

SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009

DOPADY KRÍZY

HPI
HEALTH
POLICY
INSTITUTE

SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009

DOPADY KRÍZY



AUTORI

MUDr. Tomáš Szalay

Ing. Karol Morvay, PhD.

Ing. Peter Pažitný, MSc.

MUDr. Angelika Szalayová

Ing. Ivana Morvayová

OPONENTI

Ing. Mgr. Martin Filko, MSc.

MUDr. Peter Findo

Mgr. Martin Hargaš

MUDr. Ján Gajdoš

MUDr. Eduard Kováč

Ing. Ivan Mikloš

MUDr. Ladislav Pásztor

Mgr. Ján Tóth, M.A.

Ing. Vladimír Tvaroška

Ing. Mgr. Radomír Vereš

SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009. DOPADY KRÍZY

© Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2009

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie nesmie byť bez predošlého súhlasu vlastníkov autorských práv akýmkoľvek elektronickým alebo mechanickým spôsobom reprodukováná a/alebo šírená nad rámec podmienok fair use.

OBSAH

ÚVOD	5
ZOZNAM SKRATIEK.....	6
ZHRNUTIE: DOPADY KRÍZY	7
I. VÝCHODISKÁ	12
1.1 VPLYV SVETOVEJ HOSPODÁRSKEJ KRÍZY.....	13
1.2 VPLYV ČLENSTVA SLOVENSKA V EUROZÓNE	14
1.3 VPLYV POLITICKÉHO CYKLU.....	15
2. OČAKÁVANÝ VÝVOJ VYBRANÝCH MAKROEKONOMICKÝCH PARAMETROV.....	16
2.1 UKAZOVATELE VÝKONU EKONOMIKY	16
2.2 UKAZOVATELE TRHU PRÁCE.....	22
2.3 MZDY.....	24
3. PRÍJMY A VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ	27
3.1 PRÍJMY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ	27
3.1.1 <i>Odvody za zamestnancov</i>	28
3.1.2 <i>Odvody za samostatne zárobkovo činné osoby</i>	30
3.1.3 <i>Odvody od samoplatiteľov</i>	31
3.1.4 <i>Platby štátu za vymedzený okruh osôb</i>	32
3.1.5 <i>Zhrnutie príjmov zdravotných poisťovní</i>	34
3.2 VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ	36
3.2.1 <i>Lieky a zdravotnícke pomôcky</i>	37
3.2.2 <i>Ústavná starostlivosť</i>	38
3.2.3 <i>Ambulantná starostlivosť</i>	40
3.2.4 <i>Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky</i>	40
3.2.5 <i>Zhrnutie príjmov a výdavkov zdravotných poisťovní</i>	42
3.3 PREROZDELENIE	42
4. VÝDAVKY KAPITOLY MZ SR, EUROFONDY A VÚC	44
4.1 KAPITOLA MZ SR.....	44
4.2 EUROFONDY	44
4.3 VÚC.....	45
5: SÚKROMNÉ VÝDAVKY OBYVATEĽSTVA	46
6: DOPADY A OPATRENIA.....	48
6.1 VZŤAH ZDRAVOTNEJ POLITIKY A HOSPODÁRSKEJ POLITIKY	49
6.1.1 <i>Zmeny v odvodovom zaťažení</i>	49
6.1.2 <i>Zrušenie pracovnej zdravotnej služby</i>	49
6.2 OCHRANA SPOTREBITEĽOV	50
6.2.1 <i>Ochranný limit na spoluúčasť</i>	50
6.2.2 <i>Regulácia čakacích zoznamov</i>	51
6.2.3 <i>Zvýšenie príspevku na zdravotnú starostlivosť pre občanov v hmotnej núdzi</i>	51
6.2.4 <i>Generická preskripcia</i>	51

6.3 KRÁTKODOBÉ STABILIZAČNÉ OPATRENIA.....	52
6.3.1 Poplatky za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou.....	52
6.3.2 Prísnejšia kategorizácia liekov.....	53
6.3.3 Ambulantný liekový formulár.....	54
6.3.4 Limity na lieky, zdravotnícke pomôcky a SValZ.....	55
6.3.5 Rozbaľovanie balení liekov.....	55
6.3.6 Flexibilné cenové ustanovenia.....	56
6.3.7 Rizikové kontrakty.....	56
6.3.8 Nezavádzanie opatrení významne zvyšujúcich náklady počas krízového obdobia.....	57
6.3.9 Novela Zákonníka práce.....	57
6.3.10 Degresívna obchodná prirážka v nemocniciach.....	57
6.3.11 Odklad účinnosti výnosu o personálnych normatívoch.....	57
6.3.12 Selektívny kontraktng.....	58
6.3.13 Úprava preddavkov za poistencov štátu.....	58
6.3.14 Spojenie VŠZP a SZP.....	58
6.3.15 Zmrazenie miezd.....	59
6.3.16 Tlmenie sociálneho napätia.....	59
6.4 KRÍZA AKO PRÍLEŽITOSŤ NA ZAVEDENIE SYSTÉMOVÝCH ZMIEN.....	60
6.4.1 Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti.....	60
6.4.2 Zúženie rozsahu bezplatnej zdravotnej starostlivosti.....	60
6.4.3 Diagnostické a liečebné protokoly.....	61
6.4.4 Zavedenie odvodovej neutrality.....	62
6.4.5 Šporivé zdravotné účty.....	63
6.4.6 eHealth.....	63
6.4.7 Oddĺženie.....	64
6.5 ZDRAVOTNÍCKA REPUBLIKOVÁ ANTIKRÍZOVÁ KOMISIA (ZRAK).....	64
POUŽITÁ LITERATÚRA.....	65
OPONENTSKÉ POSUDKY.....	66
MISIA HEALTH POLICY INSTITUTE.....	88
REFERENCIE HEALTH POLICY INSTITUTE.....	89

ÚVOD

Publikáciu Slovenské zdravotníctvo 2009 sme pripravovali päť mesiacov. Výhľad z októbra 2008 – z dnešného pohľadu viac než optimistický – sme opakovane revidovali. Prepočítavanie modelov a úprava výslednej prognózy sa stali každodennou prácou. Keďže každá ďalšia informácia o aktuálnom stave ekonomiky výhľad zhoršovala, nakoniec publikácia získala podtitul Dopady krízy. Pretože práve svetová hospodárska kríza do veľkej miery spoluurčí základné rámce slovenského zdravotníctva pre nasledujúce obdobie.

Nevieme, ako dlho potrvá súčasná kríza a kde je jej dno. Vieme však, že ani v zdravotníctve jej dopady neobídu nikoho. Kríza zasiahne všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov. Prijímanie nepopulárnych, bolestivých alebo zložitých opatrení už nie je možnosťou voľby, stáva sa nevyhnutnosťou.

Táto publikácia si kladie za cieľ najmä:

- predpovedať objem zdrojov v zdravotníctve v roku 2009 vrátane ich intersektorálneho členenia,
- upozorniť na dôsledky, ktoré bude mať kríza na zdravotníctvo,
- navrhnúť konkrétne nástroje, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Dôsledkom hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo môžeme efektívne čeliť len spoločnými silami. Považujeme preto za žiaduce vytvoriť platformu pre budovanie širšieho odborného i politického konsenzu. Ako povedal americký prezident Barack Obama vo svojom prvom príhovore pred Kongresom, zlepšenie v zdravotníctve možno dosiahnuť len spoločným postupom podnikateľov a zamestnancov, lekárov a poskytovateľov, ako i politikov z oboch táborov.

Publikáciu Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy ponúkame ako podklad na konštruktívnu diskusiu na takomto základe.

marec 2009, autori

ZOZNAM SKRATIEK

AFN	Asociácia fakultných nemocníc Slovenskej republiky
ANS	Asociácia nemocníc Slovenska
COICOP	klasifikácia individuálnej spotreby podľa účelu použitia (Classification of Individual Consumption According to Purpose)
CPI	index spotrebiteľských cien (Consumer Price Index)
ČR	Česká republika
DCG	prediktor rizika na základe diagnózy (Diagnosis-based Cost Group)
DPH	daň z pridanej hodnoty
DSS	dôchodková správcovská spoločnosť
EÚ	Európska únia
EZP	Európska zdravotná poisťovňa, a. s.
HDP	hrubý domáci produkt
HICP	harmonizovaný index spotrebiteľských cien (Harmonised Index of Consumer Prices)
HPI	Health Policy Institute
IFP	Inštitút finančnej politiky pri Ministerstve financií Slovenskej republiky
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NBS	Národná banka Slovenska
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NFV	návratná finančná výpomoc
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development)
OTC	voľnopredajné lieky (Over-The-Counter)
PCG	prediktor rizika na základe spotreby liekov (Pharmacy-based Cost Group)
PPP	verejno-súkromné partnerstvo (Public-Private Partnership)
SR	Slovenská republika
SVaLZ	spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SZČO	samostatne zárobkovo činná osoba
SZP	Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
VÚC	vyšší územný celok
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
ZP	zdravotná poisťovňa

ZHRNUTIE: DOPADY KRÍZY

Kľúčovým externým faktorom, ovplyvňujúcim dianie v slovenskom zdravotníctve v roku 2009, bude svetová hospodárska kríza. Z opatrení, prijatých ešte v roku 2008, je z hľadiska príjmov najdôležitejšie zvýšenie platby štátu za svojich poistencov zo 4,5 % na 4,9 % priemernej mzdy spreď dvoch rokov. Dvojročný posun v čase navyše pôsobí proticyklicky, lebo rast platby štátu sa počíta z dynamiky rastu priemernej mzdy v roku 2007. Zvýšenie miery prerozdelenia poistného z 85,5 % na 95 % síce neovplyvní celkový objem zdrojov, posilní však VšZP na úkor ostatných zdravotných poisťovní – najmä Spoločnej zdravotnej poisťovne.

Príjmy zdravotných poisťovní sa budú pohybovať od 3 291 do 3 508 mil. eur (99,1 až 105,7 mld. Sk). Oproti našej prognóze z novembra minulého roka (3 636 mil. eur, 109,5 mld. Sk)

je to **výpadok vo výške 128 až 345 mil. eur** (3,9 až 10,4 mld. Sk). Z dôvodu zvýšenej neistoty počítame s viacerými scenármi v závislosti od hĺbky dopadov krízy. Príčinou relatívne veľkého rozpätia je zvýšená neistota týkajúca sa makroekonomických premenných. Hlavné faktory, ktoré spôsobili zníženie prognózy príjmov poisťovní sú: klesajúca zamestnanosť, pomalší rast miezd a rastúca insolventnosť podnikov.

Súkromné výdavky sa budú pohybovať v rozpätí od 605 do 681 mil. eur (18,2 až 20,5 mld. Sk). Oproti prognóze z novembra 2008 sme v negatívnom (depresívnom) scenári zohľadnili menšiu ochotu ľudí mňať na OTC lieky a hľadanie substitútov v hrađených liekoch, resp. nekupovanie OTC liekov vôbec. Výpadok súkromných zdrojov môže dosiahnuť 2 až 78 mil. eur (60 mil. až 2,3 mld. Sk).

Tabuľka 1: Príjmy zdravotných poisťovní v mil. eur

Zdroj	2008	2009		
	Odhad skutočnosti	Prognóza z 11/2008	Prognóza z 02/2009	Rozdiel medzi prognózami
IFP	3 193	3 665	3 578	-87
HPI – scenár väčšej odolnosti voči kríze	3 250	3 636	3 508	- 128
HPI – scenár minimálneho rastu			3 406	- 230
HPI – scenár depresie			3 291	- 345

Zdroj: Health Policy Institute a Inštitút finančnej politiky, 2008 a 2009

Tabuľka 2: Súkromné spotrebné výdavky domácností na zdravotníctvo v mil. eur

Zdroj	2008	2009		
	Odhad skutočnosti	Prognóza z 11/2008	Prognóza z 02/2009	Rozdiel medzi prognózami
IFP	992	1 165	?	?
HPI – scenár väčšej odolnosti voči kríze	636	683	681	- 2
HPI – scenár minimálneho rastu			638	- 45
HPI – scenár depresie			605	- 78

Zdroj: Health Policy Institute a Inštitút finančnej politiky, 2008 a 2009

ZHRNUTIE: DOPADY KRÍZY

Tabuľka 3 prináša zhrnutie všetkých príjmov zdravotníctva. Ako na príjmoch poisťovní, tak aj na celkových príjmoch vidno, že sú v určitej miere ochránené pred výkyvom v makroekonomických premenných,

očakávaným v roku 2009. Plnenie ochrannej funkcie v systéme financovania pripadá na odvodové platby štátu. Tie stabilizujú systém, pravda, na ťarchu verejných financií.

Tabuľka 3: Zhrnutie príjmov zdravotníctva (v mil. eur, ak nie je uvedené inak)

	2008o	2009p		
		scenár depresie	scenár minimálneho rastu	scenár väčšej odolnosti voči kríze
A. Príjmy zdravotných poisťovní	3 250	3 291	3 406	3 508
A.1 Odvody zamestnancov	2 063	1 896	2 022	2 136
A.2 Odvody SZČO	165	152	159	171
A.3 Odvody samoplatiteľov	12	12	12	12
A.4 Odvody za poistencov štátu	979	1 201	1 182	1 157
A.5 Ostatné príjmy	30	30	31	32
B. Kapitola MZ SR	112	111	111	111
B.1 Bežné výdavky (bez poistného štátu)	79	75	75	75
B.2 Eurofondy	10	39	39	39
B.3 Kapitálové výdavky	23	7	7	7
B.4 Ohlásená úspora		-10	-10	-10
C. VÚC	10	10	11	11
C.1 Bežné výdavky	4	4	5	5
C.2 Kapitálové výdavky	6	6	6	6
D. Súkromné zdroje	636	605	638	681
D.1 Zdrav. výrobky, prístroje a zariadenia	413	385	410	438
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	182	180	188	202
D.3 Nemocničné služby	41	40	40	41
E. Zdroje spolu (A+B+C+D)	4 007	4 017	4 166	4 311
E.1 Verejné zdroje spolu (A+B+C)	3 372	3 412	3 528	3 630
E.2 Súkromné zdroje spolu (D)	636	605	638	681
Zdroje ako % z HDP	6,0	5,9	6,0	6,0
Verejné zdroje ako % z HDP	5,0	5,0	5,1	5,1
Súkromné zdroje ako % z HDP	0,9	0,9	0,9	1,0
Podiel verejných zdrojov v %	84,1	84,7	84,4	84,0
Podiel súkromných zdrojov v %	15,9	15,3	15,6	16,0

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 4: Výdavky zdravotného systému (v mil. eur)

	2008o	2009p		
		scenár depresie	scenár minimálneho rastu	scenár väčšej odolnosti voči kríze
A. Výdavky zdravotných poisťovní	3 229	3 405	3 410	3 415
A.1 Ostatné výdavky	140	142	146	151
A.1.1 Prevádzkové náklady (3,5 %)	114	115	119	123
A.1.2 Príspevok ZP na činnosť úradu (0,45 %)	16	16	17	18
A.1.3 Príspevok ZP na OS (0,35 %)	10	10	10	11
A.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	3 089	3 264	3 264	3 264
A.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	1 023	1 125	1 125	1 125
A.2.2 Zdravotnícke pomôcky	113	124	124	124
A.2.3 Lôžková starostlivosť	974	1 008	1 008	1 008
A.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	151	152	152	152
A.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	364	366	366	366
A.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	305	329	329	329
A.2.7 Záchranná zdravotná služba	70	70	70	70
A.2.8 Ostatné, EÚ, bezdomovci	89	89	89	89
A.3 Prebytok/deficit	21	-114	-5	94
B. Bežné výdavky	83	69	70	70
B.1 Kapitola MZ SR	79	65	65	65
B.2 VÚC	4	4	5	5
C. Kapitálové výdavky	39	52	52	52
C.1 Kapitola MZ SR	23	7	7	7
C.2 VÚC	6	6	6	6
C.3 Eurofondy	10	39	39	39
D. Súkromné výdavky	636	605	638	681
D.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	413	385	410	438
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	182	180	188	202
D.3 Nemocničné služby	41	40	40	41
E. Výdavky spolu (A+B+C+D)	3 987	4 131	4 170	4 218
BILANCIA	+ 21	-114	- 5	+ 94

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Pozícia poskytovateľov bude kvôli kríze mimoriadne sťažená. Nemocnice budú čeliť rastúcej zadlženosti, tlaku na zvyšovanie miezd, nákladom vyplývajúcim z plánovaného zrušenia regresívnej obchodnej prirážky, ako aj indukovaným mzdovým nákladom v dôsledku minimálnych personálnych normatívov. Minimálna sieť nebude mať na alokáciu zdrojov taký vplyv ako pred rokom. Keďže dodatočné zdroje môžu poskytovatelia získať jedine na úkor iných poskytovateľov, selektívny kontraktng umožňuje zdravotným poisťovniam trhové čistenie.

Lieková politika si z roku 2008 priniesla málo adresnú kategorizáciu, pričom o úspory sa v roku 2008 postarali širokoplošné cenové zníženie z titulu posilňovania koruny a regresívna obchodná prirážka.

Na základe výsledkov prognóz na rok 2009 **odporúčame zdravotným poisťovniam zdržanlivosť pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi.** Zdravotné poisťovne by si mali dohodnúť s poskytovateľmi flexibilné cenové ustanovenia, ktoré by reagovali na skutočný vývoj objemu zdrojov.

Kontrolu výdavkov na lieky považujeme za kľúčové protikrizové opatrenie. Na udržanie rastu výdavkov na lieky odporúčame aplikovať prísnejšiu liekovú politiku a zvýšiť poplatok za recept z 0,17 eura (5 Sk) na 1 euro (30 Sk). Taktiež odporúčame znovuzavedenie ďalších regulačných poplatkov: 1 euro (30 Sk) za návštevu lekára a 2 eurá (60 Sk) za 1 deň v nemocnici. Súčasťou takéhoto opatrenia by podľa HPI malo byť aj definovanie maximálneho limitu spoluúčasti vo výške 240 eur ročne (7 230 Sk) na zmiernenie sociálnych dopadov pre najzraniteľnejšiu časť populácie. Limit by sa mal vzťahovať na regulačné poplatky a doplatky za lieky.

Výdavky zdravotných poisťovní prognózujeme len v jednom scenári, ktorý odráža súčasný stav nastavenia zdravotnej politiky a možností zdravotných poisťovní (Tabuľka 4).

Ak sa naplní „scenár depresie“, tak môžeme predpokladať zápornú bilanciu systému na úrovni 114 mil. eur (3,4 mld. Sk). V tejto sume nie sú zahrnuté prípadné nové dlhy, ktoré vytvoria nemocnice a ostatní poskytovatelia. Ak bude po 1. a 2. štvrtroku zrejmé, že tento scenár je veľmi pravdepodobný, budú musieť ministerstvo aj zdravotné poisťovne pristúpiť k ešte razantnejším opatreniam, najmä v liekovej politike. Udržanie výdavkov na lieky na hranici +4 % je potrebné na stlačenie finančného deficitu systému na nulu.

V prípade „scenáru minimálneho rastu“ je systém približne vyrovnaný. Výdavky na lieky sa medzročne pohybujú na úrovni +8 % a poskytovatelia majú od polovice roka pridané 7 % (nemocnice) a 2 % (ambulantný sektor). Aj takýto scenár si však vyžaduje okamžité opatrenia, ktoré budú definovať vzťahy s poskytovateľmi ako flexibilné.

Už dnes môžeme povedať, že pravdepodobnosť „scenáru väčšej odolnosti voči kríze“ je veľmi nízka. Tento scenár však ukazuje, že potenciálna rezerva na rast zdrojov poskytovateľov je veľmi obmedzená (+94 mil. eur, 2,8 mld. Sk).

Opatrenia na zmiernenie dopadov krízy sme rozdelili podľa ich naliehavosti do troch skupín (Tabuľka 5). V prvej skupine sú opatrenia s najväčšou naliehavosťou. V druhej skupine sú menej naliehavé opatrenia a v tretej skupine sú opatrenia, ktoré znesú najdlhší odklad.

Tabuľka 5: Opatrenie na zmiernenie dopadov krízy zoradené podľa skupiny priorít

Skupina priorít	Opatrenie	Zodpovedný
1	Zdravotnícka republiková antikrizová komisia	MZ SR/MF SR
	Ochranný limit na spoluúčasť	MZ SR
	Flexibilné cenové ustanovenia	ZP
	Selektívny kontraktng	ZP
	Poplatky za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou	MZ SR
	Prísnejšia kategorizácia liekov	MZ SR
	Limity na lieky, zdravotnícke pomôcky a SValZ	ZP
	Degresívna obchodná prirážka v nemocniciach	MZ SR
	Nezavádzanie opatrení významne zvyšujúcich náklady	MZ SR
	Zmrazenie miezd	nemocnice
	Spojenie VŠZP a SZP	vláda
	Tlmenie sociálneho napätia	tripartita
	Novela Zákonníka práce	MPSVaR
	Úprava preddavkov za poistencov štátu	MZ SR/MF SR
2	Oddĺženie	MZ SR/MF SR
	Generická preskripcia	MZ SR
	Odklad účinnosti výnosu o personálnych normatívoch	MZ SR
	Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti	MZ SR
	Zúženie rozsahu bezplatnej zdravotnej starostlivosti	MZ SR
	Diagnostické a liečebné protokoly	ZP
	Regulácia čakacích zoznamov	MZ SR
	Rizikové kontrakty	ZP
	Zrušenie pracovnej zdravotnej služby	MZ SR
	Zvýšenie príspevku na zdravotnú starostlivosť pre občanov v hmotnej núdzi	MPSVaR SR
	Zavedenie odvodovej neutrality	MZ SR/MF SR
	eHealth	MF SR
3	Ambulantný liekový formulár	ZP
	Rozbaľovanie balení liekov	MZ SR
	Sporivé zdravotné účty	MZ SR/MF SR
	Zmeny v odvodovom zaťažení	MZ SR/MF SR

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

KAPITOLA I: VÝCHODISKÁ

Makroekonomický rámec je súčasťou externého prostredia, určujúceho ekonomické toky v systéme zdravotníctva. Pre účely tejto analýzy nie je potrebné venovať sa všetkým otázkam makroekonomického vývoja, považujeme však za vhodné vyzdvihnúť niekoľko dôležitých faktorov, ktoré pravdepodobne budú mať rozhodujúci vplyv na vývoj makroekonomických premenných (hlavne tých, ktoré majú vplyv na parametre systému zdravotníctva). Ide predovšetkým o faktory ovplyvňujúce celkovú výkonnosť ekonomiky, zamestnanosť a príjmy (zamestnanosť a príjmy predurčujú základňu pre výber odvodov do zdravotníckeho systému).

Na začiatku roka 2009 sa ekonomický vývoj predvída veľmi ťažko. Predpokladáme, že makroekonomický rámec bude v roku 2009 determinovaný hlavne týmito faktormi:

1. Dopady svetovej hospodárskej krízy a energetickej krízy. Tento faktor bude pravdepodobne dominantný a práve on prináša extrémne vysokú mieru neistoty pri tvorbe prognózy.
2. Členstvo Slovenska v eurozóne.
3. Dopady politického cyklu.

Podľa charakteru a intenzity pôsobenia týchto faktorov je možné očakávať, že skutočný vývoj ekonomiky v roku 2009 sa môže odvíjať podľa troch uvádzaných scenárov (alebo v priestore medzi týmito scenármi):

- A) Scenár väčšej odolnosti voči kríze** (optimistický scenár);
- B) Scenár minimálneho rastu** (ide o scenár pri zachovaní veľmi slabého rastu reálneho HDP, ide o tesné vyhnutie sa depresii);
- C) Scenár depresie¹⁾** (ide o pesimistický scenár počítajúci s poklesom HDP).

Scenáre nastavujeme tak, aby nepredstavovali hraničnú možnosť vývoja, ale aby odrážali odlišné, ale pritom pravdepodobné (hoci nie rovnako) možnosti vývoja. Nejde o extrémny, pretože pri existujúcej miere neistoty je veľmi riskantné stanovovať extrémny („extrém“ sa môže stať veľmi relatívnym pojmom). Pritom však tieto scenáre musia byť od seba dostatočne vzdialené, aby bolo možné zhodnotiť odolnosť príjmov zdravotníctva voči výkyvom makroekonomických parametrov v roku 2009.

1) Upozorňujeme na rôznorodosť definícií ekonomickej depresie v ekonomickej teórii. Existuje niekoľko prístupov k odlíšeniu (či stotožneniu) krízy, recesie a depresie. Aby sme sa tu vyhli tomuto typu teoretických debát, používame tu pojem „depresia“ ako pomenovanie pre obdobie medzročného poklesu reálneho HDP (aj keď sme si vedomí, že nie sme v súlade s každou definíciou depresie). Takisto je terminologicky problémové slovo „kríza“. Tento výraz v texte používame relatívne voľne pre označenie nepriaznivej fázy vývoja globálnej ekonomiky. Existuje aj jej podstatne užšie vymedzenie, ktoré tu neberieme do úvahy.

I.1 VPLYV SVETOVEJ HOSPODÁRSKEJ KRÍZY

Hĺbku ani trvanie krízy zatiaľ nemožno odhadnúť. Existuje niekoľko faktorov, ktoré môžu slovenskej ekonomike napomôcť k jej ľahšiemu prekonaniu:

- **Bankový sektor na Slovensku je stále relatívne stabilný.** V SR pôsobia relatívne malé banky (s materskými bankami v zahraničí), ich aktíva a pasíva sú v značnej miere viazané na SR a nie sú preto významne zaťažené problémovými aktívami či tzv. toxickými cennými papiermi.
- **Slovenská ekonomika stále môže ťažiť z konkurenčnej výhody nízkych nákladov práce.** Znamená to lepšie šance na zachovanie produkcie aj v časoch, keď sú odberatelia či koneční užívatelia produkcie mimoriadne opatrní. Táto výhoda však už jednoznačne platí len vo vzťahu k najvyspelejšim ekonomikám. V regióne V4 sa výhoda Slovenska stráca kvôli oslabovaniu domácich mien voči euru. Relatívne náklady práce v slovenskej ekonomike (v porovnaní s ostatnými krajinami V4) stúpili.²⁾
- **Existuje značná výkonová medzera medzi slovenskou ekonomikou a krajinami, s ktorými má Slovensko spoločný trh v rámci EÚ.** To v kombinácii s nízkymi nákladmi práce pomáha ekonomike rásť (alebo aspoň pomalšie upadať) aj pri nepriaznivom globálnom vývoji.
- **Na Slovensku sú značné skúsenosti s uplatňovaním stabilizačnej makroekonomickej politiky.** Tu však záleží na vláde, ako bude vedieť takéto skúsenosti využiť v neobvyklej situácii.

Je však možné identifikovať aj sériu faktorov, ktoré by mohli komplikovať prekonávanie krízy. Tieto faktory zvyšujú riziko realizácie nepriaznivejších scenárov:

- **Hrozí riziko globálnych rozhodnutí.** Aj keď sú banky v SR relatívne stabilné, môžu sa správať ako ohrozené. Môže nastať prenos spôsobu uvažovania z materských spoločností na dcérske spoločnosti. A tak aj relatívne zdravá slovenská banka môže konať tak, ako koná jej krízou postihnutá materská banka v zahraničí. Pravdepodobným výsledkom je zablokovanie finančných tokov, ktoré môže existenčne ohroziť aj podniky, ktoré by za iných okolností boli hodnotené ako perspektívne a nemali by problém so získaním úverov.
- **Komplikujúcim faktorom je charakter zapojenia slovenských firiem do produkčných reťazcov.** Značná časť produkcie slúži ako vstup na ďalšie spracovanie či finalizáciu mimo slovenskej ekonomiky. Takáto produkcia nefinalizovaných výrobkov je obvyčajne výrazne konjunktúrne citlivá. To znamená hrozbu dramatického poklesu dopytu po takejto produkcii pri nástupe recesie, ale aj šancu na prudký vzostup dopytu pri nástupe oživenia globálnej ekonomiky.
- **Slovenská ekonomika je mimoriadne otvorená, s malým vnútorným trhom.** To znamená vysokú mieru citlivosti na externé šoky. Očakávame pokles HDP u najvýznamnejšieho obchodného partnera SR (v Nemecku) a stagnáciu až mierny pokles výkonu ekonomiky eurozóny. To je nepriaznivý signál pre slovenských exportérov.
- **Priemyselná výroba je značne sektorovo koncentrovaná** (konkrétne na výrobu automobilov a ich komponentov), málo diverzifikovaná. Nedostatočná diverzifikácia zvyšuje zraniteľnosť v prípade krízy.

2) Bližšie napr.: S eurom mizne povest' lacného Slovenska. Oslabovanie českej koruny, zlotého a forintu potláča mzdovú konkurenčnú výhodu Slovenska. Trend, 17. 2. 2009.
<http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/s-eurom-mizne-povest-lacneho-slovenska/158558.html>

Na začiatku roka 2009 sa dopady krízy ešte umocnili energetickým šokom (pri výpadku dodávok zemného plynu z Ruska). Treba počítať s dvojakým ekonomickým dopadom tohto šoku: Priamym dopadom je obmedzenie produkcie, obmedzenie zamestnanosti a pod. Keďže kríza bola krátkodobá (nemožno vylúčiť recidívu), sú výpadky vo veľkej miere nahraditeľné. Nepriamym dopadom je pokles investorkej atraktivity slovenskej ekonomiky v dôsledku zníženej spoľahlivosti dodávok energetických surovín. Absencia diverzifikácie energetických zdrojov sa tak premietne do významnej komparatívnej nevýhody krajiny.

I.2 VPLYV ČLENSTVA SLOVENSKA V EUROZÓNE

Členstvo Slovenska v eurozóne ovplyvní kvalitu makroekonomického prostredia:

- **Pri výkone hospodárskej politiky sa nebude dať spoľahnúť na menovú politiku.** K dispozícii zostáva fiškálna politika, ktorá sa však má prispôsobovať dohodnutým parametrom (Pakt stability a rastu).
- **Spoločná mena môže zvyšovať atraktivnosť slovenskej ekonomiky.** Členstvo v eurozóne nie je len odstránením kurzového rizika. Je aj dôkazom toho, že ekonomika splnila rad kritérií stanovených pre makroekonomickú stabilitu. Z pohľadu investora je potom slovenská ekonomika ekonomikou, ktorá preukázala svoju stabilitu a preto mohla prijať euro. V období krízy je však takýto faktor pravdepodobne druhoradý.

Relatívne silná pozícia SKK voči EUR, vyjadrená v konverznom kurze, ešte v roku 2009 môže mať antiinflačný vplyv (zlacňuje dovoz). V ďalších rokoch tento faktor vyprchá.

I.3 VPLYV POLITICKÉHO CYKLU

Makroekonomický vývoj a hospodárska politika môžu byť poznačené politickým cyklom. V roku 2009 bude prebiehať druhá polovica funkčného obdobia vlády, ktorá nastúpila v roku 2006. To môže znamenať vyostrenie konfliktu medzi vládnymi sľubmi a udržateľným ekonomickým rastom. V prvej polovici svojho funkčného obdobia sa vláda zdržala krokov, ktoré by vážne narušili stabilitu ekonomiky. Tým oddialila stret medzi svojimi deklaráciami a sľubmi na jednej strane a princípmi udržateľnosti na druhej strane.

Vlády vo svete reagujú na prebiehajúcu krízu kombináciou uvoľnenej monetárnej politiky a fiškálnou expanziou. K tomu pridávajú sprísnenú reguláciu trhov.³⁾ Táto etapa sa na Slovensku spája s druhou polovicou politického cyklu (keď je vyššie riziko uvoľnenia fiškálnej disciplíny).

Vyslovujeme obavu, že svetová hospodárska kríza bude využitá vládou na to, aby práve ona dala legitimitu uvoľneniu fiškálnej disciplíny v závere politického cyklu. Možno vysloviť pochybnosť o tom, či vláda dodrží svoj fiškálny cieľ mať v roku 2011 nulový deficit verejných financií (ale to je mimo horizontu tejto analýzy). Aj pri konštrukcii rozpočtu na rok 2009 s argumentom zmenšenia dopadov krízy zvýšila rozsah plánovaného deficitu verejných financií.

Nepriaznivá fáza ekonomického cyklu spolu s energetickou krízou (resp. s hrozbou recidívy energetickej krízy) môže napomôcť vláde presadiť neštandardné opatrenia. Je možné, že pôjde aj o také opatrenia, ktoré nebudú priamo súvisieť s prekonaním mimoriadnych nepriaznivých udalostí. Aj v priaznivejších podmienkach mala vláda R. Fica tendenciu smerovať k vyššej miere štátnej ingerencie v ekonomike.

Kombinácia druhej polovice politického cyklu, ekonomickej krízy a hrozby recidívy deficitu energií môže poskytnúť aj oprávnenú, ale aj falošnú legitimitu pre neštandardné kroky, ktoré môžu vážne deformovať ekonomické prostredie. Ľahko potom môže dochádzať k prijímaniu krokov, ktoré sa môžu zdať užitočné pri prekonávaní nepriaznivej fázy ekonomického vývoja a pritom nebudú v súlade s dlhodobějšími potrebami.

3) Hrozí prehnaná aktivita vlád v záujme dosahovania politických cieľov. Môže sa tak zablokovať samočistiaci mechanizmus trhu a niektoré deformácie tak umelo pretrvávajú. Nepriaznivá fáza hospodárskeho cyklu by mala odbúravať nezdravé prvky na trhoch. Priskoré vládne intervencie môžu tento proces obmedziť.

KAPITOLA 2: OČAKÁVANÝ VÝVOJ VYBRANÝCH MAKROEKONOMICKÝCH PARAMETROV

2.1 UKAZOVATELE VÝKONU EKONOMIKY

Už pred nástupom globálnej krízy sa všeobecne očakávalo spomalenie mimoriadne silného rastu slovenskej ekonomiky. Neobvykle vysoké hodnoty tempa rastu reálneho HDP v období 2006 až III. štvrtrok 2008 (Graf 1) sa nemohli udržať dlhodobo ani pri „bezkrízovom“ vývoji globálnej ekonomiky, lebo boli vyvolané sčasti aj dočasnými vplyvmi. Takými dočasnými vplyvmi boli vplyvy rozbehnutia výroby niekoľkých veľkých zahraničných investorov v priemysle, stavebný boom či vlna predzásobenia sa tabakovými výrobkami v závere roka 2007 (v očakávaní zmeny dane).

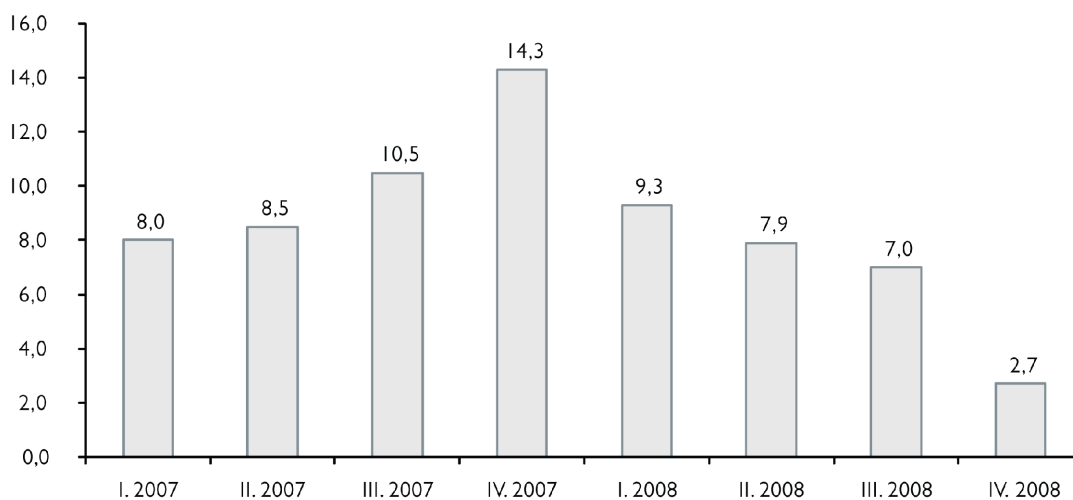
Silný rast ekonomiky v spomínanom období bol teda spoločným výsledkom dlhodobjších vplyvov (reformy z obdobia 1999 – 2005, integračné úspechy, prekonávanie technologickkej medzery medzi SR a najvyspelejšími ekonomikami

a pod.) a spomenutých dočasných javov. Vyprchanie dočasných podporných faktorov rastu ekonomiky malo podľa našich očakávaní viesť (bez efektu globálnej krízy) k spomaleniu rastu reálneho HDP na hodnoty okolo 7,5 % v roku 2008 a 6,5 % v roku 2009. Objavenie sa dopadov globálnej krízy však stlačilo tieto hodnoty podstatne nižšie.

Zo zložiek HDP sa spomalenie rastu pravdepodobne najviac dotkne exportu výrobkov a služieb. Export výrobkov a služieb tvorí až 86 % HDP (v roku 2007, počítané z bežných cien). Okrem toho klesne aj dynamika konečnej spotreby domácností (podiel 55 % na HDP). Stane sa tak v dôsledku spomalenia rastu zamestnanosti aj miezd. Dramatickému poklesu tvorby hrubého fixného kapitálu zrejme bude brániť investičná aktivita vlády (to však nezabráni spomaleniu rastu objemu tejto položky).

Vláda do obdobia prípravy tohto textu prijala tri súbory protikrízových opatrení (bližšie v **Rámčekoch 1 a 2**).

Graf 1: Medziročný reálny HDP (v %) po štvrtrokoch: dôkaz spomaľovania rastu od začiatku roka 2008



Poznámka: údaj z posledného štvrtroka 2008 podľa tzv. rýchleho odhadu Štatistického úradu SR
Zdroj: Štatistický úrad SR

Rámček I: Zhodnotenie vládných balíčkov protikrízových opatrení (A)

Vláda začiatkom novembra 2008 prijala prvý súbor opatrení zameraný na zmiernenie dopadov globálnej finančnej krízy. Pôsobí však ako korigované programové vyhlásenie vlády.

Vo veľkej miere ide o opatrenia, ktoré nesúvisia s odstraňovaním dopadov krízy. Sú všeobecné, nadčasové, mali by sa realizovať dlhodobo a bez ohľadu na ekonomický cyklus. Ide o opatrenia ako podpora inovácií, zlepšenie čerpania eurofondov, odbúravanie byrokratickej záťaže či o skupinu opatrení orientovaných na zníženie energetickej náročnosti. Protikrízový balíček venuje neadekvátne veľkú pozornosť energetike, miestami pôsobí ako energetická koncepcia.

Oceniť možno opatrenia vedúce k tvorbe jediného kontaktného miesta pre styk podnikov so štátnou administratívou. Tiež však ide o proces, ktorý má byť aktuálny vždy, nielen pri hrozbe ekonomickej krízy. Ide o krok vedúci k trvale atraktívnemu podnikateľskému prostrediu.

Niektoré opatrenia však skutočne majú protikrízový prvok. Ide napr. o opatrenia zamerané na nahradenie zamrznutých finančných tokov. Dve štátom vlastnené špeciálne bankové inštitúcie majú svojou zvýšenou aktivitou čiastočne kompenzovať dôsledky zvýšenej opatrnosti komerčných bánk. Má sa tým brániť vysychaniu úverových tokov hlavne pre stredné a menšie firmy. Sila týchto štátom vlastnených bankových inštitúcií však nemôže nahradiť bankový sektor. Medzi typické antikrízové opatrenia (hlavne v duchu intervencionistickej hospodárskej politiky) možno zaradiť aj podporu budovania infraštruktúry. Posilnenie budovania infraštruktúry je typickým nástrojom, ktorý vlády môžu použiť na zmiernenie krízy (hoci moderná hospodárska politika vníma budovanie infraštruktúry ako permanentnú úlohu verejného sektora v záujme dlhodobého rozvoja a nie ako protikrízový nástroj).

Vláda namierila na podniky a banky niekoľko výziev. Na ich plnenie však nemá vláda dobrý dosah. Záleží na rozhodnutí podnikov či bánk, do akej miery si osvoja vládnu výzvu. Vláda napr. vyzvala sociálnych partnerov, aby zohľadňovali očakávaný rast produktivity a cien. Pritom tieto parametre by zamestnávateľa a zamestnanci pri svojom vyjednávaní mali brať do úvahy bez akejkoľvek vládnej výzvy. Vláda ďalej vyzýva všetky podnikateľské subjekty, „aby zohľadnili očakávaný klesajúci cenový a ekonomický vývoj a prispôbili mu adekvátne svoje cenové politiky“. Tu ide o bezobsažnú výzvu, ktorú si môže každý podnikateľ interpretovať po svojom (alebo ju aj ignorovať). Vláda ešte vyzýva komerčný bankový sektor, aby zväzil vlastné možnosti financovania podnikateľskej sféry SR s cieľom zachovať plynulosť pri poskytovaní prevádzkových a investičných úverov s osobitným zreteľom pre malých a stredných podnikateľov. Tiež je to na rozhodnutí bánk, tie uprednostnia svoju politiku pred vládnym práním.

V protikrízovom balíčku je niekoľko opatrení, ktoré vyvolávajú podozrenie, že vláda využije krízu na presadenie niektorých kontroverzných krokov. Tieto kroky realizovať asi chcela, ale nemala dostatočné argumenty na ich presadenie. Ekonomická kríza je teraz pomocným argumentom poskytujúcim náhradnú legitimitu niektorým opatreniam. Takýmto kontroverzným opatrením je posilnenie cenovej regulácie či selektívna podpora cestovného ruchu.

Vláda do balíčka preniesla aj to, čo chcela presadiť už aj v minulosti. Dokument je síce podávaný ako balíček aktuálnych opatrení, ale je to vo veľkej miere zbierka cieľov a princípov opísaných zo starších dokumentov vlády.

Rámček 2: Zhodnotenie vládných balíčkov protikrízových opatrení (B)

Po skôr symbolickom prvom zozname opatrení z novembra 2008 prijala vláda začiatkom februára 2009 ďalšie dva „balíčky“ opatrení. Sú podstatne konkrétnejšie a odrážajú vyšší stupeň aktivity vlády (a aktivitu novej Rady pre hospodársku krízu). Jeden z dvoch balíčkov bol zameraný na zmiernenie dopadov krízy na zamestnanosť, druhý mal podporiť ekonomický rast. Pravda, účinky nemožno takto striktno oddeliť, podpora rastu je aj podporou zamestnanosti a naopak.

Súbor opatrení na podporu zamestnanosti ponúkol rad stimulov na zamestnávanie napríklad v podobe:

- Podpory sociálnych podnikov. Má ísť o pomoc obciam, ktoré sú schopné vytvárať pracovné príležitosti na miestnej úrovni prostredníctvom tzv. sociálnych podnikov.
- Podpory zamestnávateľov, ktorí neprepúšťajú napriek prevádzkovým problémom. Takýmto zamestnávateľom má štát prispieť na úhradu odvodov za zamestnancov.
- Príspevkov uľahčujúcich medziregionálnu mobilitu.
- Príspevkov pre nezamestnaných, ktorí začnú vykonávať samostatnú zárobkovú činnosť.
- Príspevkov na tvorbu pracovných miest.

Účinnosť týchto nástrojov je časovo obmedzená do konca roka 2010. Podľa ministerstva práce by tento súbor opatrení mal zasiahnuť 63 tisíc pracovných miest v roku 2009 (a rovnaký počet v roku 2010) a to tak, že tieto miesta alebo vytvorí, alebo udrží. Vynaložené prostriedky by mali dosiahnuť takmer 133 milióna eur (4 mld. Sk).

Súbor opatrení na povzbudenie výkonu ekonomiky má široký záber: siaha od nástrojov na odbúranie administratívnej záťaže podnikania cez nástroje na zvýšenie kúpnej sily značnej časti obyvateľstva až po verejné investície. Tieto opatrenia zaťažia v roku 2009 verejné financie sumou približne 200 miliónov eur. Ide zhruba o dve desiatky opatrení, ktoré majú podporiť domácu spotrebu a investície. Tie by mali aspoň čiastočne kompenzovať očakávaný výpadok vonkajšieho dopytu a dať ekonomike rastový stimul. Vláda chce podporiť rast ekonomiky napríklad:

- Výstavbou viacerých úsekov diaľnic prostredníctvom projektov verejno-súkromného partnerstva (PPP projekty), ktoré by sa mali reálne naštartovať do polovice roka.
- Zvýšením nezdaniteľnej časti základu dane a tzv. zamestnaneckej prémie (čo je záporná daň pre zamestnancov s nízkymi príjmami). Má to podobný efekt ako pokles sadzby dane z príjmu: zvyšuje sa kúpna sila obyvateľov aj ich motivácia k ekonomickej aktivite.
- Skrátením lehoty na vrátenie nadmerných odpočtov DPH. To by pomohlo finančným tokom v podnikoch.
- Obmedzením administratívnej náročnosti podnikania.
- Posilnením úverovej kapacity mikropôžičkového programu. Ide o pomoc malým podnikom, začínajúcim podnikateľom. Pre nich vláda pripravila aj novú koncepciu tzv. inkubátorovej starostlivosti (pre inovatívne malé podniky).
- Novými pravidlami pre poskytovanie investičných stimulov. Ide hlavne o pomoc už etablovaným investorom. Stimuly majú byť ľahšie prístupné, s lepšími šancami aj pre menšie podniky.

(pokračovanie na nasledujúcej strane)

Rámček 2: Zhodnotenie vládných balíčkov protikrizových opatrení (B)*(dokončenie z predchádzajúcej strany)*

Časť týchto opatrení pôsobí progresívne, musel však prísť tlak krízy, aby ich vláda implementovala. Výšku deficitu verejných financií chce vláda „držať pod kontrolou“ napriek prijímaným opatreniam na zmiernenie dopadov krízy. „Držanie pod kontrolou“ však nie je dosť exaktný výraz, dá sa interpretovať rôzne. Kabinet na jednotlivé opatrenia zatiaľ (február 2009) vyčlenil 332 mil. eur (10 mld Sk) na úkor vlastnej spotreby. Podľa vlády sa prijímané opatrenia financujú z tejto sumy, pričom zatiaľ nedochádza k navyšovaniu deficitu.

Nemožno však vylúčiť, že vznikne potreba dopĺňať zoznam vládných opatrení. To nutne vyvolá tlak na ďalšie úspory alebo na zvyšovanie deficitu. Je totiž pravdepodobné, že sa doterajší súbor vládných opatrení ukáže ako slabá náhrada za výpadok vonkajšieho dopytu po slovenskej produkcii. A vláda bude formulovať dodatočné balíčky. Obzvlášť vláda, ktorá sa doteraz snažila pôsobiť ako paternalistický ochranca pred dopadmi krízy. Tým na seba vzala mimoriadne veľké, zrejme nezvládnuteľné bremeno.

Súbory vládných opatrení sotva dokážu účinne brániť ekonomiku pred dopadmi krízy, najmä ak ide o mimoriadne otvorenú ekonomiku závislú od vonkajšieho dopytu. Preto očakávame, že vládne súbory opatrení skôr zmiernia sociálnu ťarchu krízy, ale nebudú mať významnejší oživujúci účinok na ekonomiku. Oživenie rastu slovenskej ekonomiky bude závislé od prekónania dolného bodu obratu v hospodárskom cykle globálnej ekonomiky. Potom však vzhľadom na vyššie spomínaný charakter slovenskej produkcie môže byť toto oživenie rýchle.

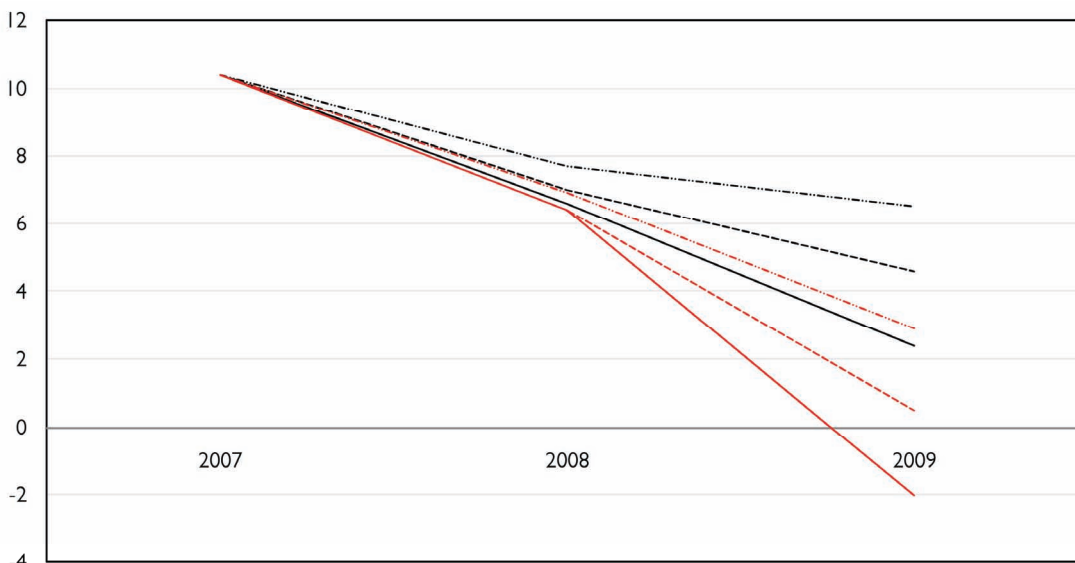
Neobvyklú mieru neistoty pritom odráža veľký rozptyl hodnôt v makroekonomických predikciách rôznych inštitúcií (Tabuľka 6). Na začiatku roka 2009 sa rozptyl predsa len znižuje a nastáva konsenzus – ten však odráža oproti predchádzajúcim prognózam nižšie čísla. Prognózované tempá reálneho rastu HDP (v prognózach komerčných bánk sprostredkovaných NBS) na rok 2009 sa v novembri 2008 pohybovali v intervale 3,0 % – 5,5 %, čo je neobvykle široký interval. V decembri sa tento interval zúžil na 3,0 % – 4,7 % a v januári už na 2,5 % – 4,1 %.

Tabuľka 6: Rozptyl hodnôt v prognózach komerčných bánk: prejav zvýšenej neistoty

	Skutočnosť 2007	Odhad 2008	Prognóza na 2009	
		(január 2009)	(november 2008)	(január 2009)
Tempo reálneho rastu HDP v %	10,4	6,7 – 7,0	3,0 – 5,5	2,5 – 4,1
Tempo nominálneho rastu HDP	11,6	10,3 – 11,2	6,4 – 8,9	5,3 – 7,2
Miera medzoročného rastu spotrebiteľských cien (CPI) v % – koncoročná miera inflácie	3,4	4,4s	3,0 – 4,4	2,6 – 4,2
Koncoročná miera inflácie podľa	2,5	3,5s	3,1 – 4,2	2,0 – 3,5

Poznámka: s – skutočnosť

Zdroj: Štatistický úrad SR a NBS (Makroekonomické predikcie vybraných bánk)

Graf 2: Prognózované tempo reálneho rastu HDP (%)**Prognóza MF SR**

- pred prejavmi krízy (12. 9. 2008)
- po prejavení sa krízy (31. 10. 2008)
- po prejavení sa krízy (5. 2. 2009)

Prognóza HPI

- v scenári väčšej odolnosti voči kríze (13. 12. 2009)
- v scenári minimálneho rastu (23. 2. 2009)
- v scenári depresie (23. 2. 2009)

Poznámky:

Prognóza MF SR pred prejavmi krízy: ide o prognózu IFP pri MF SR zo dňa 12. 9. 2008

Prognóza MF SR po prejavení sa krízy: ide o prognózy IFP pri MF SR zo dňa 31. 10. 2008 a 5. 2. 2009

Zdroj: Inštitút finančnej politiky a Health Policy Institute

Zmena očakávaní týkajúcich sa tempa reálneho rastu HDP sa dobre odráža pri porovnaní prognózy MF SR⁴⁾ pred prejavením sa globálnej krízy a po jej prejavení (Graf 2). Centrálné authority (MF SR aj NBS) boli spočiatku veľmi opatrné pri korekcii prognózy rastu HDP. Hodnoty tempa rastu nad 4 %, aké sa ešte na konci roka 2008 objavovala v prognóze MF SR aj NBS, by za

iných okolností mohli byť vnímané ako atraktívne hodnoty a nie ako prejav výrazného spomalenia rastu.⁵⁾ Ešte aj prognózu MF SR z 5. 2. 2009, v ktorej sa počíta s rastom HDP o 2,4 % pri raste zamestnanosti o 0,1 % vnímaťme ako riskantne optimistickú. S podobnými údajmi počítame iba v našom najpriaznivejšom scenári (pozri ďalej).

4) Prognózu MF SR tu uvádzame (spolu s prognózou HPI) jednak kvôli autorite MF SR, ale aj kvôli tomu, že samotná prognóza MF SR je tvorená v spolupráci s radom špecializovaných inštitúcií (zastúpených vo Výbore pre makroekonomické prognózovanie).

5) MF SR ešte v decembri upozorňovalo, že aj znížené tempo rastu je stále relatívne vysoké: „V mimoriadnej aktualizácii makroekonomickej prognózy znížilo MF SR odhady rastov HDP na najbližšie obdobie, a to v dôsledku globálnej finančnej krízy. Aj napriek tomuto zníženiu však bude slovenská ekonomika rásť najrýchlejším tempom v Európskej únii (podľa prognózy EK), keďže k spomaleniu rastu dochádza aj v iných krajinách, a to v väčšej miere ako v SR“. (Výňatok z komentára IFP: Napriek očakávanému spomaleniu porastie slovenská ekonomika najrýchlejšie v únii, IFP, 10. 12. 2008)

V scenári väčšej odolnosti voči kríze stanovujeme tempo reálneho rastu HDP v roku 2009 na úrovni 2,9 %. Scenár minimálneho rastu počíta s výrazne nižším tempom rastu HDP, na úrovni len 0,5 %. A scenár depresie je spojený s poklesom reálneho HDP o 2 %.

Prognóza HPI je v scenári väčšej odolnosti voči kríze trochu priaznivejšia ako prognóza MF SR (pracujeme s prognózou MF SR z 5.2. 2009). Scenár väčšej odolnosti voči kríze považujeme pritom za najmenej pravdepodobný. Vznikol zo všetkých scenárov najskôr a čiastočne ešte odráža očakávania z konca roka 2008, podľa ktorých kríza nedopadne na slovenskú ekonomiku s plnou intenzitou. Zámerne ho v tejto analýze ponechávame, ale upozorňujeme na nárast pravdepodobnosti uskutočnenia menej priaznivých scenárov. Predpokladáme, že reálny vývoj sa odohrá v imaginárnom koridore medzi scenárom minimálneho rastu a scenárom depresie. V tomto očakávaní nás utvrdzujú údaje z tzv. rýchleho odhadu HDP v poslednom štvrtroku 2008 (spomalenie až na nečakaných 2,7 %, pri priemernom raste 8 % v prvých troch štvrtrokoch), nepriaznivé údaje z Indikátora ekonomického sentimentu (publikuje Štatistický úrad SR), priam dramatický vývoj indikátora OECD Composite Leading Indicator⁶⁾ a aj priznanie odbytových problémov automobiliek v SR, ktoré tvoria oporu priemyslu. Prognóza HPI v oboch menej priaznivých scenároch je zámerne výrazne pesimistickejšia v porovnaní s prognózou MF SR (alebo prognózami väčšiny komerčných bánk).

Rast ekonomiky sa teda výrazne spomalí v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi. Hodnota tempa rastu bola v uplynulých rokoch taká extrémne vysoká (hlavne v roku 2007), že hrozí riziko určitého „optického klamu“: Prognózované hodnoty tempa rastu reálneho HDP sa zdajú byť veľmi nízke aj kvôli veľmi vysokým hodnotám z uplynulých rokov. Pritom prognóza MF SR (na úrovni 2,4 %), prognóza komerčných bánk

(3,2 % v januári 2009) ani prognóza HPI v scenári väčšej odolnosti voči kríze (2,9 %) neprinášajú čísla, ktoré by boli dramaticky nízke. Vo vyspelých ekonomikách EÚ by takéto hodnoty boli stále vnímané ako prejav solídneho ekonomického rastu. V krajinách strednej a východnej Európy sú takéto hodnoty vnímané ako málo atraktívne, keďže tieto ekonomiky sú schopné generovať silnejší rast. Každopádne ide o hodnoty, ktoré neznamenajú depresiu ani stagnáciu.

Aj preto v prognóze pracujeme aj so scenármi minimálneho rastu a depresie. Tieto scenáre zámerne volia hodnotu tempa rastu HDP, ktorá je podstatne nižšia ako sú hodnoty v prognózach MF SR či NBS. Vyslovujeme predpoklad, že dosiahnutie akéhokoľvek kladného čísla pri tempe rastu HDP už bude úspechom. Napriek zjavne pesimistickejším číslam v porovnaní s prognózami MF SR či NBS nejde podľa nášho presvedčenia o nerealistické hodnoty. Vyššia intenzita pôsobenia komplikujúcich faktorov uvedených v časti 2.1 môže ľahko spôsobiť realizáciu takýchto scenárov. Ak uvažujeme aj s takýmito scenármi, možno preskúšať odolnosť systému financovania zdravotníctva voči výraznejším výkyvom v makroekonomických parametroch.

Treba mať na pamäti, že tento odhad tempa ekonomického rastu vznikol v čase, keď bola značná neistota ohľadne intenzity nadchádzajúcej celosvetovej krízy. Preto treba tieto prognózy vnímať s vyššou mierou tolerancie než je obvyklé za iných podmienok.

6) Ide o zložený indikátor odrážajúci očakávania v ekonomike. Na mesačnej báze ho publikuje OECD a vypovedá o tom, čo možno očakávať v horizonte cca pol roka.

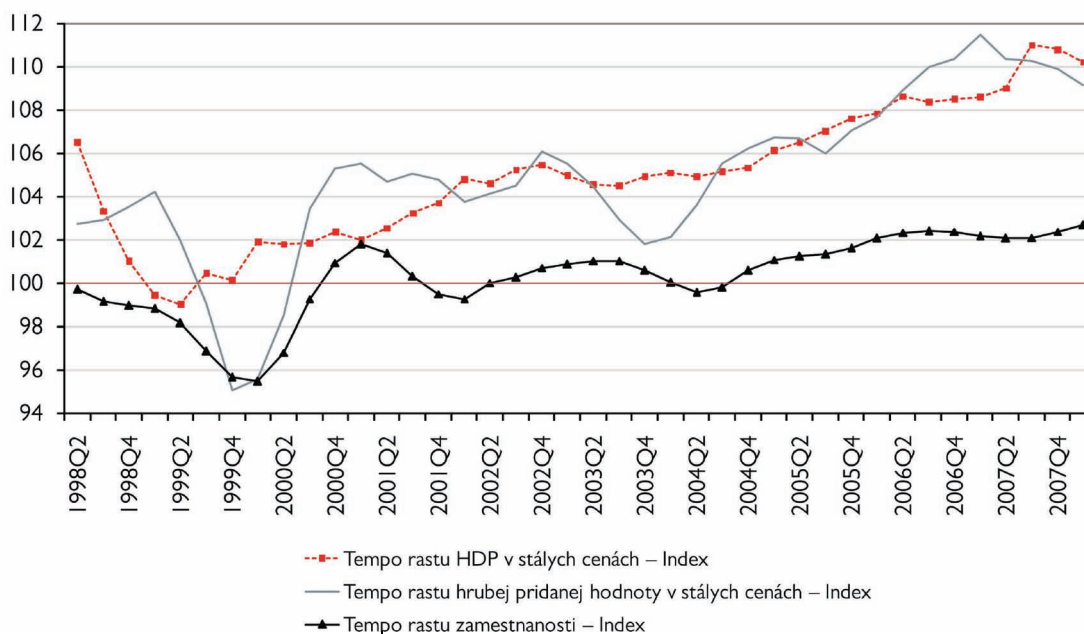
2.2 UKAZOVATELE TRHU PRÁCE

Zmene výkonu ekonomiky sme sa venovali relatívne obšírne kvôli tomu, že sa od nej odvíja zmena vo vývoji väčšiny makroekonomických parametrov. Podstatne znížený výkon ekonomiky znamená aj skomplikovanie vývoja na trhu práce. Na odhad vývoja príjmov zdravotníctva je rozhodujúci odhad vývoja zamestnanosti a miezd.

Vzťah medzi rastom HDP a vývojom zamestnanosti v slovenskej ekonomike nie je ľahko čitateľný, napriek tomu ho nemožno poprieť. Hrubý domáci produkt je ukazovateľ konštruovaný na báze pridanej hodnoty. Jeho rozhodujúca zložka, ktorou je hrubá pridaná hodnota, má lepšie čitateľnú súvislosť s dynamikou zamestnanosti ako celkový HDP (Graf 3).

Koeficient korelácie medzi dynamikou HDP a dynamikou zamestnanosti za obdobie znázornené v Grafe 3 má hodnotu 0,77 a koeficient korelácie medzi dynamikou hrubej pridanej hodnoty a dynamikou zamestnanosti dosiahol až 0,92.⁷⁾ Objem HDP je totiž ovplyvnený aj objemom čistých nepriamych daní, ktorý nemá jasný vzťah k vývoju zamestnanosti. Predpokladáme však, že v roku 2009 sa výrazne spomalí práve tvorba hrubej pridanej hodnoty, ktorá má silnejší vzťah k vývoju zamestnanosti. Určitá skúsenosť ohľadne vzťahu hrubej pridanej hodnoty a zamestnanosti vyplýva z obdobia oslabenia ekonomického rastu v rokoch 1999 a 2000, v menšej miere aj v období 2003 – 2. štvrtrok 2004 (tiež v Grafe 3).

Graf 3: Tempo medziročného rastu HDP, hrubej pridanej hodnoty a zamestnanosti (vyrovňované kľzavým priemerom za tri obdobia)



Zdroj: Vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR

7) Kvôli zmierneniu efektov krátkodobých výkyvov sú časové rady menovaných ukazovateľov vyrovňované kľzavým priemerom za tri obdobia.

Na základe týchto skúseností možno pripustiť, že oslabenie rastu zamestnanosti príde s časovým oneskorením po oslabení rastu pridanej hodnoty (sčasti je to spôsobené legislatívnym rámcom trhu práce). Takisto môže oživenie rastu zamestnanosti mierne meškať za oživením rastu pridanej hodnoty. Tempo rastu zamestnanosti je menej volatilné ako ukazovatele produkcie (menšie výkyvy v tempe rastu produkcie majú len nenápadný alebo žiadny odraz v tempe rastu zamestnanosti, amplitúdy výkyvov zamestnanosti sú menšie).

Vývoj zamestnanosti v uplynulých rokoch možno hodnotiť ako priaznivý. V období od roku 2005 do tretieho štvrťroka 2008 (to je posledný známy údaj v čase tvorby tohto textu) zamestnanosť dosahovala relatívne vysoké tempá rastu. Počet pracujúcich (zamestnanci a SZČO spolu) sa v päťročnom období (2003 až 2008) zvýšil takmer o 260 tisíc. Je to dôsledok silného ekonomického rastu (ktorý pretrvával už viac rokov a kulminoval v roku 2007 na hodnote až 10,4 %).

Rastu počtu pracujúcich napomohol prílev zahraničných investícií a reformná politika z obdobia 1999 – 2005, ktorá zatriktívnila podnikateľské prostredie. V rámci celkovej zamestnanosti (t.j. celkového počtu pracujúcich) však tempo rastu počtu zamestnancov zaostávalo za tempom rastu počtu samostatne zárobkovo činných osôb. Od októbra 2008 badať na trhu práce prvé prejavy blížiacej sa recesie. Tendencia poklesu miery nezamestnanosti, ktorá je prítomná od roku 2002, sa veľmi pravdepodobne naruší. Po veľmi priaznivých údajoch o trhu práce (od roku 2006 do tretieho štvrťroka 2008) je potrebné počítať s výraznejším oslabením rastu zamestnanosti aj s oslabením tempa rastu priemernej mzdy (konkrétne údaje v [Tabuľke 7](#)).

Na účely odhadu zdrojov zdravotníctva je vhodné z celkového počtu pracujúcich (2 357,3 tis. v roku 2007) separovať zamestnancov pôsobiacich v domácej ekonomike. K tomu využijeme údaj o počte zamestnancov podľa metódy ESA 95. Takýchto zamestnancov v roku 2007 bolo 1 890,5 tisíc.

Aj v roku 2008 pretrvával (podľa údajov za tri štvrťroky) výrazný predstih rastu počtu podnikateľov pred rastom počtu zamestnancov. Trend predstihu rastu počtu SZČO pred rastom počtu zamestnancov očakávame aj v budúcom období (hoci v miernejšej podobe). Dôvodom je aj absencia odvodovej neutrality, ktorá znevýhodňuje závislú prácu a zvýhodňuje samostatnú zárobkovú činnosť.

Po odhadovanom približne dvojpercentnom raste počtu zamestnancov (ESA 95) v roku 2008 očakávame v roku 2009 pokles počtu zamestnancov vo všetkých troch scenároch. Veľmi mierny pokles počtu zamestnancov (-0,2 %) je prítomný v scenári väčšej odolnosti voči kríze, výraznejší je pokles počtu zamestnancov (-1,6 %) v scenári minimálneho rastu a v scenári depresie ide o priam dramatický pokles zamestnanosti (-4,6 %).

Predpokladáme, že medziročná zmena počtu SZČO bude priaznivejšia. Prispievajú k tomu substitúcie závislej práce samostatnou zárobkovou činnosťou (a to veľmi výrazne práve v najpesimistickejšom scenári). Celkový počet pracujúcich (zamestnanci plus SZČO) by tak mal v najpriaznivejšom scenári stagnovať pri nulovej medziročnej zmene, v scenári minimálneho rastu by mal klesnúť o 1,5 % a v scenári depresie až o 3,5 %. Hodnota z najpriaznivejšieho scenára (nulová zmena) je blízka predikcii MF SR, v ktorej je medziročná zmena odhadnutá na 0,1 %.

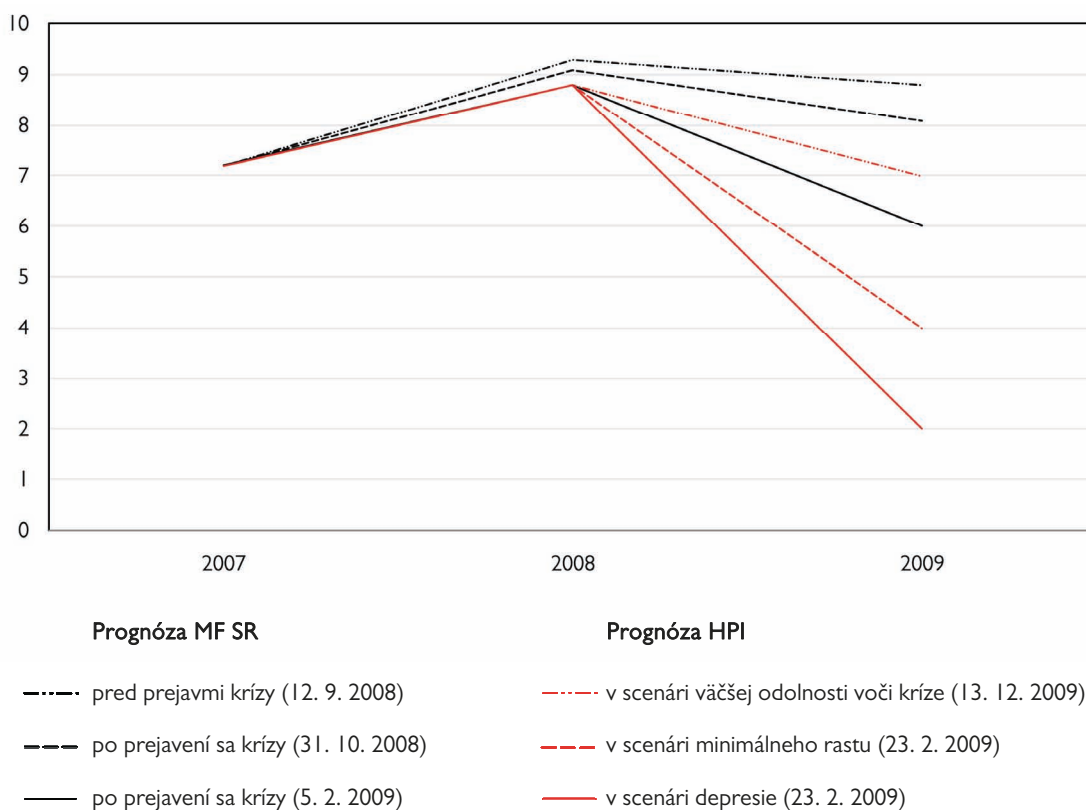
2.3 MZDY

Podľa údajov ŠÚ SR priemerná nominálna mesačná mzda zamestnanca v hospodárstve SR dosiahla v roku 2007 úroveň 20 146 Sk. Pozoruhodný je rast priemernej mzdy práve v odvetví zdravotníctva a sociálnej pomoci (Rámček 3). Na základe predbežných dát za rok 2008 predpokladáme relatívne silný, 8,8%-ný rast priemernej nominálnej mzdy v hospodárstve. Prognózované tempo rastu priemernej mzdy pre rok 2009 je vo všetkých scenároch nižšie ako v roku 2008, a v scenári depresie je nižšie aj ako odhadovaný rast cenovej hladiny (Tabuľka 7).

Na pokles tempa rastu nominálnych miezd bude v roku 2009 pôsobiť:

- pokles dopytu po pracovnej sile,
- relatívne nízka miera inflácie (nízka na dlhodobé pomery slovenskej ekonomiky),
- neistota ohľadne budúceho vývoja, ktorá aj zamestnancov povedie k preferencii udržania zamestnania pred zvyšovaním mzdových nárokov,
- relatívne vysoké tempo rastu miezd minimálne v prvých troch štvrtrokoch 2008, čo robí vysokú porovnávaciu základňu pre ďalší rok.

Graf 4: Prognóza medziročného rastu priemernej nominálnej mzdy (v %)



Poznámky:

Prognóza MF SR pred prejavmi krízy: ide o prognózu IFP pri MF SR zo dňa 12. 9. 2008

Prognóza MF SR po prejavení sa krízy: ide o prognózy IFP pri MF SR zo dňa 31. 10. 2008 a 5. 2. 2009

Zdroj: Inštitút finančnej politiky a Health Policy Institute, 2009

Proti výraznejšiemu spomaleniu rastu miezd budú pôsobiť tieto faktory:

- Narastajúca vzácnosť využiteľnej pracovnej sily. V strednodobom horizonte už slovenská ekonomika nebude disponovať veľkými zdrojmi (hlavne kvalifikovanej) voľnej pracovnej sily. Vyplýva to z demografických prognóz. To pravdepodobne už v súčasnosti povedie k väčšej vzácnosti tohto segmentu pracovnej sily. A to aj napriek dočasne zvýšenej miere nezamestnanosti.
- Značná zotrvačnosť vo vývoji miezd.
- Štatistický paradox: ak sa strata zamestnania dotkne v prvom rade menej kvalifikovaných pracovníkov s podpriemernými mzdami, tak sa z výpočtu priemernej mzdy odstráni časť nízkych miezd. Priemerná hodnota potom narastá.

Značný podiel zamestnancov verejnej správy na celkovom počte zamestnancov. V roku 2007 bol podiel zamestnancov verejnej správy na celkovom počte zamestnancov na úrovni 32,7 %. Ak má približne tretina zamestnancov

garantovanú korekciu mzdy (z rozpočtov verejnej správy nevyplývajú mzdové reštrikcie), tak sa tým priaznivo ovplyvňuje vývoj priemernej mzdy za celú ekonomiku.

V scenári väčšej odolnosti voči kríze odhadujeme tempo rastu priemernej nominálnej mzdy na 7 %, scenár minimálneho rastu pracuje s hodnotou 4 % a scenár depresie s hodnotou 2 %. Februárová prognóza MF SR uvádza hodnotu 6 %, ktorá je bližšie k hodnote z najpriaznivejšieho scenára HPI (Graf 4).

V **Tabuľke 7** sú zhrnuté základné makroekonomické parametre troch scenárov. Tieto parametre vstupujú do predikcie príjmov zdravotníctva. Tu opätovne pripomínáme, že za najpravdepodobnejšiu považujeme trajektóriu vývoja v priestore medzi scenárom minimálneho rastu a scenárom depresie. Žiaden zo scenárov však zatiaľ nemožno s istotou považovať za nereálny.

Tabuľka 7: Prognóza vybraných makroekonomických parametrov

	2008 _o	2009 _p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Objem HDP v mld. EUR, bežné ceny	68,4	68,0	69,7	71,5
Tempo reálneho rastu HDP v %	6,4	-2,0	0,5	2,9
Tempo rastu nominálnej priemernej mzdy v %	9,0	2,0	4,0	7,0
Medziročná zmena počtu zamestnancov (ESA 95) v %	2,0	-4,6	-1,6	-0,2
Tempo rastu počtu SZČO v %	7,0	3,0	0,5	1,0
Priemerná miera inflácie (CPI), v %	4,6 _s	3,6	3,7	3,8

Poznámky: o – odhad, p – prognóza, s – skutočnosť,

Zdroj: Štatistický úrad SR, prognóza Health Policy Institute, 2009

Rámček 3: Významný nárast priemernej mzdy v odvetví zdravotníctvo a sociálna pomoc

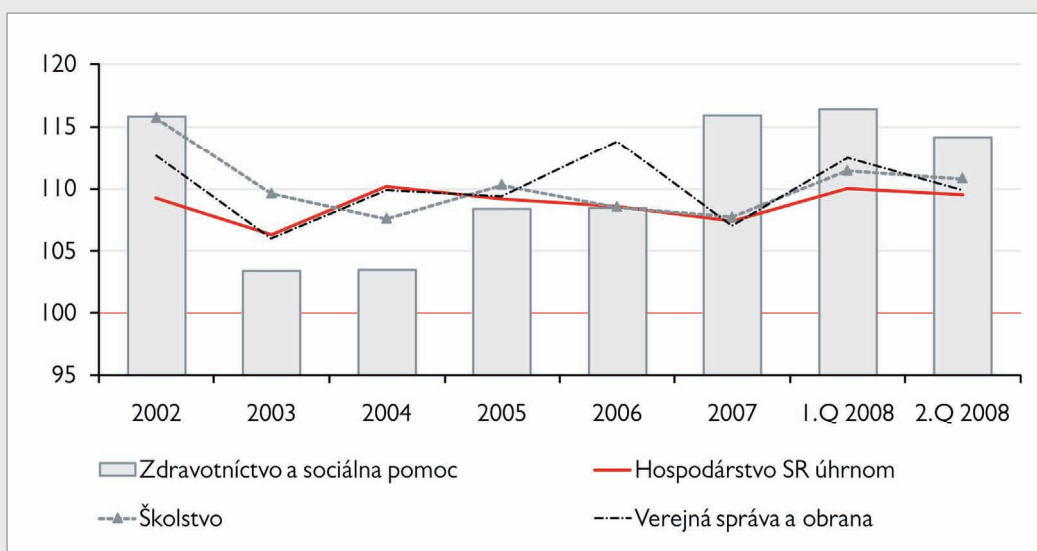
V rokoch 2007 a 2008 vzrástla priemerná mzda v odvetví zdravotníctvo a sociálna pomoc podstatne výraznejšie ako v predchádzajúcich rokoch. V **Grafe 5** porovnávame tempo rastu miezd v zdravotníctve s rastom miezd v iných odvetviach tzv. netrhových služieb (v ktorých je značná ingerencia štátu).

Tempo rastu priemernej nominálnej mzdy v odvetví zdravotníctva bolo v roku 2007 a v prvom polroku 2008 výrazne vyššie než tempo rastu priemernej mzdy za celé hospodárstvo alebo za ostatné odvetvia tzv. netrhových služieb (kam patrí aj zdravotníctvo a sociálna pomoc).

V iných odvetviach, ktoré pracujú na komerčných princípoch v menej regulovanom prostredí, možno rast miezd bez problémov konfrontovať s vývojom výkonu či produktivity. V odvetví zdravotníctva je takáto konfrontácia problémová. Nemožno tu operovať s indikátormi ako tržby, výroba či pridaná hodnota. Ako substitút týchto ukazovateľov tu použijeme tempo rastu evidencie uznávaných výkonov (16,1 % v roku 2007, podľa ÚDZS).

Ak túto hodnotu delíme tempom rastu pracujúcich v odvetví (8,1 % podľa metodiky ESA 95), získavame odhadovaný rast produktivity práce o 7,4 %. To je podstatne nižšia hodnota než tempo rastu priemernej mzdy v tom istom roku (15,9 %). Pretrvanie takejto disproporcie nie je v súlade s princípmi udržateľného rozvoja. Takéto kvantifikácie v odvetví zdravotníctva však treba vnímať ako orientačné kvôli inej výpovednej hodnote ukazovateľov ako v neregulovaných odvetviach (navyše v štatistických výkazoch sa spája zdravotníctvo so sociálnou pomocou, čo tiež ovplyvňuje výpovednú hodnotu).

Graf 5: Index rastu priemernej nominálnej mzdy vo vybraných odvetviach (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR, 2009

KAPITOLA 3: PRÍJMY A VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

3.1 PRÍJMY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podstatná časť zdrojov zdravotných poisťovní pochádza z odvodov. Rozhodujúce je preto odhadnúť vývoj príjmov (hlavne miezd) a vývoj počtu poberateľov týchto príjmov (ako aj počet osôb, za ktoré platí štát).

Zdroje zdravotných poisťovní sú tvorené:

1. odvodmi zamestnávateľov a zamestnancov,
2. odvodmi od samostatne zárobkovo činných osôb,
3. odvodmi od samoplatiteľov,
4. odvodmi štátu za definovaný okruh osôb,
5. ostatnými príjmami.

Prognóza počtu poistencov vychádza z prognózy počtu obyvateľov (jej zdrojom je Infostat). Od počtu obyvateľov je nutné odpočítať počet osôb pracujúcich a poistených v zahraničí (pripomíname tu smernice EÚ, podľa ktorých sú pracujúce osoby poistencami v tej krajine, v ktorej pracujú). Počet osôb pracujúcich

a poistených mimo SR mal v uplynulých rokoch vzrastajúcu tendenciu. Tá sa pravdepodobne zmení v dôsledku nepriaznivého vývoja v ekonomike EÚ. Predpokladáme návrat predovšetkým tých pracujúcich, ktorí pracovali v susedných krajinách. Iným dôvodom návratu môže byť zmiernenie príjmovej diferencie medzi SR a vyspelejšími ekonomikami (tomu napomohlo posilňovanie slovenskej meny v uplynulých rokoch a relatívne silný konverzný kurz SKK/EUR). Odhadujeme, že v roku 2009 v scenári väčšej odolnosti voči kríze klesne počet obyvateľov poistených mimo SR o 20 tisíc (v porovnaní s predchádzajúcim rokom), v oboch nepriaznivejších scenároch klesne tento počet až o 50 tisíc.

Dôležitou zmenou v štruktúre poistencov v roku 2009 bude pokles počtu zamestnancov a nárast počtu osôb, za ktoré platí poistné štát. Je to spoločný dôsledok stagnácie až poklesu zamestnanosti v SR (záleží na scenári) a návratu časti osôb pracujúcich a poistených v zahraničí. Tento posun vyvolá zvýšenie tlaku na verejné financie.

Tabuľka 8: Vývoj počtu poistencov v jednotlivých kategóriách (tis.)

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Počet obyvateľov	5 393	5 397	5 397	5 397
Počet obyvateľov poistených mimo SR	118	68	68	98
Počet poistencov, z toho:	5 275	5 329	5 329	5 299
a) zamestnanci (podľa ESA 95)	1 929	1 840	1 898	1 926
b) SZČO	325	335	327	329
c) samoplatitelia	109	100	100	103
d) osoby, za ktoré platí poistné štát	2 912	3054	3 004	2 942

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, Infostat, 2009

Schéma 1: Prognózovanie výnosov zdravotných poisťovní v roku 2009

I. krok: určenie počtu poistencov v kategóriách	2. krok: kľúčová zložka ovplyvňujúca vymeriavací základ	3. krok: korekčný faktor ovplyvňujúci mieru transformácie	4. krok: poistná sadzba
Zamestnanci	priemerná nominálna mzda	úspešnosť výberu a faktor „horného limitu“	14,0 % ⁸⁾
SZČO	vymeriavací základ, ktorý je ovplyvnený minimálnou mzdou	úspešnosť výberu	14,0 %
Samoplatitelia	priemerná nominálna mzda v národnom hospodárstve spred 2 rokov	úspešnosť výberu	4,0 %
Poistenci štátu	priemerná nominálna mzda v národnom hospodárstve spred 2 rokov	nie je	4,9 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Model prognózovania zdrojov zdravotných poisťovní na rok 2009 znázorňuje Schéma 1. Prvým krokom je určenie počtu osôb v jednotlivých kategóriách poistencov. Druhým krokom je definovanie kľúčovej zložky ovplyvňujúcej vymeriavací základ a výpočet vymeriavacieho základu (mzda, príjem SZČO). V treťom kroku je ako korekčný faktor zohľadnená úspešnosť výberu a faktor „horného limitu“.⁹⁾ Štvrtým krokom je priradenie poistnej sadzby.

3.1.1 Odvody za zamestnancov

Objem tohto zdroja príjmu zdravotných poisťovní závisí od:

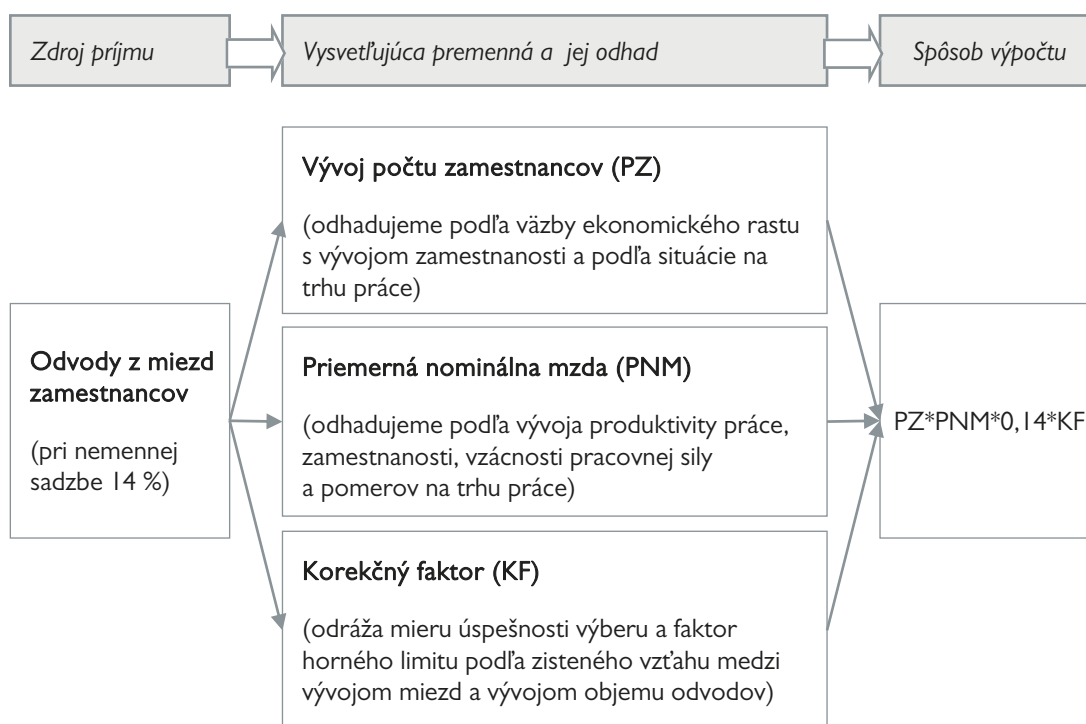
1. zmien počtu zamestnancov (ktorí pracujú v domácej ekonomike),
2. zmeny výšky nominálnej mzdy,
3. výšky korekčného faktora.

Pri očakávanom poklese počtu zamestnancov a nepriaznivom vývoji korekčného faktora¹⁰⁾ je to jedine rast nominálnej mzdy, ktorý napriek svojmu spomaleniu prináša aspoň nevýrazný nárast objemu odvodov v najpriaznivejšom scenári. V ďalších scenároch počítame s poklesom výberu odvodov od zamestnancov.

8) Zamestnanec 4 %, zamestnávateľ 10 %.

9) Faktor „horného limitu“ odráža tú skutočnosť, že nie celý príjem je základňou pre výpočet odvodov. Existuje nadlimitný príjem, ktorý sa na odvody netransformuje.

10) Nepriaznivý vývoj korekčného faktora predpokladáme z dôvodu poklesu úspešnosti výberu. Insolventnosť zamestnávateľov (v kríze bežný jav) môže viesť k horšej odvodovej disciplíne (a to napriek zákonným postihom vyplývajúcim z §276 a §277 Trestného zákona). Navyše podľa rétoriky vlády môžu zamestnávateľia očakávať väčšiu zhovievavosť štátu (alebo pomoc štátu) pri problémoch s platením odvodov. Aj takéto očakávanie prispieva k zhoršeniu odvodovej disciplíny. To sa odráža vo výške korekčného faktora, ktorý je diferencovaný podľa scenárov.

Schéma 2: Spôsob odhadu objemu odvodov od zamestnancov

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 9: Odhad odvodov od zamestnancov

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Priemerná nominálna mesačná mzda (v eurách)	728	742	757	779
Rast nominálnej mesačnej mzdy (v %)	8,8	2,0	4,0	7,0
Počet zamestnancov (v tisícoch)	1 929	1 840	1 898	1 926
Rast počtu zamestnancov (v %)	2,0	-4,6	-1,6	-0,2
Odvody zamestnancov (v mil. eur)	2 063	1 896	2 022	2 136
Rast objemu odvodov (v %)	11,2	-8,1	-2,0	3,5
Odvody za zamestnancov (% z HDP)	3,06	2,79	2,90	2,99

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

3.1.2 Odvody za samostatne zárobkovo činné osoby

Zdroje od samostatne zárobkovo činných osôb dosahujú výrazne menší objem ako zdroje získavané od zamestnancov. Dôvodom je menšia početnosť SZČO, ale aj menšia odvodová výťažnosť ich príjmov.

Objem zdrojov od SZČO je ovplyvňovaný:

1. zmenou počtu SZČO,
2. tempom rastu vymeriavacieho základu (ten je blízky minimálnej mzde),
3. korekčným faktorom.

Pripomíname, že berieme do úvahy obvyklý predstih tempa rastu počtu SZČO pred tempom rastu počtu zamestnancov. Preto aj pri poklese počtu zamestnancov vo všetkých scenároch počítame s nárastom počtu SZČO.

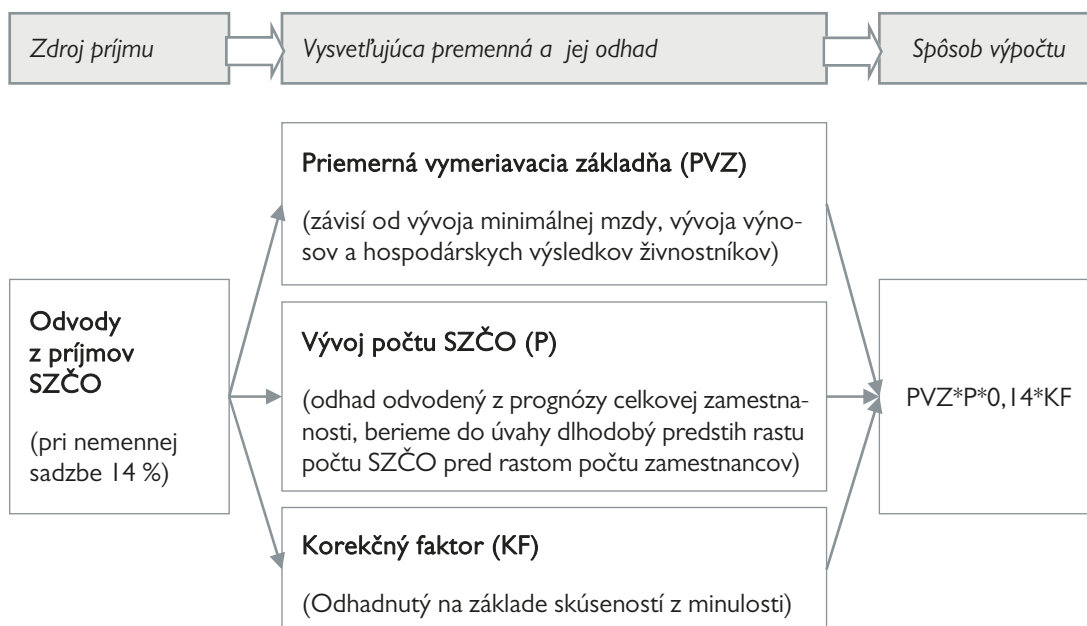
K tomu prispieva aj dobrovoľná alebo nútená substitúcia závislej činnosti samostatnou zárobkovou činnosťou; motiváciou k tomu je aj odvodová optimalizácia. Tento nárast je (možno prekvapujúco) najsilnejší v scenári depresie.

Práve v tomto scenári totiž počítame s rozsiahlou substitúciou. Tým sa zmierňuje dopad krízy na zamestnanosť (pripomíname, že počet za-

mestnancov klesá v tomto scenári až o 4,6 %). Takáto substitúcia závislej činnosti znamená prevažne stratu na príjmoch zdravotných poisťovní. Určenie správneho počtu SZČO na účely prognózy odvodov je problematické vzhľadom na to, že SZČO môže byť zároveň aj zamestnancom. Vzniká tak prekrytie, ktoré sa komplikovane očisťuje. Na určenie počtu SZČO a dynamiky jeho rastu boli použité údaje z výberového zisťovania pracovných síl (realizuje ŠÚ SR).

V širšom súbore protikrizových opatrení vláda navrhla zrušiť väzbu minimálneho vymeriavacieho základu na minimálnu mzdu. Jeho naviazanie na životné minimum (prvý návrh) by v druhom polroku 2009 viedlo k poklesu príjmov poisťovní cca o 32 až 36 mil. eur (0,964 až 1,084 mld. Sk). Väzba minimálneho vymeriavacieho základu na priemernú mzdu (druhý návrh) vyzerá byť v súčasnosti pravdepodobnejším spôsobom realizácie navrhovaného opatrenia. Koeficient 44,2 % zodpovedá dnešnému podielu minimálnej mzdy a priemernej mzdy spred dvoch rokov. V prípade zavedenia účinnosti takejto zmeny v priebehu roka 2009 by to preto neovplyvnilo tohtoročné príjmy zdravotných poisťovní.

Schéma 3: Spôsob odhadu objemu odvodov od SZČO



Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 10: Odhad odvodov od samostatne zárobkovo činných osôb

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Priemerný vymeriavací základ (v eurách)	326	310	325	340
Rast vymeriavacieho základu (v %)	6,6	-4,8	0,0	4,2
Počet SZČO v tisícoch	325	335	327	329
Rast počtu SZČO (v %)	7,0	3,0	0,5	1,0
Odvody od SZČO (v mil. eur)	165	152	159	171
Rast objemu odvodov (v %)	11,9	-8,1	-3,9	3,2
Odvody od SZČO (% z HDP)	0,25	0,22	0,23	0,24

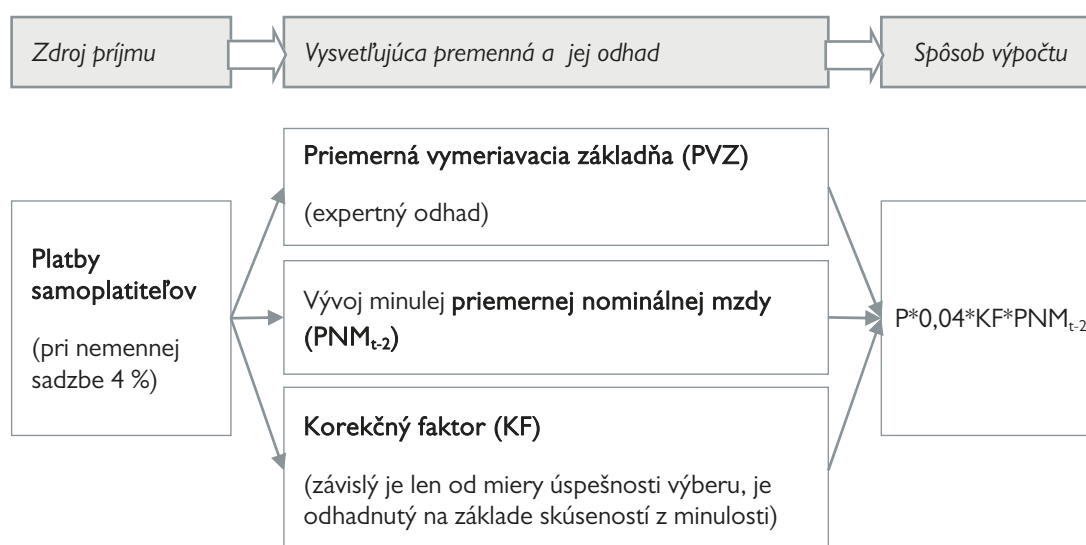
Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

3.1.3 Odvody od samoplatiteľov

Samoplatitelia majú vymeriavací základ definovaný podobne ako poistenci, za ktorých platí poisťné štát. Rozhodujúcim parametrom je tak priemerná mzda v hospodárstve spred 2 rokov. Ale kým sadzba pre poistencov štátu bola korigovaná (na 4,5 % na rok 2008 a na 4,9 % na rok

2009), sadzba pre samoplatiteľov zostala na úrovni 4 %. Predpokladáme pretrvávajúcu nízku úspešnosť výberu odvodov. Pri očakávanom poklese počtu poistencov v tejto kategórii stagnuje prognózovaný objem odvodov na úrovni z roku 2008 vo všetkých scenároch. V porovnaní s odvodmi ostatných kategórií poistencov ide o malú sumu.

Schéma 4: Spôsob odhadu objemu odvodov od samoplatiteľov

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 11: Odhad odvodov od samoplatiteľov

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Vymeriavací základ (v eurách)	623	669	669	669
Rast vymeriavacieho základu (v %)	8,6	7,4	7,4	7,4
Počet samoplatiteľov v tisícoch	109	100	100	103
Rast počtu samoplatiteľov (v %)	-7,2	-8,3	-8,3	-5,5
Odvody od samoplatiteľov (v mil. eur)	12	12	12	12
Medziročný rast objemu zdrojov (v %)	1,1	-1,4	-1,4	1,5
Odvody od samoplatiteľov (% z HDP)	0,02	0,02	0,02	0,02

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

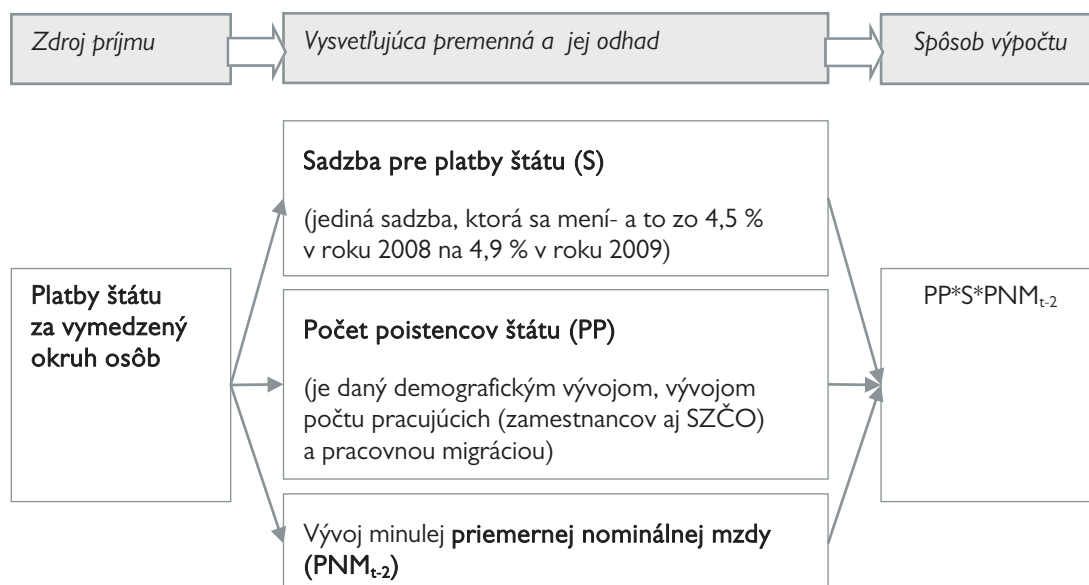
Zdroj: Health Policy Institute, 2009

3.1.4 Platby štátu za vymedzený okruh osôb

Odvody za poistencov štátu sú nástrojom vlády na ovplyvňovanie zdrojov v zdravotníctve. Iba pri tejto kategórii odvodov hýbeme s poistnou sadzbou. Na rok 2008 bola sadzba stanovená na úrovni 4,5 % z vymeriavacieho základu, ktorým je priemerná mzda (s posunom o dva roky

dozadu). Vláda zverejnila svoj zámer zvýšiť poistnú sadzbu tak, aby v roku 2010 dosiahla 5 %. Pre rok 2009 platí sadzba 4,9 %. Pri platbe štátu uvažujeme so 100 % úspešnosťou výberu poistného. Faktor nadlimitných príjmov tu nehrá rolu, keďže základom pre výpočet odvodov za všetky dotknuté osoby je priemerná mzda.

Schéma 5: Spôsob odhadu objemu odvodov od poistencov štátu



Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 12: Odhad odvodov platených štátom

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Vymeriavací základ za osobu (v eurách)	623	669	669	669
Rast vymeriavacieho základu (v %)	8,6	7,4	7,4	7,4
Počet poistencov štátu v tisícoch	2 912	3054	3 005	2 940
Rast počtu poistencov štátu (v %)	-1,8	4,9	3,2	1,0
Odvody za poistencov štátu (v mil. eur)	979	1 201	1 182	1 157
Medziročný rast objemu zdrojov (v %)	11,0	22,7	20,7	18,2
Odvody za poistencov štátu (% z HDP)	1,45	1,77	1,70	1,62

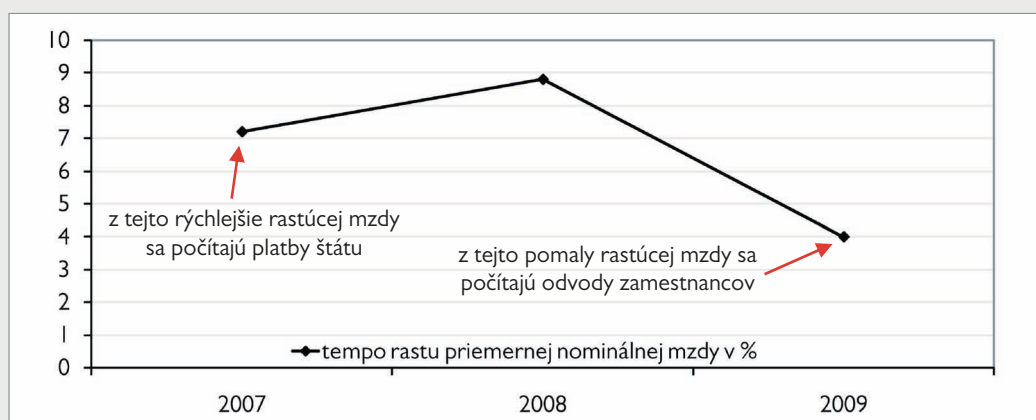
Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Rámček 4: Anticyklické pôsobenie mechanizmu platieb štátu

Skutočnosť, že sa platba štátu za definovaný okruh osôb počíta zo mzdy, ktorá sa viaže na obdobie pred dvoch rokov, má anticyklické pôsobenie. Ak sa po nástupe krízy spomalí rast priemernej nominálnej mzdy, nutne sa spomaľuje aj rast odvodov zamestnancov. Ale platba štátu sa vypočítava z priemernej mzdy posunutej o dve obdobia dozadu. A vtedy ešte rast miezd nebol poznačený krízou. Preto je pomalý medziročný rast príjmov od zamestnancov čiastočne kompenzovaný rýchlejším medziročným rastom platieb štátu (aj pri nezmenenej sadzbe platieb štátu alebo nezmenenom počte osôb, za ktoré štát platí). Ak dôjde k hospodárskemu oživeniu, budú odvody zamestnancov počítané zo silne rastúcej mzdy a platby štátu z pomaly rastúcej, viažucej sa na obdobie už prekonanej krízy. Vtedy anticyklický mechanizmus zapôsobí naopak.

Graf 6: Znázornenie anticyklického efektu (na príklade scenára minimálneho rastu)



Zdroj: Štatistický úrad SR, schéma Health Policy Institute, 2009

Mechanizmus platieb štátu podľa našich očakávaní zohrá v roku 2009 mimoriadnu rolu. **Prejaví sa anticyklická funkcia mechanizmu platieb štátu (Rámček 4) a posilní sa substitučný efekt platieb štátu (vysvetlenie v Rámčeku 5).** Platby štátu budú pravdepodobne hrať rolu stabilizátora systému financovania zdravotníctva. Znamená to však silný nárast požiadaviek na verejné zdroje (v **Tabuľke 12** je nápadný medziročný rast objemu platieb štátu o 18,2 % až 22,7 % v závislosti od scenára).

3.1.5 Zhrnutie príjmov zdravotných poisťovní

Pri zhrnutí výnosov zdravotných poisťovní v **Tabuľke 7** je nápadné, že **napriek relatívne veľkým diferenciám vo vstupných makroekonomických parametroch v scenároch nie je rozdiel v celkových výnosoch adekvátne veľký. Dôvodom je stabilizačný vplyv platieb štátu.** Takže relatívna odolnosť celkového objemu výnosov voči nepriaznivému vývoju makroekonomických parametrov v roku 2009 je dosiahnutá na ťarchu verejných financií.

Pre zaujímavosť uvádzame odchýlku prognózovaného objemu výnosov zdravotných poisťovní oproti odhadovaným potenciálnym výnosom, ktoré by sa boli dosiahli pri absencii krízy.

Rámček 5: Mechanizmy substitučného pôsobenia platieb štátu

V roku 2009 nepôjde len o jednoduchú čiastočnú substitúciu odvodov od pracujúcich platbami štátu. K takejto substitúcii dôjde vždy, keď sa pracujúca osoba po strate zamestnania stane poistencom štátu. Ale substitučný efekt platieb štátu bude v roku 2009 posilnený týmito faktormi:

- Mení sa sadzba pre platby štátu. Tá narastá z hodnoty 4,5 % na 4,9 %.
- Zamestnanie budú zrejme strácať v prvom rade menej kvalifikovaní pracovníci s podpriemernou mzdou. Platba štátu sa však počíta z priemernej mzdy. Preto je substitučný vplyv platieb štátu silnejší ako by sa zdalo na prvý pohľad. Čím nižšia bola mzda, za ktorú pracovali prepustení pracovníci, tým silnejší je substitučný efekt platieb štátu. Ak by súbor osôb, ktoré stratia v roku 2009 prácu, pracoval za potenciálnu mzdu na úrovni priemernej mzdy, bola by miera substitúcie odvodov pracujúcich platbami štátu na úrovni 35,5 % v najpriaznivejšom scenári a na úrovni 38,1 % v najnepriaznivejšom scenári (rozdiel je funkciou tempa rastu miezd a funkciou korekčného faktora pri odvodoch zo mzdy). Ale ak predpokladáme, že potenciálna priemerná mzda osôb, ktoré stratia v roku 2009 prácu je len na úrovni 75 % celoštátnej priemernej mzdy, tak miera substitúcie stúpa až na 47,3 % v najpriaznivejšom a na 50,8 % v najnepriaznivejšom scenári. Preto miera substitúcie nemôže byť vnímaná len ako pomer sadzby platieb štátu k sadzbe odvodov pracujúcich (4,9/14).
- Korekčný faktor, ktorý znižuje výber odvodov u pracujúcich, má tendenciu v kríze narastať na význame a znižovať objem vybraných zdrojov. Úspešnosť výberu poistného môže mierne klesnúť. V prípade platieb štátu však s korekčným faktorom nepočítame.
- Časť osôb, ktoré pracovali v zahraničí a tam platili odvody, stratí zamestnanie a môže sa vrátiť do SR. Je pravdepodobné, že to bude znamenať prílev medzi poistencov štátu (hoci nie v plnom rozsahu). Tým sa takisto zvýši objem platieb štátu.
- Platby štátu majú anticyklický efekt, popísaný v **Rámčeku 4**. Aj to zvyšuje dynamiku medziročného rastu platieb štátu.

Tabuľka 13: Zhrnutie príjmov zdravotných poisťovní (v mil. eur)

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Príjmy zdravotných poisťovní, z toho:	3 250	3 291	3 406	3 508
a) Odvody za zamestnancov	2 063	1 896	2 022	2 136
b) Odvody SZČO	165	152	159	171
c) Odvody samoplatiteľov	12	12	12	12
d) Odvody za poistencov štátu	979	1 201	1 182	1 157
e) Ostatné príjmy	30	30	31	32

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Využívame na to staršiu prognózu Health Policy Institute z obdobia október/november 2008 (publikovanú v Into Balance 10/2008, s. 9).

V zmienenej staršej prognóze boli príjmy zdravotných poisťovní odhadované na 3 636 mil. eur (109,5 mld. Sk). V aktuálnej prognóze je

objem výnosov odhadnutý na 3 291 až 3 508 mil. eur (99,1 až 105,7 mld. Sk) v závislosti od scenára budúceho vývoja. To znamená, že **výnosy poisťovní budú v dôsledku dopadov krízy nižšie o 128 mil. až 345 mil. eur** (3,9 až 10,4 mld. Sk; rozbor v **Rámčeku 6**).

Rámček 6: Faktory výpadku zdrojov

Výpadok výnosov zdravotných poisťovní je daný menšími odvodmi od ekonomicky aktívnych. Konkrétnejšie to dokumentujeme na porovnaní výsledkov októbrovej prognózy a výsledkov aktuálnej prognózy v najpesimistickejšom scenári. Celkový výpadok výnosov činí 345 mil. eur (10,4 mld. Sk), pri výpadku odvodov od ekonomicky aktívnych až o cca 383 mil. eur (11,5 mld. Sk) a navýšení platby štátu o cca 38 mil. eur (1,1 mld. Sk), ktorá čiastočne kompenzuje tento výpadok. Výpadok odvodov od ekonomicky aktívnych je spôsobený podľa nášho odhadu takto:

- spomalenie rastu miezd spôsobilo výpadok 130 mil. eur (3,916 mld. Sk),
- zmena vývoja počtu zamestnancov priniesla výpadok 125 mil. eur (3,766 mld. Sk),
- zmena vývoja vymeriavacej základne SZČO a počtu SZČO znamená výpadok 18 mil. eur (0,542 mld. Sk),
- zmena úspešnosti výberu odvodov znamená výpadok 110 mil. eur (3,314 mld. Sk).

Zhoršenie úspešnosti výberu poistného je najvyššie v scenári depresia (až o - 5,5 %), mierne nižšie v scenári minimálneho rozvoja (- 4,2 %) a relatívne najnižšie v scenári vyššej odolnosti voči kríze (o - 3,1 %).

3.2 VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Výpadok príjmov zdravotných poisťovní v porovnaní s bezkrízovým vývojom nebude umožňovať kopírovanie rastu vybraných segmentov poskytovateľov z predchádzajúcich rokov. Určite sa nezopakuje rast platieb štátnym nemocniciam, ktorý dva roky po sebe (2007 a 2008) dosahoval viac ako 20-percentnú dynamiku. Všeobecne by zdravotné poisťovne mali byť pri uzatváraní zmlúv veľmi zdržanlivé. Predpokladáme, že zdravotné poisťovne budú poskytovateľov kontrahovať na úrovniach z predchádzajúceho roka a dohodnú si flexibilné cenové ustanovenia, ktoré budú reagovať na skutočný vývoj objemu zdrojov.

Pružné ceny v prostredí tvrdých rozpočtových obmedzení sa pre zdravotné poisťovne počas krízy ukazujú ako dôležitý nástroj tlmenia externých šokov. Prítomnosť voľných cien a liberálneho nastavenia platobných mechanizmov umožňuje, aby sa zmluvné vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami

a poskytovateľmi stali tlmivým prípadnej finančnej alebo štrukturálnej nerovnováhy. Flexibilné ceny tak poisťovňam umožňujú pružne reagovať na zmeny vo financovaní systému (s rastom zdrojov môžu zvyšovať platby, pri poklese naopak znižovať), prípadne absorbovať štrukturálne nerovnováhy v alokácii zdrojov medzi sektormi zdravotnej starostlivosti (napríklad presun zdrojov medzi ambulantnou a lôžkovou starostlivosťou).

Pružné ceny majú výhody i pre poskytovateľov, ktorí majú v čase rastu príležitosť dohodnúť si so zdravotnými poisťovňami výhodnejšie ceny. V situácii klesajúcich cien sa im môžu pozdávať centrálné nastavené pevné ceny. V podmienkach tvrdých rozpočtových obmedzení, v ktorých sa nachádzajú zdravotné poisťovne, by však takáto regulácia nemala vplyv na výslednú výšku úhrady, pretože nedostatok zdrojov by sa kompenzoval znižovaním

limitov. Ak by sa zdravotné poisťovne pohybovali v mäkkých rozpočtových obmedzeniach (ako v rokoch 1994 – 2004), tie by prenášali tlak pevných cien na verejné financie (ako v rokoch 1994 – 2004). Verejné financie sú však v súčasnosti zásadne negatívne ovplyvnené hospodárskou krízou (viď aj 6.1 Vzťah zdravotnej politiky a hospodárskej politiky).

V niektorých segmentoch majú zdravotné poisťovne len veľmi limitované možnosti ovplyvniť ceny (lieky a zdravotnícke pomôcky), v iných do ich tvorby netrhovo zasahuje štát. Od roku 2007 sa zvyšujú tendencie, ktoré zvýhodňujú štátne zariadenia pred nešťátnymi. Prehľboval sa tak fenomén dvojrychlostného zdravotníctva. Tieto tendencie sa vzhľadom na stagnáciu objemu zdrojov podľa nás v roku 2009 nezopakujú.

Kým v minulých dvoch rokoch rástli štátnym nemocniciam príjmy výrazne rýchlejšie (o 20 až 40 %) ako nešťátnym a súkromným zariadeniam (o 0 až 10 %), v tomto roku predpokladáme výrazne menší, avšak vyrovnanější rast (oba typy +3,5 %). Do polovice roka nepredpokladáme zmeny v cenách a objemoch – zmluvné strany budú skôr vyčkávať na vývoj situácie. V tomto čase musia nemocnice zvládnuť tlak odborárov na zvyšovanie miezd a vysvetľovať, že to v súčasnosti nie je možné. Nepredpokladáme, že by od júla došlo k zvýšeniu platieb presahujúcemu 7 % (t.j. 3,5 % na celoročnej báze). **Dodatočné zdroje na zvýšenie platieb môžu poskytovatelia dosiahnuť len na úkor rozsahu kontraktov iných poskytovateľov. Selektívny kontraktng tak bude predstavovať dôležitý nástroj zdravotných poisťovní pri realizácii protikrízových opatrení.**

3.2.1 Lieky a zdravotnícke pomôcky

Za kľúčové protikrizové opatrenie považujeme udržanie kontroly nad výdavkami na lieky a zdravotnícke pomôcky. V roku 2008 rástli náklady na lieky z pohľadu zdravotných poisťovní (platia konečné ceny v lekárňach) o 8,2 % a náklady na zdravotnícke pomôcky o 8,7 %. Vzhľadom na to, že každý jednociferný rast nákladov na lieky je dobrým výsledkom, môžeme minuloročný vývoj považovať za uspokojivý.

Na druhej strane si však treba uvedomiť, že **rast nákladov o 8,2 % bol spôsobený opatreniami a vplyvmi, ktoré sa v nasledujúcom období už nebudú môcť zopakovať.** Za časť tohto efektu je zodpovedné zavedenie degresívnej obchodnej prirážky na lieky k 1. januáru 2008. Tá znížila ziskovú maržu distribučného reťazca, čím sa lieky stali pre zdravotné poisťovne lacnejšie. Rast nákladov na lieky v cenách výrobcov, ktorý je očistený práve o vplyv zavedenia degresívnej obchodnej prirážky, bol v roku 2008 vyšší, a to 14,7 %.

Ďalším efektom, ktorý pôsobil v prospech pomalšieho rastu nákladov a v prospech vyššieho profitu farmaceutického priemyslu, bolo významné posilňovanie koruny voči euru. Od začiatku roka 2008 posilnila koruna o 10,4 % z 33,619 SKK/EUR až na konverzný kurz 30,126 SKK/EUR (www.nbs.sk). Aj napriek tomu, že ministerstvo k 1. 6. 2008 plošne znížilo ceny vzhľadom na posilňovanie koruny, efekt kurzových rozdielov mal významný vplyv na

výnosy farmaceutického priemyslu. **Náklady na lieky v cenách výrobcov v eurách preto zaznamenali medziročný rast až 23,9 %.**

Ani s jedným z týchto nástrojov nebudeme môcť počítať v roku 2009. Jednorazový efekt zavedenia degresívnej obchodnej prirážky už pominul. Aj keď degresívna prirážka znižuje rast budúcich nákladov, ktorý vyplýva z používania stále drahších a drahších liekov, tento efekt nie je medziročne veľmi viditeľný a na percente rastu sa významne neprejaví. A členstvo v eurozóne nám už neumožňuje využiť potenciál zhodnotenia koruny v podobe ďalšieho plošného znižovania cien.

Ministerstvo však v tomto roku (s účinnosťou k 1. aprílu 2009) reviduje ceny zaradených liekov v kategorizácii formou **referencie cien výrobcov k cenám v referenčných krajinách.** Mnohé, najmä originálne lieky, majú na Slovensku vysoké ceny, ktoré ešte zvýraznilo spomínané posilnenie koruny voči euru pred stanovením konverzného kurzu. Zníženie cien výrobcov na priemer 6 najnižších cien v EÚ preto spomalí rast nákladov zdravotných poisťovní na lieky.

Na druhej strane však **budú pôsobiť nové vplyvy spôsobené krízou na rast spotreby liekov aj zdravotníckych pomôcok.** Jedným bude nízky alebo nulový rast cien a objemov pre poskytovateľov, ktorý bude zvyšovať motivácie lekárov hľadať rentu u farmaceutických firiem. Poskytovatelia lôžkovej starostlivosti sa zase budú ešte viac snažiť preniesť náklady na

Tabuľka 14: Medziročný rast nákladov na lieky 2007/2008

	Zdroj údajov	Medziročný rast 2007/2008
Odhadovaný medziročný rast nákladov ZP na lieky hrazené z verejného zdravotného poistenia v konečných cenách v SKK podľa prvých 3 štvrtrokov 2008	NCZI	+8,2 %
Medziročný rast predajov liekov v lekárňach v cenách výrobcov v SKK	IMS	+14,7 %
Medziročný rast predajov liekov v lekárňach v cenách výrobcov v EUR	IMS	+23,9 %

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií a IMS, 2009

lieky a pomôcky z rozpočtu nemocníc na ambulantnú sféru (pacient si na hospitalizáciu donesie lieky vydané v lekárni). Na strane pacientov bude znamenať neistota a zníženie príjmov motiváciu na to, aby si lieky a pomôcky, ktoré si doteraz kupovali sami ako voľnopredajné, dali predpisovať u lekárov (resp. ich zamenili za hradené alternatívy).

Výsledne teda predpokladáme 10 % medziročný rast výdavkov na lieky aj zdravotnícke pomôcky ako výsledok zvýšeného dopytu a reštriktívnych opatrení na strane regulácie cien liekov. Aj takýto rast je však priveľmi vysoký pri predpokladanom nízkom raste príjmov. Pokým v minulých rokoch bol rýchly nárast nákladov na lieky kompenzovaný priaznivým rastom zdrojov, v krízovom období bude znamenať výrazné obmedzenie zdrojov pre navyšovanie platieb poskytovateľom pravdepodobne vznik zadĺženia na strane zdravotných poisťovní. Zavedenie ďalších reštriktívnych opatrení v liekovej politike tak bude zohrávať kľúčovú úlohu pri udržateľnosti systému.

3.2.2 Ústavná starostlivosť

Predpokladáme, že nemocnice budú postihnuté krízou najviac, a to z nasledujúcich dôvodov:

- Nemajú vybudované prakticky žiadne finančné rezervy a najväčšie z nich aj pred krízou dosahovali záporné hospodárske výsledky a kontinuálne sa zadlžovali.
- Zastavenie transformácie štátnych nemocníc na a.s. zastavilo ich nevyhnutnú reštrukturalizáciu a dnes sú preto nemocnice procesne veľmi zraniteľné.
- Nekryté zvyšovanie platiev lekárov a sestier v posledných dvoch rokoch vyvolalo neodôvodnené očakávania ich ďalšieho rastu, ktoré sa budú len veľmi ťažko tlmieť.
- Dodatočné zdroje z posledných dvoch rokov nemocnice nevyužili na zmeny, znižovanie dlhu a lepšiu kapitálovú vyba-

venosť, ale použili ich na zvyšovanie miezd, ktorých základňa dnes spôsobuje mnohým nemocniciam problémy s hotovosťou.

- Oddĺženie, ktoré všetci čakali, nemusí z dôvodu nedostatku zdrojov nastať. V prípade zvýšených mimorozpočtových zdrojov bude o ne veľký záujem a nemusí sa ujsť práve zdravotníctvu. Obsluha dlhu tak bude spôsobovať čoraz väčšie ťažkosti.
- Zmeny v Zákonníku práce z roku 2007 indukovali dodatočné mzdové náklady, ktoré nesprievádzalo zvyšovanie produktivity práce.
- Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie zaťažia od júla 2009 mzdové náklady poskytovateľov, opäť bez vplyvu na produktivitu práce.

Pravdepodobnosť konca budovania „dvojrychlostného zdravotníctva“, v ktorom boli štátni poskytovatelia zvýhodňovaní voči neštátnym, sa priamo úmerne zvyšuje s pravdepodobnosťou nižšieho objemu zdrojov. Menší objem zdrojov nedáva priestor na zvýhodnenie fakultných nemocníc pred všeobecnými nemocnicami.

Predpokladáme, že medziročný nárast zdrojov pre ústavnú starostlivosť nepresiahne 3,5 % (čo znamená navýšenie do 7 % pri úpravách zmlúv od júla). Vyššie navýšenie platieb od zdravotných poisťovní budú môcť nemocnice dosiahnuť na úkor rozsahu poskytovanej starostlivosti u iných poskytovateľov. Kľúčovú úlohu tu zohrá nariadenie vlády o minimálnej sieti. Minimálnu sieť dnes tvoria okrem koncových (štátnych) nemocníc aj zariadenia v tzv. pevnej sieti nemocníc. Zariadeniam, ktoré nespĺňajú podmienky na zaradenie do jednej z oboch sietí, hrozí redukcia zmlúv. Napriek skutočnosti, že viaceré nemocnice sa spoliehajú na dodatočné zdroje z eurofondov, sme presvedčení, že eurofondy nedokážu nahradiť nedostatok bankového a súkromného kapitálu v nemocniciach.

Pri rokovaniach so zdravotnými poisťovňami budú mať poskytovatelia ústavnej starostlivosti oproti minulým rokovaniam niekoľko nových argumentov, podporujúcich objektivnosť zvýšených cenových požiadaviek:

- zvýšenie nákladov na lieky, ak dôjde k zrušeniu regresívnej obchodnej prirážky v nemocniciach podľa návrhu ministerstva zdravotníctva,
- zvýšenie mzdových nákladov v dôsledku minimálnych personálnych noriem,
- zvýšenie miezd, vyplývajúce z kolektívnej zmluvy,
- zvýšenie zadlženosti v dôsledku mäkkých rozpočtových obmedzení.

Obchodná prirážka na nemocničné lieky

Ministerstvo zdravotníctva uvažuje o zmene obchodnej prirážky pre nemocničné lieky z regresívnej na percentuálnu vo výške 9 % z maximálnej ceny výrobcu. Tento návrh prináša dve zmeny oproti súčasnosti – okrem zrušenia regresie sa zavádza výpočet obchodnej prirážky nie z reálnej nákupnej ceny lieku, ale z maximálnej, čo garantuje distribútorovi maximálnu možnú obchodnú prirážku aj v prípade, ak výrobca znížil cenu svojho produktu. Obe zmeny budú pre nemocnice znamenať nárast nákladov na lieky ročne približne o 6 až 9 mil. eur (180 až 270 mil. Sk), čo zhorší ich finančnú situáciu.

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie

Ústavné zariadenia sú povinné získať predpísané personálne zabezpečenie do 30. júna 2009 a materiálno-technické vybavenie do 31. decembra 2011. Príslušný výnos ministerstva zdravotníctva nesprievádzala analýza aktuálneho stavu. Rovnako tieto informácie neuvádzajú ani samotní poskytovatelia. Dnes preto nie je dostupná informácia, aké náklady si vyžiada dodržiavanie noriem u všetkých poskytovateľov. Pritom prvú časť týchto nákladov bude zdravotníctvo znášať už od 1. júla tohto roku.

Vychádzame z odhadu, že normatív si vyžiada zvýšenie počtu zamestnancov o 10 % v neštátnych zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti.

Mzdy v zdravotníctve

K poslednému zvyšovaniu miezd vo fakultných nemocniciach došlo od februára 2008 (nárast o 10 %). S ostatnými nemocnicami, združenými v Asociácii nemocníc Slovenska (ANS), sa odborári na zvyšovaní miezd nedohodli. Prípád sa dostal pred rozhodcu, ktorý rozhodol o 7-percentnom navýšení od júna 2008. Odborári však avizujú, že najmenej desať nemocníc kolektívnu zmluvu nerešpektuje, pretože v nich nedošlo k uvedenému zvyšovaniu miezd. Inšpektoráty práce tento stav zatiaľ tolerujú.

Súčasnú kolo rokovani o zvyšovaní miezd sa začalo v lete 2008 a zatiaľ nevedlo k dohode. Rokovania s Asociáciou fakultných nemocníc (AFN) ešte trvajú, rokovania s ANS sa dostanú pred sprostredkovateľa. Z pôvodnej požiadavky (zdravotnícki pracovníci +10 %, nezdravotnícki +7 %) odbory zrejme zľavia, rast miezd by podľa nich mal kopírovať aspoň infláciu.

Zvyšovanie miezd v rámci kolektívneho vyjednávania by malo kopírovať produktivitu práce. Dohodli sa na tom zástupcovia Konfederácie odborových zväzov s predsedom vlády Robertom Ficom na stretnutí 6. februára 2009. Hoci na túto dohodu nie sú medzi zdravotníckymi odborármi jednotné názory, udržanie zamestnanosti a zamedzenie prepadu miezd môžeme považovať za hraničný scenár pre ďalší vývoj požiadaviek zdravotníckych odborárov.

AFN prisľúbila odborom, že ak príde k nárastu príjmov od poisťovní, 50 percent navýšenia pôjde na mzdy. Prípadné dodatočné zdroje sa tak majú použiť v súlade so štruktúrou nákladov nemocníc (50 % tvoria osobné náklady, zdroj: MZ SR, 2008). Nepredpokladáme, že sa odborárom podarí presadiť zvyšovanie miezd nad hranicu inflácie.

Splatnosť záväzkov**Riziko zhoršenia efektivity príspevkových organizácií predstavuje ich právna forma.**

Dodávatelia tovarov a služieb, postihnutí krízou u iných zákazníkov, budú motivovaní vyvinúť veľké úsilie na minimalizáciu takýchto dôsledkov, a to na úkor štátnych alebo samosprávných zariadení. Ich motivácii nezodpovedá systémová protiváha v podobe motivácie na strane vedenia príspevkovej organizácie.

Dá sa predpokladať, že dôjde k predĺženiu splatnosti faktúr, čo môže viesť k výpadkom v dodávaní liekov, zdravotníckych pomôcok a ŠZM do zdravotníckych zariadení a k ohrozeniu kvality a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

3.2.3 Ambulantná starostlivosť

Predpokladáme, že z pohľadu zdravotných poisťovní medziročne navýšenie zmluvných objemov s ambulantným sektorom nepresiahne 0,5 %. Na rozdiel od nemocníc podiel výdavkov na ambulantnú starostlivosť postupne klesá, čo nie je v súlade s modernými trendmi, ktoré sa zameriavajú na presun ťažiska liečby z nemocníc do ambulancií (a následne do domácností). Financovanie ambulantnej sféry v prioritách výdavkov zdravotných poisťovní prichádza až po záchranej zdravotnej službe s pevne stanovenou cenou, po liekoch, ktoré majú tzv. otvorený koniec, a po výdavkoch na ústavnú starostlivosť indukovaných o. i. aktuálnou deformáciou regulácie minimálnej siete (koncová/pevná sieť nemocníc).

Postupné vytesňovanie ambulantnej sféry nie je len dôsledkom strategického rozhodnutia poisťovní (viac zdrojov šlo na lieky a do nemocníc), ale je dané aj pasivitou ambulantných lekárov. Dôležitým faktormi tejto pasivity sú:

- I. hľadanie optimalizačných možností v rámci daných platobných mechanizmov a nie dopyt po progresívnejších a modernejších platobných metódach,

2. rezistencia voči rizikovým kontraktom, ktoré by lekárov odmeňovali za výsledky zdravotnej starostlivosti a koordináciu indukovanej starostlivosti,
3. nízka zodpovednosť lekárov za indukované náklady.

Tlak na optimalizáciu v rámci dnešných platobných mechanizmov bude v čase krízy ešte vyšší. Platby od zdravotných poisťovní sa budú valorizovať minimálne a poskytovatelia, ktorí dnes nesú veľmi malú zodpovednosť za indukované náklady, efektívnosť a výsledok poskytovanej ZS, pričom priamo rozhodujú o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ZS), budú mať naďalej veľké možnosti priamo indukovať dopyt. Individuálne zvyšovanie zdrojov tak bude možné buď súhlasom so znášaním rizika za indukované náklady (viď kapitolu 6.3.6 Rizikové kontrakty) alebo na úkor iných poskytovateľov, pričom zdravotná poisťovňa má v rukách efektívny nástroj v podobe selektívneho kontraktingu.

3.2.4 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Údaje o trhu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVaLZ) sa podľa Štatistického úradu (ŠÚ SR) významne líšia od našich trhových údajov. Príčinou je rozdielny pohľad na výdavky. ŠÚ SR sleduje výdavky podľa subjektu, kým HPI sleduje výdavky podľa činnosti. Ak teda nemocnica vykazuje laboratórne činnosti, tak podľa ŠÚ SR sa takýto výdavok poisťovne nachádza v položke „lôžková starostlivosť“, kým podľa nás je v položke „SVaLZ“. Z tohto dôvodu bol podľa ŠÚ SR v slovenskom zdravotníctve objem SVaLZ za prvé tri kvartály 1 16 mil. eur (3,495 mld. Sk). V prepočte na 4 kvartály to predstavuje 153 mil. eur (4,609 mld. Sk). Podľa nášho odhadu je však objem SVaLZ podstatne vyšší – až na úrovni 305 mil. eur (9,188 mld. Sk) v roku 2008. Z toho trh laboratórnej medicíny dosiahol finančný objem približne 122 mil. eur (3,675 mld. Sk), trh zobrazovacích metód 137 mil. eur (4,127 mld. Sk) a iné trhy, napr. fyziatria, 46 mil. eur (1,386 mld. Sk).

Tabuľka 15: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní a ich medziročný rast

	2008o	2009p			2009p		
		scenár depresie	scenár minim. rastu	scenár väčšej odolnosti voči kríze	scenár depresie	scenár minim. rastu	scenár väčšej odolnosti voči kríze
A. Príjmy zdrav. poisťovní	3 250	3 291	3 406	3 508	1,3 %	4,8 %	8,0 %
A.1 Odvody zamestnancov	2 063	1 896	2 022	2 136	-8,1 %	-2,0 %	3,5 %
A.2 Odvody SZČO	165	152	159	171	-8,1 %	-3,9 %	3,2 %
A.3 Odvody samoplatiateľov	12	12	12	12	-1,4 %	-1,4 %	1,5 %
A.4 Odvody za poistencov štátu	979	1 201	1 182	1 157	22,7 %	20,7 %	18,2 %
A.5 Ostatné príjmy	30	30	31	32	0,0 %	3,3 %	6,7 %
B. Výdavky zdrav. poisťovní	3 229	3 405	3 410	3 415	5,5 %	5,6 %	5,8 %
B.1 Ostatné výdavky	140	142	146	151	1,3 %	4,8 %	8,0 %
B.1.1 Prevádzkové náklady (3,5 %)	114	115	119	123	1,3 %	4,8 %	8,0 %
B.1.2 Príspevok ZP na činnosť úradu (0,45 %)	16	16	17	18	1,3 %	4,8 %	8,0 %
B.1.3 Príspevok ZP na operačné strediská (0,35 %)	10	10	10	11	1,3 %	4,8 %	8,0 %
B.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	3 089	3 264	3 264	3 264	5,7 %	5,7 %	5,7 %
B.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	1 023	1 125	1 125	1 125	10,0 %	10,0 %	10,0 %
B.2.2 Zdravotnícke pomôcky	113	124	124	124	10,0 %	10,0 %	10,0 %
B.2.3 Lôžková starostlivosť	974	1 008	1 008	1 008	3,5 %	3,5 %	3,5 %
B.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	151	152	152	152	0,5 %	0,5 %	0,5 %
B.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	364	366	366	366	0,5 %	0,5 %	0,5 %
B.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	305	329	329	329	8,0 %	8,0 %	8,0 %
B.2.7 Záchranná zdravotná služba	70	70	70	70	0,0 %	0,0 %	0,0 %
B.2.8 Ostatné, EÚ, bezdomovci	89	89	89	89	0,0 %	0,0 %	0,0 %
C. Prebytok/deficit	21	-114	-5	94			

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Náš odhad podporujú aj údaje z VŠZP, podľa ktorej bola suma jej výdavkov na SValZ v roku 2008 celkovo 184 mil. eur (5,543 mld. Sk) pri takmer 55%-nom podiele na trhu). Pripomínáme, že VŠZP vo svojom odhade rozpočtu na rok 2009 predpokladá, že SValZ v roku 2009 medziročne vzrastú o 16,5 % na 215 mil. eur (6,477 mld. Sk). Nemyslíme si, že SValZ budú rásť medziročne o 16,5 %, predpokladáme približne polovičný rast. Dôvodom je stabilizovaná cena bodu a snaha poisťovní o obmedzenie rastu výkonov. Medziročný rast nad 10 % považujeme za neudržateľný a vyžaduje si vážnejšie korekcie.

3.2.5 Zhrnutie príjmov a výdavkov zdravotných poisťovní

Prognóza príjmov a výdavkov zdravotných poisťovní a vrátane uvedenia ich medziročného rastu je v [Tabuľke 15](#).

3.3 PREROZDELENIE

Od 1. 1. 2009 sa zvýšila miera prerozdelenia zdrojov z 85,8 % na 95 % predpísaného poistného. Takáto úprava zvyhodňuje subjekty s vyšším indexom rizika než je priemer. Jedinou takouto poisťovňou je v súčasnosti VŠZP. Dopadom zmeny prerozdelenia preto bude presun zdrojov z iných poisťovní do VŠZP, a to vo výške od 28 až 30 mil. eur (0,844 až 0,904 mld. Sk) v závislosti od scenára. Viac ako polovicu (54 %) z tejto sumy pritom uhradí Spoločná zdravotná poisťovňa. SZP je rovnako ako VŠZP v 100-percentnom vlastníctve štátu.

Cieľom zmeny miery prerozdelenia bolo skôr sanovanie hospodárenia VŠZP ako seriózny zámer zlepšenia prediktívnej schopnosti modelu prerozdelenia. Tá zostáva aj po tejto zmene rovnako nízka (do 5 %).

Aj napriek rastu celkových príjmov zdravotných poisťovní vplyvom zmeny v systéme prerozdelenia budú mať pri scenári depresie všetky poisťovne s výnimkou VŠZP k dispozícii menej zdrojov na 1 prepočítaného poistenca než v roku 2008. Spoločná zdravotná poisťovňa, ktorej sa zmena prerozdelenia dotýka najviac, bude mať nižší objem zdrojov na prepočítaného poistenca aj v scenári minimálneho rastu.

Tabuľka 16: Pozícia voči prerozdeleniu podľa zdravotných poisťovní (v mil. eur)

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
VŠZP	+ 231	+ 264	+ 273	+ 281
SZP	-126	-142	-148	-154
ZP Apollo	-45	-52	-54	-56
ZP Dôvera	-35	-34	-34	-34
ZP Union	-30	-36	-36	-36
EZP	5	0	0	0

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 17: Príjmy z poistného po prerozdelení podľa zdravotných poisťovní (v mil. eur)

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Celkové príjmy z poistného	3 219	3 261	3 370	3 468
VšZP	1 928	1 984	2 045	2 100
SZP	366	366	383	398
ZP Apollo	260	278	289	298
ZP Dôvera	464	470	486	500
ZP Union	146	163	168	172
EZP	55	0	0	0

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 18: Príjmy z poistného po prerozdelení na jedného prepočítaného poistenca podľa zdravotných poisťovní (v eurách)

	2008o*	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Priemer za všetky ZP	221,4	222,0	229,4	237,4
VšZP	218,1	223,0	230,1	237,8
SZP	235,7	221,2	230,1	239,5
ZP Apollo	227,9	221,8	229,8	238,4
ZP Dôvera	222,0	220,5	228,0	236,0
ZP Union	218,9	216,0	222,9	230,3
EZP	218,7	-	-	-

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

* Čísla pre rok 2008 sú očistené o medziročný rast indexu rizika v SR

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

KAPITOLA 4: VÝDAVKY KAPITOLY MZ SR, EUROFONDY A VÚC

Ide o jediný typ príjmov zdravotníctva, ktorý nie je významne diferencovaný podľa makroekonomického scenára (v scenároch počítame s rovnakými objemami, **Tabuľka 3**). Východiskom sú totiž rozpočty, ktoré nie sú diferencované podľa scenárov.

4.2 EUROFONDY

MZ SR plánuje z eurofondov minúť v roku 2009 celkovo 38,6 mil. eur (**Tabuľka 19**).

4.1 KAPITOLA MZ SR

Do zdrojov kapitoly MZ SR nezahrňujeme poistné platené štátom, ktoré je zdrojom zdravotných poisťovní a cez kapitolu MZ SR je len administrované. Zdroje z kapitoly MZ SR nie sú určené na nákup zdravotnej starostlivosti. Túto kompetenciu majú výhradne zdravotné poisťovne. Pri odhade zdrojov tu berieme do úvahy rozpočet verejnej správy aj následný zámer ušetriť takmer 10 mil. eur (300 mil. Sk) v kapitole MZ SR v súvislosti s protikrizovými opatreniami.

Tabuľka 19: Eurofondy (v mil. eur)

	2008	2009	2010	2011
2. programové obdobie	9,8	38,6	83,5	102,6
Operačný program Zdravotníctvo	8,8	35,0	73,2	92,3
EÚ prostriedky	7,5	29,8	62,2	78,4
spolufinancovanie	1,3	5,3	11,0	13,8
Operačný program Vzdelávanie	1,0	3,6	10,3	10,3
EÚ prostriedky	0,8	3,1	8,7	8,7
spolufinancovanie	0,1	0,5	1,5	1,5

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2008

4.3 VÚC

Vyššie územné celky (VÚC) sú vlastníkami nemocníc regionálneho charakteru a lokálnych polikliník. Z tohto dôvodu sa v ich rozpočtoch nachádzajú kapitálové výdavky smerujúce do obnovy aktív, výstavbu alebo financovanie zariadení. Tieto sumy sú vzhľadom na iné zdroje zdravotníctva relatívne nízke. Celkovo VÚC v roku 2009 prispievajú do zdravotného systému sumou 10 mil. eur (300 mil. Sk). V scenári depresie objem zdrojov VÚC mierne znížujeme z dôvodu možných úsporných opatrení a presúvania zdrojov na iné aktivity (v **Tabuľke 20**).

VÚC Trenčín plánuje investovať do NsP Považská Bystrica 1 427 338 eur na rekonštrukciu budov a RTG pracovisko, do NsP Myjava 481 311 eur na rekonštrukciu budov a zakúpenie CT a do NsP Prievidza 92 943 eur na sanitku.

VÚC Košice plánuje použiť zdroje na bežné splácanie záväzkov nemocníc, pričom plánuje svoje 4 nemocnice prenajať.

VÚC Prešov rozpočtuje bežné výdavky v objeme 497 909 eur, a to na krytie záväzkov po zrušených nemocniciach, resp. úhradu záväzkov za existujúcu NsP Humenné a NsP Svidník, pričom preberanie záväzkov pod Úrad PSK prebieha postupne na základe zmluvného podkladu.

VÚC Nitra plánuje zmeniť dodatky k nájomným zmluvám, uzatvoreným medzi Nitrianskym samosprávnym krajom a neziskovými organizáciami – FORLIFE n. o. (NsP Komárno a NsP Šaľa), Nemocnica s poliklinikou Levice n.o. a Nemocnica Topoľčany n.o.

VÚC Banská Bystrica plánuje okrem výdavkov na správu majetku aj zníženie záväzkov BBSK za zdravotnícke zariadenia (1 655 000 eur).

VÚC Bratislava plánuje svoje zdroje použiť na zabezpečenie všetkých aktivít a činnosti v rámci programu Zdravotníctvo. BSK spolufinancuje zariadenia poliklinika Petržalka, poliklinika Karlova Ves, poliklinika Senec a Nemocnica s poliklinikou Malacky.

Tabuľka 20: Rozpočtované výdavky VÚC na zdravotníctvo v roku 2009 (v mil. eur)

Samosprávny kraj	Bežné výdavky	Kapitálové výdavky
Bratislavský	0,0	0,2
Banskobystrický	1,6	0,1
Nitriansky	2,1	0,3
Košický	0,6	0,0
Prešovský	0,5	0,0
Trenčiansky	0,0	2,3
Trnavský	0,0	0,5
Žilinský	0,0	2,2
SPOLU	4,8	5,6

Zdroj: rozpočty jednotlivých samosprávnych krajov, 2008

KAPITOLA 5: SÚKROMNÉ VÝDAVKY OBYVATEĽSTVA

Objem súkromných zdrojov v zdravotníctve prognózuje podľa štatistiky rodinných účtov. Narábame s kategóriou „čisté peňažné výdavky domácností“. Berieme do úvahy čiastočne luxusný charakter výdavkov na zdravotníctvo. To znamená, že v období ekonomickej expanzie (a teda pri pozitívnych očakávaniach domácností) je rast výdavkov na zdravotníctvo vyšší ako rast celkových čistých peňažných príjmov a výdavkov domácností. V čase nepriaznivého ekonomického vývoja (čo je realita roka 2009) môžu domácnosti obmedziť časť týchto výdavkov. Niektoré výdavky nie sú domácnosťou ovplyvniteľné v závislosti od cyklického vývoja hospodárstva.

Súkromné zdroje tvoria nanajvýš 16 % z celkových odhadovaných výnosov zdravotníctva v roku 2009. Ich podiel je vyšší v scenári väčšej odolnosti voči kríze. **Súkromné výdavky sa budú pohybovať od 605 do 681 mil. eur (18,2 až 20,5 mld. Sk).**

V depresívnom scenári zohľadňujeme menšiu ochotu ľudí míňať na OTC lieky a hľadanie substitútov v hradených liekoch, resp. nekupovanie OTC liekov vôbec.

Naše odhady súkromných výdavkov sú výrazne odlišné od odhadov MF SR. MF SR predpokladá,¹¹⁾ že v roku 2009 občania na zdravotníctvo vynaložia 1 165 mil. eur (35,1 mld. Sk), kým HPI odhaduje tento objem na 605 až 681 mil. eur (18,2 až 20,5 mld. Sk). Značný rozdiel medzi oboma odhadmi spočíva v rozdielnom prameni vstupných údajov. Kým MF SR vychádza z metodiky vykazovania súkromnej spotreby podľa národných účtov ESA 95, my na účely tvorby tejto publikácie preferujeme nami zvolenú kategóriu čistých peňažných výdavkov, založenú na štatistike rodinných účtov. Podľa návrhu rozpočtu MF SR by tak podiel priamych platieb občanov na celkových zdrojoch mal dosiahnuť 23 až 24 %. **Zaujímavé je, že podľa metodiky ESA 95 podiel súkromných výdavkov rastie po zrušení regulačných poplatkov rýchlejšie ako celková spotreba.**

11) Návrh rozpočtu verejných financií 2009 – 2011.

Tabuľka 21: Súkromné spotrebné výdavky domácností na zdravotníctvo (v mil. eur)

	2008o	2009p		
		Scenár depresie	Scenár minimálneho rastu	Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	413	385	410	438
Ambulantné zdravotnícke služby	182	180	188	202
Nemocničné služby	41	40	40	41
Súkromné zdroje celkom	636	605	638	681

Poznámky: o – odhad, p – prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 22: Konečná spotreba domácností podľa klasifikácie individuálnej spotreby COICOP (v mil. Sk, v bežných cenách)

	Zdravotníctvo v mil. Sk	Spotreba domácností spolu	Zdravotníctvo ako % z celkovej spotreby domácností	Súkromné výdavky na obyvateľa ročne	
				Metodika ESA 95	Štatistika rodinných účtov
1995	2 198	297 521	0,7%	407	
1996	2 631	338 705	0,8%	487	
1997	3 197	381 866	0,8%	592	
1998	3 599	429 038	0,8%	666	
1999	5 198	470 923	1,1%	963	
2000	6 331	521 407	1,2%	1 172	
2001	8 064	581 992	1,4%	1 493	
2002	8 690	631 364	1,4%	1 609	
2003	11 458	683 503	1,7%	2 122	
2004	18 196	764 930	2,4%	3 370	
2005	20 423	836 139	2,4%	3 782	2 426
2006	22 944	928 468	2,5%	4 249	2 599
2007	27 984	1 020 117	2,7%	5 182	3 170
2008	30 594	1 141 522	2,7%	5 666	3 466

Zdroj: metodika ESA95 podľa štvrtročných národných účtov a štatistika rodinných účtov, 2009

KAPITOLA 6: DOPADY A OPATRENIA

V čase krízy považujeme prijímanie správnych rozhodnutí za kľúčový predpoklad úspechu protikrízových opatrení. Dôsledky chýb sú nákladnejšie i viditeľnejšie než v čase hospodárskeho rastu. Zdravotná politika je komplexný multidisciplinárny odbor. Navrhujeme preto vytvorenie ZRAK-u, Zdravotníckej republikovej antikrízovej komisie ako platformy pre dosiahnutie odborného i politického konsenzu v chvíľach kritických aj pre slovenské zdravotníctvo.

V záujme zachovania solidárneho charakteru zdravotného poistenia považujeme za naliehavé pristúpiť k posilneniu finančnej i zdravotnej ochrany pacientov.

Kríza a jej hroziace dopady predstavujú presvedčivý argument, prečo robiť koncepčné zmeny v slovenskom zdravotnom systéme, ktorý dnes zaostáva v efektívnom využívaní zdrojov. Podľa štúdie Medzinárodného menového fondu (autori Verhoeven, Gunnarson a Lugaresi, 2007), ktorá hodnotila zdravotný systém na Slovensku z pohľadu efektívnosti a reformou, stále existuje priestor na zvyšovanie finálnych cieľov bez zvyšovania objemu zdrojov. Znamená to, že disponibilné vstupy (ľudská práca, odpisy, počet postelí, počet lekárov a podobne) síce produkujeme nákladovo efektívne, avšak systémová efektívnosť, ktorá vyjadruje transformáciu týchto vstupov, je nízka. Dôvodom je podľa štúdie zastaraný štandard v nemocniciach či nedostatočná vzdelanosť našich lekárov.

Autori štúdie nám s cieľom zvýšenia efektívnosti odporúčajú prijať nasledovné opatrenia:

- Zdržanlivosť vo výdavkoch na lieky
- Znížiť odkázanosť na nemocnice
 - Redukovať posteľe
 - Zaviesť tvrdé rozpočtové obmedzenia na nemocnice
 - Naštartovať privatizáciu nemocníc
- Opätovne zaviesť poplatky u lekára a v nemocniciach
- Podporovanie konkurencie a nákladovej efektívnosti
 - Podpora nákladovej efektívnosti u lekárov
 - Definovanie striktnejšieho základného balíka
 - Zvýšenie sily Protimonopolného úradu a posilnenie nezávislosti ÚDZS
 - Strániť sa zavádzania nových obmedzení na tvorbu zisku súkromných zdravotných poisťovní

S uvedenými návrhmi MMF sa dlhodobo stotožňujeme. Viaceré z nich sú návrhmi paradigmatických zmien s dlhodobými dopadmi a nepredstavujú akútnu a neodkladnú pomoc zdravotníctvu. V tejto kapitole preto prinášame aj návrh rýchlo implementovateľných opatrení s rýchlym dopadom na fungovanie a financovanie sektora.

6.1 VZŤAH ZDRAVOTNEJ POLITIKY A HOSPODÁRSKEJ POLITIKY

Zdravotná politika nie je izolovaným prvkom hospodárskej politiky, a preto jej parametre ovplyvňujú celkové podnikateľské prostredie. Financovanie zdravotníckeho systému cez odvody zdravotného poistenia je úzko späté s vývojom miezd a zamestnanosti. Poistné za svojich zamestnancov platia zamestnávateľa z hrubých miezd, a preto poistná sadzba a vymeriavacie základy priamo ovplyvňujú cenu práce. Každá zmena v nastavení parametrov zdravotného poistenia sa tak premietá do správania podnikateľských subjektov.

Zdravotníctvo je zdrojovo závislé od výkonu reálnej ekonomiky a preto by zdravotná politika nemala negatívne vplyvať na podnikateľské prostredie. Práve naopak, myslíme si, že zdravotná politika môže zlepšiť konkurenčné prostredie na Slovensku. Bolo by to zároveň v súlade s naším presvedčením, že nástroje na riešenie krízy na Slovensku neležia v rovine stimulácie domáceho dopytu, ale vo vytvorení lepších podmienok podnikania pre firmy a živnostníkov.

6.1.1 Zmeny v odvodovom zaťažení

Zdravotná politika by tak podľa nás mala zaujať podporné, nanajvýš neutrálne postavenie voči hospodárskej politike. Zásadným prínosom by bolo zníženie povinných odvodov na zdravotné poistenie podnikateľských subjektov. Takýto typ opatrenia by v časoch krízy privítali zamestnávateľa aj živnostníci. Každé zníženie poistnej sadzby o 1 percentuálny bod (povedzme z dnešných 14 na 13 %) by platiteľom odvodov ušetrilo 137 až 155 mil. eur (4,1 až 4,7 mld. Sk). Samozrejme, tieto zdroje by chýbali zdravotným poisťovniam, a tie by museli prispôbiť svoje výdavky takejto situácii. Regulátor by mohol implementácii tejto zmeny pomôcť reduk-

ciou rozsahu plne hradenej zdravotnej starostlivosti (viď kapitola 6.4.2 Zúženie rozsahu bezplatnej zdravotnej starostlivosti).

Na druhej strane možno vzniesť námietku, že práve v kríze, keď vplyvom zvýšenej nezamestnanosti a nižšieho rastu miezd klesajú príjmy zdravotných poisťovní, by sa odvody mali zvyšovať, aby sa zvýšenou sadzbou alebo zvýšením maximálneho vymeriavacieho základu kompenzovali výpadky z titulu oslabenia výkonu ekonomiky. Takúto zdravotnú politiku nepovažujeme za správnu. Zdroje zdravotníctva sú veľmi úzko späté s reálnou ekonomikou a zdražovanie ceny práce a komplikovanie podnikania môže viesť práve k opačným efektom. S rastom odvodového zaťaženia bude objem zdrojov do zdravotníctva klesať – z titulu legálneho aj nelegálneho vyhýbania sa platenia odvodov.

Bez iných systémových opatrení (odvodová neutralita alebo zúženie rozsahu) preto momentálne neodporúčame meniť poistnú sadzbu.

6.1.2 Zrušenie pracovnej zdravotnej služby

Príkladom zdravotníckeho opatrenia s podporným efektom na podnikateľské prostredie je zrušenie pracovnej zdravotnej služby. Na jednej strane predstavuje pracovná zdravotná služba pre časť poskytovateľov zdroj dodatočného príjmu, z pohľadu podnikateľov však zvyšuje ich finančné, časové a administratívne zaťaženie. **Odstránenie tejto bariéry by podnikateľom pomohlo znížiť náklady spojené s podnikaním.** Opatrenie si vyžaduje novelizáciu viacerých právnych noriem, vrátane zákonov (zákon č. 124/2006 Z. z., zákon č. 355/2007 Z. z. a vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 458/2006 Z. z.).

6.2 OCHRANA SPOTREBITEĽOV

Kríza zasiahne všetkých účastníkov systému, vrátane pacientov. Kým na jednej strane predpokladáme zvýšenie dopytu po zdravotnej starostlivosti hradenej z verejných zdrojov, spôsobené zhoršením sociálnej situácie obyvateľov, stagnácia objemu zdrojov v systéme povedú k predĺžovaniu čakacích zoznamov a tým i k zhoršeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Chýbajúci vykonávací predpis k regulácii čakacích zoznamov spôsobuje, že ich vedenie je netransparentné a nekontrolovateľné. **Zvyšuje sa riziko sťaženého prístupu pre slabšie sociálne skupiny**, ktoré si nemôžu dovoliť napr. platbu za prednostné ošetrenie, ak máme uviesť príklad legálnej hotovostnej platby. Spoluúčasť je i dnes skrytá za „dobrovoľné“ poplatky za telefonické objednanie či za vedenie zdravotnej dokumentácie.

V časti zameranej na zmiernenie dopadu krízy na poistencov navrhujeme štyri opatrenia:

- ochranný limit na spoluúčasť
- reguláciu čakacích zoznamov
- zvýšenie príspevku na zdravotnú starostlivosť pre občanov v hmotnej núdzi
- generickú preskripciu

6.2.1 Ochranný limit na spoluúčasť

Podľa predkrízového odhadu Ministerstva financií SR mali priame platby obyvateľov dosahovať v roku 2009 celkovo 1 166 mil. eur (35,1 mld. Sk), teda nominálne o 72% viac ako v roku 2005, keď boli v priamych platbách vo výške 20,4 mld. Sk zahrnuté aj príjmy z 20- a 50-korunových poplatkov (ktoré tvorili spolu 2,5 mld. Sk).

Keďže objem verejných zdrojov v ambulancijnej sfére bude približne konštantný, rast svojho príjmu môže poskytovateľ dosiahnuť zvýšením spoluúčasti pacientov. Ich schopnosť platiť však pri zhoršovaní sociálnej situácie v dôsledku hospodárskej krízy klesne.

Za prioritné preto považujeme – v záujme zachovania solidárneho charakteru verejného zdravotného poistenia – aby boli sociálne najzraniteľnejšie skupiny obyvateľov chránené pred katastrofickými nákladmi spôsobenými spoluúčasťou v zdravotníctve.

Limit ročnej kumulovanej výšky spoluúčasti zabráni riziku vážnych negatívnych dopadov krízy na zdravie populácie a splní poslanie zdravotníckeho systému, teda finančnú ochranu poistencov. Za katastrofické sa zvyčajne označujú dopady výdavkov, ktoré presahujú 40-percentný podiel z príjmu po odpočítaní nevyhnutných nákladov na živobytie.

Uvedomujeme si, že rozhodnutie o výške limitu bude do značnej miery politické, rovnako ako rozhodovanie o rozsahu tovarov a služieb, ktorých čerpanie sa bude počítať do limitu. Náš návrh je 240 eur/rok (7 230 Sk).

Realizácia opatrenia si vyžaduje novelu zákona o rozsahu, poistného zákona ako aj zákona o zdravotných poisťovniach. Skúsenosti so zavádzaním podobnej regulácie v Českej republike môžu urýchliť implementáciu u nás.

V Českej republike bolo takéto opatrenie zavedené od 1. januára 2008. Ročný limit 5000 Kč (v roku 2008 to bolo približne 200 eur) na poplatky a doplatky za lieky prekročilo v prvom roku približne 10 tisíc poistencov, hoci pôvodný odhad regulátora pri zavádzaní uvažoval o 200 tisíc poistencoch. *Per analogiam* by dopad na rozpočty zdravotných poisťovní bol v rádoch stoviek tisíc eur. Za túto cenu pritom toto opatrenie môže výrazne zvýšiť dôveru občanov v zdravotnícky systém a predstavovalo by dôležitú pozitívnu správu v atmosfére krízy.

6.2.2 Regulácia čakacích zoznamov

Hoci zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach predpokladá (v §6 ods. 12), že problematika čakacích zoznamov bude upravená vo vyhláske ministerstva zdravotníctva, zatiaľ nebol takýto predpis vydaný. Znemožňuje to efektívny dohľad nad dodržiavaním zdravotníckych zákonov, tvorcom zdravotnej politiky chýbajú spoľahlivé informácie o fungovaní systému a poisťenci nemajú jasne definovaný a vymáhateľný nárok voči verejnému zdravotnému poisteniu. Empirické zistenia hovoria o výrazných odlišnostiach v dĺžke čakacích zoznamov medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami i medzi jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami (viď napr. Rating zdravotných poisťovní 2008).

Vedenie transparentných čakacích zoznamov pritom umožňuje dosahovať rovnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a znižuje riziko diskriminácie pacientov pri regulácii dopytu.

6.2.3 Zvýšenie príspevku na zdravotnú starostlivosť pre občanov v hmotnej núdzi

Vláda má k dispozícii adresný nástroj, ktorým môže zmierniť sociálne dopady krízy v zdravotníctve na občanov v hmotnej núdzi. Nariadením vlády rozhoduje o výške príspevku na zdravotnú starostlivosť pre občanov v hmotnej núdzi a spoločne posudzované osoby (od r. 2006 je na úrovni 60 Sk/2 eurá mesačne). Každé zvýšenie tohto príspevku o 1 euro predstavuje dodatočnú záťaž pre štátny rozpočet približne 8 mil. eur ročne (240 mil. Sk). Využitie tohto nástroja preto odporúčame koordinovať s ďalšími protikrizovými ochrannými opatreniami v rezorte práce, sociálnych vecí a rodiny, ako i s ministerstvom financií.

6.2.4 Generická preskripcia

V roku 2005 bola v slovenskej legislatíve zakotvená generická substitúcia. Jej cieľom bolo umožniť poisťencom dostať sa ku generickým liekom s nižším doplatkom aj v prípade, ak im lekár predpísal niektorý z drahších liekov na trhu. Keďže na Slovensku existuje referenčný systém úhrad, zdravotná poisťovňa hradí rovnakú sumu za všetky generické lieky (teda lieky s rovnakým počtom a množstvom rovnakej účinnej látky v rovnakej liekovej forme) a celý rozdiel v cenách týchto liekov znáša pacient. **Napriek jej zavedeniu sa generická substitúcia v praxi často nevyužíva, čo je jedným z dôvodov pre zbytočne vysoké doplatky pacientov.** Dôvodom je o. i. závislosť na informovaní pacienta o tejto možnosti.

Na zníženie dopadov krízy a na umožnenie šetrenia na výdavkoch na zdravotnú starostlivosť je možné zaviesť generickú preskripciu, ktorá je bežná v niektorých štátoch (napr. Veľká Británia) a ktorú sa chystajú zaviesť aj v susednej Českej republike. **Generická preskripcia znamená predpisovanie liekov generickými názvami na rozdiel od súčasnosti, kedy sa lieky predpisujú podľa názvov produktov. Lekárnik potom v lekárni na základe receptu vydá pacientovi liek s najnižším doplatkom.**

Generická preskripcia prináša nasledujúce výhody:

- pre pacienta – ušetrí na doplatkoch
- pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – nemusia podrobne sledovať každé 3 mesiace kategorizáciu
- pre zdravotnícky systém - zníženie efektu marketingových aktivít farmaceutických firiem

Umožnenie generickej preskripcie si vyžaduje novelizáciu zákona č. 140/1998 Z. z. o lieku. Odhadujeme, že opatrenie by mohlo ušetriť pacientom na doplatkoch 10 až 20 % ich spoluúčasti, t. j. 15 až 30 mil. eur ročne.

6.3 KRÁTKODOBÉ STABILIZAČNÉ OPATRENIA

6.3.1 Poplatky za služby

súvisiace so zdravotnou starostlivosťou

Prijatie ochranného limitu pre spoluúčasť (viď kapitolu 6.2.1) umožní znovuzavedenie regulačných poplatkov, ktoré preukázateľne vedú k znižovaniu nadbytočného dopytu a predstavujú dodatočný zdroj financovania.

Na základe reálnych skúseností s poplatkami na Slovensku v rokoch 2003 – 2006, ako i na základe porovnateľných pozorovaní zo susedných krajín (Maďarsko, Česká republika) očakávame, že dôjde k poklesu dopytu po ambulantnej zdravotnej starostlivosti.¹²⁾ Po ich zrušení došlo opäť k rastu dopytu (Graf 7).

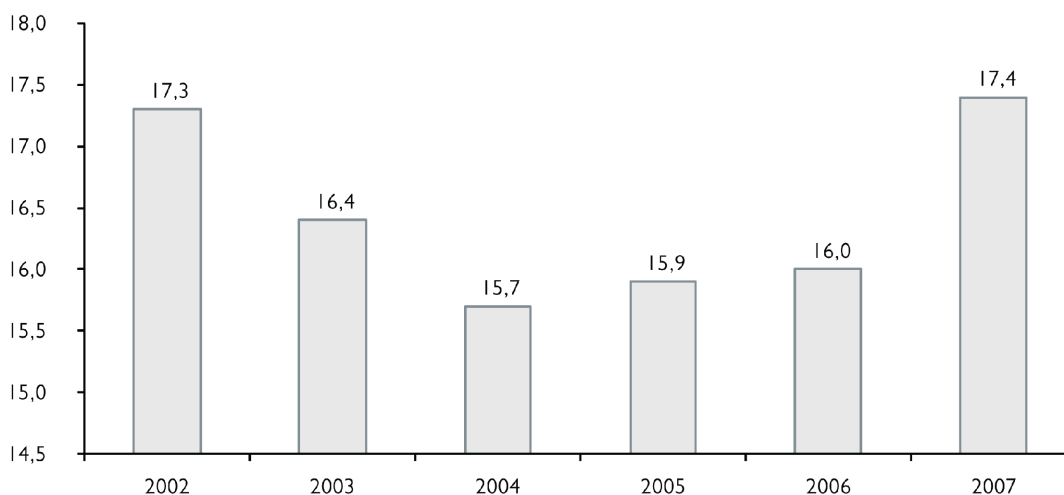
Podobne majú poplatky preukázateľný vplyv na neformálne platby v zdravotníctve.¹³⁾ Zavedením poplatkov prišiel očakávaný substitučný efekt, že ľudia nebudú pociťovať potrebu vyjadriť vďačnosť vo forme drobných pozorností, ak už raz legálne zaplatili.

Poplatky sú tiež transparentnejšie než súčasný systém „dobrovoľných“ platieb, ktorými niektorí poskytovatelia podmieňujú poskytnutie zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.

Navrhujeme nastavenie výšky platieb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou nasledovne:

- 1 euro (30 Sk) za lekársky predpis
- 1 euro (30 Sk) pri návšteve ambulancie
- 2 eurá (60 Sk) za lôžkodenň v nemocnici
- 5 eur (150 Sk) za pohotovosť

Graf 7: Vývoj počtu vyšetrení na poistenca v rokoch 2002 – 2007



Zdroj: VŠZP, 2008

12) V primárnej ambulantnej sfére sa na Slovensku medzi rokmi 2002 a 2003 znížil počet návštev o 10 %. To bolo významným faktorom poklesu predpísaných liekov, pretože na Slovensku až 95 % návštev pacienta u všeobecného lekára končí predpísaním lieku. Zavedenie poplatkov za recept u viac ako 20 % pacientov viedlo k požiadavke na predpísanie menšieho počtu receptov. Celkovo počet predaných balení poklesol medzi rokmi 2002 a 2004 o takmer 8 %.

13) Počet ľudí, ktorí ponúkli pozornosť u odborného lekára klesol v októbri 2003 v porovnaní s júnom 2002 o 22 % – vyše pätinu. V nemocniciach o štvrtinu a u zubára viac než o štvrtinu. Hodnota ponúkutej pozornosti klesla v priemere v nemocniciach o 40 %, u odborných lekárov o 23 % a u zubárov o 30 %.

Pri takomto nastavení by toto opatrenie pri-nieslo dodatočné zdroje vo výške 100 až 120 miliónov eur (3,0 až 3,6 mld. Sk) a pomohlo by tak zmierniť dopad stagnácie verejných zdrojov na poskytovateľov.

Uvedené platby za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou je možné stanoviť novelizáciou nariadenia vlády č. 722/2004 Z. z., čo nevyžaduje dlhý legislatívny proces.

Iné schémy poplatkov si vyžadujú dlhší legisla-tívny proces (novelizáciu zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu). V tejto súvislosti navrhujeme **umožniť prístup k ambulantnému špecialisto-vi aj bez odporúčacieho lístku – za vyššiu platbu za návštevu** (napr. 5 eur, čo je menej ako dnes rozšírená sadzba 10 eur za „prednostné vyšetrenie“).¹⁴⁾ Pre zamestnaných ľudí môže výpadok príjmu počas vybavovania odporúčacieho lístku znamenať vyššiu stratu než „pokuta“ za návštevu špecialistu bez odporúčania.

6.3.2 Prísnejšia kategorizácia liekov

Regulácia nárastu nákladov na lieky bude v nasledujúcom období kritickým faktorom na udržanie finančnej stability zdravotníctva.

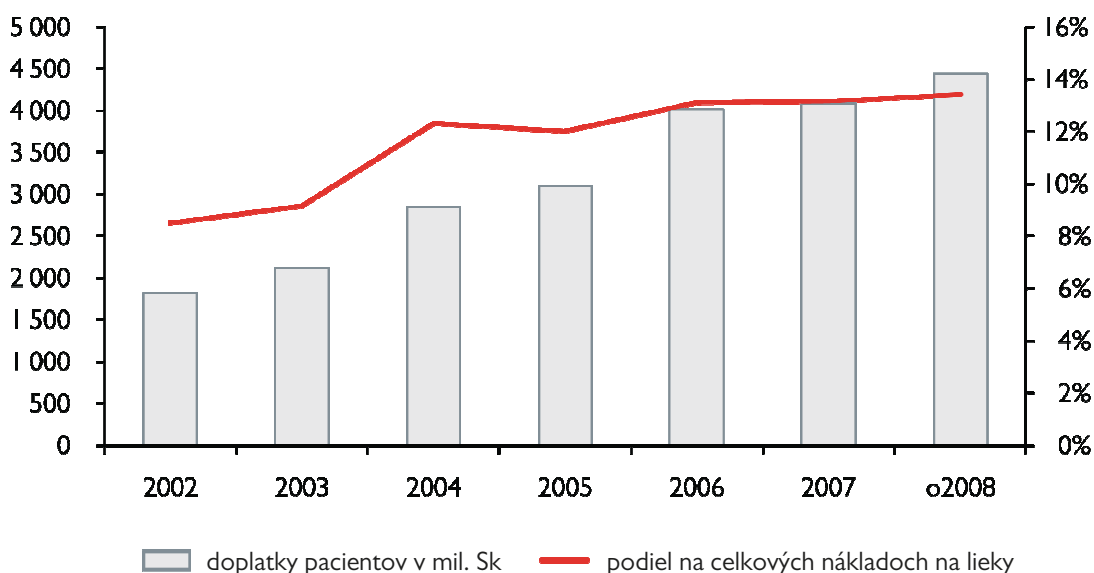
Hlavným prvkom regulácie by mal byť reštrik-tívny prístup kategorizačnej komisie pre liečivá.

Ministerstvo zdravotníctva propaguje každú novú kategorizáciu vyhlásením, o koľko viac liekov bude bez doplatku a koľkým liekom do-platok klesne. Takáto komunikácia však podpo-ruje finančne neudržateľné očakávania.

Údaje o vývoji doplatkov za lieky (Graf 8) ukazujú, že ľudia si na spoluúčasť pri liekoch zvykli a zníženie doplatkov na lieky nebolo sprevádzané poklesom celkových výdavkov obyvateľstva. To znamená, že ľudia zaplatili za lieky rovnako, len si za toto množstvo peňazí mohli dovoliť viac alebo drahšie lieky.

V mnohých prípadoch pritom ide o drahšie alternatívy rovnakej účinnej látky. Podobný

Graf 8: Vývoj spoluúčasti poistencov na lieky v rokoch 2002 – 2008



Poznámka: o – odhad

Zdroj: NCZI, 2008 a prognóza HPI, 2009

14) Inšpiráciu možno čerpať napr. z Nemecka, kde poistenci platia poplatok (Praxisgebühr) 10 eur kvartálne u všeobecného lekára, zubára a psychoterapeuta (pri prvej návšteve v kvartáli) a 10 eur za prvú návštevu u špecialistu, ak ho navštívia bez odporúčania.

obraz sa ukazuje aj pri trhu voľnopredajných liekov, ktorý rastie v posledných dvoch rokoch niekoľkonásobne vyšším tempom ako trh hrađených liekov (zdroj IMS). Problémom preto nie je výška samotnej spoluúčasti, a kategorizačná komisia by mala využiť tento potenciál na zefektívnenie alokácie týchto zdrojov.

Nové nákladné lieky by mali byť do kategorizácie zaraďované opatrnejšie než v predchádzajúcom období a kategorizačná komisia by mala prehodnotiť aj už zaradené lieky a vyhodnotiť, či predelené bonusy úhrad liekov s lacnejšími alternatívami zodpovedajú ich klinickému benefitu. Ministerstvo zdravotníctva naznačovalo od nástupu novej vlády na niekoľkých verejných fórach zavedenie prísnych pravidiel bonifikácie liekov s lacnejšími alternatívami pre to isté ochorenie. Toto opatrenie môže pre mnohých pacientov znamenať výmenu liečby za cenovo dostupnejšiu, preto sa pochopiteľne stretne s negatívnou odozvou na strane výrobcov, poskytovateľov aj pacientov. Kríza však prináša príležitosť na zdôvodnenie aj takéhoto nepopulárneho kroku, ktorý by znamenal významnú úsporu v nákladoch na lieky.

Dopady tohto opatrenia nie je možné odhadnúť, lebo výška tejto úspory je veľmi závislá od miery, s akou sa k reštrikcii pristúpi.

V dostatočne radikálnom prevedení je možné očakávať pokles vo vývoji nákladov na lieky. **Pri zohľadnení časového hľadiska sa však tento efekt môže začať najskôr prejavovať až v poslednom kvartáli roku 2009.**

Reštriktívnu liekovú politiku na strane kategorizačnej komisie považujeme za nevyhnutné opatrenie v čase krízy a miera reštrikcie alebo benevolencie kategorizácie bude mať zásadný vplyv na finančnú situáciu v zdravotníctve v nasledujúcom období.

6.3.3 Ambulantný liekový formulár

Ďalšou možnosťou regulácie nákladov na lieky je zavedenie ambulantného liekového formulára (ALF). **Ambulantný liekový formulár predstavuje zúžený zoznam liekov, ktoré má lekár preferovať pri preskripcii. Použitie liekov mimo tohto formulára je buď úplne zakázané, alebo ho lekár musí vopred či dodatočne zdôvodniť.** Na rozdiel od zmeny kategorizačného zoznamu, úhrady liekov nezarađených vo formulári zostávajú zachované, preto pri individuálnej potrebe pacient nie je vystavený vyšším výdavkom. Negatívom je náročnejšia administrácia opatrenia, ako i hrozba nesúladu s európskym právom.

ALF je pritom možné považovať za čisto protikrízové opatrenie a jeho platnosť môže byť obmedzená na zlú makroekonomickú situáciu. Liekový formulár nie je pre Slovensko novinkou. ALF bol prvýkrát úspešne realizovaný na prelome rokov 1998/1999. Druhý pokus z roku 2001 už úspešný nebol. Vtedy VŠZP presadzovala, aby lekári prioritne predpisovali 1 080 z celkového počtu 8 800 liekov.

Toto opatrenie je možné zaviesť dobrovoľne (na úrovni zmluvných vzťahov jednotlivých zdravotných poisťovní v podobe úprav zmlúv s poskytovateľmi) alebo ako povinnú náležitosť zmluvy novelizáciou zákona č. 581/2004 Z. z. o rozsahu. Efekt opatrenia je opäť závislý od miery reštriktívnosti zoznamu, formy povoľovania výnimiek a rýchlosti, s akou je ho možné zaviesť do praxe. Samotné vytvorenie ambulantného formulára a jeho legislatívne alebo právne ukotvenie bude časovo náročné a nie je pravdepodobné, že jeho efekt sa prejaví už v roku 2009. Rovnako ako predchádzajúce opatrenie, bude sprevádzaný negatívnym prijatím na strane poskytovateľov, pacientov aj výrobcov a do istej miery aj zdravotných poisťovní. Pre poisťovne (napriek úsporám) bude ALF znamenať vyššie administratívne zaťaženie, ktoré vzhľadom na limit pre náklady na správu nie je možné financovať z dosiahnutých úspor.

Koncept ALF bude zrejme pozorne skúmaný z pohľadu dodržiavania Smernice Rady č. 89/105/EHS o transparentnosti pri rozhodovaní o zaraďovaní do úhradového systému. Kauza prípadného porušenia Smernice by sa však zrejme právne uzatvorila až po skončení krízy.

Ambulantný liekový formulár považujeme za účinné opatrenie, ktoré však prinesie množstvo technických problémov. Pri aplikácii reštriktívnej kategorizácie ho považujeme za menej dôležité opatrenie vzhľadom na prekryvajúci sa efekt, možnosť neskoršieho zavedenia a technickú náročnosť.

6.3.4 Limity na lieky, zdravotnícke pomôcky a SVaLZ

Ďalším stabilizačným opatrením môžu byť limity na výšku indukovaných nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky a SVaLZ pre predpisujúcich lekárov. Opäť ide o opatrenie, ktoré už bolo na Slovensku v istej forme aplikované. **Pri tomto opatrení sa pre každého lekára stanoví virtuálny objem finančných prostriedkov, za ktoré môže predpísať lieky, prípadne pomôcky alebo SVaLZ.**

Kritickým miestom pre objektivnosť tohto parametra je výpočet limitu. Tento môže vychádzať z objemu predpísaných liekov, pomôcok alebo SVaLZ v predchádzajúcom roku u toho istého poskytovateľa alebo zo štandardizovaných objemov, vypočítaných na základe preskripcie všetkých lekárov v danej odbornosti s prípadným zohľadnením rizika pacientov individuálneho poskytovateľa. Prvý spôsob prinesie menej problémov na strane lekárov, ktorých preskripčné správanie sa medziročne nebude musieť zásadne meniť (každý bude šetriť oproti minulému roku rovnako), avšak nenapráva nevhodné návyky pri preskripcii jednotlivých lekárov (dotkne sa málo efektívnych lekárov rovnako ako efektívnych).

Dôležitým prvkom limitov, od ktorého závisí aj úspešnosť efektu, je prítomnosť bonusov alebo malusov pri ich dodržiavaní poskytovateľmi. Efektívne limity zahŕňajú navýšenie platieb poskytovateľom pri nedosiahnutí limitu („rozdelenie sa o úsporu“) a ich zníženie pri jeho prekročení (poskytovateľ uhradí časť nákladov, o ktoré prekročil limit, „rozdelenie sa o stratu“). Aj keď liekové limity už na Slovensku existovali v rôznej forme, systém bonusov a malusov sa reálne nikdy neaplikoval. V Českej republike, kde boli zavedené aj pokuty za prekročenie, sa v roku 2006 podarilo vďaka liekovým limitom dosiahnuť medziročný pokles celkových nákladov na lieky.

Limity na lieky, zdravotnícke pomôcky a SVaLZ predstavujú účinné a rýchlo aplikovateľné riešenie na obmedzenie rastu nákladov. Na dosiahnutie efektívnosti je potrebné zaviesť aj systém bonusov a pokút. Poskytovatelia nemusia tento krok vnímať ako negatívum, pretože im naopak umožňuje rast príjmov pri nedosiahnutí limitu a takto vykompenzovať očakávaný nízky rast platieb od zdravotných poisťovní.

6.3.5 Rozbaľovanie balení liekov

Každoročne sa cestou lekární vyhodia desiatky ton nepoužitých liekov. Ak predpísané množstvo liekov prevyšuje pacientovu potrebu (napr. pretože na trhu neexistuje balenie s potrebným počtom dávok), dochádza k neefektívnemu použitiu zdrojov.

Rozbaľovanie balení liekov dnes nie je legislatívne možné. **Ak by lekárnici mohli rozbaľovať balenia a individuálne ich nastavovať podľa potrieb pacienta, ušetrili by pacienti aj zdravotné poisťovne.**

Návrh umožňujúci rozbaľovanie balení liekov je v legislatívnom procese v Českej republike. Úprava veľkosti pôvodného balenia (Verblisterung) sa používa napr. v Nemecku.

Pacient dostáva k vydaným liekom všetky potrebné informácie ako napríklad príbalový leták. Blistrovanie umožňuje vydávať pacientom individuálne balenia liekov na dni, týždne alebo mesiace, v súlade s preskripciou lekára. Takto individualizované balenia liekov prispievajú k lepšej compliance pacientov s chronickými ochoreniami.

Opatrenie je prevádzkovo a administratívne náročné a na jeho implementáciu je nevyhnutná novelizácia zákona č. 140/1998 Z. z. o lieku. Na druhej strane, prispelo by k zlepšeniu lekárskej starostlivosti a prinieslo by úspory v odhadovanej výške cca 2 mil. eur (60 mil. Sk) pre pacientov a cca 10 mil. eur (300 mil. Sk) pre zdravotné poisťovne.

6.3.6 Flexibilné cenové ustanovenia

Z dôvodu vysokej neistoty ohľadom príjmov **odporúčame zdravotným poisťovňam uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi na úrovni predchádzajúceho roka s využitím flexibilných cenových ustanovení.** Tie by mali zohľadňovať negatívnejšie dopady svetovej hospodárskej krízy. Pravdepodobnosť scenára väčšej odolnosti voči kríze je síce nízka (odhadujeme, že SR skončí medzi scenárom depresia a scenárom minimálny rast), ak by však tento scenár predsa len nastal, umožňovalo by to poskytovateľom určité navýšenie cien. Celkovú rezervu na takéto navýšenie odhadujeme na 94 mil. eur.

6.3.7 Rizikové kontrakty

Rizikové kontrakty predstavujú komplexnú formu limitov. **Ošetrojúci lekár uzavrie kontrakt na stanovený virtuálny objem finančných prostriedkov pre kmeň poistencov, o ktorých sa stará.** Je pritom zodpovedný nielen za kontrolu nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky a SvALZ-y, ale aj za ostatné, aj ďalšie

indukované náklady poistenca, ako je odoslanie k špecialistovi alebo na hospitalizáciu. Takýmto opatrením získava ošetrojúci lekár motiváciu na manažment liečby pacienta, ktorý je dnes často nedostatočný. Pacient je bežne ošetrovaný viacerými lekármi, ktorí svoju liečbu nekoordinujú a mnohé vyšetrenia sa vykonávajú opakovane.

Rovnako ako pri limitoch, aj tu je kritickým momentom forma výpočtu virtuálneho objemu. Tento musí vychádzať z rizikového profilu kmeňa poistencov, pričom demografické charakteristiky na určenie rizika ako vek a pohlavie, ktoré sa používajú pri stanovovaní rizika pri pre-rozdeľovaní zdrojov, sú nedostatočné. Nevyhnutnosťou pri stanovení finančného objemu je preto aj zohľadnenie chorobnosti poistencov (napr. na základe vybraných diagnóz (DCG) alebo užívaných liekov (PCG)).

Úspešnosť v kontrole nákladov je rovnako ako pri limitoch zdravotnou poisťovňou ohodnotená zvýšenou platbou poskytovateľovi. Na lepší manažment rizika je výhodné, ak rizikový kontrakt uzatvára s poisťovňou skupina poskytovateľov, ktorá vďaka väčšiemu kmeňu dokáže absorbovať prípadné extrémne náklady jednotlivcov v kmeni.

Rizikové kontrakty sú komplikovanejším riešením než limity, avšak pri dobrom nastavení prinášajú benefit poistencom (koordinovaná starostlivosť), poskytovateľom (vyššie príjmy vyplývajúce z bonusov pri lepšej kontrole nákladov) aj zdravotnej poisťovni (lepšia kontrola nákladov). Aj keď zavádzanie rizikových kontraktov je časovo náročné, jeho benefity sa prejavajú aj v inej ako finančnej rovine (klinický benefit pre pacienta) a preto toto opatrenie jednoznačne odporúčame.

V susednej Českej republike patria rizikové kontrakty už takmer 10 rokov medzi spôsoby úpravy zmluvných vzťahov medzi poskytovateľmi a poisťovňami. Takáto inšpirácia môže uľahčiť prípadnú implementáciu na Slovensku.

6.3.8 Nezavádzanie opatrení významne zvyšujúcich náklady počas krízového obdobia

Zavádzanie nákladných opatrení ako nové plošné očkovania a skrínigové vyšetrenia by sa malo odložiť na obdobie, keď na ne bude dostatok zdrojov. Samozrejmosťou súčasťou takýchto opatrení by mali aj potom byť analýzy nákladovej efektívnosti a dopadov na zdroje v zdravotníctve.

V tejto súvislosti považujeme za problematické rozhodnutia o rozšírení prevencie bez zverejnenia zodpovedajúcich analýz nákladovej efektívnosti (napr. vo februári 2009 schválená plošná kolonoskopická prehliadka alebo zmeny v očkovaní proti pneumokokom). V prípade použitia zdrojov štátneho rozpočtu určených na komplexné preventívne programy (23 mil. eur – 700 mil. Sk – v roku 2009) ministerstvo zdravotníctva dokonca pripúšťa, že nemá analýzu nákladovej efektívnosti týchto programov.

6.3.9 Novela Zákonníka práce

Dohoda premiéra R. Fica s Konfederáciou odborových zväzov zo 6. 2. 2009 zahŕňa o. i. príslub, že sa nebude otvárať Zákonník práce. Zdravotníctvu by však zmeny v pracovno-právnej legislatíve prospeli. Novela Zákonníka práce z roku 2007 obmedzila počet nadčasov. „*Nezohľadnila špecifická poskytovania zdravotnej starostlivosti*“ a „*neumožňuje odchýliť sa z navrhovaných ustanovení organizácie pracovného času ani prostredníctvom dohody sociálnych partnerov.*“ (M. Petko, prezident ANS, 12. 3. 2007). Nemocniciam tak vznikli dodatočné náklady a aj napriek tomu sú dnes nútené Zákonník práce porušovať. Bývalý riaditeľ FN v Trenčíne M. Chren konštatoval v októbri 2007, že počet zamestnancov na súlad so Zákonníkom práce by sa musel zvýšiť o 20 %. **Uvoľnenie režimu nadčasov by manažmentom nemocníc umožnilo realizovať kroky nevyhnutné na udržanie chodu ich zariadení.**

6.3.10 Degresívna obchodná prirážka v nemocniciach

Odporúčame ministerstvu zdravotníctva **neprijat'** navrhované zrušenie **degresívnej obchodnej prirážky na lieky v nemocniciach**, ktoré by pre nemocnice znamenalo dodatočné náklady vo výške 6 až 9 mil. eur ročne (180 až 270 mil. Sk) a zhoršilo ich hospodársku situáciu.

6.3.11 Odklad účinnosti výnosu o personálnych normatívoch

Medzi rýchlo implementovateľné opatrenia s okamžitým účinkom patrí novelizácia výnosu ministerstva zdravotníctva o minimálnom personálnom zabezpečení a materiálno-technickom vybavení poskytovateľov. Personálne normatívy majú nadobudnúť účinnosť už 1. júla 2009.

Najvýznamnejšiu úlohu pri vymáhaní normatívu budú hrať zdravotné poisťovne, ktoré môžu využiť selektívny kontraktng (viď 6.3.12). Hlavné slovo bude mať štátna VŠZP s najvyšším podielom na trhu (54,9 %).

V prípade poskytovateľov ústavnej starostlivosti by odklad účinnosti personálnych normatívov zmiernil mzdové požiadavky na zdroje nemocníc (viď 3.2.2). Takéto rozhodnutie predstavuje dve riziká:

- kompromitáciu kvality zdravotnej starostlivosti v situácii, keď budú poskytovatelia nútení k úsporným opatreniam,
- oddialenie nevyhnutnej reštrukturalizácie lôžkového fondu.

Kvôli týmto rizikám odporúčame uvedené opatrenie prijať len za predpokladu, že regulátor (resp. štát ako vlastník VŠZP) nemá záujem vymáhať personálne normatívy a ich porušovanie hodlá tolerovať podobne ako napr. pri Zákonníku práce. V takom prípade by boli zvýhodnení poskytovatelia porušujúci zákon a mohlo by dôjsť k netransparentnému a arbitrárnemu rozhodovaniu o redukcii siete.

6.3.12 Selektívny kontraktng

Selektívny kontraktng umožňuje zdravotným poisťovniam pristúpiť k redukcii kontraktov v tých regiónoch a špecializáciách, kde objem zmluvných kapacít výrazne prevyšuje normatív minimálnej siete. Napr. v prípade ambulantných kapacít ide najmä o Bratislavský a Košický samosprávny kraj. Pokles indukovaného dopytu, ako i pokles dostupnosti (predĺženie čakacích zoznamov) by tak zdravotným poisťovniam umožnil stabilizovať výdavky na ambulantnú i ústavnú starostlivosť. Obmedzenie počtu kontraktov umožňuje zvýšiť limity a zlepšiť ohodnotenie zmluvných poskytovateľov.

Pri selektívnom kontraktngu môžu poisťovne použiť personálne normatívy (viď 6.3.11) ako minimálne štrukturálne kritériá kvality, podľa ktorých uzatvárajú zmluvy.

6.3.13 Úprava preddavkov za poisťencov štátu

Štát platí zdravotným poisťovniam na preddavkoch za poisťencov štátu každý mesiac 1/12 sumy, schválenej na tento účel v štátnom rozpočte. Ak dôjde k rozdielu medzi plánovaným a skutočným počtom poisťencov štátu, korekcia sa vykoná v rámci ročného zúčtovania, ale až v októbri nasledujúceho roka.

Keďže v čase príprav štátneho rozpočtu na rok 2009 sa nezohľadňovali dopady hospodárskej krízy na zamestnanosť, preddavky vo výške 1/12 sumy vyčlenenej v štátnom rozpočte nebudú pokrývať odvody za poisťencov, ktorí prídu o zamestnanie. Hoci zdravotné poisťovne tieto zdroje získajú o rok pri ročnom zúčtovaní, výpadok týchto príjmov im môže spôsobiť problémy s finančnými tokmi (cash flow).

Celkový hotovostný výpadok môže dosiahnuť až 40 mil. eur za rok (1,2 mld Sk), keďže schválený rozpočet počítá s 1 161 mil. eur (35,0 mld Sk) a pri naplnení scenára depresie môže záväzok štátu dosiahnuť až 1 201 mil. eur (36,2 mld Sk).

Riešením problémov zdravotných poisťovní s finančnými tokmi je **naviazanie preddavkov štátu na skutočný počet poisťencov štátu**. Znamená to novelizáciu zákona o zdravotnom poistení a zákona o štátnom rozpočte. Štátny rozpočet by tak spomínaných 40 mil. eur uhradil zdravotným poisťovniam priebežne v tomto roku.

Uvedené zdroje budú najviac chýbať VŠZP. Tá sa už v roku 2008 sa pohybovala tesne nad hranicou platobnej schopnosti. Zmena systému prerozdelenia siete krátkodobo zlepší jej finančnú situáciu, avšak dopady krízy z hľadiska zvýšeného počtu poisťencov štátu a nižšej solventnosti podnikov môžu vytvárať veľmi veľký tlak na cash flow poisťovne. Predpokladáme, že VŠZP nebude môcť pokračovať vo svojej funkcii protektora štátnych nemocníc. Naopak, VŠZP si v predchádzajúcich rokoch nevytvorila dostatočné finančné rezervy a nezmenila zastaraný spôsob nákupu zdravotnej starostlivosti. V časoch krízy má tak veľmi obmedzené možnosti pružnej reakcie na vzniknutú situáciu.

6.3.14 Spojenie VŠZP a SZP

V kapitole 3.3 uvádzame, že jediným príjmom zdrojov v prerozdelení je Všeobecná zdravotná poisťovňa a až 54 % zdrojov ziskava od Spoločnej zdravotnej poisťovne. Zvýšenie podielu prerozdelenia v kombinácii so zhoršením výberu poisťného budú mať zásadný vplyv na hospodárenie zdravotných poisťovní, a v tomto kontexte najmä na cash flow VŠZP. Otázka spojenia oboch štátnych poisťovní sa tak podľa nás stáva ešte aktuálnejšou než v januári 2009, keď o takomto návrhu naposledy rokovala vláda. Ministerstvo zdravotníctva sa vtedy vysloviло proti zlučovaniu. **Argumenty, ktoré ministerstvo uviedlo v prospech zlučovania, však podľa nás výrazne prevažujú nad opačnými argumentmi, ktoré majú najmä technický charakter.** Navrhnuté a následne zavrhnuté riešenie spočívalo v zlučovaní oboch spoločností.

Existuje pritom technicky podstatne jednoduchšie riešenie – a to prevod poisťného kmeňa SZP do VŠZP podľa § 61 zákona 581/2004. VŠZP už takýto veľký kmeň mala v roku 2005 a prípadná veľkosť kmeňa teda nemôže byť argumentom proti prevodu. Po prevode poisťného kmeňa by SZP zanikla. Táto technika navyše ušetrí množstvo komplikácií, ktorým sa pri zlučovaní nedá predísť – ide najmä o otázku kompatibility informačných systémov a otázku integrácie dvoch organizačných štruktúr a obsadenia postov jednotlivými ľuďmi.

Ďalšou výhodou tohto riešenia je, že nie je potrebné meniť kvôli nemu legislatívu a operácia je vykonateľná v priebehu niekoľkých týždňov. Taktiež nie je potrebné vytvárať zbytočné sponzorské skupiny, riadiace tímy či analytické tímy, ako to v materiáli navrhuje ministerstvo. Úlohu by mal prevziať zdatný manažér „zmeny“ s malým implementačným tímom.

6.3.15 Zmrazenie miezd

Zmrazenie miezd zdravotníckych pracovníkov považujeme za nevyhnutné protikrízové opatrenie, ktoré sa odohráva v pracovnoprávných vzťahoch medzi poskytovateľmi a ich zamestnancami. Nemocnice na zvyšovanie miezd, typické pre posledné roky, nebudú mať dostatok zdrojov. Výnos o minimálnych personálnych požiadavkách bude pre viacerých poskytovateľov znamenať ďalšie zvyšovanie počtu zamestnancov bez zodpovedajúceho dodatočného finančného krytia. **V takejto situácii považujeme za maximálne dosiahnuteľné také zvýšenie miezd, ktoré bude kopírovať infláciu (o 3,5 %).** Je dôležité, aby túto skutočnosť akceptovali všetci sociálni partneri. Nerovnováha, ktorú by spôsobili neúmerné mzdové požiadavky, by mohla poškodiť zdravotníctvo ako celok.

6.3.16 Tlmenie sociálneho napätia

K očakávaniam zdravotníkov, že dôjde k ďalšiemu rastu miezd, prispieva viacero faktorov: prísľub bývalého ministra zdravotníctva Ivana Valentoviča o trojnásobných mzdách lekárov v roku 2010, podobne formulované požiadavky Slovenskej lekárskej komory (plat lekára 2900 EUR do roku 2013) a skúsenosť z posledných dvoch rokov, keď došlo k ich rýchlemu rastu (dvakrát +15 %).

Z dôvodu nedostatku zdrojov (viď 6.3.15) bude potrebné tieto očakávania tmiť a zamedziť tak sociálnemu napätiu v sektore. Bude potrebná presvedčivá komunikácia, ideálne v tripartitnej zhode. **Náhradou finančnej motivácie môže byť predstavenie dôveryhodného a relatívne rýchlo realizovateľného projektu zavedenia takých inovácií, ktoré prispievajú k spravodlivejšiemu prerozdeleniu a efektívnejšiemu využitiu zdrojov a s potenciálom k lepšiemu odmeňovaniu zdravotníkov v dohľadnej budúcnosti (eHealth, DRG, rizikové kontrakty).**

6.4 KRÍZA AKO PRÍLEŽITOSŤ NA ZAVEDENIE SYSTÉMOVÝCH ZMIEN

Kríza napriek svojim bezprostredným negatívnym dopadom predstavuje **priestor na uskutočnenie koncepčných reštrukturalizačných opatrení, ktoré sa dosiaľ odkladali najmä pre ich sociálne alebo politické náklady.** Takéto rozhodnutia sledujú dlhodobý cieľ udržateľnosti systému, prekračujúci rámec jedného či dvoch politických cyklov. Príležitosťou je jednoduchšie presadenie nepopulárnych opatrení, ktorých benefity sa prejavia až s väčším časovým odstupom než je volebné obdobie. **Naliehavé zmeny sú v čase krízy prijímané s väčším pochopením verejnosti než v časoch, ktoré spoločnosť nevníma ako krízové.**

Navrhované opatrenia môžu z dlhodobého hľadiska zlepšovať konkurenčné prostredie na Slovensku a zvyšovať robustnosť a udržateľnosť systému financovania zdravotníctva.

6.4.1 Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti

Hoci súčasťou reformných zákonov z r. 2004 bola i transformácia nemocníc zo štátnych príspevkových organizácií na štátne akciové spoločnosti, do júna 2006 sa stihlo transformovať len 5 štátnych zdravotníckych zariadení. Po voľbách v roku 2006 bola transformácia najprv odložená, neskôr úplne zastavená, a to bez odborného ekonomického odôvodnenia. Viedlo to k prehľbovaniu zadlženosti fakultných nemocníc a absencii dlhodobej vízie.

Odporúčame opätovne naštartovať proces transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. Tvrdé rozpočtové obmedzenia a transparentných pravidiel hospodárenia vytvoria tlak na nevyhnutnú reštrukturalizáciu

štátnych nemocníc, zlepšia platobnú disciplínu a umožnia do nich zaviesť chýbajúcu corporate governance. Zároveň je to priestor pre potenciálny vstup strategického investora do zdravotníctva, ktorý by nahradil chýbajúce investičné zdroje štátu.

6.4.2 Zúženie rozsahu bezplatnej zdravotnej starostlivosti

Stagnáciu, respektíve nedostatok verejných zdrojov v zdravotníctve môžu zmierňovať súkromné zdroje. **Navrhujeme zaviesť transparentnú finančnú spoluúčasť poistencov.**

Potreba stanovovať rozsah poistného plnenia vychádza z potreby finančnej udržateľnosti systému. Zmeny v štruktúre ochorení, demografických faktoroch, technologickom pokroku a rastúcich očakávaniach občanov nedokážu pokryť dostupné zdroje v plnom rozsahu. Ak má byť systém solidárneho zdravotného poistenia udržateľný, nemôže každý jeho klient pobeť bezplatnú zdravotnú starostlivosť v neobmedzenom rozsahu. Z toho vyplýva potreba obmedzenia (rationing).

Tzv. „tichý“ rationing sa stal vážnym etickým problémom a okrem iného i zdrojom korupcie. Arbitrážnosť takéhoto rozhodovania znamená, že nie všetci poistenci s rovnakou potrebou dostávajú zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu a kvalite. Existujú skupiny obyvateľstva, ktoré napriek formálnemu nároku na základný balík majú k nemu sťažený alebo znemožnený prístup.

Riešením je nahradiť tichý rationing explicitným rationingom, t. j. stanoviť jasné a transparentné pravidlá, platné pre každého účastníka systému, pri rešpektovaní medicínskych, etických a ekonomických kritérií, pričom sa musí zachovať kvalita zdravotnej starostlivosti (silný solidárny prvok systému: rovnaká starostlivosť na rovnakú potrebu).

Okrem domácich odborníkov upozornila na neudržateľnosť široko koncipovaného rozsahu bezplatnosti na jar 2002 aj Svetová banka. V hodnotiacej správe poukázala na to, že slovenská ekonomika si nemôže dovoliť poskytovať všetku starostlivosť bezplatne. Odporúčala, aby očakávania ľudí boli korigované jasným a jednoznačným definovaním, ktoré zdravotnícke služby budú hradené zo zdravotného poistenia a ktoré nie.

Zúženie rozsahu zaradila do programového vyhlásenia druhá vláda M. Dzurindu. V rokoch 2002 – 2006 pripravila legislatívne nástroje na znižovanie rozsahu (zákon o rozsahu a nariadenia vlády). Zákon o rozsahu rozdelil choroby na prioritné a neprioritné. Nariadenie vlády umožňuje spolplatiť liečbu neprioritných chorôb. Tento nástroj však dodnes nebol využitý.

So zavedením spoluúčasti počíta i programové vyhlásenie vlády R. Fica („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.“).

V čase krízy a stagnácie objemu zdrojov v zdravotníctve je otázka zavedenia transparentnej spoluúčasti aktuálna a naliehavá.

Zavedenie spoluúčasti je dnes možné prostredníctvom novelizácie nariadenia vlády č. 777/2004 Z. z., **ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia.** Stanovenie spoluúčasti formou pevnej sumy alebo percentuálneho podielu pri neprioritných chorobách je možné urobiť zmenou jedinej tabuľky v prílohe nariadenia.

V praxi ľahšie realizovateľné riešenie, ktoré si však vyžiada novelizáciu zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu, je **stanovenie spoluúčasti ako pevného percenta z ceny ambulatného ošetrovania** bez ohľadu na diagnózu.

Na ochranu poistencov pred katastrofickými dopadmi spoluúčasti by v oboch prípadoch slúžilo súčasné zavedenie ochranného limitu, (viď 6.2.1). Limit predstavuje garanciu ústavného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť od dosiahnutia hladiny finančnej spoluúčasti. Zákon by tak v súlade s nálezom Ústavného súdu č. 13/1994 stanovoval podmienky, rozsah a spôsob poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti.

6.4.3 Diagnostické a liečebné protokoly

K lepšej kontrole nákladov v zdravotníctve ako i k zvýšeniu garancie štandardu kvalitnej zdravotnej starostlivosti prispievajú štandardné diagnostické a liečebné protokoly. **Zdravotná starostlivosť na Slovensku vykazuje výraznú variabilitu v kvalite. Je nie pochopiteľné, že nie všetky postupy majú rovnakú účinnosť aj nákladovú efektívnosť. Stanovenie štandardnej starostlivosti a štandardného postupu zlepši kvalitu poskytovanej starostlivosti aj nastaví nákladovo efektívne procesy.**

Odporúčame postupne vypracovať protokoly pre najčastejšie a najnákladnejšie ochorenia v ambulatnej aj nemocničnej praxi. Protokoly by mala vydávať zdravotná poisťovňa a mali by byť založené na najlepších dôkazoch z literatúry a zároveň zohľadňovať princípy nákladovej efektívnosti. Protokoly sú prísne štruktúrované a obsahujú jednoznačný algoritmus postupov, ktorý je možné nasledovať, vrátane možných výsledkov vyšetrení, ktoré rozhodujú o ďalšom manažmente pacienta. Pri implementácii protokolov odporúčame spoločný postup zdravotných poisťovní v spolupráci s poskytovateľmi.

Diagnostické a liečebné protokoly

- garantujú ľuďom v rôznych regiónoch SR rovnakú starostlivosť na rovnaký zdravotný stav (kvalita ZS nezávisí od poskytovateľa alebo času, ale od zdravotného stavu pacienta),

- štandardizujú náklady, čím umožňujú odhadovať a plánovať náklady zdravotnej poisťovni na základe poznania zdravotného stavu svojho kmeňa,
- optimalizujú používanie finančných prostriedkov na zdravotnú starostlivosť tým, že preferujú účinnú a nákladovo efektívnu zdravotnú starostlivosť, umožňujú efektívnu spätnú kontrolu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Cieľom protokolov nemá byť presne nalinkovať to, ako má lekár pacienta liečiť. Protokoly sa nesnažia zohľadniť všetky okolnosti, ktoré sa môžu pri manažmente pacienta vyskytnúť, ale snažia sa zahrnúť najčastejšie prípady. Postup v súlade s protokolom sa preto nevyžaduje v 100 % prípadov, ale v závislosti od protokolu v rozpätí 80 až 95 %. **Lekár musí vedieť v jednotlivých prípadoch odôvodniť, prečo nepostupoval v súlade s protokolom.**

Takéto protokoly sú výhodné nielen pre nákupcu zdravotnej starostlivosti (ktorý vie, čo nakupuje) a pre pacientov (garantovaná štandardná zdravotná starostlivosť), ale aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí vedú pri spätnej kontrole alebo komplikáciách preukázať, že postupovali v súlade s dohodnutými protokolmi.

Medzi ochorenia, ktoré by mali mať pri tvorbe protokolov prioritu, sú onkologické ochorenia, diabetes mellitus 2. typu, dorzopatie, hypertenzia, dyslipidémia, bronchiálna astma, chronická obštrukčná choroba pľúc či vredová choroba.

Podmienkou na úspešnú implementáciu protokolov je pri ich tvorbe zohľadňovanie ekonomických možností Slovenska.

6.4.4 Zavedenie odvodovej neutrality

Kríza ukázala veľmi tesnú naviazanosť odvodov na mzdy. Aj z tohto dôvodu sú oprávnené úvahy o zvýšení robustnosti slovenského systému financovania zdravotníctva. Už sme spomínali

anticyklické pôsobenie platby štátu za svojich poistencov, ktoré sa týka približne 1/3 zdrojov zdravotného systému (**Rámček 4**). Zvyšné 2/3 zdrojov sú však naviazané výlučne na mzdy. Zároveň v zdravotnom poistení neplatí odvodová neutralita. Dnešný systém tak umožňuje migráciu pracovnej sily s cieľom optimalizovať odvody. Zo zamestnancov sa stávajú podnikatelia a z podnikateľov spoločníci spoločností s ručením obmedzeným.

Kríza prináša príležitosť nielen parametrických, ale aj paradigmatických zmien financovania zdravotníctva. Odvodová neutralita zabezpečí zjednotenie daňového základu s vymeriavacím základom zdravotného poistenia. Dnes ešte stále existuje veľa druhov príjmov, ktoré sú síce zdanené, avšak nepodliehajú odvodom. Jestvujú tiež príjmy, ktoré podliehajú odvodom, ale sú oslobodené od dane. Dôsledkom je motivácia k odvodovej optimalizácii, ktorá po daňovej reforme nahradila daňovú optimalizáciu. Daňová neutralita po zavedení daňovej reformy v roku 2003 znamená, že príjmy sú zdaňované rovnako bez ohľadu na druh príjmov (závislá činnosť, prenájom bytu či dividenda) a na režim, v akom sú dosahované (či je to zamestnanec, živnostník alebo obchodná spoločnosť).

Odvody sú však naviazané len na príjmy zo závislej činnosti a na základ dane z podnikateľskej činnosti živnostníkov. Odvodovou optimalizáciou osoby uprednostňujú dosahovanie takých druhov príjmov (napr. dohoda o vykonaní práce), resp. v takom režime (dividenda z s.r.o.), z ktorých sa odvody neplatia.

Zjednotenie daňového základu s vymeriavacím základom zdravotného poistenia by prinieslo administratívne komplikovanejší systém (napr. platenie zdravotného poistenia z úrokov), na druhej strane by došlo k výraznému posilneniu solidarity v systéme a k zjednodušeniu ročného zúčtovania, ktoré by sa vykonávalo ako súčasť daňového priznania.

Podľa prepočtov HPI by bolo možné pri zavedení odvodovej neutrality znížiť sadzbu zdravotného poistenia zo súčasných 14 % na 10 %.

6.4.5 Sporivé zdravotné účty

Sporivé zdravotné účty (health savings accounts – HSA) vznikli v USA ako kombinácia daňovo zvýhodneného sporivého účtu a zdravotného plánu s vysokou spoluúčasťou (high deductible health plan – HDHP). Zdravotné plány, založené na sporivých zdravotných účtoch, si našu pozornosť na Slovensku zaslúžia z troch dôvodov:

1. Podporujú tvorbu úspor na očakávané vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť v budúcnosti,
2. navádzajú spotrebiteľov na kontrolu zdravotných nákladov,
3. mobilizujú dodatočné zdroje v rámci zdravotníckych systémov.

Na sporivom zdravotnom účte sa kumulujú nielen prostriedky z osobných vkladov a úspor pacienta, ale aj subvencia z verejných zdrojov na základe prerozdelenia podľa indexu rizika (nielen demografické prediktory, ale aj prediktory zdravotného stavu – PCG, DCG). **Na účet sa pripíšu finančné prostriedky, o ktorých použití rozhoduje výlučne poistenc.** Sporivý zdravotný účet sa tak stáva rozhodovacím nástrojom nákupu zdravotnej starostlivosti, kde samotný poistenc rozhoduje o nákupe svojho zdravotného plánu. Nevyčerpané zostatky sa na účte úročia.

Dôsledná implementácia tohto konceptu znamená konkurenciu v rozsahu krytých zdravotných rizík a následnú konkurenciu vo výške poistného. Niektorí poistenci budú uprednostňovať menší rozsah s vyššou spoluúčasťou, iní zasa väčší rozsah s nižšou spoluúčasťou. Samozrejme, za inú cenu poistného. Postupné zavedenie sporivých zdravotných účtov pomôže nielen vláde vytvoriť dlhodobu stabilný a finančne udržateľný zdravotný systém, ale postupne môže preniesť rozhodovaciu právomoc za nákup zdravotnej starostlivosti na pacienta a na jeho preferencie. Tým sa stáva aj prípadné zvyšovanie spoluúčasti pacientov v budúcnosti politicky ľahšie priechodným.

6.4.6 eHealth

Na zavádzanie inovatívnych riešení do zdravotníctva je potrebná spoľahlivá informačná infraštruktúra. eHealth je príležitosťou pre zlepšenie monitorovania použitia zdrojov, zvyšovanie technickej i alokatívnej efektívnosti systému, budovanie kvality i spravodlivejšie odmeňovanie. Vládne i nezávislé analýzy sa zhodujú v konštatovaní, že Slovensko má hendikep v zavádzaní informačných technológií v oblasti zdravotníctva v porovnaní s inými krajinami Európy a sveta. Veľké množstvo teoretických plánov, programov a projektov vrátane medzinárodnej spolupráce v oblasti eHealth od polovice desaťročia zostáva v teoretickej rovine. Ide o projekt náročný na zdroje a príčinou stagnácie je nejasná otázka financovania.

Súčasný stav informatizácie zdravotníctva je dôsledkom dlhodobej absencie informatizačnej politiky vrátane krytia jej nákladov. Informatizácia zdravotníctva sa stala deklarovanou prioritou zdravotnej politiky vlády až v roku 2008. Ministerstvo zdravotníctva vtedy odhadlo výšku nákladov na vybudovanie infraštruktúry pre eHealth na 250 mil. eur pri päťročnej dĺžke budovania. „Strategické ciele eHealth“ čaká najprv štúdia vykonateľnosti a preukázania správnosti konceptu.

Je dôležité, aby sa projekt informatizácie zdravotníctva neobmedzil na technickú infraštruktúru, ale zohľadnil jeho obsah a funkcionality z pohľadu dlhodobých potrieb tvorcov zdravotnej politiky. Nevyhnutným predpokladom úspechu je predvídateľné a transparentné financovanie projektu.

To sa zatiaľ spoliehalo na zdroje z eurofondov, vláda by však mala zvážiť aj vyčlenenie rozpočtových zdrojov na deklarovanú prioritu. Do financovania eHealthu je možné zainteresovať aj súkromné zdroje, napr. zavedením poplatku za vedenie účtu poistenca alebo spoplatnením identifikačnej karty poistenca.

6.4.7 Oddĺženie

V roku 2009 sa má realizovať „Konceptia oddĺžovania zdravotníckych zariadení“ v objeme 266 mil. eur (8,0 mld Sk). Z troch alternatív oddĺženia ministerstvo zdravotníctva uprednostňuje návratnú finančnú výpomoc (NFV) zdravotníckym zariadeniam vo forme úveru od ministerstva financií pred dotáciou zo štátneho rozpočtu a zriadením agentúry na riadenie dlhu po vzore spoločnosti Veriteľ. Spoločným znakom všetkých troch alternatív je, že nemajú finančné krytie v štátnom rozpočte na rok 2009, ktorého dosiaľ navrhované parametre sú aj tak veľmi krehké a zrejme sa ich nepodarí naplniť. Ako potenciálne riešenia do úvahy prichádzajú mimorozpočtové zdroje, avšak dopady krízy môžu tieto zdroje napokon odkloniť iným smerom.

V zhoršujúcej sa finančnej situácii sa problémom stane dlh samotný (viď skúsenosti z obdobia od polovice 90. rokov do roku 2003), ktorý vedie k rastu cien vstupov a špirále ďalšieho zadĺžovania, ohrozujúceho chod zdravotníckych zariadení. **Odporúčame preto pristupovať k oddĺženiu, pričom sa prikláňame k osvedčenému modelu oddĺženia cez Konsolidačnú agentúru typu Veriteľ. Poskytnutie jedinečných mimorozpočtových zdrojov odporúčame podmieniť prijatím systémových opatrení zamedzujúcich ďalšiemu rastu dlhu** (viď 6.4.1 Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti). V prostredí tvrdých rozpočtových obmedzení sa znižuje pravdepodobnosť recidívy zadĺžovania. Potrebu riešiť príčiny tvorby dlhu, nie dlh samotný, konštatuje i vládou prerokovaná koncepcia oddĺžovania, ktorá podmieňuje poskytnutie návratnej finančnej výpomoci nemocniciam dosiahnutím ich vyrovnaného hospodárenia.

6.5 ZDRAVOTNÍCKA REPUBLIKOVÁ ANTIKRÍZOVÁ KOMISIA (ZRAK)

Navrhujeme zriadenie Zdravotníckej republikovej antikrízovej komisie (ZRAK), ktorá by ako poradný orgán ministerstva zdravotníctva a ministerstva financií poskytla platformu na odbornú diskusiu potrebnú na zodpovedné rozhodnutia pri úsilí čeliť dopadom hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo.

V komisii by mali zastúpenie:

- ministerstvo zdravotníctva
- ministerstvo financií
- zdravotné poisťovne
- profesijné komory
- združenia poskytovateľov
- pacientske organizácie
- odbory
- farmaceutický priemysel
- analytici a tretí sektor

Autori tejto publikácie sú pripravení poskytnúť svoje analytické kapacity takémuto projektu. Zároveň sa zaväzujú pravidelne aktualizovať prognózu vývoja a dopadov hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo a informovať o nej odbornú i laickú verejnosť.

Opatrenia majú rôzny charakter z hľadiska rýchlosti a náročnosti ich zavedenia. Nepovažujeme za pravdepodobné, že sa podarí urobiť zásadnejšie než len parametrické legislatívne zmeny s účinnosťou pred koncom roka. Zásadnejšie legislatívne zmeny považujeme za príležitosť pre koncepcnú reštrukturalizáciu, ktorej konkrétne návrhy by mali vziť zo širšieho odborného a politického konsenzu. ZRAK je pôdou na prípravu takéhoto konsenzu.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- Bleha, B. – Vaňo, B. (2007): Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2025 (aktualizácia). Infostat, Bratislava
- Databázy OECD.
www.oecd.org
- IFP: Makroekonomické prognózy.
<http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=112>
- IFP (2008): Napriek očakávanému spomaleniu porastie slovenská ekonomika najrýchlejšie v únii, Komentár IFP, 10. 12. 2008
- Návrh opatrení na zmiernenie dopadov globálnej finančnej krízy a hospodárskej krízy na zamestnanosť. Materiál na rokovanie vlády SR
<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/34E44F58F4968DA0C12575510050E94D?OpenDocument>
- Návrh opatrení vlády SR na prekonanie dopadov globálnej finančnej krízy. Materiál na rokovanie vlády SR
<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/E6E9A4A7ABF7FDF6C12574F80047C7F2?OpenDocument>
- Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2009 až 2011
<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/A4CCFE5312DD3C19C12574DE0044AB6B?OpenDocument>
- Návrh tretieho súboru opatrení na zmiernenie dopadov hospodárskej krízy. Materiál na rokovanie vlády SR
<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/79F08970EDB8D0D5C125755800349D7C?OpenDocument>
- NBS: Makroekonomické predikcie vybraných bánk
<http://www.nbs.sk/sk/menova-politika/vybrane-makroekonomicke-ukazovatele>
- Pažitný, P.: Stanovisko HPI k rozpočtu zdravotníctva na roky 2009-2011. IntoBalance 10/2008, Health Policy Institute
http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_10-2008.pdf
- Štatistický úrad SR: Databáza Slovstat
<http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=95>
- Trend (2008): S eurom mizne povest' lacného Slovenska. Oslabovanie českej koruny, zlotého a forintu potláča mzdovú konkurenčnú výhodu Slovenska. Trend, 17. 2. 2009.
<http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/s-eurom-mizne-povest-lacneho-slovenska/158558.html>
- HPI: Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať? Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025, Bratislava, 2008
- Návrh rozpočtu Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. na rok 2009
<http://www.vszp.sk/files/pripomienky/rozpocet/2009/Material.doc>

OPONENTSKÝ POSUDOK: MARTIN FILKO

Dokument "Slovenské zdravotníctvo 2009. Dopady krízy" nadväzuje na rámce zdravotnej politiky publikované autormi v predchádzajúcich rokoch. Okrem makroekonomických prognóz a odhadov budúcich príjmov a výdavkov obsahuje aj návrhy na prekonanie dopadov prebiehajúcej hospodárskej krízy.

Pri súčasnej neistote týkajúcej sa budúceho makroekonomického vývoja pokladám za korektnú a prínosnú prezentáciu jeho troch alternatívnych scenárov, spolu s porovnaním s oficiálnymi vládnyimi prognózami. Analýza senzitivity príjmov na ich základe poukazuje na stabilizačné aspekty súčasného nastavenia zdravotníckych financií. Objem peňazí v zdravotníctve v roku 2009 preto mierne porastie aj v prípade prepadu ekonomiky. Trošku mi chýba (aspoň mediánová) predpoveď na najbližšie 3 roky.

Aj podľa môjho názoru bude pre zachovanie stability poisťného systému potrebné relatívne obmedzenie dynamiky rastu jeho výdavkov. Aj v prípade „scenáru depresie“ však stále hovoríme o nominálnom raste disponibilných zdrojov, a teda aj priestore na mierny rast výdavkov.

Pri výdavkoch mi však chýba analýza alternatívnych scenárov podobným spôsobom, ako boli prezentované v prípade príjmov. Je tiež veľmi pravdepodobné, že sa nižší rast príjmov prejaví diferencovane v nižšom raste výdavkov v jednotlivých subsektoroch. Bude to však záležať na rozhodnutí jednotlivých poisťovní (najmä trhového lídra VŠZP) a v prípade liekov aj na rozhodnutiach regulátora. Preto pokladám prezentované čísla len za jednu z alternatív.

Súhlasím s implicitným názorom autorov dokumentu, že pre stabilitu systému bude kľúčový vývoj v subsektore lôžkových poskytovateľov a na trhu s liekmi. Privítal by som ale diskusiu alternatívnych opatrení v tejto oblasti, nielen obmedzenie sa na návrhy autorov. V nemocniciach je nárast výdavkov možné tmiť napríklad aj, a v prípade krízy možno najmä, opatreniami v oblasti obstarávania a prevádzkovej efektívnosti, skôr než reštrikciou miezd. Podobne pri liekoch pokladám v súčasnej situácii za efektívnejšie, spravodlivejšie a rýchlejšie realizovateľné opatrenia na strane ponuky (najmä dôkladné referencovanie cien liekov voči „lacným“ zahraničným trhom a relatívne prísne explicitne pravidlá pre vstup nových molekúl na trh) než na strane dopytu. Z dopytových opatrení by bola pravdepodobne najprínosnejšia autormi navrhovaná generická preskripcia (ak by sa prekonali praktické problémy spojené so vzdelaním lekárov a motiváciou lekárnikov). Naopak razantné zvyšovanie doplatkov za lieky pokladám za relatívne menej účinné a s možnými negatívnymi sociálnymi dopadmi.

Z tohto pohľadu zaujímavý je návrh na obmedzenie maximálnej výšky hotovostných výdavkov na zdravotníctvo. Prihováral by som sa skôr za pohyblivý limit (v zmysle napríklad „40%-ného podielu z príjmu po odpočítaní nevyhnutných nákladov na živobytie“ uvedeného v dokumente) než za fixnú hranicu. Rovnako by som si rád prečítal návrh autorov ohľadne procesného a inštitucionálneho zabezpečenia podobného limitu. V tejto súvislosti by som rád videl príspevok na zdravotnú starostlivosť (6.2.4) integrovaný s limitmi na spoluúčasť, namiesto jeho ad hoc zvyšovania.

Druhá časť dokumentu obsahuje takmer tri desiatky návrhov na zmeny v zdravotníctve. Väčšina z nich s krízou priamo nesúvisí (ako autori otvorene konštatujú), ale predstavujú štrukturálne opatrenia, ktoré sú dlhodobou agendou autorov. Uvedené konštatovanie nemení nič na veci, že sa jedná väčšinou o rozumné a prínosné návrhy, minimálne ako alternatívne riešenia. Vzhľadom na rozsah posudku sa budem venovať len tým opatreniam, ktoré pokladám za problematické.

Autori trošku dvojznačne rozoberajú otázku zníženia odvodovej sadzby, hoci nakoniec v častiach 6.1.1. a 6.4.4. odmietajú možnosť tohto zníženia bez rozšírenia odvodového základu alebo zúženia rozsahu zdravotnej starostlivosti.

Zavedenie niektorých opatrení by som zvažoval veľmi opatrne, a podľa môjho názoru potrebujú ďalšiu analýzu. Jedná sa najmä o flexibilné cenové ustanovenia a rizikové kontrakty. Hoci by prispeli ku stabilite poistného systému, udialo by sa tak presunom rizika na poskytovateľov. Istá mierna forma zdieľania rizika (ale skôr individuálneho ako systémového) môže prispieť k efektívnosti poskytovateľov, ale vo všeobecnosti je to skôr úlohou poisťovní. Navyše, v prípade výrazného systémového šoku (aký v súčasnosti zažívame) je z pragmatického hľadiska a z pohľadu verejných financií irelevantné, či bude potrebné sanovať systém zdravotného poistenia, alebo poskytovateľov.

Ak sa zmrazením miezd v nemocniciach (6.3.15) rozumie opatrnosť pri ich zvyšovaní, azda o úroveň inflácie, je možné o tom diskutovať. Celoplošné nominálne zmrazenie je však nespravodlivé a najmä, z hľadiska predpokladaného vývoja, pravdepodobne nie nevyhnutné.

Dve navrhované opatrenia pokladám v súčasnej situácii za kontraproduktívne. Zvýšenie poplatkov za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou nepokladám za natolko efektívny nástroj regulácie dopytu ako autori publikácie (čo neznamena, že nemôže fungovať pri presne vymedzených zdravotníckych službách s vysokou cenovou elasticitou). Obzvlášť v čase hospodárskych problémov by však viedli k zvýšeniu regresivity zdravotníckych financií a výraznému dopadu na rozpočty nízkopríjmových domácností. Sporivé zdravotnícke účty, teda forma vynúteného sporenia na hotovostné doplatky, majú podobné problémy s efektívnosťou a regresívnosťou, pričom ich využitie ako nástroja zmierňujúceho dopady starnutia obyvateľstva je iluzórne. Sporivé účty prinášajú aj praktické problémy spojené s administratívnou náročnosťou systému, jeho nákladnosťou a volatilitou finančných trhov. Nie je preto prekvapujúce, že sa v krajinách EÚ a OECD (s výnimkou USA) nevyskytujú.

Podobne nepokladám za prínosné vytvorenie ZRAK-u. Podobná komisia – ak by vôbec vznikla – by bola s najväčšou pravdepodobnosťou paralyzovaná skupinovým myslením, lobistickými záujmami a neschopnosťou dosiahnuť zhodu. Za oveľa prínosnejšiu pokladám verejnú diskusiu konkrétnych riešení, predkladaných a vyargumentovaných podobným spôsobom, ako tie, uvedené v tejto publikácii.

Ing. Mgr. Martin FILKO, MSc. je mladší výskumník a doktorand na Erazmovej univerzite v Rotterdame a poradca ministra financií SR.

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

OPONENTSKÝ POSUDOK: PETER FINĎO

VŠEOBECNÉ HODNOTENIE

Téma: Je v súlade so zameraním autorského kolektívu.

Formálne spracovanie: Publikácia je spracovaná prehľadne, text je zrozumiteľný a dobre formulovaný, štruktúra celej publikácie ako aj jednotlivých odsekov je systematická, nadpisy zodpovedajú textu príslušných statí.

Zámer publikácie: Prehľadne spracovať oficiálne stanoviská k výhľadom slovenského zdravotníctva v roku 2009, porovnať názory rozličných autorských subjektov a vyjadriť vlastné stanoviská. Aktualizovať pohľad na rok 2009, ktorý sa na začiatku prejavoval ako kontinuum predchádzajúcich rokov, ale postupom času v konfrontácii s realitou sa zmenil na sériu scenárov, ktoré sa od seba líšia vonkajšími ekonomickými okolnosťami a zaoberajú sa reakciou kompetentných štruktúr na jednotlivé scenáre v prostredí svetovej finančnej a hospodárskej krízy. Poukazuje na odlišnosti netrhového zdravotníckeho systému od trhu exponovanej prevažnej časti slovenskej ekonomiky. Navrhuje riešenia a diskutuje o ich účinnosti a akceptovateľnosti.

Odbornosť: Znesie medzinárodné porovnanie. Autor oponentúry navštívil množstvo inštitúcií v Európe, Spojených štátoch a na Novom Zélande, ktoré majú desiatky interných a externých spolupracovníkov. Obsah a formálne spracovanie tejto publikácie znesie konfrontáciu s podobnými výstupmi spomenutých organizácií. Obohatené je autorskými skúsenosťami so živým systémom, ktorého boli spolutvorcami.

Celkové hodnotenie: Publikácia je dôstojným dokumentom, ktorý odráža potrebu sebaopoznania slovenského zdravotníctva, potrebu hľadať riešenia, ktoré sú na hranici politickej akceptovateľnosti a navrhovať cesty, ako takéto riešenia presadiť. Publikácia je koncipovaná s nadhľadom a aj pri odlišnom názore oponenta na niektoré detaily, ktoré autori navrhujú môže byť pre erudovaného čitateľa zdrojom série poznatkov a inšpirácií.

POZNÁMKY

Na úvod poznamenávam, že autori sa asi cieľavedome vyhýbali konštatovaniu, že

- Slovensko má jeden z najlacnejších zdravotníckych systémov v civilizovanom svete, ak túto skutočnosť posudzujeme podľa % HDP, ktoré Slovensko spotrebúva na zdravotníctvo (5,8 %).
- Niektoré náklady na jednotlivé segmenty zdravotnej starostlivosti sú podmienené legislatívnymi zásahmi (počet kontaktov obyvateľov SR so zariadeniami primárnej zdravotnej starostlivosti kvôli Sociálnej poisťovni, opätovné zavedenie výmenných lístkov).
- Pomer nákladov na lieky a ústavnú starostlivosť je deformovaný konfliktom medzi nízkymi výdavkami na zdravotníctvo a požiadavkou (najmä lekárov, pacienti nie sú dostatočne informovaní) na poskytovanie zdravotníckych benefitov, ktoré sa dajú porovnať s tými, čo poskytujú vysokónákladové zdravotnícke systémy (napr. Nemecko – cca 10 % HDP).
- Štát sa zameril na elimináciu nákladov na lieky, ktoré sa tvoria na území SR, ale ponechal priestor výrobcovi, ktorí spontánne nemajú dôvod na korekciu cien svojich produktov

K časti 1.1 Vplyv svetovej hospodárskej krízy

- Riziká globálnych rozhodnutí: banky požadujú poistenie pohľadávok. Poistujúce agentúry z pohľadávok vylučujú tie, čo súvisia s príspevkovými štátnymi nemocnicami a zdravotnými poisťovňami.
- Štát výrazne potláča vnútorný trh. Napr. výdavky na rozličné služby nie sú daňovou nákladovou položkou (napr. za reštauračné služby).

K časti 3.1 Príjmy zdravotných poisťovní

Všade sa vynecháva platba zamestnávateľa, aj keď táto je výrazne vyššia, ako platba zamestnanca.

K časti 3.2 Výdavky zdravotných poisťovní

- Konštatuje sa, že ZP majú veľmi obmedzené možnosti ovplyvniť ceny liekov. V skutočnosti už vyše roka fungujú mechanizmy dohodnutých cien najmenej s dvomi zdravotnými poisťovňami, ktoré lieky skupiny A dodané ústavným lekárniam uhrádzajú priamo distribútorovi. Úspory sú neporovnateľné s kritizovanou 9%-nou maržou: s výrobcom sa dohodne nižšia cena a s distribútorom minimálna marža.
- 3.2.2 Lôžková starostlivosť: Je takmer neuveriteľné, že za 19 rokov od prvých tvrdení, že kapacita nerovná sa potreba a nerovná sa výkonnosť sa táto paradigma zachovala. Akcentovali ju chybné rozhodnutia manažmentu (napr. redukcia časti ošetrovacej jednotky, pričom sa zachovala potreba personálu a zníženie kapacity prinieslo zníženie príjmov). Poznámku o kapacitách spojím s poznámkou o SVaLZ-och. *Jedným z hlavných problémov v nemocniciach je dlhý interval medzi prijatím pacienta a stanovením diagnózy. Napriek tomu nemocnice pri vyšetreniach – najmä v oblasti zobrazovacích metód – súťažia s mimonemocničnými zariadeniami. Výsledkom pomalej diagnostiky je kumulácia pacientov, potreba väčších kapacít, väčšieho počtu „neproduktívneho“ personálu a pod. V nemocnici si nemá CT alebo MR zarobiť na seba prostredníctvom fakturácie na ZP, ale má byť súčasťou súkolia, ktoré na konci celého procesu generuje: správnu a rýchlo stanovenú diagnózu, na jej základe účinnú liečbu a vysoký obrat pacientov, keďže platba prichádza podľa počtu ukončených hospitalizácií. Udržiavanie kapacít a poddimenzovanie diagnostiky a často aj operačných sál vedie k stavu, ktorý intímne autori tejto publikácie poznajú.*

Nemocnice teda majú priestor, aby bez zvyšovania počtu personálu znížili svoje kapacity a zamerali svoje úsilie na rýchlu diagnostiku a liečbu. Pre ne nejestvuje väčšia hrozba, ako je ich vlastná organizačná kultúra.

K 9% marži: pri priemernej cene peňazí cca 6%/rok 9%-ná marža vystačí cca na 18 mesiacov. Aj distribútor má svoje náklady, preto už po cca 15 mesiacoch distribútor tvorí zápornú maržu.

- SVaLZ: Súhlasím s autormi. Problém vidím v skutočnosti, že možno až 50% vyšetrení zobrazovacími metódami sa vykoná zbytočne, pretože indikujúci lekári nepoznajú možnosti jednotlivých diagnostických metód a pacient vyžaduje ďalšiu diagnostiku. V laboratórnej diagnostike je to ešte horšie. Na druhej strane treba povedať, že tento problém sa nepodarilo vyriešiť nikde na svete.

K časti 6. Dopady a opatrenia

Od roku 1990 som sedel možno v desiatkach komisií a pracovných skupín, ktoré riešili neriešiteľné: v prostredí rozsiahlych systémových chýb zaviesť funkčné subsystémy, ktoré eliminujú negatívne účinky chybného systému. Doteraz najúčinnejšie zmeny sa odohrali v rokoch 2002 až 2005 (2006 už zmeny iba doznievali). To bolo jediné obdobie, kedy sa verejne diskutovalo a napriek tomu sa zmeny uskutočnili. Riešenia sú totiž známe a ide iba o to, či momentálni predstavitelia štátnej moci budú dostatočne osvietení, aby aj za cenu zníženia popularity dosiahli pre verejnosť prospešné ciele. Toto neočakávam.

K časti 6.2 Ochrana spotrebiteľov

Na poradovníky sa dá pozeráť cez prizmu okamžitej dostupnosti ako za socializmu alebo cez prizmu západoeurópskeho štandardu. V štátoch starej EÚ je polročný poradovník na elektívnu chirurgiu bežný. Okrem akútnych stavov sa na ambulantné vyšetrenie objednáva aj viac týždňov dopredu. Chúlostivé sú poradovníky pri riziku zameškania vhodného času na diagnostiku. Tu narážame na problém definície neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa hradí nad limit ZP. Riešením je väčšia zaangažovanosť ošetrojúceho lekára a jeho túžba po optimálnom manažmente svojich pacientov.

K časti 6.3.3 Ambulantný liekový formulár

Na Slovensku sa ambulantný liekový formulár chybne stotožňuje s liekovým formulárom, ktorý vydáva WHO pre krajiny tretieho sveta. Jeho presadeniu bráni najmä demagógia lekárov, bez ktorej by farmaceutické firmy nemohli svoje zámery presadzovať.

Ambulantný liekový formulár sa dá nahradiť návratom k referencovaniu podľa indikačných skupín. Ak sa stanoví skupina liekov s porovnateľným účinkom, chemickým zložením a pod. a určí sa jej jedna úhrada, automaticky sa „predražené“ lieky zo skupiny prestanú predávať alebo výrobca upraví cenu. Takto to fungovalo do roku 2002, hoci netvrdím, že to bolo bez chýb. Prechodné povolenie „rabatovania“ by možno zmäčkilo dôsledky zníženia max. ceny a/alebo úhrady bez obmedzenia dostupnosti liekov.

K časti 6.3.4 Limity na lieky, zdravotnícke pomôcky a SValZ

Limity na SValZ sú štandardnou súčasťou zmluvy ZP s poskytovateľom. Pri liekoch je problémom často neporovnateľný case mix; ak sa stanoví limit na pacienta v celonárodnom meradle, potom sa znevýhodnia pacienti aj lekári, ktorí majú alebo liečia ťažšie choroby. Spravodlivejší by mohol byť limit na diagnózu, ale to je ilúzia. Bonusy a pokuty: obidve preplatia farmaceutické firmy.

K časti 6.3.5 Rozbaľovanie liekov

Takýto prístup by znamenal, že vznikne úplne iná koncepcia lekárenstva. Dnes musí mať lekárňu laboratórium, potom by pribudla činnosť, ktorá sa u nás týka výrobného reťazca: išlo by o výrobu v rozsahu prebaľovania (aspoň tak si to vysvetľujem ja podľa znalosti zákona o lieku). Distribučná firma, ak chce prebaľiť liek, musí mať na to povolenie ministerstva zdravotníctva, samostatného odborného zástupcu, samostatné priestory, atď...

K časti 6.3.9 Novela Zákonníka práce

Úplne sa zabudlo na možnosti, ktoré dáva zákon o poskytovateľoch. V §10 ods. 2 sa hovorí: *Samostatná zdravotnícka prax podľa odseku 1 je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, ktoré prevádzkuje iný poskytovateľ na základe povolenia, ak v odseku 3 nie je ustanovené inak...* Lekári a sestry môžu pracovať na vlastnú licenciu ako zmluvní poskytovatelia a nie v pracovnoprávnom vzťahu. Takto to fungovalo napr. v Holandsku: v nemocnici pracovali kmeňoví lekári a lekári v zmluvnom vzťahu. V súkromných zdravotníckych zariadeniach sa takáto forma bežne praktizuje.

K časti 6.3.11 Odklad účinnosti výnosu o personálnych normatívoch

Odklad postihne najmä zdravotnícke zariadenia, ktoré fiktívne tvorili zisk, ale prestali poskytovať zdravotnú starostlivosť.

K časti 6.4 Kríza ako príležitosť na zavedenie systémových zmien

Pri zdrojoch, ktoré majú teraz nemocnice k dispozícii nie je potrebný strategický investor, ale zabezpečenie (nákup) kvalitného manažmentu (aj zo zahraničia). Nedostatok voľného kapitálu sa dá pokryť bankovými úvermi a lízingami, nedostatok financií na zabezpečenie ich plynulého toku nahradia debetné účty (kontokorent). Toto v praxi súkromných zdravotníckych zariadení extenzívne funguje aj bez zahraničných investorov.

K časti 6.4.3 Diagnostické a liečebné protokoly

Absolútny súhlas.

K časti 6.4.4 Zavedenie odvodovej neutrality

Paradoxný efekt sa dosiahne v najvyšších príjmových kategóriách. Spoločníci a vrcholový manažment sa prestanú zamestnávať a vyplatia sa z dividendy. Budú mať prakticky nulové daňové priznania a zaplatia iba minimálne odvody. Celý náklad bude 19 % korporátna daň a minimálne odvody.

K časti 6.4.5 Sporivé zdravotné účty

Pri útoky na DSS nevidím ich priechodnosť.

K časti 6.4.6 eHealth

Celosvetová ilúzia.

K časti 6.4.7 Oddĺženie

Asi sa odloží. Jestvuje aj model, ktorý pomôže vláde preklenúť 2-3 roky bez oddĺženia liekov.

K časti 6.5 Zdravotnícka republiková antikrízová komisia

???

MUDr. Peter FINĎO je výkonným riaditeľom spoločnosti Transmedic Slovakia, s.r.o.

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

OPONENTSKÝ POSUDOK: JÁN GAJDOŠ

Publikácia je nevyhnutným výsledkom diania v hospodárskej oblasti Slovenskej republiky a tým zároveň aj diania v slovenskom zdravotníctve. Dopady tejto krízy postihnú všetky články systému verejného zdravotného poistenia, o to viac, že kríza „našla“ zdravotníctvo v „nesúrodnom“ stave. A to práve v období, keď nekoordinovanými, v niektorých momentoch vynútenými protekcionárskymi regulačnými mechanizmami posledných dvoch rokov, dochádzalo k vyhrocovaniu vzťahov na úrovni všetkých článkov systému. O to výraznejší bude mať kríza dopad na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne a v konečnom dôsledku na občana, pacienta.

Publikácia prierezovo analyzuje postavenie Slovenska v prostredí rozbiehajúceho sa krízového „hurikánu“ z pohľadu prepojenia na svetový trh, na Európske hospodárske spoločenstvo, ale aj z pohľadu politického (veľmi dôležitého). Cez očakávané parametre makroekonomických ukazovateľov (výkonu ekonomiky, trhu práce, vývoja mzdy) deklaruje očakávaný vývoj v troch scenároch:

- scenár depresie,
- scenár minimálneho rastu,
- scenár väčšej odolnosti voči kríze.

Kvalifikovane analyzuje príjmy a výdavky v zdravotnom poistení podľa jednotlivých, rozhodujúcich položiek, ako aj očakávaný dopad prerozdelenia na príjmy jednotlivých zdravotných poisťovní. V rámci komplexnosti hodnotenia vývoja zdrojov analyzuje aj kapitoly Ministerstva zdravotníctva SR, vyšších územných celkov, eurofondy ako aj súkromné zdroje - výdavky v domácnosti.

Autori sa opierajú o racionálne odhady, čo je dôležitým predpokladom pre definovanie a ekonomické vykreslenie dopadov, ako aj návrhov opatrení.

Je to jedna z najlepších publikácií HPI, ktorá na základe relevantných ukazovateľov hodnotí stav a navrhuje riešenia, ktoré majú svoje miesto aj v systémoch zdravotného poistenia v zahraničí.

Vzhľadom na to, že nabíehanie depresie v systéme verejného zdravotného poistenia kopíruje dopady krízy s primeraným časovým sklzom, publikovanie tejto problematiky je práve aktuálne. Dáva dostatočný priestor na prijatie opatrení cez rôzne mechanizmy regulačného, legislatívneho i právneho charakteru. Je však na mieste otázka, či bude vôľa na jednotlivých úrovniach konať. Je na všetkých, v prvom rade na Ministerstve zdravotníctva SR, zdravotných poisťovniach, profesných a stavovských organizáciách, poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ako sa s ňou vysporiadajú.

Je tu však ešte jeden moment, na ktorý netreba zabudnúť, napriek tomu, že zo zákona je jasné, aké má regulačný úrad v systéme verejného zdravotného poistenia kompetencie. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má v období krízy konať viac ako štandardne. Práve úrad v tomto období musí v záujme pacienta zaostriť drobnohľad, aktívne regulovať dianie, odfiltrovať „balast“ a ukázať nezávislosť. Platobná schopnosť, výber poistného, vymáhanie pohľadávok, zmluvné vzťahy a pod. sú len niektorými závažnými oblasťami v jeho činnosti.

Depresia v oblasti zdrojov, zhoršenie platobnej schopnosti budú len indukovať tlak na nelegálne či netradičné (ale už známe) procesy ako „cashovanie“ pacientov, tovarový barter a pod.

Kríza prináša so sebou veľa negatívnych dopadov. Napriek tomu určite bude mať minimálne jeden kladný prínos: nastaví zrkadlo všetkým procesom v zdravotníctve: dobrým, zdravým, užitočným a zlým, chorým, neužitočným. Nestačí sa však len dívať, choré treba vyliečiť. A v tejto publikácii je návod.

Ďakujem autorom za perfektný návod.

MUDr. Ján GAJDOŠ je námestník pre stratégiu zdravotnej poisťovne Apollo.
Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

OPONENTSKÝ POSUDOK: MARTIN HARGAŠ

Autori nám prinášajú veľmi kvalitný materiál zaoberajúci sa stavom financovania systému zdravotníctva na Slovensku. Veľmi oceňujem, že oproti ich minuloročnej štúdii „Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011“ obsahuje táto publikácia oveľa viac analytických hodnotení, identifikácií problémových oblastí a zároveň aj návrhov riešení.

Okrem už obvyklej súčasti publikácie, ktorou sú výpočty finančného rámca systému (kde súhlasím aj s hlavnými predpokladmi a posúdeniami finančného dopadu oslabenia ekonomiky), za najhodnotnejšie časti považujem práve ich konkrétne návrhy, najmä:

- zostavenie antikrizovej komisie, ktoré by mohlo byť oficiálnym fórom napomáhajúcim rozvoju zdravotníctva do budúcnosti nielen počas krízového obdobia,
- návrh spôsobu riešenia novej fúzie VŠZP a SZP, ktorým jednoducho prebývajúce argumenty Ministerstva zdravotníctva vystupujúce proti takému kroku,
- viaceré návrhy v oblasti liekovej politiky (prísnejšia kategorizácia liekov a generická preskripcia), keďže z vývoja nákladov na lieky na Slovensku a z porovnania cien liekov u nás a v zahraničí je zjavné, že súčasné opatrenia sú nedostatočné,
- opätovné zavedenie spoluúčasti pacienta za návštevu lekára a zvýšenie poplatku za recept, keďže sú i podložené konkrétnymi pozitívnymi dopadmi ich zavedenia v minulosti.

Viacere ďalšie z prezentovaných systémových vylepšení môžu byť rovnako hodnotné (limity na indukované náklady, rizikové kontrakty), no obávam sa, že bez úpravy pravidiel pre minimálnu sieť, ustanovenia vzájomnej povinnosti uzatvoriť zmluvu medzi poskytovateľom a poisťovňou a/alebo upravenia profesijnými združeniami zabehnaného kartelového spôsobu rokovania o zmluvných podmienkach so zdravotného poisťovňami, sú zväčša (minimálne súkromnými) ZP ťažko realizovateľné.

Flexibilné cenové ustanovenia

Navrhované použitie flexibilných cenových ustanovení považujem za užitočné nielen v čase krízy a mohlo by pomôcť znížiť informačnú asymetriu počas rokovania medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Ak však má slúžiť na správne nastavenie medziročných cenových nárastov, tak budú musieť aj zainteresovaní zo strany poskytovateľov chcieť rozumieť rámci, v ktorom sa ekonomika zdravotnej poisťovne pohybuje, kde najmä lieky, ale aj iné indukované náklady môžu rásť výrazne rýchlejšim tempom než rast príjmov jednotlivých zdravotných poisťovní. Pri tohtoročnej predpokladanej stagnácii príjmov by teda zmluvné podmienky viacerým skupinám poskytovateľov mali byť oproti predchádzajúcemu roku nie stabilné, ale znížené, inak sa vytvorí výrazný deficit na strane zdravotných poisťovní (pretože aj keď celkovo príjmy z poistného môžu v roku 2009 mierne vzrásť tak, ako predpokladá táto štúdia o 1 – 4 %, tak po novom prerozdelení budú mať súkromné poisťovne na poistenca rovnako ako minulý rok, ak nie menej).

Sumár príjmov zdravotných poisťovní

V bode 3.1.5 autori uvádzajú argument, že napriek relatívne veľkým rozdielom v makroekonomických predpokladoch jednotlivých scenárov, nie je rozdiel v celkových výnosoch zdravotných poisťovní adekvátne veľký. Ako dôvod uvádzajú stabilizačný vplyv platieb štátu. S vplyvom platieb štátu súhlasím, no nesúhlasím s istou banalizáciou rozdielu v príjmoch vyplývajúcich z jednotlivých ekonomických scenárov. Rozdiel predpokladaných príjmov medzi scenármi 1 a 3 totiž reprezentuje 6,6 % ročného poistného. Takýto rozdiel by pri rovnakých podmienkach pre poskytovateľov bez ohľadu na vývoj ekonomiky mohol znamenať nielen formálnu platobnú neschopnosť (podľa pravidiel platných do konca roku 2008), ale aj praktickú insolventnosť, a zároveň aj zápornú hodnotu vlastného imania viacerých zdravotných poisťovní.

Zmena definície platobnej schopnosti

Autori sa z časti venujú aj dopadu legislatívnych zmien prijatých pre rok 2009, avšak len tým, ktoré vstupujú do výpočtov zdrojov, a to zmenenej sadzbe poistného štátu a výške prerozdelenia. Nespomenuli však vôbec ďalšiu významnú zmenu systému platnú od tohto roku, a to zmenu pravidiel pre platobnú schopnosť zdravotných poisťovní.

Predchádzajúce znenie zákona obsahovalo pre zdravotnú poisťovňu povinnosť mať výšku vlastného imania minimálne vo výške 3 % ročného poistného. Túto podmienku musela zdravotná poisťovňa spĺňať aj objemom peňažných prostriedkov na účtoch (vrátane možných investícií).

Nové znenie zákona zaviedlo však slabulinké, priam smiešne pravidlá. Tie stabilitu systému verejného zdravotného poistenia ohrozujú a robia z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou úplného štatistu. ÚDZS sa po novom bude môcť len prizerať tomu, ako nejaká zdravotná poisťovňa môže mať nulové, či záporné vlastné imanie a jej schopnosť platiť bude ako-tak ešte stále pretrvávajúť len vďaka pol- až jednomesačnému predstihu príjmov pred výdavkami vzťahujúcimi sa k tým istým poisťencom za to isté obdobie (t.j. len vďaka požičaným peniazom, predfinancovaniu).

Veď ako inak mám nazvať pravidlo, ktoré označuje zdravotnú poisťovňu platobne neschopnou až vtedy, keď päť mesiacov po sebe vykazuje záväzky vždy aspoň 30 dní po splatnosti. To môžem porovnať situácii, keby mala Národná banka Slovenska možnosť zasiahnuť voči banke až vtedy, keby sa klienti k svojim peniazom nevedeli dostať niekoľko týždňov. Tak ako pre NBS je samozrejmé sledovanie percenta kapitálovej primeranosti bánk a miery platobnej schopnosti komerčných poisťovní preto, aby mohli včas svojimi právomocami zasiahnuť a zabrániť väčším škodám, tak pre ÚDZS by malo byť rovnako umožnené sledovať kapitálovú vybavenosť zdravotných poisťovní (a povedzme aj ich likviditu) prostredníctvom zákona. Komu takáto zmena zákona mala údajne prospieť, autori vlastne aj naznačujú v texte v časti 6.3.13. No zo strany ministerstva zdravotníctva, ktoré takéto znenie zákona presadilo, ide o veľmi krátkozraké riešenie, ktoré so sebou prináša systémové riziká.

Úspešnosť výberu – korekčný faktor

Na rozdiel od minuloročnej publikácie „Základné rámce zdravotnej politiky 2008 – 2011“ sa autori zriekli odhalenia jedného z kľúčových parametrov vstupujúcich do prepočtov odhadov odvodov za zamestnancov, či SZČO. Skrytý zostal tzv. „korekčný faktor“ vyjadrujúci úspešnosť výberu a časť miezd (ne)prevyšujúcu odvodový strop. Čitateľ si ho tak musí dopočítať, hoci je nevyhnutným na posúdenie realistikosti prezentovaných prepočtov. Pre rok 2008 HPI predpokladal 90 % korekčný faktor pre zamestnancov (t.j. skutočný priemerný výber poistného za zamestnanca sa rovná 90 % toho, čo je výsledkom jednoduchého násobenia priemernej mzdy a sadzby poistného). V tohtoročnej publikácii sú však podľa mojich prepočtov použité výrazne nižšie čísla aj pre samotný rok 2008, konkrétne 87,5 %, a to napriek tomu, že naša ekonomika fungovala ešte veľmi dobre a očakávaná platobná disciplína nebola narušená. Autori mali vysvetliť takúto výraznú zmenu v prepočtoch. V tejto súvislosti je zaujímavé uviesť, že korekčný faktor pre jednotlivé scenáre roku 2009 je logicky odlišný (podľa rozsahu dopadu krízy), a to pre zamestnancov 82,7 % – 84,8 %, podľa scenára. V porovnaní s východným rokom 2008 – tak ako je odhadovaný v tohtoročnej publikácii – sa tak implicitný pokles úspešnosti výberu o 2,7 % – 4,8 % mne javí ako realistický.

Mgr. Martin HARGAŠ je finančným riaditeľom dvoch poisťovní: komerčnej i zdravotnej poisťovne Union. Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

OPONENTSKÝ POSUDOK: EDUARD KOVÁČ

VŠEOBECNÉ PRIPOMIENKY

Stotožňujem sa s autormi, že vplyv krízy pocítíme všetci. Preto by sme všetci proaktívne mali navrhnúť kroky, na minimalizovanie dopadov krízy. Je dobré, že aj autori navrhujú postup „spoločnými silami“ – čo v minulosti nebolo u nich pravidlom. Predkladajú 30 opatrení na minimalizovanie dopadov krízy. Niektoré treba prijať bezodkladne o ďalších treba diskutovať – a to čím skôr.

Práca dostatočne podrobne analyzuje prostredie a predkladá prognózy. Sústreďuje sa prioritne na ekonomické aspekty a v tomto rámci sú aj navrhované opatrenia. Takmer by mohol vzniknúť dojem, že ak sa prijímú opatrenia, ktoré zabezpečia dostatok financií, tak sa vymaníme z krízy. Nedomnievam sa, že to postačí.

Práca opomenula, že nielen financie nám robili a robia problémy. Ale aj chýbajúca motivácia, hlúpe a nepoctivé rozhodnutia ľudí. A to musíme zmeniť! Aby sa oplátilo neklamat' a nekradnúť. A to na všetkých úrovniach. Tu musí prísť ďalšia séria konsenzuálnych opatrení „sektorových hráčov“. Apelujem, aby kríza bola pre nás výzvou:

pre nás – poistencov (pacientov)

v prípade potreby našou prvou „zastávkou“ musí byť ošetrujúci lekár (všeobecný lekár pre dospelých resp. pre deti a dorast). Až s jeho odporúčaním návšteva špecialistu. A až s jeho odporúčaním hospitalizácia. Buďme dôslední v absolvovaní pravidelných preventívnych prehliadok u našich ošetrojúcich lekárov. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti rozmyšľajme viac nad našimi povinnosťami ako právami. Nezásobujme sa liekmi. Uprednostňujme kvalitu zdravotnej starostlivosti pred jej dostupnosťou. Uvedomme si, že ak nebudeme platiť poisťné, bude to mať dopad na dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Využívajme viac informácie a poradenstvo našej zdravotnej poisťovne.

pre nás – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

nezabúdajme na vykonávanie dôslednej anamnézy. Nesuplujme ju sériou laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení. Dobre si zvažme predpisovanie liekov. Kľúčovým snažením musí byť racionálna indikácia vyšetrení a liekov. Na to potrebujeme motiváciu. Najlepšie finančnú. Domáhajme sa jej u zdravotných poisťovní, aby tí lepší z nás ju mali vyššiu ako tí ostatní.

pre nás – zdravotné poisťovne

začína byť menej peňazí z poisťného. Našou odpoveďou však nemôže byť jednoduché „nemáme - nedáme“, pretože krízou sa pacienti nestratia. Prvým krokom sú zmluvy s poskytovateľmi. Navrhujeme im inovatívne, flexibilné a motivačné riešenia. Buďme dôslednejší a razantnejší pri ich diferencovaní podľa kritérií efektivity a kvality. Poskytnime odbornej aj laickej verejnosti viac informácií o diferencovaní – v záujme transparentnej súťaže. Rozšírime informovanie a poradenstvo poisťovcom.

KONKRÉTNE PRIPOMIENKY

Ku kapitole 1 – Východiská

Veľmi prehľadne a dostatočne presne sú popísané faktory, ktoré ovplyvnia ekonomiku. Aj uvažovanie a kalkulácie autorov podľa troch scenárov je namieste.

Ku kapitole 2 – Očakávaný vývoj vybraných makroekonomických parametrov

Ako sme si už u autorov zvykli, táto časť je veľmi dobre spracovaná. Treba si však uvedomiť, že akékoľvek odhady sú len odhadmi. Z čerstvých skúseností sa väčšina z nás presvedčila, že skôr pesimistický pohľad je na mieste.

Dôležité je, aby sme pozorne vnímali Graf 1 – medziročný reálny HDP (v %) po štvrtrokoch – má kľúčovú výpovednú hodnotu. Ďalšie závery v častiach kapitoly (ukazovatele výkonu ekonomiky, trhu práce a mzdový vývoj) – treba akceptovať.

Ku kapitole 3 – Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní

Čo sa týka príjmov a výdavkov rozhodujúce pre ďalšie rozhodovanie budú len reálne príjmy (výdavky). Odhady sú potrebné, treba k nim však pristupovať rezervovane. Tu sa prejaví rôzný prístup, minimálne poisťovní a poskytovateľov (poisťovne – pesimistický a poskytovatelia – optimistický).

Časť príjmov je mimoriadne dôsledne analyticky spracovaná a pre prognózy kľúčová. K časti výdavkov by som uvítal namiesto pojmu selektívny kontraktिंग pracovať radšej s termínom - diferencovaný prístup na základe úspešnosti plnenia kritérií efektivity a kvality. Časť lieky a zdravotnícke pomôcky sú kľúčovou oblasťou a so závermi autorov sa plne stotožňujem. Autori ďalej veľmi správne vymedzujú význam lôžkovej starostlivosti. Nemocnice sú veľmi citlivou časťou sektora. Väčším problémom budú vystavené tie najzadlženejšie. Správne je identifikovaná skutočnosť nárastu pacientov v ambulantnej sfére a v SValZ. Tak isto aj riziko predlžovania splatnosti faktúr. Naozaj je pero lekára tou najdrahšou „technológiou“ a apel na racionálnu indikáciu musí mať absolútnu dôležitosť. Zároveň autori veľmi presne identifikujú význam prerozdelenia (nota bene účelovo legislatívne zmeneného!).

Ku kapitolám 4 a 5 – Výdavky kapitoly MZ, eurofondy a VÚC + Súkromné výdavky domácností

Sú dostatočne spracované a veľmi inštruktívne. A majú dôležitý súvis s navrhovanými opatreniami v kapitole 6.

Ku kapitole 6 – Dopady a opatrenia

Táto kapitola je rozhodujúcou. Má mimoriadnu hodnotu a navrhuje realizovanie konkrétnych opatrení. Autori správne poukazujú na pozitíva a riziká znižovania zdravotných odvodov. Ich zníženie by bol dobrý krok pre samotných platiteľov, muselo by ísť ale ruka v ruku so znížením rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia. Inak nebude možné zabezpečiť potrebnú dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. So zrušením pracovnej zdravotnej služby možno súhlasiť. Uplatnenie poplatkov a aj ochranný limit na spoluúčasť osobne pokladám za potrebné. Z pohľadu praxe je reguláciu čakacích zoznamov ťažko realizovať.

Generická preskripcia je potrebné opatrenie a musí íť spolu s prísnejšou kategorizáciou aj s ambulatným liekovým formulárom. Navrhovaná 9 % obchodná prirážka v nemocniciach by sa naozaj nemala uplatniť. Nielen pre krízové obdobie by sme sa opäť mali zaoberať fund-holdingom (rizikové kontrakty, virtuálne limity) a pokúsiť sa ho uviest' do praxe.

To, že zmluvy medzi poisťovňami a poskytovateľmi sú kľúčovým nástrojom na riešenie dopadov krízy je nepochybné. Existuje dokonca viac možností, ako spomínajú autori. Aj monitoring vývoja a flexibilita v prehodnocovaní zmlúv (aj rozpočtov ZP) sa stanú potrebnými. Je nepochybné, že by sa nemali zavádzať opatrenia zvyšujúce náklady počas krízového obdobia. Tiež nemožno pochybovať o nevyhnutnosti legislatívnych zásahov – tu je však už potrebná širšia diskusia vrátane ďalších opatrení, ktoré autori predkladajú.

Mnohé z nich sa stretnú s argumentáciou „že sú v rozpore s Programovým vyhlásením vlády“. To však nesmie byť dôvodom na odmietnutie diskusie o nich. Práve naopak. Napr. zrušenie transformácie nemocníc na a. s. sa teraz ukazuje ako chybné rozhodnutie.

Záverom považujem návrh autorov na započatie činnosti „ZRAKu“ za prioritu č. 1.

MUDr. Eduard KOVÁČ je výkonným riaditeľom Združenia zdravotných poisťovní SR.

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

OPONENTSKÝ POSUDOK: IVAN MIKLOŠ

Predkladaná publikácia HPI je nanajvýš aktuálnym počinom v oblasti, ktorá je jednou z najdôležitejších – aj kvôli politickej citlivosti a subjektívne vnímanej dôležitosti zo strany občanov, aj z hľadiska váhy, ktorú má zdravotníctvo v oblasti použitia verejných zdrojov.

Zdravotníctvo sa tak vďaka kolektívu autorov z HPI stáva jednou z prvých oblastí, ktorá disponuje pomerne presnou (najmä z hľadiska miery neistoty spojenej s najbližšou krízovou budúcnosťou) predikciou dôsledkov, ale, čo je ešte dôležitejšie a užitočnejšie aj s konkrétnymi návrhmi na čelenie dôsledkom krízy.

Ciele, ktoré si autori publikácie v úvode kladú, hoci sú veľmi ambiciózne, sú splnené. Práca predpovedá objem zdrojov v troch variantoch a jasne označuje aj najpravdepodobnejší z nich, upozorňuje na to, aké dôsledky bude mať kríza v zdravotníctve, ale najmä navrhuje veľmi zrozumiteľné a vyargumentované opatrenia, ktoré by dôsledky krízy mohli zmierniť, či dokonca využiť krízu na presadenie zásadnejších, paradigmatických zmien, ktoré by systému pomohli nielen krátkodobo počas krízy, ale zlepšili by dlhodobé fungovanie zdravotníctva.

Prednosťou publikácie je prepojenie kvalitnej makroekonomickej prognózy, a to nielen kvantitatívnej, s analýzou fungovania zdravotného systému a s dopadmi zmeny hlavných makroekonomických parametrov, ktoré ovplyvnia financovanie zdravotníctva.

Za najsilnejšiu a najužitočnejšiu časť publikácie považujem záverečnú, šiestu kapitolu, ktorá navrhuje konkrétne opatrenia nielen na krátkodobú stabilizáciu v reakcii na finančnú a hospodársku krízu, ale aj zásadnejšie systémové opatrenia.

POZNÁMKY A PRIPOMIENKY K TEXTU

Autori sa prikláňajú k tomu, že realita v roku 2009 sa bude s najväčšou pravdepodobnosťou pohybovať medzi scenárom minimálneho rastu (+0,5 % rastu HDP) a scenárom depresie (-2 %) a že je nepravdepodobný scenár väčšej odolnosti voči kríze (+2,9 %). Autori doslova tvrdia: „*vyslovujeme predpoklad, že dosiahnutie akéhokoľvek kladného čísla pri tempe rastu HDP už bude úspechom.*“ Považujem tento prístup za veľmi realistický a dokonca sa domnievam, že najpravdepodobnejším scenárom je variant depresie. Svedčia o tom aj najnovšie údaje o vývoji priemyslu, úverov a maloobchodného obratu.

Problémom môže byť aj pravdepodobné, s krízou súvisiace výrazné zhoršenie platobnej disciplíny, čo sa môže prejavovať vo vyššom výpadku príjmov v systéme. Okrem toho sa dá očakávať, že verejné financie sa dostanú do veľmi obtiažnej situácie. Slovenský prepád rastu bude jeden z najvyšších v EÚ (z 10,5 % v roku 2007), silné euro a oslabujúce meny okolitých krajín vedú k nákupnej horúčke našich v týchto krajinách čo vedie k výraznému výpadku príjmov z nepriamych daní a pokračuje plytvanie verejných zdrojov zo strany vlády.

Autori v časti 1.2. poukazujú na pozitíva členstva SR v eurozóne, nevenujú sa však rizikám. Euro má dve strany, môže byť šancou, ale aj hrozbou. Popri vyššie uvedenom vplyve (stimulácia nákupov v zahraničí) zdražuje náš export (a teda znižuje jeho cenovú konkurencieschopnosť voči konkurentom

z iných nových členských krajín EÚ), ale najmä môže zvyšovať zraniteľnosť ekonomiky ak vláda nebude robiť rozumnú politiku. A zatiaľ sa zdá, že sa ju zrejme robí nechystá. Svedčí o tom najmä narastajúce skryté zadlžovanie krajiny (Cargo, PPP, diaľničné mýto a pod.) ako aj neochota prijímať potrebné opatrenia (odvody, zákonník práce, zastavenie plytvania).

Z opatrení, ktoré autori navrhujú, považujem za otázne len jedno. Nie som si istý, či je zlúčenie VŠZP a Spoločnej zdravotnej poisťovne správny krok, pretože povedie k ešte väčšej dominancii najväčšej, štátom ovládanej zdravotnej poisťovne. To súvisí aj s tým, že mi v publikácii chýba analýza, alebo aspoň zmienka o tom, že selektívne kontrahovanie v podmienkach dominancie vládou ovládaných najväčších poisťovní a od vlády závislého Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, bude zrejme dosť ďaleko od optimálneho, od takého, ktoré by zvyšovalo efektívnosť fungovania zdravotníctva a vytváralo kritériálne tvrdé rozpočtové obmedzenie v systéme.

Publikácia je veľmi užitočná a silno ju odporúčam všetkým, ktorí majú záujem o problematiku zdravotníctva. V prvom rade by ju však mali čítať tí, ktorí nesú zodpovednosť za fungovanie zdravotníctva na Slovensku. Každopádne nebudú môcť v budúcnosti tvrdiť, že neboli upozornení a že sa to nedalo robiť inak a lepšie.

Ing. Ivan MIKLOŠ je bývalý minister financií, v súčasnosti poslanec Národnej rady Slovenskej republiky. Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

OPONENTSKÝ POSUDOK: LADISLAV PÁSZTOR

Je už štandardom práce autorov dobrá analytická činnosť, založená na objektívnom zhodnotení situácie, vychádzajúc z reálnych čísiel a odhadov. V nástrojoch na riešenie následkov krízy však odporúčajú autori väčšinou postupy, ktoré by vyžadovali pomerne dlhý časový úsek. Zhodnotím krátkodobé stabilizačné opatrenia:

- Znovuzavedenie poplatkov za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou je zrejme politiky nepriechodné.
- Nie je mi celkom jasné, čo sa má rozumieť pod pojmom prísnejšia kategorizácia liekov. Tu je podľa mňa jediným riešením, aj keď bolestivým, brániť prístupu novým drahým molekulám na slovenský trh, resp. hradeniu povinným zdravotným poistením.
- Ambulantný liekový formulár bez existencie minimálnych terapeutických postupov zmanená technicky jednoduché riešenie, ale s veľkým rizikom možnosti protekčných zásahov.
- Limity na lieky a zdravotnícke pomôcky považujem za reálny nástroj iba v rámci projektového financovania. Zo strany zdravotných poisťovní však neexistuje reálna vôľa na takýto postup.
- Zaujímavým podnetom je rizikový kontraktng. V súčasnosti však v SR nemáme žiadne skúsenosti ani len vo forme pilotného projektu.

Akokoľvek sa zdajú byť tieto opatrenia racionálne, neznižia riziko negatívneho dopadu hospodárskej krízy na dostupnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Hospodárska kríza tvaru L určite nie je vhodným obdobím na systémové zmeny v zdravotníctve, nakoľko systémové zmeny vyžadujú konsenzus všetkých účastníkov. A najmä politickú vôľu na takéto zmeny. Podľa môjho názoru je dnes potrebné vykonať prísne opatrenia na udržanie výberu poistného, a v prípade neovplyvniteľného poklesu výberu priamy zásah štátu vykrytím chýbajúcich zdrojov v systéme. Nie je možné preniesť dopad hospodárskej krízy na poskytovateľov a až následne na občanov. Zrejme nikto nemá v pláne novelizovať §4 Zákona o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého poskytovateľ musí poskytovať zdravotnú starostlivosť *správne*. A to aj v čase hospodárskej krízy. Preto je potrebné zabezpečiť potrebné zdroje na túto činnosť. Zriadenie akejkoľvek komisie problém nevyrieši.

MUDr. Ladislav PÁSZTOR je prezidentom Asociácie súkromných lekárov SR.

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

OPONENTSKÝ POSUDOK: JÁN TÓTH

VŠEOBECNÉ HODNOTENIE

Vzhľadom na moju špecializáciu na makroekonomické analýzy, svoju pozornosť som venoval hlavne **makroekonomickým prognózam**, ktoré slúžili na odhad príjmov zdravotných poisťovní. **Celkovo ich pokladám za vyvážené, dobre spracované a v súčasnosti realistickejšie ako odhady MFSR, resp. NBS.** Predpokladám podobne ako autori, že realita sa môže pohybovať niekde medzi scenárom minimálneho rastu a scenárom „depresie“. Nakoľko v týchto dňoch UniCredit Bank len pripravuje revidovanie prognóz, nie je dostupné presné číselné porovnanie.

Pre správne riadenie zdravotníctva je veľmi dobré, že existuje takýto analytický a ekonomický pohľad na komplexný a a pre mnohých ekonómov aj málo transparentný sektor, akým je zdravotníctvo.

DETAILNEJŠIE KOMENTÁRE

Zhrnutie

Nakoľko dochádza k dramatickej zmene prerozdelenia poistného z 85,5 % na 95 % a teda zmenšeniu priestoru pre diferenciáciu z 14,5 % na 5 %, je otázkou, či si táto téma nezaslúži väčšiu analytickú pozornosť. Čo táto zmena môže spôsobiť do budúcnosti so systémom viacerých nešťátnych súťažiacich zdravotných poisťovní ?

Zhrnutie

Prognóza súkromných zdrojov do zdravotníctva je na nezmenenej úrovni 0,9 % HDP. Je otázkou, či tieto dočasne nemôžu poklesnúť v súčasnom období krízy.

Východiská

Označenie scenára „depresie“ pri prognóze len 2% poklesu HDP navrhujem zmeniť na scenár „recesie“.

Východiská

Zdieľam názor autorov, že v súčasnosti sa zdá ako najrealistickejší interval rastu medzi 2 % poklesom a +0,5 % rastom.

Východiská

Očakávam prudké zvýšenie neplatičov v podnikovom sektore pri prudkom zhoršení objednávok a otázkou je, či to nemôže ovplyvniť aj platenie odvodov nad rámec poklesu rastu HDP.

Očakávaný vývoj

Aj keď objem exportu dosahuje 86 % HDP a to môže navodzovať odhad jeho vplyvu na ekonomiku, jeho vplyv je značne nižší kvôli vysokej dovoznej náročnosti. Export sa hlavne sústreďuje do priemyselnej výroby, kde pridaná hodnota dosahuje cca 30 % HDP. Spolu s niektorými službami (logistika, atď) je vplyv exportných odvetví určite rádovo nižší ako 86 % HDP.

Očakávaný vývoj

Takisto ako pri raste, súhlasím viac s prezentovanou prognózou poklesu zamestnanosti o 1,5 % až 3,5 % voči scenáru MFSR s rastom 0,1 %.

Očakávaný vývoj

Naša prognóza platov je rovnako blízka odhadnutému intervalu 2-4 %, aj keď bližšie hornému pásmu. Platy vo verejnej sfére by mali totiž narásť až o 8,7 % medziročne podľa štátneho rozpočtu. Je možné, že dynamika platov (vrátane odmien) môže byť nulová, resp. vykázat' menší pokles v priemysle. V službách odhadujem rast blízky úrovni inflácie. Neznámou je interpretácia dohody na tripartite, že rast platov bude v súlade s produktivitou. Predpokladáme totiž, že produktivita práce v niektorých priemyselných odvetviach môže poklesnúť aj o 10 % a nie je v súčasnosti zrejmé, či pokles tarifných platov je naozaj pre odbory akceptovateľný. Samozrejme odmeny a iné príplatky dovoľujú firmám určitú mzdovú flexibilitu nadol aj bez samotného zníženia základnej mzdy. Pri odhadnutom raste o 2 % je však nutné predpokladať pomerne prudký pád nominálnych miezd v súkromnom sektore.

Očakávaný vývoj

Jediný ukazovateľ, kde sa odlišujeme je odhad inflácie. Predpokladáme, že ekonomické spomalenie Slovenska ale aj zahraničia (vrátane poklesu cien ropy a potravín) a doznievanie posilnenia SKK z leta minulého roka by mali (priemernú národnú) infláciu držať pod úrovňou 3 %. V prípade rastu blízkeho nule si vieme predstaviť, že priemerná inflácia bude okolo 2,2 %, zatiaľ čo v prípade recesie môže poklesnúť aj na úroveň 1 %, resp. ešte nižšie. HDP deflátor by sme predpokladali o cca 0,5 % až 0,7 % nižšie ako národnú infláciu. Takže odhad nominálneho HDP by sme mali nižší v prípade scenára recesie (autori predpokladajú HDP deflátor na úrovni 1,4 %).

Ramček 3

Úvaha naznačuje, že rast miezd v zdravotníctve bol v minulom roku príliš vysoký a preto je aj jedno z navrhovaných opatrení zmrazenie miezd. Bohužiaľ, nie je ponúknuté viacročné porovnanie „produktivity“ a rastu miezd na podporu tohto silného názoru. Zároveň by bolo možno zaujímavé aj statické porovnanie miezd naprieč krajinám s dobrým zdravotníctvom (v pomerovom ukazovateli s inými sektormi, resp. ako aproximáciu mzdové výdavky voči HDP). Je možné, že v posledných rokoch sme boli svedkami mzdového „dobiehania“ tohto sektora a že toto dobiehanie nemusí vytvárať zlé motivácie v sektore, ale skôr naopak. Nízka úroveň miezd totiž môže nastoľovať zlé motivácie ohľadne plynutia, resp. korupcie. Skôr ako úroveň miezd je možno problémom prezamestnanosť.

Mgr. Ján TÓTH, M.A. pracuje ako hlavný ekonóm UniCredit Bank a je členom výboru pre makroekonomické prognózy MF SR a výboru pre daňové prognózy MF SR.

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

OPONENTSKÝ POSUDOK: VLADIMÍR TVAROŠKA

Niet sporu o tom, že hospodárska kríza sa veľmi výrazne dotkne aj zdravotníctva. Kríza zo sebou prináša veľmi málo pozitív. Jedným z nich je to, že každoročný materiál HPI o slovenskom zdravotníctve je v tomto období ešte zaujímavejším ako v období „nudného“ ekonomického rastu.

Vývoj ekonomiky a teda aj objem zdrojov, s ktorými môže zdravotníctvo počítať sa predpokladá skutočne veľmi ťažko. Základné nastavenie prognózy HPI, ktorým je rast ekonomiky od pesimistického -2 % až po optimistické + 2,9 % považujem v zásade za správne.

Predpokladaný rast príjmov zdravotných poisťovní v rozmedzí od 1,2 % do 8 % síce neprinesie pre zdravotníctvo úplný rozvrat, ale v porovnaní s predchádzajúci „rokmi hojnosti“ to bude iste studená sprcha.

Zdravotníctvo, ktoré sa zadlžovalo aj v čase omnoho vyšších rastov finančných zdrojov, bude musieť reagovať. Neverím však na celospoločenskú zhodu bez ohľadu na to, či to hovorí americký prezident Barack Obama („zlepšenie v zdravotníctve možno dosiahnuť len spoločným postupom podnikateľov a zamestnancov, lekárov a poskytovateľov, ako i politikov z oboch táborov“), ani vtedy, keď to uvádza HPI, ktorý navrhuje vytvorenie Zdravotníckej republikovej antikrizovej komisie, na pôde ktorej by sa mal dosiahnuť „odborný i politický konsenz v chvíľach kritických aj pre slovenské zdravotníctvo.“

O to viac sa mi páčia viaceré opatrenia, ktoré HPI navrhuje. Niektoré z nich sú systémové a veľké zmeny (napríklad zavedenie odvodovej neutrality, čiže urobenie poriadku v odvodoch), iné sú možno len drobnosti, ale podnikateľov či občanov by iste výrazne potešili (ako napríklad zrušenie pracovnej zdravotnej služby alebo zrušenie odporúčacích lístkov).

Súhlasím aj s názorom HPI, že kľúčovým protikrizovým opatrením bude udržanie kontroly nad výdavkami na lieky a zdravotnícke pomôcky. Bude mimoriadne dôležité zopakovať relatívne uspokojujúci vlnajší výsledok v situácii, keď náklady už nebude tak ako vlani smerom dole tlačiť posilňujúca sa koruna.

Vzhľadom na odborné schopnosti vlády, jej neochotu počúvať iné názory, ale aj vzhľadom na predvoľné obdobie, však optimista o vývoji zdravotníctva v roku 2009 určite nie som. Žiaľ, opätovné naštartovanie kolotoču zadlžovania v zdravotníctve už beriem ako hotovú vec.

Ing. Vladimír TVAROŠKA je bývalý štátny tajomník MF SR, v súčasnosti je členom Rady pre hospodársku krízu. Daný posudok je osobným a nezávislým názorom autora a nevyhnutne nemusí vyjadrovať oficiálne postoje jeho zamestnávateľa, resp. inštitúcie, v ktorej pracuje.

OPONENTSKÝ POSUDOK: RADOMÍR VEREŠ

Je už tradíciou, že domácu úlohu vážne a systematicky sa zaoberať otázkami zásadného rozmeru s dopadom na celé zdravotníctvo, robí za celý rad vládnych agentúr (ministerstvom zdravotníctva počínajúc) práve HPI. Žiaľ, je to na jednej strane zdá sa už chronickou chorobou súčasnej politickej moci na Slovensku a našťastie na strane druhej všeobecne prospešným dlhodobo budovaným úspechom kolektívu autorov.

Čo už tradíciou určite nie je, hoci je to nesmierne výstižné, je práve podtitul tejto publikácie. Vzhľadom na mimoriadne okolnosti, ktorými svetová finančná a hospodárska kríza nepochybne sú, je pre všetkých účastníkov zdravotníckeho trhu nevyhnutné venovať aktuálnemu makroekonomickému vývoju a súčasnej neistote významne viac času a energie ako v dobrých časoch. Je prinajmenšom vhodné a rozumné primerane zohľadniť dostupné analýzy vplyvu krízy či najnovšie prognózy, aké predkladaná publikácia nepochybne ponúka.

Faktom je, ako uvádzajú autori, že každá ďalšia správa spravidla len dokazuje rastúcu entropiu systému, krízou neskutočne akcelerovanú. Napriek beznádeji a pesimizmu, ktorým by mohli prepadnúť, snažia sa proaktívne ponúknuť opatrenia na zmiernenie dopadu krízy. Čo predloženej palete návrhov (čiastočne) chýba, sú dva kľúčové rozmery: významnosť vplyvu a najmä pravdepodobnosť realizovateľnosti.

Politický cyklus tak v podmienkach SR takmer naisto bude výrazne vplývať na formovanie zdravotnej politiky, pričom je len málo pravdepodobné, že sa odchýli od dogmy štátneho zdravotníctva a mystifikácie, že zdravie je (a má byť) zadarmo (pre všetkých a zakaždým). Akokoľvek, v situácii, keď štát preukázateľne zlyháva v identifikácii a implementácii účinných protikrízových riešení (Cargo, letiská, šrotovné, údajne plánované zvýšenie ZI štátnej VŠZP a pod.), je znovu plne legitímnou aj otázka, do akej miery sa dá spoľahnúť na vyspelosť, odbornosť a zodpovednosť jeho čelných predstaviteľov. Vo väzbe na poistné platené za poistencov štátu to možno znamená nepočítať automaticky s inkasom poistného za poistencov štátu na 100%, ani v ročnom zúčtovaní so štátom, ktoré bude až po parlamentných voľbách.

Axiómou je, že zdravotná starostlivosť sa hradí z prijateho, nie predpísaného poistného. Medzi nimi je koeficient, úspešnosť výberu poistného, ktorý zrejme v roku 2009 získa v zdravotných poisťovniach v roku 2009 oveľa väčší fokus ako doteraz. Je veľkou výzvou pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou úspešne uviesť do života čo najskôr na jeseň legislatívne zásadne zjednodušený a elektronizovaný spôsob vydávania platobných výmerov, ako jediných exekučných titulov vo vzťahu k dlžnému poistnému. Doteraz to bola najväčšia slabina celého systému vymáhania pohľadávok na poistnom. Zároveň táto zmena predstavuje podľa najväčších kritikov jedinou pridanú hodnotu celého politicky nie nezávislého úradu v súčasnom systéme zdravotníctva na Slovensku. Druhou by mohol byť principiálny prístup k plneniu finančných aj nefinančných povinností platiteľov poistného aj poistencov. Okrem priameho finančného efektu by práve výchovný moment a preventívny účinok výrazne pomohol verejnému zdravotnému poisteniu na Slovensku.

Autori predpokladajú v scenári s prívlastkom „depresie“, podľa môjho názoru najpravdepodobnejším a vôbec nie tak pesimistickým, že zdravotné poisťovne dosiahnu zápornú bilanciu presahujúcu 100 mil. €. V situácii, keď silnejú hlasy za kapitálové posilnenie najväčšej zdravotnej poisťovne a keď súkromné zdravotné poisťovne vďaka účinnej legislatíve nemajú najmenšiu motiváciu investovať do verejného zdravotného poistenia na ťarchu prevádzkových nákladov alebo v prospech budúcich prij-

mov, nevidím reálny priestor (presnejšie súhlas ich vlastníkov) na zápornú bilanciu zdravotných poisťovní. V konečnom dôsledku to bude znamenať veľmi tvrdé „pristátie“ mnohých poskytovateľov zvyknutých na dobré časy a dvojciferné čísla medziročného rastu. Žiaľ, nedostatok zdrojov sa môže prejaviť úplne opačne ako predpokladajú autori: veľmi intenzívnym preferovaním vybraných poskytovateľov. Zás a opäť sa ukazuje najslabším ohnivkom sféra štátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pôsobiacich vo forme príspevkových organizácií práve pre ich kritickú vnútornú neefektívnosť a veľmi mäkké až neexistujúce rozpočtové obmedzenia. Zás a znova sa ukazuje, že je krajne nešťastným stav, kedy štát je (nekompetentným) vlastníkom poskytovateľov, poisťovní, regulátorom i dozorným orgánom zároveň...

Mimochodom, nie je celkom pravdou, že v SR úplne absentuje ochrana spotrebiteľov v oblasti čakacích zoznamov. Na trhu pôsobí zdravotná poisťovňa, ktorá už niekoľko rokov prevádzkuje transparentné elektronické čakacie zoznamy na všetku plánovanú ústavnú zdravotnú starostlivosť. Je pravdou, že je to jedna z ciest, ako minimalizovať priestor pre sivú ekonomiku v zdravotníctve, kde sa takto ročne „premelú“ stovky miliónov €. A ďalšie vo forme najrôznejších provízií v liekovom biznise či v (ne)fungovaní štátnych fakultných nemocníc...

Spôsob, ako sa pristupuje v posledných mesiacoch k téme eHealth, nedáva veľké nádeje, že sa určité finančné zdroje (zatiaľ na neurčené aktivity) seriózne alokujú a poskytnú nám všetkým hmatateľnú pridanú hodnotu (jedného dňa). Akurát môžu byť namieste obavy, či sa nenastavia do budúcnosti priveľké prevádzkové náklady eHealthu, ktoré bude treba už len (za)platiť.

Čo dodať na záver? Len dúfajme, že budúročný podtitul bude vyjadrovať aspoň náznak dobrých správ a ten podtitul nebude ani len synonymicky pozostávať z výrazov ako kolaps, tragédia či exitus. Aby nám jednoducho nezomrel práve ten pacient, ktorý má liečiť...

Ing. Mgr. Radomír VEREŠ je finančným riaditeľom zdravotnej poisťovne Dôvera.

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

MISIA HEALTH POLICY INSTITUTE

- (1) V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyvolané vysokými očakávaniami občanov, starnutím populácie, meniacou sa štruktúrou chorôb a technologickým pokrokom je poslaním Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute:
- presadzovanie hodnôt, ktoré podporujú finančne udržateľné zdravotné systémy, ktoré flexibilne reagujú na potreby populácie
 - presadzovanie inovatívnych riešení na úrovni zdravotných systémov, na úrovni zdravotných poisťovní a na úrovni poskytovateľov s cieľom vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb
 - presadzovanie klientskeho prístupu k poistencom a pacientom
- (2) Prvým predpokladom presadzovania týchto hodnôt je chápanie zdravia ako individuálneho statku. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať takú zdravotnú politiku, ktorá motivuje každého občana k zlepšovaniu vlastného zdravotného stavu.
- (3) Druhým predpokladom je čo najväčšia decentralizácia rozhodnutí. Preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje aj v zdravotníctve trhové mechanizmy tam, kde sú preukázateľne efektívnejšie ako štátne intervencie. Ako základný nástroj zdravotnej politiky preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať efektívnu reguláciu rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej z verejného zdravotného poistenia, flexibilné nastavenie minimálnej siete, dostatočne motivačné maximálne ceny, pričom úlohou súkromného sektora je naplňovať tieto regulácie.
- (4) Treťou dôležitou hodnotou je solidarita. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje systém povinného verejného zdravotného poistenia, na základe ktorého má každý poistenec nárok na rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe. Vzhľadom k tomu, že v zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonomie, musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácnych zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.
- (5) Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute preto bude na Slovensku, ale aj vo svete presadzovať také fungovanie zdravotných systémov, ktoré podporujú zodpovednosť pacienta, zodpovednosť poskytovateľa a zodpovednosť nákupcov zdravotnej starostlivosti.

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute (HPI) je občianske združenie zaregistrované dňa 27. I. 2005 na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky (číslo spisu VV3/I-900/90-25460).

Zakladatelia HPI: Henrieta Maďarová, Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová.

REFERENCIE HEALTH POLICY INSTITUTE

Krajina	Rok	Aktivita	Ďalšie referencie Vám poskytnú
Česká republika	2007 – 2008	Poradcovia pri reforme zdravotníctva	Tomáš Julínek Minister zdravotníctva ČR Pavel Hroboň Námestník ministra zdravotníctva ČR
Brazília	2008	Vytváranie efektívnych kampaní (Developing Effective Advocacy Campaigns)	João Paulo Altenfelder Výkonný riaditeľ inštitútu GESC
Poľsko	2008	Zdravotné poistenie ako súčasť reformy zdravotného systému	Piotr Kuszewski Viceprezident PZU Życie SA Paweł Kalbarczyk Riaditeľ sekcie zdravotného poistenia PZU Życie SA
Rumunsko	2008	European Health Academy	Vladimír Finsterle ELPIDA Milan Cabrnich Poslanec Európskeho parlamentu
Maďarsko	2007	Potenciálne riziká reformy systému zdravotného poistenia v Maďarsku	Zsombor Kovácsy Predseda Úradu pre dohľad
Maďarsko	2006	Poradcovia pri reforme zdravotníctva	Lajos Molnár Minister zdravotníctva MR
Česká republika	2006	Kategorizačná komisia	Vladimír Kothera Prezident Združenia zdravotných poisťovní ČR
Slovensko	2006	Poradcovia	Ján Gajdoš Predseda Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Maďarsko	2006	Metodológia a benchmarky pri definícii minimálnej siete poskytovateľov	Gyula Király Riaditeľ ESKI
Slovensko	2006	Definícia minimálnej siete poskytovateľov	Rudolf Zajac Minister zdravotníctva SR
Slovensko	2006	Základné rámce zdravotnej politiky 2006 – 2010	Igor Dorčák Prezident Združenia zdravotných poisťovní SR Eduard Kováč Výkonný riaditeľ Združenia zdravotných poisťovní SR
Česká republika	2005	Fiškálna štúdia	Mukesh Chawla Svetová banka
Maďarsko	2005	Fiškálna štúdia	Mukesh Chawla Svetová banka
Rumunsko	2005	Konzultácie k zákonu o zdravotnom poistení	Alan Fairbank
Bulharsko	2005	Komentár k zdravotnej politike	Reema Nayar a Peter Pojarski Svetová banka
Chorvátsko	2005	Konzultácie k definovaniu základného balíka	Neven Ljubičić Minister zdravotníctva Chorvátskej republiky
Krajiny EÚ-8	2005	Fiškálna udržateľnosť	Mukesh Chawla Svetová banka

PREKRÁSNE ZUBY

www.schill.sk

Zdravé zuby môžu byť aj vašim klenotom.

Špičkové stomatologické zariadenie Schill Dental vám v príjemnom prostredí Karloveského ramena prináša vysoký štandard služieb a maximálny komfort. Vďaka širokému tímu špecialistov s viac než **10-ročnými skúsenosťami** a vďaka najmodernejším technológiám vám radi poskytneme profesionálnu a komplexnú starostlivosť. Krátke čakacie doby, detailné konzultácie a promptné ošetrenie sú naším štandardom.

V Schill Dental sú pre vás bez čakania a bez stresu k dispozícii všetky výkony a technológie. Na jednom mieste a v čase, ktorý vyhovuje vám. **U nás ste v rukách špecialistov, ktorí kvalitu svojej práce garantujú svojím menom.**

Karloveské rameno 8, 841 04 Bratislava
tel: +421 2 54647417, schill@schill.sk



PUBLIKÁCIE HEALTH POLICY INSTITUTE VYDANÉ V ROKU 2008

**DOBRY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?**

Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk) + poštovné

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

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

V štúdií HPI analyzuje schopnosť súčasného systému financovania generovať zdroje v dlhodobom horizonte a podrobne hodnotí 4 varianty financovania do roku 2025.

Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay a A. Szalayová

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk) + poštovné

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

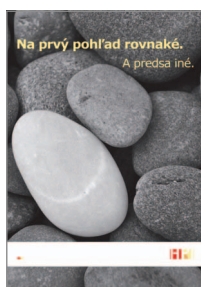
ZÍSKAJTE ZĽAVU:

objednajte si
dve publikácie HPI
a ušetríte

**Zdravie je luxus + Dobry poistenec je nad zlato****Obe publikácie spolu:**

v elektronickej verzii € 25,00 s DPH (753,10 Sk)

v tlačenej verzii € 33,00 s DPH (994,20 Sk)

**NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ.**

Rating zdravotných poisťovní 2008 znižuje informačnú medzeru medzi poistencom a poisťovňami a zvyšuje transparentnosť prostredia. Plní dva základné ciele: informuje poistencov o rozdieloch medzi zdravotnými poisťovňami a poskytuje porovnávaciu bázu pre zdravotné poisťovne na zlepšenie ich vlastných procesov a ponúkaných služieb.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová a T. Szalay

Elektronická verzia publikácie (pdf) je **bezplatne** dostupná na www.hpi.sk

**ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2008 – 2011**

Ako by sa vyvíjalo slovenské zdravotníctvo v bezkrízovom scenári? Trojročná prognóza uvedená v Základných rámcoch bola publikovaná v apríli 2008, ešte pred vypuknutím svetovej hospodárskej krízy.

Autori: P. Pažitný, K. Morvay, M. Gajdzica, A. Szalayová, T. Szalay, S. Frisová, L. Lenártová

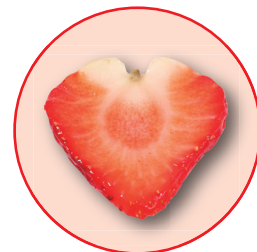
Tlačená verzia publikácie: € 7,27 s DPH (219,00 Sk) + poštovné

Elektronická verzia publikácie (pdf) je **bezplatne** dostupná na www.hpi.sk

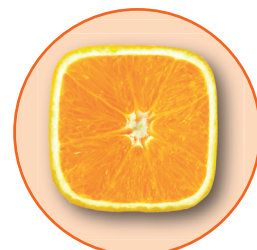
Objednávky zasielajte prosím e-mailom na adresu hpi@hpi.sk

Telefonický kontakt: +421 2 5464 3051

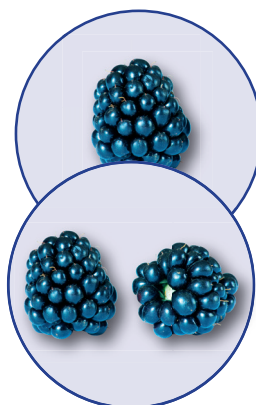
Health Management Academy



Program **Lekár**



Program **Reformátor**



Program **Manažér 1, 2**



Program **Lekárnik**



Program **Mix**

Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.

HPI

ISBN 978-80-969907-4-0



9 788096 990740

www.hpi.sk