnosti Sanigest Europe, 2006
17. Rozpočet verejnej správy na roky 2007 - 2009, MF SR, 2006
18. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005, ÚDZS, 2006
19. Štatistická správa o základných vývojových tendenciách v hospodárstve SR, ročníky 2005 a 2006, Štatistický úrad SR, 2005 a 2006
20. Štefunko, M.: Ekonómia slobody, Kalligram, 2005
21. Vepřek, P.: The Health Care Management Handbook, Georgetown University, 2004

11. ZOZNAM SKRATIEK

EBM ..... medicína založená na dôkazoch (Evidence-Based Medicine)

EZP ..... Európska zdravotná poisťovňa, a. s.

NCZI ..... Národné centrum zdravotníckych informácií

QALY ..... rok života štandardizovaný vzhľadom ku kvalite (Quality-Adjusted Life Year)

SVLZ ..... spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

SZP ..... Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.

ŠÚ SR .... Štatistický úrad Slovenskej republiky

ÚDZS ..... Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

VšZP ..... Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

ZP..... zdravotná poisťovňa

ZZS ..... záchranná zdravotná služba

MARTIN BARTO

1) Všeobecné hodnotenie textu

Predložený materiál predstavuje základné rámce pre zdravotnú politiku na najbližšie 4 roky. Hlavným cieľom je finančná stabilita zdravotného systému. Autori metodicky veľmi správne vychádzajú z predpokladu, že aj v zdravotníctve je nutné rešpektovať vzácnosť zdrojov, tak ako všade v našej spoločnosti. Text najprv hodnotí spoločenské a ekonomické prostredie do roku 2010 a potom na základe týchto poznatkov projektuje príjmy a výdavky celého zdravotného systému. Hodnotí aj nové trendy, ktoré priniesla zmena prístupu vlády, ako aj ich možné dopady na celý systém. V diskusii ku kľúčovým kapitolám 6 až 9 navrhuje spôsoby zmierňovať niektoré riziká v systéme, ktoré sú v ňom inherentne prítomné. Ako celok hodnotím celý materiál pozitívne a stotožňujem sa s jeho závermi. Považujem ho za objektívny a vyvážený. Kritiku krokov novej vlády vnímam len v odbornej rovine. Autori by však mohli používať striktne používať odborný štýl a vyhnúť sa niekedy rušivo pôsobiacemu novinárskemu žargónu. V budúcnosti by som tiež odporúčal, aby sa tento dokument výhľadovo zaoberal aj dlhším obdobím (prečo vlastne sú rámce ohraničené rokom 2010?) a skúsil dať odpoveď aj na otázky ako zmeny v štruktúre obyvateľstva ovplyvnia jeho zdravotný stav i náš zdravotný systém a za akých podmienok ho bude možné udržateľne financovať.

2) Konkrétne komentáre a výhrady k textu

a) V podkapitole 5.3 sa uvádza, že v strednodobom horizonte bude s vysokou pravdepodobnosťou pokračovať pokles miery inflácie v SR na úroveň vyspelých štátov EÚ a prognózuje sa jej úroveň 2,8% a 2,5% v rokoch 2009, resp. 2010. Tento predpoklad nie je správny, nakoľko aj po predpokladanom prijatí meny euro 1.1.2009 bude pokračovať reálna konvergencia slovenskej ekonomiky a vyrovnávanie cenových hladín u nás a v EÚ. Rozdiel po prijatí eura bude v spočívať v tom, že bude chýbať kurzový kanál a celé vyrovnávanie sa bude diať prostredníctvom inflačného kanálu. Dôsledkom bude dlhodobo vyššia inflácia na Slovensku oproti eurozóne o približne 1 až 1,5 percentuálneho bodu.

b) Posledný odsek v podkapitole 5.4 je skôr deklaratívny a všeobecný, v tomto texte sa mi zdá nadbytočný.

c) Nie je jasné čo sa myslí termínom cenová a nákladová imitácia pri zavedení eura v rámčeku 2. Efekty zaokrúhľovania cien budú mať pravdepodobne len minimálny vplyv na hodnotu deflátora HDP. Jeho vývoj v nasledujúcich rokoch však ovplyvní pokračujúca reálna konvergencia slovenskej ekonomiky (pozri komentár 2a).

d) Kapitola 7 sa zaoberá nákupom zdravotnej starostlivosti a diskutuje o jej optimalizácii. Chcem v tejto súvislosti poukázať na štúdiu TIS z roku 2004 Korupcia a protikorupčná politika na Slovensku v roku 2004, ktorá hovorí o tom, že 66% občanov sa domnieva, že korupcia v zdravotníctve je veľmi rozšírená. Pokladám to za dôsledok koexistencie a vzájomnej ekonomickej previazanosti subjektov s tvrdými a mäkkými rozpočtovými obmedzeniami v jednom systéme, ktorá je živnou pôdou pre korupciu. Text by sa mal podľa môjho názoru podstatne viac venovať tomuto nebezpečiu, pretože neohrozuje len zdravotníctvo, no môže mať zhubné následky pre celú spoločnosť. Nerovnaká motivácia subjektov pravdepodobne povedie k tomu, že subjekty, ktoré sú motivované ziskom budú tento získavať aj na úkor väčšieho zadlženia subjektov s mäkkými rozpočtovými obmedzeniami. Určitá analógia s touto situáciou bol stav slovenského bankového sektora pred jeho ozdravením v rokoch 1999 – 2000, keď v sektore existovali popri sebe súkromné banky i štátom vlastnené banky, ktoré boli síce akciové spoločnosti, no štát ako regulátor im (sebe) poskytol niekoľko výnimiek z pravidiel obozretného podnikania. Nedostatok likvidity na trhu, ktorý spôsobili najmä nesplácané úvery v portfóliách štátnych bánk, viedol k enormnému zvýšeniu úrokových sadzieb (aj pre štát) a vysokým ziskom súkromných bánk. Existujú odhady, že ak by sa štátne banky privatizovali už v rokoch 1994 a 1995, tak celkové náklady na ich reštrukturalizáciu boli asi štvrtinové oproti tomu, čo bolo nutné vynaložiť o 5 rokov neskôr.

e) Majú zdravotné poisťovne nejaký vierohodný a transparentný systém na hodnotenie poskytovateľov zdravotných služieb, ktorý by sa dal použiť na orientáciu pre pacientov ?

Je nutné zdôrazniť, že pri presadzovaní princípu vzácnosti zdrojov v zdravotnom systéme, je nutné systematicky a účinne získavať verejnú mienku. Tu vidím značné nedostatky, podporu verejnosti sa zatiaľ nepodarilo získať, čo podľa môjho názoru viedlo k prijatiu v texte kritizovaných opatrení vlády.

Ing. Martin Barto, CSc. je od roku 2005 viceguvernérom Národnej banky Slovenska, zodpovedným za dohľad nad finančným trhom. V rokoch 1999 - 2004 pôsobil ako hlavný ekonóm Slovenskej sporiteľne, a.s..

Tento posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje NBS.

MILAN DRAGULA

1) Všeobecné hodnotenie textu ako celku

Ide o rozsiahly materiál, ktorý svojim obsahom presahuje rámec kompetencií zdravotných poisťovní. Spracovatelia nevyjasnili základné poslanie zdravotných poisťovní, ktoré nielen v súlade s modernou filozofiou nákupného správania sa zdravotných poisťovní (zdravotný zisk – dĺžka života, kvalita života) – pozri kap. 7.4.1 – ale aj v súlade s cieľovým zameraním zdravotnej starostlivosti (§ 2 zákona 576/2004 Z.z.) musí zdravotná poisťovňa:

a) pre svojich poistencov presadzovať požiadavky na kvalitu zdravotnej starostlivosti, ktorá prostredníctvom poskytovateľov ZS zabezpečí zlepšovanie stavu (úrovne kvality) ich zdravia, predlžovanie života a zlepšovanie jeho kvality, ako aj zabezpečovanie zdravého vývoja budúcich generácií; podstata kvality zdravotnej starostlivosti musí spočívať v preventívnej starostlivosti – s cieľom predchádzať chorobám a ak k chorobe dôjde musí ísť o navrátenie zdravia, tzn. o vyliečenie, nie o liečenie;

b) monitorovať stav (úroveň kvality) zdravia svojich poistencov, ako aj kvalitu ich života, analyzovať príčiny chorôb a chorobnosti, zisťovať požiadavky svojich poistencov na zlepšenie zdravotného stavu, ovládať techniky ako transformovať tieto požiadavky do konkrétnych špecifikácií (indikátorov kvality a kritérií zhody) pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ovládať metódy objektívneho hodnotenia kvality zdravia a kvality života, ako aj metódy spoľahlivého hodnotenia

c) mať právo na:
   - diferencovanie sadzieb poistného pre svojich poistencov podľa objektívneho hodnotenia plnenia si povinností každého človeka o svoje zdravie, ako aj každej právnickej osoby pri plnení požiadaviek ochrany a podpory zdravia svojich zamestnancov, vrátane požiadaviek bezpečnosti a enviromentálnej starostlivosti;
   - diferencovanie cien výkonov zdravotnej starostlivosti v závislosti na plnení jasne špecifikovaných indikátorov kvality a kritérií zhody výsledkov poskytovanej ZS v súlade s požiadavkami a potrebami svojich poistencov;

d) mať zavedený a neustále zdokonaľovaný systém manažérstva kvality poskytovaných služieb pre svojich poistencov s transparentnou metodikou nakupovania zdravotnej starostlivosti tak, aby svojimi službami zdravotné poisťovne prispievali k plneniu programu WHO „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ rozpracovaného na podmienky SR a na jednotlivé regióny; zavedený systém manažérstva kvality, by zdravotným poisťovniam umožňoval vykonávať objektívne zákaznícke audity kvality u poskytovateľov ZS;

e) vedieť zhodnocovať efektívnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti voči zdrojom financovania (základným kritériom by mala byť tvorba HDP/1 obyvateľa; HDP tvoria zdraví, nie chorí ľudia; zvyšovanie HDP/1 obyv. je v značnej miere výsledkom kvalitnej ZS zameranej na celého človeka.

Vláda a parlament v každej krajine musia vytvárať optimálne podmienky pre zlepšovanie kvality zdravia a kvality života svojich občanov. Preto podiel finančných prostriedkov na zdravotnú starostlivosť by mal byť v optimálnom rozmedzí (8,6 – 8,9 % z HDP/1 obyvateľa).

Predložená metodika toto základné poslanie nedokázala definovať/špecifikovať a miesto toho sa sústredila na mnohé oblasti, mimo ich kompetencie. Realizáciou takejto metodiky by sa zasahovalo nielen do kompetencie vlády a parlamentu, ale aj do kompetencií poskytovateľov ZS. V metodike absentuje viacero používaných kľúčových pojmov: politika, indikátory kvality, kvalita života, kompetencia, ... pritom z použitia viacerých pojmov vyplýva zastarané chápanie.

Lieková politika, ceny liekov a liečiv, zdravotných pomôcok plne spadajú do nákladov na zdravotnú starostlivosť a ak ceny týchto produktov neodpovedajú úrovni ich kvality, poskytovateľ ZS musí mať možnosť pre konkrétneho pacienta vybrať správny, alebo nahradiť liečivami, bez toho, aby niektorý produkt bol cenovo zvýhodnený nekompetentnou treťou osobou.

Text metodiky sa na 95 % zaoberá nepodstatnými oblasťami z hľadiska vyššie uvedeného poslania zdravotných poisťovní. Vôbec nerieši problém, ako zlepšiť súčasný nevyhovujúci stav zdravia ľudí v SR (svojich poistencov), ani ako zvrátiť doterajšie vnímanie zdravotných poisťovní, ako zbytočného medzičlánku. Niektoré vážne problémy iba načrtne, ale bez systémového prístupu ich riešenia.

Kvalitu ZS a jej výsledkov chcú zdravotné poisťovne od poskytovateľov ZS požadovať, ale nevedia čo to kvalita je, nevedia aké prostriedky ju umožňujú dosahovať, ako ju možno hodnotiť. Chceli by ju kontrolovať, ale o kvalite vlastných služieb nie je v celom materiály ani jediná zmienka!

Jediné, čo si zaslúži uznanie je snaha o zlepšenie celkového systému. Ten však nie je možné dosiahnuť len zmenou vlastníctva, navyše zmenou vlastníctva ZP na súkromné a.s. bez toho, aby bolo vyjasnené, kto by mali byť ich akcionármi, aké postavenie budú mať poistenci a štát, tzn. tí, ktorých prostriedky tvoria finančný kapitál v a. s. Nemôže byť cieľom zmena vlastníckych vzťahov, to môže byť len prostriedok – jedným z prostriedkov dosiahnutia cieľa.

2) Konkrétne komentáre, postrehy, alebo výhrady ku konkrétnym pasážam textu

- CIELE A METODIKA – bez definovania základného poslania zdravotných poisťovní;

- VZÁCNOSŤ ZDROJOV – sa zameriava na kritiku súčasnej vlády (neexistencia: zdravotnej politiky, optimálnej siete poskytovateľov ZS; zrušenia poplatkov) – kritika toho, čo v bývalej reforme taktiež chýbalo alebo riešila spoluúčasť pacienta nevhodne – poplatkami!

- ZHRNUTIE – kritizuje podfinancovanie zdravotníctva, ktoré bolo za predchádzajúcej vlády ešte výraznejšie, resp. nedofinancovanie sa riešilo nesystémovo na úkor pacientov, bez určenia povinnosti každého človeka z hľadiska starostlivosti o svoje zdravie; dokladá sa to všetko nepodloženými katastrofickými prognózami;

- FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE MAKROPROSTREDIE – kritika vlády a MZ SR v oblasti vízie fungovania zdravotníctva, ktorá však na rozdiel od predchádzajúcej sa zakladá na:
  - ♦ zásadnej systematizácii celého zdravotníctva na základe medzinárodných noriem v oblasti kvality, bezpečnosti a environmentu, tzn. kompatibilne s ostatnými odvetviami a s EÚ;
  - ♦ prepojení makro a mikro ekonomiky zdravotníctva prostredníctvom sprehľadnenia financovania najmä z HDP pri postupnom vyrovnaní s podielom (v priemere) pôvodných štátov EÚ, ako aj povinnosťou predkladať verejnosti správy o hospodárení a efektívnom využívaní finančných prostriedkov;
  - ♦ výraznom posilnení informatizácie celého zdravotníctva;
  - ♦ na rozdiel od predchádzajúcej vlády, ktorá sa snažila transformáciou o trvalé finančné ovládnutie poskytovateľov ZS, táto vláda uplatňuje princíp subsidiarity a v súlade s ním presunutie zodpovednosti a rovnovážne k nej aj právomoci na nižšie stupne (napr. na univerzitné nemocnice, ktoré musia vo svojej pôsobnosti aj optimalizovať sieť ZZ).

- PROGNÓZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA DO ROKU 2010 – dôležitejšie ako rast zamestnanosti musí byť rast tvorby HDP/1 obyvateľa; k tomu je potrebné účinne motivovať aj zdravotníctvo. Ceny výkonov ZS sú však v rozpore s cieľovým zameraním ZS (§ 2 Zákona 576/2004 Z. z.) – riešenie pôvodná vláda nezvládla, čaká na súčasnú.

- FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA – absentuje finančný tok z komerčných poisťovní na úhradu škôd na zdraví (úrazy, choroby z povolania) ako aj z diferencovaných sadzieb poistného tých osôb, ktoré zanedbávajú starostlivosť o svoje zdravie a o zdravie svojich zamestnancov. Kapitola nevychádza z potrieb systematizácie cien výkonov ZS vo vzťahu k objektívne hodnotenej úrovne kvality výsledkov poskytnutej ZS, ale v podstate je stále založené na prerozdeľovacom mechanizme.

- NÁKUP ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENOTVORBA – presadzovaný progresívny smer v oblasti tvorby cien výkonov ZS je potrebné ešte spresniť, a to vo vzťahu k zhodnocovanej úrovni kvality za navrátenie zdravia, udržanie alebo zlepšenie kvality zdravia a kvality života, za zabezpečenie zdravého vývoja budúcich generácií. Vytvorenie metodiky bude náročnou úlohou, úzko prepojenou na metodiku hodnotenia kvality výsledkov ZS. Nákup ZS zasa súvisí s monitorovaním a hodnotením stavu (úrovne kvality) zdravia poistencov – táto časť v predloženej metodike absentuje – aj v zdravotníckom marketingu (kap. 9.3.1).

- ORGANIZÁCIA – zmena zdravotných poisťovní z verejnoprávnych inštitúcií na a.s. považujem za snahu ovládať cez financie celé zdravotníctvo. Vlastníctvo nie je pre prosperitu rozhodujúce. Rozhodujúce sú tvorivé schopnosti ľudí v prospech organizácie, systém manažérstva kvality podľa medzinárodných noriem ISO 9000:2000 je správne orientovaný na nasledujúce zásady: 1 – orientácia na zákazníka; 2 – vedenie na princípoch etiky charakteru vodcov; 3 – zapojenie/ angažovanosť pracovníkov; 4 – procesný prístup; 5 – systémový prístup; 6 – trvalé zlepšovanie; 7 – rozhodovanie na základe faktov; 8 – vzájomne výhodné vzťahy pre všetkých zainteresovaných.

- REGULÁCIA – je správny názor, že štát má zohrávať v zdravotnej starostlivosti, a nielen v ZS (aj v environmente, v bezpečnosti,...) úlohu efektívneho regulátora. Škoda, že túto úlohu spracovatelia metodiky neuvádzajú aspoň formou princípov/zásad. Výber liečiv a zdr. pomôcok zasa plne v kompetencii poskytovateľov ZS. Podobne náklady na liečivá a zdr. pomôcky musia byť súčasťou nákladov na ZS. Súhlasím, že slovenské zdravotníctvo potrebuje dokončiť zmenu paradigmy ZS – tá však by mala byť dokončená nadväzne na cieľové zameranie ZS (§ 2), definovaním zdravia (kvality zdravia) v súlade so súčasnými poznatkami vedy, vyjasnením účinných a efektívnych prostriedkov na dosahovanie cieľového zamerania, a vyjasnením indikátorov kvality výsledkov poskytovanej ZS.

Celkové hodnotenie predloženej metodiky vidím preto kriticky, hoci sa v nej objavujú aj progresívne prvky. Spracovatelia nedokázali v nich uplatniť systémový prístup, ani ďalšie princípy, ktoré garantujú úspešnosť a niektorí sa nedokázali odosobniť od Zajacovej reformy. Potreby systematizácie zdravotníctva je možné zabezpečiť len systémovými prostriedkami.

Mim. prof. MUDr. Milan Dragula, CSc. je prezidentom Slovenskej lekárskej komory.

Posudok je jeho osobným a nezávislým názorom.

MARTIN FILKO

Ambíciou Základných rámcov zdravotnej politiky je charakterizovať súčasný stav slovenského zdravotníctva, odhadnúť najpravdepodobnejší vývoj, a otvoriť a ovplyvniť k nemu verejnú diskusiu. Náročnú úlohu vytvoriť analytický dokument, ktorý bude zároveň prezentovať predstavy zdravotných poisťovní o smerovaní systému, sa čiastočne podarilo naplniť.

V dokumente sa striedajú technické pasáže (napr. kapitoly 5 a 6) s kapitolami napísanými politickým jazykom (najmä 4, ale aj mnohé iné časti). Hodnotenie krokov súčasnej vlády je silne politické, a kvantifikácia ich dopadov často diskutabilná. Pre prijateľnosť niektorých zistení a návrhov záujmovými skupinami, vládou a verejnosťou to môže byť nevýhodou, osobne preferujem neutrálnejší jazyk. Akceptácii nenapomáha ani veľké množstvo odporúčaní, namiesto dôrazu na najvýznamnejšie z nich (napr. minimálna sieť, minimálny balík, platobný mechanizmus, atď.). Pri hodnotení som sa zameral najmä na technické aspekty štúdie, recenzia sa preto nevenuje všetkým kapitolám v rovnakej miere.

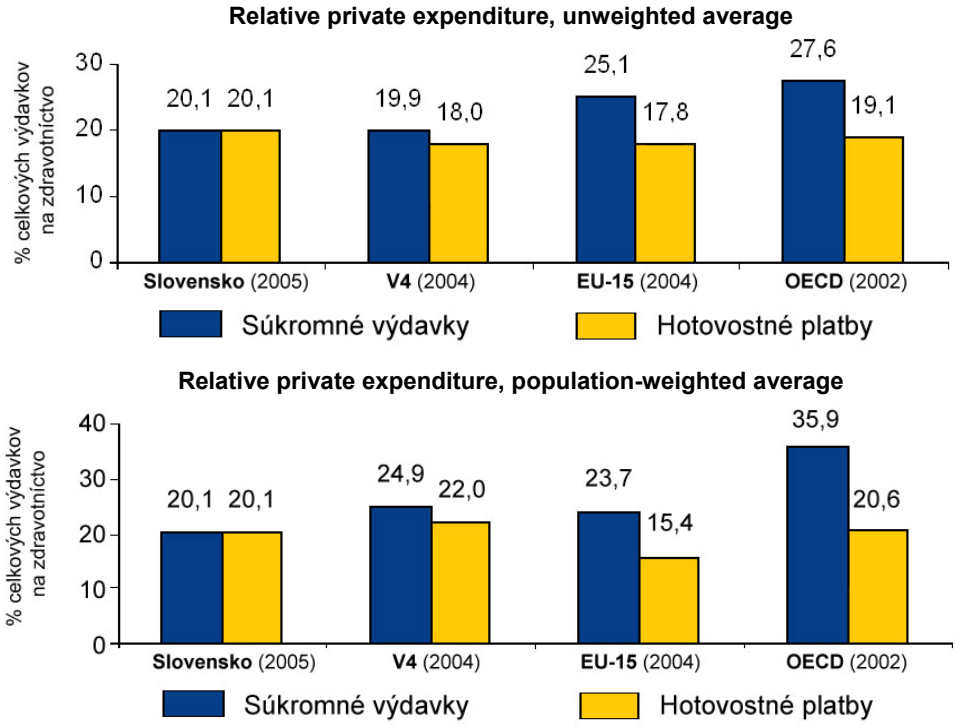
Organizácia, v ktorej pracujem, ani ja sám, sa nezaoberáme makroekonomickým prognózovaním. Pre účely našej práce používame odhady Inštitútu finančnej politiky MF SR. Ich výhodou je, že sú používané aj pri príprave štátneho rozpočtu, čím je zachovaná konzistencia zložiek zdravotníckych financií, ktoré prognózujeme sami, s tými, ktoré vo väčšej alebo menšej miere preberáme zo zákona o rozpočte, prípadne vládnych analýz. Kapitole 5 som sa preto vyhol úplne.

Efektivita (dosahovanie „zdravotného zisku“) nie je jediným cieľom zdravotníckeho systému. Rovnosť a dostupnosť starostlivosti, ochrana pred finančným rizikom a ďalšie sú rovnako legitímne. To, nakoľko sú jednotlivé ciele prioritami, je určované pomocou viac či menej transparentného politického procesu, a nedá sa bohužiaľ určiť pomocou technických či ekonomických kritérií.

Oproti predchádzajúcej verzii štúdie sa výrazne zlepšila metodika predpovedania príjmovej stránky zdravotníckych financií, ako aj účtovanie o nich. Bolo by možné navrhnúť alternatívne metodiky, najmä kvôli výraznej politickej neistote je to však zbytočné. Kým predchádzajúca verzia rámcov zdroje pravdepodobne nadhodnocovala započítavaním duplicitných položiek, táto verzia ich môže podhodnocovať. Súvisí to najmä s protirečivými zdrojmi údajov, ich nedostupnosťou a neexistenciou akceptovaného spôsobu ich agregácie. Kontroverzia ohľadne zdravotníckych príjmov (a ešte viac výdavkov) bude pokračovať, pokým nevznikne rozumný systém zdravotníckych účtov na základe medzinárodnej metodiky (osobne sa prikláňam k OECD Health Accounts). Snaha o porovnanie jednotlivých zdrojov údajov, napr. o výbere poistného (ÚDZS, Sociálna poisťovňa, Štatistický úrad) je v tejto súvislosti prínosom dokumentu. Chýba mi ale podrobnejšia diskusia problému hotovostného vs. akruálneho odhadu príjmov – je pri odhade príjmov konzistentne dodržiavaná ESA95?

Podľa autorov „leží optimálna miera spoluúčasti na úrovni 25 % z nákladov na zdravotnú starostlivosť“. Štúdie, ktoré na podporu svojich tvrdení uvádzajú, sú síce relevantné, ale toto tvrdenie z nich buď nevyplýva (Newhouse 1993a, 1993b, Buchanan et al. 1991), alebo sú kontroverzné (Manning, Marquis, 1996) a ich priama prenositeľnosť na Slovensko je diskutabilná (diskusia prebehla najmä medzi Nyman, 1999, Nyman, 2004 a Manning, Marquis 2001, a inými, najmä v Journal of Health Economics a Health Affairs). „Optimálna úroveň spoluúčasti“ zostáva preto – aspoň pre mňa – do veľkej miery politickou otázkou.

Neadresovaným zostáva terminologický problém rozdielu medzi doplatkami a súkromnými zdrojmi. Ak za optimálnu autori uvádzajú priemernú medzinárodnú výšku súkromných zdrojov, zamieňajú súkromné výdavky (skladajúce sa z hotovostných platieb, súkromného poistenia a výdavkov firiem na zdravotníctvo) s hotovostnými platbami (spoluúčasťou). Kým na Slovensku sú tieto dve kategórie takmer totožné, inde sú rozdiely oveľa väčšie. Porovnávajú teda rozdielne kategórie.



Zdroj: OECD, Sanigest Analysis

Tvrdenie, že „s výnimkou Luxemburska (7,1 %) a Švédska (16,2 %) má každá jedna krajina EU–15 vyššiu spoluúčasť ako Slovensko“ je nepravdivé. Podľa OECD Health Data malo 16 z 25 krajín OECD a 8 z 11 krajín z EU-15 spoluúčasť v roku 2003 nižšiu ako Slovensko v roku 2005. Ak je u nás spoluúčasť vyššia (a nie nižšia, ako tvrdia autori), dôvody na jej ďalšie zvyšovanie sú problematické.

Diskusia by bola jasnejšia, keby autori dôslednejšie rozlišovali medzi finančnou a motivačnou funkciou spoluúčasti. Doplatky predstavujú približne pätinu zdravotníckych financií, argumentom na ich zvýšenie predchádzajúcou vládou však bolo najmä obmedzenie dopytu a zmena správania pacientov. Zvýšenie príjmov do zdravotníctva a nižší dopyt sú však v tomto prípade do značnej miery protirečivé ciele, a naplnenie jedného na úkor druhého závisí od elasticity dopytu po zdravotnej starostlivosti.

„Prognózovanie makroekonomických parametrov ekonomiky a zdravotníctva v dlhodobom horizonte je spojené so značným stupňom neistoty a čitateľ by tieto čísla mal prijímať s vedomím, že môžu byť „krehké“ a každá externá zmena prostredia sa potom môže priamo odzrkadliť na skutočnom vývoji“ (strana 26). S touto charakteristikou súhlasím – bolo by preto vhodné okrem mediánového scenára urobiť aj analýzu senzitivity.

Okrem nominálnej výšky príjmov a ich podielu na HDP by bolo vhodné uviesť aj reálny nárast množstva peňazí v zdravotníctve, napr. upravený o index veľkoobchodných cien. Na strane 5, ale aj inde, sa veľmi voľne narába s pojmom „dlh“. Podľa kontextu sa ním dá rozumieť deficit, kumulovaný deficit, bankové a dodávateľské úvery, alebo záväzky po lehote splatnosti. Na strane 6 uvedený nákladový vodca nie je totožný s cenovým vodcom (je to tak len v prípade učebnicového, nerealistického modelu dokonalej konkurencie).

Predpona makro- je niekedy používaná zmätočne. Z hľadiska ekonomickej terminológie je agregátna úroveň zdravotníctva štrukturálnou politikou, jedná sa teda o sektorálny pohľad, nie makropohľad. Používanie tohto výrazu môže byť preto zavádzajúce.

Medzi pozitíva textu je určite možné zahrnúť dôraz na explicitne definovaný minimálny balík zdravotnej starostlivosti (aj keď s jeho skutočným zavedením sú problémy prakticky vo všetkých bohatých krajinách). S autormi sa zhodujem aj v dôraze na minimálnu sieť a spôsob jej kontrahovania, rozdelený na štrukturálnu a kvalitatívnu fázu (aj keď ten by si vyžadoval aj spoluprácu MZ SR) a systémy sledovania kvality zavádzané poisťovňami.

Autormi navrhovaná flexibilná poistná sadzba by pravdepodobne nezvýšila efektívnosť poskytovania – a manažovania – zdravotnej starostlivosti, ale stala by sa nástrojom na selekciu ziskových poistencov pomocou adverzného výberu (zdraví, nízkonákladoví poistenci by sa koncentrovali v poisťovniach s najnižšou sadzbou). Decentralizácia určovania rozsahu starostlivosti by mala podobný efekt. Zavedenie týchto opatrení bez zmeny prerozdeľovacieho mechanizmu a skúseností s jeho fungovaním by bola nezodpovedná.

Na strane strane 29 je reforma tohto mechanizmu načrtnutá (preferujem výraz systém vyrovnávania rizika, ktorý je medzinárodne používaný a technicky vhodnejší). Chýba mi vysvetlenie, prečo je súčasný systém zlý a treba ho zmeniť (podľa môjho názoru, pretože koriguje maximálne 20 % predpovedateľnej variability nákladov poistencov a motivuje poisťovne k selekcii poistencov podľa rizika). Systém vyrovnávania rizika nemusí byť dokonalý. Stačí, ak budú náklady na selekciu porovnateľné alebo vyššie ako nekorigovaný rozdiel v predpovedateľnom riziku. Z hľadiska nových premenných sú podľa môjho názoru najdôležitejšie informácie o zdravotnom stave. Návrh autorov dokumentu je rozumným začiatkom, neposkytuje však technické detaily.

Adekvátne – najmä z perspektívy poisťovní – kladie text dôraz na motiváciu subjektov, rozpočtové obmedzenia a štruktúru trhu, menej na to, kto vlastní poskytovateľov. Na základe empirických štúdií zo zahraničia sa zdá, že prvé tri podmienky sú pre správanie sa poskytovateľov významnejšie.

Odhad výdavkov sa mi zdá byť expertným, nie technickým/ekonometrickým odhadom (je to tak?). Vzhľadom na neexistenciu údajov je to pochopiteľné. Analýzu senzitivity som v prípade príjmov odporúčal, v tomto prípade ju pokladám za nevyhnutnú.

Predikcia marže (nehovoriac o určení „spravodlivej marže) je komplikovaným orieškom. Podľa Matthewsa (2006) sú v USA náklady na administratívu verejného Medicare 5,2 %, súkromných poisťovní 8,9 %, marža vrátane provízií, daní a zisku až 16,7 %. Na základe medzinárodných údajov pokladám odhad HPI (okolo 6 %) za relatívne konzervatívny, aj v súvislosti s tým, že časť poisťovní je vlastnená finančnými investormi, ktorí sa budú snažiť o výnos z investície porovnateľný s inými sektormi.

Kapitola o regulácii mi pripadá nedostatočná (ak je želaním a návrhom asociácie „regulačne ľahký“ prístup, bolo by vhodné to explicitne napísať a odôvodniť). Obmedzuje sa na stanovenie rozsahu starostlivosti a minimálnej siete. Neobsahuje nič o dôvodoch, spôsoboch a rizikách regulácie, ani o regulácii praktických činností ako je kontraktácia, nábor poistencov, marketing, kompatibilita informačných systémov a dátových formátov medzi poisťovňami, atď. Nehovoriac o zložitejších témach regulácie v zdravotníctve, ako sú asymetrické informácie alebo časovo nekonzistentné preferencie jednotlivcov. Marketing je poňatý veľmi tendenčne a takmer bezvýhradne pozitívne. Nereflektuje problémy spojené s pochybnými náborovými praktikami poisťovní, ani so selekciou pacientov podľa rizika.

V texte mi chýbali témy týkajúce sa znevýhodnených jednotlivcov a skupín – dostupnosť, rovnosť, sociálne dopady. Dokument sa tiež prakticky vôbec nevenuje budúcemu vývoju morbidity a zdravotníckych technológií, a chýba pohľad z hľadiska verejného zdravotníctva, prípadne plánovania výnimočných situácií. Privítal by som aj podrobnejšie referencie na použitú literatútu, a najmä ich súhrn v prílohe.

Napriek uvedeným výhradám pokladám Základné rámce zdravotnej politiky za jeden z najucelenejších a najkompaktnejších pohľadov na situáciu v slovenskom zdravotníctve, a jeho možný vývoj. Ich najvýznamnejším nedostatkom zostáva nedostatočné oddeľovanie technickej analýzy, programových odporúčaní pre verejnú politiku, a čisto politických vyhlásení.

Martin Filko je hlavný analytik spoločnosti Sanigest Solutions a výskumník na Erazmovej univerzite v Rotterdame. Venuje sa najmä ekonómii zdravotníctva, výskumu rozhodovania a behaviorálnej ekonómii.

Posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje. Za cenné pripomienky a návrhy pri jeho príprave autor ďakuje Jamesovi Cerconemu, Štefanovi Kiššovi, Lucii Lenártovej, Ivanovi Poprockému a Petre Szilágyiovej. Chyby a opomenutia sú jeho vlastné.

PETER GOLIAŠ

Dokument „Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007-2010“ dobre vystihuje súčasný stav zdravotníctva, ako aj perspektívy a riziká jeho vývoja v danom období. Je preto spoľahlivým zdrojom informácií pre odbornú verejnosť, ktorá sa zaujíma o zdravotníctvo a jeho zasadenie v širšom makroekonomickom rámci.

Osobitne oceňujem prínos dokumentu v dvoch oblastiach. Po prvé ide o hodnotenie dopadov prijatých a zamýšľaných rozhodnutí v sektore zdravotníctva po zmene vlády a nástupe nového ministra po parlamentných voľbách 2006. Materiál na základe logických a spoľahlivých argumentov ukazuje, že hlavným rizikom sektora je nárast dlhu s možným destabilizujúcim vplyvom na verejné financie. Je škoda, že sa autori nepokúsili aj aspoň o hrubú kvantifikáciu tohto rizika.

Po druhé oceňujem pokus autorov o načrtnutie smeru, akým by sa mala uberať reforma zdravotníctva tak, aby sektor nevytváral nové dlhy a aby súčasne zaručoval nárast kvality v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Z uvedených reformných vízií (diskusie ku kapitolám 6 až 9) považujem za kľúčovú potrebu definovať solidárny balík diagnóz, výkonov a liekov, ktoré budú naďalej hradené z verejného poistenia a jasné oddelenie tohto balíka od toho, čo má byť financované zo súkromných zdrojov. Toto opatrenie považujem za rozhodujúci krok, ktorý môže zosúladiť neobmedzené túžby ľudí po zdraví s obmedzenými verejnými zdrojmi, ktoré je spoločnosť ochotná vynaložiť na zdravotníctvo. Dokument čiastočne naznačuje aj kritériá, podľa ktorých by malo prebehnúť definovanie týchto balíkov. Zavádza napríklad termín „zdravotný zisk“, podľa ktorého by sa pri posudzovaní rôznych liekov, výkonov a diagnóz mal posudzovať ich príspevok k dĺžke a kvalite života. Konštatuje tiež, že úlohou verejného zdravotníctva má byť krytie rizika extrémne vysokých nákladov vyplývajúcich z niektorých ochorení. Bolo by dobré, ak by sa niektorý z budúcich dokumentov týkajúcich sa perspektív rozvoja zdravotníctva pokúsil definovať tieto kritériá aj presnejšie, prípadne ak by ponúkol príklady ich definovania zo zahraničia.

Prognózu makroekonomického vývoja v Kapitole 5 považujem za konzervatívnu. Rast HDP v roku 2007 bude na základe najnovšieho vývoja s veľkou pravdepodobnosťou výrazne vyšší ako predpokladaných 6,7%. Rovnako možno počítať s nižšou mierou inflácie pre rok 2007 (materiál predpokladá 3,1%), tento odhad však podlieha silnému riziku zmeny cien ropy. Reálne možno očakávať aj nižšiu mieru nezamestnanosti (materiál predpokladá 13,2% v roku 2007). Konzervatívna makroekonomická prognóza vytvára dobré predpoklady pre lepší než očakávaný finančný rámec vývoja zdravotníctva. To sa týka aj platieb štátu za svojich poistencov, ktoré budú môcť byť vyššie vďaka vyšším príjmom štátneho rozpočtu, ako aj rýchlejšiemu poklesu počtu štátnych poistencov. Okrem iného to znamená lepšie východiská pre dodržanie záväzku vlády z jej programového vyhlásenia – zvýšiť sadzbu za štátnych poistencov zo 4% na 5% priemernej mzdy.

Dokument obsahuje mnohé inšpiratívne nápady na zmeny. Zaujímavá je napríklad diskusia ku Kapitole 6, ktorá obsahuje úvahu o diferencovaní poistného tak, aby rôzne zdravotné poisťovne mohli vyberať rôznu sadzbu poistného v určitom zákonom stanovenom rámci. Takýto krok by nepochybne viedol k zvýšeniu súťaživosti medzi poisťovňami a tým aj k tlaku na efektívnejšie hospodárenie. Materiál tiež poskytuje cenné námety na nastavenie mechanizmu, podľa ktorého si zdravotné poisťovne môžu rozdeliť vybrané poistné. Ide o dôležitý prvok, keďže práve tento mechanizmus je jazýčkom, ktorý rozhoduje o motivácii poisťovní smerom k vyššej súťaživosti (nižšie prerozdeľovanie), čoho negatívnym sprievodným javom je však selekcia poistencov.

V Kapitole 7 ponúkajú autori pohľad na nastavenie motivácií jednotlivých členov systému zdravotníctva. Rozhoduje podľa nich to, či títo členovia môžu vytvárať zisk. Zadlžovanie je tak prirodzeným produktom subjektov, ktoré zisk tvoriť nemôžu. Logickým záverom je odporúčanie zmeniť členov systému na akciové spoločnosti s voľnou tvorbou zisku. K tomuto pohľadu je dobré uvedomiť si aj iné členenie, a to na štátnych a súkromných členov systému. Skúsenosť potvrdzuje, že v prostredí, kde je možná konkurencia, sú výrazne efektívnejšie (a tiež menej sa zadlžujúce) súkromné subjekty. Medzi poisťovňami, ako aj poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti konkurencia funguje vo viacerých krajinách. Vyššiu efektívnosť a tým aj znižovanie dlhu preto možno docieliť privatizáciou. Riziko zadlžovania štátnej akciovej spoločnosti je z tohto pohľadu vyššie, ako súkromnej neziskovky.

V ekonomickom myslení je voľba ziskovej, resp. neziskovej právnej formy rozhodujúca vo vzťahu k informačnej asymetrii. Ak zákazník nemá dostatok informácií o produkte, je lepšia nezisková organizácia, v ktorej možno presne kontrolovať použitie peňazí. Typickým znakom neziskoviek totiž je, že umožňujú svojim sponzorom detailnú kontrolu účtovníctva. Ak je informácia o produkte zrozumiteľná a ľahko dostupná, vtedy sa zákazník nemusí zaujímať o vnútorné finančné toky predajcu. Vhodná je zisková forma, ktorá má relatívne uzavreté účtovníctvo. Zdravotníctvo je typickým príkladom informačnej asymetrie – pacient často nemá vedomie o vhodnosti a kvalite liečebných zákrokov. Dôležitým predpokladom pre efektívne fungovanie ziskových subjektov je preto zlepšovanie informovanosti o ich produktoch. V slovenskom zdravotníctve ide najmä o zverejňovanie rebríčkov kvality poisťovní, lekárov a nemocníc. Čím ľahšie bude pre pacienta vybrať si vhodnú poisťovňu, lekára a nemocnicu, tým efektívnejšie bude pôsobenie týchto subjektov ako ziskových spoločností.

Peter Goliaš je analytik INEKO – Inštitútu pre ekonomické a sociálne reformy (www.ineko.sk). V uplynulých rokoch sa venoval analýzam a komentovaniu dôchodkovej reformy, reformy daní a reformy zdravotníctva na Slovensku.

Daný posudok je jeho osobným a nezávislým názorom a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

JURAJ KARPIŠ

Autorom sa podarilo splniť ciele, ktoré si zadefinovali na začiatku materiálu. Zdravotná politika bude determinovaná zdrojmi, ktorými bude zdravotníctvo v skúmanom období disponovať. Ich vyčíslenie je postavené na dôkladnej analýze dát. Predikcia vývoja jednotlivých výdavkových oblastí v zdravotníctve na najbližšie tri roky je veľmi citlivá na konkrétnu podobu avizovaných zmien v nastavení legislatívneho prostredia v zdravotníctve. Napriek tomu možno v práci prezentovaný scenár na základe v súčasnosti dostupných informácií označiť za realistický. Práca okrem toho definuje regulačné opatrenia a vymedzuje poslanie zdravotných poisťovní v systéme.

Štruktúra dokumentu je logická, vzhľadom na ciele vhodne zvolená. Časté využívanie členenia textu na body prospieva čitateľnosti, no na niektorých miestach v kombinácii so šírkou témy vedie k strate prehľadu o kontexte. Niektoré zistenia sa v texte zbytočne opakujú.[1)] Autori pri zostavovaní predikcií využili všetky relevantné a dôveryhodné zdroje údajov, ktoré sú momentálne k dispozícii. V prípadoch, kde to bolo možné, sa snažili o krížovú kontrolu údajov z rôznych zdrojov. Používanie prehľadných tabuliek, grafov a schém napomáha vytvoreniu celkového obrazu o slovenskom zdravotníctve. V texte sa zrkadlí priama skúsenosť časti autorského kolektívu s tvorbou zdravotnej politiky v minulom volebnom období. Táto skutočnosť určite pomohla kvalite materiálu, keďže autori majú hlbšiu znalosť problematiky a okrem akademických vedomostí aj priamu skúsenosť s uplatňovaním legislatívnych noriem v každodennej praxi.

Dokument okrem náčrtu príjmov a výdavkov zdravotníctva na nadchádzajúce štyri roky komplexne mapuje nedostatky, ktoré trápili zdravotníctvo v minulosti a popisuje spôsob, akým sa s týmito nedostatkami snažila vysporiadať minulá vláda.

Vzácnosť zdrojov je ako kľúčový problém identifikovaný hneď na začiatku práce.[2)] Vhodné nastavenie zdravotníctva nemôže zatvárať oči nad rozporom medzi vysokým dopytom vyplývajúcim z „bezplatného“ zdravotníctva na jednej strane a vzácnosťou zdrojov na strane druhej. Riešenie tohto rozporu spočíva, ako je v materiáli uvedené, v zefektívnení poskytovanej zdravotnej starostlivosti, v explicitnom zadefinovaní solidárneho balíka a čiastočnom či plnom spoplatnení neprioritných diagnóz. K riešeniu rozporu medzi vysokým dopytom a obmedzenými zdrojmi dochádza samozrejme aj dnes, avšak netransparentne a bez jasných pravidiel. Poskytovatelia sami dennodenne rozhodujú, akú liečbu pacient dostane a ktoré mu bude odoprená.

Možnosť vyčlenenia neprioritných diagnóz z verejných zdrojov plne hradenej zdravotnej starostlivosti by prinieslo do zdravotníctva viac súkromných zdrojov[3)] a umožnilo rozvoj súkromného zdravotného poistenia. Tento krok by zároveň odstránil problém potreby marginálnych poplatkov na obmedzovanie nadmerného dopytu po zdravotných službách a viedol by k zvýšenej motivácii obyvateľstva o starostlivosť o vlastný zdravotný stav.

Analýza makroprostredia je dôsledná a slúži ako základ pre odhady faktorov ovplyvňujúcich výšku disponibilných zdrojov. Vytknúť tu možno hádam len príliš konzervatívne odhady reálneho ročného rastu HDP a nezamestnanosti v rokoch 2006 a 2007.[4)]

---

1) Napr. „Výsledkom je paradoxná situácia, keď vláda v roku 2007 mieni v sumáre za svojich poistencov platiť viac ako v roku 2008. Navyše takto dočasne zvýšená sadzba je v rozpore s programovým vyhlásením vlády…“ strana 23 a strana 28.

2) 2. kapitola.

3) Podiel súkromných zdrojov na financovaní zdravotníctva je stále nízky a nízky pravdepodobne aj zostane, viď kapitola 6, strana 27.

4) V materiáli sa uvádza reálny medziročný rast HDP 6,5 % v roku 2006 a 6,7 % v roku 2007, miera nezamestnanosti 13,8 % resp. 13,2 %. Podľa údajov Štatistického úradu SR dosiahla miera nezamestnanosti (meraná výberovým zisťovaním pracovných síl) už v treťom kvartáli 2006 12,8 %. Odhady reálneho medziročného rastu HDP na roky 2006 a 2007 sú nasledovné: Ministerstvo financií SR 6,6 %, 7,1 %, Národná banka Slovenska 6,8 %, 7,2 %, Tatrabanka (zverejnené v týždenníku Investičný navigátor 12. 12. 2006 - 19. 12. 2006) 8,0 %, 8,5 %.

V dokumente je dobre objasnená úloha na báze zisku podnikajúcich zdravotných poisťovní v systéme[5)] a ich nenahraditeľnosť v procese zefektívňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti. Autori správne identifikujú výrazné riziká, ktoré by do systému priniesli zmeny v zdravotnom poistení, ktoré komunikovalo Ministerstvo zdravotníctva v decembri 2006.[6)] Zároveň uvádzajú podnetné a inovatívne návrhy ako zlepšiť konkurenciu na trhu verejného zdravotného poistenia, ktorá by viedla k diferencovaným produktom jednotlivých poisťovní a zlepšeniu kvality poskytovaných zdravotných služieb.[7)] S názorom autorov, že korporátna správa subjektov podnikajúcich v zdravotníctve bez ohľadu na to, či je vlastníkom štát alebo súkromný kapitál, je základnou podmienkou transparentnosti a zdravého hospodárenia[8)] možno len súhlasiť.

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007-2010 ponúkajú realistickú predpoveď príjmov a výdavkov v zdravotníctve postavenú na v súčasnosti dostupných informáciách. Autorom sa podarilo vypracovať materiál, ktorý komplexne mapuje súčasné problémy slovenského zdravotníctva a zároveň ponúka konštruktívne riešenia.

Mgr. Juraj Karpiš pracuje ako analytik pre zdravotníctvo, hospodársku politiku a verejné financie v INESS – Inštitúte ekonomických a spoločenských analýz. Po ukončení vysokoškolského vzdelania na Fakulte manažmentu UK Bratislava pracoval v oblasti financií. Podieľal sa na niekoľkých analýzach zameraných na sociálny systém a zdravotníctvo. Je externým postgradualistom na Vysokej škole ekonomickej v Prahe.

5) Kapitola 7 najmä 7.1 a 7.4 taktiež 8.5.1.

6) Najmä obmedzenie nakladania so ziskom zdravotných poisťovní a rozdielne legislatívne podmienky pre štátne a súkromné poisťovne.

7) Kapitola 6.7.3.

8) Kapitola 8.

PETER KRIŠTÚFEK

1) Všeobecné hodnotenie textu :

Dokument predstavuje komplexnú informáciu, ktorá obsahuje jasne definované ciele a možnosti ich realizácie. Je napísaný tak, aby bol zrozumiteľný aj pre zdravotníckych pracovníkov bez ekonomického zázemia, väčšina predložených faktov je podložená a porovnávaná s údajmi v zahraničnej literatúre. Na rozdiel od viacerých koncepčných materiálov vydaných v rámci minuloročnej predvolebnej kampane predstavuje triezvu analýzu súčasnej ekonomickej situácie v zdravotníctve so snahou o určenie prognóz ďalšieho vývoja. V úvode predloženého dokumentu je upozornenie, že predstavuje stanovisko zdravotných poisťovní (ďalej ZP), na základe uvedeného autorského kolektívu je zrejmé, že na jeho realizácii sa podielali aj autori reformy zdravotníctva predchádzajúcej vlády.

2) Konkrétne komentáre k niektorým častiam textu :

Ku kapitole 8: ORGANIZÁCIA

Nie celkom je možné súhlasiť s tvrdením, že súkromné zdravotnícke zariadenia budú vždy a za každých okolností poskytovať kvalitnejšiu a lepšiu zdravotnú starostlivosť v porovnaní so štátnymi. Premena štátnych zdravotníckych zariadení (ZZ) na akciové spoločnosti nie je všeliekom a skoro určite to tak nie je v postkomunistických štátoch (CEE). Svedčí o tom aj Váš rámček 4 na s. 50 a veľa príkladov aj zo Slovenska. Asi nie je možné očakávať absolutnú objektivitu pri vyjednávaní zmluvy (výraz nákup zdravotnej starostlivosti mi nie je blízky) medzi súkromnou ZP a súkromným ZZ, ak majú obidve rovnakého vlastníka, alebo skupinu vlastníkov.

Najpodstatnejšou úlohou pre ozdravenie zdravotnej starostlivosti (ZS) je výber eticky zrelého a odborne kompetentného vedenia v akejkoľvek zdravotníckej organizácii, ako je uvedené v rámčeku 5 na s. 51 pod názvom princípy corporate governance. Slovenský termín to vystihuje rovnako dobre. Jedná sa o spoločné riadenie, alebo spoločné vedenie organizácie, ktorá jedná zo svojimi zamestnancami poctivo a spravodlivo. Zaujíma sa aj o spokojnosť zamestnancov, lebo iba spokojný zdravotnícky pracovník môže poskytovať kvalitnú zdravotnícku starostlivosť. Je hrdý na svoje zariadenie, neoslabuje ho odchodom do zahraničia, kde ho lepšie zaplatia. Princípy spoločného vedenia a obsadzovania vedúcich postov kvalitnými manažérmi, odborníkmi s charakterom, by sa mali v zdravotníctve uplatňovať od najvyšších postov.

Ku kapitole 9: REGULÁCIA

Dovoľte mi komentovať výrok, ktorý sa nachádza na s. 66 a prvá veta je v texte zvýraznená, ja si dovolím zvýrazniť aj tú druhú: **„Slovenské zdravotníctvo potrebuje dokončiť zmenu paradigmy, ktorá bude spočívať nielen v kapitálových investíciách, ale najmä v prístupe k spotrebiteľom. Zo systému, ktorý je orientovaný na poskytovateľa, je potrebné prejsť na systém, ktorý je orientovaný na spotrebiteľa.“**

V SR som si nevšimol orientáciu na poskytovateľov, z ktorých tí kvalitní a jazykovo zdatnejší odchádzajú do zahraničia, či pracujú vo farmaceutických firmách, alebo doma najmenej u dvoch zamestnávateľov. Vzniká obava, že budúca medicínska generácia už bude orientovaná menej na chorého, zato viac na nákup zdravotnej starostlivosti, lobing, protežovanie až korupciu. Možno je na vine skutočnosť, že sú nám podsúvané termíny ako spotrebiteľ, alebo klient. Spotrebiteľ je osoba, ktorá niečo *spotrebúva*: náš čas, naše lieky, náš zdravotnícky materiál, ktorého máme málo, lebo aj zdrojov máme stále menej a menej. Pacient je osoba, ktorej by sme mali *trpezlivo* pomáhať, lebo je chorá a my sme zdravotníci.

3) ***Záver***

Publikácia Základné rámce poskytovania zdravotnej politiky pre roky 2006 – 2010 je mimoriadne kvalitne spracovaná z hľadiska ekonomických aspektov a perspektívy zotrvania zdravotných poisťovní, poskytovateľov a spotrebiteľov na zdravotníckom trhu. Po diskusii s jedným z autorov tejto publikácie si dovoľujem navrhnúť, aby sa problematika zdravotného poistenia častejšie objavovala v medicínskych časopisoch a aby sa o nej hovorilo častejšie na odborno – vzdelávacích podujatiach. Tak zdravotníci, ako aj odborníci na poisťovníctvo a zdravotnú politiku by mohli z toho profitovať a priniesť veľa pozitívneho do staroslivosti o pacienta.

Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc. je prezidentom Slovenskej lekárskej spoločnosti.

EVA MADAJOVÁ

1) Všeobecné hodnotenie

Materiál je dostatočne rozsiahly, komplexne sa zaoberá danou problematikou, je prehľadne štrukturalizovaný, jednotlivé oblasti konkrétne popisuje, rozoberá súčasný stav a zámery a navrhuje riešenia, čo je veľkým prínosom. Miestami je až moc kritický, ale v závere je vidieť, že tento pohľad je pozitívom celého materiálu, aby bolo možné dospieť k navrhovaným riešeniam.

2) Konkrétne komentáre

Bolo by potrebné konkrétne poukázať na systém fungovania poistného systému, právnu formu a počet zdravotných poisťovní v „novej“ a v „starej“ členskej krajine Európskej únie.

Súhlasím, že spoluúčasť pacienta je prirodzenou súčasťou efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Doporučenú výšku spoluúčasti pacienta 25% z nákladov podľa medzinárodných štúdií považujem v súčasnosti na Slovensku za neúnosnú.

V časti 7.4.5 Vytváranie guldelineov, protokolov, katalógov sa uvádza: *„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.“* Je nutné však konštatovať, že pacient nemá potrebné informácie, ktoré by mal dostať. Nerieši sa tu otázka informovanosti pacienta, nie sú tu uvedené vzdelávacie programy pre pacientov, kto ich bude robiť a z akých zdrojov budú financované.

JUDr. Eva Madajová je predsedníčkou Asociácie na ochranu práv pacientov SR a advokátkou so zameraním na zdravotnícku legislatívu.

Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

IVETA MARINOVÁ

1) Všeobecné hodnotenie

Dokument Združenia zdravotných poisťovní SR podáva komplexný pohľad na problematiku zdravotníctva a súčasne je najdôležitejším a najucelenejším materiálom riešiacim zdravotnícku politiku v SR v posledných rokoch. Je zostavený prehľadne, s jasne definovanými cieľmi, s komentármi, prehľadnými tabuľkami a odkazom na publikácie.

Téma je vysoko aktuálna a predkladá vízie prístupu zdravotných poisťovní k riešeniu problémov v zdravotníctve v nasledujúcich rokoch. Materiál je rozsiahly, je ale prehľadne zostavený do jednotlivých kapitol, ktoré sa zaoberajú makroekonomikou SR, financovaním zdravotníctva, nákupom zdravotnej starostlivosti, organizáciou a reguláciou zdravotníctva v SR.

Keďže rezort zdravotníctva je charakterizovaný takmer neobmedzenými požiadavkami pri obmedzených zdrojoch, je nutná existencia jasne definovanej zdravotnej politiky, aby došlo k čo najefektívnejšiemu použitiu týchto zdrojov – čo je aj snaha autorov tejto publikácie.

2) Konkrétne komentáre oponenta

Opakovane sa v dokumente spomína zavedenie a prevádzkovanie systému kvality, nie je však presnejšie definované, čo si pod tým autori predstavujú. Niektoré nemocnice majú certifikát ISO, ale to ešte neznamená, že poskytujú pacientom kvalitnú starostlivosť a liečbu. ISO normy sú jedným z možných dielčích prostriedkov zavádzania komplexného riadenia kvality v zdravotníckych zariadeniach. ISO norma nie je norma, ktorá rieši zdravotnú starostlivosť. Toto je kľúčová otázka ďalšieho vývoja zavádzania kvality v slovenskom zdravotníctve. Kvalitná zdravotná starostlivosť okrem medicínsko-technologickej stránky musí zahŕňať aj aspekty psychologické, etické, organizačné a ekonomické.

Bolo by potrebné presne stanoviť kvantitatívne a kvalitatívne ukazovatele dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti. Súčasné indikátory kvality sú nedostatočné na objektívne posudzovanie kvality poskytovaných služieb.

V dokumente sa zdôrazňuje nutnosť zavedenia štandardných diagnostických ale hlavne terapeutických postupov (do roku 2010), ktoré v SR chýbajú. Mala by to byť snaha MZ SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotných poisťovní ale aj poskytovateľov. Urýchlené zavedenie týchto štandardov je základným predpokladom efektívneho riadenia, poskytovania a kontroly zdravotnej starostlivosti. Združenie zdravotných poisťovní by mohlo iniciovať ich tvorbu už v roku 2007, kedy by mohlo byť vypracovaných niekoľko desiatok štandardov na najčastejšie diagnózy.

Snaha združenia by podľa môjho názoru by mala smerovať k presadeniu zavádzania akreditácie zdravotníckych zariadení v zmysle medzinárodných štandardov JCHAO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), ktoré zvyšujú bezpečnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti a sú medzinárodne uznávané.

Väčší dôraz zo strany zdravotných poisťovní by mal byť kladený na bezpečnosť pacientov – pády v nemocniciach, úrazy, omyly pri farmakoterapii a zdravotných výkonoch, dekubity a mnohé ďalšie problémy vyskytujúce sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré predstavujú dodatočné nároky na finančné zdroje.

MUDr. Iveta Marinová, MPH bola takmer 14 rokov vo vrcholovom manažmente Detskej fakultnej nemocnice Košice, v súčasnosti pracuje vo Fakultnej nemocnici L. Pasteura v pozícii manažéra pre kvalitu liečebno – preventívnej starostlivosti, zaoberá sa problematikou zdravotnej politiky, farmako-ekonomiky a manažérstva kvality v zdravotníctve.

Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autorky a nevyjadruje oficiálne postoje zamestnávateľa.

LADISLAV PÁSZTOR

Predmetný materiál považujem za veľmi hodnotný, najmä pre snahu o podporu názorov autorov mnohými, aj číselnými údajmi. Osobitne je cenná kapitola Prognózy makroekenomického vývoja v SR. Zdravotná politika by však mala byť oveľa komplexnejšia záležitosť. Preto materiál budem posudzovať tak, ako je vnímaný, teda ako návrh zdravotnej politiky zdravotných poisťovní.

1) Súhlasím s autormi, že zdroje aj v zdravotníctve sú vzácne *(scarcity)*, a nestačia na to, aby uspokojili všetky požiadavky *(want)* a potreby *(need)*. Problematiku financovania zdravotnej starostlivosti však nie je možné riešiť iba zo strany posudzovania efektívnosti, ale nutne musíme brať do úvahy aj rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti *(equity)*. Tiež pojmy ako schopnosť platiť *(ability to pay)* ako aj ochotu platiť *(willingness to pay)*. Za základný nedostatok materiálu považujem fakt, že sa venuje iba otázkam efektívnej alokácie zdrojov, a takmer vôbec nevenuje otázkam rovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti.

2) Autori vychádzajú z predpokladu, že je nadmerný počet poskytovateľov v SR, aj keď to takto priamo uvedené nie je. S týmto tvrdením vôbec nemôžem súhlasiť. Bez analýzy súčasnej minimálnej verejnej siete (najmä čo sa týka počtu poskytovateľov v jednotlivých regiónoch SR, vekovej štruktúry poskytovateľov, prognózy vývoja chorobnosti občanov jednotlivých regiónov SR, prognózy týchto vplyvov na spotrebu zdravotnej starostlivosti následkom predľžovania priemerného veku občanov SR a ich chorobnosti) nie je možné prinášať závery o tom, s akými poskytovateľmi budú zdravotné poisťovne uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Je skôr pravdepodobné, že vzhľadom na vekovú štruktúru poskytovateľov mnohých medicínskych odborností budú mať zdravotnú poisťovne problém uzatvoriť zmluvy v rozsahu minimálnej verejnej siete vôbec. Preto odporúčam najprv vykonať vyššie uvedené analýzy a až potom čokoľvek navrhovať.

3) Autori sa vôbec nevenujú problematike outputu zdravotnej starostlivosti, resp. jeho prognózovaniu. Cieľom zdravotnej politiky a zdravotníctva je predsa zlepšenie zdravotného stavu občanov SR. Chýba mi odhad, čo prinesie realizácia predmetného návrhu zdravotnej politiky v tejto oblasti.

4) Za veľmi jednostranné považujem hodnotenie politiky súčasnej vlády SR, ako aj činnosti ministra zdravotníctva. Na seriózne hodnotenie je potrebný dlhší časový úsek činnosti.

Práve politicky ladené časti materiálu znižujú jeho odbornú hodnotu, ktorá je nesporná.

MUDr. Ladislav Pásztor je prezidentom Asociácie súkromných lekárov SR.

VILIAM PÄTOPRSTÝ

1) Všeobecné hodnotenie

Dokument *Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007-2010* je uceleným pohľadom autorov na vývoj ekonomiky, organizácie a regulácie zdravotníctva na Slovensku. Popri jasne popísanom stave ako aj vyhliadkach sektora do budúcnosti je obzvlášť cennou aj snaha analyzovať a zakomponovávať očakávané dopady krokov novej vládnej garnitúry na vývoj v sektore. Dokument je tak cenným analytickým materiálom ako aj prehľadom systémových vzťahov pre *policy makerov* a ekonómov primárne sa nezaoberajúcich zdravotníckou problematikou.

2) Konkrétne pripomienky

S cieľom poskytnúť autorom dokumentu možný námet na jeho ďalšie zlepšenie (z môjho pohľadu), si dovolím uviesť 2 systémové výhrady a niekoľko menej kľúčových poznámok k makroekonomickému rámcu prognózy.

1) Po hrubom nastavení systému, ktorý predstavuje tzv. štrukturálna fáza by mala podľa autorov nasledovať kvalitatívna fáza. Takýto vývoj je nepochybne želateľný, avšak z dokumentu nie je celkom jasný dôvod a mechanizmus pomerne rýchleho prechodu zo štrukturálnej fázy na kvalitatívnu fázu (a to ani z kapitoly 7, ktorá je skôr normatívna). Bez takéhoto vysvetlenia by som (zjednodušene) uvažoval nasledovne: Ak je pacient nespokojný, neviní za nekvalitnú službu poisťovňu – viní konkrétnu nemocnicu, ambulanciu, lekára. Primárnym motívom poisťovne je preto sledovať najmä nákladovú efektívnosť poskytovateľov, ktorá sama o sebe nemá za priamy následok kvalitatívny posun (pozri napr. *E. Docteur, 2004* alebo *G.H. Pink, et al, 2003*). Ak aj budeme predpokladať, že trh zdravotných poisťovní nebude oligopolný (čo je, podľa môjho názoru, pomerne silný predpoklad – viď bod 2) konkurencia na trhu sa strednodobo bude prejavovať skôr v manažmente rizika, než v tlaku na kvalitu služieb. Príklon k manažmentu rizika by navyše mohol byť intenzívnejší po zrušení dopytových reštrikcií (poplatkov u lekára a za deň hospitalizácie), keďže významná časť rozdielu v nákladoch medzi „drahým“ a „lacným“ klientom sa dá vysvetliť objemom starostlivosti (t.j. frekvenciou návštev a dĺžkou hospitalizácie).

2) Pokles marží (ako % z celkových výdavkov) v systéme zdravotného poistenia sa zdá byť realistický za predpokladu tvrdej konkurencie na trhu zdravotného poistenia. Pomerne vysoká koncentrácia na trhu poisťovní, líder na trhu operujúci v netrhovom vnútornom prostredí však nenaznačujú tvrdý konkurenčný boj v cenovej oblasti. Po skúsenostiach zo slovenského maloobchodu alebo z bankového sektora sa takýto trhový systém utieka skôr k oligopolnej štruktúre, kde sa maximalizuje trhový zisk koordináciou cenových politík. V scenári do roku 2010 sa zrejme v dokumente ako *a priori* stanovili marže a nerovnováha bola vyrovnávaná cez lôžkovú a ambulantnú starostlivosť (keďže výdavky s otvoreným koncom sú z povahy exogénne a takéto vyrovnávanie neumožňujú). Inými slovami, pokles marží zdôvodňovaný len konkurenčným bojom nepôsobí celkom presvedčivo a môže vytvárať dojem, že bol prognózovaný účelovo.

Makroekonomický scenár, na ktorom sú založené prepočty autorov, považujem vo všeobecnosti za realistický, aj keď štrukturálne sú niektoré položky nadhodnotené a iné podhodnotené v porovnaní s našimi očakávaniami (alebo priemernými očakávaniami bankových analytikov).

Zdroje v systéme sú počítané *bottom-up* prístupom; kľúčový je odhad zdrojov od zamestnancov, ktorý je citlivý najmä na odhad vývoja rastu miezd. Na ten vplýva rast produktivity práce a inflačné tlaky z predchádzajúceho obdobia. Rast miezd je v porovnaní s našim odhadom optimistickejší, keďže vychádza z inflačného scenára, ktorý je vzhľadom na dnes známe očakávania skôr konzervatívny. Nami odhadovaný rast miezd by v roku 2010 vyprodukoval (ceteris paribus) objem odvodov o 1,2 mld. Sk nižší než vychádza autorom (v cenách roku 2010), čo však stále považujem za akceptovateľný rozdiel. V prípade poistencov štátu je rozdiel minimálny a bezpredmetný, keďže rozpočet ráta aj tak s vyššími platbami.

Autormi predpokladaný rast miezd zamestnancov by zrejme potreboval byť podporený aj vyšším rastom produktivity práce (ťahaným skôr vyšším rastom HDP než nižším rastom zamestnanosti). Konzervatívny odhad rastu ekonomiky – Tabuľka 6 (v porovnaní s aktuálnym konsenzom odhadov analytikov na trhu) spôsobuje postupné nadhodnocovanie objemu zdrojov v zdravotníctve ako % z HDP zo strany autorov, ktoré vyvrcholí v roku 2010 podielom 6,3 % HDP, v porovnaní s naším odhadom 6,1 % HDP (v cenách roku 2010, vrátane diskrepancie pochádzajúcej z rastu miezd). Takáto odchýlka je však stále v tolerancii bežných rozdielov v názoroch na ekonomický vývoj a preto je pre mňa prijateľná.

Tak nízky podiel výdavkov na zdravotníctvo (v tom čase zrejme najnižší v OECD) však vyvoláva otázku, či sa fiskálny deficit v roku 2009 bude skutočne tak výrazne zlepšovať (t.j. či nebude snaha „dofinancovať“ zdravotníctvo pred voľbami).

Konštatovania autora v posledných dvoch vetách časti 5.2 nie sú potvrdené realitou, keď v posledných dvoch štvrťrokoch začalo dochádzať k postupnému vyrovnávaniu rozdielov v mzdách a zamestnanosti medzi krajmi (najmä však vo vzťahu k Bratislave). Vzhľadom na kontinuálny prísun, skôr menších, investorov aj do doteraz zaostávajúcich krajov je predpoklad, že tento pozitívny trend sa v najbližšom období nezvráti.

Viliam Pätoprstý je hlavným analytikom UniBanky. Vyštudoval ekonómiu na Univerzite Bocconi v Miláne a Ekonomickej univerzite v Bratislave. Do roku 2001 pracoval v združení pre ekonomické a sociálne analýzy M.E.S.A.10. Od októbra 2001 pôsobil ako analytik a neskôr hlavný analytik UniBanky. Je autorom a spoluautorom niekoľkých publikácií a štúdií v oblasti ekonómie bankových sektorov a ekonomického vývoja.

Hodnotenie oponenta je jeho osobným a nezávislým názorom a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa.

ONDREJ SUKEĽ

Dokument si ako cieľ stanovil definovanie zdravotnej politiky, možností financovania a štruktúry zdravotného systému pre roky 2007 – 2010 a už v úvode sa profiluje ako výhradne kritický dokument voči realizovaným i zamýšľaným krokom vlády Slovenskej republiky v zdravotnej politike. Autormi dokumentu sú v prevažnej miere partneri ***Health Policy Institute***, ktorí v predchádzajúcom volebnom období pôsobili na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky a boli spoluautormi reformných zákonov. Táto skutočnosť síce nie je na škodu, ale zákonite nastoľuje otázky o nestrannosti názorov. Myslím, že pri koncipovaní práce takéhoto typu malo byť prizvané širšie spektrum autorov z rozličných oblastí.

Text je jasne a logicky koncipovaný; ako pozitívum vnímam, že hneď v úvodných kapitolách (2 – 3) prehľadne a zrozumiteľne definuje základné pojmy a teoretické základy zdravotnej politiky.

Následne, v kapitole 4, dôsledne analyzuje doterajšie kroky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky po parlamentných voľbách v roku 2006, s vyslovením pesimistickej prognózy dôsledkov týchto krokov. Ako kľúčový bod tejto časti vnímam poukázanie na neštandardnosť legislatívneho procesu (str. 11, ods. 4.1), keď k zásadným zmenám v zákonoch nedochádza štandardným postupom zahŕňajúcim medzirezortné pripomienkové konanie, ale formou poslaneckých pozmeňujúcich návrhov. Túto časť vnímam ako najdôležitejšie posolstvo celého textu, pretože ide o nebezpečný precedens, ktorý v podstate oberá Ministerstvo zdravotníctva o možnosť podieľať sa na koncipovaní cieľov zdravotnej politiky.

Pristavím sa pri kapitole 7.4.4 – motivácia lekára k nákladovo efektívnej preskripcii. Som si vedomý toho, že ide iba o prvotnú úvahu, a jej praktická aplikácia by si vyžiadala značné analýzy a odborné diskusie. Čo mi v tejto časti chýba, je definícia úlohy farmaceuta v procese efektívneho používania liekov a zdravotníckych pomôcok. Som presvedčený, že ak má byť lekár motivovaný za ušetrenie verejných zdrojov, rovnako má byť motivovaný aj farmaceut – už súčasná legislatíva dáva farmaceutovi **kompetenciu výdaja** náhradného generického lieku, teda aj možnosť šetriť v prvom rade zdroje poistenca a sekundárne aj zdroje zdravotnej poisťovne. Ďalšiu možnosť vidím nie iba vo finančnej motivácii lekára za predpisovanie lacnejších liekov, ale aj v postupnom zavádzaní tzv. **generickej preskripcie** (predpisovanie liečiva, liekovej formy a počtu dávok), ktorú súčasný zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach ponúka ako možnosť (§ 38b, ods. 6, zákona č. 140/1998 Z. z.). Bolo by vhodné uvažovať (v rámci motivácie lekára) o rozšírení využitia tejto možnosti.

V texte absentuje poukázanie na nekoncepčnú likvidáciu nemocničných lekární, resp. ich transformáciu na verejné lekárne, dodávanie liekov pre nemocnice verejnými lekárňami, čo taktiež vedie k rastu nákladov a zdôraznenie úlohy farmaceuta v lôžkovom zariadení.

Ako krok k efektivite používania liekov v nemocniciach by som vnímal nie rušenie nemocničných lekární, ale posilnenie ich kompetencií, definovanie výkonov nemocničnej lekárne, kontraktačný systém dodávania liekov jednotlivým oddeleniam, jednodávkové balenia liekov, informatizáciu a on-line prepojenie lekárne s oddeleniami, konzultácie klinického farmaceuta a monitorovanie nežiadúcich účinkov liekov, fakturáciu liekov zdravotným poisťovniam rovnakým spôsobom ako vo verejnej lekárni (adresne pre konkrétneho pacienta) a spoluúčasť pacienta v rovnakej výške, ako pri užívaní liekov predpísaných v rámci ambulantnej starostlivosti. Ani jednu z týchto možností však text neponúka. Paradoxne, pretože tieto opatrenia by viedli k výraznému zefektívneniu systému.

Na strane 61 je v diskusii prezentovaná zaujímavá myšlienka, cit.: *„Zo systému orientovaného na poskytovateľa, je potrebné prejsť na systém orientovaný na spotrebiteľa.“* Z kontextu celého textu i zo skutočnosti, že táto myšlienka sa nachádza v časti popisujúcej marketingové aktivity zdravotných poisťovní, však vyplýva predpoklad, že tým spotrebiteľom je (mala by byť) zdravotná poisťovňa. Tento názor podporuje i kapitola 9.3.2, ktorá priamo vyzýva na **prenos kompetencií** v cenotvorbe na zdravotné poisťovne a skutočnosť, že už v súčasnosti majú poisťovne (formou

zmluvných poskytovateľov), prakticky ako jediné, kompetenciu definovať sieť poskytovateľov. Získaním cenových regulačných kompetencií by sa stali výrazne dominantným subjektom celého zdravotníctva. Dovolím si preto autorom položiť otázku – v čom by spočívala orientácia takého systému na spotrebiteľa – pacienta? Aké práva by mal v tomto systéme pacient a aké poskytovateľ?

Bolo by určite vhodné dôslednejšie sa zamyslieť nad významom tohto kroku, pretože by to bol krok nevratný. Jediným kompetentným by v takomto systéme bola poisťovňa a poskytovateľ i pacient by sa ocitli v úlohe pasívneho účastníka poisťovňou definovaných postupov. Ďalšie a zásadné riziko tohto kroku spočíva v možnosti majetkového prepojenia poskytovateľov a poisťovne, čoho sme svedkami už dnes. Systém by nedokázal zabezpečiť **rovnosť šancí** poskytovateľov vo vzťahu k zdravotnej poisťovni napr. pri uzatváraní zmlúv, či výkone kontroly, keďže prioritným poskytovateľom by bol logicky ten, ktorý je majetkovo prepojený s konkrétnou poisťovňou. Rovnako by nezabezpečil **rovnosť prístupu** poskytovateľa majetkovo spätého s konkrétnou poisťovňou voči poistencom inej zdravotnej poisťovne.

V zdravotníctve musí existovať v zodpovednosti **symetria vzťahu** poskytovateľ-pacient-poisťovňa so striktným rozlíšením kompetencií a naopak asymetria v **kontrole** (v prospech poisťovne), **výkone povolania** (v prospech poskytovateľa) a **slobode výberu** (v prospech pacienta).

Zrozumiteľná definícia osobnej a konkrétnej zodpovednosti by mohla byť jedným z cieľov zdravotnej politiky pre nasledujúce obdobie.

Mgr. Ondrej Sukeľ je lekárnikom vo verejnej lekárni Don Bosco v Humennom, predseda Miestnej lekárnickej komory Humenné a člen Rady regionálnej lekárnickej komory Prešov.

Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

VLADIMÍR TVAROŠKA

Materiál Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007 – 2010 má veľmi veľké ambície. Chce definovať základné rámce systému tak, aby bol finančne stabilný a zároveň poskytoval poistencom zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Dokument si kladie ambíciu dohodnúť základné rámce nákupnej stratégie zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a tiež definuje predpokladaný vývoj zdravotníctva do roku 2010. Hoci takto široko definované ciele ťažko možno naplniť v plnom rozsahu, autorom sa podarilo vo viacerých oblastiach sformulovať konkrétnu a jasnú predstavu o potrebných krokoch v najbližšom období. Bude veľmi zaujímavé porovnať tento dokument s materiálom, ktorým bude svoje komplexné predstavy o zdravotnej politike definovať vláda. Predkladaný materiál nastavil latku vysoko.

Predpokladať budúci vývoj zdravotníctva na štyri roky dopredu je vždy spojené s mnohými neistotami. Robiť prognózu v závere roku 2006 je z pohľadu miery neistoty zložité dvojnásobne. Nová vláda totiž stále nepredstavila základnú víziu a ciele zdravotnej politiky. Neistoty sú preto na strane kvantifikácie disponibilných zdrojov, a ešte väčšie v oblasti ich používania.

Autori predpokladajú mierny pokles podielu zdrojov v zdravotníctve zo 6,5 na 6,3% HDP. Tento predpoklad je založený na tom, že sadzba za poistencov štátu sa v máji 2007 zníži z 5% na 4%. Hoci takýto vývoj vychádza z dnes platnej legislatívy, nepovažujem ho za realistický. Vláda bude musieť skôr či neskôr sadzbu vrátiť na 5%. Výsledkom by mal byť približne stabilný podiel zdrojov zdravotníctva na HDP, a to i napriek pravdepodobne rýchlejšiemu rastu ekonomiky ako predpokladá materiál. Približne stabilizovaný podiel zdrojov na HDP by mal vzhľadom na vysoký rast HDP poskytovať relatívne slušný finančný balík na postupný nárast kvality zdravotníctva.

Kľúčovou otázkou najbližších rokov bude efektívnosť používania disponibilných zdrojov. A najmä to, aby sa v zdravotníctve nezačali opäť tvoriť významné dlhy, ktoré budú musieť tým, či oným spôsobom platiť daňoví poplatníci. Materiál predpokladá zachovanie tvrdých rozpočtových obmedzení. Pochybujem, že sa tento predpoklad podarí naplniť. Naopak, očakávam postupné zadlžovanie systému, najmä štátnych nemocníc. Touto témou sa však materiál, žiaľ, nezaoberá so zdôvodnením, že sa netýka rozpočtu zdravotných poisťovní.

Hoci vláda jasnú predstavu o zdravotnej politike ešte nepredstavila, súhlasím s autormi, že vláda bude chcieť rozšíriť úlohu štátu z tvorcu pravidiel aj do polohy nákupcu a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. A práve táto snaha bude predstavovať hlavné riziko pre efektívnosť fungovania celého systému v najbližších rokoch. Úloha pripravovať kvalitné pravidlá je pre obmedzené odborné kapacity ministerstva zdravotníctva mimoriadne náročná. Rozšírenie tejto úlohy aj na operatívne riadenie by bolo nad možnosti aj omnoho kvalitnejších inštitúcií.

Významný problémom súčasného slovenského zdravotníctva je fakt, že v rôznych oblastiach, najmä v zdravotných poisťovniach a nemocniciach, súťažia medzi sebou štátne a súkromné inštitúcie. Hoci tento stav má ďaleko od optima, za predpokladu rovnakých podmienok môže v prechodnom období fungovať. V najbližšom období však hrozí, že štát sa bude snažiť rôznymi spôsobmi zvýhodniť svoje subjekty a súťaž so súkromným sektorom nebude prebiehať za rovnakých podmienok. Materiál správne poukazuje na riziko, že vláda bude uprednostňovať štátne zdravotné poisťovne pred súkromnými a štátne poisťovne budú zase zvýhodňovať štátne zdravotnícke zariadenia. Výsledkom bude zníženie efektívnosti fungovania systému a pravdepodobne aj návrat k tvorbe vysokých dlhov a opakovanie oddlžovania zo strany štátneho rozpočtu. Systém zdravotného poistenia naopak potrebuje nástroje na pritvrdenie konkurencie. Materiál prináša niekoľko zaujímavých návrhov v tejto oblasti, napríklad možnosť istej úpravy sadzby poistného v jednotlivých posiťovniach, ktoré si určite zaslúžia širšiu diskusiu.

Je zrejmé, že objem disponibilných zdrojov nebude pokrývať všetky potreby zdravotníctva. Táto situácia platí všade na svete. Úlohou štátu je preto definovať priority, na ktoré sa má tento solidárny

balík používať. Vláda by mala určiť rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia tak, aby rešpektoval objem disponibilných zdrojov. Nevýhodou tohto prístupu prirodzene je, že sa ním jasne definuje to, čo musia občania platiť priamo. A preto nie je možné očakávať, že súčasná vláda bude ochotná definovať solidárny balík.

Vláda naopak zatiaľ deklaruje snahu o zadefinovanie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hoci ide o politicky nie jednoduchú úlohu. Bude zaujímavé sledovať, ako sa s ňou v najbližších mesiacoch ministerstvo zdravotníctva a vláda vysporiada. Kvalitná definícia minimálnej siete a jej následná kontrola by iste bola krokom vpred.

Veľmi zaujímavou, a z pohľadu objemov financií rozhodujúcou oblasťou bude lieková politika. Je dobré, že jej výsledky sú a budú transparentné a dobre merateľné. Ak sa potvrdí predpoklad autorov, že ceny liekov porastú podstatne rýchlejšie ako v rokoch 2004 a 2005 a ich podiel na celkových výdavkoch zdravotníctva vzrastie i napriek poklesu DPH z 19 na 10%, bude to veľmi jasný signál „úspechu“ novej zdravotnej politiky, najmä zrušenia poplatkov a zmeny politiky kategorizačnej komisie.

Hoci súťaž štátnych a súkromných zdravotných poisťovní nepovažujem sa ideálny stav, v súčasnosti je to fakt. Súťaž za rovnakých podmienok by mohla počas niekoľkých rokov veľmi pekne ukázať efektívnosť fungovania oboch typov vlastníctva. Predpokladom sú však rovnaké podmienky, vrátane právnej formy. Súhlasím s názormi autorov, že forma akciovej spoločnosti je pre zdravotné poisťovne ideálna. Neexistuje nijaký racionálny dôvod meniť pre štátne poisťovne túto formu. Štát prirodzene môže zostať 100% vlastníkom dvoch poisťovní. Vláda by však nemala manipulovať a zneprehľadňovať ich hospodárenie vymýšľaním špeciálnych podmienok pre fungovanie týchto inštitúcií. Nemala by sa ani zbavovať zodpovednosti tým, že do ich orgánov budú dosadení reprezentanti rôznych záujmových skupín. Vláda by mala prijať hodenú rukavicu a súťažiť prostredníctvom dvoch svojich poisťovní s ostatnými súkromnými poisťovňami.

Podobne ako pri poisťovniach by bolo správne, aby aj nemocnice využívali najmä formu akciovej spoločnosti. Ide o transparentnú právnu formu s jasne definovanými pravidlami. A neexistujú významné dôvody na odmietanie tejto formy.

Materiál poskytuje veľmi široký pohľad na fungovanie zdravotníctva na Slovensku. Snáď jedinou oblasťou, ktorá v ňom chýba je rozvoj dobrovoľného zdravotného poistenia, čo je škoda.

Vladimír Tvaroška vyštudoval Ekonomickú univerzitu v Bratislave v roku 1995. Potom pracoval ako zástupca šéfredaktora denníka Pravda. Od roku 1999 pôsobil na Úrade vlády vo funkcii poradcu podpredsedu vlády pre ekonomiku a v rokoch 2002 až 2006 bol štátnym tajomníkom na Ministerstve financií. Od leta 2006 pôsobí ako riaditeľ spoločnosťi Envico, ktorá podniká v oblasti biopalív.

ZDRUŽENIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ SLOVENSKEJ REPUBLIKY
ASSOCIATION OF HEALTH INSURANCE COMPANIES SLOVAKIA

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.
- UNION zdravotná poisťovňa a. s.