

OBSAH

- Vzácnosť lekára
- Slovensko opätovne stráca kvôli nepriaznivým výmenným reláciám
- Daňové a odvodové zaťaženie v SR: tvrdenia podnikateľských asociácií sú mytické
- Monitoring
- Reforma zdravotníctva významne prispela k stabilizácii verejných financií
- Medicínske sporiace účty
- Marže a regulácie cien

Fotografia na tejto strane pochádza zo servera www.rock-on-rock-on.com. Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance
mesačný newsletter
o zdravotnej politike

HPI - Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 17
811 02 Bratislava
Slovak Republic

Phone: +421 2 54 643 051
E-mail: hpi@hpi.sk

Vzácnosť lekára

Keď sa blížila voľba, nespokojní tajne dúfajú, že vláda ich požiadavky kvôli popularite akceptuje. Nepoučení z fiaska lekárskej komory, prišli odborári s ďalšou nátlakovou akciou.

Aj keď prostriedok je iný – namiesto „nevýhodných zmlúv“ je to otázka „nedostatočných miezd“ – pointa zostáva rovnaká. Spochybňovanie reformy zdravotníctva a viac zdrojov.

Mzdy lekárov na Slovensku však vôbec nie sú nízke a vyrovnávajú sa nielen našim susedom z V4, ale dokonca aj krajinám v EÚ. Samozrejme, nie je možné porovnávať nominálny plat cez nominálny kurz. Objektívnejší obraz dá premenná, ktorá zrealní obraz o výške mzdy v zrkadle ekonomickej výkonnosti krajiny – teda priemerná mzda v národnom hospodárstve. Pomer priemernej mzdy lekára k priemernej mzde v národnom hospodárstve je vyjadrením relatívnej vzácnosti lekára v spoločnosti. Na Slovensku dosahuje vzácnosť lekára (teda pomer priemernej mzdy lekára k priemeru v ekonomike) úroveň 2,0 a až na pár výnimiek je lepšia a porovnateľná nielen s našimi susedmi, ale aj s vyspelými krajinami. Lekári sú menej „vzácní“ vo Fínsku (1,8), vo Švédsku (1,6), v Spojenom kráľovstve (1,4) či



v Maďarsku (1,4). Neprekvapuje, že vo všetkých štyroch spomínaných krajinách dominuje daňový systém ako hlavný kanál financovania a zdravotná starostlivosť je nakupovaná jedným monopolným nákupcom. Porovnateľne ako na Slovensku sú ohodnotení lekári vo Francúzsku (1,9), v Česku (2,0) a prekvapujúco aj vo Švajčiarsku (2,2). Vo všetkých týchto krajinách sú hlavným systémom financovania odvody na zdra-

vatné poistenia a zdravotná starostlivosť je nakupovaná viacerými konkurejúcimi si poisťovňami.

Nedosiahnuteľne vysoká je „vzácnosť“ lekárov v Nemecku (4,2), v USA (5,5) či v Kanade (3,6). Ako paradox doby preto pôsobí štrajk lekárov v Nemecku, ktorí žiadajú zvýšenie miezd o 30 percent. Vzácnosť slovenského lekára navyše neustále rastie. V roku 1995 bola priemerná mzda lekára len na úrovni 1,6-násobku priemernej mzdy a za desať rokov stúpla na dvojnásobok priemernej mzdy, čo znamená, že mzdy v zdravotníctve rastú rýchlejšie ako priemerná mzda v slovenskej ekonomike. Požiadavka odborárov prišla v čase, keď je vzácnosť lekára porovnateľná s okolitými krajinami. Zvyšovať lekárom mzdy? Prečo nie – len najskôr treba splniť dva predpoklady. Po prvé, musí sa znížiť počet zamestnancov, čím sa uvoľnia zdroje pre tých, ktorí zostanú. Po druhé, vláda konečne prijme nariadenie o spoplatnení neprioritných diagnóz, čím sa zvýši spoluúčasť pacienta a zvýšia sa priame zdroje pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorými môžu byť zvýšené nároky na mzdy lekárov.

PETER PAŽITNÝ

(článok vyšiel v časopise .týždeň 13/2006)

Tabuľka 1: Porovnanie Východ - Západ: HDP per capita v parite kúpnej sily v USD, výdavky na zdravotníctvo v parite kúpnej sily v USD a index relatívnej vzácnosti lekára

Krajina	HDP per capita, USD, PPP [†]	Výdavky na zdravotníctvo, USD, PPP [†]	Relatívna vzácnosť lekára [‡]
USA	35 182	4 887	5,50
Nemecko	26 199	2 808	4,20
Kanada	28 811	2 792	3,60
Švajčiarsko	29 876	3 322	2,20
Slovensko*	12 010	682	2,02
Česká republika*	15 143	1 106	2,01
Francúzsko	26 879	2 561	1,90
Fínsko	26 438	1 841	1,80
Švédsko	26 052	2 270	1,60
Maďarsko*	13 431	911	1,40
Spojené kráľovstvo	26 315	1 992	1,40

Zdroj: Kalkulácie HPI (*) založené na dátach z národných štatistík, dátach OECD (†), 2005 a Osterkamp, R.: "Warten auf Operationen" ifo schneidienst Nr. 10, Mai 2002 (‡)



Od 1. marca začali niektorí lekári, ktorí nepodpísali zmluvu so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, pýtať od pacientov za poskytnutie zdravotných služieb priame platby.

1. marca odporučila Slovenská komora zubných lekárov (SKZL) svojim členom podpísať navrhnuté zmluvy s tromi zdravotnými poisťovňami (VŠZP, SZP a Apollo).

1. marca oznámilo vedenie trenčianskej nemocnice, že poistencov Spoločnej zdravotnej poisťovne budú ošetrovať bezplatne iba v neodkladných prípadoch, keďže nemocnica nemá uzavretú novú zmluvu s poisťovňou. Nasledujúci deň sa po stretnutí riaditeľa nemocnice M. Chrena s ministrom R. Zajacom situácia zmenila. Námetník riaditeľa bol zbavený funkcie a poistencov SZP nemocnica ošetrovala aj bez zmluvy.

2. marca vyhlásilo občianske združenie Slovenská lekárska únia špecialistov, že odporúča lekárom nové zmluvy s poisťovňami podpisovať. Podľa jej predsedu A. Janca výzvy Slovenskej lekárskej komory na bojkot sú politicky motivované a majú pomôcť strane Smer a opozíciu vyhrať voľby.

MONITORING

(od 1. 3. do 31. 3. 2006)

2. marca informoval generálny sekretár Slovenskej lekárskej komory E. Kováč, že neuzatvorí zmluvu so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou a prejsť do nezmluvného vzťahu sa rozhodlo 5 až 30 percent ambulantných lekárov, a to v závislosti od regiónu, v ktorom pôsobia.

7. marca vyhlásila Asociácia na ochranu práv pacientov, že terajšie problémy v zdravotníctve nepovažuje za také vážne, ako ich prezentujú politické strany. Podľa jej podpredsedníčky A. Reháčkovej asociácia nezaznamenala v tejto súvislosti zatiaľ žiadne podnety, lekári sa vedľa väčšinou s pacientmi dohodnúť.

8. marca vyjadrili zástupcovia LS-HZDS, KDĽ, ANO a KSS nesúhlasné stanovisko s transformáciou vranovskej nemocnice s poliklinikou na neziskovú organizáciu a podali trestné oznámenie na prešovský VÚC pre nezákonný postup.

9. marca bol novým prezidentom Asociácie nemocníc Slovenska zvolený riaditeľ bardejovskej nemocnice sv. Jakuba Marián Petko.

15. marca svídnická nemocnica čelí exekúcii. Svoju pohľadávku vo výške 17,1 mil. Sk si voči zdravotníckemu zariadeniu v zriaďovateľskej pôsobnosti Prešovského samosprávneho kraja (PSK) uplatnila Sociálna poisťovňa.

MAKROEKONOMICKÝ KOMENTÁR

Slovensko opätovne stráca kvôli nepriaznivým výmenným reláciám

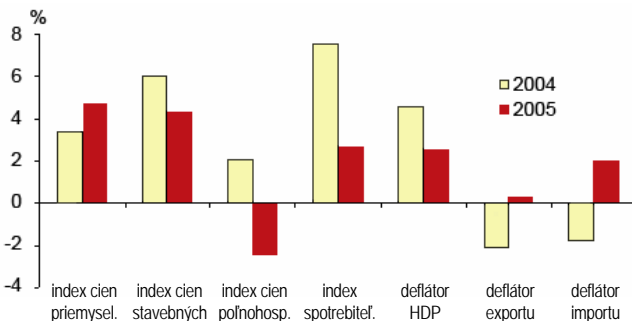
V súčasnosti, keď už máme k dispozícii kompletnú sadu cenových indexov za rok 2005, môžeme skonštatovať, že ceny v zahraničnom obchode sa vyvíjali pre Slovensko veľmi nepriaznivo (Graf 1). Ceny dovážaných komodít rástli podstatne rýchlejšie ako ceny vyvážaných komodít - vyjadrujú to deflátor exportu a importu. V roku 2004 bola situácia podobná: ceny vývozu aj dovozu síce klesali kvôli kurzovým faktorom, ale ceny exportu klesli viac ako ceny importu. To znamená pretrvávajúce nepriaznivé výmenných relácií (terms of trade - pomer rastu cien vývozu a dovozu), z čoho vyplývajú dve nepríjemné skutočnosti:

1. Ide o potvrdenie prežívania jedného z typických štruktúrnych defektov slovenskej ekonomiky: na vybilancovanie rovnakej jednotky objemu dovozu je potrebný čoraz väčší fyzický objem vývozu. Je to dôkaz nízkej úrovne zhodnocovania vstupov.
2. Nepriaznivé výmenné relácie znamenajú nadhodnotenie rastu HDP v stálych cenách. „Straty“ ekonomiky vyplývajúce z nepri-

znivého pohybu cien v zahraničnom obchode sa štatisticky anulujú tým, že sa zmeny objemu exportu a importu vykážu v stálych cenách. V tomto prípade prepočet na stále ceny pôsobí ako zásterka zakrývajúca problém. Prepočetom na stále ceny sa vymaže „strata“ v zahraničnom obchode, nadhodnotí sa čistý

export (ako zložka HDP) a tým aj prírastok HDP. Je to podobný princíp ako keď vstupy firmy za posledných 5 rokov zdražujú viac ako jej produkty, ale keď sa to prepočíta na stále ceny spred 10 rokov, tak je zdanlivo všetko v poriadku (HDP sa vyказuje v stálych cenách roku 1995, čo už je pomaly škandalózne).

Graf 1: Medziročné zmeny cenových indexov a deflátorov



Zdroj: Štatistický úrad SR

Daňové a odvodové zaťaženie v SR: tvrdenia podnikateľských asociácií sú mýtické

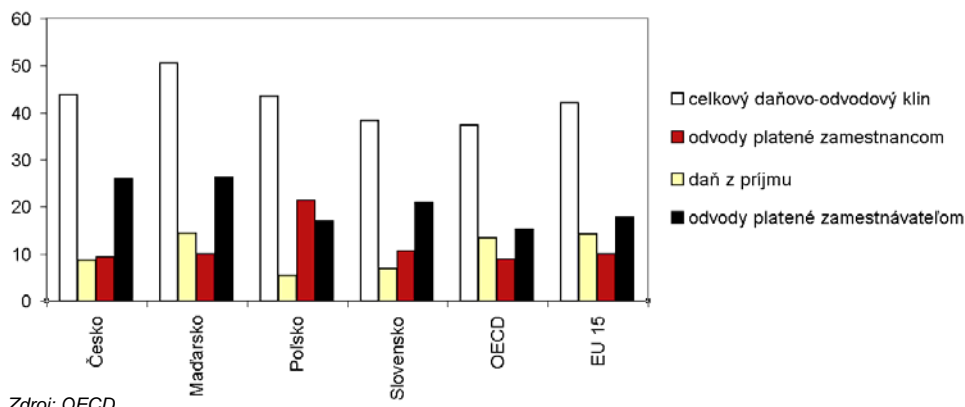
OECD vo svojej publikácii *Taxing Wages* priniesla medzinárodný rebríček krajín podľa výšky daňovo-odvodového klinu (total tax wedge). Daňovo-odvodový klin sa vyjadruje ako podiel dane z príjmu a odvodov na nákladoch práce. Tento klin teda vyjadruje podiel tej časti nákladov práce, ktoré pracovník neinkasuje vo svojej čistej mzde. Databázy OECD

sposchybujú frekventované tvrdenia podnikateľských či zamestnávateľských združení o údajne mimoriadne vysokom - hlavne odvodovom - zaťažení miezd v SR (čo má neadekvátne navyšovať náklady práce).

Ak sa kalkuluje veľkosť daňovo-odvodového klinu v prípade slobodného bezdetného občana so mzdou na úrovni priemernej mzdy, tak prie-

merná úroveň klinu za štáty bývalej EÚ 15 dosahuje 42,1%. V porovnaní s týmito údajmi je slovenská hodnota 38,3% podpriemerná (Graf 2). Ak však záber rozšírime na celý súbor štátov OECD, je veľkosť daňovo-odvodového klinu v SR nadpriemerná. Priemerný údaj za OECD je totiž výrazne tlačený nadol mimoeurópskymi štátmi, a to hlavne krajinami

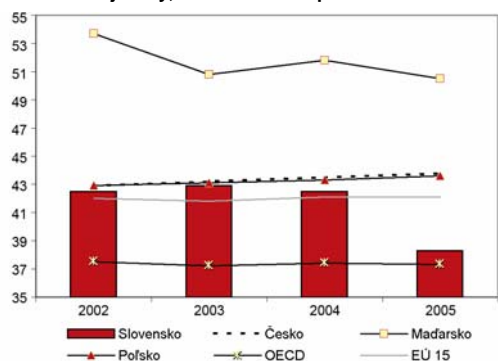
Graf 3: Rozbor výšky daňovo-odvodového klinu na jeho komponenty (v % z nákladov práce, za rok 2005)



Zdroj: OECD

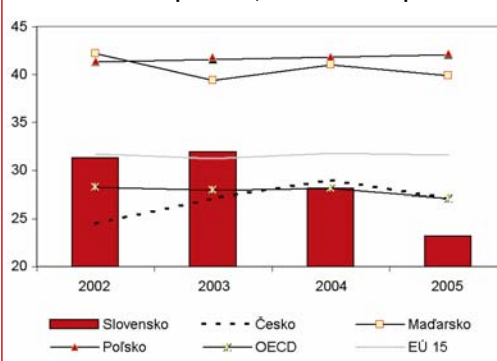


Graf 2: Veľkosť daňovo-odvodového klinu osamelej bezdetnej osoby so mzdou na úrovni priemernej mzdy, v % z nákladov práce



Zdroj: OECD

Graf 4: Veľkosť daňovo-odvodového klinu – rodina s jedným zamestnaným, dvomi deťmi a mzdou na úrovni priemeru, v % z nákladov práce



Zdroj: OECD

ako Nový Zéland, Južná Kórea či Mexiko (všetky s klinom pod 20%). Slovensko má však najmenší daňovo-odvodový klin zo štátov V4.

Pri detailnejšom pohľade na štruktúru daňovo-odvodového klinu je nápadné, že Slovensko vďaka daňovej reforme z roku 2004 dosahuje veľmi nízku zaťaženosť miezd daňou z príjmu. Miera tejto záťaže (6,9% v prípade bezdetnej samostatnej osoby so mzdou na úrovni priemeru) je približne polovičná v porovnaní s priemerom EÚ 15 (14,2%). Rezervy existujú skôr v odvodovej záťaži, ani tam však nemožno hovoriť o nejakých extrémnych hodnotách za Slovensko (na Slovensku 20,8%, priemer EÚ 15 je 17,8%, Česko 25,9%, Maďarsko 26,3% - Graf 3). Celý „zázrak“ toho, že priemer EÚ 15 je nižší ako slovenská hodnota, spočíva v skutočnosti,

že v Dánsku zamestnávateľia neplatia odvody. Ak zo súboru vyčleníme extrémnu hodnotu jediného Dánska s nulovou hodnotou odvodov platených zamestnávateľom, sa dostaneme k zisteniu, že slovenská hodnota je na úrovni priemeru EÚ 15.

Slovensko má mimoriadne dobrú pozíciu v porovnaní veľkosti klinu v rodinách s jedným pracovníkom (dosahujúcim priemernú mzdu) a dvomi deťmi (Graf 4). V tomto prípade veľkosť klinu v SR (23,2%) je výrazne pod priemerom EÚ 15 (31,6%) aj priemerom OECD (27,1%). Tu sa ukazuje, že podpora rodín s deťmi (prostredníctvom menšieho daňovo-odvodového klinu) je v SR ďaleko významnejšia ako v krajinách EÚ 15.

Zo zverejnených dát je však nápadná ešte ďalšia vec: Slovensko má druhé najnižšie celkové náklady

práce prepočítané v USD s použitím parity kúpnej sily (SR 15 748, priemer EÚ 15 je 42 317). Nižšie náklady práce má už iba Mexiko (12 031). Takže: nech by aj bola odvodová zaťaženosť kladená na zamestnávateľa vysoká, stále sú celkové náklady práce (aj vrátane týchto „vysokých“ odvodov) mimoriadne nízke, výrazne zaostávajúce aj za ostatnými štátmi V4.

Uvedené zistenia nemajú spochybniť potrebu hľadania možností pre znížovanie odvodov (a zvlášť odvodov platených zamestnávateľom). Priestor pre obmedzovanie daňovo-odvodového klinu je treba hľadať každopádne, ale rozhodne treba odmietnuť tézu, že by rozsah tohto klinu bol na Slovensku mimoriadne veľký.

KAROL MORVAY

Krátko o aktuálnych tendenciách

Inflácia sa upokojuje, jej miera je však stále príliš vysoká. Medzimesačná inflácia klesla v marci na nulu. Ale vďaka inflačnému skoku zo začiatku roka sa priemerná miera medziročnej inflácie drží na úrovni 4,3%, čo je vzhľadom na ciele NBS príliš vysoká miera. Preto je menová politika reštriktívnejšia v porovnaní s rokom 2005 a po niekoľkoročnom postupnom znižovaní základnej úrokovej sadzby z 12% na 3% pristúpila NBS k jej zvýšeniu z 3% na 3,5%.

Rast miezd sa mierne spomalil. V súlade s očakávaniami sa v roku 2006 ukazuje mierne spomalenie rastu miezd. Zatiaľ disponujeme iba údajmi za vybrané odvetvia za prvé dva mesiace, z nich vyplýva spomaľovanie rastu nominálnych miezd s výnimkou odvetvia poštových a doručovateľských činností. Spomalenie rastu miezd je oneskorenou reakciou na podstatne nižšiu mieru inflácie v rokoch 2005 - 2006 v porovnaní s minulosťou. Preto je málo pravdepodobné, aby sa zopakoval 9,2%-ný rast priemernej nominálnej mzdy z roku 2005, hodnota okolo 7,5% - 8,0% je podstatne pravdepodobnejšia.

Nápadná recesia až depresia v netrhových službách. Netrhové služby zaznamenali silný prepád tvorby HDP. Prepád HDP v roku 2005 v odvetví školstva o 13,6% a v odvetví zdravotníctva o 16,1% (oba údaje v stálych cenách) ostro kontrastuje so silným rastom vo väčšine ostatných odvetví. Obzvlášť nepriaznivý pre obe odvetvia bol posledný štvrtrok 2005: napr. HDP v odvetví zdravot-

níctvo tu kleslo až o 34,6%. Kumulatívne za posledné dva roky klesol HDP v zdravotníctve až o 29,7%. Pravda, pridaná hodnota netrhových služieb má svoje špecifiká, nie je možné jej nárast a pokles hodnotiť rovnako rutinne ako v prípade trhových služieb či výrobných odvetví. Vývoj pridanej hodnoty je tu ovplyvnený reguláciou, politickými rozhodnutiami aj zbytočnými aktivitami (či naopak, odbúraním zbytočných aktivít). Prejav recesie v takýchto odvetviach je sprievodným javom zmien ich regulačného rámca.

Ústup nezamestnanosti trvá aj v tomto roku. Miera evidovanej nezamestnanosti dosiahla v marci 11,4%. Táto hodnota je o 1,3 percentuálneho bodu nižšia ako bola v rovnakom mesiaci roka 2005. Pokračuje tak trend stáleho poklesu miery evidovanej nezamestnanosti trvajúci od roka 2002.

Expanzia stavebníctva v ničom nepoľavuje. Za prvé dva mesiace roka 2006 bol zaznamenaný rast produkcie stavebníctva až o 12,2%. Napriek veľmi vysokej minuloročnej porovnávacej báze tak pokračuje dvojčíferné tempo rastu. Expanzia je nápadná od konca roka 2004 a je odrazom rozsiahlych verejných investícií do výstavby dopravnej infraštruktúry, expandujúcej bytovej výstavby (koncentrovanej na bratislavský región) aj prípravnej fázy rozsiahlych zahraničných investícií v priemysle.

KAROL MORVAY

15. marca sa za účasti vyše 500 zamestnancov zdravotníckych v Prešove uskutočnilo celoslovenské protestné zhromaždenie. Zámerom bolo vyjadriť podporu vyjednávaniu Kolektívnej zmluvy vyššieho stupňa a protestovať proti znižovaniu zárobkov zamestnancov v slovenskom zdravotníctve.

16. marca darovala Nadácia Silvie Gašparovičovej Národnému onkologickému ústavu (NOÚ) vybavenie k prístroju na kryo-deštrukciu nádorov pečene v hodnote šesť miliónov korún.

17. marca začala polícia trestné stíhanie vo veci zneužitia právomoci verejného činiteľa v súvislosti s prvým kolom tendra na prevádzku záchrannej služby.

20. marca oznámil predseda LOZ M. Kollár na tlačovej besede, že pokiaľ vláda do konca marca nenavrhne riešenie situácie v zdravotníctve, Lekárske odborové združenie vyhlási od začiatku apríla ostrý štrajk na pracoviskách Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave.

21. marca vydalo vedenie Slovenskej lekárskej komory stanovisko, v ktorom svojim členom odporúča individuálny postup pri podpisovaní zmlúv so zdravotnými poisťovňami. Vedenie komory vydalo toto odporúčanie z dôvodu možných existenčných problémov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V druhej polovici marca bol na nemocnicu v Humennom vydaný exekučný príkaz na základe požiadavky Sociálnej poisťovne, ktorej zariadenie dlhuje 23,5 milióna korún.

24. marca udelil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zdravotnej poisťovni Sideria pokutu vo výške 250 tisíc korún.

28. marca informovali zdravotné poisťovne Dóvera a Sideria, že sa dohodli so Slovenskou lekárskou komorou, Asociáciou súkromných lekárov a Slovenskou lekárskou úniou špecialistov na obsahu zmlúv na rok 2006, ako aj na výške úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

28. marca sa premiér M. Dzurinda stretol v ružinovskej FNŠP so zamestnancami desiatok slovenských nemocníc. V naplnenej kinosále ružinovskej nemocnice počúvalo premiéra viac ako tisíc zdravotníkov. Medzi bratislavských zdravotníkov prišli aj lekári z niekoľkých desiatok nemocníc Slovenska. Premiér diskutoval so zdravotníkmi niekoľko hodín, avšak strany nenašli spoločnú reč a diskusia nevedla k žiadnemu konštruktívnemu záveru.

30. marca oznámil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že vybral nových zmluvných partnerov pre prevoz mŕtvych na lekárom nariadenú pitvu, a to k 1. aprílu.

Fiškálna štúdia o maďarskom zdravotníctve

Fiškálna štúdia maďarského zdravotníctva so sadou odporúčaní od Petra Pažitného, Tomáša Szalayho, Karola Morvayho a Michaely Pechovej. Štúdia je v anglickom jazyku, vo formáte *.pdf.

http://www.hpi.sk/attachments/Hungary_-_Fiscal_Study.pdf



www.hpi.sk

(výber aktuálnych článkov)

Nemocnice podľa právnej formy

Prehľad slovenských nemocníc podľa ich právnej formy (stav k marcu 2006): zo 74 nemocníc má 8 formu akciových spoločností, 29 je neziskových organizácií, 30 príspevkových organizácií a 7 spoločností s ručením obmedzeným.

http://www.hpi.sk/attachments/nemocnice_pravna_forma.pdf



Mzdy lekárov na Slovensku, v Čechách a v Maďarsku

Prezentácia Petra Pažitného porovnáva vývoj priemerných miezd lekárov na Slovensku, v Čechách a v Maďarsku. Vývoj miezd lekárov je pritom posudzovaný vo vzťahu k priemerným mzdám. Prezentáciu uzatvára porovnanie indexu relatívnej vzácnosti lekárov s niektorými západnými krajinami.

Prezentáciu vo formáte *.pdf (v anglickom jazyku) nájdete na adrese:

http://www.hpi.sk/attachments/wages_hpi.pdf



Reforma zdravotníctva významne prispela k stabilizácii verejných financií

Jedným z najväčších problémov slovenského systému zdravotníctva pred prijatím reformných zákonov v roku 2004 bola nevyváženosť motivácií. Jadro problému spočívalo v tom, že kým určitá časť sektora mala možnosť dosahovať zisk (farma sektor, distribúteri, lekárne, súkromní lekári a nemocnice), tak druhá časť poskytovateľov túto možnosť nemala (štátne nemocnice). Navyše, a čo je ešte dôležitejšie, zisk nemohli vytvárať ani zdravotné poisťovne, pričom priamo zo zákona fungovali v mäkkých rozpočtových obmedzeniach.

Zdravotnícky trh bol tak rozdelený do troch sektorov, ktoré mali nerovnaké makroekonomické a legislatívne podmienky a diametrálne odlišne nastavený systém motivácií (Schéma 1). Dôsledkom takéhoto nastavenia motivácií bol jednostranný tlak subjektov „s právom zisku“ na subjekty „bez práva zisku“, pričom ani zdravotné poisťovne a ani nemocnice nemali motiváciu a silu daným tlakom čeliť. Jednoduchšie bolo finančné riziko prenášať na verejné finance. Navyše, v tejto konštelácii ich mohutne povzbudzoval štát, ktorý poisťovním a nemocniciam vytvoril mäkké rozpočtové obmedzenia (Rámček 1), neumožňoval veriteľom domôcť sa svojich pohľadávok a pravidelne a nesystémovo všetkých odľahčoval, pričom lehoty splatnosti štandardne dosahovali 180 až 270 dní.

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

REFORMA ZDRAVOTNÍCTVA VYROVNALA MOTIVÁCIE NA ZDRAVOTNOM TRHU

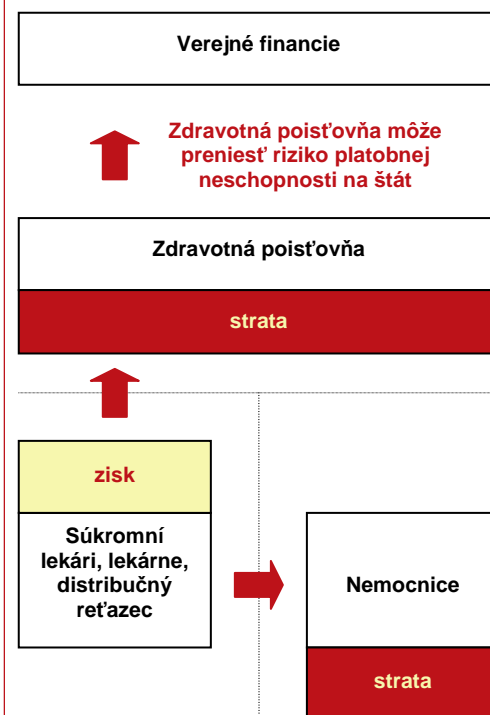
Vyrovnanie motivácií pre všetkých účastníkov trhu, zavedenie tvrdých rozpočtových obmedzení, štandardných ekonomických podmienok a nediskriminačných pravidiel je kľúčovou súčasťou reformy zdravotníctva z roku 2004. Predošlé subjekty „s právom zisku“ tak narazili na rovnocenného protihráča taktiež „s právom zisku“. Podmienky sa vyrovnali. Motivácie sú zhodné (Schéma 2). Nastáva súboj o rovnováhu, medzi legitímnymi požiadavkami všetkých subjektov, pričom zdravotné poisťovne už nemôžu posunúť svoje finančné problémy na verejné finance.

Rámček 1: Mäkké rozpočtové obmedzenia

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

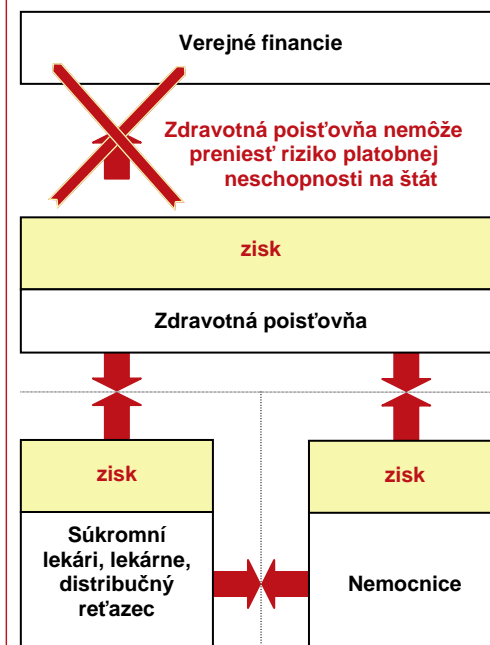
Zdroj: Health Policy Institute, 2006 na základe článku Kornai, J., Maskin E., Roland G.: *Understanding the Soft Budget Constraint*, 2002, <http://post.economics.harvard.edu/faculty/kornai/papers/understanding.pdf>

Schéma 1: Systém, kde nie sú vyrovnané motivácie



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Schéma 2: Systém s rovnakými motiváciami



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

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

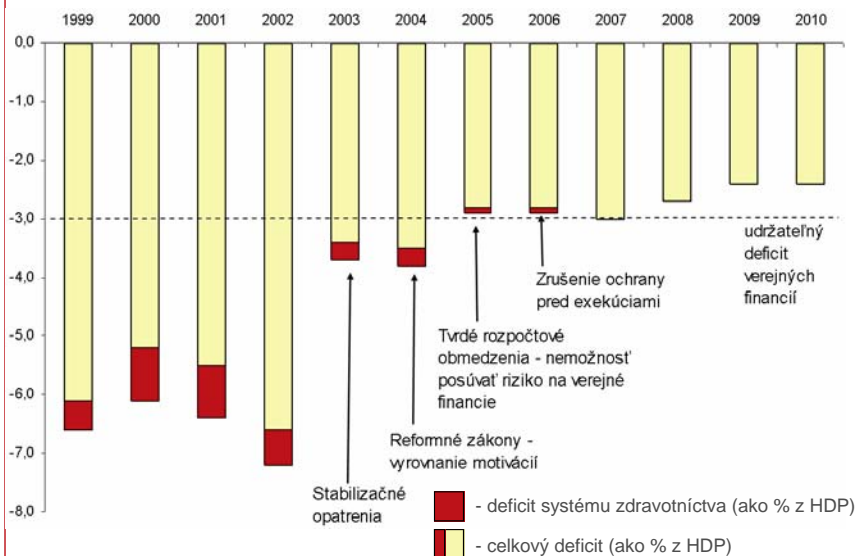
1. Celkový objem zdrojov na zdravotníctvo je pevne daný disponibilným zdrojmi zdravotných poisťovní, ktoré nemajú možnosť posunúť svoju platobnú neschopnosť na štát.
2. Jednotlivé segmenty môžu rásť jedine na úkor iného segmentu (napr. ambulantná starostlivosť vytlačí lieky), pričom dynamika tohto vytlačania bude daná nákupnou stratégiou zdravotných poisťovní a ochotou poskytovateľov prispôsobiť svoje správanie tejto nákupnej stratégií (napr. ambulantní lekári dostanú odmenu pri neprekročení dohodnutého objemu na lieky, ale zároveň budú sankcionovaní ak prekročenie objemu nebudú vedieť dôveryhodne vysvetliť).
3. V rámci jednotlivých segmentov sa budú uplatňovať efektívnejší a kvalitnejší poskytovatelia, pričom dynamika tohto boja v rámci segmentu bude daná čiastočne trhovými parametrami (marketing poskytovateľov smerom k pacientom a získavanie klientely) a čiastočne nákupnou stratégiou zdravotných poisťovní (odbúranie limitov na výkony a prechod na redukovanú cenu budú po dosiahnutí stanoveného limitu).

JEDINE POKRAČOVANIE REFORMY GARANTUJE STABILITU VEREJNÝCH FINANCIÍ

Stabilizačné opatrenia z roku 2003, prijatie tvrdých rozpočtových pravidiel, vytvorenie motivačného a pritom finančne zodpovedného prostredia v roku 2004 a transparentné oddelenie cez a.s. Veriteľ v rokoch 2003 až 2005 zohrali kľúčovú úlohu pri znižovaní deficitu zdravotníctva a výraznou mierou prispeli k stabilizácii verejných financií (Graf 1).

V systéme, kde len určité subjekty mali „právo zisku“ a zdravotné poisťovne ako verejnoprávne inštitúcie mali možnosť prenášať riziko na verejné financie dosahoval deficit zdravotného systému až 0,6 až 0,9% z HDP, čo bolo z hľadiska ďalšieho vývoja neudržateľné a nezodpovedné. Reforma zdravotníctva tento nebezpečný trend zvrátila a postupne sa celý systém finančne stabilizoval, pričom lehoty splatnosti klesli na štandardných 30 až 60 dní a rast nového dlhu dosahuje 0,1% z HDP.

Graf 1: Príspevie reformy zdravotníctva k stabilizácii verejných financií



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Jedine pokračovanie v reforme zdravotníctva založenej na rovnováhe motivácií bez možnosti prenášať finančné riziko na verejné financie je garanciou stability verejných financií, tak aby celkový deficit verejných financií klesal a „príspevok“ systému zdravotníctva k deficitu verejných financií dosahoval minimálne hodnoty (Tabuľka 1).

Preto akákoľvek zmena v systéme, ktorá bude smerovať k (1) zrušeniu tvrdých rozpočtových pravidiel, (2) vytvoreniu nerovnováhy na strane motivácií a (3) nezmyselným požiadavkám na verejné financie automaticky zakladá riziko pre udržanie stability verejných financií. Prípadná realizácia programu SMER (verejnoprávne poisťovne, zrušenie funkcie zisku), či Slobodného fóra (zrušenie poplatkov v zdravotníctve, požiadavka na dodatočných 56 mld. Sk zo štátneho rozpočtu) priamo ohrozujú stabilitu verejných financií v budúcnosti.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Príspevok deficitu systému zdravotníctva k deficitu verejných financií v metodika ESA95 v % HDP

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Deficit zdravotníctva	-0,5	-0,9	-0,9	-0,6	-0,3	-0,3	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Deficit verejných financií bez zdravotníctva	-6,1	-5,2	-5,5	-6,6	-3,4	-3,5	-2,8	-2,8	-3,0	-2,7	-2,4	-2,4
Deficit verejných financií spolu	-6,6	-6,1	-6,4	-7,2	-3,7	-3,8	-2,9	-2,9	-3,0	-2,7	-2,4	-2,4

Zdroj: Health Policy Institute, 2006; Prognóza na roky 2006 – 2010 je pri zachovaní reformy zdravotníctva

Prehľad očakávaných základných makroekonomických parametrov slovenskej ekonomiky

Zdroj: Aktualizovaný konvergenčný program SR, Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2006 - 2008, Štatistický úrad SR, Schválený rozpočet verejnej správy na roky 2006 - 2008, EBRD Transition Report 2004, p...prognóza Health Policy Institute, 2006

Parameter	2002	2003	2004	2005	p2006
Rast reálneho HDP v %	4,4	4,2	5,5	6,0	6,2
Rast reálnej spotreby domácností v %	5,5	-0,6	3,5	5,8	5,3
Rast cenovej hladiny v %	3,3	8,5	7,5	2,7	3,6
Rast reálnej mzdy v %	5,8	-2,0	2,5	6,3	3,7
Tempo rastu priemernej nominálnej mzdy v %	9,3	6,3	10,2	9,2	7,7
Rast zamestnanosti v %	1,8	0,5	0,3	2,1	1,6
Miera participácie v %	69,7	69,3	69,5	70,3	70,5
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania v %	18,5	17,4	18,1	16,2	15,4
Príjmy verejného sektora ako % z HDP	41,2	35,4	35,5	37,3	36,8
Verejné výdavky ako % z HDP	48,4	39,2	39,3	40,2	39,7
Saldo verejných financií ako % z HDP	-7,2	-3,7	-3,8	-2,9	-2,9
Príjmy zo sociálnych príspevkov ako % z HDP	14,7	13,9	13,1	13,5	13,5
Hrubý vládny dlh v % HDP	43,3	42,6	43,6	44,9	45,9

Názor HPI

Na pripomienky a návrhy k liekovej politike od O. Sukefa (viď článok napravo od tohto stĺpca) má Health Policy Institute nasledovný názor:

S pohľadom na generickú substitúciu (GS) s jej pozitívmi i negatívami sa HPI stotožňuje; trváme pritom na pôvodnej definícii GS (možná substitúcia len lacnejším liekom).

Pri regulácii OTC liekov súhlasíme s väčšinou napísaného, s výnimkou úplného vyradenia OTC z kategorizácie. Niektoré lieky sú dobré, účinné, lacné, používané a ak nebudú v kategorizačnom zozname, lekári namiesto nich budú predpisovať drahšie na recept viazané lieky. Sú to ale len výnimky, mnohé OTC lieky môžu byť vyradené. Vitamíny (perorálne formy, s výnimkou vitamínu D, ktorý sa substituuje malým deťom) už v zozname nie sú. Kalcium tam naďalej zostáva, pretože to je prípad lacnej alternatívy drahých antiosteoporotík (ďalej by tam mala zostať napr. ASA v antiagregačnej dávke, a do istej miery aj lacné NSAID, napr. pri indikácii chronickej bolesti - napr. osteoartróza a nie ako antipyretiká pri viróze).

Kategória F mala byť pôvodne zavedená len na prechodné obdobie, kým sa nájde najlepší spôsob degresívnej marže. Ministerstvo to však za tri roky neurobilo.

Znížené marže v kategórii V sú nelogické. Ak mali niekde zostať súčasne vysoké marže, mali to byť práve vakcíny, ktoré potrebujú komplikovanejší režim. Definícia kategórie V (vydávania lekárom a termobox) platí pre vakcíny uhrádzané zo zdravotného poistenia. Poistovňa preto požaduje taký transport, aby sa vakcína pri prenose neznehodnotila (ak si to pacient hradí sám, je to jeho „majetok“ a má sa oň starať sám).

Nevieme si predstaviť systém s pomernou úhradou, v ktorom by pre lekárnik alebo distribútora malo zmysel znížiť cenu. Buď mu umožníme zvýšiť si maržu, ak vyjedná nižšiu cenu s výrobcom/distribútorom, čím dosiahne konečnú cenu, čo však nevedie k úspore zdravotnej poisťovne. Ak chce lekárnik znížiť cenu na úkor svojej marže, môže to robiť aj dnes.

Doplčanie na lieky v nemocniciach považuje HPI za správne opatrenie, pôvodný návrh reformných zákonov s tým počítal. Na druhej strane by úhrada liekov nad rámec hospitalizácie podľa HPI nevedla k šetreniu na liekoch v nemocnici. Mimochodom, praktická kontrola verejnej lekárne neexistuje, poisťovne uhradia každý liek, ak nejde o evidentný nezmysel (neexistujúci poistenec a pod.).

-as-

AD: Efektívna lieková politika a marže lekárnikov, Into Balance 3/2006

Marže a regulácia cien

Regulácia cien je komplikovaný systém. Od reformy zdravotníctva sa očakávalo jeho podstatné zjednodušenie a aplikácia trhových mechanizmov. Nestalo sa tak.

1. ZÁSADNÉ POZITÍVA SLOVENSKEHO SYSTÉMU REGULÁCIE CIEN LIEKOV

a) Pomerná úhrada

Pomerná úhrada je snáď prvým efektívnym nástrojom po rokoch akožekategorizácie, keď nikto v systéme predpisovania a výdaja liekov ani len netušil, akú má liek vlastne cenu. Najdôležitejší regulačný nástroj mali v rukách farmaceutickí výrobcovia, ktorí sa po každej kategorizácii vysmiali kategorizačnej komisii do tváre znížením konečných cien (niekedy aj 100 percentným), pri zachovanej výške úhrady poisťovne a odraze tohto zníženia výhradne na výške doplatku.

Tento „nástroj“ bol často zneužitý aj v nekalom konkurenčnom boji, keď lekáre v nelegálnych reťazcoch vlastných distribučnými firmami (či skôr firmičkami, ktoré sa nedokázali presadiť na distribučnom trhu) robili akcie typu „dnes bez doplatkov“. Na rozdiel od štandardných verejných lekární totiž pracovali až s 34% maržou (distribútor + lekárne), pri ktorej je oveľa širšie pole pôsobnosti na prácu s konečnou cenou.

b) Generická substitúcia

Generická substitúcia (GS) – hoci v značne obmedzenej podobe – je jedným z najefektívnejších nepriamych regulačných nástrojov. Po prvýkrát sa totiž dostáva k slovu aj spotrebiteľ liekov – pacient, ktorý dostáva možnosť rozhodnúť sa pre cenovo náročnosť vlastnej terapie, čo je v trhovom systéme zásadný konkurenčný nástroj. Okrem ceny môže pacient začať zvažovať aj vlastnú skúsenosť s konkrétnym výrobcom. Problémom, ktorý vyrieši až čas je slabé využívanie tohto nástroja farmaceutmi a pacientmi ako aj výrazný boj predpisujúcich lekárov (neplnia si svoju zákonnú povinnosť vyznačiť na predpise odmietnutie GS, iba pacienta „poučia“, nech si neberie „v lekárni nič iné“). Pre zefektívnenie procesu GS, by bolo vhodné zo zákona o liekoch vypustiť požiadavku informovania lekára farmaceutom, zrušiť vyhlášku o povolených ATC skupinách a definovať zakázané ATC skupiny postupne zavádzať generickú preskripciu (predpisovanie INN a liekovej formy) motivácia lekárnik vykonávať GS (indikátor kvality?) pri chronicky užívajúcich liekoch (KVS, CNS) zaviesť kusovo definovaný výdaj (10, 30, 60 tbl.) a tomu prispôbiť aj definíciu (formou vyhlášky) veľkosti balení liekov. V tejto súvislosti rozšíriť kompetencie farmaceuta (vydať 2 x 30 tbl., namiesto predpísaných 60 tbl.).

2. ZÁSADNÉ NEGATÍVA SLOVENSKEHO SYSTÉMU REGULÁCIE CIEN LIEKOV

a) Regulácia cien OTC liekov

Regulovať ceny, ktoré nemajú priamy, iba hypoteticky nepriamy dopad na verejne zdroje je priam socialistický krok. Paradoxne, tomuto kroku predchádzalo zrušenie regulácie maximálnych cien OTC, ktoré (zákonite) stúpili. Politické rozhodnutie o ich administratívnom znížení sa dá vnímať ako „strach z hnevu ľudu“ a v konečnom dôsledku zníženie cien neprinieslo (výrobcovia ich vytiahli vyššie), iba znížilo príjem distribúcie a lekárnik. Tento segment by mal byť úplne bez regulácie konečných cien a marže a OTC lieky by mali byť v každom prípade vyradené z kategorizácie. Nemyslím si, že by po tomto kroku nastalo drastické zvýšenie ich cien, skôr naopak. Dobrým príkladom s neregulovanými cenami sú výživové doplnky výhradne predávané v lekárňach, kde cenu určuje výlučne trh – a v mnohých prípadoch je dokonca nižšia ako cena ekvivalentného kategorizovaného a regulovaného lieku, napriek vyššej lekárenskej marži (Tabuľka 1). Opäť sa potvrdzuje, že trh je najlepší regulačný mechanizmus.

b) Nekoncepčné ad hoc miešanie viacerých spôsobov regulácie

Tento problém je komplexnejší. Základnými regulačnými mechanizmami sú (v súčasnosti) cenové opatrenie MZ SR (rozsah regulácie cien) – marže a zoznam liekov – kategorizácia. Kategorizácia by o. i. mala definovať spôsob úhrady lieku a výšku úhrady, resp. spoluúčasti pacienta. To aj donedávna robila. Z hľadiska spôsobu úhrady existovali 4 kategórie:

- I – plne hradené poisťovňou,
- S – čiastočne hradené,
- A – ambulantne podávané lieky,
- H – lieky hradené nemocniciam.

Vymyslením kategórií F a V (finančne náročné lieky a vakcíny) a definovaním inej marže došlo k nekoncepčnému kroku, ktorý sa síce tváril ako degresívna marža – je však úbohy a byrokratickým opatrením. Prečo?

Kategória F

Hoci je „F“ v kolónke spôsob úhrady, o spôsobe úhrady nehovorí vôbec nič. V tejto kategórii sú lieky plne i čiastočne hradené s rôznymi výškami doplatkov. V súčasnej kategorizácii je

Z VAŠICH REAKCIÍ

do tejto kategórie (finančne náročné lieky) zaradených 298 liekov (Tabuľka 2). Pritom 43 liekov (14,43 %) má cenu nižšiu ako 1000 Sk. A až 164 liekov (55 %) má nižšiu cenu ako 10000 Sk, pričom v celom kategorizačnom zozname je až 57 liekov s cenou 9000 – 92 000 Sk zaradených v kategóriách I, S, V. Ako ironiou vyznieva 6 „finančne náročných liekov“ z hodnotou ani nie 100 Sk. Ak chceme zaviesť pojem „finančne náročné lieky“, je nevyhnutné zadefinovať pojem finančne náročnosti a jej konkrétnu sumu. Súčasný systém pri extrémnej úvahe v konečnom dôsledku umožňuje preradiť všetky lieky do F kategórie a tak výrazne znížiť náklady na lieky.

Kategória V

Vakcíny pre povinné očkovanie boli do kategorizačného zoznamu zaradené za účelom rozšírenia konkurenčnej ponuky, väčšej transparentnosti a konkurenčného tlaku na ceny. Ich kategorizácia bol správny krok. Vymyslenie kategórie V, zníženie marže v tejto kategórii a oslobodenie od poplatku za predpis, však de facto urobilo z lekárníkov bezplatný servis povinného očkovania. Zadarmo sa poskytnú štatistické údaje o zaočkovanosti (elektronickým spracovaním lekárskeho predpisu) a za minimálnu maržu sa zabezpečí osobitný objednávací a skladovací režim. O nákladoch na samotné zabezpečenie vakcín (nekonečné telefonovanie, faxovanie a doprosovanie sa jedinej (!) distribučnej firme Intec Pharm – výhradný zástupca firmy Aventis Pasteur) nehovoriac.

Povinné očkovanie je spoločenskou nevyhnutnosťou a segmenty podieľajúce sa na zabezpečení tejto úlohy by mali byť ohodnotené. Ohodnotenie odbornej lekárenskej činnosti je v tomto prípade minimálne a administratívnej činnosti žiadne. Marža pri vakcínach by mala byť minimálne na rovnakej úrovni ako u ostatných liekov (logika však káže viac – je to predsa len špecifikum), poplatok za spracovanie predpisu by mala hradiť zdravotná poisťovňa.

Pri zavedení týchto kategórií som predpokladal, že sú akýmiś medzistupňom k sofistikovanejšiemu systému cenotvorby, príp. k degresívnej marži (to bolo prezentované aj v ministerovej publikácii nové zdravotníctvo pred voľbami) – vývoj však ukazuje, že sú zrejme definitívne. Ich nedokonalosť sa prejavila na konci minulého roku, keď MZ chcelo v rámci prevencie chrípky uľahčiť prístup k očkovaniu a vakcíny proti chrípke preradilo do kategórie V – nulový doplatok a Rp bez poplatku. Kategória V je však definovaná (Opatrenie MZSR č. OLP0604 – 24179/2004 – SL, v znení neskorších opatrení) takto:

Základné vakcíny určené pre povinné očkovanie. Vakcína so symbolom "V" sa predpisuje na lekársky predpis. Na lekárskom predpise sa namiesto dávkovania napíše poznámka "ad manus medici". Vakcína sa vydáva v lekárni lekárovi alebo zdravotnej sestre, odkiaľ je transportovaná do ordinácie lekára v termoboxe. Ak vakcína obsahuje viac dávok, môže sa predpísať aj menšie množstvo dávok ako je v celom balení. Lekár je oprávnená rozbaľiť originálne balenie lieku a vydať predpísané množstvo lieku. Na balenie lieku a označenie obalu sa vzťahujú všeobecné ustanovenia o príprave liekov podľa požiadaviek správnej lekárskej praxe. To znamená, že každý kus vakcíny proti chrípke, ktorý bol vydaný pacientovi, bol vydaný v rozpore s týmto opatrením.

Zmiešavanie dvoch regulačných mechanizmov teda – ako vidno - nie je práve najšťastnejšie riešenie. Prospešnejšie by bolo (podľa môjho názoru) zavedenie plošnej lineárnej regresívnej marže s fixnou a variabilnou hodnotou, tak aby výsledná marža bola pri lacnejších liekoch (do cca 500 Sk) vyššia ako v súčasnosti (25 - 30% z výrobnéj ceny), pri liekoch hodnoty 1000 - 5000 Sk na približne rovnakej úrovni (19 - 21%) a u drahších liekov by bola nižšia. (10 - 15%) a od istej úrovne (20 000 Sk) by bola stanovená na konštantnej úrovni (5 - 7%) Došlo by určite o. i. k splošteniu rastu nákladov na lieky, pretože nové, originálne a zvyčajne drahšie lieky by sa dostali do nižšej úrovne marže.

c) Taxa laborum

Taxa laborum definovaná platným cenovým opatrením je, slušne povedané, výsmech. A ako výsmech možno vnímať aj „aktivitu“ istých lekární, istého nemenovaného reťazca (a nie iba jedného) a síce vydanie jedného lieku (HVL) a vypísanie výpisu na IPL, pre „radost“ iniciatívneho kolegu. Baviť sa v súčasnej dobe o sumách typu 4,60 a 14,20 je viac než čudné. Je paradoxné, že tieto sumy sa držia na v podstate nezmennej úrovni už pekných pár rokov.

Pre porovnanie som nazrel do dvoch vyhlášok č. 31/1993 Z. z.o odmenách a náhradách notárov a č. 655/2004 Z. z. o odmenách a náhradách advokátov za poskytovanie právnych služieb. Nemyslím si, že vzdelenie a práca farmaceuta má tak diametrálne odlišnú (teda nižšiu) hodnotu a úroveň. Ak majú v zdravotníctve platiť všeobecné trhové princípy je neprípustné, aby štát takto postaveným opatrením zasiahol do fungovania súkromného sektoru. Cena (aj regulovaná) má totiž vychádzať z pokrytia nákladov a počítat' aj zo ziskom (zmierme sa s tým, že regulovaným). Ak vezmem do úvahy materiálne a prístrojové vybavenie laboratória požadované vyhláškou 198/2001 Z. z. o správnej lekárskej praxi je tu zrejmy nepomer medzi štátom kladenými podmienkami a štátom priznanou odmenou za. Náklady na aspoň minimálne vybave-

nie laboratória sa pohybujú okolo 150 000 Sk (presné váhy, sterilizátor, germicídny žiarič, demineralizačný prístroj, varič, reagenčný aparát, laboratórne sklo), nerátajúc stavebné úpravy a nábytkove vybavenie (100 000 Sk). Ďalšie náklady sú na pravidelný chod a údržbu týchto prístrojov, povinné analýzy čistej vody a funkčnosti sterilizátora, nehovoriac o finančných prostriedkoch viazaných v chemikáliach, ktoré sú dlhodobo nízkoobratové.

Ak by mala Taxa laborum zohľadňovať aspoň približne nevyhnutné náklady a takmer žiaden zisk musela by byť na minimálne 10-násobnej úrovni v porovnaní so súčasnosťou.

d) Fixná marža

Fixná marža uplatňovaná v súčasnosti neumožňuje realizáciu trhového vyjednávania o cene. Teda, pre lekárnik nemá význam získať liek s nižšou cenou, pretože predajnú cenu aj tak nemôže dotiahnuť na konečnú cenu – je viazaný pevným percentom marže. Zníženie ceny nemá pri pomernej úhrade konkurenčný význam, pretože sa do úhrady pacienta premietne minimálne. Možno by bolo vhodné doplniť reguláciu marží o pojem plávajúca marža – a teda umožniť jednotlivým článkom reťazca dohodnúť sa na marži, pri neprekročení konečnej spoločnej marže a konečnej ceny lieku.

Aj tento mechanizmus by spolu s dôsledným uplatnením generickej substitúcie, v konečnom dôsledku, priniesol úsporu verejných zdrojov. Posledné segmenty liekového reťazca (pacient, lekár, lekáreň) by vyhľadávali lekárne, resp. distribútorov s najnižšou cenou, a títo by zase preferovali lacnejších výrobcov. Sekundárne vyvolaný tlak by nútil znižovať ceny výrobcov a uplatňovať čo najnižšiu maržu distribútorov a lekárne. Ak by sa do tohto procesu zapojili aj poisťovne (napríklad dojednaním kratšej doby splatnosti u lekárne s nižšou ako konečnou cenou) vznikol by efektívny trhový mechanizmus, ktorý by perspektívne dokázal fungovať aj nezávisle na štátnej regulácii. Opäť možno ako príklad použiť doplnky výživy predávané výhradne v lekárňach. Navzdory neregulovaným cenám distribučné firmy postupne prichádzali s nižšou a nižšou maržou (13, 11, 9, 7%) až sa zastavili na piatich percentách a lekárne takisto uplatňujú mnohokrát nižšie marže než udáva výrobca pre odporúčanú konečnú cenu (v reklame). Ak štát stanoví každému presný zisk, nikto nemá záujem si ho znížiť. Ak ponechá súkromným subjektom voľnú ruku, títo sa budú správať na základe požiadaviek klienta. A klientom verejnej lekárne je pacient a poisťovňa.

e) Neexistujúca úhrada (a teda aj kontrola) výkonov nemocničných lekární

Informatizácia a využitie odborného potenciálu nemocničných lekárníkov by taktiež prinieslo veľké úspory nákladov nemocníc. On-line prepojenie

Tabuľka 2: Prehľad liekov kategórie F

Hodnota (Sk)	Počet (ks)	%
0 - 100	6	2,01
100 - 500	21	7,05
500 - 1 000	16	5,37
1 000 - 5 000	55	18,46
5 000 - 10 000	66	22,15
10 000 - 15 000	38	12,75
15 000 - 20 000	21	7,05
20 000 - 50 000	49	16,44
50 000 - 100 000	19	6,38
100 000 - ∞	7	2,35
Spolu	298	100

Zdroj: opatrenie MZ SR č. OPL0405 - 27533/2005 - SL

s oddeleniami, jednodávkové balenia pre konkrétneho pacienta, konzultácie klinického farmaceuta a hlavne antibiotická politika v malom.

Možno by stálo za úvahy, aby pacient pri hospitalizácii doplácaval za rovnaké lieky rovnako ako doma (podľa kategorizácie) - ordinujúci lekár by mal záujem uplatňovať generické ekvivalenty a určite by sa znížil počet neopodstatnených hospitalizácií. Teraz prichádzajú pacienti z nemocníc "nastavení" na konkrétnu liečbu, originálne firmy často obchádzajú nemocničnú lekáreň a „darujú“ lieky priamo primárovi.

Keby nemocničná lekáreň fakturovala poisťovni lieky poskytnuté konkrétnym pacientom pri hospitalizácii (hoci aj s nejakou maržou) a poisťovňa by tieto výkazy kontrolovala rovnako dôsledne ako vo verejných lekárnach možno by sme boli svedkami menšieho zázraku. Povieť to tvrdo – s liekmi sa na oddeleniach nekontrolované šafári. Prečo to ostalo v rámci reformy nepovšimnuté, je pre mňa záhadou.

V Spojených štátoch sú nemocnice, kde je na každom oddelení „lekáreň“, do ktorej prichádza sestra a farmaceut jej na základe ordinácie lekára vydá **konkrétne lieky pre konkrétneho pacienta**. Možno by nemuseli byť na každom oddelení, možno by stačila jedna na nemocnicu, ale nejaký systém by určite nikomu neuškodil. Riešiť to na úrovni manažmentov je na dlhé lakte. Najväčšie úspory prináša odstránenie množstva malých únikov.

ONDREJ SUKEL
lekáreň don Bosco, Humenné

Tabuľka 1: Porovnanie cien OTC liekov a ekvivalentných výživových doplnkov

Liek	Cena (marža 5/15)	Výživový doplnok	Cena (marža 5/20)	Rozdiel Sk	Rozdiel %
Vitamín E 100 Zentiva, 30 tbl.	41,70	Vitamín E 100 Generica, 30 tbl.	33,10	8,60	20,62
Vitamín E 200 Zentiva, 30 tbl.	70,60	Vitamín E 200 Generica 30 tbl.	47,20	23,40	33,14
		Vitamín E 200 Generica, 60 tbl.	85,00		
Vitamín E 400 Zentiva, 30 tbl.	109,90				
Pyridoxin Zentiva, 20 tbl.	28,00	Pyridoxin Generica, 30 tbl.	26,60	Prepočet na 30 tbl. 15,40	36,67
Thiamin Zentiva, 20 tbl.	34,00	Thiamin Generica, 30 tbl.	21,00	Prepočet na 30 tbl. 30,00	58,82
Celaskon Zentiva, 30x250	40,10	Vitamin C Generica, 30*250	27,50	12,60	31,42
Calcium eff. Pharmavit, 20x500	77,60	Calcium eff. Generica, 20x500	67,60	10,00	12,89
Magnesium sff. Pharmavit 20*250	69,00	Magnesium sff. Generica 20*250	60,90	8,10	11,74

Zdroj: cenník lekárne Don Bosco, Humenné

MSA a skúsenosti zo Singapuru

Najetablovanejší verejný program MSA možno nájsť v Singapure, v meste/štáte s 3,3 mil. obyvateľov. V roku 1984 vláda založila Medisave, povinný program, do ktorého zamestnanci a zamestnávateľia prispievajú rovnakým dielom objem rovný 6-8% z hrubých miezd. Tieto príspevky sa môžu využívať na platbu za rôzne špecifické ambulantly a lôžkové medicínske služby, pred a po dôchodku. Medishield, vysokoodpočítateľné poistenie katastrofických výdavkov, bolo doplnené v roku 1990 a Medifund, nadačný fond, bol založený v roku 1993 k pokrývaniu výdavkov chudobných ľudí. I keď štátom dotované kliniky poskytujú určitú primárnu starostlivosť pre chudobných, väčšina ambulantlych výdavkov sú hotovosťné. V roku 1995 boli priame platby spotrebiteľov spolu 57,7% z celkových zdravotníckych výdavkov Singapuru, zatiaľ čo MSA poskytli iba 8,5%.

Dobre definovaná zdravotná politika spolu s agresívnymi vládnymi zásahmi na trhu, dobre kompenzovaní lekári, relatívna sloboda od administratívneho zaťaženia, nízke režijné náklady Medisave a zmysluplné úrovné nákladov hi-tech služieb sú jedným z dôvodov pre úspech Singapurského systému. MSA poskytuje motiváciu pre redukcii potreby a taktiež ponúka ochranu proti mimoriadnym udalostiam a zneužitiu čiernymi pasažiermi (free-riders). Primárnou záležitosťou však je, či si obyvatelia Singapuru dokážu skôr v živote vytvoriť dostatočné rezervy na to, aby mohli kryť svoje výdavky neskôr. Vzhľadom ku rapidnému zavedeniu nových technológií a nových služieb, odhadnúť, koľko treba odložiť na budúcu zdravotnú starostlivosť, je zložité. Vytvorením nákladovo uvedomelých spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti sa dúfalo, že MSA bude kontrolovať náklady Singapurského systému. Napriek mladšej populácii ako v Európe, veľkému množstvu imigrantov a využívaniu tradičnej čínskej medicíny náklady na zdravotnú starostlivosť na občana postupne rástli po tom, ako bol program v roku 1984 iniciovaný, čo bolo tiež spôsobené zvýšeným využívaním drahých technológií v súkromných nemocniciach a vo vzrastajúcich poplatkoch poskytovateľov. Taktiež vzhľadom ku veľkosti hotovosťných nákladov znášaných jednotlivcami, náklady Medicínskej starostlivosti v Singapure často nemôžu byť znášané staršími ľuďmi, obzvlášť staršími vdovami, ktoré neboli nikdy zamestnané mimo domácnosti a chudobnými ľuďmi. Niektorí veria, že neexistuje dôkaz, že kvalita alebo vhodnosť starostlivosti prostredníctvom MSA vzrastie.

Medicínske sporiace účty

V originálnom dokumente z roku 1977 Martin Feinstein navrhol koncept „major risk insurance“ s cieľom „umožniť, aby sa takmer všetky rodiny stali nákladovo citlivé na každé dodatočné výdavky na zdravotníctvo, pričom maximálne hotovosťné výdavky domácnosti na zdravotníctvo by boli naďalej limitované na najviac 10% percent z príjmu“ a tým bol položený teoretický a koncepčný základ pre Medicínske sporiace účty (Medical Saving Accounts – MSA). Základom konceptu MSA je, že dopyt po medicínskej starostlivosti je kontrolovaný individuálnymi spotrebiteľmi; a pacienti sú motivovaní k nadmernej spotrebe, iba ak sú zodpovední iba za malé zlomok nákladov. Jedným zo spôsobov, ako možno zvrátiť túto motiváciu je urobiť pacientov zodpovedných za ich rutinné výdavky na zdravotnú starostlivosť. Toto je možné prostredníctvom MSA, ktoré predstavujú vlastné finančné prostriedky jednotlivcov s vysokoodpočítateľným katastrofickým poistením, takže jednotlivci by platili väčšinu rutinných výdavkov zo svojich vlastných fondov a teda by mali finančnú motiváciu vyhýbať sa nepotrebnému využívaniu starostlivosti. V tomto opatrení je drahá nerutinná starostlivosť poistená prostredníctvom vysokoodpočítateľného katastrofického poistenia, ktoré poskytuje ochranu proti ťažkej finančnej záťaži v čase ťažkej choroby.

Medicínske sporiace účty sú teda individuálne sporiace účty, ktoré sú obmedzené len na zdravotnú starostlivosť. Vo všeobecnosti boli zavedené z troch dôvodov:

1. podporiť úspory na očakávané vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť v budúcnosti, pretože priemerný príjem a schopnosť sporiť je pre priemerného človeka zvyčajne počas produktívneho veku vyššia ako počas dôchodku
2. naviesť spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti na kontrolu nákladov na zdravotnú starostlivosť
3. mobilizovať doplnkové fondy v rámci zdravotníckych systémov

MSA boli včlenené do verejných systémov zdravotnej starostlivosti v Singapure a v Číne a do pilotnej simulácie v USA. Čína iniciovala pilotný projekt v roku 1994 v dvoch mestách s celkovou populáciou 5 miliónov, 1,4% z jej mestského obyvateľstva. Zdravotná starostlivosť bola financovaná z MSA (do ktorých účastníci prispievali 1% zo mzdy a zamestnávateľia prispievali 10%), z hotovosťných fondov (na pokrytie zrážok za starostlivosť nepokrytú prostredníctvom MSA) a z katastrofického poistenia. Vláda si čoskoro uvedomila, že kontrolný dopyt sám o sebe nie je adekvátny. Zaviedla limity pri využívaní drahých diagnostických procedúr a liekov a fixné náhradové sadzby pre poskytovateľov a inštitúcie. Využívanie ambulancií zostalo zatiaľ nezmenené, no návštevy nemocníc sa mierne znížili.

Zavedenie Medicínskych sporiacich účtov, taktiež známých ako Medisave accounts, Medical IRAs a Individual Medical Accounts, môže nasledovať dve alterna-

tívne cesty a môže byť založené na úsporách alebo založené na rozhodnutiach. Čisto založené na úsporách vychádzajú z princípu rozšírenia finančnej zodpovednosti poistencov v čase. Toto môže znamenať dobrovoľnú akumuláciu peňazí poistencov na individuálne účty v zdravotnej poisťovni. V momente poskytnutia starostlivosti bude spolučasť poistenca automaticky vypočítaná a odúčtovaná z účtu. Peniaze na účte by patrili poistenému a mohli by byť využívané na priame financovanie spoluúčasti (napr. dentálna starostlivosť) alebo vyššieho komfortu (jednolôžková izba, vyšší štandard), alebo doplnkového individuálneho zdravotného poistenia. Na druhej strane je zdravotná starostlivosť platená z verejných zdrojov rovnaká pre každého.

Pri alternatívne založenej na rozhodnutiach financie akumulované na individuálnom účte zahŕňajú depozity a úspory pacienta, ale taktiež dotácie z verejných zdrojov podľa určenia indexu individuálneho rizika. Poistenec rozhoduje o všetkých prostriedkoch na individuálnom účte a účet sa stáva nástrojom tvorby rozhodnutí pri obstarávaní zdravotnej starostlivosti. Držiteľ poistenia sa rozhoduje o nákupe svojho vlastného zdravotného plánu. V tomto prípade môže byť povolená aj obmena zdravotného rizika poistenca a postupne možno ponúkať rôzne poistné. Niektorí ľudia budú uprednostňovať menší rozsah s vyššou spoluúčastou a niektorí väčší rozsah s nižšou spoluúčastou. Tieto dve alternatívy môžu viesť k rôznym druhom poistného.

Postupné zavedenie individuálnych účtov môže vytvoriť stabilizovaný a finančne udržateľný systém zdravotnej starostlivosti v krajinách EÚ a v tom istom čase môže preniesť zodpovednosť za tvorbu rozhodnutí o obstaraní zdravotnej starostlivosti na pacienta a jeho preferencie. V úsilí zabezpečiť obyvateľom prístup k zdravotníckym službám prostredníctvom účasti na poistných produktoch, skupina reformátorov zdravotnej starostlivosti v Českej republike navrhla individuálne zdravotnícke účty. Každý účastník bude schopný uzatvoriť zmluvu s jedným z platiteľov, vybrať si ponúkaný zdravotnícky plán a nechať platiteľa spravovať svoj osobný zdravotnícky účet. Každý ponúkaný zdravotnícky plán bude musieť byť schválený vládou a bude zahŕňať povinný balík zdravotných služieb v prvom rade na vyrovnanie nákladov na dlhodobú zdravotnú starostlivosť obyvateľa krytú prostredníctvom balíka. Poistné platené za definovaný balík bude stanovené ako percento zo štátneho príspevku na individuálny zdravotnícky účet. Cena zdravotníckeho plánu, stanovená platiteľom, bude kombináciou poistného plateného za povinné poistenie definovaného balíka a poistného plateného za dobrovoľné poistenie ostatných služieb. Teda celkové poistné, ktoré bude platiteľ požadovať za zdravotnícky plán s krytím nad definovaný balík, bude vyššie ako štátny príspevok na individuálny zdravotnícky účet.

MUKESH CHAWLA
SVETOVÁ BANKA

Tabuľka 1: Zhodnotenie medicínskych sporiacich účtov

PRE	PROTI
Môže ušetriť peniaze redukovaním využívania a administratívnych výdavkov.	Môže viesť k predchádzajúcej nevyhnutnej starostlivosti pacientov alebo k preventívnym zdravotníckym službám.
Spotrebiteľom poskytuje väčšiu autonómiu a flexibility tým, že jednotlivcom ponúka priamu kontrolu ich výdavkov na zdravotnú starostlivosť.	Navracia refundáciu zdravotnej starostlivosti k systému platby za výkon (fee-for-service); je nekonzistentný s riadenou starostlivosťou a s kapitáciou.
Poskytuje finančnú motiváciu pre zdravý životný štýl.	Môže viesť k nepriaznivému výberu, so zdravými ľuďmi prikláňajúcimi sa k MSA, čo môže viesť k zvýšeným nákladom za iné typy plánov.
Je konzistentný s americkými kultúrnymi hodnotami, ako napríklad individuálny výber, individuálna autonómia, osobná zodpovednosť, obmedzenie vlády, atď.	Môže spôsobiť, že potrebná zdravotná starostlivosť bude príliš drahá pre ľudí s nízkym príjmom alebo s chronickými chorobami alebo postihnutých.
Bude viesť k podstatným finančným ziskom pre ľudí, ktorí zostávajú zdraví.	Keďže MSA by boli primárne stanovené pre zamestnané osoby a väčšina návrhov je za to, aby MSA boli dobrovoľné, tento model urobí málo preto expanziu pokrytia zdravotnej starostlivosti alebo pre dosiahnutie univerzálneho prístupu.
Zlepší prenosnosť benefitov zdravotnej starostlivosti.	Môže viesť k strate štátnych príjmov. Žiadna jasná motivácia pre účasť zamestnávateľov.