Dôchodkový systém a zdravotníctvo – vývoj po 1.1.2010

INEKO
máj 2011

Uvedený dokument poskytuje prehľad o dôchodkovom systéme, ako aj systéme zdravotníctva na Slovensku, vrátane hlavných zmien prijatých po 1.1.2010.

Pri spracovaní dokumentu sme použili výsledky projektu „Monitoring a komentovanie štrukturálnych reforiem“, ktorý finančne podporila Slovenská sporiteľňa, a.s., Bratislava.

DÔCHODKY

Autor: Peter Goliaš

Dôchodkový systém je po reforme z rokov 2004-2005 založený na troch pilieroch:

- Povinný 1. pilier – priebežný systém, ktorý spravuje vládou kontrolovaná Sociálna poisťovňa. Ekonomicky aktívni občania do nej platia odvody na invalidné poistenie vo výške 6% hrubého príjmu, ako aj odvody na starobné dôchodkové poistenie vo výške:
    - 18% hrubého príjmu, ak sú len v prvom pilieri
    - 9% hrubého príjmu, ak sú v prvom aj v druhom pilieri

  Maximálny vymeriavací základ pre platby odvodov do prvého aj druhého piliera je 4-násobok priemernej hrubej mzdy v hospodárstve. Štát platí odvody do prvého aj druhého piliera za ľudí, ktorí sa starajú o deti do veku 6 rokov. Príspevky do Sociálnej poisťovne, ako aj vyplácané dôchodky sú oslobodené od dane z príjmu. V roku 2010 Sociálna poisťovňa vyplatila na invalidné, starobné a pozostalostné dôchodky 5,24 mld. EUR, čiže 7,95% HDP.
- Povinný 2. pilier – fondový systém, ktorý spravuje šesť súkromných dôchodkových správcovských spoločností. Funguje od roku 2005. Všetci občania dôchodkovo poistení v Sociálnej poisťovni (t.j. väčšina občanov v ekonomicky aktívnom veku) sa mohli v období od 1.1.2005 do 30.6.2006 rozhodnúť, či budú časť odvodov vo výške 9% z hrubého príjmu odvádzať na osobné účty. Do druhého piliera vstúpilo 1,5 milióna občanov, čiže zhruba 60% ľudí v ekonomicky aktívnom veku. Počet sporiteľov sa neskôr znížil zhruba o 135-tisíc v dôsledku dvojnásobného otvorenia druhého piliera, počas ktorého vláda dala ľuďom možnosť prehodnotiť svoje rozhodnutie a vrátiť sa späť do prvého piliera. Mladí ľudia, ktorí prichádzajú na trh práce (t.j. narodení po 31.12.1986) sa do 6 mesiacov od vzniku dôchodkového poistenia môžu rozhodnúť, či budú platiť plných 18% odvodov do Sociálnej poisťovne, alebo si 9% budú ukladať na osobnom účte v druhom pilieri. Toto opatrenie platí od 1.1.2008, predtým mladí ľudia vstupovali do druhého piliera povinne. Prax ukazuje, že po zavedení dobrovoľného vstupu sa pre druhý pilier rozhoduje len zhruba 13% mladých ľudí. Vládna koalícia však v súčasnosti opätovne plánuje zaviesť povinný vstup pre mladých ľudí s tým, že budú mať možnosť do istého času (napr. do dvoch rokov) z druhého piliera vystúpiť. Koncom roka 2010 bolo v druhom pilieri 1,439 milióna sporiteľov. Výška aktív dosahovala 3,7 mld. EUR, čiže 5,6% HDP. Príspevky do druhého piliera sú oslobodené od dane z príjmu.
- Dobrovoľný 3. pilier – fondový systém, ktorý spravuje päť súkromných doplnkových dôchodkových spoločností. Funguje od roku 1996. Koncom roka 2010 si v ňom aktívne sporilo 0,72 mil. občanov, čo je necelá tretina ľudí v ekonomicky aktívnom veku. Príspevky do výšky 398,33 EUR (12000 SKK) ročne boli až do konca roku 2010 oslobodené od dane z príjmu, s účinnosťou od 1.1.2011 sa táto daňová úľava končí.

Zamestnávatelia si môžu započítať do nákladov príspevky za svojich zamestnancov, najviac však do výšky 6% ich hrubej mzdy. Daňové úľavy platili pôvodne len na sporenie v doplnkových dôchodkových spoločnostiach, od roku 2005 boli rozšírené aj na účelové sporenie v bankách a životné poistenie. Podmienkou priznania daňovej úľavy je, že sporenie trvá najmenej 10 rokov a k výplate dávok dôjde až po dovŕšení 55. roku života. Výška aktív v treťom pilieri bola ku koncu 2010 1,145 mld. EUR, čiže 1,7% HDP.

Osobitné dôchodkové systémy majú tzv. silové zložky (napr. armáda, polícia). Spravujú ich príslušné ministerstvá. Popri príspevkoch od aktívnych členov dostávajú významné dotácie zo štátneho rozpočtu. Priemerné dôchodky sú v nich podstatne vyššie ako priemerné dôchodky zo Sociálnej poisťovne. Napríklad priemerný výsluhový dôchodok vojakov dosahuje približne 2-násobok priemerného starobného dôchodku zo Sociálnej poisťovne, pri policajtoch to je približne 1,5-násobok. Podstatne vyššie než priemerné dôchodky majú aj sudcovia a prokurátori, ktorí k starobným dôchodkom dostávajú osobitné príplatky. V marci 2011 ministerstvo vnútra zverejnilo Analýzu sociálneho systému ozbrojených zložiek, ktorá predpokladá vo výsluhových dôchodkoch príslušníkov Policajného zboru tieto hlavné zmeny:

- Policajti by mali mať nárok na odchodné až po 10 rokoch služby.
- Policajti, ktorí odslúžia 15 až 19 rokov, budú namiesto trvalo vyplácaného výsluhového dôchodku dostávať štyri roky výsluhový príspevok.
- Minimálna doba služby na nárok na výsluhový dôchodok sa zvýši zo súčasných 15 na 20 rokov.

Uvedené zmeny sa dotknú iba nových policajtov, ktorí budú prijatí do Policajného zboru (PZ) po dni nadobudnutia účinnosti navrhovaných zmien. Ten sa predpokladá na 1. júla 2012.

Vianočný príspevok: Vláda od roku 2006 každoročne vypláca zo štátneho rozpočtu tzv. vianočné príspevky, ktoré boli v roku 2010 v sume 40,34 – 66,39 EUR podľa výšky dôchodku (čím vyšší dôchodok, tým nižší príspevok). V roku 2010 vianočný príspevok získali ľudia s dôchodkom do 446,7 EUR, čiže prevažná väčšina dôchodcov (priemerný dôchodok bol k 31.12.2010 352,54 EUR). V apríli 2011 vláda schválila nové podmienky pre výpočet vianočného príspevku. Maximálna výška príspevku by mala zostať 66,39 EUR pre dôchodcov s dôchodkami nižšími než životné minimum (dnes 185,38 EUR mesačne). Pre ostatných dôchodcov sa má vianočný príspevok vypočítať podľa vzorca: 66,39 – 0,1 * (D – ŽM), kde D je výška dôchodku a ŽM je životné minimum. Na vianočný príspevok budú mať nárok tak ako doteraz tí dôchodcovia, ktorých penzia nepresiahne 60% z priemernej mzdy. Cieľom návrhu je zaviesť plynulé zmeny vo výške vianočného príspevku v závislosti od výšky dôchodku a nahradiť tak dnešný systém, kde je príspevok odstupňovaný po intervaloch (v roku 2009 to boli tri intervaly, v roku 2010 osem intervalov).

Starobný dôchodok z prvého piliera sa od roku 2004 počíta podľa vzorca:
Dôchodok = POMB * R * ADH
POMB (tzv. priemerný osobný mzdový bod) vyjadruje pomer mzdy jednotlivca k priemernej mzde v celom hospodárstve, a to za celé obdobie dôchodkového poistenia od roku 1984 po rok odchodu do dôchodku. Hodnota POMB môže byť maximálne 3. V plnej výške sa započítava len POMB vo výške 1,00 až 1,25. Z hodnoty od 1,25 do 3,00 sa započítava 84% a k hodnote nižšej ako 1,0 sa pripočíta 16 % z rozdielu medzi hodnotou 1,0 a POMB. Cieľom je zachovať istú mieru solidarity vo výpočte dôchodku. V záujme posilniť solidaritu v prvom pilieri a tiež ušetriť zdroje Sociálnej poisťovne tiež ministerstvo financií začiatkom roka 2011 informovalo o zámere redukovať vysoké dôchodky tak, aby maximálny dôchodok dosahoval priemernú mzdu v hospodárstve SR.

R vyjadruje počet rokov, ktoré bol jednotlivec dôchodkovo poistený. Minimálna doba poistenia je 15 rokov.
ADH (tzv. aktuálna dôchodková hodnota) je číslo, ktoré určil v roku 2004 štát na úrovni 183,58 SKK (6,0937 EUR) tak, aby človek, ktorý bol 40 rokov dôchodkovo poistený, dostal dôchodok zodpovedajúci 50% miere náhrady, t.j. aby bol jeho prvý dôchodok vo výške 50% násobku priemernej hrubej mzdy v čase odchodu do dôchodku a jeho POMB. ADH sa každoročne valorizuje podľa rastu priemernej mzdy, v roku 2011 dosahuje 9,5756 EUR.

Valorizácia starobných dôchodkov v prvom pilieri sa určuje každoročne k 1.1. ako priemer medziročného rastu inflácie a priemernej mzdy v ekonomike za prvý polrok predchádzajúceho roka. K 1.1.2009 sa dôchodky valorizovali o 6,95%, k 1.1.2010 o 3,05% a k 1.1.2011 o 1,80%. V súčasnosti vláda plánuje zmeniť spôsob valorizácie tak, aby kopíroval len infláciu (pravdepodobne pôjde o infláciu meranú v spotrebnom koši typickom pre dôchodcov), čo by malo významne zlepšiť predpoklady pre dlhodobú udržateľnosť penzijného systému.

Dôchodkový vek pre mužov je 62 rokov. Dôchodkový vek pre ženy v roku 2010 je 56,75 až 60,75 rokov v závislosti od počtu vychovaných detí a postupne sa predlžuje až do roku 2024, keď bude pre všetky ženy 62 rokov bez ohľadu na počet vychovaných detí. Ako uvádza „Analýza dlhodobej udržateľnosti dôchodkového systému“, ktorú vo februári 2011 zverejnilo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, priemerná doba poberania dôchodku (vypočítaná podľa legislatívneho veku odchodu do dôchodku) u mužov bola v roku 2009 v krajinách OECD približne 17,5 roka, na Slovensku to bolo 16,3 roka. V prípade žien sa priemer OECD pohybuje na úrovni 21,9 roka, na Slovensku to bolo až 25,1 roka. Postupným zvýšením dôchodkového veku na 62 rokov sa tento rozdiel zníži a hodnota bude veľmi blízko priemeru OECD. Súčasná vláda odmieta zvyšovanie dôchodkového veku v tomto volebnom období (2010-2014), ministri financií aj práce však deklarovali, že v ďalšom období bude predĺženie dôchodkového veku z pohľadu udržateľnosti verejných financií nevyhnutné.

Predčasný starobný dôchodok z prvého piliera môže poberať každý človek, ktorý spĺňa tri podmienky:

1. Dôchodkovo poistený bol najmenej 15 rokov
2. Do dovŕšenia dôchodkového veku mu ostávajú najviac dva roky
3. Jeho predčasný dôchodok je vyšší ako 1,2-násobok životného minima, t.j. 222,30 EUR mesačne
4. Od 1.1.2011 pribudla ďalšia podmienka, podľa ktorej predčasný dôchodca nesmie vykonávať zárobkovú činnosť, z ktorej by bol povinne dôchodkovo poistený (t.j. napr. nesmie byť súčasne zamestnanec, alebo SZČO). Cieľom tejto úpravy bolo zrušiť súbeh vyplácania predčasného starobného dôchodku a súčasne príjmu z práce, čo má ušetriť zdroje Sociálnej poisťovne. Predčasní dôchodcovia získali dva mesiace (t.j. do 28.2.2011) na rozmyslenie, či zostanú na predčasnom dôchodku, alebo budú radšej pracovať.

Výška predčasného dôchodku sa vypočíta podľa vyššie uvedeného vzorca, pričom za každých 30 dní do dovŕšenia dôchodkového veku sa dôchodok kráti o 0,5%.

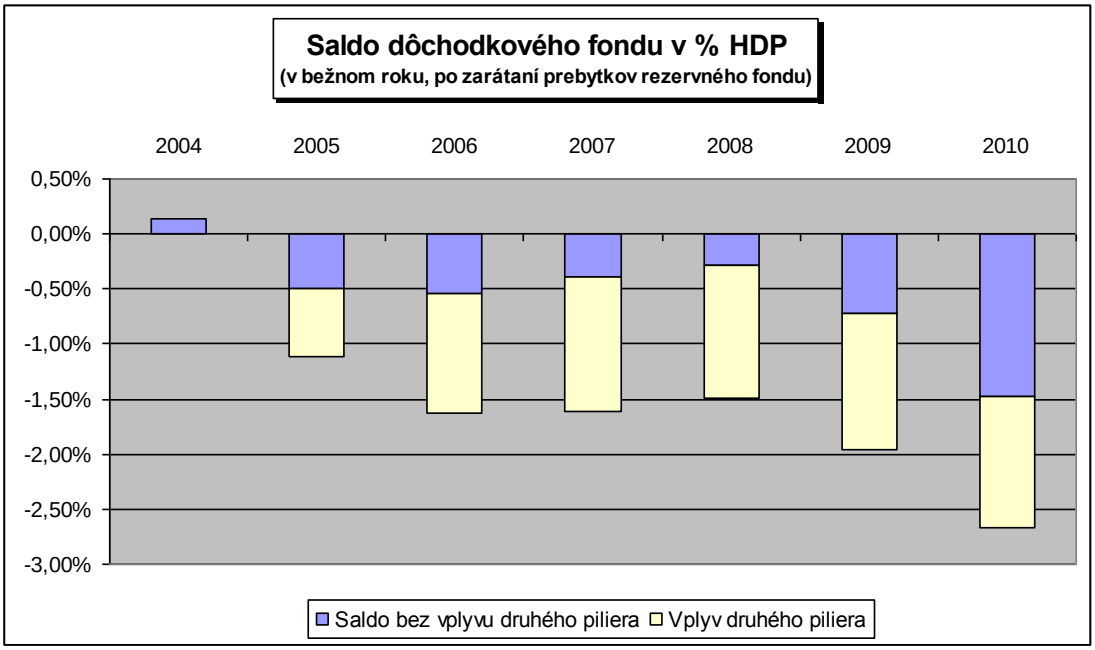
Zamestnanosť ľudí vo veku 55-64 rokov podľa Eurostatu dlhodobo stúpa a v roku 2009 dosiahla 39,5% (muži: 54,9%, ženy: 26,1%), čo je však stále pod priemerom EÚ 46,0%.

Starnutie obyvateľstva: Podľa prognóz Eurostatu, index závislosti v starom veku narastie na Slovensku v najbližších desaťročiach najviac zo všetkých krajín z EÚ. Kým v roku 2010 bol podiel obyvateľov nad 65 rokov na populácii vo veku 15-64 rokov 17%, do roku 2060 sa má

zvýšiť na viac než 68%. Inými slovami, kým v súčasnosti pripadá na jedného obyvateľa v poproduktívnom veku 6 ľudí v produktívnom veku, o 50 rokov to bude už len jeden a pol.

Prechodné, resp. transformačné náklady: Odklonom časti odvodov z prvého do druhého piliera vzniká v prvom pilieri každoročne deficit vo výške cca 1,2% HDP. Ide o tzv. prechodné náklady, keďže tento deficit bude klesať od momentu, keď začne druhý pilier vyplácať prvé dôchodky. Ľuďom v druhom pilieri sa totiž za obdobie účasti v oboch pilieroch kráti dôchodok z prvého piliera na polovicu. Druhý pilier teda v prvej fáze zvyšuje deficit prvého piliera, dlhodobo však umožňuje znížiť jeho výdavky. Cieľom je zmierniť dopady starnutia obyvateľstva a posilniť tak dlhodobú finančnú udržateľnosť dôchodkového systému.

Finančná udržateľnosť: Výpočet dôchodku z prvého piliera a jeho valorizácia nezohľadňuje zmeny v skutočných príjmoch Sociálnej poisťovne. Tie sú okrem rastu miezd ovplyvnené napr. aj zmenami v zamestnanosti a očakávanými zmenami v pôrodnosti a dĺžke života. Prvý pilier pri takomto nastavení nedokáže pružne reagovať na striedanie ekonomických cyklov, ani na očakávané starnutie obyvateľstva, čo zakladá predpoklady pre vznik a prehlbovanie finančnej nerovnováhy. To sa prejavuje už v rokoch 2009-2010, keď v dôsledku svetovej hospodárskej krízy došlo na Slovensku k rastu nezamestnanosti a spomaľovaniu rastu miezd, čím sa zväčšil rozdiel medzi príjmami Sociálnej poisťovne a výdavkami na dôchodky. Výsledkom je prudký nárast deficitu fondu starobného poistenia v rokoch 2009 a 2010.



Zdroj: Prepočty INEKO podľa údajov Ministerstva financií SR a Sociálnej poisťovne
2004 – 2009: skutočnosť
2010: odhad

Z grafu vidno, že vplyv druhého piliera na schodok dôchodkového fondu (tzv. prechodné náklady) je každý rok zhruba 1,2% HDP. Bez tohto vplyvu sa v rokoch rýchleho hospodárskeho rastu 2006 až 2008 schodok dôchodkového fondu znížil až na 0,3% HDP, po vypuknutí krízy však v roku 2009 prekročil 1% HDP a v roku 2010 stúpol na 1,5%. Spolu s vplyvom druhého piliera tak deficit dôchodkového fondu v roku 2010 prekročil 2,6% HDP.

Sociálna poisťovňa kryje deficit fondu starobného poistenia predovšetkým z prebytkov ostatných fondov (najmä rezervný fond, fond poistenia v nezamestnanosti a nemocenský fond). Každoročne tiež dostávala transfery zo štátnych finančných aktív určené na krytie prechodných nákladov spôsobených druhým pilierom. Tieto zdroje sa minuli začiatkom roku 2010, odkedy vláda financuje celý schodok Sociálnej poisťovne priamo zo štátneho rozpočtu. Ako ukazuje nasledujúca tabuľka, v roku 2011 dosiahne táto dotácia 1,6 mld. EUR, z čoho 0,8 mld. EUR pripadá na prechodné náklady, t.j. výpadok príjmov v prospech druhého piliera.

Tabuľka: Transfery na krytie deficitu Sociálnej poisťovne

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Transfer z SP do DSS	305	606	750	815	780	781	836	898	967
Transfer zo ŠFA do SP	0	637	671	568	875	76	0	0	0
Transfer zo ŠR do SP	0	0	0	0	0	1492	1609	1673	1718

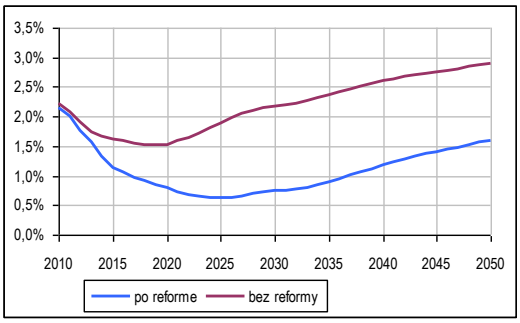
Zdroj: Sociálna poisťovňa
DSS – dôchodkové správcovské spoločnosti
SP – Sociálna poisťovňa
ŠFA – štátne finančné aktíva
ŠR – štátny rozpočet

Dlhodobú finančnú udržateľnosť dôchodkového systému ohrozuje najmä očakávané starnutie obyvateľstva. Európska Komisia v Správe o udržateľnosti z roka 2009 (Sustainability report 2009) uvádza, že výdavky na starobné dôchodky stúpnu na Slovensku zo 6,6% HDP v roku 2010 na 7,3% HDP v roku 2030 a na 10,2% HDP v roku 2060. Slovensko sa v správe po prvýkrát dostalo medzi krajiny s vysokým rizikom dlhodobej udržateľnosti verejných financií.

V máji a júni 2010 zverejnil inštitút INEKO v spolupráci s Podnikateľskou alianciou Slovenska (PAS) dlhodobé prognózy finančnej stability dôchodkového systému na Slovensku zostavené s použitím modelu PROST od Svetovej banky. Tu sú hlavné závery:

1. Penzijný systém dnes vytvára schodok prevyšujúci 2% HDP ročne. Vďaka predlžovaniu dôchodkového veku žien, ktoré bude pokračovať až do roku 2024, a vďaka očakávanému zlepšeniu ekonomickej výkonnosti, sa schodok môže znížiť na 1,5% HDP v roku 2020. Ak by však budúce vlády odmietli akékoľvek úpravy penzijného systému, stúpne jeho deficit na 2,6% HDP do roku 2040. Celkový dlh vytvorený penzijným systémom by tak postupne narástol až na 200% HDP do roku 2100 a to bez započítania úrokových nákladov.
2. V záujme dlhodobej stability je potrebné znížiť valorizáciu dôchodkov na úroveň inflácie a postupne predĺžiť dôchodkový vek na 65 rokov (resp. ho naviazať na dobu dožitia). Tieto zmeny sú potrebné, ak má byť penzijný systém udržateľný aspoň do roku 2040.
3. Druhý pilier zhruba do roku 2040 zhoršuje bilanciu dôchodkového systému, po tomto roku ju však výrazne zlepšuje. Tento efekt čiastočne oslabilo zavedenie dobrovoľnej účasti v druhom pilieri pre ľudí, ktorí prichádzajú na trh práce.

Graf: Deficit penzijného systému „bez reformy“ (t.j. ponechanie súčasného stavu) a „po reforme“ (t.j. predĺženie dôchodkového veku na 65 rokov a zavedenie inflačnej valorizácie). Údaje sú v % HDP.



Zdroj: INEKO v spolupráci s PAS

Prepočty INEKO a PAS sú dostupné aj na internete:
http://www.ineko.sk/clanky/kalkulacka-financnej-stability-penzijneho-systemu
http://www.ineko.sk/clanky/dochodkovy-vek-treba-predlzit-aspon-na-65-rokov

Dôchodkové fondy v druhom pilieri: V druhom pilieri si môže každý človek vybrať jeden z troch fondov, ktoré spravujú dôchodkové správcovské spoločnosti (DSS) – rastový, vyvážený a konzervatívny. Podľa pôvodného zámeru sa mali fondy líšiť podľa rizikovosti. Najrizikovejším mal byť rastový fond, v ktorom môžu akcie tvoriť do 80% majetku. Menej rizikovým mal byť vyvážený fond, v ktorom môžu akcie tvoriť do 50% majetku. Najmenej rizikovým mal byť konzervatívny fond, v ktorom nemôžu byť žiadne akcie.

Tabuľka 1: Investičné limity pre dôchodkové fondy v druhom pilieri

	Akcie	Dlhopisy & Nástroje peňažného trhu
Rastový fond	do 80%	žiadny limit
Vyvážený fond	do 50%	najmenej 50%
Konzervatívny fond	žiadne akcie	100%

Zdroj: Zákon č. 43/2004 o starobnom dôchodkovom sporení

V skutočnosti DSS maximálne limity na akcie nikdy nedosiahli. Najvyšší podiel na majetku fondov mali akcie na začiatku roka 2008, keď tvorili 15% až 20% v rastových fondoch a 10% až 15% vo vyvážených fondoch. Pod vplyvom opakovaného otvárania druhého piliera v kombinácii s verbálnym zneisťovaním sporiteľov zo strany vlády (vyhlásenia o nevýhodnosti druhého piliera pre väčšinu sporiteľov), ako aj pod vplyvom poklesu akciových trhov počas finančnej krízy, DSS podiel akcií znížili do začiatku roka 2009 zhruba na polovicu. Do polovice roka 2009 sa podiel akcií znížil prakticky na nulu. Príčinou boli podľa ankety inštitútu INEKO medzi 22 vybranými ekonómami dve legislatívne zmeny:

1. Od 1.1.2009 došlo k sprísneniu ratingových požiadaviek na akciové investície. Podľa DSS nové požiadavky nespĺňajú prakticky žiadne z tzv. ETF (Exchange Traded Funds) fondov, ktoré sú viazané na burzové indexy. DSS tak začali vypredávať investície do ETF fondov, kde predtým umiestňovali väčšinu akciových investícií.
2. Od 1.7.2009 vznikla pre DSS povinnosť porovnávať výnosy jednotlivých dôchodkových fondov v 6-mesačných kĺzavých intervaloch a doplácať prípadné straty z tzv. garančného účtu a z vlastných zdrojov. Súčasne došlo k zníženiu poplatku za správu aktív zhruba o dve tretiny a k zavedeniu poplatku z dosiahnutých výnosov. Dôsledkom týchto zmien sa pre DSS významne zvýšilo riziko doplácania prípadných strát z investícií do volatilných cenných papierov, čo DSS viedlo k ich výpredaju.

Z celkového počtu 1,439 milióna sporiteľov je zhruba dve tretiny v rastových fondoch, necelých 30% vo vyvážených a 5% v konzervatívnych. Z celkového objemu majetku bolo k 21.4.2011 v rastových fondoch 65%, vo vyvážených fondoch 30% a v konzervatívnych fondoch 5%.

Stav majetku v druhom pilieri k 21.4.2011 (v mld. EUR)

Rastové fondy	Vyvážené fondy	Konzervatívne fondy	Spolu
2,60 (65%)	1,19 (30%)	0,18 (5%)	3,97 (100%)

Zdroj: Asociácia dôchodkových správcovských spoločností (ADSS)

S cieľom znížiť riziko znehodnotenia investície krátko pred odchodom do dôchodku zákon reguluje účasť vo fondoch nasledovne:

- Po dovŕšení 47 rokov veku (t.j. vo väčšine prípadov 15 rokov pred odchodom do dôchodku) nemôže byť sporiteľ v rastovom dôchodkovom fonde.
- Po dovŕšení 55 rokov veku (t.j. vo väčšine prípadov 7 rokov pred odchodom do dôchodku) nemôže byť sporiteľ ani v rastovom ani vo vyváženom dôchodkovom fonde.

Dedenie dôchodkových úspor je možné v druhom aj treťom pilieri. Úspory v oboch pilieroch sú osobným majetkom sporiteľov, sú teda oddelené od majetku správcovských spoločností. V druhom pilieri je po dovŕšení dôchodkového veku možné dediť len peniaze, ktoré zostanú na osobnom účte sporiteľa po zakúpení doživotnej anuity od životnej poisťovne. Doživotná anuita musí byť mesačne najmenej 0,6-násobkom životného minima (111 EUR v roku 2011).

Výnosy dôchodkových fondov v druhom pilieri významne ovplyvnila globálna finančná kríza ako aj legislatívne opatrenia obmedzujúce rizikovejšie (najmä akciové) investície. Od spustenia druhého piliera do 15.4.2011 boli rastové fondy v pluse 6,35%, vyvážené fondy 8,64% a konzervatívne fondy 17,54%. Od 1.1.2008, keď začal byť zreteľný pokles cien akcií na svetových trhoch, sú však rastové fondy v strate 4,73%, vyvážené fondy sú v strate 2,48% a v pluse sú len konzervatívne fondy s výnosom 6,05%. Všetky uvedené porovnania uvádzajú vážené priemery hrubých nominálnych výnosov jednotlivých fondov, t.j. ide o výnosy neočistené o poplatky a infláciu. Keďže k výpredaju akciových investícií došlo v prvej polovici roka 2009, rastové ani vyvážené fondy už neprofitovali z neskoršieho rastu akcií na svetových trhoch. Po výpredaji akciových ako aj rizikovejších dlhopisových investícií sa skladba majetku v jednotlivých fondoch prakticky zjednotila. Tomu zodpovedajú aj zhruba rovnaké výnosy, ktoré v súčasnosti vykazujú všetky tri typy fondov.

Tabuľka 2: Hrubé nominálne výnosy fondov v druhom pilieri (vážené priemery)

	Od 23/3/2005 do 15/4/2011	Od 1/1/2008 do 15/4/2011	Od 1/1/2009 do 15/4/2011	Od 1/1/2010 do 15/4/2011
Rastové fondy	6,35%	-4,73%	2,01%	1,46%
Vyvážené fondy	8,64%	-2,48%	2,16%	1,51%
Konzervatívne fondy	17,54%	6,05%	3,17%	1,50%

Zdroj: Asociácia dôchodkových správcovských spoločností (ADSS)

Vláda, ktorá nastúpila v júni 2010, plánuje zmeniť pravidlá investovania, garancií a poplatkov v druhom pilieri tak, aby boli DSS-ky opätovne motivované investovať aj do rizikovejších cenných papierov a potenciálne tak dosahovať vyššie výnosy. Vo verejnej diskusii sa zatiaľ objavili tieto návrhy:

- V máji 2011 predstavilo ministerstvo práce novelu zákona o starobnom dôchodkovom sporení s navrhovanou účinnosťou od 1. októbra 2011. Novela navrhuje odstrániť garancie vo vyváženom a rastovom fonde, ponechať garancie v konzervatívnom fonde a súčasne zaviesť tzv. indexový fond, ktorý by kopíroval svetové akciové indexy. Sporiteľom by malo byť umožnené miešať majetok v garantovanom fonde a jednom zo zvyšných fondov.
- Najväčšia DSS-ka na trhu Allianz spolu s treťou najväčšou VÚB Generali presadzujú alternatívu, ktorú podporila aj hlavná opozičná strana SMER-SD. Alternatíva predpokladá zlúčenie všetkých troch existujúcich fondov do jedného, ktorý by bol konzervatívny a boli by v ňom ponechané garancie. Súčasne by vznikol nový akciový a prípadne aj dlhopisový fond, ktoré by boli bez garancií. Sporitelia by získali možnosť tvorby vlastného investičného portfólia miešaním všetkých troch fondov. Uvedené nastavenie je podľa predkladateľov žiaduce najmä vzhľadom na nízky sklon sporiteľov k riziku, ktorý potvrdil prieskum verejnej mienky agentúry Focus z novembra 2010 na vzorke 1800 respondentov (68% sporiteľov má nízky sklon k riziku), ako aj vlastný emailový prieskum Allianz-DSS z marca 2011 na vzorke 10050 respondentov (pre 81% respondentov v rastovom fonde je najdôležitejšou hodnotou v ich sporení garancia, resp. odkladanie peňazí na osobnom účte bez očakávaní vyššieho výnosu).

Výnosy dôchodkových fondov v treťom pilieri tiež významne ovplyvnila globálna finančná kríza. Po prepade vo väčšine fondov v roku 2008 v priemere o 1,8% (nominálne výnosy očistené o poplatky sa pohybovali od -20,9% do +2,9%) však v roku 2009 došlo k nárastu v priemere o 3,4% (od -1,0 % do +15,8 %) a v roku 2010 k nárastu v priemere o 1,9% (od +0,22 % do +5,37 %).

Administratívne poplatky v druhom pilieri platia sporitelia vo výške:
- 0,5% mesačného príspevku, ktorý si ponecháva Sociálna poisťovňa za centrálnu evidenciu sporiteľov a transfer peňazí do fondov dôchodkových správcovských spoločností
- 1% mesačného príspevku, ktorý si ponecháva dôchodková správcovská spoločnosť za vedenie osobného účtu sporiteľa
- Maximálne 0,025% mesačne (0,3% ročne) z čistej hodnoty majetku v dôchodkovom fonde, ktorý si ponecháva dôchodková správcovská spoločnosť za správu aktív. Poplatok sa znížil od 1.7.2009 z pôvodnej úrovne 0,065 mesačne (0,78% ročne).
- Maximálne 5,6% z výnosov dosiahnutých v 6-mesačných kĺzavých intervaloch. Poplatok bol zavedený od 1.7.2009, prvé porovnávacie obdobie tak uplynulo k 31.12.2009. V prípade záporného výnosu musia DSS doplatiť zo špeciálne zriadeného garančného účtu, prípadne z vlastných zdrojov rozdiel tak, aby mal sporiteľ na účte minimálne sumu, ktorú tam vložil.
- 16 EUR za prestup do inej DSS v období do jedného roka od podpisu zmluvy, poplatok si ponecháva Sociálna poisťovňa. Prestup po uplynutí jedného roka je bezplatný.

Administratívne poplatky v treťom pilieri sú nasledovné:
- Maximálne 2,5% ročne z čistej hodnoty v dôchodkovom fonde, ktorý si ponecháva doplnková dôchodková spoločnosť za správu aktív. Maximálna hranica sa znížila od 1.1.2010 z 3% a má sa postupne znižovať až na 1,98% v roku 2019. Doplnkové dôchodkové spoločnosti vo výške tohto poplatku súťažia, keď napríklad v decembri 2009 si väčšina z nich účtovala poplatok nižší než 2,5%.
- Maximálne 1% ročne z čistej hodnoty vo výplatnom fonde, ktorý si ponecháva doplnková dôchodková spoločnosť za správu aktív.

- Poplatok vo výške 10% z dosiahnutého výnosu. Poplatok bol zavedený od 1.1.2010 a postupne bude narastať na 20% v roku 2020.
- Maximálne 5% z aktuálnej hodnoty osobného účtu sporiteľa, ktorý si ponecháva doplnková dôchodková spoločnosť v prípade prestupu sporiteľa do inej spoločnosti v období do troch rokov od uzatvorenia zmluvy. Po uplynutí tejto lehoty je prestup od 1.1.2010 bezplatný, predtým bol maximálne 1%.
- Bez obmedzenia výšky poplatky, ktoré platia doplnkové dôchodkové spoločnosti tretím osobám (dane vzťahujúce sa na majetok v dôchodkovom fonde, poplatky depozitárovi, obchodníkovi s cennými papiermi, centrálnemu depozitárovi, atď.)
- Sprostredkovateľom platia doplnkové dôchodkové spoločnosti od 1.1.2010 za každú uzatvorenú zmluvu maximálne 10% z priemernej mzdy, ktorá bola na Slovensku dva roky pred uzatvorením zmluvy. Pred 1.1.2010 výška odmeny sprostredkovateľom nebola regulovaná.

Miera náhrady vyjadrená ako pomer hrubého priemerného starobného dôchodku a hrubej priemernej mzdy v roku 2008 klesla na historické minimum 43,3%, v roku 2009 však stúpla na 45,3% a v roku 2010 na 45,8%. Spôsobil to najmä pomalší nárast miezd v dôsledku krízy (v roku 2009 o 3% a v roku 2010 o 3,2%) v kombinácii s rýchlejšou valorizáciou dôchodkov (k 1.1.2009 o 6,95% a k 1.1.2010 o 3,05%). Po započítaní vianočných príspevkov v priemernej výške 58 EUR stúpla miera náhrady v roku 2010 na 46,4%.

Priemerná relatívna výška dôchodku (v EUR)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Priemerný starobný dôchodok	234	256	273	295	313	337	352
Priemerná mzda	525	573	623	669	723	744	769
Pomer priemerného dôchodku k priemernej mzde	44,5%	44,7%	43,8%	44,1%	43,3%	45,3%	45,8%
Pomer s vianočným príspevkom*	44,5%	44,7%	44,6%	44,8%	44,0%	45,9%	46,4%

*prepočítané spolu s priemerným vianočným príspevkom 58 EUR
Zdroj: Sociálna poisťovňa, Štatistický úrad

OECD vyjadruje mieru náhrady ako pomer priznaného mesačného dôchodku a predchádzajúceho mesačného príjmu jednotlivca, pričom vo výpočtoch zohľadňuje konečný stav penzijného systému, t.j. po uplynutí všetkých prechodných období. V čistom vyjadrení (t.j. príjmy aj dôchodky sú očistené o zaplatené dane a odvody) to pre SR v čase výpočtu znamenalo systém plnej zásluhovosti, t. j. bez úprav POMB. Výsledkom bolo, že čistá miera náhrady stúpa spolu s príjmom jednotlivca. V decembri 2010 však došlo k zmrazeniu úprav POMB, ministerstvo financií preto vypočítalo aj údaje platné po tomto zmrazení, ktoré ukazujú mierny pokles miery náhrady v závislosti od príjmu.

Čistá miera náhrady pre mužov prepočítaná na rok 2050 (v %)

	Príjem jednotlivca ako násobok priemernej mzdy				
	0,5	0,75	1	1,5	2
SR	66,3	70,4	72,7	74,9	75,9
SR po zmrazení zmien v POMB	77,1	73,8	72,6	72,9	71,3
Priemer OECD	82,4	74,0	70,3	65,5	60,8

Zdroje:

OECD, Pensions at a Glance, 2009
Analýza dlhodobej udržateľnosti penzijného systému, MPSVR SR

Minimálny dôchodok: V súčasnom systéme garancia minimálneho dôchodku neexistuje. Ľudia s príliš nízkym alebo žiadnym dôchodkom majú nárok len na dávky v hmotnej núdzi. Nová vláda sa však v Programovom vyhlásení zaviazala, že *„zavedie minimálny dôchodok tak, aby pri splnení definovaného obdobia poistenia nebol ani jeden poistenec v stave hmotnej núdze.“* Ako alternatívu ochrany dôchodcov ohrozených chudobou (v roku 2009 ich podiel podľa EU SILC klesol z 9,7% na 8,9%) presadzuje časť ekonómov ale aj vládnych predstaviteľov myšlienku posilnenia solidarity v prvom pilieri alebo v jeho časti.

Reforma odvodov: V apríli 2011 ministerstvo financií predstavilo návrh reformy daní a odvodov, ktorý má zjednodušiť systém a znížiť rozdiely v odvodovom zaťažení zamestnancov a SZČO. Návrh okrem iného zjednocuje sociálne odvody do jedného a súčasne ruší fondové hospodárenie Sociálnej poisťovne. V ďalšej fáze reformy sa tiež predpokladá zjednotenie výberu daní a odvodov (projekt UNITAS) tak, aby dane aj odvody po novom vyberal iba jeden finančný úrad.

Prehľad dôležitých udalostí po 1.1.2010:

- Od 1.1.2010 došlo k zmenám administratívnych poplatkov v treťom pilieri:
    - Maximálny poplatok za správu aktív sa znížil z 3% na 2,5% ročne z čistej hodnoty v dôchodkovom fonde. Maximálna hranica sa má postupne znižovať až na 1,98% v roku 2019.
    - Zaviedol sa maximálny poplatok za správu aktív vo výplatnom fonde vo výške najviac 1% ročne z čistej hodnoty majetku.
    - Zaviedol sa poplatok z dosiahnutého výnosu vo výške 10%. Poplatok bude postupne narastať na 20% v roku 2020.
    - Zrušil sa poplatok za prestup sporiteľa do inej spoločnosti po uplynutí troch rokov od uzatvorenia zmluvy. Pred 1.1.2010 bol tento poplatok najviac 1% z aktuálnej hodnoty osobného účtu sporiteľa.
    - Sprostredkovateľom platia doplnkové dôchodkové spoločnosti od 1.1.2010 za každú uzatvorenú zmluvu maximálne 10% z priemernej mzdy, ktorá bola na Slovensku dva roky pred uzatvorením zmluvy. Pred 1.1.2010 výška odmeny sprostredkovateľom nebola regulovaná.
- Od 1.1.2011 pribudla nová podmienka priznania predčasného dôchodku, podľa ktorej predčasný dôchodca nesmie vykonávať zárobkovú činnosť, z ktorej by bol povinne dôchodkovo poistený (t.j. napr. nesmie byť súčasne zamestnanec, alebo SZČO). Cieľom tejto úpravy bolo zrušiť súbeh vyplácania predčasného starobného dôchodku a súčasne príjmu z práce, čo má ušetriť zdroje Sociálnej poisťovne. Predčasní dôchodcovia získali dva mesiace (t.j. do 28.2.2011) na rozmyslenie, či zostanú na predčasnom dôchodku, alebo budú radšej pracovať.
- Od 1.1.2011 sa skončila daňová úľava, podľa ktorej boli príspevky do tretieho piliera do výšky 398,33 EUR (12000 SKK) ročne oslobodené od dane z príjmu.
- Od 1.1.2011 sa zrušilo prechodné obdobie, v ktorom sa mala postupne upravovať hodnota priemerného osobného mzdového bodu (POMB) na výpočet dôchodku. Pôvodne sa mali úpravy POMB (krátenie pre hodnoty od 1,25 do 3,00 a zvyšovanie pre hodnoty do 1,00) postupne vytratiť tak, aby sa od roku 2015 POMB do hodnoty 3,00 uplatňoval v plnej výške. Zavŕšil by sa tak postupný prechod zo solidárneho na zásluhový systém, v ktorom by bola výška dôchodku priamo úmerná mzde jednotlivca. Zmenou sa však úpravy POMB zafixovali tak, že v plnej výške sa započítava len POMB vo výške 1,00 až 1,25. Z hodnoty

od 1,25 do 3 sa započítava 84%, k hodnote nižšej ako 1,0 sa pripočítava 16 % z rozdielu medzi hodnotou 1,0 a POMB. Cieľom tejto zmeny bolo zachovanie určitej miery solidarity pri výpočte dôchodku.

- Od 1.4. 2011 platí strop pre doplatky za lieky pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých. Zdravotná poisťovňa kompenzuje týmto pacientom do 90 dní od skončenia štvrťroka sumu, o ktorú doplatky za ich lieky prekročili limit doplatkov. Do limitu sa započítava najlacnejšia generická alternatíva. Pre dôchodcov predstavuje limit 45 eur a pre ťažko zdravotne postihnutých 30 eur štvrťročne.

Zámery do budúcnosti:

- Národný program reforiem SR 2011 (ide o súbor opatrení, ktoré chce vláda realizovať v tomto volebnom období, t.j. do júna 2014), ktorý v marci 2011 vypracovalo ministerstvo financií, predpokladá nasledovné zmeny v prvom pilieri: *„V rámci priebežne financovaného (prvého) piliera s cieľom stabilizácie finančných tokov v dlhodobom horizonte vláda vytvorí zákonnú väzbu medzi očakávanou dĺžkou života v seniorskom veku a dôchodkovým vekom. Opatrenie by malo vstúpiť do platnosti až potom, ako skončí obdobie postupného zvyšovania veku odchodu do dôchodku pre bezdetné ženy. Zároveň sa zavedie aj väzba medzi každoročným zvyšovaním ADH (aktuálnej dôchodkovej hodnoty) a zmenou podielu medzi prispievateľmi a poberateľmi v priebežnom dôchodkovom pilieri. Zmení sa valorizácia dôchodkov zo súčasného „švajčiarskeho“ systému na inflačnú (podľa dôchodcovskej inflácie). Prvý pilier čaká aj zmena v miere zásluhovosti. Vláda postupne zvýši mieru solidarity v priebežnom pilieri tak, aby z neho neboli vyplácané dôchodky nad priemernou mzdou v hospodárstve.“*
- Vláda plánuje zmeniť pravidlá investovania, garancií a poplatkov v druhom pilieri tak, aby boli DSS-ky opätovne motivované investovať aj do rizikovejších cenných papierov a potenciálne tak dosahovať vyššie výnosy. Vo verejnej diskusii sa zatiaľ objavili tieto návrhy:
  - V máji 2011 predstavilo ministerstvo práce novelu zákona o starobnom dôchodkovom sporení s navrhovanou účinnosťou od 1. októbra 2011. Novela navrhuje tieto hlavné zmeny:
    - Odstránenie garancií vo vyváženom a rastovom fonde, ponechanie garancií v konzervatívnom fonde a súčasne zavedenie tzv. indexového fondu, ktorý by kopíroval svetové akciové indexy. Sporiteľom by malo byť umožnené miešať majetok v garantovanom fonde a jednom zo zvyšných fondov.
    - Zrušenie poplatku vo výške 5,6% z výnosu v garantovanom fonde a jeho zmena vo vyváženom (po novom zmiešanom) aj v rastovom (po novom akciovom fonde) na úroveň 5% resp. 7,5%. Poplatky za správu fondu by mali ostať na súčasnej úrovni, v novom indexovom fonde by mali byť najviac 0,2% čistej hodnoty majetku (v tomto fonde nebude žiadny poplatok z výnosu). Poplatok za vedenie účtu sa zmení na maximálne 1% z mesačného príspevku (v súčasnosti to je presne 1%).
    - Zavedenie postupného presunu majetku sporiteľov z negarantovaných fondov do garantovaného v závislosti od veku sporiteľa tak, že vo veku 50 rokov bude musieť mať najmenej 10% aktív v garantovanom fonde a v každom ďalšom roku sa toto percento bude zvyšovať najmenej o ďalších 10%, t.j. po uplynutí 10 rokov už bude mať majetok len v garantovanom fonde. Zrušia sa tak súčasné pravidlá, podľa ktorých má k presunu majetku dochádzať nárazovo (15 rokov pred odchodom do dôchodku vystúpenie z rastového fondu a 7 rokov aj z vyváženého fondu).
    - Opätovné umožnenie investícií do tzv. ETF fondov.
    - Opätovne by sa tiež mal zaviesť povinný vstup pre mladých ľudí do druhého piliera s tým, že budú mať možnosť do dvoch rokov z neho vystúpiť.

- Najväčšia DSS-ka na trhu Allianz spolu s treťou najväčšou VÚB Generali presadzujú alternatívu, ktorú podporila aj hlavná opozičná strana SMER-SD. Alternatíva predpokladá zlúčenie všetkých troch existujúcich fondov do jedného, ktorý by bol konzervatívny a boli by v ňom ponechané garancie. Súčasne by vznikol nový akciový a prípadne aj dlhopisový fond, ktoré by boli bez garancií. Sporitelia by získali možnosť tvorby vlastného investičného portfólia miešaním všetkých troch fondov. Uvedené nastavenie je podľa predkladateľov žiaduce najmä vzhľadom na nízky sklon sporiteľov k riziku, ktorý potvrdil prieskum verejnej mienky agentúry Focus z novembra 2010 na vzorke 1800 respondentov (68% sporiteľov má nízky sklon k riziku), ako aj vlastný emailový prieskum Allianz-DSS z marca 2011 na vzorke 10050 respondentov (pre 81% respondentov v rastovom fonde je najdôležitejšou hodnotou v ich sporení garancia, resp. odkladanie peňazí na osobnom účte bez očakávaní vyššieho výnosu).

- V marci 2011 ministerstvo vnútra zverejnilo Analýzu sociálneho systému ozbrojených zložiek, ktorá predpokladá vo výsluhových dôchodkoch príslušníkov Policajného zboru tieto hlavné zmeny:
  - Policajti by mali mať nárok na odchodné až po 10 rokoch služby.
  - Policajti, ktorí odslúžia 15 až 19 rokov, budú namiesto trvalo vyplácaného výsluhového dôchodku dostávať štyri roky výsluhový príspevok.
  - Minimálna doba služby na nárok na výsluhový dôchodok sa zvýši zo súčasných 15 na 20 rokov.

  Uvedené zmeny sa dotknú iba nových policajtov, ktorí budú prijatí do Policajného zboru (PZ) po dni nadobudnutia účinnosti navrhovaných zmien. Ten sa predpokladá na 1. júla 2012.
- V marci 2011 ministerstvo práce predstavilo návrh na zavedenie nových podmienok pre výpočet vianočného príspevku. Maximálna výška príspevku by mala zostať 66,39 EUR pre dôchodcov s dôchodkami nižšími než životné minimum (dnes 185,38 EUR mesačne). Pre ostatných dôchodcov sa má vianočný príspevok vypočítať podľa vzorca: 66,39 – 0,1 * (D – ŽM), kde D je výška dôchodku a ŽM je životné minimum. Na vianočný príspevok budú mať nárok tak ako doteraz tí dôchodcovia, ktorých penzia nepresiahne 60% z priemernej mzdy. Cieľom návrhu je zaviesť plynulé zmeny vo výške vianočného príspevku v závislosti od výšky dôchodku a nahradiť tak dnešný systém, kde je príspevok odstupňovaný po intervaloch (v roku 2009 to boli tri intervaly, v roku 2010 osem intervalov).
- Vláda sa v Programovom vyhlásení zaviazala, že *„zavedie minimálny dôchodok tak, aby pri splnení definovaného obdobia poistenia nebol ani jeden poistenec v stave hmotnej núdze.“*
- Reforma odvodov: V apríli 2011 ministerstvo financií predstavilo návrh reformy daní a odvodov, ktorý má zjednodušiť systém a znížiť rozdiely v odvodovom zaťažení zamestnancov a SZČO. Návrh okrem iného zjednocuje sociálne odvody do jedného a súčasne ruší fondové hospodárenie Sociálnej poisťovne. V ďalšej fáze reformy sa tiež predpokladá zjednotenie výberu daní a odvodov (projekt UNITAS) tak, aby dane aj odvody po novom vyberal iba jeden finančný úrad.

ZDRAVOTNÍCTVO

Autor: Dušan Zachar

Univerzálny nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe povinného verejného zdravotného poistenia majú všetci občania Slovenska. Pokrýva prakticky celú zdravotnú starostlivosť s výnimkou malej časti výkonov (napr. v zubnom lekárstve a kozmetickej chirurgii), ako aj s výnimkou časti nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré platia pacienti v hotovosti.

Malé zmeny doplatkov pacientov za lieky prichádzajú takmer s každou štvrťročnou kategorizáciou liekov, pričom pozorujeme trend ich celkového zvyšovania pri súčasnom znižovaní cien liekov v SR, čo je v súlade s odporúčaniami expertov (napr. aj tých z OECD), keďže Slovensko patrí medzi krajiny OECD, kde sú súkromné výdavky na lieky merané ako podiel na celkových výdavkoch na lieky najnižšie.

Na druhej strane je však Slovensko nad priemerom krajín EÚ, ako aj OECD, čo sa týka priamych platieb pacientov (out-of-pocket payments), ktoré v priebehu pár rokov masívne vzrástli. A nedá sa to pripísať len na vrub „Zajacových 20- a 50-korunáčiek“ z reformných rokov 2003-2004. Tie boli totiž v roku 2006 zrušené, ale vysoká úroveň priamych platieb obyvateľstva zostala aj potom zachovaná. Dôvodom je nekontrolovateľný nárast rôznych polooficiálnych poplatkov, ktoré nie sú vôbec, alebo sú len veľmi slabo regulované. Aby tento nárast súkromných platieb nezaťažil neúnosným spôsobom peňaženky sociálne najslabších skupín obyvateľstva, je nutné pre ne zaviesť ochranný horný strop na priame platby.

Súčasná vláda schválila na začiatku roka 2011 pre nízkopríjmových (príjem do 360 EUR) dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých(ZŤP) ochranný horný limit ale len na doplatky za niektoré lieky (ktoré sú hradené zdrav. poisťovňou minimálne vo výške 75%), pričom dôchodcovia budú mať nárok na vrátenie peňazí, ak prekročia za štvrťrok hranicu 45 EUR na doplatkoch za najlacnejšiu alternatívu lieku. U ZŤP je to 30 EUR.

Povinné verejné poistenie poskytuje jedna štátna a dve súkromné akciové spoločnosti. Od 1.1.2010 sa najväčšia štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) zlúčila s menšou a tiež štátnou Spoločnou zdravotnou poisťovňou. V rovnakom termíne prišlo tiež k zlúčeniu súkromných poisťovní Dôvera a Apollo. Došlo tak k výraznej koncentrácii na trhu zdravotného postenia, keď sa počet poisťovní znížil z piatich na tri. Podľa počtu poistencov, ako aj výnosov má dominantné postavenie VšZP so 66, resp. 67%-ným podielom na trhu. Súkromná poisťovňa Dôvera má 27, resp. 24%-ný podiel a súkromná poisťovňa Union 7, resp. 9%-ný podiel. Viacerí odborníci koncentráciu kritizovali, keďže sa ňou zhoršili podmienky pre fungovanie súťaže na poistnom trhu. Niektorí odporúčajú demonopolizovať VšZP jej rozdelením na menšie časti a ich následnou privatizáciou. K 31.12.2010 vykázala VšZP stratu vo výške takmer 70 mil. EUR *(pozri nižšie tabuľku)*. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) jej v októbri 2010 pohrozil, že pokiaľ nezačne každým mesiacom vykazovať šetrenie, vážne ohrozí svoju existenciu. VšZP preto prišla s ozdravným balíčkom, a to i na úkor nákupu zdravotnej starostlivosti či prepúšťania zamestnancov. Z údajov ÚDZS vyplýva, že VšZP sa za január 2011 podarilo vykázať predbežný zisk vo výške okolo 1,7 mil. EUR. Kvôli zlej finančnej situácii vo VšZP vláda odsúhlasila posunutie účinnosti nedávno schválenej novely zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá prináša nové prísnejšie podmienky vykazovania platobnej schopnosti, z apríla 2011 na začiatok roku 2013.

Predbežný výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní *(stav k 31.12.2010)*

VšZP	- 69 666 794
Dôvera	9 171 178
Union	- 2 264 534
S p o l u	*- 62 760 150*

Zdroj: ÚDZS

Dlh

Dlhodobým a jedným z najväčších problémov slovenského zdravotníctva je jeho zadlženosť, ktorá sa nedarí udržateľným spôsobom dostať pod kontrolu. Hlavnými príčinami tohto stavu sú tzv. mäkké rozpočtové obmedzenia (soft budget constraints) v sektore zdravotníctva, nekryté zvyšovanie platov zdravotníckych pracovníkov, zákonný nárok na takmer neobmedzený rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, poskytovanie starostlivosti bez jej krytia zdrojmi, nehospodárnosť, netransparentnosť, korupcia.

Medziročný nárast dlhu v rezorte zdravotníctva v roku 2010 bol 91,98 mil. EUR oproti roku 2009. Predstavuje to priemerný mesačný rast 7,7 mil. EUR. Z vývoja záväzkov po lehote splatnosti v jednotlivých kategóriách je zrejmé, že najväčší nárast zadlženosti nastal u štátnych nepretransformovaných zdravotníckych zariadení, ktoré sú v pôsobnosti MZ SR *(viď tabuľka)*.

Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva

údaje sú uvádzané kumulatívne od 1.1.2005 (v mil. €)						
Zdravotnícke zariadenia	k 31.12. 2005	k 31.12. 2006	k 31.12.2007	k 31.12.2008	k 31.12.2009	**k 31.12 2010**
- v pôsobnosti MZ SR	67,48	147,22	193,92	195,55	115,45	**209,36**
- transformované na akciové spoločnosti	x	0,05	0,02	0,05	0,04	**0,05**
- delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	79,13	75,52	71,50	76,71	77,51	**75,76**
Zdravotné poisťovne	40,40	3,22	2,39	0,40	0,19	**0,00**
DLH SPOLU	187,01	226,01	267,83	272,71	193,19	**285,17**

Zdroj: Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2010; MZ SR, apríl 2011

Značný nárast dlhu v priebehu roka 2010 zapríčinilo podľa MZ SR viacero faktorov, ale medzi najpodstatnejšie podľa rezortu patrí plošné zníženie platieb za výkony za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnými poisťovňami jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ďalším faktorom, ktorý podľa ministerstva dlhodobo negatívne vplýva na hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, je neuhrádzanie všetkých realizovaných a uznaných výkonov zo strany zdravotných poisťovní nad zmluvný objem. MZ SR konštatuje, že celková situácia znížených príjmov od zdravotných poisťovní bola spôsobená stavom a výkonnosťou ekonomiky, kde kríza v hospodárstve a zvyšujúca sa nezamestnanosť, keď sa počet ekonomicky aktívneho obyvateľstva znižoval, mal za dôsledok nižšie príjmy, pokles rastu priemerných miezd a celkovú nižšiu platobnú disciplínu platiteľov, čo spôsobilo, že zdravotné poisťovne nezvyšovali objemy platieb za výkony pre jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V priebehu roka 2010 boli prvýkrát platené úroky z návratnej štátnej finančnej výpomoci poskytnutej 25 štátnym zdravotníckym zariadeniam v roku 2009 na 15 rokov v celkovej výške 130 mil. EUR. Z celkového počtu 25 zdravotníckych zariadení zaplatilo úroky v plnej výške 15 zdravotníckych zariadení. V médiách sa objavili informácie, že niektoré nemocnice meškajú so splácaním, čo len potvrdilo názory mnohých odborníkov, ktorí vyjadrovali značné pochybnosti o schopnosti nemocníc splácať túto štátnu výpomoc.

Niektoré ďalšie opatrenia prijaté v sledovanom období:

- opätovné zavedenie degresívnej obchodnej prirážky na lieky určené pre nemocnice (ročná úspora 10 mil. EUR) a nakupovanie viacerých onkologických liekov pre pacientov priamo zdravotnými poisťovňami, a nie prostredníctvom lekární
- novela zákona o zdravotnom poistení - rozšírenie okruhu platiteľov poistného; rozšírenie vymeriavacieho základu na výpočet poistného o ďalšie typy príjmov (napr. odstupné, odchodné, dividendy)
- novela zákona o zdravotných poisťovniach – sprísnenie kritérií na posudzovanie platobnej schopnosti poisťovní; povinnosť zverejniť na internete všetky zmluvy zdravotných poisťovní s poskytovateľmi; opätovné posilnenie nezávislosti ÚDZS oslabením kompetencií vlády pri odvolávaní jeho predsedu; schválenie ochranného horného limitu na doplatky za lieky pre dôchodcov a ťažko chorých; zrušenie povinnosti odporúčacích (tzv. výmenných) lístkov všeobecných lekárov pri návšteve pacienta u špecialistu; legislatíva umožňujúca zaviesť tzv. DRG-systém pri odmeňovaní lôžkových zariadení

V sledovanom období neprišlo k zásadnejším zmenám v mixe poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hoci predošlá vláda R. Fica (do polovice roku 2010) uprednostňovala štátnych poskytovateľov (garancie zazmluvnenia v rámci verejnej minimálnej siete, poskytnutie návratnej štátnej výpomoci, zákaz zisku pre zdravotné poisťovne, atď.), čím diskriminovala ostatných neštátnych poskytovateľov. Štátu zostal v zdravotníctve najväčší vplyv v poskytovaní ústavnej starostlivosti (najmä prostredníctvom veľkých fakultných nemocníc) a v najväčšej zdravotnej poisťovni (VšZP), ktorej podiel na trhu podľa počtu poistencov či výšky výnosov je viac ako 66%. Súčasná vláda postupne odstraňuje diskriminačné opatrenia voči neštátnym poskytovateľom, čo dáva predpoklad do budúcnosti, že sa v zdravotníctve posilní vplyv súkromného sektora. Súčasná vláda ambiciózne plánuje do konca roku 2011 transformovať štátne nemocnice na akciové spoločnosti, avšak odmieta ich následnú privatizáciu. Rovnako tak sa odmietavo stavia i k rozdeleniu štátnej VšZP na viacero častí a k ich odpredaniu súkromným investorom, čo navrhujú niektorí analytici upozorňujúci na súčasnú prílišnú koncentráciu na trhu zdravotného poistenia. Filko (2010) napr. uvádza, že tzv. Herfindahlov-Hirschmanov index, ktorý sa používa ako ukazovateľ trhovej koncentrácie, a teda nepriamo aj konkurencie (0 = dokonalá konkurencia; 1 = monopol), dosahuje na slovenskom trhu zdravotného poistenia hodnotu 0,53 (arbitrárne sa uvádza 0,18 ako hodnota, od ktorej je už trh považovaný za veľmi koncentrovaný).

Platby štátu

Deficit verejných financií za roky 2009 a 2010 dosiahol v SR výšku takmer 8%, a tak konsolidácia verejných financií zákonite nemohla obísť ani sféru zdravotníctva, ktoré navyše generovalo stále nové dlhy. Ministerstvo financií určilo, že pre rok 2011 bude za 3,1 mil. svojich poistencov (nezaopatrené deti, študenti, dôchodcovia, nezamestnaní, ľudia starajúci sa o deti do veku 3 rokov) odvádzať do zdravotníctva (relatívne aj absolútne) nižšiu sumu ako rok predtým *(pozri tabuľku)*, čo sa stretlo s veľkou nevôľou v zdravotníckom stave. Nižšia platba štátu má byť podľa plánov kompenzovaná čiastočne vyšším výberom zdravotných

odvodov, nakoľko sa zväčšil vymeriavací základ pre výpočet zdravotného poistného (t.j. z väčšieho okruhu príjmov sa platí poistné). Zvyšný rozdiel k minuloročnej sume sa má podľa predstáv MF SR usporiť racionalizáciou vnútri zdravotníctva. V rokoch 2012 a 2013 by mal pokles platby štátu pokračovať na úroveň 4% z priemernej mzdy spred dvoch rokov.

Výška platieb štátu za svojich vlastných poistencov

	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Percento z priemernej mzdy	4%	4,33%	4,5%	4,9%	4,78%	4,32%
Absolútna suma *(v mil. EUR)*	773	893	979	1 162	1 283	1 198 (p)
Percento z HDP	1,4%	1,5%	1,5%	1,8%	1,9%	

Pozn.: (p) – prognóza
Zdroj: Ministerstvo financií SR

O čom sa diskutuje (resp. sa plánuje zaviesť v blízkej budúcnosti) v slovenskom zdravotníctve:

Debata o nedostatku zdravotníckeho personálu znovu ožila po spustení protestnej akcie v susednej Českej republike, kde lekári podávali hromadné výpovede s cieľom vyvinúť tlak na politikov, aby im citeľne zvýšili platy, čo sa nakoniec aj podarilo. Táto česká protestná akcia mala na Slovensku odozvu v dvojakej podobe. Najprv, v prípade prijatia hromadných výpovedí manažmentmi nemocníc, sa predpokladalo, že akútnu potrebu lekárov v ČR budú čiastočne saturovať lekári zo Slovenska, čo by zase malo za následok ich nedostatok v SR. Po úspešnom dosiahnutí požiadaviek českých lekárov a stiahnutí ich hromadných výpovedí sa momentálne o podobnú protestnú akciu pokúšajú aj lekári v SR. Lekárske odbory žiadajú najmä zlepšenie pracovných podmienok lekárov a najneskôr do 1. januára 2013 zvýšenie ich platov na minimálne 1,5- až 3-násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve, v závislosti od dosiahnutého vzdelania a dĺžky praxe. Medzi požiadavkami je ale aj zastavenie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti.
Českým príkladom sa inšpirovali i slovenské zdravotné sestry, ktoré tiež uvažujú o protestnom podávaní hromadných výpovedí. Okrem lepších platov a podmienok na prácu žiadajú kvôli náročnosti ich práce aj skorší odchod do dôchodku.

Vláda SR prijala v sledovanom období Národný program reforiem SR 2010 a Národný program reforiem SR 2011 – 2014. Tieto dokumenty prinášajú súbor opatrení, ktoré sú nevyhnutné pre oživenie hospodárstva z krátkodobého hľadiska, rastu kvality života v strednodobom horizonte, ako aj pre postupné plnenie cieľov stanovených v stratégií Európa 2020. V oblasti zdravotníctva si vláda SR stanovila cieľ zlepšiť zdravotnú starostlivosť tak, aby sa do roku 2020 zvýšil počet očakávaných rokov zdravého života bez invalidity alebo závažného hendikepu pri narodení na 60 rokov (v roku 2008 to bolo v SR 52,3 rokov a v EÚ v priemere o 10 rokov viac; *zdroj: Národný program reforiem SR 2011 – 2014, Eurostat*).
Hlavnými výzvami Národného programu reforiem v oblasti zdravotníctva je zefektívnenie výdavkov na zdravie, zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a zlepšenie jej kvality pre všetky skupiny obyvateľstva. V materiáli sa ďalej píše, že vláda SR prijme kroky, ktoré ďalej zlepšia prístup znevýhodnených skupín k zdravotným službám v nadväznosti na už prijatý ochranný limit na lieky pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých, čím posilní sociálny aspekt v zdravotníctve.

Ďalšie témy:

- optimalizácia a iná definícia verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými sú zdravotné poisťovne povinné uzavrieť zmluvy –

odstránenie zvýhodňovania najmä 34 štátnych nemocníc, s ktorými museli poisťovne uzavrieť zmluvy, čo obmedzovalo ich zmluvnú voľnosť a selektívny kontrakting (poisťovne sú v súčasnosti povinné uzatvoriť zmluvu aj so všetkými všeobecnými lekármi a lekárňami, ako aj s určeným počtom lekárov špecialistov a nemocníc)

- lekári prišli s požiadavkou, aby boli pohotovosti otvorené len do desiatej hodiny večer
- zmena vyhlášky MZ SR o čakacích zoznamoch s cieľom zvýšiť transparentnosť zaraďovania poistencov do zoznamu zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, zlepšiť porovnateľnosť a skrátiť čas čakania – max. do 12 mesiacov od zaradenia do zoznamu a v kratšom termíne pri zobrazovacích metódach (diagnóza), ambulantnej starostlivosti a onkologickej starostlivosti
- zavedenie zrozumiteľného systému merania kvality a akreditácie poskytovateľov, vrátane nemocníc - do konca roku 2011 sa má prijať nový rozšírený zoznam indikátorov kvality, ktoré majú byť nastavené tak, aby na rozdiel od súčasného stavu skutočne a zmysluplne hodnotili a diferencovali poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; hodnoty indikátorov, ako aj rebríčky kvality poskytovateľov majú byť zverejnené minimálne raz ročne v užívateľsky prijateľnej podobe s cieľom zvýšiť informovanosť pacientov, pričom raz za 3 roky majú byť indikátory revidované
- legislatívne zadefinovanie miery nákladovej efektívnosti liečby, ktorá sa už z pohľadu spoločnosti nepovažuje za prínosnú, a to prostredníctvom stanovenia akceptovateľnej ceny jedného kvalitného roku života (tzv. QALY) vo výške 24-násobku až 35-násobku priemernej mesačnej mzdy
- zavedenie tzv. generickej preskripcie, teda predpisovania liekov podľa názvu účinnej látky - lekárne budú mať povinnosť mať na sklade a ponúknuť pacientovi generickú alternatívu s najnižším doplatkom; MZ SR si od tohto opatrenia sľubuje zlepšenie informovanosti pacientov, obmedzenie indukovanej preskripcie a spotreby liekov a väčšiu cenovú súťaž medzi výrobcami liekov, medzi dodávateľmi liekov, ako aj medzi lekárňami, čo by malo mať za následok nižšie doplatky ľudí za lieky, ako aj zníženie verejných výdavkov na lieky
- sprísnenie súčasného systému referencovania cien liekov, a to tak, že cena lieku v SR nebude môcť prekročiť úroveň druhej najnižšej ceny spomedzi krajín EÚ (v súčasnosti nemôže presiahnuť priemer 6 najnižších cien spomedzi krajín EÚ)
- zvýšenie vplyvu farmakoekonomického posudzovania lieku pri jeho zaraďovaní medzi hradené lieky a pri stanovovaní, resp. zvýšení miery úhrady; revízia súčasne hradených liekov na základe farmakoekonomických kritérií
- pružnejšia kategorizácia liekov (zaraďovanie a vyraďovanie do/zo zoznamu hradených liekov) – vyradenie zo zoznamu úhrad, ak nie je účinnosť lieku v dostatočnej miere podložená výsledkami klinických skúšok; nové lieky budú kategorizované dočasne na 2 roky, potom bude treba dokázať ich účinnosť a efektívnosť; zrýchlenie a zjednodušenie vstupu generických liekov na trh
- zavedenie jasných pravidiel pri procese kategorizácie liekov s cieľom urobiť tento proces transparentnejším a nezávislejším – zverejňovanie odborných odporúčaní, žiadostí, podnetov a rozhodnutí vo veciach kategorizácie, ako aj konfliktov záujmov zúčastnených
- umožnenie predaja časti voľnopredajných (tzv. OTC - Over-the-counter) liekov, teda liekov vydávaných bez lekárskeho predpisu, aj mimo lekární a uvoľnenie predaja liekov aj cez internet s cieľom zvýšiť konkurenčný tlak na trhu s liekmi a zlepšiť ich celkovú dostupnosť pre spotrebiteľov, ako aj znížiť objem výdavkov na ne
- umožnenie tzv. vernostných programov aj na hradené lieky na predpis s cieľom znížiť doplatky pre pacientov; obava malých lekární pred monopolizáciou lekárenstva zo strany veľkých sietí lekární

- zavedenie dobrovoľného pripoistenia nad rámec povinného základného balíka zdravotnej starostlivosti – diskusia sa odvíja vo viacerých smeroch: pred pripoistením je potrebné jednoznačné stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia (tzv. základný balík) a jeho zúženie, nakoľko možnosť individuálneho zdravotného poistenia v SR je legislatívou povolená už aj dnes, lenže sa kvôli príliš širokému základnému balíku nerozvinula; minister zdravotníctva uprednostňuje cestu pripoistenia, a nie je fanúšikom zavádzania paušálnych poplatkov za hospitalizáciu či priamej spoluúčasti pacientov na financovaní svojej liečby
- zavedením systému platby za diagnostické skupiny (tzv. DRG - Diagnosis-Related Groups) docieliť efektívnejší, transparentnejší a spravodlivejší systém financovania lôžkovej zdravotnej starostlivosti, keďže každá nemocnica bude dostávať za rovnaký štandardný výkon pri rovnakej diagnóze rovnaký objem peňazí od zdravotnej poisťovne; DRG-systémom sa zlepšia možnosti porovnávania jednotlivých zdravotníckych zariadení - ľahšie rozhodovanie a kontrola zo strany poisťovní
- rozšírenie kritérií pre prerozdeľovanie príjmov zdravotných poisťovní na kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov o ukazovatele zdravotného stavu - chronické užívanie liekov (tzv. farmaceutické nákladové skupiny (PCG)) - tým sa má zmenšiť priestor na selekciu nízkonákladových poistencov poisťovňami a zvýšiť motivácia poskytovať aj chronickú alebo nákladnú starostlivosť; (doteraz boli kritériami prerozdeľovania pohlavie a vek poistencov, a od roku 2010 aj ekonomická aktivita, t.j. počet poistencov, za ktorých platí odvody štát)
- ročné zúčtovanie zdravotných odvodov budú robiť od roku 2012 namiesto poistencov samotné zdravotné poisťovne
- zavedenie jednotného výberu daní a odvodov (projekt UNITAS) s cieľom zlepšiť a zefektívniť výber odvodov - po novom by už odvody nemali vyberať zdravotné poisťovne, resp. Sociálna poisťovňa, ale daňové úrady; predbežný plán počíta s touto zmenou ku koncu volebného obdobia 2010-2014 (návrh na zrušenie zdravotných odvodov a príjmy pre zdravotníctvo získavať cez dane, ktoré sa zvýšia, nebol akceptovaný)
- prinavrátenie možnosti zdravotným poisťovniam ponechať si vytvorený zisk pri dodržaní týchto podmienok: povinné použitie zisku na tvorbu rezervného fondu až do výšky 20% splateného základného imania a povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v čakacích zoznamoch (predošlá vláda prikázala, že celý vytvorený zisk musia zdravotné poisťovne použiť na úhradu zdravotnej starostlivosti; majitelia súkromných poisťovní Dôvera a Union preto vstúpili do arbitrážneho konania, v ktorom požadujú od SR kompenzáciu za poškodenie investície; obmedzenie použitia zisku napadla aj Európska komisia, ktorá v novembri 2009 začala voči SR konanie s podozrením, že došlo k porušeniu pravidiel pre voľný pohyb kapitálu)
- transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti do konca roku 2011 s cieľom zvýšenia efektívnosti a transparentnosti pri riadení nemocníc – lekárske odbory, ako aj politická opozícia kritizujú tento proces, sú proti nemu; obávajú sa, že po transformácii budú tieto zariadenia privatizované, čo však odmieta aj súčasná vláda; diskusia prebieha tiež ohľadom toho, či sa transformácia všetkých štátnych nemocníc stihne do stanoveného termínu, a či budú potrebné a ministerstvom financií uvoľnené prostriedky na oddlženie týchto nemocníc pred ich transformáciou (počas reformy z rokov 2003-2004 došlo k transformácii predovšetkým menších a stredných nemocníc z verejnoprávnych spoločností na akciové spoločnosti a neziskové organizácie; súčasne s transformáciou prechádzali zariadenia z vlastníctva štátu do vlastníctva

miest a samosprávnych krajov; pred parlamentnými voľbami v roku 2006 vláda transformáciu na akciové spoločnosti zastavila; najväčšie tzv. fakultné nemocnice a špecializované ústavy tak ostali ako verejnoprávne inštitúcie vo vlastníctve štátu)

MZ SR prostredníctvom najväčšej zdravotnej poisťovne VšZP pripravuje redukciu prebytočných akútnych lôžok, pričom je predpoklad, že časť z usporených peňazí pôjde do oblasti starostlivosti o chronických a dlhodobo chorých pacientov, ktorí sú poväčšine starší ľudia, kde má Slovensko výrazné deficity. Chýbajú tzv. sociálne lôžka, takže navrhovaný presun chronickej starostlivosti z univerzitných a fakultných nemocníc do liečební a menších všeobecných nemocníc, ktoré sa tak budú môcť špecializovať na kvalitné poskytovanie takejto starostlivosti, je zmysluplný.

Vplyv hospodárskej krízy na zdravotníctvo

Hospodárska kríza len urýchlila určité ozdravné procesy v slovenskom zdravotníctve, ktoré by bolo nutné podniknúť tak či tak, nakoľko zdravotný systém v SR, ako bol a ešte stále je nastavený, je neudržateľný. Zjednodušene: v zdravotníctve SR má každý nárok na všetko – zdroje však nie sú k dispozícii na všetko - preto nárast dlhu, alebo čakacích dôb, alebo znižovanie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti; zároveň živná pôda pre korupciu a rôzne polooficiálne platby.

Navrhované a prijímané racionalizačné opatrenia zdravotných poisťovní, ako aj poskytovateľov majú v krátkodobom horizonte nepriaznivý dopad na dostupnosť zdravotnej starostlivosti (menej peňazí na úhradu výkonov, menej zazmluvnených lekárov, redukcia nemocničných lôžok a pod.), čo môžu rôzne skupiny obyvateľstva (rozdelené podľa veku, bohatstva, chorobnosti či bydliska) pociťovať rôznou intenzitou.

Napriek kríze však celkové príjmy zdravotných poisťovní medziročne stúpajú. A to i napriek tomu, že poisťovne evidovali pokles či stagnáciu platieb poistného najmä u zamestnávateľov, zamestnancov a samostatne zárobkovo činných osôb. Z hľadiska príjmov poisťovní zo zdravotných odvodov sa javí ako kritický rok 2011, keďže štát dá do systému za svojich poistencov nižšiu sumu oproti predošlému roku aj v absolútnych číslach *(pozri nižšie tabuľku)*. Podľa návrhu štátneho rozpočtu na rok 2011 narastú celkové príjmy zo zdravotného poistenia medziročne len o 1%, resp. o 33 mil. EUR.

Príjmy zdravotných poisťovní *(v mil. EUR)*

	2008	**2009**	**2010**	**2011**
Príjmy spolu	3 276	3 427	3 593	3 600 (p)
- z toho platba štátu za svojich poistencov	979	1 162	1 283	1 198 (p)
platba štátu za svojich poistencov *(ako percento z priemernej mzdy spred 2 rokov)*	4,5%	4,9%	4,78%	4,32%

Pozn.: V roku 2009 bola poskytnutá VšZP dotácia vo výške 65 mil. EUR.
(p) = prognóza
Zdroj: TREND, ÚDZS a MF SR

Zdravotnícky personál

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je v SR tradične relatívne na dobrej úrovni, čo dokazujú aj na slovenské pomery relatívne vysoké počty študentov z iných krajín Európy, ktorí študujú buď medicínu alebo farmáciu, a nielen v Bratislave. Prezident Slovenskej lekárskej komory (SLK) však upozornil na prieskum medzi slovenskými absolventmi lekárskych fakúlt, ktorý ukázal, že ôsmi z desiatich plánujú odísť pracovať do zahraničia.

Prezident SLK poukázal na nepriaznivý stav lekárskeho stavu v SR, keď jeho priemerný vek sa pohybuje medzi 55 až 57 rokmi. Chýba najmä stredná generácia lekárov, ktorí odchádzajú za lepšími pracovnými a platovými podmienkami do zahraničia, najmä do príbuznej Českej republiky, kde pre Slovákov neexistuje takmer žiadna jazyková či kultúrna bariéra. Nedostatok lekárov sa podľa prezidenta SLK prejavuje najmä v chirurgii či röntgenológii a v menších mestách. Celkovo je na Slovensku približne 18 000 lekárov. Podľa údajov OECD a Eurostatu sa však počet lekárov na 1000 obyvateľov pohybuje na Slovensku okolo priemeru krajín OECD či EÚ.

Slabé vybavenie nemocníc a zlé pracovné a platové podmienky kvária aj zdravotné sestry. Podľa prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek situáciu komplikuje aj nedostatok sestier. Do dôchodku ich podľa nej každoročne odíde 1200 až 1600, ale zo škôl vyjde iba 500 nových absolventov, pričom minimálne 200 sestier odchádza za prácou do zahraničia. Vek zdravotných sestier sa preto zvyšuje. Podľa údajov komory je dnes na Slovensku viac ako 5000 zdravotných sestier vo veku 55-60 rokov. Priemerný vek slovenskej zdravotnej sestry je približne 47 rokov. Pri porovnaní s EÚ a krajinami OECD je počet zdravotných sestier na 1000 obyvateľov v SR na rozdiel od lekárov podpriemerný.

rok	počet sestier v SR
2008	33 778
2007	34 040
2006	32 568
2005	32 319
2004	34 007
2003	35 113
2002	37 265
2001	39 073
2000	40 077

Zdroj: NCZI

Formálne a neformálne platby

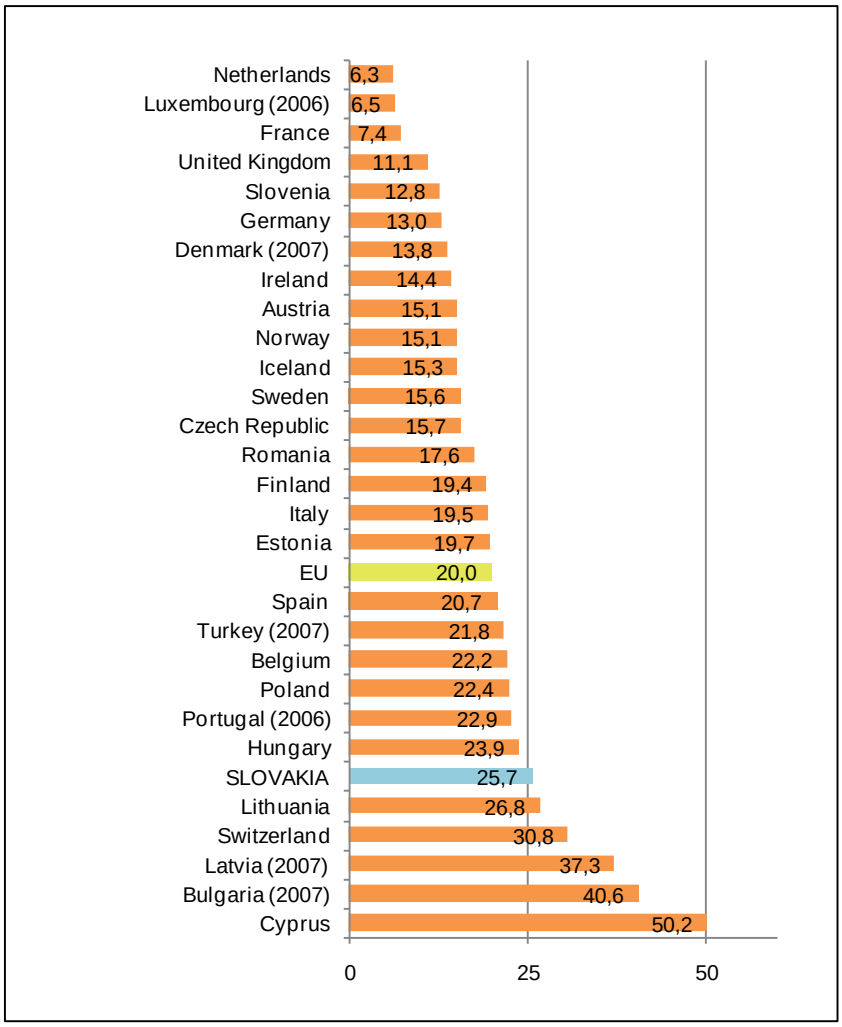
Pacienti majú na základe verejného zdravotného poistenia nárok na bezplatnú liečbu, ich spoluúčasť je nulová. Neplatia ani za návštevu lekára a pobyt v nemocnici, tieto relatívne nízke paušálne poplatky za služby, ktoré nie sú zdravotnou starostlivosťou, predošlá vláda zrušila krátko po parlamentných voľbách v roku 2006. V platnosti zostali len poplatky za recept (0,17 EUR), za návštevu pohotovosti (1,99 EUR) a poplatok za prepravu sanitkou (0,07 EUR/km). Pacienti ešte platia za kúpeľnú liečbu vo výške 1,66 EUR až 7,30 EUR na deň v závislosti od diagnózy. Momentálne sa diskutuje o zavedení obdobných paušálnych poplatkov za „hotelové služby“ (strava a pobyt) v nemocnici, ktoré chcú nemocnice vyberať od pacientov aj bez legislatívnej zmeny. To je klasický dôsledok absencie jasného vymedzenia základného balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného verejného zdravotného poistenia. V opačnom prípade by si potom ani poskytovatelia arbitrárne nevykladali, čo všetko považujú za nadštandard a čo už nie.

Podľa zákona môžu poskytovatelia vyberať ešte úhrady za prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti, za vyšetrenia na administratívne účely (vydávanie lekárskych potvrdení) a za výkony, ktoré nie sú indikované zo zdravotných dôvodov (tzn. sú na vlastné požiadanie). Poskytovatelia môžu tiež vyberať poplatky za nadštandardné služby (ako napr. výber operatéra, lepšie vybavenie nemocničnej izby a pod.), ale nie za zdravotnú

starostlivosť. V praxi sa však často stáva, že poskytovatelia zahrnú do nadštandardných služieb aj to, na čo má pacient nárok z verejného zdravotného poistenia. Tak vznikajú polooficiálne priame platby pacientov.

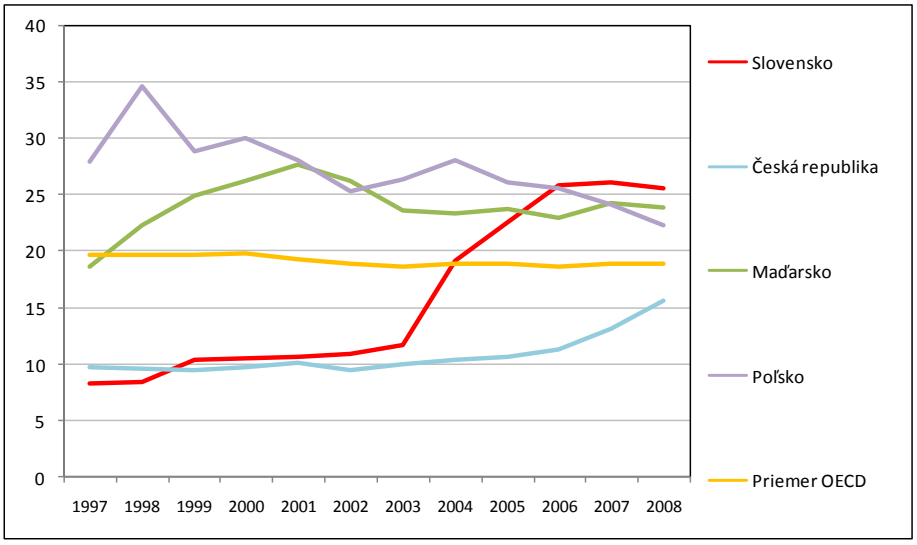
Slovensko patrí medzi krajiny nad priemerom EÚ, ako aj OECD *(pozri nižšie grafy)*, čo sa týka priamych platieb pacientov (out-of-pocket payments), ktoré v priebehu pár rokov masívne vzrástli. A nedá sa to pripísať len na vrub „Zajacových 20- a 50-korunáčiek" z reformných rokov 2003-2004. Tie boli totiž v roku 2006 zrušené, ale vysoká úroveň priamych platieb obyvateľstva zostala aj potom zachovaná. Problémom je, že tieto platby sú často neregulované, vznikajú živelne, osoh z nich majú väčšinou len jednotlivci, a nie celý zdravotnícky systém, pričom môžu neúnosným spôsobom dopadať na sociálne slabšie vrstvy obyvateľstva, ktorým sa tak de facto zhoršuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Preto viacerí odborníci odporúčajú, aby ministerstvo zdravotníctva a vláda SR prestali odmietať zavedenie regulovanej spoluúčasti pacientov, ktorá by o.i. zlegalizovala dnes už aj tak vyrubované poplatky, niektoré by zakázala, niektoré nové by naopak umožnila a stanovila by ochranný limit pre sociálne odkázaných. Bolo by to dokonca aj sociálnejšie riešenie, ako je ponechanie dnešného stavu, kedy máme v oblasti nárokov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti socializmus na papieri, ale v realite tu vládne divoký kapitalizmus s rozvinutou korupciou.

Priame platby pacientov *(ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2008)*



Zdroje: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database

Vývoj priamych platieb pacientov v krajinách V4 *(ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo)*



Zdroj: OECD Health Data 2010

Slovenská legislatíva upravuje podmienky na vytváranie čakacích zoznamov na poskytnutie plánovanej (odkladnej) zdravotnej starostlivosti, avšak má svoje nedostatky. Pravidlá na vytváranie a vedenie čakacích zoznamov boli doteraz podľa mnohých analytikov len formálne, málo zrozumiteľné a nedostatočne vynútiteľné, čo vytváralo priestor pre rôzne informálne platby či korupciu a nerovný prístup niektorých pacientov k včasnej liečbe. Súčasné MZ SR preto navrhlo doprecizovať tieto pravidlá. Čakacie listiny budú vytvorené pre všetky diagnostické a terapeutické výkony, ktoré budú poskytnuté viac než 1 mesiac od indikácie. Plánovaná zdravotná starostlivosť bude poskytnutá v lehote do 12 mesiacov od zaradenia do zoznamu vedeného zdravotnou poisťovňou a v kratšom termíne pri zobrazovacích metódach (diagnóza), ambulantnej starostlivosti, onkologickej starostlivosti. Čakacie lehoty budú poisťovne povinné zverejňovať podľa jednotlivých poskytovateľov, čím sa umožní ich porovnateľnosť.
VšZP mala v prvej polovici roka 2010 na čakacích listinách 6145 poistencov, Dôvera približne 7-tisíc a Union 50 pacientov. Poisťovne zhodne tvrdia, že ich poistenci nečakajú napriek kríze na zákroky dlhšie ako v minulosti. Priemerná čakacia doba na plánované zákroky je vo VšZP 3-6 mesiacov. Sivý zákal, kŕčové žily, operácie chrbtice či srdca sú najčastejšie zákroky, na ktoré si pacienti musia počkať v poradovníkoch. Najdlhšie sa čaká na výmenu bedrového kĺbu, v niektorých nemocniciach aj dlhšie ako rok.

Regionálne rozdiely v dostupnosti zdravotnej starostlivosti
Určitá miera horšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre niektoré skupiny obyvateľstva je prirodzená, najmä ak ide o pacientov bývajúcich na vidieku, mimo centier. Filko (2010) vysvetľuje, že určitá miera rozdielov v infraštruktúre je rozumne vysvetliteľná koncentráciou medicínskych kapacít, najmä tých špecializovaných, do regionálnych či národných centier, potom odlišnou chorobnosťou a migráciou obyvateľstva. Rozdiely sú však na Slovensku podľa neho natoľko výrazné, že pravdepodobne spôsobujú problémy s fyzickou dostupnosťou starostlivosti v niektorých regiónoch. V bratislavskom kraji pripadá na 1 000 obyvateľov 1,97 lekára vo fakultnej nemocnici, v trenčianskom kraji len 0,33. Podobné rozdiely sú aj v počte lekárov vo všeobecných nemocniciach a vo všeobecných a špecializovaných ambulanciách. Rozdiely, často násobné, sú aj v počte lôžok rôznych špecializácií na obyvateľa či v dostupnosti prístrojovej infraštruktúry, napríklad zobrazovacej techniky. Rozdiely v

infraštruktúre sa podľa Filka (2010) premietajú aj do rozdielov v dostupnosti a využívaní starostlivosti. Údaje VšZP ukazujú, že počet návštev v špecializovaných ambulanciách aj nemocniciach je veľmi rozdielny, pričom zaostáva najmä na juhu a východe krajiny, kde žijú relatívne chudobnejší ľudia, relatívne ďaleko od centier.
Filko (2010) uzatvára, že reálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti výrazne závisí od regionálnych a individuálnych socioekonomických charakteristík.

Výsledky zdravotníctva
Slovensko napriek rýchlemu rastu výdavkov na zdravotníctvo v ostatných rokoch naďalej výrazne zaostáva za výsledkami krajín EÚ. Výdavky na zdravotníctvo rástli na Slovensku výrazne rýchlejšie než v krajinách s podobnou úrovňou HDP na obyvateľa a EK očakáva, že ich rast do roku 2060 bude jedným z najvyšších v EÚ. Napriek tomu stúpala očakávaná dĺžka života pomalšie než priemer EÚ. To znamená, že v SR existuje veľký priestor na zlepšovanie účelnosti (efektívnosti) využívania zdrojov v zdravotníctve. Primárnym problémom slovenského zdravotníctva teda nie je nedostatok zdrojov, ale ich neefektívne používanie. Ako konštatuje Pažitný a kol. (2010), stredná dĺžka života obyvateľov SR pri narodení zaostáva za západnou Európou o 5 – 7 rokov, pričom sa táto medzera nezmenšuje. V tomto parametri sa SR vzďaľuje nielen od krajín EÚ15, ale dokonca aj od priemeru krajín V4. Kým v rokoch 1990 – 2006 sa na Slovensku stredná dĺžka života u mužov predĺžila o 3 roky a u žien o 2 roky, v krajinách EÚ15 to bolo 4,5, resp. 3,7 roka. Pre porovnanie, susedná Česká republika zlepšila za rovnaké obdobie oba parametre o 5 rokov. Slovensko patrí medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. Problémom je aj vývoj ochorení na cukrovku (diabetes). Slovensko patrí medzi štáty OECD s najvyšším počtom rokov života stratených v dôsledku úmrtí, ktorým sa dalo predísť medicínskym zásahom (tzv. amenable mortality). Medzi hlavné faktory poškodzujúce zdravotný stav obyvateľstva patrí vysoká spotreba tabaku a alkoholu, ako aj rastúci podiel ľudí s nadváhou a obezitou.

Slovenské zdravotníctvo považuje za dobré 53% Slovákov, takmer rovnaké percento si však myslí, že kvalita zdravotníckej starostlivosti je v zahraničí lepšia. Až 68% Slovákov sa obáva toho, že by im na Slovensku bola diagnóza určená nesprávne, neskoro, prípadne by nebola určená vôbec. Vyplýva to z prieskumu Európskej komisie Eurobarometer, ktorý bol uskutočnený v krajinách EÚ v septembri a októbri 2009.

Ak by slovenské zdravotníctvo naplno využilo potenciál na zvýšenie svojej efektívnosti, predĺžila by sa očakávaná dĺžka života Slováka o 4 roky. To je výsledok štúdie OECD. Spolu s Maďarskom patrí SR medzi krajiny vyspelejšej časti Európy, ktoré by si vedeli najviac polepšiť efektívnejším hospodárením. Povedané inak, za peniaze, ktoré v súčasnosti SR vynakladá na zdravotníctvo, by jeho občania mali dostať oveľa viac – lepšiu zdravotnú starostlivosť a viac zdravia. Alebo opačne, za súčasnú úroveň starostlivosti a zdravia by mali platiť oveľa menej. Hlavným problémom slovenského zdravotníctva teda nie je nedostatok peňazí, ako sa to snažia mnohí aktéri dookola opakovať, ale ich neúčelné použitie.

Súčasné Ministerstvo financií SR preto odmieta nalievať viac peňazí do sektoru, ktorý dodatočné zdroje zhltne, pričom sa to vôbec neprejaví v zlepšení zdravotného stavu obyvateľstva či v znížení jeho zadlženia. Aby sa znižoval vysoký dlh zdravotníctva a plátala "čierna diera", MF SR tlačí na prijímanie racionalizačných opatrení a na zefektívňovanie procesov, čo si osvojilo aj MZ SR a začalo ich navrhovať v súčinnosti so štátnou zdravotnou poisťovňou. VšZP sprísnila zazmluvňovanie poskytovateľov, pričom približne s 200 špecialistami neobnovila zmluvu. V oblasti lôžkovej starostlivosti navrhlo ministerstvo zdravotníctva redukciu prebytočných, najmä akútnych, lôžok, neefektívnych a duplicitných

nemocničných oddelení, lepšiu koordináciu v prípade príbuzných medicínskych odborov, podporu a rozšírenie ambulantnej a jednodňovej zdravotnej starostlivosti, čo treba kvitovať a podporiť v mene dlhodobej ekonomickej udržateľnosti a zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Logicky tiež znie plán MZ SR centralizovať špecializovanú, medicínsky a finančne náročnú lôžkovú starostlivosť do nemocníc a ústavov, ktoré budú na ňu orientované, a budú ju poskytovať efektívnejšie a vo vyššej kvalite, čiže pri nižšom riziku komplikácií a následných prekladov pacienta. Práve početné prekladanie pacientov z jedného oddelenia na druhé a zbytočné hospitalizácie sú podľa zistení zdravotných poisťovní jedným z najvážnejších zdrojov neefektívností. Slovensko má na druhej strane výrazné deficity v oblasti starostlivosti o chronických a dlhodobo chorých pacientov, chýbajú tzv. sociálne lôžka, takže navrhovaný presun chronickej starostlivosti z univerzitných a fakultných nemocníc do liečební a menších všeobecných nemocníc je tiež zmysluplný. Verme, že okrem úspor prinesú tieto opatrenia aj vyššiu kvalitu pre pacienta.

V oblasti liekovej politiky boli tiež prijaté, resp. navrhnuté viaceré opatrenia, ktoré prinášajú nezanedbateľné úspory do verejných financií. Práve vysoké výdavky na lieky a ich značná spotreba je jedným z najvypuklejších problémov slovenského zdravotníctva. Od vstupu do OECD v roku 2000 patrí Slovensku pravidelne čelná pozícia spolu s Maďarskom, čo sa týka výšky výdavkov na lieky meranej ako podiel z celkových výdavkov na zdravotníctvo a taktiež ako podiel na HDP.

Ministerstvo zdravotníctva SR by malo v nasledujúcich rokoch podporovať, alebo samo prinášať služby, ktoré verejnosti poskytnú dostatočné informácie o kvalite (napr. zrozumiteľné rebríčky kvality poskytovateľov a poisťovní) a cene liečby (napr. výpisy za spotrebovanú zdravotnú starostlivosť, DRG-systém), čo na Slovensku chýba. Prínosom by bolo postupné zavádzanie regulovanej spoluúčasti pacientov pri ich liečbe, nakoľko dnešný takmer nelimitovaný zákonný nárok na hradenú zdravotnú starostlivosť tu existuje pri veľmi obmedzených zdrojoch. Štátne zdravotnícke zariadenia by sa mali transformovať na akciové spoločnosti, pričom strategickým súkromným partnerom by mal byť umožnený vstup do nich, buďto cez privatizáciu alebo dlhodobý nájom. Najväčšiu a pritom štátnu VšZP by bolo vhodné demonopolizovať - aspoň čiastočne privatizovať. Optimálne by bolo, keby na koncentrovaný poistný trh pribudol nový hráč. A všetko to má jeden spoločný menovateľ - znižovanie dlhu v zdravotníctve, ktorý neustále rastie.

Použitá literatúra:

FILKO, Martin (2010) – PAŽITNÝ, Peter (a kol.) (2010), SZALAY, Tomáš – SZALAYOVÁ, Angelika: **2 cesty k lepšiemu zdravotníctvu**: Niekoľko návrhov na zvýšenie kvality a efektívnosti slovenského zdravotníctva
SGI, apríl 2010
http://www.noveidey.sk/downloads/cesty-k-lepsiemu-zdravotnictvu.pdf

ZACHAR, Dušan: **Dovoľme nemocniciam vyberať poplatky**: Regulovaná spoluúčasť pacientov môže byť sociálnejšia ako dnešný systém "bezplatného" zdravotníctva
Blog INEKO, 15.4.2011
http://blog.etrend.sk/inekomenty/2011/04/15/dovolme-nemocniciam-vyberat-poplatky/

ZACHAR, Dušan: **Najprv poriadok, potom vyššie platy**
In: SME, 28.3.2011
http://www.i-health.sk/sk/inekomentare/komentare/najprv-poriadok-potom-vyssie-platy.html

ZACHAR, Dušan: **Problémy v liekovej politike SR**
In: EUROREPORT plus, marec-apríl 2011
http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/problemy-liekovej-politiky/

Health at a Glance: Europe 2010
OECD, december 2010
http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161e.pdf?expires=1305730479&id=id&accname=guest&checksum=8E5013067EC2D633834D8D3B09C84520

Národný program reforiem Slovenskej republiky 2011 – 2014
Ministerstvo financií SR, apríl 2011
http://www.finance.gov.sk/Documents/1_Adresar_redaktorov/Halus/NPR%20SR%202011-2014.pdf

OECD Economic Surveys: Slovak Republic (Chapter 2: Increasing public sector efficiency: Improving efficiency of healthcare spending)
OECD, november 2010
http://www.oecd.org/dataoecd/4/8/46478358.pdf

OECD Health Data 2010
OECD, jún 2010

Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12. 2010
Ministerstvo zdravotníctva SR, apríl 2011
http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=19624

---

http://www.etrend.sk/ (týždenník TREND)
http://www.i-health.sk/sk/ (portál INEKO o zdravotníctve)
http://www.mfsr.sk/ (Ministerstvo financií SR)
http://www.mzsr.sk/ (Ministerstvo zdravotníctva SR)
http://www.nczisk.sk (Národné centrum zdravotníckych informácií)
http://www.udzs.sk/ (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou)
http://www.webnoviny.sk/ (portál agentúry SITA)
... a stránky ostatných médií