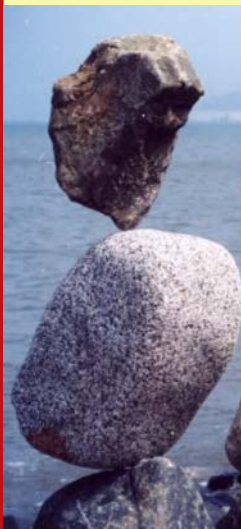


OBSAH

- Déjà Vu v zdravotníctve
- Hodnotenie ekonomickej časti Programového vyhlásenia vlády SR
- Zmäkčovať a centralizovať
- Dopady možného zníženia DPH na lieky
- Kvalita: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou už začal, na rade sú zdravotné poisťovne
- Netransparentný návrh kategorizácie k 1. 10. 2006



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

Into Balance

THERE IS ALWAYS AN ALTERNATIVE SOLUTION

ČÍSLO 8

AUGUST 2006

Déjà Vu v zdravotníctve

Programové vyhlásenie vlády je v tejto chvíli jedným z mála dokumentov, ktorý môže prezradiť, čo čaká slovenské zdravotníctvo nasledujúce štyri roky. Jeho veľmi všeobecné znenie naznačuje, že vláda nemá jasnú predstavu, ako ďalej. Medzi riadkami vágnych fráz však možno vytyšit, že pomery v zdravotníctve by sa mali vrátiť pred rok 2003.

Zrušenie niektorých poplatkov ako aj zníženie doplatkov na lieky povedie k opätovnému nárastu nadbytočného dopytu po zdravotnej starostlivosti a zneužívaniu systému. Okrem priameho finančného dopadu (výpadok príjmov zdravotníctva vo výške okolo 2,5 mld Sk) to bude mať i sekundárny efekt: vyššia spotreba zdravotných služieb bude predstavovať vyššie náklady. Keďže prakticky každá návšteva lekára sa na Slovensku končí predpísaním lieku, pri zvýšení návštevnosti lekárov možno okrem plnších čakární očakávať aj nárast výdavkov na lieky. Bude to na úkor ostatných segmentov – ambulantnej a lôžkovej starostlivosti, keďže rozpočty zdravotných poisťovní sú pomerne rigidné. Zrušenie poplatkov teda pomôže v prvom rade farmaceutickému priemyslu na úkor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. (Inak, prečo zostáva poplatok za recept v lekárni?)

A pacient? Pre toho nie sú problémom 20-koronáčky, čo potvrdzujú i patientske organizácie. Problémom sú preňho rôzne ad hoc vymyslené platby, ktorými lekári kreatívne vylepšujú svoje finančné ohodnotenie: 400 korún za sonografiu, 200 korún

za vypísanie žiadanky o CT, 50 korún na skúmvavku, 200 korún za založenie karty, 400 korún za konzultáciu antikoncepcie a tak ďalej. Väčšina týchto platieb nielenže nemá oporu v legislatíve, ale je s ňou v priamom rozpore. Samosprávne kraje ako aj stavovské organizácie, ktoré majú v kompetencii urobiť v tejto oblasti poriadok, tento stav mlčky tolerujú. Pričom práve tu ťahá pacient za výrazne kratší koniec a nevie sa brániť. Zrušením 20-koronáčok stupne motivácia lekárov vyberať viac takýchto pokútnych platieb. Pacienti budú platiť u lekára aj naďalej, len to bude menej viditeľné.

Hoci sa programové vyhlásenie vlády hlási k transparentnej súťaži poskytovateľov, ktorú zaviedla Zajacova reforma, poslancový návrh z dielne Smeru na ochranu zdravotníckych zariadení pred exekúciami je v rozpore s touto deklaráciou. Zákon bude pred exekúciami chrániť len príspevkové, rozpočtové a neziskové organizácie. Súkromné zdravotnícke zariadenia budú musieť – na rozdiel od konkurencie – aj naďalej platiť faktúry načas a opäť sa dostanú do nerovnoprávneho postavenia.

Čo bude dôsledkom ochrany pred exekúciami a odložením transformácie nemocníc na akciové spoločnosti? Opätovné zvyšovanie zadlžovania. Hrozba exekúcií držala manažérov nemocníc nakrátko, a keď nie zastavila, tak aspoň výrazne obmedzila plytvanie. Pozitívne reakcie riaditeľov nemocníc na tento návrh naznačujú, že mäkké podmienky radi využijú.

Kto na to doplatí? V prvom kole dodávateľa, ktorí na zaplatenie svojich faktúr budú čakať dlhšie a budú tak úverovať systém. Toto riziko – podobne ako v minulosti – premietnu do ceny svojich tovarov a služieb, čím zvýšia náklady zdravotníctva. V druhom kole pacienti, pretože v dôsledku nízkej finančnej disciplíny dôjde – podobne ako v minulosti – k výpadkom dodávok liekov a ŠZM. A v treťom rade všetci ekonomicky aktívni občania, ktorí nakoniec budú dlh v zdravotníctve splácať. Ten bude totiž – podobne ako v minulosti – zasa rásť.

Všetko toto slovenské zdravotníctvo už neraz zažilo, až kým sa neocitlo v roku 2002 pred kolapsom. Na toto by mali tvorcovia zdravotnej politiky a ministerstvo financií pamätať skôr, než začnú rozoberať konštrukciu Zajacovej reformy zdravotníctva. Hoci boli zmeny uplynulých rokov bolestivé, zdravotníctvo je vďaka nim v lepšej finančnej kondícii. Na týchto solídnych základoch je dnes možné budovať moderné zdravotníctvo: zaviesť liečbu podľa protokolov, individuálne účty poisťencov, eHealth, DRG, vyčleniť niektoré diagnózy zo solídneho balíka a umožniť tak vznik individuálneho poistenia, zredukovať nadbytočné kapacity, budovať centrá excelentnosti... Stojí to na rozhodnutí vlády, či pôjdeme vpred alebo vzad. Zdravotníctvo samotné dokáže položiť dodržiavanie maastrichtských kritérií na lopatky.

**PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY**

(publikované v denníku Pravda, 18. 8. 2006)

Tabuľka 1: Aktualizované základné parametre makroekonomického vývoja

	Merná jednotka	2003	2004	2005	2006 1.q.	2006 pred.
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	4,2	5,4	6,1	6,3	6,2
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	0,1	3,8	7,2	6,6	6,1
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	3,9	2,0	0,5	6,7	3,5
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	-2,3	5,0	13,8	16,1	13,5
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-1,9	-2,7	-4,5	-5,1	-4,8
Miera medziročnej inflácie	%	8,5	7,5	2,7	4,3	4,3
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	17,4	18,1	16,3	14,9	14,5
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	6,3	10,2	9,2	7,5	7,7
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	-2,0	2,5	6,3	3,1	3,4
Zmena počtu pracujúcich	%	1,8	0,3	2,1	3,7	1,8

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI, 2006



Od 1. júla sú záchranné a pátracie akcie Horskej záchrannej služby v slovenských horstvách splotnené.

Od 1. júla vstúpila do platnosti nová kategorizácia liekov.

4. júla oznámil premiér mená členov novej slovenskej vlády. Ministrom zdravotníctva sa stal dovtedajší riaditeľ Spoločnej zdravotnej poisťovne Ivan Valentovič.

5. júla oznámil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že nevydá povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia dvom novým poisťovním - Viviu a Národnej zdravotnej poisťovni. Viviu nespĺnila viaceré zo zákona potrebné podmienky a Národná zdravotná poisťovňa nedostala povolenie pre nedostatky v žiadosti.

6. júla predstavil nový minister zdravotníctva I. Valentovič niektoré zo svojich prvých krokov. Uvedol, že zruší niektoré poplatky v zdravotníctve a urobí aj personálne zmeny na postoch riaditeľov sekcií na ministerstve.

14. júla zverejnili Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia súkromných lekárov SR a Slovenská lekárska únia špecialistov svoju žiadosť voči novej vláde, odložiť rozhodnutie o zrušení poplatkov pacientov a to do času, kým nebude známe, z akých zdrojov mimo zdravotného poistenia sa výpadok príjmov poskytovateľov nahradí.

MONITORING

(od 1. 7. do 31. 7. 2006)

14. júla oznámil riaditeľ Národného centra zdravotníckych informácií L. Vlček zavedenie nového informačného systému zdravotníckych indikátorov.

15. júla vymenoval minister zdravotníctva za riaditeľa Úradu verejného zdravotníctva opätovne Ivana Rovného.

18. júla informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o začatí správneho konania voči zdravotným poisťovním Apollo a Sideria. Dôvodom je nedodržanie oznamovacej povinnosti v zákonom stanovenej lehote za 1. polrok 2006.

18. júla zverejnila Všeobecná zdravotná poisťovňa informáciu o výsledkoch kontrolnej činnosti poisťovne za rok 2005. Zo správy okrem iného vyplýva, že poisťovňa vlní pomocou kontrol u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ušetrila takmer 80 mil. Sk.

18. júla zverejnil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou predbežné počty poistencov, ktorí tento rok zmenia zdravotnú poisťovňu. Sedem zdravotných poisťovní prijalo od októbra 2005 do 25. júna 2006 viac ako 238-tisíc žiadostí o zmenu.

19. júla vláda vymenovala Daniela Klačku, nominanta SNS a mestského poslanca v Žiline za nového štátneho tajomníka ministerstva zdravotníctva.

MAKROEKONOMICKÝ KOMENTÁR

Hodnotenie ekonomickej časti Programového vyhlásenia vlády SR

Keďže na tomto mieste nejde o spravodajský článok, nechceme predkladať výpočet cieľov či opatrení, ktoré sú obsiahnuté v Programovom vyhlásení vlády. Namiesto toho sa sústredíme na princípy.

Najsilnejšia strana vládnej koalície nevyužila šancu na to, aby v Programovom vyhlásení vlády (ďalej PVV) významnejšie skorigovala svoje populizmom poznačené predvolebné sľuby. Zároveň sa naplnil predpoklad, ktorý sme vyslovili v predchádzajúcom vydaní *Into Balance* (č. 7), že program sa prihlási aj k naplneniu veľmi náročných predvolebných sľubov, ale aj k plneniu konvergenčných kritérií na prijatie eura. Pokus o realizáciu PVV môže znamenať oživenie niektorých starých deformácií aj s príslušnými nákladmi pre spoločnosť.

PROGRAM OVLÁDNUTÝ REZORTIZMOM

Po formálnej stránke možno PPV vytknúť, že je silno poznačený rezortizmom a že má veľmi neproporcionálne rozpracované jednotlivé časti. Jednotlivé témy sú „zlepené“ podľa toho, ako spadajú pod rezortné ministerstvá, hoci by sa často žiadali skôr „prierezový pohľad“ (pohľad na podnikateľské prostredie, fyzickú aj informačnú infraštruktúru a pod.). Dochádza tým k opakovaniu sa, k frázovitosti a ťažkopádosti dokumentu. Pritom niektoré časti dokumentu idú do neadekvátnych detailov (pri hyperpozornosti venovanej poľnohospodárskej politike, pri menovaní detailných opatrení v novom Zákonníku práce), kým inde je nápadná povrchnosť: vláda opakovane deklaruje prioritu znalostnej ekonomiky, pritom táto téma v PVV je spracovaná mimoriadne povrchno.

LEPŠÍ RAST... ALE KOMPLIKUJE HO PRIJÍMANIE EURA?!

V ekonomickej oblasti PVV „podporuje skĺbenie hospodárskeho rastu a ekonomickej výkonnosti s rastom zamestnanosti, sociálnej súdržnosti a zvyšovaním kvality života pre všetkých. Musí to byť hospodársky rast postavený na vyššej kvalite, vzdelanosti a inovatívnosti...“ Táto téza by mohla byť prijateľná, keby za ňou nenasledoval vládou definovaný komplikujúci faktor: „Dosiahnutie takéhoto vzťahu bude veľmi náročné, pretože vláda mieni urobiť všetko potrebné pre

zavedenie spoločnej európskej meny v roku 2009. Cesta k spoločnej európskej mene nemôže viesť len cez lacnú pracovnú silu a obmedzovanie verejných výdavkov“. Vyplýva z toho, že vláda chce dosiahnuť rast vyššej kvality ale prijímanie eura túto snahu komplikuje. Podsvúvanie takejto logiky však nie je namieste: proces konsolidácie verejných financií by mal prebiehať bez ohľadu na to, či sa prijíma alebo neprijíma spoločná mena. Dodržovanie pravidiel stability daných konvergenčnými kritériami ekonomike v dlhodobom horizonte prospieva bez ohľadu na euro. Stabilitu ekonomiky nemožno dávať do protikladu s vyššou kvalitou hospodárskeho rastu. Z PVV vyplýva, že rast vyššej kvality by vláda chcela dosahovať aj tým, že si pomôže vyššími deficitmi či vyšším verejným dlhom, ale prístupový proces k eurozóne jej to komplikuje. Je to totálne nepochopenie pojmu kvalita ekonomického rastu.

Ďalej vláda sa zaviazala „vytvoriť podmienky pre tempo hospodárskeho rastu nad 5 % hrubého domáceho produktu ročne“. V tomto prípade sa namáhať príliš nemusí, takéto tempo rastu môže ekonomika dosahovať nie vďaka, ale napriek opatreniam vlády. Rozbehnuté investičné aktivity, ale napr. aj efekt rýchleho rastu slabších na spoločnom trhu vedie k relatívne vysokému tempu rastu SR v budúcich rokoch. Možno práve pasivita vlády pri realizácii tohto PVV by dlhodobý ekonomický rast ešte urýchlila....

PRIANIA S NEJASNÝM INŠTRUMENTÁRIOM

PVV obsahuje niektoré pasáže vyvolávajúce dojem, že vláda sa chce zaoberať vecami, ktoré 1) ani významne ovplyvniť nemôže, 2) ich ovplyvňovanie je zbytočné alebo 3) nie sú jasné nástroje, akými chce vláda svoj cieľ – niekedy skôr prianie – dosiahnuť.

Problematická je napr. pasáž o cene práce (ide o jedno z najslabších miest PVV). „Prioritou vlády bude cena práce, ktorá musí v európskom rozmere riešiť všetky potrebné dôsledky, ktoré objektívne vzniknú v sociálnej politike. (???) Je nevyhnutné prestať s filozofiou pos-

tavenou na konkurenčnej výhode lacnej pracovnej sily“. Podsvúva sa tu predstava, že na Slovensku predchádzajúce vlády zámerne držali nízku hladinu miezd, pretože to bolo v súlade s filozofiou vlády. Problém je v tom, že Slovensko sa zatiaľ len snaží dopracovať k iným faktorom konkurencieschopnosti a nízke mzdy nevznikli v dôsledku filozofie vlády, ale v dôsledku absencie iných, výhodnejších faktorov konkurencieschopnosti. Je ironické, že práve toto PVV nedáva dost dobrú odpoveď na otázku, ako sa dopracovať k iným, lepším faktorom konkurencieschopnosti.

Precenenie síl vlády je zrejme z predstáv o vyrovňovaní príjmových (niekde mzdových) rozdielov: „Cieľom vlády bude zmeniť dnešný stav v rozložení príjmov, keď skoro 70 % zamestnanec má príjem pod úrovňou priemernej mzdy“. Odhládnuť od nevhodného zamieňania pojmov mzda a príjem, ide o úplne zbytočný cieľ. Je normálne, že väčšina pracujúcich zarába pod úrovňou priemernej mzdy a menšia časť má mzdu nad ňou. Vyplýva to z matematickej logiky veci. To je nevýhoda kategórie priemernej mzdy. Ak sa to vláde nepáči, nech narába s pojmom mediánovej mzdy: tam bude mať istotu, že polovica pracujúcich má vyššiu a druhá polovicu nižšiu mzdu. Vláda však ide ešte ďalej: „Vláda prijme tiež opatrenia na zmiernenie prehlbujúcich sa a neodôvodnených rozdielov v cene práce medzi regiónmi a odvetvami“. Výraz „neodôvodnené rozdiely v cene práce medzi regiónmi a odvetvami“ nie je interpretovateľný. Vláda má dva štandardné nástroje na ovplyvňovanie miezd: určením miezd vo verejnom sektore a úpravou minimálnej mzdy. Týmito nástrojmi vyššie citovaný cieľ nenaplní. Dalo by sa to iba cestou mzdovej regulácie, ktorá však rozhodne nie je štandardným nástrojom. Vláda nedokáže vyrovnávať mzdy, môže čiastočne vyrovnávať celkové disponibilné príjmy (svojimi sociálnymi transfermi).

Pochybné vyznieva aj vynuovenie súbehu rastu HDP a reálnej mzdy: „Parametre hospodárskej politiky štátu nastaviť tak, aby dosiahovaný hospodársky rast bol sprevádzaný rastom reálnych miezd“. Ťažko sú predstaviteľné parametre,



ktoré toto zaručujú. Vláda reálny rast miezd nevyvnutí, ten je logickým dôsledkom rastu produktivity, rastu zručnosti pracovnej sily a nízkej miery inflácie. Vláda je tu iba štatista, ktorý môže svojou politikou zvýšiť pravdepodobnosť rastu reálnej mzdy, nedokáže však zaručiť, aby bol rast HDP vždy spojený s rastom reálnej mzdy. Napriek tomu je však rast reálnej mzdy v ďalších rokoch vysoko pravdepodobný aj bez tohto zbytočného vládneho prísľubu.

Inou oblasťou, kde možno dobre demonštrovať uplatnený princíp cieľov bez inštrumentov alebo zbytočných cieľov, je blok venovaný znalostnej ekonomike a konkurencieschopnosti. V PVV sa píše: „Dôsledne trvať na podpore vedomostne orientovanej ekonomiky a vytvárať spoločenskú klímu, modely a reálne možnosti na ekonomické uplatnenie jednotlivca... Realizovať ofenzívnu proexportnú politiku vhodnými ekonomickými a inštitucionálnymi nástrojmi.“ Tu ide o zbierku sľubov s nejasnou realizáciou. Po prvé, vláda nemá čo trvať na podpore, ale má podporiť alebo nepodporiť. Vedomostne orientovaná ekonomika je frekventovaný pojem v PVV, ale s vyhýbaním sa spôsobu naplňania tohto hesla. No a ofenzívna proexportná politika je pojem dobre známy z 90.-tych rokov, keď vláda chcela podporovať exportérov a zakryvať tak nízku celkovú konkurencieschopnosť ekonomiky. Ak vláda podporí rast konkurencieschopnosti (v najširšom význame), je zbytočné vymýšľať nejakú ofenzívnu proexportnú politiku.

Všetky duté heslá obsiahnuté v PVV majú svoje logické vyvrcholenie v deklarovanej novej podobe trhovej ekonomiky. Vláda chce „Razantne naštartovať procesy podporujúce súlad medzi ústavnou úpravou a reálnou podobou trhovej ekonomiky a tak naplniť oprávnené snahy Európskej únie podporovať sociálne trhové hospodárstvo... Dôsledne realizovať článok 20 ods. 3 Ústavy Slovenskej republiky, podľa ktorého vlastníctvo zaväzuje, a to aj vlastníctvo prirodzených monopolov, finančných inštitúcií a najväčších trhových subjektov... Prijaté dôsledné opatrenia na zabezpečenie súladu medzinárodnej integrácie a globalizácie s razantnou obhajobou národných a štátnych záujmov.“ Vláda chce razantne naštartovať a dôsledne realizovať procesy, ktoré majú viesť k niečomu nejasnému, v PVV slabou alebo nijako definovanému.

SILNÝ PATERNALIZMUS

PVV sa v rozhodujúcej miere zaoberá sociálnymi aspektami ekonomického vývoja, podstatne viac

sa venuje rozdeľovaniu zdrojov ako zlepšovaniu podmienok pre ich tvorbu. Vláda v snahe „pristúpiť ku kľúčovým obavám obyvateľstva s najväčšou vážnosťou a zodpovednosťou“ vypracovala paternalizmom silno poznačené PVV.

Ako jeden z rozhodujúcich princípov PVV sa uvádza „...sociálny štát, ktorý Ústava Slovenskej republiky predpokladá od vzniku samostatnej Slovenskej republiky...“ Sociálny štát (a európske princípy sociálneho štátu) sú jedným zo zakladateľských PVV (spolu s poznatkovou ekonomikou) pri absencii konkretizácie, ako ho vláda chápe. Vláda sa tu spolieha na vágne pojmy ako „...garantovať udržanie a rozvoj ľudských, hospodárskych, sociálnych a kultúrnych práv smerujúcich k dôstojnej životnej úrovni každého človeka...“

Hoci na jednom mieste vláda pripúšťa „rešpektovanie požiadavky určitej flexibility pracovnej sily“, niekoľkonásobne to popiera svojimi predstavami o budúcej podobe pracovnoprávnej legislatívy. Tu ide PVV skutočne do konkrétnosti, z nich vyberáme iba: „Vláda pripraví novelizáciu Zákonníka práce s cieľom zabezpečiť zvýšenú ochranu zamestnancov. Zvýši sa ochrana zamestnancov pred neodôvodneným prepúšťaním, zamestnancov vykonávajúcich prácu na kratší pracovný čas, eliminujú sa prípady zneužívania pracovného pomeru na určitú dobu... a posilní sa účasť zástupcov zamestnancov pri normovaní práce a pri rozvrhnutí pracovného času“.

Znamená to vlastne obrat v pracovnoprávnej legislatíve smerom k stavu pred rokom 2003, keď sa legislatíva začala upravovať smerom k pružnejšiemu modelu. Tieto prvky obsiahnuté v pravdepodobnom novom Zákonníku práce sú navyše doplnené návrhmi opatrení poznačených partnerstvom strany Smer s odbormi: „Vláda vytvorí legislatívne podmienky na použitie sociálneho fondu na podporu sociálneho dialógu (???)... bude presadzovať, aby sa odborom prinavrátilo postavenie efektívneho obhajcu záujmov zamestnancov... Vláda sa zasadí o zriadenie tripartitnej rady na najvyššej úrovni ako orgánu trojstranných konzultácií... v rámci legislatívnych návrhov bude aj posilnenie postavenia odborovej organizácie v rámci zamestnaneckých participatívnych mechanizmov v podniku... právna úprava podmienok výkonu ústavného práva na štrajk tak, aby nedochádzalo k porušovaniu práv a nárokov zamestnancov“.

Záujem posunúť sa k väčšej miere rigidity na trhu práce ani gloriifikácia odborov principiálne nie sú zlučiteľné s toľko vyzdvihovanou znalostnou ekonomikou: práve ona

vyžaduje najvyššiu mieru pružnosti na trhu práce.

Zdá sa však, že vláde nie je cudzí princíp aktivizácie, ku ktorému sa hlásila aj predchádzajúca vláda. PVV spomína poskytovanie vyrovnávacej dávky pri zapojení nízko kvalifikovaných dlhodobu nezamestnaných osôb do zamestnania za nízku mzdu, ďalej deklaruje, že pri poskytovaní sociálnych dávok sa bude naďalej vyžadovať zapojenie sa nezamestnaného do aktivačných prác, dokonca hovorí o odvodových stimuloch pri prijatí absolventa do zamestnania.

Za zvláštnu formu hypertrofovaného paternalizmu možno označiť prísľub odškodnenia občanov-obetí podvodníckeho správania nebankových finančných subjektov. Štát sa štylizuje do pozície ochrancu občanov pred zlými investíciami. Táto pozícia je absurdná a vyvoláva nesprávne očakávania do budúcnosti.

REPRESÍVNE PRVKY PRI FORMOVANÍ PODNIKATELSKÉHO PROSTREDIA

Vážnou chybou je, že vláda spája solidaritu s akousi represiou voči občanom s vyššími príjmami. „V oblasti priamych daní vláda pokladá za potrebné zvýšiť mieru solidarity v daňovom systéme... Vláda navrhne zvýšiť zdaňovanie fyzických osôb s nadštandardnými príjmami“. Špeciálne zdanenie vysokopríjmových osôb prináša malé príjmy do verejných rozpočtov a pritom znamená trest za úspešnosť. Prvok represivnosti sa objavuje aj pri úvahe o zdanení právnických osôb. Na jednej strane možno uvítať, že vláda trochu zmenila svoj predtým deklarovaný postoj voči dominantom na trhu a finančným organizáciám: už ich nechce a priori zasiahnuť zvláštnou daňou, ale uvažuje skôr o posilnení mechanizmu ich regulácie. Ale v zálohe si predsa len necháva represívny nástroj v podobe selektívneho zdanenia v prípade, že sa mechanizmy regulácie ukážu ako málo účinné: „Ak tieto systémové inštitúty zlyhajú, alebo sa ukážu ako málo efektívne a nedostatočne účinné, vláda považuje v takom prípade za legitímny selektívny daňový prístup k takýmto subjektom. V tomto ohľade má vláda jasný zámer a ambíciu dôsledne naplniť článok 55 ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý jednoznačne deklaruje, že hospodárstvo Slovenskej republiky má byť založené na princípoch sociálne a ekologicky orientovanej trhovej ekonomiky.“ Zavádzanie selektívnej dane s odôvodnením, že hospodárstvo má byť založené na princípoch sociálne a ekologicky orientovanej trhovej ekonomiky, je

19. júla oznámil Trenčiansky samosprávny kraj svoj zámer investovať tento rok do zdravotníckych zariadení 20 miliónov korún. Poslanci ešte na júnovom zastupiteľstve peniaze rozdelili do všetkých troch nemocníc v zriaďovateľskej pôsobnosti kraja.

19. júla informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že udelil zdravotnej poisťovni Union pokutu vo výške 3 mil. Sk. Podľa úradu sú marketingové materiály zdravotnej poisťovne sú nepresné, nejasné a zavádzajúce. Ďalším zisteným nedostatkom je podľa úradu podmienenie výhod zdravotného poistenia uzatvorením komerčného poistenia.

20. júla predložila Všeobecná zdravotná poisťovňa návrh rozpočtu na nasledujúce tri roky. Podľa neho poisťovňa predpokladá na budúci rok pokles svojich príjmov o 6,11 % na úroveň 48,723 mld. Sk. Celkové budúce ročné výdavky by mali poklesnúť na 47,923 mld. Sk. V roku 2008 by príjmy poisťovne mali vzrásť o 3,22 % na takmer 50,293 mld. Sk a výdavky by mali dosiahnuť necelých 49,493 mld. Sk. O rok neskôr by príjmy mali medziročne stúpnúť o 6,56 % na úroveň 53,594 mld. Sk a výdavky by mali dosiahnuť 52,794 mld. Sk.

20. júla predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh na zrušenie niektorých poplatkov s účinnosťou už od 1. septembra.

24. júla odvolal minister zdravotníctva riaditeľa bratislavskej Fakultnej nemocnice Valeriána Potičného. Ako dôvod uviedol nespokojnosť so súčasnou situáciou v nemocnici, ktorú zatiaľ povedie jej bývalý riaditeľ Andrej Majer.

26. júla informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že po ukončení dohľadu zaslal vo viacerých závažných prípadoch Generálnej prokuratúre SR dve trestné oznámenia z podozrenia zo spáchania trestného činu v zdravotníckych zariadeniach. Zároveň udelil zdravotníckym zariadeniam sankcie a štyri peňažné pokuty v celkovej výške 800-tisíc korún.

27. júla začalo na Okresnom súde v Banskej Bystrici hlavné pojednávanie v prípade smrti 54-ročnej pacientky, ktorá zomrela v Rooseveltovej nemocnici po nesprávne podanej transfúzii krvi. Prokurátor v tejto veci kladie vinu lekárom, 44-ročným Jánovi Š. a 32-ročnému Gabrielovi P. a 52-ročnej zdravotnej sestry Vlaste G.

31. júla informovali médiá o grante z európskych fondov vo výške približne 75 miliónov Sk, ktorý získala Nemocnica s poliklinikou vo Veľkom Kráťi na svoju rekonštrukciu.

31. júla predložil poslanec Miroslav Chovanec (SMER – SD) do národnej rady návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého môže zdravotná poisťovňa v kalendárnom roku použiť na prevádzkové činnosti najviac 4 % z úhrného ročného výberu verejného zdravotného poistenia pred prerozdelením.

Zmäkčovať a centralizovať

Programové vyhlásenie vlády a aj prvé legislatívne opatrenia odhalili skutočnú tvár budúcej zdravotnej politiky: zmäkčovať a centralizovať.

Zmäkčovanie prostredia a prívdiel pre každého účastníka zdravotníckeho trhu ide priamo proti filozofii reformy zdravotníctva predchádzajúcej vlády. Kým reforma kládla dôraz na finančnú zodpovednosť pacienta, tak odstránenie poplatkov túto zodpovednosť ruší. Kým poskytovatelia boli postavení do tvrdých rozpočtových prívdiel, tak pripravovaná ochrana exekúcií im vracia ochranný vankúš nízkej finančnej zodpovednosti. Kým štátne poisťovne ako akciové spoločnosti musia dodržiavať adekvátnu platobnú disciplínu, vykazovať primeranú mieru solventnosti a podriať sa externému auditu, tak vrátenie verejnoprávneho charakteru Všeobecnej a Spoločnej zdravotnej poisťovni vytvorí podmienky pre nízku mieru transparentnosti hospodárenia a ich beztretné zadlžovanie.

Centralizácia kompetencií sa môže prejavovať snahou o návrat k jednotným mzdovým tarifám, obchádzaním direktívy o transparentnosti v liekovej politike svojvoľným menením rozhodnutí kategorizačnej komisie, či snahou centrálné upravovať ako platobné mechanizmy, tak aj opätovne zaviesť plošnú reguláciu cien.

Dôsledkom zmäkčovania a centralizácie bude návrat prekonaných problémov: opätovné zneužívanie systému, rast nadbytočného dopytu a rast výdavkov na lieky na úkor iných segmentov, najmä ambulantnej starostlivosti. Zhorší sa platobná disciplína a zvýši sa neefektívnosť štátnych nemocníc, ktoré nič nebude motivovať k vyrovnanému hospodáreniu, pričom nešikovní manažéri štátnych nemocníc budú mať barličku v podobe mäkkých rozpočtových obmedzení. V konečnom dôsledku sa opäť rozkrúti kolotoč dlhov, ktorý sa minulej vláde podarilo zastaviť.

PETER PAŽITNÝ

(publikované v časopise *.týždeň* 32/2006)

naozaj zvláštne. Opäť to dokazuje, že vláda chápe vážne pojmy o sociálnej a ekologickej orientácii ako pláštik, pod ktorým možno presadiť čokoľvek. Takmer neveriteľné je, že v tom istom odstavci, kde sa vláda vyhráza selektívnym zdanením, sa v súvislosti s reguláciou píše o bráni ohľadu na stabilitu právneho prostredia, na rovnaké podmienky pre všetkých účastníkov trhu.

Ironicky vyznieva zámer vlády „Garantovať stabilitu a predvídateľnosť podnikateľského prostredia tak, aby realizované zmeny boli výsledkom čo najširších dohôd zainteresovaných strán.“ Práve toto podstatná časť PVV neguje. Autori PVV menia po krátkom čase väčšinu minulých reformných opatrení, ktoré vylepšili podnikateľské prostredie a hovoria o garantovaní stability a predvídateľnosti. Navyše idú do polôh, kde je vylúčená široká dohoda zainteresovaných strán.

PVV NETREBA PRECENIŤ

Je zjavné, že, toto PVV je skôr nástrojom politickej komunikácie premiéra voči svojim voličom. Nedá-

va dostatočne kvalitnú výpoveď pre ekonomickú analýzu. Neodpovedá jasne na jednu zásadnú dilemu novej vlády – dilemu medzi populistickými sľubmi a potrebou udržať rast a stabilitu ekonomiky. Preto ho azda treba brať s rezervou. Dáva však výpoveď o princípoch z ktorých bude politika vychádzať: ide o zmes paternalizmu, selektívnosti, preceňovania možností vlády – to všetko v zastaranom rezortistickom pohľade. Neúspechy pri plnení tohto PVV nebudú škodiť ekonomike.

KAROL MORVAY

Krátko o aktuálnych tendenciách

Miera inflácie spôsobuje čoraz väčšie starosti.

Medziročný rast cien v júli dosiahol 5 % a bol najrýchlejší od decembra 2004. Za júlovým pohybom cenovej hladiny sú okrem drahších pohonných látok aj pohyby cien v zdravotníctve. V priemere za sedem mesiacov medziročne vzrástli spotrebiteľské ceny v úhrne o 4,6 %.

Takýto vývoj znamená ďalší odklon od pôvodných inflačných cieľov NBS či hodnôt stanovených v Konvergenčnom programe SR a znamená ďalšie otázky nad budúcim plnením maastrichtského kritéria pre infláciu (v tomto roku ho našťastie SR plniť ešte nemusí).

NBS v súčasnosti očakáva, že na konci roka by mala inflácia skončiť na úrovni 3,9 % (čo skoro o jeden a pol percentného bodu prekračuje pôvodné inflačné ciele). Ešte aj snaha o splnenie očakávania na úrovni 3,9 % pôsobí pri pohľade na súčasnú infláciu ambiciózne. Dá sa teda počítať aj s ďalším zvýšením úrokových sadzieb stanovených NBS.

V predchádzajúcich mesiacoch sme pri prognózovaní mohli počítať s poklesom miery inflácie v posledných troch mesiacoch roka vďaka bážickému efektu: porovnávacía báza z minulého roka sa od októbra podstatne zvýši, lebo v októbri 2005 došlo k inflačnému skoku kvôli zdraženiu energií. Teraz je však už zjavné, že tento efekt sa čiastočne stratí kvôli veľmi pravdepodobnému nárastu cien zemného plynu v októbri tohto roka. Ale aj keby Úrad pre reguláciu sieťových odvetví schválil návrh SPP zvýšiť cenu zemného plynu o 15 % v plnej výške, nebude to také výrazné zvýšenie ako na jeseň minulého roka. Vtedy spotrebiteľské ceny vzrástli medzimesačne o 1,1 percenta. Tohtoročné zdražovanie energií zvýši medzimesačnú infláciu iba o cca 0,6 %.

Medziročná inflácia však už v tomto roku vyššie neporastie, bude skôr postupne klesať na 4 - 4,2 percenta v závere roka. Objavili sa však správy o možnom silnom náraste cien elektrickej energie v budúcich dvoch rokoch v súvislosti s odstávkou jadrovej elektrárne Jaslovské Bohunice. Ak by SE zrealizovali svoj zámer zvýšiť ceny elektrickej energie pre podniky o niekoľko desiatok percent, znamenalo by to vážne riziko pre plnenie kritérií na prijatie eura.

Rastie tlak na podniky s dominantným postavením. Vláda zvolila konfrontačný tón voči dominantným podnikom. Podniky dostali akési ultimátum: alebo sa v priebehu niekoľkých týždňov dohodnú s vládou na obmedzení rastu cien, alebo vláda siahne po tvrdších regulačných opatreniach. Vláda tým sleduje jednak splnenie svojho predvolebného sľubu o zastavení rastu cien energií, zároveň by táto iniciatíva mala prispieť aj k zníženiu miery inflácie a splneniu inflačného kritéria pre prijatie eura. Minister hospodárstva Ľubomír Jahnátek kvantifikoval svoj cieľ: chcel by dosiahnuť zníženie

cien energií o 5 %. Expertná skupina vraj vytvorí návrh, ktorý bude obsahovať jednak okamžité opatrenia, ktoré by mali zabrániť nárastu cien energií od októbra tohto roku, ale aj dlhodobé opatrenia zamerané na vytvorenie podmienok pre vstup na energetický trh Slovenska iným spoločnostiam, ako aj na využívanie alternatívnych zdrojov energií. Naše stanovisko k tejto pozoruhodnej a zároveň riskantnej iniciatíve vlády formulujeme do nasledovných troch bodov:

- 1) Regulácia monopolov sa už aj v minulosti ukázala ako bezzubbá. Nápadne sa to prejavilo pri konflikte Ministerstva financií verzus Slovaft. Ide o kombináciu vážneho a zastaraného Zákona o cenách a nepresvedčivého výkonu regulačných autorít (hlavne Úradu pre reguláciu sieťových odvetví a Telekomunikačného úradu SR). Predchádzajúce vlády zrejme idealizovali vstup zahraničného investora a podcenili pritom kvalitu regulačného rámca (Premiér Fico v tejto súvislosti hovorí o „energetickej vlastizrade“ predchádzajúcej vlády).
- 2) Vláda by sa však nemala uchýliť k deformovaniu cien. Ak ceny energií nebudú odrážať ich vzácnosť, zdeformuje sa tým štruktúra ekonomiky. S tým už slovenská ekonomika svoje negatívne skúsenosti má.
- 3) Sociálnu politiku nemajú tvoriť energetické monopoly, ale vláda, resp. jej ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Skutočne nemá byť starosťou energetického podniku, aby tvoril schémy podpory chudobnejších vrstiev. Ak sa k takémuto niečomu podniky ponúkli (urobili tak SPP aj Východoslovenská energetika), zrejme tak urobili v snahe vyjsť v ústrety vláde, ktorá sa vyhráza zatiaľ neznámymi opatreniami v neprospech energetických monopolov.

Výrazne spomalený rast reálnej mzdy. Vo vývoji reálnej mzdy sa premieta zjavný nesúlad medzi pohybom nominálnej mzdy a miery inflácie. Zdá sa, že rast nominálnej mzdy je stále skôr ovplyvnený infláciou v predchádzajúcom roku a nie v bežnom roku. Tempo rastu nominálnej mzdy v roku 2005 vychádzalo z vysokej miery inflácie v roku 2004, hoci miera inflácie v roku 2005 bola mimoriadne nízka: výsledkom bol silný rast reálnej mzdy. A zase rast nominálnej mzdy v roku 2006 sa prispôbil nízkej inflácii v roku 2005 a rast nominálnych miezd tak významne klesol. Pri náraste miery inflácie v roku 2006 to však znamená, že rast reálnej mzdy je iba slabý. Momentálne sú k dispozícii iba dáta za vybrané odvetvia, z nich vidno rast reálnej mzdy v prvom polroku v intervale 0% (priemyselná výroba) až 4,1 % (veľko- a maloobchod). Významne to zaostáva za 6,3-percentným rastom reálnej mzdy v roku 2005.

KAROL MORVAY

Dopady možného zníženia DPH na lieky

V programovom vyhlásení novej vlády sa uvádza, že „v oblasti nepriamych daní vláda navrhne zavedenie zníženie sadzby dane z pridanej hodnoty na niektoré tovary a služby, pričom okruh týchto tovarov a služieb sa bude podľa vývoja verejných financií rozširovať.“ Aj keď ide o nekonkrétne vyjadrenie, minister zdravotníctva aj premiér niekoľkokrát verejne vyhlásili, že medzi tieto tovary by mali patriť aj lieky a v návrhoch zaznela sadzba DPH 5 %.

Lieky sa dnes predávajú štyrmi spôsobmi – lieky hradené plne alebo čiastočne na základe zdravotného poistenia, lieky viazané na lekárske predpis plne hradené pacientom, voľnopredajné lieky plne hradené pacientom a lieky, ktoré nakupuje nemocnica (Tabuľka 1). Zatiaľ nie je jasné, ktoré z týchto skupín budú mať nižšiu sadzbu DPH, ak však parlament rozhodne o zmene DPH len v niektorej z týchto 4 skupín, bude sa musieť vysporiadať so skutočnosťou, že niektoré lieky sú predávané viacerými spôsobmi. Preto buď bude DPH lieku závisieť od typu predaja, t.j. ten istý liek môže mať raz DPH 19 % a inokedy 5 %, alebo budú mať lieky patriace do zvolenej skupiny pri akomkoľvek type predaja 5 %-nú DPH. Dopady pre štátny rozpočet preto závisia od toho, čo všetko bude spadať pod zníženú sadzbu.

Celkové náklady na lieky za pohyblivý rok k 30. 6. 2006 boli 33,2 mld. Sk, z toho väčšinu, takmer 80 %, tvorili lieky uhrádzané na základe zdravotného poistenia. Práve tie predstavujú najhorúcejšieho kandidáta na nižšiu sadzbu DPH. Pri rôznych alternatívach by výpadok príjmov štátneho rozpočtu predstavoval 3 až 4 miliardy Sk za rok (Tabuľka 1).

Keďže ceny liekov hradených zo zdravotného poistenia a liekov nakupovaných nemocnicou sú regulované na základe zákona o cenách ministerstvom zdravotníctva, efekt zníženia DPH sa na rozdiel od neregulovaných cien napr. pri potravinách alebo knihách prejaví na konečných cenách. Tento efekt nie je možné zaručiť pri voľnopredajných liekoch, ktoré si plne uhrádza pacient, pretože tieto boli vyňaté spod cenovej regulácie v septembri 2004. Voľnopredajné lieky však z hľadiska celkového objemu predstavujú len malú časť nákladov na lieky.

Všeobecným očakávaním zavedenie nižšej sadzby DPH na lieky je pokles cien a hlavne doplatkov pacientov na lieky. V skutočnosti je však priemerná spoluúčasť pacientov na plne alebo čiastočne hradených liekoch len 12,1 %, takže zníženie DPH pacienti príliš nepocítia. Pri znížení DPH z 19 na 5 % sa totiž priemerná spoluúčasť pacientov na liekoch za rok zníži len o 68,30 Sk, teda priemerne o 5,70 Sk mesačne (Tabuľka 2). Poistovníam síce tento prinesie ročne úsporu 2,7 mld. Sk, avšak tieto zdroje nebudú stačiť

Schéma 1: Štruktúra ceny liekov hradených zo zdravotného poistenia* pri cene výrobcu 100 Sk a % z konečnej ceny

Štruktúra ceny lieku pri 19 % DPH		Štruktúra ceny lieku pri 5 % DPH	
DPH 25,1 Sk (16 %)	Marža lekárne 21 Sk (13,4 %)	DPH 6,6 Sk (4,8 %)	Marža lekárne 21 Sk (15,2 %)
	Marža distribútora 11 Sk (7,0 %)		Marža distribútora 11 Sk (7,9 %)
	Cena výrobcu 100 Sk (63,7 %)		Cena výrobcu 100 Sk (72,2 %)

* - s výnimkou liekov so zníženými maržami (F a V lieky)
Zdroj: Health Policy Institute, 2006

pokryť výpadky príjmov resp. zvýšené náklady, spojené s avizovanými zmenami v zdravotníctve (zrušenie poplatkov u lekára, zníženie poplatkov za recept a avizované znižovanie doplatkov za lieky, ktoré v rámci nepriamych vplyvov zvýšia dopyt a spotrebu liekov).

Vzhľadom na štátne ko-financovanie zdravotníctva (štátna dotácia sa zjednodušene volá „platba štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov“), ktoré presahuje výšku DPH vrátenej do rozpočtu zo sektoru zdravotníctva, zmena DPH v zdravotníctve nie je rozhodujúca. Je jedno, či štát prispieje do zdravotníctva 24 miliardami a potom z neho dostane späť 5 miliárd v podobe DPH na lieky, alebo zníži DPH na lieky a prispieje 19 miliardami. Ak chce vláda a parlament zvýšiť príspevky zo štátneho rozpočtu do zdravotníctva, priama platba napr. formou zvýšenia platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov predstavuje vhodnejšiu metódu. Znížením DPH na lieky sa zbytočne skomplikuje systém DPH a tento spôsob neprinesie cielene peniaze tam, kde by mohli byť využité efektívnejšie.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka 1: Ročné náklady na lieky v pohyblivom roku k 30. 6. 2006 a dopad zníženej DPH na lieky (v miliónoch Sk)

	Náklady spolu	% z nákladov	Z toho DPH 19 %	Návrh DPH 5 %	Rozdiel DPH
Hradené ZP	25 927,0	78,2 %	4 139,6	1 089,4	3 050,2
Viazané na lekárske predpis s plnou úhradou pacienta	259,3	0,8 %	41,4	10,9	30,5
Voľnopredajné	3 468,5	10,5 %	553,8	145,7	408,1
Použité v nemocniciach	3 484,5	10,5 %	556,4	146,4	409,9
Spolu	33 139,3	100,0 %	5 291,2	1 392,4	3 898,7

Zdroj: Health Policy Institute podľa údajov IMS, 2006

Tabuľka 2: Náklady na lieky hradené na lekárske predpis pri zníženej DPH na lieky podľa platiteľa na základe nákladov v pohyblivom roku k 30. 6. 2006 (v miliónoch Sk)

	Náklady spolu	Náklady ZP	Náklady pacienta	Priemerný doplatok na pacienta
Náklady pri sadzbe DPH 19 %	25 927,0	22 789,8	3 137,2	581,0
Náklady pri sadzbe DPH 5 %	22 876,8	20 108,6	2 768,1	512,6
Rozdiel	- 3 050,2	- 2 681,2	- 369,1	- 68,3

Zdroj: Health Policy Institute podľa údajov IMS, 2006

Kvalita: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou už začal Na rade sú zdravotné poisťovne

Niektoré medializované chyby pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

- Apríl 2004 – záměna krvi u pacientky po bezproblémovej ortopedickej operácii v nemocnici v Banskej Bystrici a jej následné úmrtie
- Máj 2006 – nesprávna indikácia pôrodu u pacientky v nemocnici v Skalici – pacientka hospitalizovaná v ťažkom stave
- Júl 2006 – záměna bábätiek v nemocnici v Dolnom Kubíne
- Júl 2006 – úmrtie dieťaťa počas pôrodu pre nevykonanie všetkých zdravotných výkonov na správne vyhodnotenie ohrozenia plodu

Nedostatok zdrojov je snáď najčastejšie mediálne skloňovaným problémom slovenského zdravotníctva. Z hľadiska pacientov by však v centre pozornosti mala byť najmä kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti. To, že sa o tomto probléme u nás mlčí, neznamená, že neexistuje a neexistoval. Verejne dostupných a zrozumiteľných informácií o tom, aké zdravotné výkony sú pacientom poskytované, v akej kvalite a s akým dopadom na jeho zdravotný stav, je úplný nedostatok. Jeden z dôkazov – o zatajovaní nozokomiálnych nákaz v zdravotníckych zariadeniach publikovala nedávno Spoločnosť prevencie nozokomiálnych nákaz (pozn. autora: to sú infekcie, ktoré získa pacient počas pobytu v zdravotníckom zariadení a nesúvisia s jeho primárnou diagnózou):

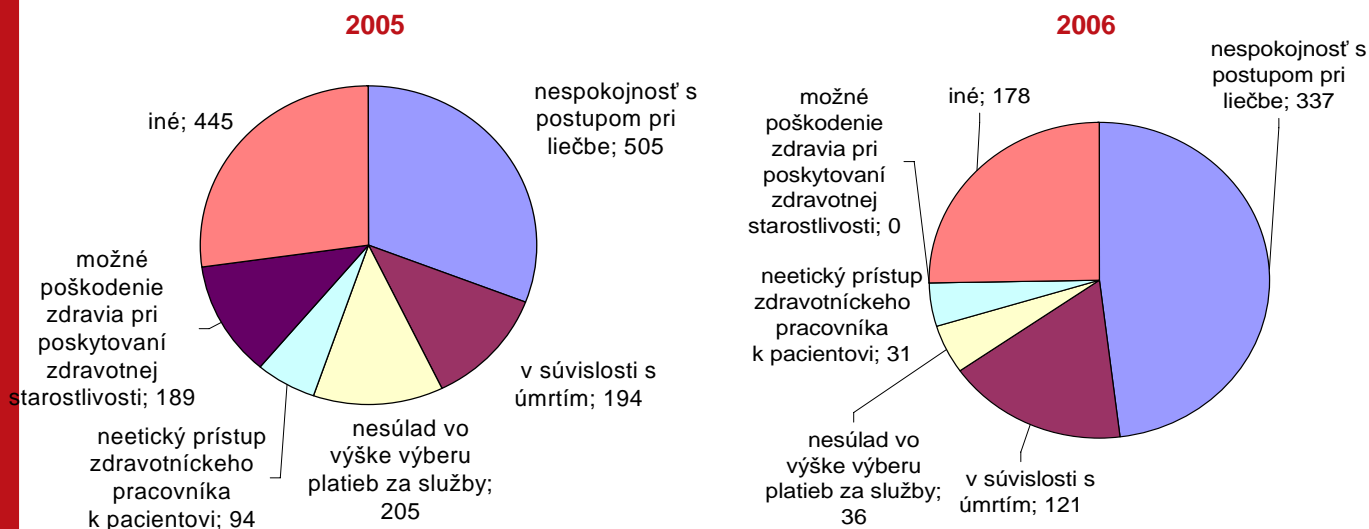
„V minulom roku nahlásila Fakultná nemocnica Milosrdní bratia výskyt u 0,1 % a v prvom polroku 2006 sa v Bratislavskej fakultnej nakazilo približne 0,5 % pacientov. Najšpičkovejšie nemocnice v Európe však priznávajú, takéto infekcie u nás dostane 5 až 8 % pacientov.“ (4. 8. 2006, Noviny STV, 19:30, Martina Utešená)

Pacient a jeho blízki väčšinou nedokážu posúdiť technickú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Pre nich je najdôležitejší prístup zdravotníckeho personálu a vzhľad priestorov zdravotníckeho zariadenia. Teda objekty a skutočnosti, ktoré dokáže ako laik subjektívne posúdiť. Takýto prístup by bol v poriadku, keby neexistovali hraničné situácie – chyby pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a keby sa to netýkalo toho najcennejšieho, čo máme – ľudského života. V takej chvíli je pacientova rodina často bezradná a zúfalo hľadá, na koho sa obrátiť, kto by pomohol. Ide o pomerne častý problém. Podľa prieskumu verejnej mienky agentúry Omnipublic z mája 2006, malo negatívnu skúsenosť s lekármi nezanedbateľných 19 % a so zdravotníckymi zariadeniami 14 % opýtaných. Trend je pritom stabilný, lebo v predchádzajúcom roku sa takto vyjadrilo 21 % a 13 % opýtaných. Takýchto ľudí je pravdepodobne ešte viac, pretože časť obyvateľstva môže mať zábrany priznať sa k nespokojnosti. Obávajú sa, že jediný špecialista v okolí by ich mohol z pomsty neošetriť a preto radšej mlčia. A navyše, donedávna sa nebolo komu sťažovať.

Reforma zdravotníctva zaviedla niekoľko mechanizmov ochrany pacienta. Jedným z nich je vytvorenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) s kompetenciou ochrancu práv pacientov. Zo všetkých podaní pacientov na úrad v roku 2005 sa až 42,5 % týkalo nespokojnosti s postupom pri liečbe alebo možného poškodenia zdravia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a 11,9 % podaní prišlo v súvislosti s úmrtím (Graf 1). Za prvý polrok 2006 podiel týchto podaní narástol na 47,9 % a 17,2 %. Medziročne došlo k rapídному nárastu v počte trestných oznámení podaných úradom, hoci absolútny počet podaní občanov na úrad poklesol. Za prvý polrok ich podal ÚDZS 21 oproti 15 za celý rok 2005 (!), pričom v roku 2005 bolo 11 oznámení v súvislosti s úmrtím. Tieto údaje sú zatiaľ len čiastkové a skutočnú výkonnosť a úspešnosť ÚDZS bude možné zhodnotiť až pri dlhšom časovom období a rozšírení znalosti o postavení a fungovaní ÚDZS medzi obyvateľstvom.¹⁾

Jednoznačne je však potrebné vyzdvihnúť a oceniť ďalšie aktivity ÚDZS, ktoré idú nad povinnosti definované legislatívou. Prešetrovanie sťažností pacientov je síce záslužná, ale retroaktívna činnosť. Život ani zdravie v prípade trvalého poškodenia pacientovi už nik nevráti. Prílišná pozornosť len na hľadanie chýb a trestanie zodpovedných jednotlivcov je z dlhodobého hľadiska nebezpečná. Môže sa premeniť na hon na čarodejnice, ako sa o to pokúšajú niektoré média (napr. titulky ako Lekári ako „lumpi“, Je vaše dieťa naozaj vaše?).

Graf 1: Porovnanie rozdelenia podaní na ÚDZS v rokoch 2005 a polrok 2006



Zdroj: ÚDZS, materiál na rokovanie vlády SR „Správa o stave verejného zdravotného poistenia za rok 2005“ a Priebežná správa z oblasti dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

1) Podľa výsledkov prieskumu agentúry Focus na reprezentatívnej vzorke, v roku 2006 pozná a vie, čím sa zaoberá ÚDZS, 43% respondentov (oproti máju 2005 nárast o 21 percentuálnych bodov) a pozná, ale nevie, čím sa zaoberá 23% respondentov (nárast o 4%).

Vo väčšine prípadov chyby v zdravotníctve nevznikajú vinou individuálneho lekára, zdravotnej sestry či iného zdravotníckeho pracovníka. (Základný predpoklad samozrejme je, že pochybenie nie je úmyselné.) Sú zlyhaním systému zdravotníctva na Slovensku ako takého, pretože poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nie sú motivovaní kontrolovať a zlepšovať kvalitu zdravotnej starostlivosti. Nie sú motivovaní štandardizovať postupy poskytovania zdravotnej starostlivosti (napr. zoznam povinných predpôrodných vyšetrení a postup v prípade komplikácií), zaviesť, dodržiavať a kontrolovať systém viacnásobnej kontroly podávaných liečiv (zhoduje sa krvná skupina pacienta a podávanej krvi?), či jednoduchými „brzdami“ zamedziť chybám (napr. nesnímateľné náramky pre matky a novorodencov). Z tohto pohľadu ÚDZS prekročil očakávania:

- v roku 2005 preveroval podnet na správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti poisťencom žijúcim vo vytypovaných lokalitách s nízkym hygienickým štandardom zahrňujúcich aj rómske osady a na základe výsledkov požiadal o spoluprácu pri zabezpečení kvalitnej zdravotnej starostlivosti aj zdravotné poisťovne,

- v roku 2006 sa aktívne podieľal na tvorbe Odborného usmernenia na vykonávanie liečby nahradzujúcej funkciu obličiek a na vykonávanie mimotelovej eliminačnej liečby (MÚ MZSR č. 04 386/2006),
- v roku 2006 vykonáva priebežnú kontrolu činností a zabezpečenia staníc rýchlej záchrannej služby a rýchlej lekárskej pomoci,
- v roku 2006 plánuje vykonať komplexný dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pre pacientov vo veku nad 65 rokov v ústavných a zdravotníckych zariadeniach.

Od polovice minulého storočia prešla postupne väčšina odvetví zmenami v prístupe ku kvalite. Donútil ich k tomu konkurenčný boj o zákazníka a prežitie firmy. V rámci toho sa zmenil prístup k otázke kvality od reaktívneho v podobe vyhľadávania chýb a „trestania“ vinníkov k proaktívnej prevencii a predchádzaniu chybám. Podnikatelia pochopili, že pokiaľ sa má zamestnanec k chybe priznať, nesmie byť za ňu potrestaný a prenasledovaný. Naopak, odhaľovanie chýb má slúžiť k neustálemu zlepšovaniu produktov a služieb. Súčasné systémy TQM

– Total Quality Management sú zamerané na proaktívne vyhľadávanie možností pre vznik chýb a ich predchádzaniu.

Odstaňovanie už vzniknutej chyby je drahšie a náročnejšie. Zdá sa, že ÚDZS to pochopil ako prvý. Je najvyšší čas, aby sa k nemu pridali aj ďalšie subjekty na zdravotnom trhu – poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne a poisťenci. Bez ich aktívnej spoluúčasti a vzájomnej spolupráce bude zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti sisyfovskou lopotou. Už v súčasnosti majú zdravotné poisťovne k dispozícii účinný nástroj pre motiváciu poskytovateľov v podobe selektívneho kontrahovania na základe indikátorov kvality. Poisťenci sa môžu rozhodovať zmenou zdravotnej poisťovne. V tomto roku prebieha prvá intenzívna súťaž medzi zdravotnými poisťovňami. Zatiaľ je to formou balíčkov vitamínov, zliav v kúpeľoch, či sms-kách s pripomienkou o preventívnej prehliadke. V krátkom čase bude pre poisťencov zdravotných poisťovní zaujímavé predovšetkým to, akú kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytujú poskytovatelia, s ktorými má ich zdravotná poisťovňa zmluvu.

HENRIETA MAĎAROVÁ

Netransparentný návrh kategorizácie k 1. 10. 2006

Ministerstvo zdravotníctva vydáva zoznam liekov hrađených zo zdravotného poistenia s výškou a s podmienkami ich úhrady tzv. kategorizáciou liečiv. Kategorizácia vychádzala pred rokom 2003 približne raz ročne, od novembra 2003 sa ustálila frekvencia na štvrtročných intervaloch (s výnimkou dvoch technických vydaní kategorizácie pri zmenách v DPH). Dôvodom bol najmä vstup Slovenska do Európskej únie, ktorá Smernicou Rady č. 98/105/EHS o transparentnosti ustanovuje podmienky pre zaradenie liekov do systému zdravotných úhrad a stanovuje maximálny čas na posúdenie a zaradenie lieku ako 180 dní od podania žiadosti výrobcom pri podmienkach, ako ich má stanovené Slovensko. Takto stanovený termín vie ministerstvo dodržať tým, že 3 mesiace „zbiera“ žiadosti a ďalšie 3 mesiace nevyhnutne potrebuje na ich spracovanie a legislatívne konanie na vydanie zoznamu liekov. Aj keď sa z rôznych strán ozývajú hlasy, ktoré žiadajú zníženie frekvencie kategorizácie, takýto krok by znamenal automatické porušovanie spomínanej smernice a jeho realizácia je preto nepravdepodobná.

Kategorizačná komisia k návrhu kategorizácie k 1. októbru 2006 zasadala ešte začiatkom júna, teda za predchádzajúcej vlády a ministra zdravotníctva. Zápisnice z týchto zasadaní boli aj neskôr zverejnené na internete. Napriek tomu sa nový minister rozhodol výstupy zasadania komisie neakceptovať, ale keďže by nestihol uskutočniť celý proces s novou kategorizačnou komisiou, rozhodol sa kategorizáciu upraviť bez účasti a konzultácie ostatných zúčastnených strán. Aj keď z procesného hľadiska by vyzeralo všetko v poriadku (kategorizačná komisia je

Tabuľka 1: Zmeny medzi návrhom kategorizácie k 1.10.2006 kategorizačnej komisie a návrhom MZ SR

	Skupiny liečiv	Lieky
zaradenie lieku, ktorý neodsúhlasila kategorizačná komisia	5	5
akceptovanie ceny mimo poradia	34	50
neakceptovanie rozhodnutia kategorizačnej komisie o zmene úhrady	30	157
neakceptovanie pravidla o znížení úhrady zrýchlenou procedúrou	60	649
zrušenie indikačného obmedzenia	8	15
zmena preskripčného obmedzenia	4	11
zmena spôsobu úhrady	2	4
technická chyba	15	39
	159	930

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

len poradným orgánom ministerstva), ide o pomerne kontroverzný krok. Aj ministerstvo zdravotníctva by sa totiž malo riadiť pravidlami danými zákonmi a ďalšími legislatívnymi normami. **Napriek tomu sa napr. v rozpore so zákonom o rozsahu (č. 577/2004 Z. z.) v návrhu kategorizácie zverejnenom na internetovej stránke MZ SR objavilo 5 liekov, ktoré neprešli regulárnym legislatívnym konaním a 50 liekov má inú cenu než bola zverejnená na internetovej stránke MZ SR, pričom podanie cenového návrhu predstavuje jediný spôsob ako zmeniť maximálnu cenu lieku v kategorizácii.**

Ďalšími rozsiahlymi zásahmi ministerstva do pôvodného návrhu kategorizačnej komisie je zvýšenie úhrad u 157 liekov (u 30 skupín liečiva), pričom v mnohých prípadoch je táto úhrada bez zrejmeého dôvodu vyššia než cena najlacnejšieho lieku v skupine – inými slovami zo solidárnych zdrojov zdra-

votného poistenia sa budú plne uhrádzať lieky s vyššou cenou než ponúka konkurencia.

Ministerstvo v návrhu - okrem niekoľkých desiatok technických chýb - ruší alebo mení niektoré indikačné a preskripčné omeďzenia a v 4 prípadoch navrhuje zmeniť spôsob úhrady. Posledným pozoruhodným krokom je vysporiadanie sa s tzv. zrýchlenou procedúrou. Ide o zrýchlené akceptovanie zaradenia alebo zmeny ceny, ak výrobca ponúka cenu minimálne o 10 % nižšiu než konkurencia. Podľa platných pravidiel vydaných ministerstvom zdravotníctva sa v takomto prípade primerane znižuje úhrada v celej skupine liečiva podľa zverejneného vzorca. **Ministerstvo sa však vo zverejnenom návrhu kategorizácie rozhodlo tento postup nedodržať a v niektorých prípadoch úhradu nezmenilo, v niektorých znížilo len čiastočne a v niektorých prípa-**

Tabuľka 2: Ročné dopady zmien medzi návrhom kategorizácie k 1. 10. 2006 kategorizačnej komisie a MZ SR na základe nákladov v roku 2005 (v miliónoch Sk)

	Návrh kategorizačnej komisie	Návrh MZ SR	Rozdiel
zaradenie lieku, ktorý neodsúhlasila kategorizačná komisia	0,0	0,0	*
akceptovanie ceny mimo poradia	182,6	158,9	-23,7
neakceptovanie rozhodnutia kategorizačnej komisie o zmene úhrady	1 152,1	1 267,3	115,2
neakceptovanie pravidla o znížení úhrady zrýchlenou procedúrou	2 132,9	2 403,7	270,8
zrušenie indikačného obmedzenia	11,4	11,4	*
zmena preskripčného obmedzenia	170,2	185,4	*
zmena spôsobu úhrady	0,4	0,4	*
technická chyba	120,8	121,1	0,3
	3 770,4	4 148,2	377,7

*dopad nie je možné na základe údajov z roka 2005 vyčíslit'

Zdroj: Health Policy Institute na základe údajov NCZI, 2006

doch sa úhrada dokonca zvýšila – v 643 prípadoch tak opäť zaplatíme z verejného zdravotného poistenia za lieky viac než je potrebné. Zároveň sa však ministerstvo rozhodlo u 99 liekov (v 15 skupinách liečiv) úhradu znížiť podľa pravidiel. Podľa čoho ministerstvo vybralo lieky, u ktorých pravidlá platiť budú a u ktorých nie, nie je zjré.

V júni, niekoľko dní pred voľbami, podala organizácia SAFS združujúca väčšinu originálnych výrobcov liekov na Slovensku žalobu voči Slovensku kvôli údajnému nedo-

držiavaniu spomínanej smernice o transparentnosti. Dnes, o dva mesiace neskôr, pri netransparentnom postupe ministerstva zdravotníctva a očividnom porušovaní zákona a platných pravidiel kategorizácie však SAFS (zatiaľ?) mlčí.

Navrhnuté zmeny znamenajú **nárast nákladov zdravotných poisťovní približne o 377,7 miliónov v ročnom objeme pri nezmennej spotrebe**, pričom väčšina nákladov navyše (270,8 miliónov Sk) pôjde na vyššie úhrady liekov, ktoré majú dostupné

lacnejšie generické lieky. Výraznejším znížením doplatkov pacientov tiež možno rátať s nárastom nákladov vplyvom nárastu dopytu po týchto liekoch. Keďže lieky zdravotná poisťovňa uhrádza automaticky v plnej miere na rozdiel od ambulantnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti, kde uzatvára zmluvy o objeme na základe dostupných zdrojov, **dôsledkom navýšenia nákladov na lieky bude zníženie objemu peňazí pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.**

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka 3: Top 20 zmien v kategorizácii k 1. 10. 2006 s najväčšími dopadmi na nárast nákladov na lieky

ATC skupina	Názov liečiva	Doplňok názvu liečiva	Úhrada za ŠDL podľa návrhu MZ SR (v Sk)	Úhrada za ŠDL podľa pravidiel o zrýchlenej procedúre (v Sk)	Model nákladov ZP podľa návrhu MZ SR (v mil. Sk)	Model nákladov ZP podľa pravidiel o zrýchlenej procedúre (v mil. Sk)	Rozdiel medzi návrhom MZ SR a návrhom podľa pravidiel o zrýchlenej procedúre (v mil. Sk)
C01EB15	Trimetazidín	p.o.	6,1	5,1	215,4	180,6	34,9
C09AA04	Perindopril	p.o. terc-butylamín	8,2	7,2	240,9	211,5	29,4
G04CA02	Tamsulosín	p.o.	11,6	6,0	54,5	28,2	26,3
N03AX12	Gabapentín	p.o. nad 100	90,0	71,8	77,7	62,0	15,7
C10AB05	Fenofibrát	p.o. mikronizované LF 267	8,3	6,2	60,2	44,9	15,2
J01FA10	Azitromycín	p.o. 500 mg pevné LF	62,8	54,2	98,3	84,8	13,5
M05BA04	Kyselina alendronová	p.o. nad 10 mg	24,5	20,7	83,7	70,7	13,0
C10AA01	Simvastatín	p.o. do 20 mg	5,0	4,7	167,6	157,6	10,1
C08CA08	Nitrendipín	p.o. nad 10 mg	6,5	5,6	67,6	58,2	9,4
G04CA03	Terazosín	p.o.	16,5	13,9	53,4	45,0	8,4
N03AX09	Lamotrigín	p.o. 100 mg	67,2	57,2	51,9	44,7	7,2
D01BA02	Terbinafín	p.o.	48,0	42,9	60,5	54,1	6,4
C09AA06	Quinapril	p.o.	6,0	4,9	35,0	28,6	6,4
N02AB03	Fentanyl	transd. 100 RG	62,4	52,2	37,1	31,0	6,1
A10BA02	Metformín	p.o.	7,0	6,7	115,2	110,3	4,9
A02BC01	Omeprazol	p.o. nad 10 mg	4,5	4,1	49,2	44,8	4,4
A09AA02	Multienzymy (lipáza, proteáza)	p.o. podľa lipáz, s aro do 20000 FI	2,1	1,9	45,2	40,9	4,3
N02AB03	Fentanyl	transd. 50 RG	69,6	61,4	33,4	29,4	3,9
G04CA04	Ostatné urologiká	p.o. doxazosín, do 4 mg, riadené uvoľňovanie	16,5	12,9	16,6	13,0	3,6

Zdroj: Health Policy Institute, 2006