

OBSAH

Rašimu z hĺbky duše

Čakanie na spomalenie

Konečne efektívna regulácia cien liekov?

Zmena prerozdelenia: náklady prevyšujú prínos

Stanovisko HPI k rozpočtu zdravotníctva na roky 2009 – 2011

Ako sa vyvíjali spotreby liekov v roku 2009 – 2011 v Slovensku?

Maďarsko: Nové smery v zdravotnom poistení



Fotografia z lesa pod Sninským kameňom: nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance newsletter o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

Tel: +421 2 5464 3051
Fax: +421 2 5464 3053
E-mail: newsletter@hpi.sk

Rašimu z hĺbky duše...

Pri nástupe do funkcie mal minister zdravotníctva Richard Raši niekoľko hendikepov (viď *IntoBalance* 06/2008), ktoré sa po 100 dňoch jeho pôsobenia potvrdzujú.

Keď sa minister ujímal funkcie, jedným z jeho prvých vyhlásení bolo pripustenie možnosti, že schválený zákaz vyplácať zisky akcionárom zdravotných poisťovní by sa mohol zmeniť. Podmienkou však podľa neho bolo, aby nemocnice neboli v strate: „Keď budem mať systém nastavený tak, že zdravotnícke zariadenia budú mať na hospodárskom výsledku nulu, možno bude priestor.“

ZISK

Ako sa dalo predpokladať, tento postoj, ktorý bol v príkrom rozpore s vládou agendou, minister veľmi rýchlo zmenil. V debata na TA3 sa Raši dokonca priznal, že „so zákazom zisku z hĺbky svojej duše súhlasím a poviem vám aj prečo. Každé opatrenie, napríklad toto, ten zákaz zisku vravím, že priniesol životy mnohým občanom. Keby tie poisťovne boli motivované tvoriť zisk, akú máme garanciu, že práve ku mne alebo ku vám sa tento liek dostane?“

Nebolo by lepšie „z hĺbky duše“ zrušiť zisky aj farmaceutickým firmám, distribučným spoločnostiam či lekárňam? To by mala zisk zakázaná aj firma Martek Medical, patriaca českej finančnej skupine Agel, ktorá podľa týždenníka Žurnál „dostala rozsiahle objednávky na centrálné nákupy liekov od Všeobecnej zdravotnej poisťovne len pár dní po tom, čo Agel kúpil od Dušana a Martina Machovcov firmu Fakon, a premenoval ju. V predstavenstve Fakonu bol pred svojím vstupom do politiky aj predseda parlamentu a podpredseda Smeru Pavol Paška...“

Na konferencii Asociácie distribútorov liekov však minister Raši dosahovanie zisku distribútorov liekov obhajoval. Podľa agentúry SITA povedal, že „fungovanie distribučných spoločností je odlišné, pretože nežijú len z preplácania liekov na základe verejného zdravotného poistenia, ale sú limitované kategorizačnou komisiou, výškou plných úhrad, výškou doplatkov pacientov, ako aj silnou konkurenciou.“

Skúsme použiť túto logiku na trh zdravotných poisťovní a parafrázujme: fungovanie zdravotných poisťovní je odlišné, pretože nežijú len z preplácania zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia, ale sú limitované kategorizačnou komisiou (a minimálnou sieťou, a platobnou schopnosťou, a prerozdelením mechanizmom, a Úradom pre dohľad, ...), výškou maximálnych cien, výškou spoluúčasti pacientov, ako aj silnou konkurenciou. Zisk zdravotných poisťovní teda ohrozuje dodanie lieku, a ten istý zisk vytvorený u distribútorov liekov jeho dodanie už neohrozuje?

ODDLŽENIE

Ostatným Rašiho krokom je koncepcia oddlžovania zdravotníckych zariadení v objeme 8 miliárd korún v roku 2009. Uvažuje v nej s tromi alternatívami. Prvou je návratná finančná výpomoc zdravotníckym zariadeniam vo forme úveru od ministerstva financií. Táto alternatíva vlastne nie je oddlžením, ale reštrukturalizáciou dlhu pri výhodnejších podmienkach. Čas splácania jej navrhnutý na 15 rokov pri odložení splátok na prvé dva roky. Podmienkou získania takéhoto „úveru“ je

povinnosť vytvárať kladný hospodársky výsledok (inak známy aj ako zisk).

Druhá alternatíva je vytvorenie agentúry na riadenie dlhu ministerstva zdravotníctva, ktorá by prevzala všetky záväzky po lehote splatnosti (istiny). Tento návrh kopíruje techniku oddlženia cez spoločnosť Veriteľ, ktorá od veriteľov nemocníc odkupovala ich pohľadávky. Tretia alternatíva je dotácia zo štátneho rozpočtu vo forme štátnej pomoci. Táto technika opäť nie je oddlžením, ale predstavuje systém priamych dotácií zo štátneho rozpočtu. A zrejme bude narúšať hospodársku súťaž, lebo dotácie sa nedostanú k tým nemocniciam, ktoré sú napríklad v zisku.

Spoločným znakom všetkých troch alternatív je, že nemajú žiadne finančné krytie v budúcoročnom štátnom rozpočte, ktorého dosiaľ navrhované parametre sú aj tak veľmi krehké a zrejme sa ich nepodarí naplniť. Zhrnutie: prvá a tretia alternatíva konceptu oddlženia nie sú oddlžením. Zostáva len jedna jediná. Veriteľ 2.

POPLATKY

Hlavným sloganom súčasnej vlády v zdravotníctve je bezplatnosť. Minister Raši v debata v STV prizvukoval, že „filozofiou tejto vlády, ale aj mojím osobným záujmom je to, aby sa nevracalo to, čo bolo kedysi, teda aby si občania nemuseli za zdravotnú starostlivosť doplácať, aby bola bezplatná.“ Tak sa pozrime, čo vlastne bolo kedysi.

V roku 2005 – poslednom kompletnom roku ministrovania Rudolfa Zajaca – dosahovali podľa štatistiky priame platby obyvateľstva celkovo 20,4 miliardy korún vrátane približne 2,5 miliardy, ktoré občania zaplatili na poplatkoch za zdravotnú starostlivosť. Ročne teda priemerný občan zaplatil zo svojho vrecka približne 3 800 korún.

Na budúci rok však podľa návrhu štátneho rozpočtu dosiahnu platby občanov za zdravotnú starostlivosť objem 35,1 mld. korún. A to už pri zrušených poplatkoch. Každý obyvateľ vrátane detí a dôchodcov tak na zdravotníctvo zo svojho vrecka zaplatí 6 500 korún ročne. V pomernom vyjadrení tak v roku 2009 obyvatelia priamo zo svojho zaplatia viac 23 percent všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Za éry Rudolfa Zajaca to bolo maximálne 19 percent. Po zrušení poplatkov teda ľudia platia na zdravotníctvo viac ako predtým. Nominálne, aj relatívne.

... A KALIŇÁK

Predsa sa však našlo jedno vládne opatrenie, ktoré dáva zmysel. Ministerstvo vnútra chce transformovať nemocnicu MV SR na akciovú spoločnosť. Zmenu právnej formy odôvodňuje „vytvorením tlaku na jej efektívne fungovanie a hospodárenie, zvýšením kvality v poskytovaní služieb, transparentným hospodárením a v prípade správne definovaného podnikateľského plánu aj v prípadnom samofinancovaní svojho rozvoja, čo eliminuje požiadavky na štátny rozpočet.“ Po slovensky – bude dosahovať zisk a nebude ju nutné v budúcnosti oddlžovať. Nebolo by lepšie, keby sa ministrom zdravotníctva stal Robert Kaliňák?

PETER PAŽITNÝ

článok bol publikovaný v časopise *.týždeň* 44/2008

V septembri vyhlásilo ministerstvo zdravotníctva tri výzvy na čerpanie finančných prostriedkov prostredníctvom Operačného programu Zdravotníctvo: na rekonštrukciu a modernizáciu ambulancných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (200 mil. Sk, uzávierka prijímania žiadostí 5. december 2008), na rekonštrukciu a modernizáciu všeobecných nemocníc (2,4 mld. Sk, uzávierka 9. január 2009).

MONITORING SEPTEMBER 2008

17. septembra vláda schválila koncepciu tvorby štandardných diagnostických a liečebných postupov, ktorú predložilo ministerstvo zdravotníctva.

28. septembra oznámila Nemocnica Modra, n.o., že od 1. októbra bude poskytovať iba denný interný stacionár a ošetrovateľskú službu. Na takúto zmenu nemocnica pristúpila potom, čo niektoré poisťovne nemocnici s platnosťou od 1. júla nepredĺžili zmluvy.

29. septembra stiahlo ministerstvo financií svoju pripomienku k schvaľovaniu rozpočtov zdravotných poisťovní, ktoré je obsiahnuté v novele zákona o zdravotných poisťovniach.

30. septembra vyhlásilo ministerstvo zdravotníctva výzvu na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok na rozvoj nových foriem ďalšieho vzdelávania lekárov dištančnou formou (50 mil. Sk, žiadať o príspevok je možné do 28. novembra 2008).

Čakanie na spomalenie



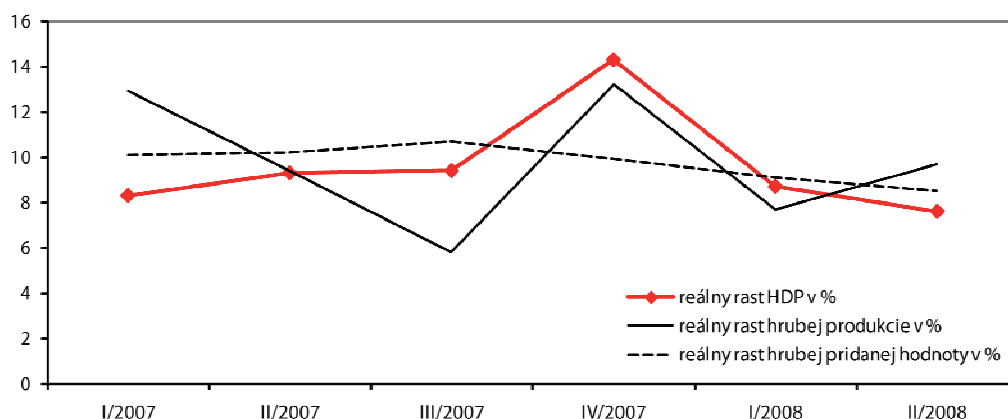
Krátko po tom, ako Štatistický úrad SR zverejnil celkom atraktívne čísla o vývoji HDP v druhom štvrtroku 2008, sa celkom oprávnene objavili úvahy o potrebe revízie prognóz pre rok 2009. So spomalením rastu HDP v rokoch 2008 a 2009 sa všeobecne počítalo. **Ale dopady finančnej krízy nútia k zamysleniu, či doteraz odhadované spomalenie nie je stále príliš mierne.**

ČO PRÁVE BOLO: RAST HDP OSLABENÝ, AJ TAK VŠAK VEĽMI SILNÝ

Reálny medziročný rast HDP v druhom štvrtroku 2008 dosiahol 7,6 % (Graf 1). Táto hodnota je o 1,7 percentuálneho bodu nižšia ako bola v rovnakom období predchádzajúceho roka. Ide teda o spomalenie ekonomického rastu. Ale spomalil sa na hodnotu, ktorá je stále mimoriadne vysoká. Slovensko tak naďalej patrí ku krajinám s najsilnejším ekonomickým rastom v prostredí

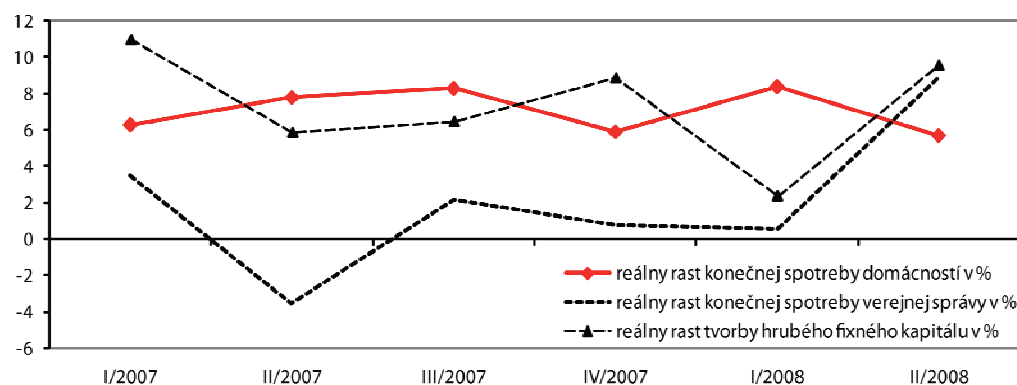
EÚ. Spomalenie rastu HDP bolo čiastočne dané veľmi vysokou porovnávacou základňou z predchádzajúceho roka. Čiastočne je však spôsobené ústupom faktorov, ktoré dočasne zvýšili tempo ekonomického rastu (v rokoch 2006 a 2007) k mimoriadne vysokým hodnotám. Týmito faktormi boli spustenie výroby vo veľkých automobilkách, investičný boom či predzásobovanie sa tabakovými výrobkami v očakávaní rastu spotrebnej dane a pod.

Graf 1: Tempo reálneho rastu HDP a iných parametrov produkcie



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 2: Tempo reálneho rastu vybraných zložiek použitia HDP



Zdroj: Štatistický úrad SR

V štruktúre použitia HDP zaujme spomalenie rastu konečnej spotreby domácností (Graf 2). Aj tu však platí, že ide o spomalenie na stále vysokú hodnotu. Vysokú dynamiku rastu si zachovala tvorba hrubého fixného kapitálu a prudko sa zvýšilo tempo rastu spotreby verejnej správy. Predpokladáme však, že rast spotreby verejnej správy sa opätovne utlmí, lebo jej tempo rastu z druhého štvrtroka by v dlhšom období nebolo v súlade so zdravým ekonomickým rastom.

ČO TERAZ PRÍDE: SPOMALENIE S NEISTOU MIEROU

Už pred nástupom súčasnej globálnej finančnej krízy bol všeobecne očakávaný pokles tempa rastu HDP na nižšie, stále však relatívne vysoké hodnoty. Údajov o HDP za rok 2008 sa kríza dotkne v menšej miere, pretože bude ovplyvnený len posledný štvrtrok. Preto tu prichádza do úvahy len malá korekcia na úrovni desiatin percentuálneho bodu. Otázkou je skôr dynamika rastu ekonomiky v roku 2009.

Aj naše predikcie pre rok 2009 vypovedali o spomalení tempa rastu. Teraz sa vynára otázka, či je potrebné ešte ďalej korigovať to spomalenie, ktoré sme predikovali. V porovnaní s predikciami MF SR alebo prognózami vybraných bánk publikovanými NBS bola predikcia HPI pre rok 2009 opatrnnejšia: tempo rastu reálneho HDP na úrovni 5,9 % podľa prognózy HPI (podľa *Into*

Balance 07/2008) pôsobilo ako konzervatívny odhad popri hodnote 6,5 %, ktorú predkladala NBS (podľa makroekonomických predikcií vybraných bánk v septembri 2008) alebo tých istých 6,5 % podľa prognózy Inštitútu finančnej politiky pri MF SR (tiež september 2008).

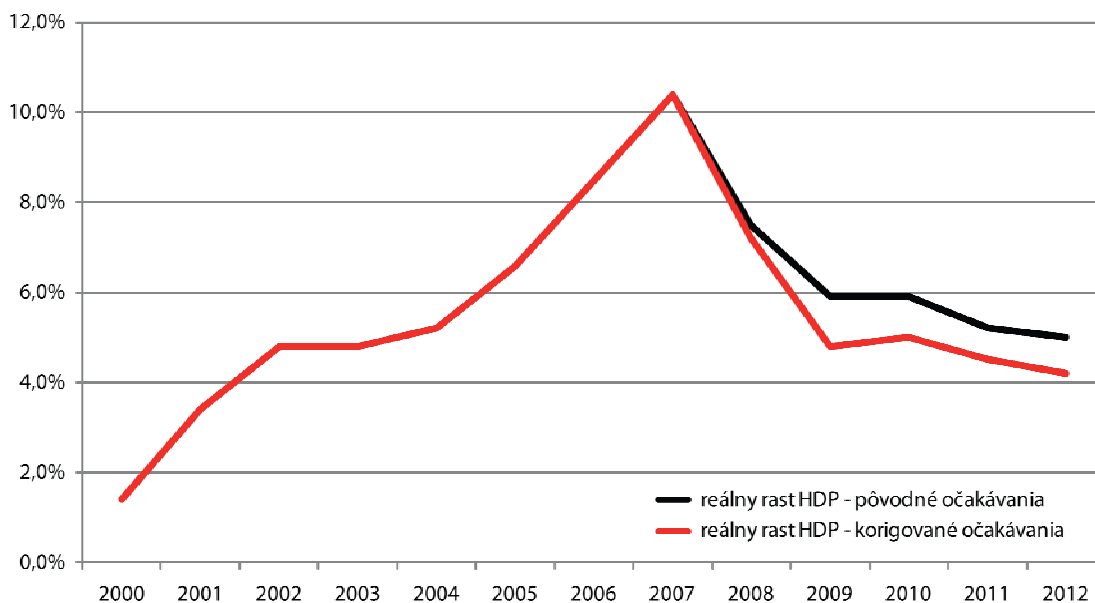
MF SR ako autorita na predikcie sa v priebehu októbra stavala ku korekcii prognóz veľmi opatrne. IFP pri MF SR vo svojom komentári¹⁾ „*Sme na vode?*“ zo 16.10. 2008 bránil svoju súčasnú prognózu nevyhýbajúc sa revízii „*keď sa nazbiera dostatočne veľa relevantných informácií*“.

„Dostatočne veľa relevantných informácií“ k spresneniu odhadov tempa ekonomického rastu naozaj zatiaľ chýba. Preto sa prognózy v tejto chvíli len ťažko korigujú a ich autori ku korekciám v prostredí neobvyklej neistoty pristupujú s opatrnosťou a neochotou. Kým však organizácie ako IFP vyčakávajú s korekciami prognóz kvôli dodržaniu pravidiel rozpočtovacieho procesu, my si môžeme dovoliť pružnejšie zasiahnuť do našich predikcií. Hoci aj pred korekciou pôsobí náš odhad skôr konzervatívne, predsa **upravujeme odhadované tempo reálneho rastu HDP na 4,8 %** s tým, že budeme toto číslo ďalej korigovať podľa objavovania sa relevantných informácií o dopadoch krízy. Z makroekonomických prognóz vybraných bánk, ktoré publikuje NBS, vyplýva zatiaľ (v októbrovej aktualizácii prognózy) hodnota 5,1 %.

KAROL MORVAY

1) Krajčír, Z: *Sme na vode? Komentár 2008/17. Inštitút finančnej politiky, 16. 10. 2008*

Graf 3: Tempo reálneho rastu HDP: pôvodné a korigované očakávania HPI



Poznámka: Po rok 2007 - skutočné dáta, ďalej predikcia HPI
Zdroj: Skutočné dáta podľa Štatistického úradu SR, predikcia HPI

3. septembra informovala Fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava o výške svojho dlhu. K dosahoval 1,44 mld. Sk. 13. septembra oznámila

BIZNIS MONITORING SEPTEMBER 2008

Košická Fakultná nemocnica L. Pasteura plánuje výstavbu nového chirurgického monobloku so 450 lôžkami, 18 operačnými sálami v centrálnom operačnom trakte, 3 operačnými sálami na oddeleniach, heliportom na streche a samostatným parkovacím domom s kapacitou 290 miest. Odhadované náklady na stavbu chirurgického monobloku sú vyše 1,897 miliardy korún.

24. septembra zverejnila nemocnica v Starej Ľubovni, n. o. svoju výročnú správu. Rok 2007 ukončila nemocnica s hospodárskym výsledkom 14,93 mil. Sk. Náklady zdravotníckeho zariadenia dosiahli 186,29 mil. Sk a výnosy 201,22 mil. Sk.

25. septembra rozhodli poslanci Mestského zastupiteľstva v Levoči, že väčšinový podiel vo Všeobecnej nemocnici s poliklinikou, a.s. Levoča získala spoločnosť Agel SK, a.s. Bratislava. Spoločnosť Agel SK by mala získať v nemocnici 67 % akcií za 42 mil. Sk.

26. septembra zverejnila Regionálna nemocnica Sobrance, n.o. výročnú správu za rok 2007. Nemocnica podľa nej dosiahla zisk 2,124 mil. Sk. Zdravotnícke zariadenie hospodáril s výnosmi 22,296 mil. Sk a nákladmi 20,172 mil. Sk.

Na oddženie nie sú v rozpočte plánované zdroje

K 30. 6. 2008 dosahoval dlh v štátnych zdravotníckych zariadeniach 5,9 mld. Sk (€196 mil.). Ministerstvo zdravotníctva predložilo v októbri návrh troch spôsobov oddženia zdravotníctva, nevyučuje ani ich kombináciu:

- návratná finančná výpomoc
- vytvorenie agentúry pre riadenie dlhu MZ (alias Veriteľ II)
- dotácia zo štátneho rozpočtu

Návratná výpomoc bude znamenať, že nemocnice sa nezbačia svojich dlhov, len namiesto svojich dodávateľov budú dlžné štátu. Štátna dotácia môže byť hodnotená Európskou komisiou ako porušenie hospodárskej súťaže. Jediným funkčným modelom oddženia podľa HPI je navrhovaný model Veriteľ II.

Oddženie odmeňuje neefektívnu (a trestá efektívnych poskytovateľov). Aby sa oddženie nestalo motiváciou k tvorbe ďalšieho dlhu, pred akýmkoľvek oddžovaním je potrebné prijať opatrenia zamedzujúce jeho tvorbu.

Motiváciu efektívne hospodáriť u pravidelne oddžovaných štátnych poskytovateľov dokážu vyvolať len tvrdé rozpočtové obmedzenia. Ak minister zdravotníctva nemocniciam dôveruje, že budú schopné pri vyrovnanom hospodárení splácať návratnú finančnú výpomoc, rovnakú dôveru môže vložiť do ich schopnosti prežiť ako akciové spoločnosti.

Problémom je finančné krytie: v návrhu štátneho rozpočtu na budúci rok sa s peniazmi na oddženie nemocníc nepočíta.

HEALTH POLICY INSTITUTE

Nemocnica ministerstva vnútra má byť akciovou spoločnosťou

Racionálne argumenty v prospech transformácie

Ministerstvo vnútra (MV) predložilo do pripomienkového konania návrh na zmenu právnej formy Nemocnice MV SR z príspevkovej organizácie na akciovú spoločnosť so 100-percentnou účasťou štátu. Základnými prínosmi vykonaného procesu zmeny právnej formy majú byť podľa MV:

- akciová spoločnosť bude vystavená otvorenému trhovému prostrediu, ktoré **vytvorí tlak na jej efektívne fungovanie a hospodárenie. To prinesie aj zvýšenú kvalitu** v poskytovaní služieb pre rezort vnútra, ostatné štátne organizácie, resp. pre súkromný sektor,
- **transparentné hospodárenie,**
- **v prípade správne definovaného podnikateľského plánu bude akciová spoločnosť samofinancovať svoj ďalší rozvoj, čo eliminuje požiadavky na štátny rozpočet.**

Konečným cieľom má byť fúzia s nemocnicou ministerstva obrany, ktorá sa na akciovku zmenila za predošlej vlády.

HPI víta návrh ministerstva vnútra na transformáciu nemocnice MV a súhlasí i s jeho ekonomickým odôvodnením. **HPI odporúča ministerstvu zdravotníctva, aby z rovnakých dôvodov prešli procesom transformácie na akciové spoločnosti aj ostatné štátne zdravotnícke zariadenia (príspevkové organizácie).**

Transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti bola súčasťou reformných zákonov z roku 2004, pre predčasnú voľbu v roku 2006 sa však nedokončila. V roku 2007 bola defini-

tívne zastavená a príslušné ustanovenia boli vypustené z platnej legislatívy, hoci to nebolo súčasťou programového vyhlásenia vlády, ani volebných programov vládnych koalíčných strán.

Zastavenie transformácie ministerstvo zdravotníctva pred rokom odôvodnilo nasledovne: „Zmenou právnej formy zdravotníckeho zariadenia predchádzajúcou vládou štát stratil jeden z nástrojov zabezpečujúcich kompetenciu štátnej správy nad zdravotnou starostlivosťou a výkonu štátnej zdravotnej politiky.“

Navrhovanou transformáciou nemocnice MV štát nestrať nástroj na zabezpečenie kompetencie štátnej správy v rezortnom zdravotníctve. Naopak, pre rezort sa skvalitnía a zefektívnia zdravotnícke služby, uvádza dôvodová správa. Nemení sa vlastníci, len právna forma. Vláňajšie odôvodnenie ministerstva zdravotníctva je tak preukázateľne živé.

Zrušenie legislatívy upravujúcej transformáciu nemocníc znamená, že transformácia Nemocnice MV SR musí prebiehať podstatne komplikovanejším spôsobom a v rozpore s predchádzajúcim rozhodnutím vlády o zastavení transformácie.

Zároveň je to však príležitosť na otvorenie diskusie o pokračovaní transformácie ostatných nemocníc na akciové spoločnosti, ktorú považujeme za nevyhnutný krok k efektívnosti a budovaniu zodpovednosti v zdravotníctve.

HEALTH POLICY INSTITUTE

Program SDKÚ: dokončiť reformu a... zatiaľ nič viac.

SDKÚ predstavilo v septembri svoj program nazvaný *Slovensko má na viac*. SDKÚ si zdravotníctvo aj naďalej predstavuje bezplatné, dostupné, sociálne a solidárne, akoby sa nesnažilo oslovit' pravicového voliča. Drží sa univerzalistického schémy bez snahy využit' rastúce očakávania strednej a vyššej sociálnej vrstvy po individualizovaných riešeniach.

Z odborného hľadiska program veľmi nejasne rozlišuje medzi cieľmi a nástrojmi zdravotnej politiky, pričom väčšinou zostáva v deklaratórnej rovine a navyše bez kvantifikácie fiškálnych dopadov (napr. zvýšenie miezd lekárov na úroveň 2,5-násobku priemeru SR).

Na druhej strane je však potrebné uznať, že program SDKÚ sa zmieňuje aj o konkrétnych projektoch na zlepšenie systému, ktoré dnešná vládna politika nevie, nechce alebo odmieta realizovať: ide predovšetkým o transformáciu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti, zavedenie DRG, zjednodušenie ročného zúčtovania poisťného, prijatie zákona o dlhodobej starostlivosti, zrušenie diskriminačného zákazu zisku, či zlepšenie prerozdelenia. Nejde pritom o zásadne nové, inovatívne plány, ale o dokončenie Zajacovej reformy v jej pôvodnom zámere, k čomu v roku 2006 chýbal v SDKÚ dostatok odvahy.

PETER PAŽITNÝ

Konečne efektívna regulácia cien liekov?



Regulácia cien liekov bola v roku 2004 presunutá z ministerstva financií (MF) do kompetencie ministerstva zdravotníctva (MZ). Dôvodom bola skutočnosť, že MZ je odborne viac spôsobilé posudzovať ceny zdravotníckych produktov než MF. Aj

keď v regulácii cien generických liekov sa ministerstvu podarilo uspieť pomerne dobre zapojením konkurenčných mechanizmov do cenotvorby, regulácia cien originálnych liekov zatiaľ zaostávala, a to aj napriek existujúcej legislatívnej podpore v zákone č 577/2004 o rozsahu. Za posledný rok a pol ministerstvo aspoň dvakrát plošne znížilo ceny liekov ako reakciu na posilňovanie koruny voči euru. Aj keď išlo o legitímne kroky v rámci regulácie cien, tieto kroky nevyrovnali rozdiely medzi menej a viac nadsadenými cenami liekov a nešlo o systémové kroky, ktoré by mohlo ministerstvo používať aj v budúcnosti.

Viacere analýzy publikované v priebehu posledných dvoch rokov ukázali, že ceny mnohých liekov na Slovensku sú významne vyššie než v okolitých krajinách.¹⁾ Znamená to, že za rovnaký efekt platíme niekedy aj o 40 či 60 % viac než v Španielsku, Francúzsku, Českej republike alebo Veľkej Británii.

AKO REGULOVAŤ CENY LIEKOV

Otázka znie, aká by mala byť tá správna cena za účinok, ktorý liek prináša. Odpovedať na túto otázku si dovoľujú dnes len niektoré krajiny, ktoré sa snažia stanoviť, akú cenu za prínos lieku (náklady na 1 kvalitný rok života – QALY alebo na inú jednotku prínosu) sú ochotní zaplatiť a farmaceutické firmy musia cenu svojho lieku prispôbiť, ak ho chcú predávať na tomto trhu. Samozrejme, takýto prístup si môže dovoliť krajina s vyšším dopadom na spotrebu ako Slovensko, ak očakáva, že výrobca cenu prispôbi. Pre menšie krajiny takéto rozhodnutie zvyčajne znamená, že liek na trhu nebude (resp. že nebude hrađený z verejných zdrojov).

Pri regulácii cien liekov v mnohých krajinách si preto pomáhajú „obzeraním sa, čo robia druhí“. To znamená, že krajina sa pri stanovovaní ceny lieku najprv pozrie, akú cenu má tento liek v iných krajinách a maximálnu cenu určí podľa toho. Rovnako malo Slovensko stanovenú maximálnu cenu pre lieky ako maximálne 10 % bonus nad priemer z troch najnižších cien z 9 referenčných krajín. Novela zákona o rozsahu túto hranicu k 1. 1. 2008 zmenila na priemer šiestich najnižších cien zo všetkých krajín EÚ.

Rozšírenie počtu krajín z 9 na celú EÚ bol návrh MZ, ku ktorému si zástupcovia farmaceutického priemyslu vylobovali rozšírenie počtu porovnávaných najnižších cien z troch na šesť. Tento ústup bol zo strany MZ akceptovaný len za podmienky (s ktorou farmaceutické firmy v tom čase súhlasili ako s kompromisným riešením), že na stanovenie ceny lieku a teda jeho vstup na trh na Slovensku, je potrebné, aby liek mal niekde stanovených týchto 6 cien. To znamená, že zástupca výrobcu môže žiadať o stanovenie úradnej ceny a zaradenie medzi hrađené lieky až vtedy, ak sa už v iných šiestich krajinách predáva. Toto je však podmienka, ktorá oddiali vstup nových liekov na trh – a to nielen vtedy, keď pôjde o drahé nové lieky, ale aj v prípade, že pôjde o lieky, ktoré by mohli šetriť náklady v zdravotníctve.

Aj v Českej republike riešili nedávno novú definíciu stanovenia cien liekov. Podľa ich legislatívy sa cena lieku stanoví ako najnižšia z cien v referenčnom koši krajín, pričom referenčný koš krajín je stanovený na základe podobnej ekonomickej výkonnosti referenčných krajín. Vychádza z predpokladu, že ceny liekov podobne ako ceny iných tovarov, zodpovedajú ekonomickej sile krajiny. **V praxi sa však často paradoxne stretávame s tým, že najnižšie ceny nemajú najchudobnejšie krajiny Európy, ale Veľká Británia alebo Francúzsko.** Ceny tu zodpovedajú veľkosti trhu a z toho vyplývajúcej vyjednávačej sile krajiny: výrobca si nemôže dovoliť neuviesť liek na trh vo veľkej krajine a prísť tak o tržby.

PREČO NA SLOVENSKU PLATÍME VEĽA ZA LIEKY

Problémom však na Slovensku nebola ani tak hranica stanovenia maximálnej ceny lieku, ale jej aplikácia len pri zaraďovaní liekov do zoznamu liekov. Lieky totiž v období procesu zaraďovania do zoznamu ešte nemajú stanovené ceny v iných krajinách (zaraďovanie prebieha paralelne vo viacerých krajinách naraz). Preto vypočítaná maximálna cena, ktorá vychádza z cien platných pri podaní žiadosti, nemusí byť rovnaká ako cena vypočítaná o polroka alebo rok neskôr. Ministerstvo tak mohlo opakovaním prehodnocovaním cien liekov významne šetriť verejné zdroje. Napriek tomu až teraz, po 4 rokoch, po prvýkrát konečne pristupuje k revízii cien liekov. **Slovo „konečne“ je naozaj namieste, pretože odhadom ročne prichádzame na vyšších cenách liekov o niekoľko miliárd Sk.** Ministerstvo to však nebude mať jednoduché, aby technicky a administratívne zvládlo novú dikciu zákona.

1) vid' Szalayová A.: Priestor na úsporu stoviek miliónov korún: Dôsledná cenová regulácia liekov. *IntoBalance* 6/2007
Szalayová A.: Porovnanie Top 100 liekov v SR a ČR, *IntoBalance* 2/2006
Peter Goliáš, INEKO: Ktoré lieky majú byť „zadarmo“? Top lieky dotujeme podstatne vyššími sumami ako Česi.
<http://blogy.etrend.sk/inekomenty/ktore-lieky-maju-byt-zadarmo/140171.html>

KONEČNE CENOVÁ REGULÁCIA

Zvýšenie počtu krajín, z ktorých sa hľadajú najnižšie ceny lieku znie na prvý pohľad ako dobrý nápad. Problém však je v tom, že nie všetky krajiny regulujú ceny formou vyhlásenia maximálnej ceny výrobcu (ktorá sa má pri regulácii cien u nás používať). Skutočnosť je taká, že niektoré krajiny EÚ regulujú len konečné ceny liekov (a nerozlišujú, aká časť tejto ceny prináleží výrobcovi, distribútorovi a lekárnikovi) alebo neregulujú ceny liekov vôbec (a regulujú napr. len maximálnu výšku úhrady a je na výrobcovi, či svoju cenu prispôsobí tak, aby zodpovedala maximálnej úhrade alebo rozdiel medzi cenou a úhradou ponechá na spoluúčasti pacientov). A niektoré krajiny nezvereňujú vôbec žiadne ceny. Ďalším problémom môžu byť rozdielne ceny lieku v čase alebo v rôznych lekárňach – ministerstvo bude musieť zadefinovať, za aké obdobie a akým spôsobom sa ceny určia.

Tieto problémy sa dajú teoreticky riešiť aplikáciou zvyčajných marží distribútorov a lekární, prípadne zisťovaním cien vo vybraných lekárňach za presne zadefinovaných podmienok. **Prakticky však môže nastať viacero problémov – od toho, kto a ako bude tieto ceny zisťovať a vypočítavať až po situácie, kedy priemerné koeficienty nebudú zodpovedať skutočnosti pri konkrétnom lieku.**

DATABÁZA CIEN LIEKOV V EÚ

Ministerstvo tvrdí, že prvú časť problémov má vyriešenú. Na základe spolupráce so susednými krajinami vytvorili databázu cien liekov celej EÚ. Vzhľadom na neverejnosť cien z niektorých krajín ju vraj však nemôžu zverejniť. Ak ministerstvo túto databázu má, je to milý krok vpred, ktorý mu budú závidieť ostatné krajiny, ktoré sa o niečo podobné snažia niekoľko rokov napr. aj pod zastrešením WHO ako projekt PPRI (<http://ppri.oebig.at>). Neverejnosť tejto databázy však žiaľ ešte viac skomplikuje situáciu pri konkrétnych vyjednávaniach so zástupcami výrobcov, ktorí budú v prípade nezrovnalostí výšku stanovených cien rozporovať.

Na prvý pohľad by sa možno zdalo administratívne jednoduchšie, ak by MZ zverejnilo zoznam nimi vypočítaných cien a následne nechalo výrobcov, aby prípadné nezrovnalosti rozporovali. Toto by však bolo komplikované vzhľadom na výrobcov, ktorí sú povinní podať návrh na novú cenu, ak pri ich kontrole zistia, že ich cena na Slovensku je vyššia než ako dovoľuje zákon. Ministerstvo si podané návrhy aj ceny liekov, na ktoré návrhy na nové ceny nebudú podané, prekontroluje so svojimi výpočtami. Ak bude navrhnutá alebo existujúca cena rovnaká alebo nižšia než maximálna cena vypočítaná ministerstvom, ministerstvo akceptuje navrhnutú cenu alebo ponechá pôvodnú cenu lieku. Ak bude pôvodná alebo navrhnutá cena vyššia ako maximálna cena vypočítaná ministerstvom, ministerstvo iniciuje stretnutie medzi zástupcom výrobcu a ministerstvom, kde sa konkrétne nezrovnalosti vydiskutujú. Ak zástupca výrobcu nepresvedčí ministerstvo o ním predložených cenách, ministerstvo použije ním vypočítanú cenu. Ako bude takéto presvedčanie prebiehať a čo bude považované za dostatočné

dôkazy, nie je zatiaľ zrejmé a **vzhľadom na to, že referenčné ceny nebude ministerstvo zverejňovať, transparentnosť procesu sa nedá očakávať.**

CENOVÁ REGULÁCIA A KATEGORIZÁCIA LIEKOV

Ďalší problém s úpravou cien nastane pri premietnutí nových cien do kategorizácie, keď sa môže stať, že lieky v jednej skupine budú mať významne rôzne ceny a ministerstvo bude musieť riešiť otázku, či zníži úhradu podľa najnižšej ceny, čím môže zvýšiť doplatky na najčastejšie používané balenia a lieky. Pri vládnej politike, keď je hlavným cieľom už dva roky znižovanie doplatkov pacientov a každá nová kategorizácia sa propaguje informáciou, o koľko viac bezdoplatkových liekov budú mať pacienti k dispozícii, môže mať tento postup problémy s presadením sa. Druhým riešením by bolo ponechať úhradu na vyššej úrovni, čo však nepovedie k cieľovému efektu šetriť verejné zdroje. Poslednou možnosťou tak zostáva individuálna úhrada pre každý liek (napr. ako zachovanie pomeru úhrady a doplatku pre konkrétne lieky), čo je síce v rozpore so zákonom pretože nezodpovedá referenčnému systému úhrad, ale ministerstvo si z dodržiavania tohto zákona ťažkú hlavu nerobilo ani doteraz.

Na stretnutí zástupcov MZ so zástupcami výrobcov, distribútorov a lekární dňa 9. 9. 2008 ubezpečoval napríklad riaditeľ Sekcie zdravia MUDr. Adam Hochel výrobcov, že sa nemusia regulácie cien obávať, lebo „celý proces pozná výnimky“. **Zákon však žiadne výnimky neumožňuje.**

VHODNÝ ČAS NA VÝMENU?

Ministerstvo deklarovalo, že prvá aplikácia tohto procesu bude ukončená v kategorizácii k 1. 4. 2009. To znamená, že zástupcovia výrobcov mali do 30. 10. 2008 podať návrhy na ceny liekov, pričom kategorizačná komisia má plánované zasadanie ku kategorizácii k 1. 4. 2009 v priebehu januára 2009. Ministerstvo má teda necelé dva mesiace na vyriešenie všetkých rozporov s výrobcami a potom ho ešte čaká komplikovaná kategorizácia. **V týchto ťažkých podmienkach sa minister rozhodol pre personálne zmeny na poste riaditeľa Odboru kategorizácie, cenotvorby a liekovej politiky. Z funkcie odvolal Mgr. Michaelu Gajdošovú, ktorá celý proces pripravovala a na jej miesto dosadil MUDr. Adama Hlôšku, ktorý nemá žiadne skúsenosti s kategorizáciou a prácou kategorizačnej komisie** (doteraz pracoval vo farmaceutickej firme Abbott, kde sa venoval registráciám liekov). Zapadnúť do tempa kategorizácie a zvládnuť pritom ešte rozbehnutý proces znižovania cien a nemeškať s termínmi je takmer nemožné.

Ministerstvo konečne spúšťa proces cenovej regulácie, ktorý je diferencovaný a môže významne znížiť náklady na lieky bez toho, aby sa zvýšili doplatky pacientov (a preto je prijateľný aj pre túto vládu). Do rozbehnutého vlaku však po dlhých prípravách a vyštartovaní posadil človeka, ktorý doteraz jazdil len na bicykli. Zostáva dúfať, že vlak sa cestou nevykoľají.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Novela poistného zákona sa po pripomienkach ministerstva financií podstatne zlepšila, navrhovaný nový parameter prerozdelenia však odporúčame nezavádzať

Zmena prerozdelenia: náklady prevyšujú prínos



Vláda schválila návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach a o zdravotnom poistení. **Pôvodný návrh dozal v pripomienkovom konaní viacerých pozitívnych zmien.** Zásadné pripomienky ministerstva financií (viď *IntoBalance 08/2008*) boli väčšinou akceptované a znenie novely je dnes v parlamente vo výrazne kvalitnejšej podobe. Najviac medializovaná je navrhovaná kompetencia vlády schvaľovať rozpočty súkromných zdravotných poisťovní. Toto ustanovenie je ale bezzubé bez stanovenia sankcií za nedodržanie schváleného rozpočtu a bez úpravy režimu fungovania poisťovne v prípade neschválenia rozpočtu.

Väčší problém vidím v spôsobe zapracovania pripomienky o zlepšení prerozdelenia. Ministerstvo financií v lete uviedlo: „Negatívne dôsledky rozdielnej nákladovej štruktúry poistného kmeňa jednotlivých poisťovní nie je možné odstrániť výhradne zvýšením miery prerozdelenia, ale je potrebné do prerozdelenia mechanizmu pridať ďalšie kritériá, ktoré budú dôkladnejšie korigovať rozdiely medzi očakávanými nákladmi na rôzne typy poistencov, napríklad na základe ich zdravotného stavu.“

Ministerstvo zdravotníctva pripomienku zapracovalo a **vládný návrh pridáva k prerozdeleniu okrem veku a pohlavia tretí faktor: či je platiteľom poistného za poistenca štát. Hoci táto zmena má ambíciu viesť k spravodlivejšiemu prerozdeleniu zdrojov, riziká, náklady a metodické problémy s ňou spojené prevyšujú jej zamýšľaný prínos.**

Ekonomická aktivita môže slúžiť ako jeden z prediktorov výšky nákladov. **Definícia poistenca štátu však nie je totožná s ekonomickou aktivitou.** Podľa zákona je „poistenc štátu“ vymedzený nehomogénnym zoznamom rôznych sociálnych situácií, s rôznymi motiváciami k čerpaniu zdravotnej starostlivosti.

Zmena prerozdelenia sa bude efektívne týkať vekových skupín poistencov od 18 do 65 rokov, v ostatných sú prakticky výlučne len poistenci štátu. Pestrú skupinu poistencov štátu v týchto vekových skupinách okrem nezamestnaných, dôchodcov, občanov v hmotnej núdzi, invalidov či žien na materskej dopĺňajú osoby poberajúce nemocenské, teda dočasne práceneschopní ekonomicky aktívni občania.

Dočasná práceneschopnosť z definície na seba viaže prakticky všetky náklady na zdravotnú starostlivosť u nemocensky poisteného občana. Ak zamestnaný človek ochorie a čerpá náklady na zdravotnú starostlivosť, je totiž spravidla dočasne práceneschopný. Index rizika poistencov štátu preto výrazne stúpa v porovnaní s indexom rizika ne-poistencov štátu. Nebude to však zásluhou vyššieho rizika nákladov u ekonomicky neaktívnej populácie, ale uvedeným skreslením *ex definitio*.

Nie každý ekonomicky aktívny jedinec je pritom nemocensky poistený, a tiež nie každý nemocensky poistený využíva na liečbu dočasnú práceneschopnosť (dovolenka býva finančne výhodnejším riešením).

Tam, kde by tento faktor mohol ukázať rozdiely v predikcii nákladov (napr. pracujúci vs. nepracujúci dôchodca) ho nebude možné vždy využiť (dôchodcovia s vedľajším príjmom sú poistencami štátu, až kým ich zdaniteľný príjem nepresiahne zákonný limit). Podobne, táto definícia hádže do jedného vreca napr. vysokoškolských študentov a mladých nezamestnaných.

Spôsob výpočtu indexu rizika poistencov štátu vyvolá v praxi metodické problémy. Náklady na každého poistenca sa budú musieť priradovať ku kalendárnym dňom, aby sa dali odlíšiť náklady za poskytnutú starostlivosť počas práceneschopnosti, ktoré vstupujú do indexu rizika poistencov štátu. Ale podľa akého kľúča? Napr. budú sa náklady na lieky predpísané a vybrané počas trvania PN, ale užívané aj po skončení PN, zarátať do indexu rizika poistencov štátu v plnej výške, alebo len ich alikvótna časť?

Skutočnosť, že do definície poistenca štátu patria i dočasne práceneschopné osoby, zvýši motiváciu k selekcii rizika.

Zvýhodnené budú napr. poisťovne s vyšším podielom nezamestnaných, pretože získajú na každého nezamestnaného viac zdrojov, než sú jeho predpokladané priemerné náklady (index rizika je ťahaný nahor práceneschopnými poistencami štátu, nie nezamestnanými poistencami štátu). Znevýhodnené budú poisťovne s chronicky chorými poistencami, ktorí sú ekonomicky aktívni, nečerpajú vo zvýšenej miere PN, ale zato užívajú lieky proti chronickým ochoreniam. Paradoxne, práve tomuto by mal dobrý systém prerozdelenia zabráňovať.

Vytvorí sa tiež motivácia k predlžovaniu práceneschopnosti pri nezmenenej preskripcii. **Náklady rozhodnutia o tom, či a ako dlho je niekto práceneschopný totiž znášajú v prvom rade platiteľa nemocenských dávok** (Sociálna poisťovňa a zamestnávateľa).

Práceneschopnosť znamená pre zdravotnú poisťovňu znížený odvod za poistenca (platba štátu za poistenca štátu je nižšia než najnižší odvod zamestnanca). Lenže, pri vysokej miere prerozdelenia (podľa návrhu novely bude prerozdelenie vo výške 95 % povinného poistného) je výška vybrateho poistného z pohľadu poisťovne nepodstatná. Podstatný je jej príjem z prerozdelenia.

Ak sa na dočasne práceneschopných poistencov štátu bude vzťahovať index rizika vypočítaný z takmer všetkých zdravotných nákladov v danej vekovo-pohlavnej kohorte (teda mimoriadne vysoký, v rádoch desiatok), **pre zdravotnú poisťovňu bude znamenať každý dodatočný deň práceneschopnosti ekonomický prínos.** Zdravotné poisťovne budú motivované akýmkoľvek nepriamym nástrojom predlžovať práceneschopnosť poistencov, aby tým dodatočne zvýšili index rizika svojho kmeňa a získali viac zdrojov z prerozdelenia. Hoci to bude znamenať nižší celkový výber poistného, pri vysokom indexe rizika tejto skupiny poistencov to bude znamenať vyšší príjem z prerozdelenia pre poisťovňu („free-rider“ problém).

Aj tento príklad poukazuje na potrebu zmeny filozofie poistného zákona. Opierať o jeho zle skonštruované inštitúty ďalšiu reguláciu je nebezpečné. Vládnemu návrhu, žiaľ, chýba dopadová analýza navrhovanej zmeny. **Ide o citlivý zásah do regulácie systému, ktorý by mal byť podrobený podrobnejšej odbornej diskusii. Prínosy nie sú vyčíslené a dôsledky môžu byť nepriaznivé pre celú ekonomiku.**

Snaha o zlepšenie prerozdelenia je chvályhodná, je však dôležité túto zmenu urobiť profesionálne, s minimalizáciou rizík a negatívnych externalít. **HPI navrhuje, aby sa z návrhu zákona, ktorý je dnes v druhom čítaní v parlamente, nateraz vypustilo zavedenie nového parametra prerozdelenia. Odporúčame ho nahradiť niektorým z prediktorov zdravotného stavu (napr. DCG alebo PCG), a určite návrh ešte pred jeho zavedením podrobiť modelovaniu dopadov.**

TOMÁŠ SZALAY

Vyjadrenia ÚDZS vyvolávajú pochybnosti o jeho odbornosti

Zverejnenie ratingu zdravotných poisťovní našim inštitútom (HPI) nezostalo bez odozvy. Predseda ÚDZS na druhý deň po jeho zverejnení zvolal vlastnú tlačovú konferenciu. Na nej úrad prezentoval údaje, ktorými dokazoval, že VŠZP by mala byť v hodnotení na prvom mieste a nie na poslednom ako v ratingu HPI.

Za najdôležitejšie považuje predseda ÚDZS jediné kritérium – koľko zdravotná poisťovňa minie na zdravotnú starostlivosť. Podľa údajov úradu by tak zvíťazila VŠZP, lebo míňa 17 466 Sk na poistenca, pričom Union podľa tejto istej logiky len 8 730. Lenže práve logika zlyhala. Úrad zabudol tieto údaje očistiť o rizikovosť kmeňa. Po zohľadnení rizikovosti kmeňa zisťujeme, že rozdiely sú výrazne nižšie. Na jedného prepočítaného poistenca minula VŠZP 5 893 Sk a Union 5 383 Sk. Bez zohľadnenia rizikovosti kmeňa bol rozdiel 100 %, po zohľadnení rizikovosti kmeňa klesol na menej

ako 10 %. Pri víťazovi ratingu HPI – zdravotnej poisťovni Dôvera je odstup od VŠZP ešte menší – len 5,2 %.

Ak bolo teda ambíciou úradu porovnávať poisťovne, tak v parametri „náklady na zdravotnú starostlivosť“, si vybral nesprávne. Navyše, izolovaný parameter „náklady na zdravotnú starostlivosť“ ešte o zdravotnej poisťovni nič nevytvára. Skrýva totiž v sebe určité nedokonalosti. Vyššie náklady môžu napríklad indukovať vyššiu mieru neefektívnosti, či slabší revízny systém. HPI sa preto rating zdravotných poisťovní rozhodlo vykonať na 30 parametroch v 7 oblastiach, ktoré zdravotné poisťovne hodnotia komplexne. Na záver len dodávame, že aj v ratingu HPI mal parameter „náklady na poistenca“ svoje miesto. A bol správne očistený o rizikovosť kmeňa.

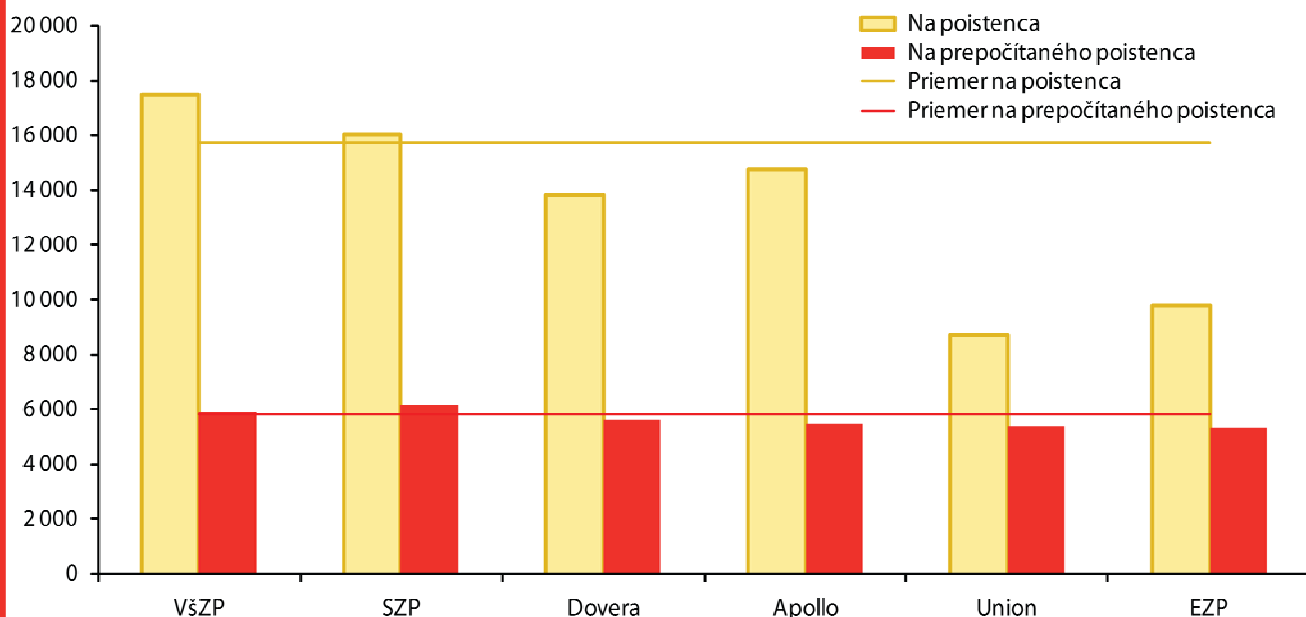
PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Náklady na zdravotnú starostlivosť v roku 2007 v Sk

	VŠZP	SZP	Dôvera	Apollo	Union	EZP	Priemer
Na poistenca	17 466	16 016	13 832	14 774	8 730	9 801	15 703
Na prepočítaného poistenca	5 893	6 190	5 603	5 457	5 383	5 341	5 816

Zdroj: ÚDZS, zdravotné poisťovne, prepočty HPI, 2008

Graf 1: Náklady na zdravotnú starostlivosť v roku 2007



Zdroj: UDZS, zdravotné poisťovne, prepočty HPI, 2008

Ospravedlnenie

Health Policy Institute sa ospravedľňuje Spoločnej zdravotnej poisťovni, a.s. (SZP) za to, že v pôvodnom vydaní publikácie **Rating zdravotných poisťovní 2008** neuviedol informáciu o poskytovaní bezplatného očkovania proti chrípke pre poistencov tejto zdravotnej poisťovne. Vo výslednom hodnotení tak touto chybou pripravil SZP o 0,8 bodu. SZP podľa metodiky HPI mala získať 65,9 bodu, nie 65,1 bodu. Hoci výsledné poradie ratingu sa tým nemení, autorov táto chyba veľmi mrzí. Opravenú publikáciu si môžete stiahnuť na www.hpi.sk.

Tabuľka: Opravený rating zdravotných poisťovní 2008

zdravotná poisťovňa	poradie	rating	počet bodov
ZP Dôvera	1.	A	77,3
ZP Union	2.	A	73,0
ZP Apollo	3.	C	67,9
SZP	4.	C	65,9
VŠZP	5.	D	59,0

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Stanovisko HPI k rozpočtu zdravotníctva na roky 2009 – 2011

Podľa ministerstva financií (MF SR) dosiahne podiel zdrojov v zdravotníctve v nasledujúcich rokoch 6,7 % HDP. Podľa nášho názoru to bude 6,0 % HDP. Nesúlad v odhadoch je daný rozdielnou optikou nazerania na priame platby obyvateľstva. MF SR ich prognózuje výrazne vyššie ako HPI. Čo sa týka celkového objemu verejných zdrojov v zdravotníctve, panuje medzi návrhom rozpočtu MF SR a prognózou HPI vzácna zhoda.

VEREJNÉ ZDROJE

V celkovom objeme verejných zdrojov v zdravotníctve sú návrh rozpočtu MF SR a prognóza HPI veľmi blízke. Rozdiel medzi návrhom štátneho rozpočtu a prognózou HPI je najväčší v roku 2009 (2,0 %) a postupne klesá na 0,3 % v roku 2011. Prognóza HPI sa od návrhu rozpočtu líši najmä v štruktúre verejných zdrojov:

- predpokladáme menší výber od ekonomicky aktívnych o € 57 mil. v roku 2009, o € 67 mil. v roku 2010 a o € 96 mil. v r. 2011. Dôvodom je mierne spomalenie hospodárskeho rastu v dôsledku súčasnej finančnej krízy.
- na druhej strane predpokladáme, že štát aj v roku 2010 a 2011 udrží platbu za svojich poistencov na úrovni 5 % z priemernej mzdy spred dvoch rokov. MF SR v návrhu rozpočtu predpokladá, že štát bude v rokoch 2010 a 2011 platiť len 4,75 %. Nepovažujeme za pravdepodobné, aby poistná sadzba štátu za

svojich poistencov klesala. Z tohto dôvodu je odhad HPI v platbe štátu od MF SR optimistickejší o 94 mil. euro v roku 2010, resp. o 109 mil. euro v roku 2011.

PRIAME PLATBY OBYVATEĽSTVA

V oblasti priamych platieb sú rozdiely výrazne vyššie. Kým MF SR predpokladá, že v roku 2009 občania na zdravotníctvo vynaložia 1,1 mld. euro, tak podľa prognózy HPI to bude 0,7 mld. euro. Rozdiel spočíva v rozdielnom prameni vstupných údajov. Kým MF SR vychádza z metódy ESNU 95 (podľa štvrtročných národných účtov), tak náš odhad je založený na štatistike rodinných účtov. Podľa návrhu rozpočtu MF SR by tak podiel priamych platieb občanov na celkových zdrojoch (23 % až 24 %) mal byť v nasledujúcich rokoch vyšší ako v období keď bol minister zdravotníctva Rudolf Zajac (vtedy bol podiel 15 % až 19 %).

PETER PAŽITNÝ



Podrobný prepočet výnosov a nákladov v intersektorálnom členení je súčasťou publikácie Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2009 – 2012, ktorú Health Policy Institute vydá v januári 2009.

Tabuľka 1: Rozpočet na zdravotníctvo podľa MF SR (v euro)

MF SR	2008	2009	2010	2011
Verejné zdroje	3 336 719	3 864 975	4 128 300	4 498 913
<i>Ekonomicky aktívni</i>	2 179 331	2 531 223	2 771 102	3 035 550
<i>Platba štátu</i>	1 013 758	1 184 724	1 162 064	1 244 981
<i>Ostatné kapitoly</i>	143 630	149 028	195 134	218 382
Priame platby obyvateľstva	992 498	1 165 106	1 304 521	1 463 851
Celkové zdroje	4 329 217	5 030 081	5 432 821	5 962 764
Podiel celkových zdrojov na HDP	6,6 %	6,7 %	6,7 %	6,7 %

Zdroj: Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2009 – 2011, MF SR 2008

Tabuľka 2: Rozpočet na zdravotníctvo podľa HPI (v euro)

HPI	2008	2009	2010	2011
Verejné zdroje	3 378 765	3 785 875	4 155 390	4 512 198
<i>Ekonomicky aktívni</i>	2 246 401	2 473 365	2 703 897	2 939 312
<i>Platba štátu</i>	988 734	1 163 482	1 256 359	1 354 505
<i>Ostatné kapitoly</i>	143 630	149 028	195 134	218 382
Priame platby obyvateľstva	621 191	683 310	751 641	826 805
Celkové zdroje	3 999 956	4 469 185	4 907 031	5 339 004
Podiel celkových zdrojov na HDP	5,8 %	5,9 %	6,0 %	6,0 %

Zdroj: prognóza Health Policy Institute, 2008

Prinášame záverečné práce absolventov HMA

Ako sa vyvíjali spotreby liekov v roku 2007 na Slovensku?

Medzi najúspešnejšími prácami prvého ročníka programu Manažér akadémie HMA sa umiestnila analýza **DAGMAR HRONCOVEJ**, farmakoekonomickej manažérky zo spoločnosti GlaxoSmithKline. Viac informácií o Health Management Academy nájdete na internetovej stránke www.hma.sk.

• ZHRNUTIE

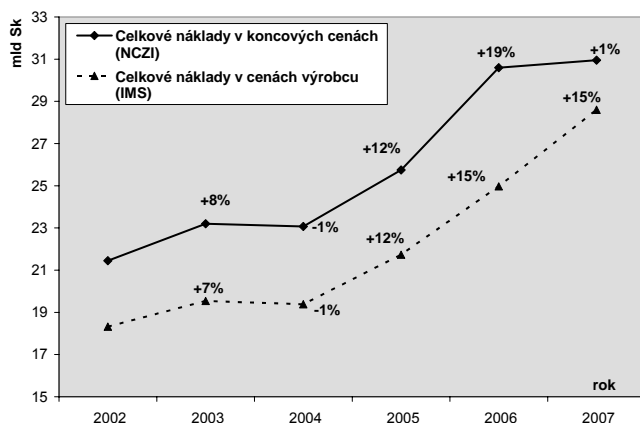
Práca sa zaoberá trendmi v spotrebách liekov v roku 2007 na Slovensku. Cieľom práce bolo najmä poskytnúť východiskovú dátovú bázu pre ďalšie hlbšie analýzy v oblasti liekov. Jej prínos spočíva hlavne vo využití dostupných zdrojov, čo umožňuje spracovať problematiku spotreby liekov z dvoch pohľadov. Prvý pohľad sleduje celý farmaceutický trh, vrátane nemocničných a voľnopredajných liekov, čo je zaujímavé hlavne pre výrobcov liekov. Z týchto dát je zrejmé, že nárast trhu v roku 2007 bol výrazný na úrovni dvojciferného nárastu vo výške 15 %. Druhým je pohľad platiteľov, čo sú hlavne zdravotné poisťovne, ale za posledné roky čoraz viac aj pacienti. Na základe týchto dát môžeme naopak hovoriť o takmer nulovom náraste trhu, na úrovni 1 %. V práci sa nachádza aj vysvetlenie rozdielov týchto dvoch pohľadov, spočívajúcich hlavne v „přibrzdení“ nákladov zdravotných poisťovní znížením sadzby DPH na lieky. Ďalším regulačným nástrojom Ministerstva zdravotníctva bolo v roku 2007 plošné zníženie cien liekov odôvodnené posilňovaním slovenskej koruny. **Výrazný rozdiel podľa použitého zdroja dát zároveň upozorňuje na potrebu uvádzať pri prezentovaní dynamiky trhu liekov o aké sledovanie a pôvod informácií ide.**

Použitie údajov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) umožňuje analýzu doplatkov obyvateľstva na lieky. **Z prezentovaných údajov vyplýva, že podiel pacientov na nákladoch na lieky sa z dlhodobého hľadiska zvyšuje**, v roku 2007 je na takmer rovnakej úrovni ako v minulom roku, pričom doplatok na jedno balenie na predpis sa znížil.

Prínosná je tiež analýza profilu spotrieb nákladov na lieky podľa jednotlivých zdravotných poisťovní. Rozdiely v nákladoch na lieky môže poukazovať na rozdiely v skladbe poistného kmeňa. Táto časť by určite stála za ďalšiu hlbšiu analýzu.

Určite zaujímavým by bolo aj porovnanie spotreby liekov na Slovensku v kontexte ostatných Európskych krajín. Možnosti sledovania súvislostí spotreby a ostatných ukazovateľov (napr. HDP vyjadrené PPP) sú tak rozmanité a otvárajúce priestor na diskusiu, že by pokryli samostatnú prácu.

Graf 1: Vývoj spotreby liekov v SR za roky 2002 – 2007 v závislosti od metodiky



V závere práce je zdôraznené, že spotreba je nielen o cene ale aj množstve balení. Je teda potrebné pôsobiť nielen „zhora“ ale sledovať a regulovať racionalitu preskripcie aj „zdola“, pôsobením na predpisujúcich lekárov. Váha, ktorá sa pridáva pôsobeniu centrálnych opatrení je na Slovensku výrazne vyššia. Usmernenie preskripcie a hlavne zvyšovanie jej racionality prostredníctvom cieľeného pôsobenia na konkrétnych lekárov je však rovnako potrebné, a to nielen z hľadiska nákladov ale hlavne pre zužitkovanie prínosov farmakoterapie v liečbe pacienta.

1. SUMÁRNE ČÍSLA VÝVOJA TRHU LIEKOV V ROKU 2007

1.1 Metodika a zdroje dát pre sledovania spotrieb liekov

Na sledovanie vývoja spotreby liekov boli použité nasledovné zdroje dát:

- dáta Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI), ktorý sumarizuje hlásenia zdravotných poisťovní o spotrebách liekov vrátane dietetických potravín (v počte balení a v nákladoch a od r. 2002 aj v sume doplatkov pacientov) hradených na základe lekárskeho predpisu v rámci ambulantnej starostlivosti.
- databáza spoločnosti IMS Health. Ide o komerčnú databázu, v ktorej sa sleduje na základe hlásení distribútorov pri predaji do lekární spotreba liekov v počte balení, v DOT (days of treatment) a v cenách výrobcov, čiže bez obchodných prírážok a DPH. Na rovnaké účely môže poslúžiť aj databáza spoločnosti Pharmadata.

Analýzy sú zamerané predovšetkým na zmenu v roku 2007 oproti predchádzajúcemu roku. U niektorých analýz a grafov bol zvolený 6-ročný časový horizont (odvodený od dostupnosti dát o doplatkoch pacientov).

1.2 Spotreby v počte balení a v Sk

V roku 2007 sa zaznamenal medziročný nárast farmaceutického trhu v cenách výrobcov 14,5 % s objemom 28,6 miliárd Sk (dáta IMS Health). Vývoj zodpovedá takmer rovnakému tempu ako v predchádzajúcom roku 2006, keď bol medziročný nárast na úrovni 14,9 %. Náklady zdravotných poisťovní (v sume 26,9 mld Sk) a takisto celková spotreba liekov hradených na predpis v koncových cenách (v sume 31 mld Sk) zaznamenali minimálny nárast vo výške 1 % a spotreba v počte balení vzrástla o 2,7% (dáta NCZI).

Z Grafu 1 je zrejmé, že zvyčajne krivky pohybu trhu pri použití dvoch rozdielnych zdrojov majú ten istý tvar – s výnimkou roku 2007. V čom spočíva taký výrazný rozdiel vo vývoji celkovej spotreby liekov pre dva rozdielne zdroje dát? Odpoveď sa nachádza v nasledujúcom odseku: ide o zmenu DPH z 19 na 10 %, ktorá značne znížila pri rovnakej cene výrobcu koncovú cenu, čím sa výrazne „přibrzdila“ spotreba liekov vyjadrená nákladmi zdravotných poisťovní.

1.3 Regulačné mechanizmy, ktoré ovplyvnili vývoj spotreby liekov v roku 2007

Nasledovné opatrenia iniciované Ministerstvom zdravotníctva SR ovplyvňovali spotrebu liekov v r. 2007:

- už spomínané zníženie DPH na lieky od 1. januára 2007, ktoré ovplyvnilo spotrebu v koncových cenách s dosahom najmä na náklady zdravotných poisťovní,
- plošné zníženie cien od 1. apríla 2007 vo výške 6,6 %. Regulácia odzrkadlila posilnenie slovenskej koruny voči euru. Po mnohých rokoch išlo o regulačný zásah s vplyvom na celý trh výrobcov a všetky terapeutické skupiny.

Uvedené dva spôsoby regulácie však majú svoju „životnosť“ – zníženie DPH na lieky už nebude možné zrejme využiť v nasledujúcich rokoch a takisto po zavedení eura nebude možné plošne znižovať ceny s odôvodnením posilnenia lokálnej meny.

2. VÝVOJ SPOTREBY PODĽA ATC SKUPÍN

2.1 Najrýchlejšie rastúce ATC skupiny v cenách výrobcov

Tri najrýchlejšie rastúce skupiny v absolútnych sumách v cenách výrobcov v roku 2007 sú L (hlavne podskupina iné antineoplastiká), J (povinné očkovanie), B (antikoagulanciá a antitrombotiká). Mieru rastu je možné posúdiť pomocou evolučného indexu. Evolučný index je ukazovateľom, ktorý skúma rast alebo pokles určitého segmentu trhu (napr. ATC skupiny) voči celkové-

mu vývoju trhu. Skupiny s evolučným indexom nad 100 rastú rýchlejšie ako trh, skupiny pod 100 rastú pomalšie než trh, resp. klesajú. Napríklad, evolučný index u najrýchlejšie rastúcej skupiny onkologických liekov (L antineoplastiká a imunomodulanciá) oproti minulému roku značne poklesol zo 130 na 110, čo znamená že dynamika nárastu sa u tejto skupiny spomaľuje (Tabuľka 1).

2.2 Najrýchlejšie rastúce ATC skupiny podľa nákladov zdravotných poisťovní

Pre náklady zdravotných poisťovní z dát NCZI bol takisto vypočítaný evolučný index. ATC skupiny s najvyšším nárastom v sume nákladov zdravotných poisťovní boli zhodné ako u analýzy spotrieb podľa IMS Health: L (najmä podskupina iné antineoplastiká), J (hlavne zmeny v povinnom očkovaní) a B (antikoagulanciá a antitrombotiká).

Verejné zdroje sa šetrili vo veľkých skupinách liekov, kde sú prítomné generiká, ale čo je podstatné, bez poklesu počtu pacientov (napríklad v skupine kardiovaskulárnych liekov).

2.3 Vývoj doplatkov pacientov

Podiel pacientov na nákladoch hradených liekov kontinuálne stúpa. Najvyšší skok v spoluúčasti pacientov bol zaznamenaný v roku 2004, odvtedy až po súčasnosť sa doplatok zvyšuje veľmi mierne. V roku 2007 dochádza k poklesu doplatku prepočítaného na jedno balenie (Tabuľka 3).

K výraznejším zmenám v doplatkoch v ATC skupinách s najvyššou spotrebou v r. 2007 nedošlo (Graf 2).

Tabuľka 1: Vývoj spotreby po ATC skupinách v cenách výrobcov v Sk v roku 2007 (IMS Health)

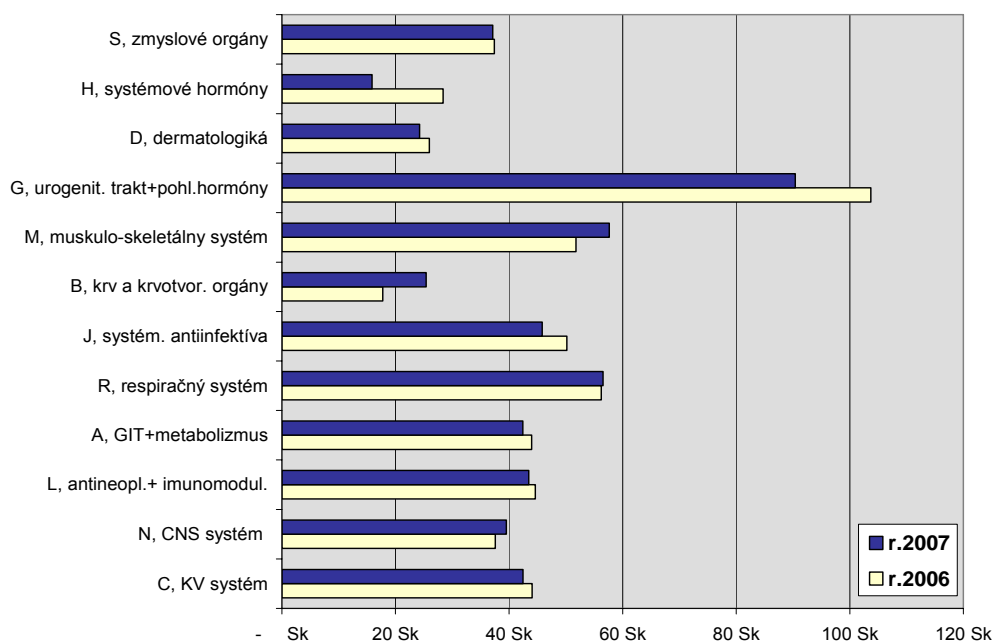
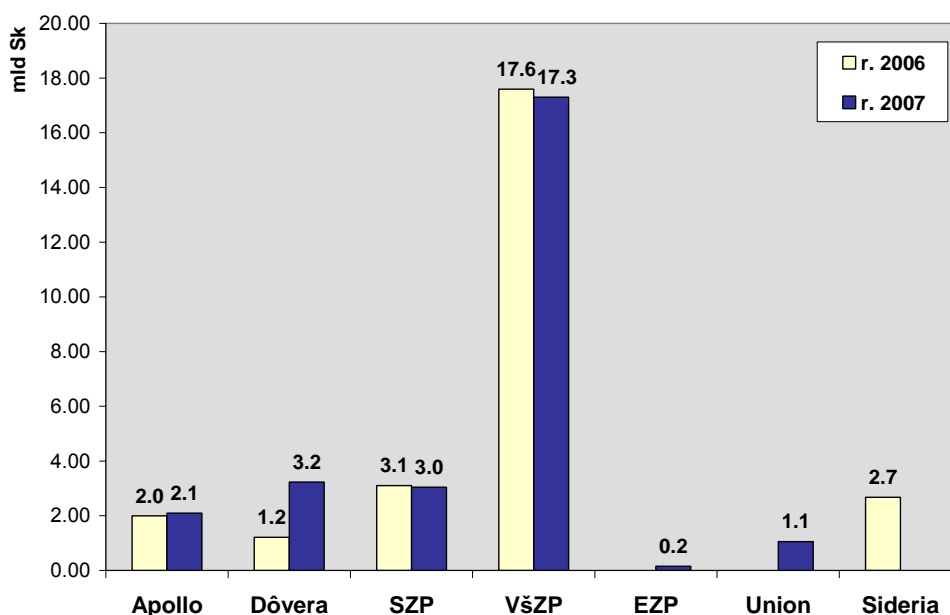
Vývoj ATC skupín	Rok 2006			Rok 2007		
	mld.Sk	% zmena	evol.index	mld.Sk	% zmena	evol.index
C, KV systém	4,8	2,4 %	89	5,1	6,6 %	93
N, CNS systém	3,5	13,0 %	98	3,8	8,6 %	95
L, antineoplastiká + imunomodulanciá	3,0	49,6 %	130	3,7	25,9 %	110
A, GIT+metabolizmus	2,6	10,9 %	97	2,9	10,3 %	96
R, respiračný systém	2,4	12,5 %	98	2,8	15,6 %	101
J, systém. Antiinfektíva	2,3	11,8 %	97	2,8	21,4 %	106
M, muskulo-skeletálny systém	1,7	15,1 %	100	2,0	15,6 %	101
B, krv a krvotvor. orgány	1,5	32,1 %	115	1,9	26,3 %	110
G, urogenitálny trakt+pohl. hormóny	1,2	10,1 %	96	1,3	8,9 %	95
D, dermatologiká	0,6	13,5 %	99	0,7	13,5 %	99
H, systémové hormóny	0,4	39,4 %	121	0,4	-0,2 %	87
S, zmyslové orgány	0,4	16,7 %	102	0,4	15,4 %	101
Celý trh	25,0	14,9 %	100	28,6	14,5 %	100

Tabuľka 2: Vývoj spotreby po ATC skupinách podľa nákladov zdravotných poisťovní v roku 2007 (z dát NCZI)

Vývoj ATC skupín	Rok 2006			Rok 2007		
	mld.Sk	% zmena	evol.index	mld.Sk	% zmena	evol.index
C, KV systém	6,0	2,0 %	87	5,7	-5,3 %	94
N, CNS systém	4,4	16,8 %	100	4,3	-1,8 %	97
L, antineoplastiká + imunomodulanciá	3,2	64,7 %	140	3,5	9,4 %	108
A, GIT+metabolizmus	2,7	15,1 %	98	2,7	2,3 %	101
R, respiračný systém	2,5	15,3 %	98	2,5	1,3 %	100
J, systém. Antiinfektíva	2,1	22,6 %	104	2,3	10,2 %	109
B, krv a krvotvor. Orgány	1,5	24,9 %	106	1,6	8,4 %	107
M, muskulo-skeletálny systém	1,5	6,0 %	90	1,4	-1,3 %	98
G, urogenit. trakt+pohl.hormóny	0,9	12,5 %	96	0,9	-4,2 %	95
D, dermatologiká	0,7	40,8 %	120	0,8	9,9 %	109
H, systémové hormóny	0,4	23,7 %	105	0,4	-3,5 %	95
S, zmyslové orgány	0,4	16,8 %	100	0,4	-2,6 %	96
Celý trh	26,6	17,3 %	100	26,9	1,1 %	100

Tabuľka 3: Vývoj doplatkov pacientov na lieky v období 2002 - 2007 (NCZI)

Obdobie	Počet balení	Úhrada ZP	Doplatky pacientov	Celkové náklady na lieky	Podiel doplatkov pacientov	Doplatok na jedno balenie
2002	98 719 734	19 624 696 183	1 824 872 746	21 449 568 929	8,5 %	18,5
2003	93 224 385	21 076 198 216	2 123 740 542	23 199 938 759	9,2 %	22,8
2004	81 558 600	20 221 468 938	2 851 144 536	23 072 613 474	12,4 %	35,0
2005	86 051 710	22 654 812 371	3 097 026 868	25 751 839 239	12,0 %	36,0
2006	93 958 526	26 579 938 149	4 015 876 756	30 595 814 905	13,1 %	42,7
2007	96 468 760	26 877 031 999	4 075 508 293	30 952 540 293	13,2 %	42,2

Graf 2: Porovnanie doplatkov pacienta na jedno balenie ATC skupiny v roku 2006 a 2007 (z dát NCZI)**Graf 3: Celkové náklady na lieky a dietetic. potraviny v roku 2006 a 2007 pre zdravotné poisťovne (NCZI)**

3. SPOTREBA LIEKOV PODĽA JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNÝCH POISTOVNÍ

3.1 Sumárne náklady jednotlivých zdravotných poisťovní za rok 2007

Zmena v nákladoch zdravotných poisťovní bola spôsobená hlavne zmenou počtu poistencov a preto je potrebné náklady na lieky v roku 2007 sledovať pre jednotlivé zdravotné poisťovne hlavne v kontexte podielu na počte poistencov. Všeobecná zdravotná poisťovňa znáša 64 % podiel na nákladoch na lieky a dietetické potraviny. Toto číslo je výrazne vyššie v porovnaní s podielom na počte poistencov. Naopak, najnižší index nákladov versus počet poistencov majú Európska zdravotná poisťovňa a Union (Tabuľka 4).

3.2 Prepočet nákladov na počet poistencov

Priemerné náklady zdravotných poisťovní na lieky a dietetické potraviny boli v roku 2007 na úrovni 5103 na jedného poistenca. Rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami sú výrazné: Všeobecná zdravotná poisťovňa má až 2,7-krát vyššie náklady než Európska zdravotná poisťovňa s najnižšími nákladmi na poistenca (Graf 4).

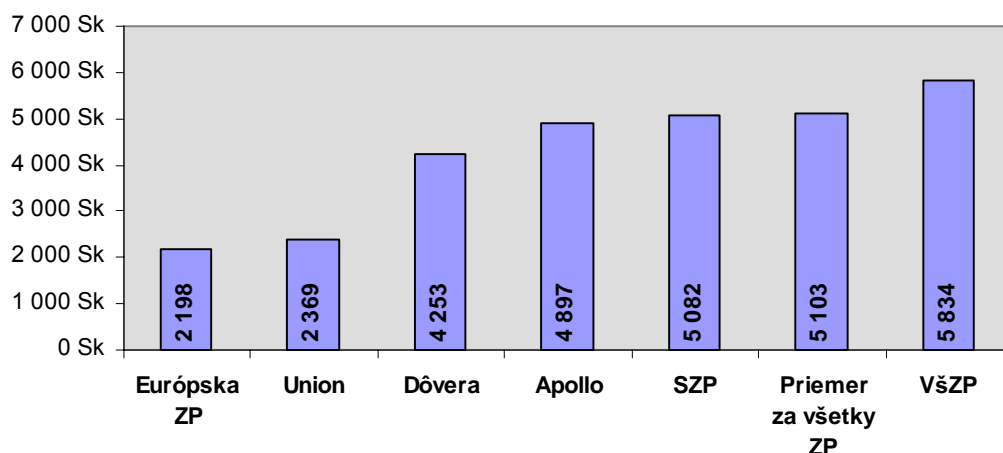
Náklady zdravotných poisťovní podľa jednotlivých ATC skupín poukazujú na rozdiely v skladbe poistných kmeňov (Tabuľka 5).

Všeobecná zdravotná poisťovňa má vyšší podiel (okolo 66 % z celoslovenských nákladov na lieky) hlavne v typicky „chronických“ ATC skupinách: C=KV systém, N=ochorenia CNS systému a L=antineoplastiká a imunomodulácia. Tieto rozdiely sú spôsobené poistným kmeňom a odrážajú sa aj na celkovo vyššom podiele VŠZP na celoslovenských nákladoch na lieky.

Tabuľka 4: Náklady na lieky a dietetické potraviny v roku 2007 pre jednotlivé zdravotné poisťovne (NCZI, ÚDZS)

Poisťovňa	Podiel na počte poistencov	Počet balení		Úhrada poisťovní		Doplatok pacientov	
		v ks	v %	v Sk	v %	v Sk	v %
Apollo	8,15	7 541 499	7,82	2 100 788 473	7,82	323 519 333	7,94
Dôvera	14,41	12 402 202	12,86	3 227 314 815	12,01	519 031 853	12,74
Európska ZP	1,31	712 151	0,74	151 347 334	0,56	25 898 064	0,64
SZP	11,37	10 076 890	10,45	3 042 798 830	11,32	461 231 207	11,32
Union	8,47	4 586 961	4,75	1 056 748 592	3,93	172 240 756	4,23
VŠZP	56,30	61 149 057	63,39	17 298 033 955	64,36	2 573 587 081	63,15
Spolu	100,00	96 468 760	100,00	26 877 031 999	100,00	4 075 508 293	100,00

Graf 4: Vývoj nákladov na lieky a dietetické potraviny na jedného poistenca v roku 2007 pre jednotlivé ZP (NCZI)



Tabuľka 5: Podiel na počte poistencov a na nákladoch na lieky v jednotlivých ATC skupinách podľa ZP v roku 2007 (NCZI)

Podiel na nákladoch na lieky	Apollo	Dôvera	EZP	SZP	Union	VŠZP	Spolu ZP
C, KV systém	7,6 %	11,6 %	0,5 %	11,3 %	2,5%	66,5 %	100,0 %
N, CNS systém	7,0 %	12,0 %	0,6 %	9,6 %	4,8%	65,9 %	100,0 %
L, antineopl.+ imunomodul.	7,6 %	10,5 %	0,3 %	12,6 %	3,0%	66,0 %	100,0 %
A, GIT+metabolizmus	8,1 %	11,7 %	0,5 %	11,3 %	3,2%	65,2 %	100,0 %
R, respiračný systém	8,6 %	13,0 %	0,8 %	11,4 %	5,3%	60,9 %	100,0 %
J, systém. antiinfektíva	8,9 %	14,9 %	1,0 %	11,2 %	7,4%	56,7 %	100,0 %
B, krv a krvotvor. orgány	6,8 %	11,3 %	0,4 %	11,2 %	3,4%	66,8 %	100,0 %
M, muskulo-skeletálny systém	7,7 %	11,4 %	0,5 %	11,9 %	2,9%	65,6 %	100,0 %
G, urogenit. trakt.+pohl.hormóny	8,9 %	12,4 %	0,4 %	13,1 %	3,3%	61,8 %	100,0%
D, dermatologiká	7,7 %	13,1 %	0,7 %	11,0 %	5,3%	62,2 %	100,0 %
H, systémové hormóny	9,3 %	10,7 %	0,7 %	10,3 %	5,2%	63,9 %	100,0 %
S, zmyslové orgány	8,0 %	11,9 %	0,5 %	12,5 %	2,9%	64,1 %	100,0 %
Celkové náklady na lieky a DP	7,8 %	12,0 %	0,6 %	11,3 %	3,9%	64,4 %	100,0 %
Podiel na počte poistencov	8,1 %	14,4 %	1,3 %	11,4 %	8,5%	56,3 %	100,0 %

ZÁVER

Rast spotreby liekov v cenách výrobcov vo výške 15 % je takmer na rovnakej úrovni ako predchádzajúci rok. Administratívne opatrenia, hlavne znížená sadzba DPH na lieky, sa premietli do stabilizácie nákladov zdravotných poisťovní. Hlavne vďaka plošným opatreniam (ktoré však majú svoju limitovanú „životnosť“) bolo možné pri minimálnom náraste verejných zdrojov investovať do inovatívnej terapie a prevencie.

Náklady na lieky sú však súčinom počtu balení a ceny. Podľa môjho názoru sa na Slovensku kladie oveľa väčší význam na pôsobenie „zhora“, čiže hlavne na reguláciu ceny, resp. úhrady liekov. Pôsobenie „zdola“ teda priamo na predpisujúcich lekárov a tým na množstvo a skladbu preskripcie má stále u nás menší význam. A aj tu, ako pri mnohých oblastiach, platí známe „dôležitá je kvalita a nielen kvantita“. **Vidím preto hlavne priestor**

**pre zvyšovanie racionality preskripcie v cieľných audi-
toch preskripcie, v sledovaní kvalitatívne zameraných inde-
xov preskripcie a v poskytovaní individuálnej spätnej väzby
o vlastnej preskripcii predpisujúcim lekárom.**

Ako príklad uvádzam projekt S-MedDial (Slovenský medicínsky dialóg), ktorý je dlhodobým projektom iniciovaným vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, zameraným na ovplyvnenie preskripcie „zdola“ prostredníctvom analýz a následnej edukácie. Cieľom projektu je zlepšiť preskripčné návyky pediatrov pri predpisovaní antibiotík. V praxi to znamená, že sa počas regionálnych seminárov lekárom poskytuje spätná väzba priamo o ich preskripcii spolu so zdôraznením racionality/iracionality v ich preskripčných návykoch a odporučeniami. Na záver len dodávam, že netreba ani zabúdať, že farmakoterapia by sa mala posudzovať v širšom kontexte – vo väzbe na výkony, hospitalizácie a ostatné nákladové položky.

VZDELÁVACÍ PROGRAM 2008/2009

www.hma.sk

o fungovaní a zmenách v systéme zdravotníctva

Chcete zlepšiť svoje manažérske zručnosti, zvýšiť efektivnosť v procese riadenia, získať hlbšie znalosti z oblasti zdravotnej politiky či porozumieť podstate fungovania zdravotných systémov?

Program MANAŽÉR I

Je určený pre manažérov stredného a vyššieho manažmentu v sektore zdravotníctva. Zahŕňa súbor modulov, ktoré poskytnú moderné znalosti o fungovaní systému zdravotníctva, najmä jeho ekonomických súvislostí a tiež zdokonalenie manažérskych zručností účelovo zameraných na sektor zdravotníctva.

Radi by ste získali informácie o ekonomických súvislostiach v zdravotníctve, lepšie sa zorientovali v legislatíve, zmluvách so zdravotnými poisťovňami, naučili sa vytvárať pridanú hodnotu pre pacienta a používať koncepciu marketingového myslenia v praxi?



Program MANAŽÉR II

Je určený pre absolventov programu MANAŽÉR I. Druhý stupeň programu je orientovaný na zlepšovanie špecifických manažérskych zručností.

Program LEKÁR

Je určený pre všetkých ambulantných lekárov. Zahŕňa súbor modulov, ktoré v krátkom čase umožnia získať ucelené praktické informácie o zdravotnej ekonomii, legislatívnom prostredí, kontraktach s poisťovňami a tvorbe pridanej hodnoty pre pacienta.

Intenzívny program LEKÁR

Pre skupiny minimálne 15 študentov je možné absolvovať program počas dvoch dní.

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmyšľajú v súvislostiach.



Maďarsko: Nové smery v zdravotnom poistení



Končí sa lovenie v mútnych vodách maďarského zdravotníctva? Touto otázkou sa zaoberali koncom septembra a začiatkom októbra mnohé maďarské denníky. Nový plán financovania Fondu zdravotného poistenia (OEP) by mohol odstrániť tie problematické miesta, ktoré umožňovali netransparentný predaj ošetrovacích kapacít, čím by sa definitívne uzavrela aj debata o limitovanej výkonnosti v nemocniciach.

OEP pred nedávnom dokončil svoje odporúčania pre transformáciu objemového limitu výkonov pre nemocnice. Na zavedenie odporúčania je potrebné upraviť viaceré regulácie ako aj schváliť budúročný štátny rozpočet.

Podľa konceptu nového systému bude od januára OEP **flexibilne vyjednávať finančné kontrakty so zdravotníckymi zariadeniami**, peniaze budú nasledovať pacienta. Podľa Zsolta Kissa, riaditeľa finančného oddelenia OEP, flexibilita znamená, že kontrakty budú menené na štvrťročnej báze s ohľadom na pohyb pacienta. Výška platby za zdravotnú starostlivosť sa bude určovať na základe troch kritérií:

1. poskytnutý výkon,
2. spádová oblasť,
3. Inštitucionálny stupeň, na ktorom je pacientovi poskytnutá zdravotná starostlivosť (zavedenie progresivity).

Je známe, že limity objemu výkonov sú efektívnym spôsobom regulácie dobre fungujúcej a vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti: platí, že „postel' si nájde svojho pacienta“. Nadbytočné kapacity generujú cirkuláciu pacientov, najmä keď sú náklady hradené poisťňom.

Uvedme jeden z typických problémov vyplývajúci zo súčasného systému objemových limitov na výkony:

1. Neprioritné zdravotnícke zariadenie (napr. menšia nemocnica) môže v situácii, ak by ošetrovanie pacienta malo presiahnuť stanovený limit zo strany OEP poslať pacienta do koncovkej nemocnice;
2. Koncová nemocnica je povinná prijať každého pacienta na 24-hodinové pozorovanie a nesmie ho nikam inam preložiť;

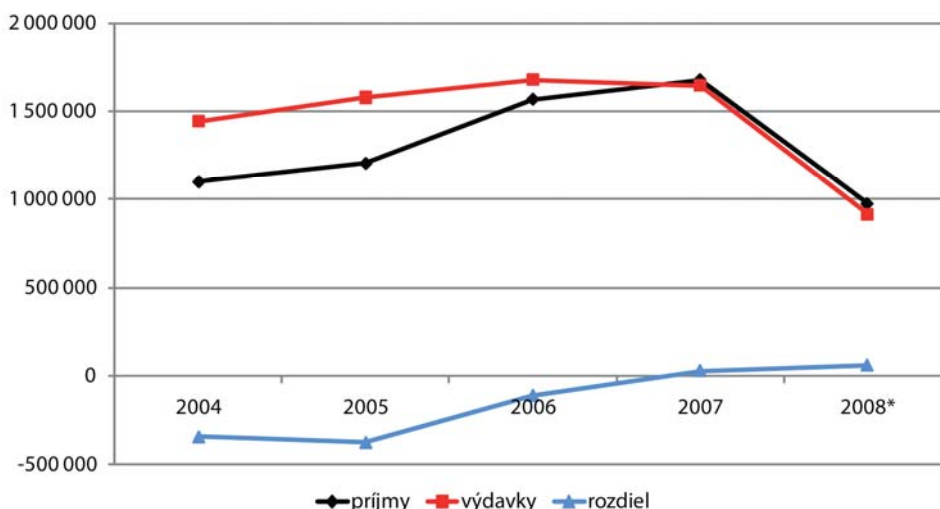
3. Takto môžu koncové nemocnice veľmi rýchlo vyčerpať svoje limity na objem zdravotnej starostlivosti, tieto náklady im nie sú uhradené poisťňom, čo vedie k rýchlemu nárastu dlhov dotknutých nemocníc.

Straty nemocníc spôsobené zlyháváním systému limitov na objemy výkonov dosiahli v roku 2007 viac ako € 240 miliónov (60 miliárd HUF). Pre porovnanie, ide o sumu zodpovedajúcu výške mesačnej úhrady nemocniciam zo strany OEP.

Toto je jeden z dôvodov pre **obchodovanie s limitmi** na objem výkonov. Tie zdravotnícke zariadenia, ktoré nevyčerpajú svoj limit, sa obávajú, že ak sa na to príde, limit im bude znížený. Často však ide o prechodný jav: napr. menej operácií z dôvodu výpadkov pracovnej sily alebo jednoducho do zariadenia v danom období príde menej pacientov; výsledkom je nevyužitá kapacita objemu výkonov. Obchodovanie s limitmi prináša benefity obojstranným: menšie, neprioritné zariadenia miernia hrozbu zníženia limitov ich predávaním zvyčajne väčším koncovým zariadeniam, ktoré tým minimalizujú svoje straty. **Manažéri nemocníc odhadujú, že cena limitov na „čiernom trhu“ je 20 až 30 % z čiastky, ktorú platí OEP.**

Maďarská vláda sa nedávno pokúsila pomôcť nemocniciam s deficitom z limitov na objem výkonov tým že im poskytla € 15,2 milióna (3,8 miliardy HUF) z úspor OEP, ktoré mali byť použité v auguste a septembri tohto roka. Aj napriek tomu, že Asociácia nemocníc vyhlásila, že peniaze boli rozdelené na základe objektívnych kritérií, vyskytli sa prípady, keď boli nemocniciam s rovnakým počtom postelí pridelené rôzne sumy pomoci. Dotknuté nemocnice by radi tlmočili svoje názory tvorcom zdravotnej politiky, aby sa v budúcnosti do-

Tabuľka: Hospodárenie Fondu zdravotného poistenia (v mil. HUF)



* - údaje za 2008 k augustu 2008

Zdroj: autor

siahla lepšia alokácia zdrojov. Mali by byť pritom brané do úvahy faktory ako úmrtnosť, počet prijatých akútnych pacientov, počet mimorajónnych pacientov, počet pacientov preložených do iných zariadení a pod.

Existuje aj ďalší dôvod spochybňujúci použitie prebytku OEP. Medzi expertmi sa šíri informácia, že fond národného poistenia si ponechá sumu € 200-240 miliónov (50-60 miliárd HUF), hoci premiér Ferenc Gyurcsány deklaroval, že úspory budú smieť byť použité výhradne v zdravotníckom sektore.

Maďarský zdravotný sektor môže ešte očakávať dodatočnú pomoc od vlády v rámci programu „Istota a Partnerstvo“. Minister zdravotníctva Tamás Székely v rôznych interview a konferenčných prednáškach povedal, že sa bude zasadzovať za podporu vo výške € 60-80 miliónov (15-20 miliárd HUF) na realizáciu 2-ročného zdravotníckeho programu. Debata o tomto programe by mala byť už čoskoro v parlamente.

Vysokú prioritu by mali získať zdravotné programy pre obyvateľov, mala by prebehnúť transformácia poistenia a na riešenie čakajú aj problémy s ľudskými zdrojmi. István Éger, prezident Maďarskej lekárskej komory, si však myslí, že suma vyčlenená na riešenie katastrofálnej (predovšetkým finančnej) situácie v personálnej oblasti maďarského zdravotníckeho sektora, nie je dostatočná. V rozhlasovom interview dodal, že hoci minister zdravotníctva podnikol kroky pre vyššie tempo rastu miezd zdravotníkov v porovnaní s priemerným celkovým rastom vo verejnom sektore, jeho snaha bola nedostatočná. Rast totiž zrejme nedosiahne hodnotu 10 %. Iba dlhodobý kariérny model by mohol byť schopný udržať lekárov ostať pracovať v Maďarsku. Problémom je aj to, že navrhnutý koncept neposkytuje primerané riešenia pre odpisy a nezaobrá sa korupciou.

Makroekonomická situácia ukazuje plány týkajúce sa zdravotníckeho sektora v novom svetle. Na jednej strane je tu neistota vyplývajúca z aktuálnej politickej situácie, ktorá vý-

namne ovplyvňuje makroekonomické očakávania. Na strane druhej, očakávania inflácie ostávajú pre tento rok pomerne vysoké: priemer očakávaní deviatich veľkých investičných a analytických domov v Londýne bol 6,48 %. Zvrátenie tohto inflačného procesu bude predstavovať pre Maďarsko ťažký boj.

Tretím komponentom makroekonomickej situácie je iila maďarskej meny. Kurz HUF/EUR je udržateľný len pri stabilnom rozpočte, čo znamená, že deficit by sa nemal prehĺbovať. Aktuálne postoje vlády v súvislosti s programom znižovania daní majú nepriaznivý vplyv na očakávania trhu. Podľa poslednej analýzy Standard & Poor's, samotný smer daňových zmien sa zdá byť správny, avšak je ťažko uveriteľné, že odporúčané daňové škrtky by mohli byť vykryté „vyčistením“ ekonomiky. Cieľová suma € 4,8 miliardy (1 200 miliárd HUF) je jednoducho príliš vysoká.

Z uvedeného sa zdá, že ide o začarovaný kruh: trh by omnoho viac ocenil odloženie alebo úplné zrušenie opatrení na znižovanie daní, avšak na druhej strane by to pravdepodobne viedlo k rezignácii premiéra Ferenc Gyurcsányho, čo by definitívne vyústilo do politickej krízy. Analýzy BNP Paribas ukazujú, že pravdepodobnosť výskytu dvoch zlých scenárov, ako napríklad neudržaný rozpočet a skoré voľby, je nízka, avšak môže sa stať, že premiér rezignuje.

V neposlednom rade sa zdá, že svetová hospodárska kríza zmení všetko vrátane zdravotnej politiky. 9. októbra oznámil minister financií János Veres, „že z dôvodu aktuálnej svetovej ekonomickej krízy by mali byť prepočítané budúročné makroekonomicke predpoklady, ktoré boli bázou vytvárania štátneho rozpočtu.“ Ministerstvo financií predpovedá už len 3%-ný rast. Experti diskutujú o modifikácii štátneho rozpočtu už dlhú chvíľu, avšak premiér zdôraznil, že rozpočet ostane bez zmeny a modifikovať sa budú „iba“ makroekonomicke ukazovatele.

K. ORBÁN

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?



Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY

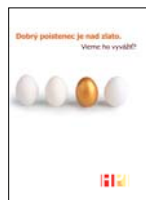
PRE ROKY 2008 - 2011



Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníckeho sektora
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

DOBÝR POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?



Publikácia o selekcii rizika a kompenzácii rizikovej
štruktúry v zdravotnom poistení
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 439 Sk / € 14,57 za tlačенú verziu
237 Sk / € 7,87 za elektronickú verziu

KONTAKT PRE OBJEDNÁVKY:

e-mail: hpi@hpi.sk
fax: +421 2 54 643 053
telefón: +421 2 54 643 051
pošta/osobne: Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

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