

OBSAH

- 100 dní v zdravotníctve
- Treba mať viac pokory pred ekonomickými zákonitosťami
- Rozpočet pre zdravotníctvo je v rozpore s programovým vyhlásením vlády
- Rozhovor s Petrom Findom: Katalógu by sa mali ujať zdravotné poisťovne
- Hrozba pre poisťencov
- Prvá fáza zdravotnej reformy v Maďarsku
- Pripomienky k zabezpečeniu Národného imunizačného programu



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

Tel: +421 2 54 643 051
Fax: +421 2 54 643 053
E-mail: hpi@hpi.sk

100 dní vlády pripraví zdravotníctvo o 600 mil. Sk

Vláda Roberta Fica za sto dní prijala v zdravotníctve tri druhy opatrení: zbytočné, mocenské a destabilizačné.

ZBYTOČNÉ OPATRENIA

Medzi zbytočné opatrenia zaradujeme obmedzenie prevádzkových výdavkov zdravotných poisťovní na 4 % výberu poisťného. Je prirodzenou snahou vlastníka zdravotnej poisťovne, aby jeho náklady boli čo najnižšie. Obmedzenie prevádzkových nákladov sa tak paradoxne môže obrátiť proti poisťencom, keď poisťovne nebudú môcť financovať niektoré projekty, ktoré prispievajú k efektívnejšiemu nájemu zdravotnej starostlivosti a k poskytovaniu kvalitnejších služieb (napr. manažment chorôb).

Nepochopiteľným zostáva zrušenie Katalógu zdravotných výkonov (viac o tejto téme nájdete v rozhovore s MUDr. Petrom Findom), zdôvodnené údajným – ale nevysvetleným – rozporom s programovým vyhlásením vlády. Pritom bez kodifikácie jasnej terminológie je sledovanie, porovnávanie a vyhodnocovanie činnosti zdravotníckych zariadení a zlepšovanie ich kvality mimoriadne sťažené, ak nie nemožné.

MOCENSKÉ OPATRENIA

Výmena manažmentu Všeobecnej zdravotnej poisťovne, výmena riaditeľov štátnych nemocníc či Úradu verejného zdravotníctva sú legitímne kroky v kompetencii ministra zdravotníctva. Zmeny v manažérskych funkciách sprevádzajúce výmenu politických elit pri riadení štátu však vyvolávajú podozrenie, že štát nemá víziu využitia svojich aktív v zdravotníctve. Jeho manažéri tak prirodzene uprednostňujú krátkodobé ciele pred dlhodobými.

Za mimoriadne znepokojivý považujeme priamy útok na nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý v podobe legislatívneho návrhu v parlamente predložili poslanci Smeru J. Valocký a J. Zvonár. Ak bude vláda disponovať

- Vláda nepredstavila žiadnu ucelenú víziu smerovania zdravotníctva
- Vláda sa zamerala na likvidáciu symbolov Zajacovej reformy
- Vláda prijala populistické opatrenia, ktoré sú z krátkodobého hľadiska prijateľne pre občanov (napr. zníženie poplatkov na 0 Sk), ale v strednodobom horizonte zvyšujú riziko zneužívania systému
- Vláda prijala destabilizačné opatrenia (napr. ochrana pred exekúciami a avizovaná transformácia štátnych poisťovní z a. s. na verejnoprávne organizácie)
- Vláda prijala opatrenia, ktoré sú nesystémové (napr. zníženie DPH na lieky) a znižujú predvídateľnosť prostredia (napr. chaotické zvýšenie platby štátu za svojich poisťencov zo 4 % na 5 % z priemernej mzdy, ale len do apríla 2007)
- Vláda má záujem nesystémovo „zmäkčovať“ prostredie pre vybraných poskytovateľov (ochrana pred exekúciami pre štátne nemocnice) a poisťovne (verejnoprospešný charakter štátnych ZP) a mocensky „centralizovať“ niektoré kompetencie (napr. útok na nezávislosť úradu)
- Vláda plánuje pripraviť v roku 2007 zdravotný systém o 600 mil. Sk

právmocou odvolať predsedu úradu na návrh ministra zdravotníctva, úrad sa dostane do podriadeného postavenia voči ministerstvu zdravotníctva. Stratí tak predpoklady pre svoju hlavnú funkciu, a to nezávislý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poistením na základe technických a odborných kritérií, nie na základe politických záujmov. Dohľad nad štátnymi zdravotníckymi zariadeniami a štátnymi zdravotnými poisťovňami tak bude vystavený konfliktu záujmov a dôjde k porušeniu transparentnosti prostredia. **Health Policy Institute preto vyzýva poslancov a členov vlády, aby predložený poslanecký návrh odmietli.**

DESTABILIZAČNÉ OPATRENIA

Zníženie poplatkov na 0 Sk resp. 5 Sk, netransparentná kategorizácia liekov, (pravdepodobne protiústavná) ochrana nemocníc pred exekúciami alebo zastavenie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti sektor destabilizujú. Opäť vyvolávajú v občanoch ilúziu bezplatnosti, vytvárajú priestor pre korupciu v liekovej politike, umožňujú beztretné zadlžovanie niektorých poskytovateľov (a s tým súvisiacu diskrimináciu dodávateľov a korupciu) a nízku transparentnosť hospodárenia.

Kým programové vyhlásenie vlády avizovalo zvýšenie platby štátu za poisťencov štátu zo 4 % na 5 % z priemernej mzdy, štátny rozpočet obsahuje navyšenie len na 4,33 %, a aj to len pre rok 2007 (viď článok **Rozpočet je v rozpore s programovým vyhlásením vlády** na str. 3). Tieto opatrenia vo svetle vládou schváleného návrhu štátneho rozpočtu pripravujú rezort len v budúcom roku o najmenej 600 miliónov korún (Tabuľka 1).

K destabilizačným opatreniam možno zaradiť i pripravovanú zmenu VŠZP a SZP na verejnoprávne inštitúcie. Pôjde o škodlivé opatrenie, ktoré postaví štátom vlastnené zdravotné poisťovne do zvýhodneného postavenia voči ostatným poisťovňam. Zároveň orgány nebudú podliehať ministrovi, ale tripartite – štát sa tak chce zbaviť reálnej zodpovednosti za ich hospodárenie. Takáto transformácia opätovne umožní beztretnú tvorbu deficitu.

ZHRNUTIE

Ciele vlády v zdravotníctve sa po prvých 100 dňoch dajú zhrnúť do jednej vety: „Zmäkčovať a centralizovať bez reálnej vízie a cieľov.“

HENRIETA MAĎAROVÁ
PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY
ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka 1: Ekonomický dopad opatrení vlády v zdravotníctve pre rok 2007

| Destabilizačné opatrenia | Ročný ekonomický dopad | | Dodatočné zdroje |
|--|------------------------|--------------------------|--|
| Zníženie poplatkov | - 2,5 mld. Sk | + 1,9 mld. Sk | Zníženie DPH na lieky u ZP |
| Netransparentná kategorizácia liekov | - 0,4 mld. Sk | + 0,3 mld. Sk | Zníženie DPH na lieky v nemocniciach |
| Ochrana nemocníc pred exekúciami a zastavenie transformácie nemocníc na a.s. | - 2,0 mld. Sk | + 2,1 mld. Sk | Zvýšenie poisťného za poisťencov štátu |
| Spolu | - 4,9 mld. Sk | + 4,3 mld. Sk | Spolu |
| Bilancia podľa HPI: | | - 600 miliónov Sk | |



Od 1. septembra neplatia pacienti poplatky 20 korún za návštevu ambulancie a 50 korún za hospitalizáciu v nemocnici.

6. septembra schválila NR SR novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorá chráni štátne zdravotnícke zariadenia chránené pred exekúciami do konca roku 2007.

6. septembra parlament schválil aj novelu zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorej od budúceho roku budú môcť poisťovne na svoju prevádzku použiť maximálne 4 % z vybraného poistného pred prerozdelením.

8. septembra sa z osobných dôvodov vzdal svojej funkcie generálny riaditeľ Všeobecnej zdravotnej poisťovne Svätopluk Hlavačka. Minister zdravotníctva Ivan Valentovič ako zástupca stopercentného akcionára VŠZP vymenoval na jeho miesto Antona Kováčika.

MONITORING

(od 1. 9. do 30. 9. 2006)

11. septembra odvolal minister zdravotníctva Ivan Valentovič z funkcie Soňa Mudráková, riaditeľku Fakultnej nemocnice v Trnave. Do skončenia výberového konania na nového riaditeľa ju vo funkcii nahradí Martin Tabaček.

12. septembra odvolal minister zdravotníctva Ivan Valentovič z funkcie riaditeľku Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach Ivetu Marinovú. Do výberového konania bude vo funkcii riaditeľky pôsobiť Ingrid Urbančíková.

13. septembra vláda na svojom zasadnutí zrušila Katalóg zdravotných výkonov, ktorý v posledných dňoch svojho vládnutia prijal predchádzajúci kabinet. Dôvodom je podľa vlády Róberta Fica rozpor s programovým vyhlásením vlády. V platnosti tak ostáva doterajší katalóg, ktorý platí od roku 2004.

19. septembra informoval na tlačovej besede Slovenskej lekárskej komory jej prezident Milan Dragula o tom, že do dvoch rokov by šesticu zákonov upravujúcich zdravotnícku legislatívu mali nahradit' tri nové zákony.

MAKROEKONOMICKÝ KOMENTÁR

100 dní v ekonomickej politike: Treba mať viac pokory pred ekonomickými zákonitosťami

Minister financií Ján Počiatek mal čiastočne pravdu, keď pri komentovaní vládou schváleného štátneho rozpočtu vyhlásil, že „fóbia sa nenaplnila“. V našich komentároch na stránkach *Into Balance* sme takisto tvrdili, že katastrofický scenár v blízkej budúcnosti nenastane, hoci obrat v hospodárskej politike vnímame s dávkou nedôvery. Ekonomika si už aspoň sčasti vybudovala svoju imunitu voči politickým manévrom. Hlavné vývojové tendencie v ekonomickom raste alebo vývoji zamestnanosti nie sú funkciou momentálnych politických rozhodnutí, sú skôr na dlhšiu dobu preddeterminované. Vláda by musela urobiť veľmi necitlivé rezy v ekonomike, aby vyvolala zmenu vývojovej tendencie. K tomu naozaj nedošlo. Vláda nepristúpila k radikálnym krokom, ktoré by znamenali priame ohrozenie makroekonomickej stability či ekonomického rastu. To však neznamená, že by postupná erózia niektorých ekonomických princípov, ktorej sme svedkami, nemohla v strednodobom horizonte narobiť príliš drahé deformácie.

PRVKY „NEOHRABANOSTI“ V HOSPODÁRSKEJ POLITIKE...

Pod „neohrabanosťou“ hospodárskej politiky (nie osôb) tu chápeme jav, keď sa politici hýbu v ekonomickom svete nedostatočne citlivo a nedostatočným rešpektom. Objavujú sa u nich znaky mocenského konania; podceňujú platnosť ekonomických princípov; vyvolávajú zneistenie. Často si dávajú zbytočne predimenzované ciele alebo ciele bez pák na ich dosiahnutie. Pritom cit pre ekonomický organizmus patrí k základnej výbave šikovného umelca - tvorcu hospodárskej politiky. Subjekty v hospodárstve by si mali čo najmenej uvedomovať, že ich niekto reguluje, stavia im mantinely, alebo že im niekto prerozdeľuje ich príjmy. Hospodárska politika robená s politickým dupaním prináša demotiváciu aj vtedy, keď reálne opatrenia nakoniec nie sú alebo aspoň nechcú byť tvrdé. Prítomnosť prvkov vyššie definovanej „neohrabanosti“ je pravdepodobne rozhodujúcou črtou hospodárskej politiky v prvých 100 dňoch vládnutia súčasnej vlády.

...PRINÁŠAJÚ ZNEISTENIE A CHAOS V OČAKÁVANIACH.

Konkrétne prejavy takejto politiky za prvých 100 dní vlády možno zhrnúť do nasledovných blokov:

A) Dávanie značného priestoru pre tvorbu negatívnych očakávaní, pre neistoty a špekulácie o budúcom vývoji. Tento priestor je vytváraný protirečivými deklaráciami, ale aj vyhýbavými reakciami nerozhodne pôsobiacich rezortných ministrov (ktorí akoby príliš silno záviseli od politických stanovísk stranického vedenia). Necitlivo realizovaná hospodárska politika vedie veľmi ľahko k negatívnym očakávaniam, niekedy aj zbytočným alebo prehnatým. Zaujímavým príkladom (žiaľ iba jedným z mnohých) je spochybnenie úspešnosti v plnení inflačného mastrichtského kritéria samotným predsedom vlády. Stalo sa to práve v čase, keď sú kroky vlády ohľadne prijímania eura pod drobnohľadom a inak sa vláda už dlhšie snaží dokázať svoju snahu o včasné zavedenie

eura. Práve inflačné očakávania sa veľmi ľahko „samozrealizujú“. Navyše premiérove slová vyvolávajú dva druhy zneistení:

- (1) Medzi ekonomickými analytikmi sa už dlhšie očakávalo, že vláda začne pochybovať o splniteľnosti alebo zmysluplnosti mastrichtských kritérií. Ak by sa vláde podarilo vyvolať očakávanie, že kvôli vysokej inflácii Slovensko v roku 2009 nemôže prijať euro, potom by zrejme podľa časti politickej elity nemalo význam ani plniť kritérium pre deficit verejných financií. Vyvolalo by to tlaky proti fiškálnej disciplíne.
- (2) Vzniká podozrenie, že sa politici budú snažiť za vinníka prípadného neúspechu pri prijímaní eura v plánovanom termíne neprávom označiť NBS (ktorá „neudržala infláciu“). Asi by aspoň časti politickej elity vyhovoval scenár, pri ktorom by „niekto iný“ prekázal proces prijímania eura. Vláda by sa naďalej mohla štylizovať do pozície, že ona prijatie eura v pôvodnom termíne chcela. Pritom „pochybenie niekoho iného“ by zároveň otvorilo priestor vláde na realizáciu svojich kontroverzných zámerov. Možno to označiť za číre špekulácie, ale sú to špekulácie vyprovokované nevhodným výrokom predsedu vlády v nevhodnom okamihu. Vrcholný politik musí v každej chvíli počítať s tým, že hociktorý jeho výrok znamená vplyv na očakávania ekonomických aktérov.

B) Vyhrocovanie konfliktu s dominantnými podnikmi. Vláda sa od svojho nástupu dostala do konfliktnej situácie s podnikmi v sieťových odvetviach, ktoré majú dominantné postavenie na trhu. Predseda vlády Robert Fico obvinil zahraničných vlastníkov monopolov, že chcú viesť „vojnu proti vláde“ a deklaroval pripravenosť vlády ísť aj do ostrých súbojov: Vyhlásil, že odmieta byť predsedom vlády, „s ktorou budú zametať monopoly a predovšetkým cudzie firmy.“ V atmosfére napätia medzi vládou a monopolmi v energetike hrozí prijatie krokov, ktoré by deformovali ekonomické prostredie. Preto by vláda mala pamätať na niekoľko princípov:

- Predseda vlády a vláda by sa nemali stavať do pozície pomstiteľa. Regulácia má svoje zjavné nedostatky, tie treba korigovať zlepšovaním regulačného rámca a treba sa vyhýbať represívnemu pôsobeniu. Vláda sľubovala voľičom priaznivejšie ceny energií, tie však nemá získavať vyhrážkami.
- Selektívna daň na dominantné podniky, ktorú vláda spomína, je značne neštandardný nástroj. Vláda by skôr mala koncentrovať sily na tvorbu konkurenčného prostredia diverzifikáciou energetických zdrojov. Regulácia monopolov totiž nikdy nebude dokonalá.
- Selektívna daň neznamená automaticky lacnejšiu energiu.
- Vláde nič nebráni, aby príjmy zo spoluvlastníctva energetických monopolov používala na zmiernenie dopadu rastu cien energií na sociálne slabé rodiny.



- Vláda by sa 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.

C) Vyvolaovanie obáv u vyššej strednej triedy z nepriateľského postoja vlády voči nej. Zmena dane z príjmov zasiahla hlavne vyššiu strednú triedu. Tá má obavy aj z toho, že v prípade problémov s verejnými financiami môže byť zaťažená ešte viac. Táto by to v súlade s rétorikou predstaviteľov strany Smer. Ak rezort financií plánuje získať v budúcom roku dodatočné príjmy zo zmeny dane z príjmov vo výške 1,239 mld. Sk, možno položiť otázku, komu skomplikovanie daňového systému pomôže. Ide z pohľadu verejných financií o nezaujímavú zmenu, ktorá je spojená so znehodnotením princípu jednoduchosti a prehľadnosti zdanenia, s poškodením neziskových organizácií či represiou voči vyššej strednej triede. Jej význam je skôr politický: vláda bude môcť deklarovať splnenie svojho sľubu, podľa ktorého má zvýšiť daňové zaťaženie osôb s nadštandardnými príjmami. Ide o vynútenú zmenu ekonomických vzťahov kvôli momentálnemu politickému efektu.

D) Štylizovanie sa do postavenia „advokáta chudoby“. Ide o archaické chápanie ľavicovej politiky. Mocenské prístupy, vyvolávanie obáv či represívne pôsobenie nie sú nástrojom modernej hospodárskej politiky. A to ani ľavicovej.

ZNALOSTNÁ EKONOMIKA SA ZREDUKUJE NA PRÁZDNE HESLO?

Hoci je Programové vyhlásenie priam zaťažkané poznatkovou ekonomikou či vedomostnou spoločnosťou, váha tejto agendy nenápadne klesá. Odrazilo sa to v procese preformulovania priorit Národného

strategického referenčného rámca (NSRR) aj vo vládou schválenom návrhu štátneho rozpočtu (ktorý je inak z hľadiska finančných rizík celkom prijateľný). Zníženie prostriedkov pre operačný program „Výskum a vývoj“ a zrušenie operačného programu „Infraštruktúra vzdelávania“ je vážnym zásahom do štruktúry priorit NSRR. Namiesto toho sa posilujú výdavky na zlepšovanie dopravnej infraštruktúry alebo životného prostredia. V štátnom rozpočte zase vyhrali poľnohospodári. Agenda poznatkovej ekonomiky je jedným z potenciálnych jednotlivých prvkov naprieč celým politickým spektrom. Hrozí však jej zredukovanie na bezobsažné heslo.

Vráťme sa k jednej z rozhodujúcich tém hospodárskej politiky vlády: Má ísť o rovnomernejšie rozdelenie efektov hospodárskeho rastu. V podstate je to legitímny cieľ, s ktorým väčšina politických zoskupení (vrátane tzv. pravicových) nemá problém. Možno diskutovať o tom, do akej miery ho treba pretláčať, ale je to legitímny cieľ. Vláda však vyberá „neohrabané“ metódy na jeho docelenie. Mala by si uvedomiť, že aj vrcholní politici musia občas pokorne prijať fungovanie ekonomických princípov. Predovšetkým, silný ekonomický rast je obvyčajne nerovnomerný. Nerovnomerne postihuje odvetvia aj regióny. To nie je nedostatok, to je normálne. Vláda musí pri realizácii svojho cieľa citlivo presmerovať časť zdrojov pre subjekty, ktoré nemajú z tohto rastu prospech, resp. môže napomôcť difúzií efektov rastu do širších vrstiev spoločnosti. Ale nie s politickým dupaním, ktoré môže zneistiť aj tých, ktorí ten ekonomický rast ťahajú. Vláda bude musieť naďalej hľadať kompromis medzi balvanom svojich sľubov a potrebou zdravého rastu ekonomiky. Tento kompromis sa zatiaľ dost jasne nečrtá.

KAROL MORVAY

Rozpočet pre zdravotníctvo je v rozpore s programovým vyhlásením vlády

Vláda na svojom zasadnutí 11. októbra 2006 schválila návrh rozpočtu verejnej správy pre roky 2007 – 2009. V kapitole ministerstva zdravotníctva návrh predpokladá pre rok 2007 platbu štátu za poistenca štátu vo výške 4,33 % z priemernej mesačnej mzdy. Pre roky 2008 a 2009 návrh počítá s platbou vo výške 4 % z priemernej mesačnej mzdy. Vláda sa pritom v programovom vyhlásení zaviazala zvýšiť túto platbu na 5 % z priemernej mesačnej mzdy. Návrh štátneho rozpočtu pre roky 2007 – 2009 je tak v rozpore s programovým vyhlásením vlády.

Návrh rozpočtu zodpovedá medializovaným vyhláseniam, že štát bude platiť viac za svojich poistencov od januára do apríla 2007. Prísľub, že ďalšie navýšenie zdrojov závisí od úsporných opatrení, však nemá po apríli 2007 reálne krytie v štátnom rozpočte. Poukazuje na absolútnu nekompetentnosť rezortu zdravotníctva jasne definovať podmienky fungovania zdravotného systému.

Obraz o neporiadku, ktorý sprekvádza zdravotnú politiku novej vlády dokresľuje predloženie rozpočtov dvoch štátnych zdravotných poisťovní (VŠZP a SZP) na to isté rokovani vlády. Poisťovne totiž v rozpočtoch vychádzajú z predpokladu, že štát za svojich poistencov bude platiť 4 % z priemernej mzdy a nebude sa meniť DPH na lieky.

Health Policy Institute týmto vyzýva vládu ako tvorcu hospodárskej politiky, aby nevňášala do zdravotného systému chaos a neistotu, ale aby k nastavovaniu parametrov zdravotného poistenia pristupovala oveľa zodpovednejšie.

HENRIETA MAĎAROVÁ
PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY
ANGELIKA SZALAYOVÁ

20. septembra schválila vláda zníženie poplatku pacienta za recept v lekární na 5 Sk.

20. septembra oznámil predseda Lekárskeho odborového združenia Marián Kollár koniec štrajkovej pohotovosti, keďže jej dôvody už pominuli.

20. septembra informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o príjmoch zdravotných poisťovní za prvý polrok 2006. Celkové príjmy poisťovní dosiahli 37,605 mld. Sk. V porovnaní s ali-kvotnou časťou príjmov minulého roka vzrástli teda o 3,65 %, čo je absolútny nárast o 2,558 mld. Sk.

22. septembra oznámil minister zdravotníctva Ivan Valentovič, že štátne zdravotnícke zariadenia sa nebudú transformovať na akciové spoločnosti.

26. septembra zrušilo ministerstvo zdravotníctva výberové konania na vodnú a leteckú záchrannú službu v oblasti sanitných a repatričných letov. Dôvodom má byť viacero nejasností okolo poskytovania tohto druhu zdravotnej starostlivosti.

26. septembra sa konalo mimoriadne valné zhromaždenie Spoločnej zdravotnej poisťovne. Za novú generálnu riaditeľku a zároveň predsedníčku predstavenstva poisťovne bola zvolená Zuzana Zvolenská. Valné zhromaždenie zároveň odvolalo z funkcie člena predstavenstva Máriu Lešňanskú. Novými členmi predstavenstva sa stali Anna Golianová a Vincent Rechtorík.

27. septembra predstavilo Združenie zdravotných poisťovní návrh diferencovaného prístupu poisťovní k nemocniciam. Jednotný systém transparentných kritérií by mohli začať poisťovne využívať na budúci rok.

28. septembra vzala vláda na vedomie správu o hospodárení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Podľa tejto správy hospodáril úrad v prvom polroku tohto roka s prebytkom takmer 334,9 mil. Sk.

30. septembra si Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek zvolila novú prezidentku. Stala sa ňou Mária Levýová, ktorá tak na tomto poste vystrieda doterajšiu prezidentku komory Magdalénu Hadačovú.

Tabuľka 1: Ročná platba štátu za poistencov štátu do zdravotných poisťovní pre roky 2007 – 2009

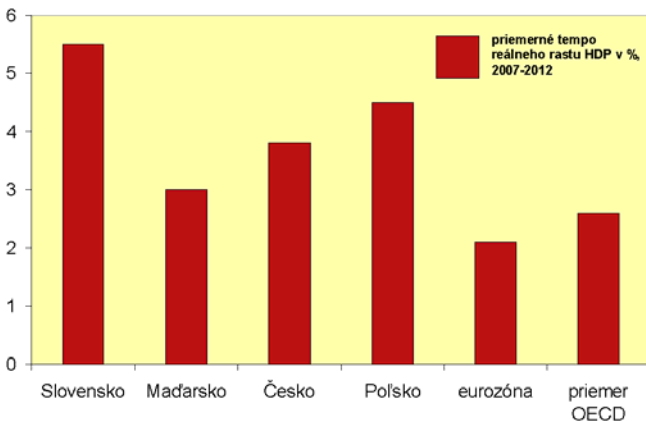
| | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Pri 4 % z priemernej mesačnej mzdy v mld. Sk | 25,1 | 27,0 | 28,9 |
| Podľa Programového vyhlásenia vlády (5 % z priemernej mesačnej mzdy) v mld. Sk | 31,4 | 33,8 | 36,0 |
| Podľa návrhu štátneho rozpočtu pre roky 2007 – 2009 v mld. Sk | 27,2 | 27,0 | 28,9 |
| Platba za poistenca štátu ako % z priemernej mesačnej mzdy podľa návrhu štátneho rozpočtu pre roky 2007 – 2009 | 4,33 % | 4,00 % | 4,00 % |

Zdroj: Health Policy Institute, 2006; počet poistencov štátu (3 025 154) vychádza z vládou schváleného návrhu štátneho rozpočtu pre roky 2007 – 2009

Krátko o aktuálnych tendenciách

OECD predpovedá skvelé rastové vyhladky pre Slovensko v dlhodobom horizonte. Júnové vydanie pravidelnej publikácie „OECD Economic Outlook“ prezentovalo odhad dlhodobých rastových vyhladok členských krajín. Slovensko by malo podľa tejto prognózy v období do roku 2012 dosahovať najvyššie tempo rastu (priemerne 5,5%) v skupine V4 a druhé najvyššie tempo rastu zo všetkých štátov OECD (vyššie tempo sa odhaduje len pre Turecko, ktoré má však veľmi nízku východiskovú úroveň ekonomickej vyspelosti). Odhadované tempo rastu pre SR je viac ako dvojnásobné v porovnaní s priemernými hodnotami pre eurozónu alebo pre tridsiatku štátov OECD.

Graf 1: Odhad OECD pre dlhodobé tempo rastu HDP



Zdroj: OECD Economic Outlook, June 2006

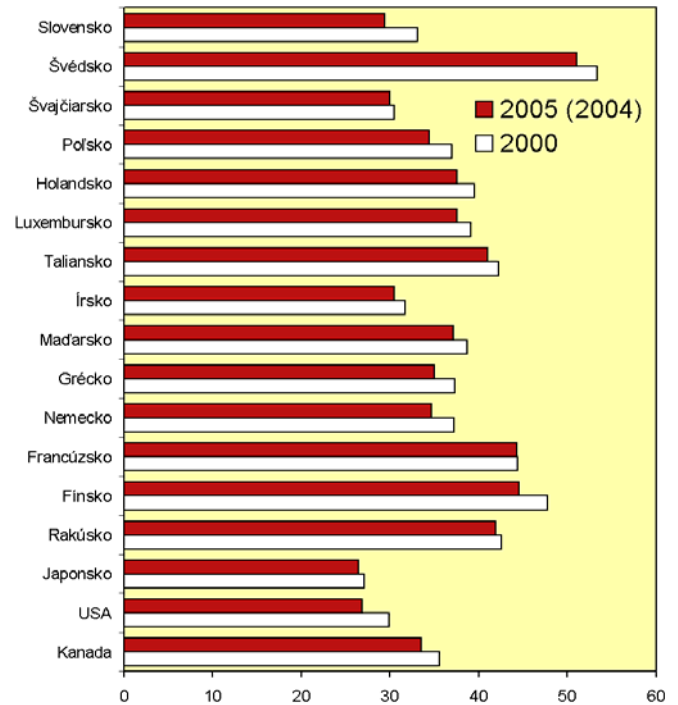
Na Slovensku bol najsilnejší pokles daňovej kvóty zo štátov OECD za obdobie 2000-2005. OECD v októbri zverejnilo dáta o strednodobých zmenách daňovej kvóty (meranej ako pomer daňových príjmov na HDP v %). Vývojová tendencia nie je jednoznačná: v 13 krajinách mzdová kvóta rástla, v 17 krajinách klesla. Najvýznamnejší pokles daňovej kvóty bol zaznamenaný v SR (z 33,1% HDP v roku 2000 na 29,4% v roku 2005). Stalo sa tak vďaka reformám vo verejných financiách (vrátane daňovej reformy) a vďaka silnému rastu HDP.

Návrh rozpočtu zatiaľ v súlade s maastrichtským kritériom.

Vláda schválila návrh štátneho rozpočtu na budúci rok, ktorý spôsobil určité upokojenie na finančných trhoch: návrh rozpočtu relatívne presvedčivo rešpektuje maastrichtské kritérium pre deficit verejných financií. Celkový deficit verejných financií by nemal prekročiť 2,9% HDP. Ministerstvo financií navrhlo budúcoročný schodok štátneho rozpočtu vo výške 38,9 miliardy Sk pri náraste príjmov o 13% na 308,1 miliardy Sk a pri raste výdavkov o 5% na 347 miliárd korún.

Vláda zvýši priame platby poľnohospodárom na maximálnu možnú hodnotu, a to na 70% úrovne dotácií v starých členských krajinách

Graf 2: Zmena daňovej kvóty za obdobie 2000- 2005 (merané ako podiel daňových príjmov na HDP v %).



Poznámka: Za Japonsko, Grécko, Holandsko a Poľsko nejde o údaje za rok 2005, ale 2004.

Zdroj: OECD

EÚ. Zároveň však chce presadiť v budúcom roku zníženie počtu pracovníkov v štátnych a príspevkových organizáciách o pätinu (to je vzhľadom na minulé skúsenosti naozaj odvážny cieľ), desatinu výdavkov by mali ušetriť aj jednotlivé ministerstvá a ostatné kapitoly rozpočtu.

Pre finančné trhy je však momentálne podstatné, že sa umožní splnenie maastrichtského kritéria pre veľkosť deficitu, čo môže pozitívne pôsobiť na kurz koruny. Guvernér NBS Ivan Šramko však napriek jeho spokojnosti s rozpočtom konštatoval, že rozpočet nepomôže centrálnej banke v boji s infláciou (dôvodom má byť, že rozpočet nie je reštriktívny). Stále je preto aktuálne sprisňovanie menovej politiky zo strany NBS.

Zmenila sa štruktúra výdavkov rozpočtu: posilnila sa orientácia na okamžitú spotrebu, klesla váha investícií do budúcnosti. Rozpočet je v protiklade s deklarovanou ambíciou rozvíjania tzv. znalostnej ekonomiky.

KAROL MORVAY

Tabuľka 1: Aktualizované základné parametre makroekonomického vývoja

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

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI, 2006

Rozhovor s Petrom Find'om: Katalógu by sa mali ujať zdravotné poisťovne

13. septembra vláda rozhodla o zrušení nového Katalógu zdravotných výkonov, ktorý mal začať platiť od 1. januára budúceho roku. Projektom prípravy katalógu poveril minister zdravotníctva pred tromi rokmi MUDr. Petra Find'u.

• **Zákon o zdravotnej starostlivosti predpokladá vydanie dvoch predpisov – Katalóg zdravotných výkonov a Zoznam zdravotných výkonov. Aký je medzi nimi rozdiel?**

Katalóg nemal byť ničím iným, ako výpočtom všetkých výkonov, ktoré zdravotnícky systém na Slovensku vykonáva. Tieto výkony mali byť „sklasťované“ a priradené k jednotlivým diagnózam podľa MKCH-10 a podľa štandardných diagnostických a terapeutických postupov mali byť potom určené kritériá, za akých okolností sa ktorý z potenciálne vykazateľných výkonov pri danej diagnóze použije a ako frekvencie – to je ten Zoznam výkonov. Toto je však jednoducho proti podstate rozmyšľania lekárov, a to nielen na Slovensku. Lekár nechce byť kontrolovaný. Lekár nechce, aby mu niekto určoval, že určitý napr. laboratórny parameter nebude len tak od kolena ordinovať, ale že ho bude ordinovať na základe vypracovaného štandardu, ktorý okrem samotného parametra určí aj jeho frekvenciu. Samozrejme, že to budú lekári, ktorí vypracujú štandardy, určite to nebudú úradníci.

• **Vláda odôvodnila svoje rozhodnutie jednou vetou – katalóg je v rozpore s programovým vyhlásením vlády. V čom?**

Nie je to o nič viac v rozpore s programovým vyhlásením vlády ako jestvujúci tzv. katalóg. Dnešný právny stav je tak protiprávny, že viac ani nemôže byť. To, čo sa volá Katalóg zdravotných výkonov zdravotnej starostlivosti, je to len bodovník očistený o body. Bolo to východisko z núdze, pretože v čase schválenia noviel zdravotníckych zákonov nebol katalóg ešte hotový.

• **Prečo potom došlo k jeho odmietnutiu?**

Okrem vyššie uvedených dôvodov ide predovšetkým o nedorozumenie. Časť zdravotníckej verejnosti sa nevyrovnala s myšlienkou katalógu, pretože nepochopila, že zákon nehovorí o katalógu ako o cenníku, ale ako o výpočte výkonov zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu byť uhrádzané z verejného zdravotného poistenia. Nešlo o to, koľko sa uhradí, ale za čo sa bude platiť. Predstava lekárov – a to dokonca i takých, ktorí boli veľmi kooperatívni – bola, že sa každý čiastkový výkon ocení a súčet cien čiastkových výkonov bude základom na vypočítanie ceny konečného výkonu. Toto v praxi nie je reálne uskutočniteľné, pretože mnohé výkony sa vykonávajú súbežne alebo ako alternatívy; pri začatí liečby s použitím jednej liečebnej alternatívy môže vzniknúť situácia, ktorá ponúkne niekoľko ďalších liečebných alternatív. Jednoduchým napočítaním nevznikne cena výkonu.

• **Ako ste na takúto námietku reagovali?**

Cena výkonu v civilizovanom svete nie je postavená na nákladovej cene, ale na spoločenskej hodnote výkonu („cost“ versus „value“). Poviem príklad: ochota uhrádzať veľmi nákladné výkony kardiochirurgie nespočíva iba v tom, že kardiochirurgickému pracovisku sa umožní, aby kúpilo drahý oxigenátor, drahý katéter alebo drahú chlopňu. Je platená dobre preto, že je spoločensky hodnotená ako život zachraňujúca oblasť medicíny, ktorá rieši postihnutie veľkej časti populácie. A to znamená, že aj keď je kardiochirurgia veľmi drahá, jej „pridaná hodnota“ sa pokladá za vyššiu ako sú vynaložené náklady. **Na Slovensku sme sa neoslobodili od predstavy, že zdravotníctvo nesmie dostať viac peňazí, ako sú vstupné náklady plus marža.** Ale takto to nefunguje nikde v modernom svete a ani u nás to nebude takto fungovať. To môže robiť napríklad regulátor sieťových odvetví, že sa nechá oklamať tzv. „skutočnými nákladmi“. Keď sa pozriete na výkaz ziskov a strát veľkých spoločností „regulovaných“ Úradom pre reguláciu sieťových odvetví, zistíte, že majú iný zisk, ako by vyšiel, keby hospodárili podľa čísel, ktoré poskytli regulačnému úradu. To je hra, ktorú prijala spoločnosť, že sa budeme navzájom klamať a na určitej úrovni klamstva sa dohodneme. Predstava o zdravotníctve bola postavená na ilúzii, že sa nebudeme klamať, ale budeme vedieť jasne povedať, čo sme urobili a tá druhá strana povie, ako si to váži. A nie že to bude napočítavať po katéri, po tampóne a pod.

• **Pri tvorbe katalógu ste vychádzali z niektorých medzinárodných štandardov. O čo sa opiera napríklad prvá časť, Všeobecné výkony?**

Ide o výkony, ktoré nie sú vykonané prostredníctvom zdravotníckej techniky, chirurgických postupov alebo liekov. Patrí sem napríklad odobratie anamnézy, fyzikálne vyšetrenie či vyšetrenie pacienta s nízkou/strednou/vysokou náročnosťou intelektuálneho úsudku. Sú to výkony, ktoré boli doteraz zhrnuté v bodovníku pod položkami 60, 61 a podobne. Tieto výkony sme rozdelili do viacerých skupín (prvé/opakované vyšetrenie, vyšetrenie s nízkou/vysokou komplexnosťou). V ďalšom kroku sa k taktovšeobecne formulovaným textom mali priradiť ambulantné výkony jednotlivých odborov. Zaradili by sa do tej skupiny, do ktorej podľa náročnosti a trvania výkonu patria. Prvovýšetrenie na internom je iné ako prvovýšetrenie na očnom. Takýmto spôsobom mali vzniknúť východiská na formuláciu indikačných obmedzení. Všeobecná časť sa nám javila zo všetkých najlepšie prepracovaná v Current Procedural Terminology (CPT), ktorú vyvinula Americká lekárska spoločnosť. Používa ju

americký systém úhrady z verejných zdrojov (Medicare, Medicaid).

• **CPT ste doplnili o niektoré výkony, o ktoré?**

Do tejto časti sme boli nútení vložiť pod vplyvom dikcie zákona špecifické výkony, ako sme označili paramedicínske výkony (výkony psychológa, liečebného pedagóga a podobne – z lekárskeho výkonov sa tam dostal jedine výkon psychiatra). Zákon umožňuje z verejného zdravotného poistenia uhrádzať iba tie výkony, ktoré sú v katalógu zdravotných výkonov. Nemali sme preto inú cestu, ako tam tie výkony pridať, aby ich mohla zdravotná poisťovňa uhrádzať.

• **Druhá časť katalógu sa mala opierať o severskú klasifikáciu Nomesco.**

Druhá časť je urobená podľa anatomico-funkčných skupín, kde sa rešpektujú jednotlivé orgánové systémy, ale aj niektoré činnosti ktoré sú spoločné pri viacerých orgánových systémoch a nedajú sa vždy jednoznačne zaradiť k danému orgánu. Pre tieto výkony sme zobrali ako vzor Nomesco Classification of Surgical Procedures Plus, NCSP+. Vzorový materiál podstúpil po zásahoch slovenských kolegov výrazné zmeny a doplnenia. Pôvodná Nomesco klasifikácia obsahovala iba chirurgické výkony. To „plus“ znamená, že sa k nej priradili aj zobrazovacie metódy, anesteziológia, funkčná diagnostika atď. Zaradili sme sem aj in vivo výkony nukleárnej medicíny, lebo podľa nás nepatria do SValZov.

• **Čím je kódovanie tohto systému inovatívne?**

Pri vytváraní kódu sa dbalo na to, aby jeho použitie umožnilo triedenie výkonov podľa stanovených potrieb. Napríklad – v nervovom systéme ako celku je okolo 1500 výkonov. Ak z nich chceme odfiltrovať chirurgické výkony, urobíme to tak, že na štvrtom mieste si zvolíme ako selekčný kód písmeno S, ktoré zodpovedá chirurgickým výkonom a vyfiltruje nám chirurgické výkony na nervovom systéme. Ak potrebujeme podrobnejšiu špecifikáciu, zvolíme si napr. kód pre lebku a mozog dokážeme odfiltrovať výkony týkajúce sa len tejto časti nervového systému. Inými slovami povedané, v našom katalógu je už zakotvený aj Zoznam výkonov. Napr., ak pracujem s diagnózou, ktorá sa týka ischemickej choroby srdca, viem jednoducho priradiť k tej diagnóze všetky výkony, ktoré sa robia na koronárnych cievach, na srdcovom svale, na srdcových chlopniach a na veľkých vnútrohrudníkových cievach. Viem ich priradiť globálne i čiastkovo. Pôvodný materiál (NOMESCO) bol doplnený v spolupráci so SÚSCH-om aj ďalšími kardiocentrami ako aj ambulantnými špecialistami-kardiológmi.

(dokončenie na nasledujúcej strane)

• Tretia časť katalógu – laboratórne výkony – sa stretla s najväčšou nevôľou...

...ktorá bola menšia napr. u biochemikov než u mikrobiológov. Mikrobiológovia chceli, aby mali pri každom biologickom materiáli uvedenú kultiváciu resp. stanovenie každého mikróba. Napríklad ak *Protea* vyšetrujem v moči, stolici, hemokultúre, tak chceli, aby ten *Proteus* bol pri tých vyšetreniach explicitne uvedený. Pritom keď nasadzujem hemokultúru, nasadzujem sadu pôd a robím vyšetrenie aeróbnej a anaeróbnej hemokultivácie. Voľba metodiky, ktorou realizujem toto vyšetrenie, je vecou laboratória, správnej laboratórnej praxe, otestovaných a externou kontrolou overovaných postupov a výsledkov, reprodukovateľnosti a ceny. Načo budem podporovať, aby niekto rádioimunoesejou robil to, čo viem spraviť v bežnom biochemickom laboratóriu?

• Je to teda niečo ako originál vs. generikum v liekoch?

Presne. Tu vznikla dosť veľká nevôľa, pretože pracovníci laboratórnych odborov požadovali veľmi podrobné spracovanie ich kapitol. Napr. mikrobiológovia mali okolo 1500 katalógových položiek, ktoré sa im potom

zúčili na 400 položiek. S biochemikmi a nukleárnou medicínou (časťou in vitro testov) sme došli k relatívne širokému konsenzu, i keď každého je ťažko uspokojiť, keď sa zavádza nová filozofia. Východisko na vypracovanie tretej časti bol SNOLAMED, vytvorený koncom deväťdesiatich rokov slovenskými odborníkmi.

• Doterajší bodovník sa sústredil na ambulantné výkony. Katalóg mal zaviesť terminológiu výkonov aj do ústavnej starostlivosti. Vedeli by sme tak zisťovať, čo sa v nemocniciach naozaj robí?

Katalóg by dal štatistike novú dimenziu. Naša dnešná ústavná štatistika spočíva z hromadenia diagnóz a nie výkonov, ktoré sa tam poskytli. Kedy bol pacient prijatý, vyliečený a prepustený – to mi nič nehovorí o tom, či bol prijatý na operáciu alebo konzervatívnu liečbu, zoperovaný a tým vyliečený alebo bol liečený symptomaticky resp. konzervatívne. Nevie mi predstaviť, ako bývalý ÚZIS, terazšie NCZI, vybuduje nový nemocničný informačný systém bez podrobného katalógu zdravotných výkonov. Zber dát na základe jestvujúceho systému bez katalógu je prakticky nemožný.

• Ako bude vyzerat' ďalšia budúcnosť katalógu?

Ministerstvo vraj bude pripravovať nejaký nový katalóg. Podľa tlačových správ by sa mal zobrať za vzor český katalóg/bodovník. No negatívna skúsenosť z Čiech by nám mala byť varovaním. Viacero renomovaných inštitúcií nás upozorňovalo – Stapro, Sanigest, IBM, teda firmy s veľkým zdravotníckym know-how – aby sme nešli vlastnou cestou ako Česi, ale aby sme prevzali hotové produkty a adaptovali ich na národné prostredie. Náš katalóg minimálne v prvých dvoch častiach tieto kritériá splňal.

• Sú tie tri roky práce na zrušenom katalógu stratené?

Nie, určite to nevnímam ako stratené roky. Inciatívy pri oprášovaní katalógu by sa mohli teraz ujať zdravotné poisťovne. Dielo, ktoré pod mojim vedením vykonali desiatky slovenských lekárov tu je a ostane. Ako a kto s ním naloží je vecou blízkej budúcnosti. Čo ma najviac trápi je zbytočná strata času a mrhanie intelektuálnym potenciálom tvorcov katalógu.

• Ďakujem za rozhovor.

TOMÁŠ SZALAY

Hrozba pre poisťencov

Plánovaná transformácia dvoch štátnych zdravotných poisťovní – Všeobecnej a Spoločnej – z akciových spoločností na verejnoprávne inštitúcie je hrozbou pre ich poisťencov.

Existujú aj dôležitejšie otázky, ako je ústavnosť transformácie štátom vlastnených zdravotných poisťovní z akciových spoločností na verejnoprávne inštitúcie, alebo to, prečo má vlastne štát dve poisťovne. Ak parameter ústavnosti nezodpovie ministerstvo, vláda či parlament, skončí transformácia zrejme na Ústavnom súde. Ak ministerstvo nezareaguje na parameter duality, určite odpovie trh. Prvotnou však musí byť otázka: Aká je skutočná motivácia ministerstva transformovať poisťovne?

ZÁJMY ĽUDÍ

Dnes je vlastníkom Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP) a Spoločnej zdravotnej poisťovne štát. Ten nesie plnú zodpovednosť za ich hospodárenie. Minister zdravotníctva ako vykonávateľ akcionárskych práv vo VŠZP menuje a odvoláva predstavenstvo (ktoré by malo byť eticky zrelé a odborne kompetentné).

Zároveň menuje dozornú radu, ktorej úlohou je z poverenia akcionárov (čiže opäť ministra zdravotníctva) dohliadať na predstavenstvo pri riadení spoločnosti. Tento koncept, pri ktorom existuje priama zodpovednosť jednotlivých orgánov navzájom a voči akcionárovi, sa nazýva corporate governance a jeho 7 princípov je celosvetovo uznávaných pri dobrom riadení spoločností. Minister zdravotníctva však mieni tento koncept opustiť a na otázku, čo priniesie zmena na verejnoprávne poisťovne ľuďom, pre Hospodárske noviny povedal: „Peniaze, ktoré tieto poisťovne spravujú, budú pod verejnou kontrolou a v ich orgánoch budú zástupcovia zamestnancov a zamestnávateľov. Občania budú mať garantované, že títo ľudia budú hájiť ich záujmy.“ Stane sa však pravý opak. Dnes je 100-percentným vlastníkom VŠZP a Spoločnej zdravotnej poisťovne štát, a teda štát cez výkon akcionárskych práv nominuje členov predstavenstva a dozornej rady. Prečo by však štátne poisťovne mali riadiť zástupcovia zamestnancov a zamestnávateľov? Tí do poisťovne neprinesú také potrebné know-how, ekonomické myslenie a ani manažérsky prístup. Oni si do poisťovne prinesú len svoje vlastné osobné záujmy.

SLOBODNÁ VOĽBA

Občania nepotrebujú, aby ich záujmy „chránili“ zástupcovia záujmových skupín, lebo slobodná voľba zdravotnej poisťovne umožňuje, aby si zvolili tú zdravotnú poisťovňu, ktorá najlepšie uspokojí ich pot-

reby. A to, či daná zdravotná poisťovňa najlepšie obhaja ich záujmy, je možné identifikovať len v súťaži rovnoprávných zdravotných poisťovní, kde ani jedna z poisťovní nemá štátom garantované výsadné postavenie oproti ostatným.

To sa však má zmeniť – štát chce odovzdať riadiace kompetencie záujmovým skupinám a zároveň si pre svoje poisťovne zmäkčí podmienky fungovania. Tie nebudú musieť mať licenciu od Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, čiže ich správanie nebude smerovať k vyššej efektívnosti a kvalite poskytovaných služieb. Navyše, dnes sú zdravotné poisťovne (ako akciové spoločnosti) legislatívne regulované rámcom Obchodného zákonníka či zákona o konkurze a vyrovnaní, ktoré sa na Slovensku pätnásť rokov vyvíjajú, zlepšujú a predstavujú štandardné prostredie pre fungovanie podnikateľských subjektov. Legislatívna úprava verejnoprospešných organizácií neexistuje, tak ako neexistujú štandardné podmienky pre ich účtovníctvo či nezávislý audit. Možnosť verejnej kontroly, ako ju pomenoval minister zdravotníctva, tak má len deklaratórny charakter.

SKUTOČNÝ DÔVOD

Všeobecná zdravotná poisťovňa zúfalo potrebuje zodpovedného vlastníka, jasnú víziu, kompetentný manažment a nanovo definovanú stratégiu nákupu zdravotnej starostlivosti. Jej platobná schopnosť pomaly klesá a ministerstvo namiesto štandardných zmien v samotnej poisťovni radšej deformuje prostredie (nová právna forma, mäkké rozpočtové obmedzenia, zníženie DPH na lieky). Skutočným dôvodom na zmenu dvoch štátnych spoločností z akciovej spoločnosti na verejnoprospešné poisťovne nie sú ministerstvom deklarované záujmy ich poisťencov, ale snaha používať najväčšiu poisťovňu ako realizátora ekonomických nezmyslov vlády – príkladom môže byť zníženie poplatkov a nútené kompenzácie cez VŠZP.

Navyše, beztrstnou tvorbou deficitu, ktorú vytvorenie verejnoprospešnej inštitúcie umožní, sa ministerstvo chce cielene zbaviť reálnej zodpovednosti za jej hospodárske výsledky. A zástupcovia zamestnávateľov a zamestnancov nominovaní parlamentom a obhajujúci „záujmy občanov“ budú už len povinnými svedkami celej tragédie.

PETER PAŽITNÝ

HENRIETA MAĐAROVÁ

(článok bol publikovaný v časopise .týždeň č. 40/2006)

VIACERÍ, LEPŠIE, DLHŠIE

Prvá fáza zdravotnej reformy v Maďarsku

Nech nás žije čím viac, čím dlhšie a v lepšej kvalite života – to je zmyslom všetkých zmien, ktoré majú byť realizované v maďarskom zdravotníctve. Ľudia v Maďarsku žijú o 6 rokov kratšie, než občania Západnej Európy. Je len na nás, aby sme túto neznesiteľnú situáciu zmenili. Vláda sa zaviazala radikálne zreformovať zdravotníctvo, nakoľko starý systém je neúčinný, nefunkčný a nefinancovateľný. Naším základným cieľom je vytvoriť zdravotníctvo, ktoré je založené na skutočne poistnom základe, na novej solidarite, poskytujúce spoľahlivé služby, kontrolované verejnosťou a zodpovedajúce výzvam verejného zdravotníctva.

V novom zdravotníctve je všetko pre pacienta a konečne to pociťuje aj on. V novom zdravotníctve s pacientom zaobchádzajú ako s dospelým, ktorý znáša zodpovednosť za svoj osud, je schopný rozhodovať sa a je mu poskytovaná starostlivosť v podmienkach dôstojných pre ľudí. V novom zdravotníctve neexistuje nezmyselné trápenie sa a zbytočná bezmocnosť, ale je sloboda voľby. V novom zdravotníctve lekári žijú zo svojho platu a neprijímajú úplatky. Základom nového zdravotníctva je skutočná solidarita: chudobnejší pacienti dostávajú zdravotnú starostlivosť na takej istej úrovni, ako bohatší a strácajú sa rozdiely medzi jednotlivými oblasťami v rámci starostlivosti.

V novom zdravotníctve sa starostlivosť zakladá na poistnom princípe, čierni pasažieri, ktorí neplatia príspevky, nemôžu na úkor ostatných užívať výhody systému. Rozumný prístup k starostlivosti, ktorá je potrebná k uzdraveniu a ktorá má dokázanú účinnosť, zabezpečuje sociálne poistenie založené na národnom kolektívnom riziku. V tomto poistení sú v rovnováhe práva: presne určený balík starostlivosti v záujme kontrolovateľnosti účinnej starostlivosti poskytnutej na základe skutočných potrieb, a povinnosti: príspevky primerané príjmom, spravodlivé a kontrolované znášanie bremien. Povinné zdravotné poistenie je doplnené silným doplnkovým poistným systémom, cieľom ktorého je jednak financovanie požiadaviek vyplývajúcich z individuálnych systémov hodnôt, ako aj podpora dokázateľne účinných preventívnych programov a programov životosprávy.

Vláda na svojom zasadnutí v Œszöd spustila prvú fázu zdravotnej reformy, ktorá pozostáva z nasledovných elementov:

ZRIADENIE DOZORU – INŠTITÚCIE, KTORÁ NÁS CHRÁNÍ

V novom zdravotníctve našim rozhodnutiam napomáha silný štátny dozor, ktorý stráži kvalitu služieb a účinné využívanie našich peňazí. Cieľom dozoru je, aby sme dostali čím lepšie služby a na základe dostupných informácií si mohli vybrať. Jeho úlohou je, aby dohliadal na naše peniaze na trhu služieb s viacerými aktérmi, strážil ich účinné a správne vynakladanie.

PRESTAVBA KAPACÍT, ZMENA ŠTRUKTÚRY – RACIONÁLNE LEPŠIE A SPRAVODLIVEJŠIE

Na jeseň sa začne štrukturálna prestavba systému zdravotnej starostlivosti. V novom zdravotníctve sa systém starostlivosti stáva spravodlivejším a modernejším. Jeho štruktúra a fungovanie sa prispôbuje úrovni doby, zmeneným podmienkam vzniku ochorení, vývoju zdravotníckych technológií a oprávneným požiadavkám obyvateľov. Znamená to prestavbu súčasnej nemocničnej starostlivosti s „nadváhou“ a posilnenie oprávnenej starostlivosti blízko k obyvateľstvu.

Moderným ambulanciam dostupným na úrovni malých regiónov pomáhajú v práci moderné diagnostické strediská a diaľkové konziliá,

väčšinu prípadov liečených dávnejšie v nemocniciach teraz ošetrí denné nemocnice oblastných zdravotných stredísk a jednodňové chirurgické strediská. Postupne sa stráca nerovnomernosť prístupu v rámci jednotlivých regiónov. Budú vybudované nové ambulancie a pohotovostné zdravotné strediská v tých regiónoch, kde v súčasnosti nie je odborná ambulancia.

Aktívna starostlivosť v nemocniciach sa sústreďí zväčša do regionálne organizovaných stredísk so špičkovou technológiou, ktoré zároveň fungujú aj ako pohotovostné strediská. Uvoľňujúce sa kapacity sa premenia na pohotovostné ošetrovne, rehabilitačné oddelenia a ošetrovateľské domy malých regiónov. Cieľom organizovania starostlivosti je, aby každý pacient bol ošetrený čím skôr a v najvhodnejšom mieste pre jeho ochorenie.

Vláda začne prestavbu v inštitúciách, ktoré sú v jej vlastníctve, takto chce byť príkladom pre regióny a samosprávy. Vláda chce podnecovať, aby sa zdravotné inštitúcie premenili na hospodáriace jednotky, aby sa hospodárenie inštitúcií stalo prehľadným, sledovateľným a kontrolovateľným.

POPLATKY ZA NÁVŠTEVU, DENNÝ NEMOCNIČNÝ POPLATOK – SYMBOLICKÁ SPOLUÚČASŤ PRE ÚČINNEJŠIU STAROSTLIVOSŤ

V novom zdravotníctve sa zníži nadbytočné zaťaženie systému starostlivosti. V záujme pacientov, lekárov a platiteľov daní znížime neodôvodnené využívanie systému starostlivosti. A preto podobne, ako je to v dvoch tretinách európskych krajín, aj v Maďarsku zavedieme v zdravotníctve platenie spoluúčasti v symbolickej čiastke. Zavedenie poplatku za návštevu vedie k tomu, že poistený občan sa stáva nákladovo uvedomelým kupujúcim služieb, zosilňuje sa jeho osobná zodpovednosť a v dôsledku toho sa racionalizuje využívanie systému starostlivosti. Celková výška zaplatených poplatkov zostáva poskytovateľovi, a táto suma, ktorá ročne predstavuje takmer 40 miliárd forintov, bude slúžiť na rozvoj zdravotnej starostlivosti.

Od 1. januára 2007 budú musieť pacienti platiť za každú návštevu u osobného lekára a v odborných ambulanciách 300 forintov. Taktiež za dni strávené v nemocnici sa bude musieť platiť denný príspevok vo výške 300 forintov. Podľa jednotlivých úrovní starostlivosti sa však od jedného pacienta môže žiadať najviac 6 000 forintov ročne. Ani tí, ktorí sa veľmi často musia obracať na svojho osobného lekára, navštevovať odbornú ambulanciu alebo nemocnicu nemôžu zaplatiť viac než 15 000 forintov ročne. Žiaden pacient nemôže zaplatiť ročne viac, než je táto čiastka. Sociálne odkázaní dostanú od obecnej samosprávy späť 2/3 zaplatenej spoluúčasti, a tak v ich prípade spoluúčast' v konečnom dôsledku predstavuje 100 forintov za jednu návštevu. Za lekársku starostlivosť o deti do 6 rokov sa spoluúčast' neplatí vôbec, a taktiež za deti vo veku od 6 do 18 rokov môže byť požiadané o vrátenie 2/3 zaplatenej spoluúčasti. Preventívne vyšetrenia ostávajú pre všetkých naďalej bezplatné.

S ohľadom na sociálnu solidaritu a odborné princípy sú v každom prípade od platenia poplatkov oslobodené osoby prijímajúce starostlivosť v nasledovných oblastiach:

Neodkladná starostlivosť, povinná starostlivosť v rámci verejného zdravotníctva, epidemiologická činnosť, preventívne vyšetrenia v určenom okruhu, starostlivosť o tehotné ženy, popôrodná starostlivosť, poradenstvo pri plánovaní rodiny, starostlivosť súvisiaca s darovaním krvi, darovstvo orgánov, transplantácia ako aj pohotovostná starostlivosť.

(dokončenie na nasledujúcej strane) ►

(dokončenie z predchádzajúcej strany)

Pacient musí presne vedieť, že keď sa obráti na lekára, tak kupuje služby, ktoré majú svoju cenu. Preto zavedieme vysťahovanie informatívnych vyúčtovacích dokladov, ktoré potvrdzujú plnenie. Takýto doklad pacient obdrží po každom ošetrení. Na základe vyúčtovacieho dokladu bude pacient vedieť, koľko jeho vyšetrenie poisťovňu v skutočnosti stálo. Zavedením vyúčtovacích dokladov a obehov hotovosti zanikne možnosť zneužívania, poskytovatelia budú vedieť zúčtovať s poisťovňou len takú starostlivosť, ktorá bola skutočne poskytnutá. Presné zúčtovanie je spoločným záujmom každého poistenca, platiteľa daní a príspevkov.

V maďarskom zdravotníctve existovala spoluúčasť aj doteraz, ale v nekontrolovateľnej a nespravodlivej forme: kto dáva úplatky, platí spoluúčasť. Pritom nie je cieľom, aby pacient platil veľa, ale aby malá čiastka platená regulárne nahradila neregulárne platené vysoké úplatky. Pretože je lepšie platiť menej načisto, ako viac načierno. Úplatky spôsobujú najväčšiu a najnespravodlivejšiu záťaž pre chudobných. Úplatky dávajú aj odkázaní, avšak čiastka spoluúčasti im môže byť vrátená. Zavedenie poplatkov za návštevu u lekára pravdepodobne pomôže potlačiť úplatkárstvo.

PODPORA LIEKOV – ZODPOVEDNÉ HOSPODÁRENIE S LIEKMI

Zákon o hospodárení s liekmi, ktorý má byť schválený na jeseň, vytvorí nový, spravodlivejší systém spoločnej zodpovednosti výrobcov liekov, distribútorov liekov, lekárov predpisujúcich lieky, pacientov a štátu. Nový zákon bude regulovať zľavy poskytované výrobcami, prísnejšie pravidlá predpisovania liekov lekármi, a úplne zverejní systém podpory cien liekov a systém zahŕňajúci do tejto podpory.

V novom zdravotníctve systém na podporu liekov rovnomernejšie rozdelí bremená, pretože za každý liek sa platí minimálny poplatok. Týmto krokom sa zníži neodôvodnená spotreba liekov, čím môžeme peniaze platiteľov príspevkov účinnejšie použiť. Dosiachneme, aby v podpornom systéme zostali len dokázateľne účinné a nákladovo efektívne lieky, prostredníctvom verejných cenových konaní a konkurenciou stlačíme ceny. V záujme racionalizácie výdaja liekov zavedieme v Maďarsku v lekárnach malý poplatok za výdaj liekov. Oddelíme zdravotné a sociálne aspekty v rámci distribúcie liekov. Vážne chorí a odkázaní sa budú vedieť dostať k svojim liekom so značnou podporou aj v budúcnosti.

Od 1. januára sa v prípade liekov skončí bezplatnosť, za všetky prípravky budú pacienti musieť platiť aspoň 300 forintov. Netýka sa to osôb odkázaných na podporu v rámci verejnej starostlivosti, pre nich ostanú lieky bezplatné do výšky 6 000 forintov cez elektronickú pokladnicu, a v prípade potreby liekov nad tento limit môže revízny lekár pokladní župných zdravotných poisťovní individuálne povoliť prekročenie rámca 6 000 forintov.

VIAC LEKÁRNÍ, STAROSTLIVOSŤ NA VYŠŠEJ ÚROVNI

V záujme pacienta umožníme väčšiu súťaživosť aj v rámci distribúcie liekov. Týmto sa zlepší prístup k liekom a v dôsledku konkurencie sa môže znížiť aj cena. Zrušíme tie pravidlá, ktoré doteraz sťažovali založenie lekárne. Viac lekární a väčšia konkurencia prinesie kvalitnejšie služby a niekedy aj nižšie ceny.

Tak ako v mnohých krajinách sveta, aj v Maďarsku bude možné v budúcnosti dostať lieky proti bolestiam hlavy a na potlačenie horúčky aj mimo lekární: v supermarketoch, na železničných staniaciach a prípadne aj na čerpacích staniaciach. Toto pravidlo platí pre lieky dostupné bez lekárskeho predpisu, ktoré je možné predávať vo viacerých členských krajinách únie aj mimo lekární.

PRESTAVBA OPATROVATEĽSKÉHO SYSTÉMU – DÔSTOJNÁ STAROBA

V záujme bezpečného a dôstojného opatrovania v starobe vytvoríme samostatný systém pre zabezpečenie opatrovania. Cieľom je, aby osoby odkázané na operu boli poctivo opatrené v jednotnom systéme, podľa možnosti vo svojom obvyklom prostredí. Určenie a oddelenie opatrovateľských úloh prinesie nielen lepšiu a bezpečnejšiu operu, ale odbremení zdravotníctvo od opatrovateľských úloh.

Na základe rozhodnutia vlády sa začnú prípravné práce na zabezpečenie jednotnej administrácie opatrovateľských služieb, výsledkom čoho bude vytvorenie bezpečného opatrovateľského systému, ktorý garantuje kvalitnú operu pre odkázaných ľudí.

Ďalej sa začne aj s likvidáciou nespravodlivosti v rámci systému invalidného zabezpečenia a posudzovanie osôb, ktoré sa stali invalidnými, bude v budúcnosti prebiehať v rámci spravodlivého systému bez korupcie, ktorý je prijateľný aj pre spoločnosť.

POVINNÉ ČLENSTVO V KOMORE – SLOBODA LEKÁROM A LEKÁRNÍKOM

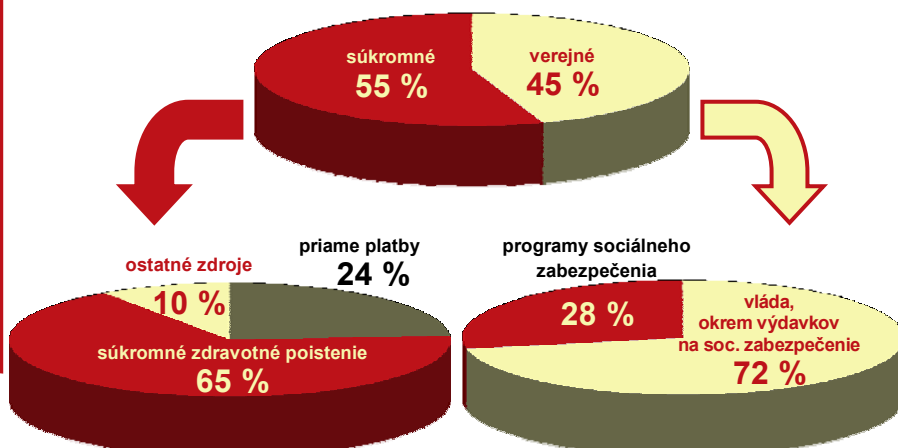
Osoby pracujúce v zdravotníctve oslobodíme od jednotne povinného členstva v komore. Naším cieľom je, aby vážnosť a silu odborných Komôr pracujúcich v zdravotníctve neskoršie neurčovala politika, ale vôľa členstva.

Tieto kroky musíme spraviť nielen kvôli Bruselu alebo v záujme čím skoršieho zavedenia eura. V nasledujúcich rokoch vytvoríme a budeme prevádzkovať taký nový zdravotný systém, ktorý zabezpečí našim deťom dlhší a plnší život.

To je v stávke práve sa rozbiehajúcej reformy.

Tento dokument bol schválený na rokovaní maďarskej vlády v dňoch 31. 8. – 1. 9. 2006 v Balatonószöde.

Graf: Zdroje výdavkov na zdravotníctvo v USA, 2004



Zdroj: OECD Health Data, 2006

INTO BALANCE

Držme sa faktov

TVRDENIE:

„Máme príklad, jeden jediný, kde je totálne súkromné zdravotníctvo, a to sú Spojené štáty americké.“

minister zdravotníctva Ivan Valentovič
relácia O 5 minút 12, STV1, 17. 9. 2006

SKUTOČNOSŤ:

45% výdavkov na zdravotníctvo v Spojených štátoch amerických je financovaných z verejných zdrojov, najmä výdavky na programy Medicare (pre zdravotne postihnutých a občanov nad 65 rokov) a Medicaid (pre sociálne slabšie vrstvy).

HENRIETA MAĎAROVÁ

Pripomienky k zabezpečeniu Národného imunizačného programu

Cieľom Národného imunizačného programu je znížiť až eliminovať výskyt infekčných ochorení dôsledným zabezpečovaním imunizácie najmä detskej populácie.

Prioritné úlohy imunizačného programu v SR pre rok 2007 sú najmä:

- zabezpečenie včasnosti a plynulosti pravidelného povinného očkovania
- udržanie vysokej zaočkovanosťi populácie,
- zosúladovanie pravidelného povinného očkovania s očkovaním v krajinách EÚ,
- zavádzanie polyvalentných (kombinovaných) očkovacích látok,
- zjednodušovanie schémy pravidelného povinného očkovania,
- používanie bezpečných menej reaktogénnych a vysoko imunogénnych očkovacích látok,
- včasné očkovanie detí migrantov a ťažko dosiahnuteľných skupín populácie.

Podmienkou zabezpečenia prioritných úloh Národného imunizačného programu (NIP) v roku 2007 je zmena decentralizovaného systému zabezpečovania očkovacích látok, ktorý sa realizoval od roku 2005. Táto zmena zásadne ovplyvnila organizáciu, riadenie a najmä kompetencie pri realizácii NIP a doterajšie skúsenosti ukázali jeho viaceré nedostatky.

DECENTRALIZOVANÉ ZABEZPEČOVANIE OČKOVACÍCH LÁTOK:

- absentovalo plánovanie očkovacích látok, ktoré v minulosti robili epidemiológovia úradov verejného zdravotníctva. Takto vypracovaný celoslovenský plán vakcín garantoval včasnosť a plynulosť pravidelného povinného očkovania, čo bolo zmenou systému zabezpečovania očkovacích látok narušené.

PRIPOMIENKA:

Nezodpovedá skutočnosti: centrálny nákup vakcín napr. 2004 priniesol zo sebou nepravidelný prísun vakcín a niektoré typy vakcín neboli vôbec k dispozícii niekoľko mesačné obdobie čo bolo zdôvodňované predĺžovaním výberových konaní. Z toho vyplývali aj nákupy vakcín, ktoré viedli niektoré skupiny k protestom proti očkovaniu napríklad sa jednalo o vakcíny s obsahom ortuťi pre najmenšie deti.

- tzv. decentralizovaný systém nebol dostatočne pripravený a koordinácia bola zabezpečená cestou kategorizácie liekov (vakcín) prostredníctvom novo vzniknutej pracovnej skupiny pre očkovacie látky (skupinu J07).

PRIPOMIENKA:

Je pravda že na začiatku roka 2005 chýbali niektoré vakcíny z dôvodov prechodu na nový decentralizovaný systém. V súčasnosti je zabezpečený pravidelný prísun očkovacích látok.

Členmi pracovnej skupiny pre vakcíny J07 sú: prim. MUDr. Rolný- infektológ, doc., MUDr. Hudečková- hlavný epidemiológ- Úrad verejného zdravotníctva Martin, MUDr. Avdičová – Úrad verejného zdravotníctva B. Bystrica, MUDr. Michaličková – alergoimunológ, MUDr. Móro- Asociácia súkromných lekárov pre deti a dorast SR, predsedom skupiny je MUDr. Prcúchová hlavný odborník pre všeobecnú starostlivosť pre deti a dorast.

Čiže ide o vyváženú skupinu odborníkov, ktorí majú do očkovania čo hovoriť teda epidemiológ, infektológ, imunológ a všeobecný lekár pre deti a dorast, ktorý prakticky očkovanie aj vykonáva.

- nebolo možné vytvorenie prehľadu o množstve očkovacích látok uhradených na jedno dieťa (neznalosť očkovacieho kalendára SR a počtu dávok tej ktorej vakcíny na jedno základné očkovanie).

PRIPOMIENKA:

Kedže sa vypisuje na každú očkovaciu látku recept, ktorý uhrádza zdravotná poisťovňa a súčasne sa vykazuje zdravotným poisťovním výkon očkovania 252b, je jasný počet očkovacích dávok a jej typ pre každé jedno dieťa. Údaje sú k dispozícii v zdravotných poisťovních a navyše ÚVZ má v kompetencii kontrolnú činnosť očkovania.

Po 1. 1. 2005 bola zrušená odborná komisia Ministerstva zdravotníctva SR – Pracovná skupina pre imunizáciu MZ SR, ktorej úlohou bolo pripravovať krátkodobú a dlhodobú stratégiu rozvoja imunizačného programu v SR. Zrušením Pracovnej skupiny pre imunizáciu prišlo prakticky k likvidácii centrálného riadenia a organizácie Národného imunizačného programu z pohľadu odborných argumentov. S odborníkmi úradov verejného zdravotníctva neboli prerokované novovytvorené legislatívne predpisy, resp. neboli akceptované ich pripomienky, čím prišlo k navodeniu chaotického a živelného stavu v legislatíve týkajúcej sa imunizácie.

PRIPOMIENKA:

Vid' hore: pracovná skupina bola vytvorená s odborníkmi aj z Úradu verejného zdravotníctva. Okrem toho sú vytvorené aj iné imunizačné komisie na platforme Úradu verejného zdravotníctva (napr. pre stratégiu očkovania).

- zvyšovali sa skladové zásoby očkovacích látok v ambulanciách i vo verejných lekárnach, čo viedlo k neprehľadnosti v zásobách, dĺžke uskladnenia a možného znehodnotenia vakcín.

PRIPOMIENKA:

V dobe centrálného systému a hromadných nákupov boli vydávané na pol roka očkovacie látky na bývalej „Hygienicko epidemiologickej stanici“ - t. č. Úrad verejného zdravotníctva pre všetky deti a skladovali sa v ambulanciách v tých istých chladničkách ako sa skladujú teraz, s tým rozdielom že teraz naopak si lekár vyberá očkovacie látky v lekárni na čo najkratšiu dobu. Navyše žiadna komerčná poisťovňa nepoistí znehodnotenie očkovacích látok v ambulancii, čiže lekár si nechce vytvárať zbytočné zásoby očkovacích látok a lekárnik si objednáva očkovacie látky u distribútora podľa potreby, kde je dlhodobé skladovanie zaistené.

- vznikla a rozvíjala sa indukovaná preskripcia pri presadzovaní vakcín s doplatkom tzv. „lepších vakcín“. Celkovo doplatky zo strany rodičov za vakcíny zaradené do tzv. povinného očkovania detí dosiahli v roku 2005 viac ako 54 miliónov Sk.

PRIPOMIENKA:

Hore uvedené naopak považovali rodičia detí za výhodu. Tak ako je to aj v ostatných okolitých krajinách. Dokonca naši rodičia kladne hodnotia možnosť čiastočnej úhrady vo výške sumy rovnajúcej sa základnej očkovacej látky vybranej ako „V“.

- zistilo sa nedodržovanie chladového reťazca pri transporte, uskladňovaní a manipulácii s vakcínami (výdaj očkovacej látky z lekárne priamo do rúk rodičom, nesprávne uskladňovanie vakcín v ambulancii, časté otváranie chladničiek, chladničky bez kontrolných teplomerov s možnosťou zmraznutia vakcín, resp. znehodnotenie vyššími teplotami).

PRIPOMIENKA:

Žiadna zmena oproti minulosti nebola. Lekári pozitívne hodnotia najmä to, že lekáreň je oveľa dostupnejšie ako boli „Hygienicko -epidemiologickej stanice“, ktoré predtým očkovacie látky vydávali.

- vznikol problém očkovania detí migrantov v utečeneckých táborech, ktoré nepodliehajú zdravotnému poisteniu.

PRIPOMIENKA:

Očkovacie látky hradia zdravotné poisťovne svojim poisťencom a preto úhradu očkovacích látok prípade utečencov treba riešiť iným spôsobom, tak ako sa vo svete čoraz viac pristupuje individuálne k rizikovým skupinám obyvateľstva.

- Z hľadiska etického a morálneho princípu je potrebné zabezpečiť rovnosť šancí všetkým deťom byť optimálne očkované, čo umožňuje len centrálny systém zabezpečovania očkovacích látok.

PRIPOMIENKA:

Očkovacie látky používané v súčasnosti na základné bezplatné očkovanie detí boli vybrané v dobe centrálného zabezpečovania očkovacích látok v r.2004 a schválené vtedajšou imunizačnou komisiou MZ SR, ktorá bola k 1.1.2005 zrušená. Tieto boli zaradené do nového systému „V“, aby sa vyhlo platbám za vakcínu a tiež recept.

CENTRÁLNE ZABEZPEČOVANIE OČKOVACÍCH LÁTOK:

- organizačné zabezpečenie očkovacích látok v SR je detailne prepracované tak, že je zabezpečená plynulosť a včasnosť očkovania a dodržiavanie chladového režimu na všetkých úrovniach manipulácie s vakcínami vrátane ich kontroly,

PRIPOMIENKA:

Nie je uvedené akým iným spôsobom ako výberovými konaniami je možné zabezpečiť hromadný nákup vakcín. Verejne obstarávanie v minulosti viedlo naopak k nepravidelnej dodávke očkovacích látok, nakoľko jednotlivé firmy opakovane proti rozhodnutiam výberovej komisie protestovali.

- zabezpečená je solidárnosť systému očkovania, to znamená, že všetci očkovanci dostávajú v rovnakom období rovnaký druh očkovacej látky (očakáva sa porovnateľná predpokladaná imunitná odpoveď, pretrvávanie ochranného účinku očkovania, reaktogenosť),

PRIPOMIENKA:

Uvedené je direktívou a potláčaním demokratických rozhodnutí v prípade ak existujú iné možnosti výberu z látok ktoré boli ŠUKL om schválené a na Slovensku lege artis registrované.

(dokončenie na nasledujúcej strane)

- minimalizovaná je možnosť zámene podania očkovacej látky v prípade viacerých druhov očkovacej látky v chladničkách očkujúcich lekárov, napr.: Infanrix, Infanrix-HepB, Infanrix-Hib, Infanrix Penta, Infanrix Hexa; Imovax D.T. Adult, Imovax Polio, Imovax Rabies Vero, atď.,

PRIPOMIENKA:

Ide o dehonestujúce tvrdenie pre všetkých ktorí manipulujú nielen s očkovacími látkami.

- možnosť realizácie imunologických prehľadov (overovanie účinnosti vakcín, stavu imunity očkovanca a možnosť realizácie epidemiologických opatrení úpravou očkovacej schémy),

PRIPOMIENKA:

Kontrolná činnosť prináleží aj v súčasnosti Úradu verejného zdravotníctva.

- možnosť plánovania výroby očkovacích látok zo strany výrobcu. Očkovacie látky sa nevyrobajú kontinuálne ako bežné lieky, ich výroba je časovo náročná (niekoľko mesiacov),

PRIPOMIENKA:

Plánovanie výroby je bežnou súčasťou obchodovania každej farmaceutickej firmy a očkovacie látky používané pri základnom očkovaní nie sú jedinými liečivami, ktoré je potrebné vyrábať niekoľko mesiacov.

- zabezpečenie dostupnosti očkovacích látok pre očkujúcich lekárov a úzky profesionálny kontakt pediatrov, epidemiológov a ostatných očkujúcich lekárov,

PRIPOMIENKA:

Existujúca sieť lekární v SR umožňuje väčšiu dostupnosť očkovacích látok než cez pobočky ÚVZ. Úzky profesionálny kontakt odborníkov by mal byť samozrejmosťou a fyzické odovzdávanie vakcín by nemalo byť rozhodujúcim faktorom tejto spolupráce.

- kontrakt s licencovaným špecializovaným distribútorom očkovacích látok znamená jednoduchú kontrolu kvality ich distribúcie,

PRIPOMIENKA:

Kto distribuuje v súčasnosti očkovacie látky do lekární ak nie špecializovaní distribútori?

- pri centrálnom zabezpečení väčšieho množstva dodávok predávajúci poskytuje množstevný rabat na nákup jednotlivých očkovacích látok,

PRIPOMIENKA:

Kategorizačný systém má viesť ku konkurenčnému prostrediu a je možnosť nižšieho rabatu aj v prípade kategorizácie, ak sa očkovacia látka dostane do režimu V

- z rezervy očkovacích látok sa očkujú deti v utečeneckých táboroch, čo je z epidemiologického hľadiska veľmi dôležité vzhľadom na zamedzenie vzniku a šírenia rýchlo sa šíriacich infekčných ochorení.

PRIPOMIENKA:

Z hygienickej stanice sa vydávali očkovacie látky proti zoznamu kapitovaných detí. Ak sa rodič rozhodol pre iný typ očkovacej látky za plnú úhradu v lekárni, vydaná očkovacia látka sa stala neupotrebitelnou, čím dochádzalo k plytvaniu. Očkovanie detí v utečeneckých táboroch by malo byť realizované zo samostatných účelových zdrojov a nie z peňazí určených pre povinné očkovanie našej populácie.

Na ďalšie zabezpečenie Národného imunizačného programu v SR počnúc rokom 2007 navrhujeme zaviesť centrálnu riadený Národný imunizačný program s úhradou cestou zdravotného poistenia.

PRIPOMIENKA:

Predchádzajúci centrálny nákup bol v minulosti realizovaný z kapitoly štátneho rozpočtu: nie je jasné akou formou by sa realizoval prostredníctvom čoraz väčšieho počtu zdravotných poisťovní. Nie je jasné, akým spôsobom budú v tomto prípade hradené očkovacie látky pre imigrantov, ktorý nie sú poisťencami žiadnej poisťovne.

Cena vakcín pre povinné očkovanie detí bude v roku 2007 predstavovať sumu asi 400 až 500 mil. Sk.

Organizačné zabezpečenie Národného imunizačného programu v SR je potrebné zastrešiť cez Ministerstvo zdravotníctva SR cestou Úradu verejného zdravotníctva a regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR (metodické riadenie a legislatíva).

Plánovanie očkovacích látok pre Národný imunizačný program realizovať cestou regionálnych úradov verejného zdravotníctva (skúsenosti z minulosti) na základe podkladov od všeobecných lekárov pre deti a dospelých a všeobecných lekárov pre dospelých.

PRIPOMIENKA:

Ako sa bude riešiť výber iných očkovacích látok na žiadosť rodiča?

Kontrolu Národného imunizačného programu vrátane distribučného systému zabezpečiť cestou regionálnych úradov verejného zdravotníctva (odbor epidemiológie). Ďalej je potrebná evidenčná kontrola zavedením informačného systému. Už teraz sú lekári povinní hlásiť očkovacie výkony na elektronických médiách regionálnym úradom verejného zdravotníctva v mesačných intervaloch (nariadenie vlády č. 337/2006 Z. z. o podrobnostiach o prevencii a kontrole prenosných ochorení).

Pre rok 2007 je na základe analýzy súčasnej platnej legislatívy pre zabezpečenie očkovacích látok pre NIP SR je pravdepodobne najjednoduchšou a v súčasnosti jedinou finančne krytou alternatívou plošný nákup očkovacích látok cestou zdravotných poisťovní. V súlade s § 86 zákona 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa na obstarávanie zdravotnej starostlivosti, liekov, zdravotníckych pomôcok, diietických potravín nevzťahujú osobitné predpisy o verejnom obstarávaní. Vyhláška MZ SR č. 445/2005 Z. z., ktorou sa ustanovujú lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré môže obstarat zdravotná poisťovňa v prílohe č. 1 definuje rozsah liekov, zdravotníckych pomôcok, diietických potravín, medzi ktorými sú antigénne kombinácie všetkých vakcín určených pre NIP SR.

V ROKU 2007 BUDÚ POTREBNÉ NASLEDOVNÉ ZMENY OČKOVACIEHO KALENDÁRA:

• Zmena celulóvej pertusickej zložky na acelulárnu

V súlade s odporúčaním Svetovej zdravotníckej organizácie a v súlade s praxou členských štátov Európskej únie je prioritné zaviesť do pravidelného povinného očkovania detí proti záškrtu, tetanu a pertusis očkovaciu látku s acelulárnou, t. j. menej reaktogénnou zložkou proti pertusis. Táto zmena bude predstavovať navýšenie ceny očkovania cca 310 mil. Sk, v prípade, že by sa ponechala revakcinácia celobunkovou vakcínou približne 230 mil. Sk.

• Zmena bivalentnej vakcíny na trivalentnú na preočkovanie adolescentov proti záškrtu tetanu a detskej obrne

V súčasnosti je trivalentná vakcína proti diftérii, tetanu a detskej obrne určená na preočkovanie adolescentov zakategorizovaná na čiastočnú úhradu. Zaradením tejto vakcíny na pravidelné povinné očkovanie by sa adolescenti preočkovali proti uvedeným trom infekciám jedným vpichom, čo zvýši akceptovateľnosť (compliance) očkovania a z finančného hľadiska by to znamenalo dokonca úsporu.

ÚLOHY NA ZABEZPEČENIE PLYNULOSTI A VČASNOSTI PRAVIDELNÉHO POVINNÉHO OČKOVANIA DETÍ A DOSPELÝCH V ROKU 2007:

1. Cestou Národnej imunizačnej komisie zdefinovať antigénne zloženie a kombináciu vakcín potrebných pre pravidelné povinné očkovanie detí a dospelých v roku 2007.
2. Vakcíny pre pravidelné povinné očkovanie uhrádzať z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.
3. Zrušiť kategorizáciu vakcín určených pre Národný imunizačný program (vakcíny v skupine „V“) a v súvislosti s tým zrušiť odbornú pracovnú skupinu pre vakcíny – J07 a prenesenie kompetencií na Národnú imunizačnú komisiu MZ SR.

PRIPOMIENKA:

Členmi pracovnej skupiny sú aj v súčasnosti zastúpení aj hlavný epidemiológ, imunológ, infektológ. Súčasná schéma plošného očkovania zodpovedá kvalitou očkovacím schémam okolitých EU krajín. Slovensko sa ako krajina EU bude čoraz viac riadiť doporučeniami a smernicami vydanými Európskym parlamentom a WHO. Vhodné je preto ponechať systém súčasnej kategorizácie vakcín ktorý je momentálne vyhovujúci a pružný.

4. Pripraviť plán očkovacích látok podľa určenia Národnej imunizačnej komisie a Úradu verejného zdravotníctva SR na úrovni okresov, krajov a SR prostredníctvom odborov epidemiológie regionálnych úradov verejného zdravotníctva.
5. Cestou zdravotných poisťovní pripraviť centrálnu objednávku vakcín pre rok 2007 na základe zmluvných cien s výrobcami.
6. Upraviť právne predpisy v súlade so zmenou systému zabezpečovania vakcín pre Národný imunizačný program.

PRIPOMIENKA:

Systém centrálného nákupu očkovacích látok znižuje flexibilitu systému a v prípade potreby náhle zmeny v potrebách obyvateľstva znemožňuje pružnú reakciu, resp. by došlo k neupotrebeniu už zakúpených nevhodných vakcín

KVETOSLAVA PRCÚCHOVÁ

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako *.pdf súbor) si môžete bezplatne objednať na e-mailovej adrese hpi@hpi.sk, kde radi prijmem aj Vaše pripomienky, názory a komentáre. Newsletter vychádza v slovenskej i anglickej jazykovej mutácii.