HPI Health Policy Institute

Into Balance

THERE IS ALWAYS AN ALTERNATIVE SOLUTION

ROČNÍK 2 NOVEMBER 2007

OBSAH

Zaklínadlo na zisk

Opäť narastá sklon k úsporám u slovenských domácností

Stanovisko HPI k rozpočtu verejnej správy na roky 2008 – 2010

Kritériá bez zmyslu a obsahu

Nová minimálna sieť: ako nepoužívať nástroje zdravotnej politiky

Etické rozhodnutia v zdravotníctve

Degresívna obchodná prirážka

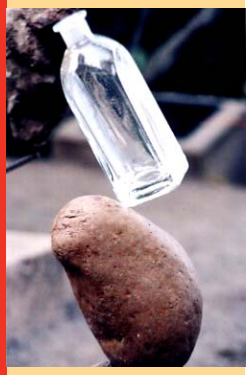


Foto: www.rock-on-rock-on.com Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

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

Zaklínadlo na zisk

Slovenský parlament schválil na svojej novembrovej schôdzi spornú novelu zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá prináša viaceré zásadné zmeny. Zdravotné poisťovne budú po novom vykonávať svoju činnosť vo verejnom záujme. Objem zdrojov, ktoré môžu poisťovne použiť na svoju správu sa znižuje zo 4 % na 3,5 % ročného úhrnu poistného. Prevod poistného kmeňa medzi zdravotnými poisťovňami sa bude uskutočňovať bezodplatne. Príjmy zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia nebudú predmetom dane z príjmu. Najvýznamnejšou a zároveň najrozporuplnejšou zmenou je, že od roku 2008 budú môcť zdravotné poisťovne použiť kladný hospodársky výsledok z verejného zdravotného poistenia výlučne len na úhradu zdravotnej starostlivosti, a to najneskôr do konca nasledujúceho kalendárneho roka.

Cesta k schváleniu novely na pôde parlamentu nebola vôbec jednoduchá. Proti kontroverznému návrhu na zákaz rozdelenia zisku akcionárom poisťovní sa postavili dve koaličné strany (SNS a ĽS-HZDS). Po rozprave k zákonu ale nakoniec rezignovali na svoje výhrady a hlasovali za návrh, s ktorým predtým nesúhlasili. Principiálny postoj premiéra, ktorý schválenie novely podmienil ďalším zotrvaním strany Smer-SD v koalícii, zlomil všetkých koaličných kritikov.

Všetci sa zhodujú, že schválením novely zákona o zdravotných poisťovniach došlo k zásadnému zásahu do systému zdravotného poistenia. Tento zásah však vníma každý odlišne. Ministerstvo pozitívne, opozícia a vlastníci súkromných poisťovní negatívne. Napriek absolútnemu nesúhlasu so schválenou novelou sa súkromné zdravotné poisťovne nateraz nechystajú odísť z trhu zdravotného poistenia. Ich vlastníci ale jasne tlmočili svoj zámer podať žalobu na Slovenskú republiku za poškodenie svojich investícií. Premiér Fico ani MZ SR sa sporov s vlastníkmi súkromných zdravotných poisťovní neobávajú. Vlastníci súkromných zdravotných poisťovní sú však presvedčení, že spor o náhradu škody vedený voči Slovenskej republike vyhrajú a jedinou otázkou bude výška odškodného.

Dôvod, prečo sa vláda a parlament rozhodli regulovať použitie zisku, je prozaický. Zisk je na očiach a je ho veľmi dobre vidno – na rozdiel od neefektivity v prebytočných a nevhodne koncipovaných kapacít zdedených z minulosti. Jeho hypotetické ovládnutie však na zlepšenie systému stačiť určite nebude. Stav, v akom je dnes slovenské zdravotníctvo, vyžaduje kapitálové impulzy v rádoch desiatok miliárd korún. Dve či tri miliardy mu tŕň z päty nevytrhnú.

Napriek snahe ministerstva schválená novela nemusí vôbec priniesť zvýšenie objemu zdrojov na úhradu zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa bude síce mať povinnosť použiť zisk predchádzajúceho roku na úhradu zdravotnej starostlivosti v roku nasledujúcom, použitím týchto prostriedkov však ušetrí na nákladoch nasledujúceho roku, čo jej umožní zvýšiť zisk nasledujúceho roku. Celé „kolečko" sa bude môcť zopakovať v každom ďalšom roku a peniaze zo zdravotnej poisťovne nebudú musieť vôbec odísť.

Zdroje takisto nemusia skončiť tam, kde ich systém najviac potrebuje – v ústavnej starostlivosti poskytovanej v tzv. koncových nemocniciach. Zákon aj po novele umožňuje nasmerovanie zisku (štedrými platbami) k poskytovateľom spriazneným s vlastníkmi zdravotných poisťovní. Túto skutočnosť otvorene priznal aj líder ĽS-HZDS Vladimír Mečiar. Zisk si teda vie nájsť cestu k vlastníkovi zdravotnej poisťovne. **Načo nám je zákon, ktorý nerieši problém identifikovaný ministerstvom zdravotníctva?** Schválené zmeny nie sú tým správnym zaklínadlom, ako dostať „zisk späť do zdravotníctva".

Inou problematickou oblasťou novely je prípad, ak zdravotná poisťovňa dosiahne stratu a o rok neskôr vykáže zisk. Podľa novely sa zisk musí použiť výhradne na úhradu zdravotnej starostlivosti v bezprostredne nasledujúcom roku. Strata, ktorá vznikne v dôsledku vyšších nákladov na zdravotnú starostlivosť v jednom roku tak nebude môcť byť kompenzovaná ziskom dosiahnutým v nasledujúcom roku.

Po schválení zmien v zákone o zdravotnom poistení stratila diskusia o zlepšovaní systému zdravotného poistenia zmysel. Názor oponentov tu dnes nikto nechce počúvať, bez ohľadu na to, či sa diskutuje emotívne, odborne alebo v útrobách zabudnutých reštaurácií. Celá diskusia o zmenách v zdravotnom poistení sa často obracala len smerom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorým chýbajú zdroje (pričom zisk poisťovní nie je v príčinnej súvislosti tohto stavu). Zdravotný systém tu dnes nie je pre nemocnice a lekárov, ale pre pacienta. **Použitie tých imaginárnych dvoch alebo troch miliárd zo zisku zdravotných poisťovní tu takmer nikto nespomenul v kontexte prínosov pre pacienta**: ako konkrétne sa zlepší kvalita služieb, ktoré pacient dostáva? Alebo komu všetkému budeme vedieť poskytnúť lepšiu liečbu ako dostáva dnes? Znižovanie frustrácie zdravotníctva zo seba samého je síce sympatický cieľ, ušľachtilejším je však znižovanie frustrácie pacientov.

Nezastupiteľná úloha zdravotnej poisťovne v modernom svete nákupu zdravotnej starostlivosti spočíva v tom, že zdravotná poisťovňa je agentom poistenca a koná v jeho záujme. K tomu, aby to robila čo najefektívnejšie, musí byť motivovaná. Budúcnosť ukáže, či je 3,5 % z ročného úhrnu poistného pre zdravotné poisťovne dostatočnou motiváciou. Súčasní vlastníci súkromných poisťovní si to v kontexte schválených zmien nemyslia.

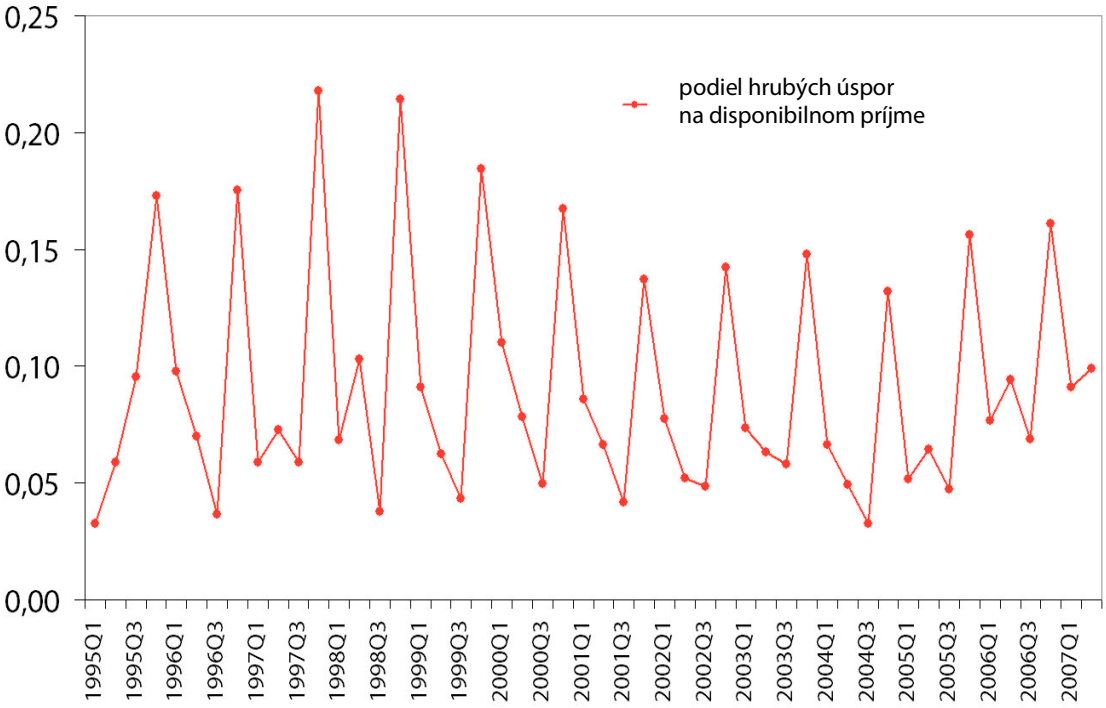
MICHAL GAJDZICA

Opäť narastá sklon k úsporám u slovenských domácností

Domácnosti používajú disponibilný príjem na konečnú spotrebu a tvorbu úspor. A práve významný pokles podielu úspor a tým logicky rast podielu spotreby bol odrazom nárastu preferencie spotreby v uplynulých rokoch. **Tendencia sa však otáča: sklon k úsporám (podiel úspor na príjme) znovu rastie.** Napriek niektorým až príliš ustarosteným komentárom o rastúcej spotrebnej orientácii domácností vidno v **Grafe 1** nárast podielu úspor na disponibilnom príjme domácností. Podiel úspor je značne sezónne rozkolísaný, aktuálna hodnota 9,8% disponibilného príjmu v druhom kvartáli 2007 je zatiaľ najvyššia (najvyššia z dát týkajúcich sa druhého kvartálu). Najvyšší sklon k úsporám je v 4. kvartáli – vtedy je síce sezónny výkyv spotreby, ale existuje ešte silnejší výkyv v príjmoch.

Sklon k úsporám klesal v rokoch 2000-2004. Odvtedy badať obrat (z úrovne 7,0% v roku 2004 na 10,0% v roku 2006 a odhadovaných 10, 6% v roku 2007. Pritom vývoj sklonu k úsporám nie je funkciou (aspoň nie výlučnou funkciou) tempa rastu príjmu. Napríklad v rokoch 2002 a 2006 bolo tempo rastu bežných príjmov podobné (reálny rast okolo 5%), pritom sklon k úsporám sa vyvíjal protichodne. Významnú rolu tu hrá vývoj životných nákladov (a ich subjektívne vnímanie), očakávania a pod. Dokonca nemožno ani jednoznačne tvrdiť, že by nárast miery úspor vždy znamenal lepšiu socio-ekonomickú situáciu domácností. V minulosti bola vyššia miera úspor u domácností na chudobnejšom východe Slovenska.

Graf 1: Sklon k úsporám – podiel úspor na disponibilnom príjme



Zdroj: Štatistický úrad SR

MONITORING OKTÓBER 2007

1. októbra nariadil Úrad pre verejné obstarávanie Všeobecnej zdravotnej poisťovni zrušiť rokovacie konanie bez zverejnenia, ktorým si poisťovňa chcela obstarať pilotný projekt internetovej zdravotnej knižky pre poistenca.

1. októbra zverejnilo Ministerstvo zdravotníctva informáciu o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva. Celkový dlh mal k 30. júnu tohto roka predstavovať 7,367 miliárd korún. V tom istom období minulého roka dosahoval dlh nižšiu úroveň, a to 5,523 miliárd korún. Najväčšiu časť dlhu tvorí dlh zdravotníckych zariadení v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, ktorý k polroku predstavoval 5,23 miliardy korún.

2. októbra podpísal prezident Ivan Gašparovič Novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

5. októbra potvrdilo ministerstvo zdravotníctva, že v návrhu verejnej minimálnej siete nemocníc sa budú nachádzať iba štátne zdravotnícke zariadenia.

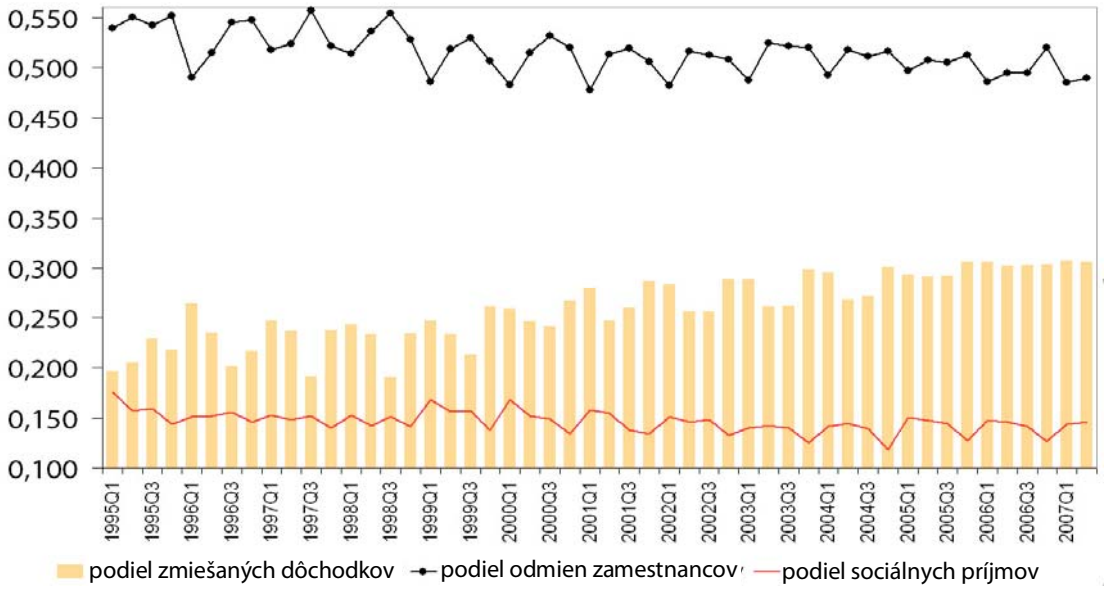
8. októbra podala Všeobecná zdravotná poisťovňa žalobu na Krajskom súde v Bratislave, o preskúmanie zákonnosti rozhodnutia Úradu pre verejné obstarávanie v prípade pilotného projektu internetovej zdravotnej knižky.

11. októbra schválila vláda návrh štátneho rozpočtu na rok 2008. Podľa tohto

Zároveň sa mení aj štruktúra príjmov: vytrvalý pokles podielu odmien zamestnancov (hrubé mzdy aj s odvodmi zamestnávateľa) na celkových bežných príjmoch pokračuje aj v roku 2007. Už v minulom roku prvýkrát klesol podiel odmien zamestnancov veľmi tesne pod 50 % a v roku 2007 klesne asi na 49,7 %. Takže už druhý rok mzdy netvoria ani polovicu príjmov domácností. Veľmi mierne klesá aj podiel sociálnych príjmov (v roku 2007 ich podiel dosiahne asi 14,0 %) a na druhej strane narastá podiel zmiešaných dôchodkov (príjem SZČO, zmiešava sa v ňom zisk a mzda). Hodnota 30,6 % pre podiel zmiešaných dôchodkov v druhom kvartáli 2007 je historické maximum (pre druhý kvartál). Takže slovenské domácnosti sú čoraz menej závislé od sociálnych príjmov, od miezd a sú čoraz viac závislé od zmiešaných dôchodkov (**Graf 2**).

KAROL MORVAY

Graf 2: Štruktúra príjmov domácností



Zdroj: výpočty HPI podľa údajov Štatistického úradu SR

Krátko o aktuálnych tendenciách

• ***Historicky najnižšia miera registrovanej nezamestnanosti.*** V októbri klesla miera evidovanej nezamestnanosti na 7,9 %. Ide o historické minimum. V rovnakom mesiaci roku 2006 bola miera evidovanej nezamestnanosti 9,3 %. Počet disponibilných nezamestnaných tak klesol na cca 206 tisíc. Ide o dáta vyplývajúce z registrov úradov práce Miera nezamestnanosti vykazovaná podľa výberového zisťovania pracovných síl bude približne 3,5 percentuálnych bodov vyššia (tu totiž nejde o dáta z úradných registrov, ale o subjektívne výpovede občanov o tom, či majú platenú prácu). Za tretí kvartál bola metódou výberového zisťovania sprostredkovaná hodnota 11,2 %.

• ***Napriek spomaleniu rastu produkcie bol rast HDP stále mimoriadne vysoký.*** V 3. štvrťroku 2007 sa reálny rast HDP udržal na mimoriadne vysokej úrovni, dosiahol 9,4 %. Pritom rast objemu hrubej produkcie sa v porovnaní s predchádzajúcimi štvrťrokmi výraznejšie spomalil (z 12,9 % v prvom a 9,4 % v druhom štvrťroku na 5,8 % v treťom). Keďže však HDP je ukazovateľ na báze pridanej hodnoty, rast hrubej produkcie ho môže a nemusí vážnejšie ovplyvniť. Pri citeľnom spomalení rastu hrubej produkcie došlo k ešte výraznejšiemu poklesu tempa rastu medzispotreby (jej rast bol len 2,5 % v treťom štvrťroku). Tak pridaná hodnota (daná rozdielom medzi hrubou produkciou a medzispotrebou) mohla dosahovať mimoriadne silný rast. Spomalenie rastu produkcie bolo pritom očakávané. V treťom kvartáli 2006 došlo k expanzii priemyselnej produkcie (začiatok produkcie nových firiem v automobilovom priemysle) a tým sa zvyšuje porovnávacia báza pre súčasné obdobie. Je vysoko pravdepodobné, že spomalený rast produkcie nebude dlhodobo vyvažovaný spomalením rastu medzispotreby a postupne sa spomalí aj rast HDP (stále však zostane relatívne vysoký, nie však v súčasných mimoriadnych dimenziách).

V 1. až 3. štvrťroku 2007 vzrástol HDP reálne o 9 % (v bežných cenách o 11,6 %). V porovnaní so staršími členmi EÚ ide o neporovnateľný údaj, ale v porovnaní s pobaltskými novými členmi EÚ je to skôr „normálne" číslo. Keďže sú už k dispozícii dáta za celú EÚ, možno konštatovať, že vyššie tempo rastu ako Slovensko dosiahlo len Lotyšsko (11,0 %).

KAROL MORVAY

návrhu by mal štát do systému zdravotného poistenia odviesť na budúci rok 30,5 miliardy korún, čo predstavuje platbu za jedného poistenca štátu vo výške 4,5 % priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve.

18. októbra posunula Národná rada Slovenskej republiky do druhého čítania novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Cieľom novely je zastavenie transformácie zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti. Parlament posunul do druhého čítania aj vládny návrh novely zákona o zdravotnom poistení .

24. októbra schválila vláda zmenu nariadenia o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Do minimálnej siete nemocníc pre zabezpečenie neodkladnej zdravotnej starostlivosti bude patriť 34 zdravotníckych zariadení, ktoré sú výlučne v zriaďovateľskej pôsobnosti štátu.

25. októbra schválil parlament novelu zákona o zdravotných poisťovniach. Novela prikazuje zdravotným poisťovniam použiť celý zisk z verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotných výkonov. Novela taktiež znižuje poisťovniam prostriedky, ktoré smú použiť na vlastnú správu na úroveň 3,5 % z vybraného poistného.

31. októbra informovala Asociácia nemocníc Slovenska, že zváži podanie na Ústavný súd Slovenskej republiky pre vládne nariadenie o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Stanovisko HPI k rozpočtu verejnej správy na roky 2008 – 2010

1. STANOVISKO K ROZPOČTU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Návrh rozpočtu zdravotných poisťovní v oblasti príjmov sa od prognózy HPI líši len minimálne:

- predpokladáme lepší výber poistného od ekonomicky aktívnych osôb, a to vo výške 937,0 mil. Sk
- predpokladáme nižšiu platbu štátu za svojich poistencov o 671,5 mil. Sk – dôvodom je nižší počet poistencov štátu. Kým podľa MF SR ich bude 3 011 927, podľa našich prepočtov by ich malo byť 2 968 000. Príčinou nižšieho počtu bude pretrvávajúca emigrácia obyvateľov (cca 19 000 osôb) a nárast počtu ekonomicky aktívnych osôb o 42 000.

V oblasti výdavkov sa od návrhu rozpočtu prognóza HPI zásadne líši v parametri výdavkov na prevádzkové činnosti. Návrh MF SR predpokladá 4 % na prevádzkové činnosti, pričom posledná novela zákona 581/2004 určuje tieto výdavky len na 3,5 %. Celkový prebytok prognózujeme na 1 500 mil. Sk, pričom MF SR predpokladá je výšku na 1 380 mil. Sk.

Tabuľka 1: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní, v mil. Sk

Položka	MF SR		HPI	Rozdiel
	2007	2008	2008	
Príjmy zdravotných poisťovní spolu:	**89 280,4**	**105 595,0**	**105 271,0**	**-324,0**
daňové príjmy (príjmy z poistného), z toho:	83 123,8	96 814,5	96 871,0	56,5
ekonomicky aktívne osoby	55 581,5	65 065,0	66 002,0	937,0
štát	27 178,0	30 540,5	29 869,0	-671,5
sankcie súvisiace s poistným	364,3	208,0	0,0	-208,0
ročné zúčtovanie poistného - EAO	0,0	1 001,0	1 000,0	-1,0
nedaňové príjmy	260,2	374,5	0,0	-374,5
transfery v rámci VS	6,0	6,0	0,0	-6,0
zostatok prostriedkov z predch. rokov (FO)	5 890,4	8 400,0	8 400,0	0,0
Výdavky zdravotných poisťovní spolu:	**83 390,0**	**96 195,0**	**95 371,0**	**-824,0**
výdavky poistenia	79 436,7	91 535,5	91 206,0	-329,5
výdavky na prevádzkové čin. poisťovne, z toho:	3 347,7	3 936,7	3 390,0	-546,7
kapitálové výdavky	617,2	300,0		-300,0
bežné transfery v rámci VS, z toho:	598,9	705,6	775,0	69,4
príspevok na činnosť OS ZZS	224,6	264,6	291,0	26,4
príspevok ÚDZS	374,3	441,0	484,0	43,0
ostatné výdavky (§ 6a zák. č. 581/2004 Z. z.)	6,7	17,2	0,0	-17,2
Celkový prebytok zdravotných poisťovní	**5 890,4**	**9 400,0**	**9 900,0**	**500,0**
vylúčenie finančných operácií	**-5 890,4**	**-8 400,0**	**-8 400,0**	**0,0**
zahrnutie časového rozlíšenia	**325,0**	**380,0**	**0,0**	**-380,0**
Prebytok ZP (ESA 95)	**325,0**	**1 380,0**	**1 500,0**	**120,0**

Zdroj: Schválený rozpočet verejnej správy na roky 2008 – 2010 a prepočty Health Policy Institute, 2007

2. STANOVISKO K ROZPOČTU KAPITOLY MZ SR

Predložený rozpočet neumožňuje MZ SR realizovať viaceré dôležité projekty:

- upozorňujeme, že programové vyhlásenie vlády (PVV) predpokladalo poistné za poistencov štátu vo výške 5 %. Pri dodržaní PVV by poistné za poistencov štátu malo dosiahnuť výšku 33,9 mld. Sk, čo predstavuje rozdiel 3,3 mld. Sk.
- rozpočet neobsahuje žiadne zdroje na zavedenie systému e-Health, čo je v rozpore s vládnou stratégiou zavedenia e-Health na Slovensku (konzervatívny odhad je minimálne 1,0 mld. Sk ročne)
- rozpočet neobsahuje dostatočné zdroje potrebné na rekapitalizáciu nemocníc – podľa odhadov HPI by bolo potrebné do nemocníc investovať 4,0 mld. Sk ročne, tak aby bola zabezpečená prirodzená reprodukcia ich aktív.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 2: Rozpočet kapitoly MZ SR, v mil. Sk

(v mil. Sk)	MF SR		HPI	Rozdiel
	2007	2008	2008	
Bežné výdavky, z toho:	**29 399,8**	**33 226,0**	**36 559,3**	**3 333,3**
poistné platené štátom	27 178,0	30 540,5	33 859,3	3 318,8
ostatné bežné výdavky	2 221,8	2 390,5	2 400,0	9,5
2. programovacie obdobie (EU prostriedky a spolufin.)	0,0	295,0	300,0	5,0
Kapitálové výdavky, z toho:	**698,7**	**698,6**	**5 700,0**	**5 001,4**
SECAL - úver Svetovej banky	500,0	500,0	500,0	0,0
ostatné kapitálové výdavky	198,7	198,6	200,0	1,4
e-Health			1 000,0	1 000,0
rekapitalizácia aktív			4 000,0	4 000,0
Výdavky celkom	**30 098,5**	**33 924,6**	**42 259,3**	**8 334,7**

Zdroj: Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2008 – 2010 a prepočty Health Policy Institute, 2007

Míľniky k euru

1) Vývoj cien znovu vyvolal znepokojenie. Už v septembri došlo k nepriaznivému zlomu vo vývoji cenovej hladiny: Dovtedy čoraz miernejšia inflácia zrazu nabrala na intenzite. Medziročná inflácia sa zrýchlila na 2,8 % (v júli a auguste 2,3 %), čo vyvolalo rad ustarostených komentárov ohľadne splnenia či nesplnenia inflačného kritéria pre prijatie eura. Následne v októbri sa medziročná miera inflácie dostala až na hodnotu 3,3 %. Spotrebiteľské ceny, merané harmonizovaným indexom (a ten je rozhodujúci pri prijímaní eura), sa v októbri na medziročnej báze zvýšili o 2,4 % (v septembri o 1,7 %).

Zrýchlenie rastu cenovej hladiny sa však aspoň čiastočne očakávalo, z troch dôvodov:

- Prvým dôvodom je nízky štatistický základ z minulého roka, keď klesali ceny pohonných látok
- Druhým dôvodom bol avizovaný rast cien potravín. Rozsah tohto efektu však bolo ťažké odhadnúť. Vedelo sa, že tento faktor prítomný bude, ale nevedelo sa v akom rozsahu. Silný nárast cien potravín vykázali aj susedné krajiny, ide o globálny jav.
- Ceny pohonných hmôt zaznamenali po trinástich mesiacoch opäť medziročný rast.

Dopytové inflačné tlaky sú utlmené. Priemerná medziročná miera harmonizovanej inflácie za 12 mesiacov bola v októbri na úrovni 2,1% (rovnako aj v septembri). V čase hodnotenia pripravenosti na prijatie eura, teda na jar budúceho roku, možno očakávať hodnotu harmonizovaného indexu spotrebiteľských cien na hodnote 1,7 % - 1,8 %, čo by malo byť takmer o jeden percentuálny bod nižšie ako je maastrichtský limit. Medziročná dynamika inflácie by sa totiž mala už v novembri oproti októbru 2007 spomaliť, predovšetkým vplyvom očakávaného spomalenia medziročnej dynamiky regulovaných cien energií (ide o bázický efekt zvyšovania cien energií v rovnakom období minulého roka).

2) Prijatý bol zákon o zavedení eura. Parlament prijal zákon, ktorého cieľom je dosiahnuť plynulý a bezproblémový prechod k používaniu eura. Ustanovenia zákona sa týkajú duálneho obehu a oceňovania (Sk aj EUR), pravidiel výmeny po zániku pôvodnej meny a pod. Prostredníctvom tohto zákona sa novelizuje aj Zákon o NBS- Národná banka stráca kompetenciu emitenta peňazí a túto kompetenciu získava ECB. Časť ustanovení zákona nadobúda účinnosť už v januári 2008, ale časť až v momente stanovenia konverzného kurzu (tento dátum ešte nie je známy). Tento zákon nesúvisí s plnením ekonomických kritérií pre prijatie eura.

KAROL MORVAY

Kritériá bez zmyslu a obsahu

Od roku 2006 sú zdravotné poisťovne povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi podľa vopred zverejnených kritérií vzťahujúcich sa na personálne, materiálno-technické vybavenie, indikátory kvality a osvedčenie o systéme kvality. Túto povinnosť im ukladá ustanovenie § 7 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou. a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zdravotné poisťovne sú povinné vytvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ich úspešnosti pri plnení jednotlivých kritérií. Poradie poskytovateľov musí následne zdravotná poisťovňa zohľadniť pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zároveň.

Vo všeobecnosti možno povedať, že zákon poskytuje dobrý základ pre uzatváranie zmlúv medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V praxi však naráža na viacero veľkých prekážok. **Do dnešného dňa neexistuje právny predpis, ktorý by upravoval personálne a materiálno-technické vybavenie** pre spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVaLZ) ako aj pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kritériá pre hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti sú stanovené formálne a doteraz neplnili účel, na ktorý boli stanovené. Jedným z vysvetlení je, že proces hodnotenia nie je jasne popísaný, nerozlišuje medicínske špecializácie, často pracuje s nevalidnými údajmi a poskytuje nejednoznačné výstupy. **Ďalšou problematickou oblasťou je stanovenie štandardného pásma pre hodnoty indikátorov.** To sa určuje výlučne na základe údajov získaných od hodnotených poskytovateľov pričom neodráža objektívne hodnoty indikátorov. Nedostatočný je aj proces štandardizácie hodnoty indikátorov, v ktorom sa nezohľadňuje závažnosť zdravotného stavu.[1)]

Vzhľadom na to, že v roku 2005 neexistovala jednotná metodika zberu údajov potrebných pre výpočet indikátorov kvality, výsledné hodnoty sa stali nevalidnými. Zdravotné poisťovne čelili problémom spôsobenými neúplnými a niekedy účelovo manipulovanými údajmi zo strany poskytovateľov, čo im ešte viacej znemožňovalo vypočítať objektívne hodnoty indikátorov. **Systému sledovania kvality doteraz chýba dôsledná kontrola zbieraných údajov**, v dôsledku čoho dnes nie je možné povedať, či sú zozbierané údaje správne alebo nie.

Napriek tomu, že zdravotné poisťovne zverejnili percentuálne vyjadrenie váhy kritérií na uzatváranie zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti (viď **Tabuľka 1**), jediným kritériom, ktoré bolo možné vyhodnotiť u poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, bola dostupnosť zdravotnej starostlivosti (tú však hodnotili len SZP a ZP Apollo). Pri uzatváraní zmlúv v roku 2006 nemohli zdravotné poisťovne zohľadniť u žiadneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti indikátory kvality. Zmluvy s poskytovateľmi boli uzatvárané v prvom štvrťroku 2006 a prvé indikátory kvality boli zverejnené až v druhom štvrťroku 2006.

PODMIENKY A PREDPOKLADY PRE ZLEPŠENIE SÚČASNÉHO STAVU

Ak majú mať kritéria pre uzatváranie zmlúv svoje opodstatnenie, potom je nevyhnutné začať čo najskôr so zásadným zlepšovaním existujúceho systému. V prvom rade je potrebné, aby MZ SR vydalo čo najskôr všeobecne záväzný právny predpis, ktorý upraví presonálne a materiálno-technické vybavenie pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a SVALZ-ov. Kritériu dostupnosti musia dať zdravotné poisťovne jeho obsah, tak aby nebolo len formálnym krirériom pre uzavretie zmluvy. **Najdôležitejšie je však zlepšiť systém hodnotenia kvality zdravotnej starostlivosti**, ten je totiž najvýznamnejším barometrom merania výstupov poskytovateľov. Bez neho nemôže dobre fungovať systém diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov. Je preto nevyhnutné zabezpečiť validitu a čo najnižšiu chybovosť vstupných údajov stanovením jednoznačnej metodiky pre ich zber a dôsledným systémom kontroly zo strany zdravotných poisťovní. Taktiež je potrebné pevne stanoviť objektívne cieľové hodnoty indikátorov, ktoré budú zmysluplným „benchmarkom" pre všetkých poskytovateľov. **Výrazné zlepšenie si vyžaduje systém štandardizácie hodnoty indikátorov, rozšírením ich štandardizácie podľa pohlavia a veku minimálne o chorobnosť pacientov a závažnosť diagnózy.** Indikátory kvality je potrebné sledovať aspoň podľa základných medicínskych špecializácií tak, aby bola zabezpečená vzájomná porovnateľnosť indikátorov v jednotlivých odboroch. Takto zlepšený systém indikátorov kvality vytvorí predpoklady k zavedeniu systému „pay-for-performance" (P4P), ktorý selektívne odmeňuje poskytovateľov za dosiahnuté výsledky. Celý systém kritérií pre uzatváranie zmlúv medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami by potom mohol konečne získať svoj základný obsahový zmysel.

LUCIA LENÁRTOVÁ
MICHAL GAJDZICA

1) Ako príklad možno uviesť prípad bezproblémového a rizikového tehotenstva. V prvom prípade je riziko komplikácií a pravdepodobnosť úmrtia nižšia ako v druhom prípade. Ak však nemocnica nerieši komplikované tehotenstvá, je zvýhodnená v hodnotení kvality poskytovanej starostlivosti v porovnaní so zariadením, ktoré rieši náročné tehotenské stavy.

Tabuľka 1: Váhy kritérií na uzatváranie zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti

Kritéria na uzatváranie zmlúv	Zdravotné poisťovne						
	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Union	EZP
dostupnosť ZS	nehodnotila	30	40	nehodnotila	nehodnotila	nehodnotila	nehodnotila
materiálno-technické vybavenie	45	30	15	45	45	45	40
personálne vybavenie	45	30	15	45	45	45	40
indikátory kvality	10	10	30	10	10	10	20
minimálna váha všetkých kritérií	90	90	65	90	90	nezverejnila	80

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotné poisťovne, 2007

Zabudnutá reprofilizácia • Presuny postelí medzi krajmi • Psychiatria ako na hojdačke

Nová minimálna sieť: ako nepoužívať nástroje zdravotnej politiky

Ak sa normy v zdravotníctve prijímajú nezodpovedne, bez analýzy možných dôsledkov a bez pochopenia širších súvislostí, stúpa neistota sektora a sťažuje sa plánovanie investícií. Príbeh nariadenia vlády o minimálnej sieti istotu sektora nezvýšil, práve naopak. Za jediný rok vývoja sa zmenil názor ministerstva na túto normu najmenej päť ráz, vždy zásadne. Nakoniec vláda schválila dokument, ktorý nie je možné dodržať.

SEPTEMBER 2006

Na Ministerstve zdravotníctva SR vznikla v septembri 2006 pracovná skupina „pre optimalizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti". Výsledkom jej práce bola dohoda na metodike, ktorou potom firma ASINT Educate prepočítala dáta o sieti poskytovateľov.

DECEMBER 2006

Prepočítané dáta boli predstavené pred Vianocami 2006. Materiál navrhoval zásadné presuny počtov lôžok a na prvý pohľad vykazoval viacero logických nezrovnalostí. Tieto boli spôsobené vážnymi metodickými chybami, ktoré robili výsledok analýzy nepoužiteľným (viď *IntoBalance 1/2007*). Dotknuté špecializácie i regióny proti analýze protestovali.

FEBRUÁR 2007

Napriek tomu predložil 21. februára minister zdravotníctva na vládu materiál,[1] v ktorom propagoval výsledky preukázateľne chybnej metodiky. **V materiáli ministerstvo predpokladalo zánik celých nemocníc v pôsobnosti VÚC** a sľubovalo, že *„v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti MZ SR ministerstvo priamo prijme opatrenia na takúto redukciu."* Zánik nemocníc správa označuje ako „reprofilizáciu", keďže nemocnice sa mali stať namiesto poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti zariadeniami sociálnej starostlivosti.

Azda jediným háčikom bolo, že riešeniu chýbalo krytie financovania (teda dohoda s VÚC a MPSVaR). Vláda zobrala správu na vedomie.

MÁJ 2007

V máji prišla na vládu ďalšia správa.[2] Materiál popisuje, ako VÚC nechcú spolupracovať s MZ a odmietajú redukovať kapacity. **Ministerstvo navrhlo pristúpiť k redukcii prostredníctvom kontraktačnej sily štátnych poisťovní s dvojtretinovým podielom na trhu.** Tie pripravili zoznam 36 nemocníc, ktoré majú mať istú budúcnosť. Zhodli sa vraj i na deviatich nemocniciach, ktoré by mohli byť zatvorené. Zoznamy však neboli súčasťou správy, ministerstvo ich označilo za „tajné".

Správa bola šitá horúcou ihlou a pôsobí zmätene. Sľubuje, že zdravotníkom zo zrušených nemocníc bude poskytnutá práca v inej nemocnici, a vzápätí dodáva, že to *„samozrejme nie je celkom reálne, ale môžeme to garantovať."*

Nájdeme tu ambiciózne predsavzatia, z ktorých (zrejme) medzičasom zišlo:

„V ďalšom, v priebehu 2-3 mesiacov, prebehne pod gesciou MZ SR hodnotenie možných ďalších prienikov, tak, aby mohol byť známy konečný zoznam zariadení, ktoré by mohli byť reprofilizované od 1. 1. 2008."

alebo

„MZ SR vedie v súvislosti s reprofilizáciou rokovania aj s MPSVaR ohľadne možného uplatnenia budov nemocníc a ich obslužného personálu v systéme poskytovania služieb na tzv. sociálnych lôžkach. Preto celý proces predpokladá využitie druhého polroka roku 2007 na prípravu dôkladných projektov všetkých konkrétnych zariadení na iné využitie."

Materiál obsahoval rovnako chybné údaje ako februárová správa, a to napriek opakovaným upozorneniam (viď *Into Balance 4/2007*). Podľa toho malo v Bratislave pribudnúť 81 lôžok a napr. psychiatri mali prísť o štvrtinu svojich kapacít.

S materiálom nesúhlasili samosprávne kraje, odborné spoločnosti ani súkromné poisťovne. Tie sa od určovania zoznamov nemocníc dištancovali a požadovali použitie transparentných kritérií. Európska zdravotná poisťovňa postrehla, že *„materiálu chýba pohľad zo strany príjemcu, t.j. pacienta."*

Vláda nakoniec tento bod z rokovania 2. mája vypustila.

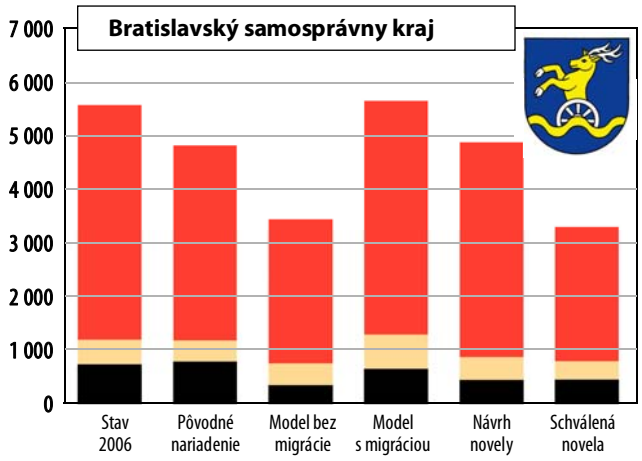
JÚL 2007

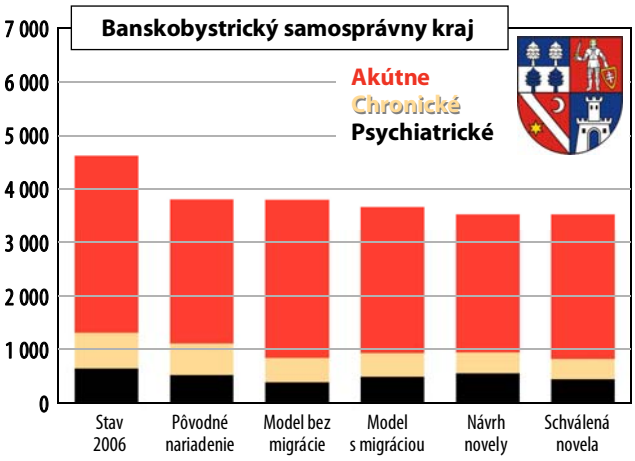
V lete ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkového konania návrh novely nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. o minimálnej sieti. Návrh obsahoval normatív počtu lôžok podľa krajov a novinku - menný zoznam 42 zdravotníckych zariadení (z toho 11 štátnych) s nárokom na zmluvu s poisťovňou pre poskytovanie neodkladnej starostlivosti, a zoznam 23 nemocníc (z toho 20 štátnych) s nárokom na zmluvu pre poskytovanie špecializovanej ústavnej starostlivosti.

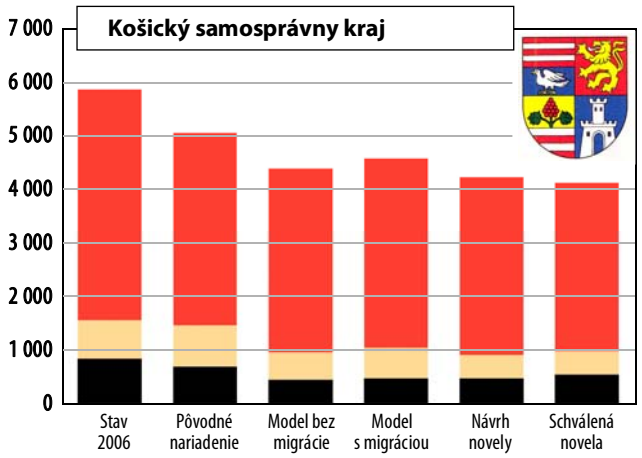
HPI tento prístup kritizovalo (viď *IntBalance 8/2007*) ako nevhodný: **menná sieť negarantuje kvalitu a efektivitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a obmedzuje zdravotné poisťovne v selektívnom kontraktingu.** Kriticky sa k nemu postavili súkromné zdravotné poisťovne, samosprávne kraje a nemocnice nevymenované v návrhu.

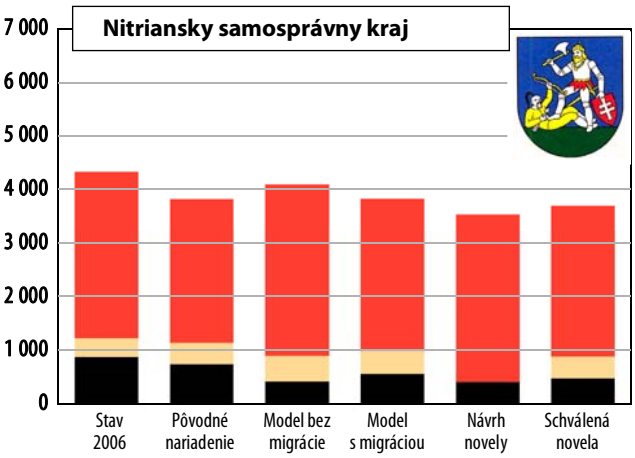
Normatív počtu lôžok sa oproti spomenutým správam zmenil: ministerstvo zdravotníctva opravilo najvážnejšiu chybu svojej analýzy (spôsob zohľadňovania migrácie). Čísla minimálnej siete sa posunuli v každom kraji rádovo o stovky postelí. Napríklad v Bratislave sa už nemali lôžka pridávať, redukcia psychiatrických lôžok bola trochu miernejšia. Návrh ustanovoval, že Slovensku stačí o 6 tisíc lôžok menej oproti súčasnému stavu. Oproti dovtedy platnému nariadeniu vlády sa normatív znižoval o vyše 3 600 lôžok. Štruktúra redukcie bola zvláštna a chýbalo jej odborné odôvodnenie (prečo by sa mal zdvojnásobiť počet novorodeneckých lôžok či obmedziť paliatívna starostlivosť (viď *Into Balance 1/2007*)?).

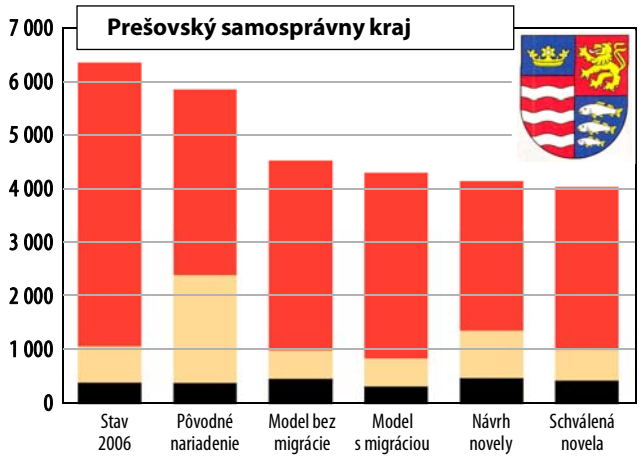
1) Správa o pripravovanej reštrukturalizácii siete zdravotníckych zariadení (UV-3198/2007)
2) Správa o stave optimalizácie siete zdravotníckych zariadení (UV-8159/2007)

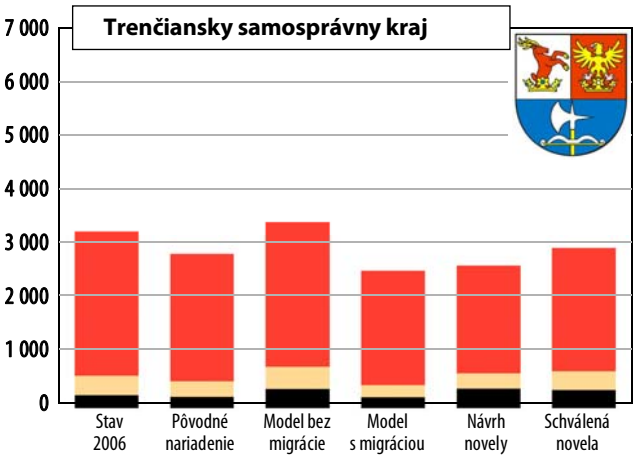

Bratislavský samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela

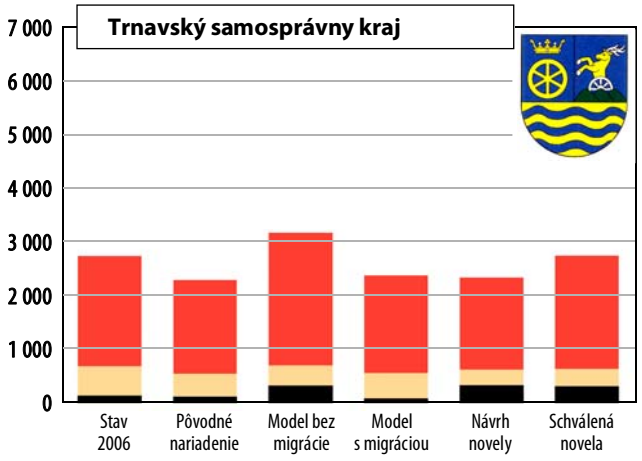

Banskobystrický samosprávny kraj
Akútne
Chronické
Psychiatrické
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela

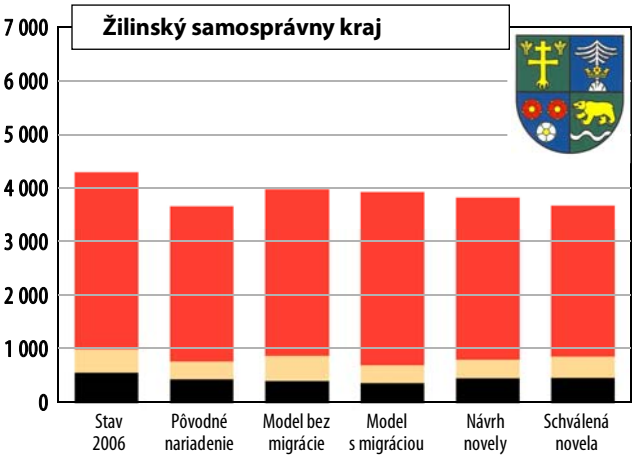

Košický samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela


Nitriansky samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela


Prešovský samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela


Trenčiansky samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela


Trnavský samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela


Žilinský samosprávny kraj
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
Stav 2006
Pôvodné nariadenie
Model bez migrácie
Model s migráciou
Návrh novely
Schválená novela

Grafy 1 – 8: Porovnanie počtu akútnych, chronických a psychiatrických lôžok v jednotlivých samosprávnych krajoch

Zdroje: Ministerstvo zdravotníctva SR (stav v roku 2006; model redukcie bez zohľadňovania migrácie a so zohľadňovaním migrácie – Ing. M. Kamenský; návrh novely nariadenia predložený do pripomienkového konania č. 19236/2007-SL), znenie nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. pred novelizáciou z októbra 2007; schválené znenie novely nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. (s účinnosťou od 15. 11. 2007)

SEPTEMBER 2007

Návrh mennej siete špecializovaných nemocníc sa v pripomienkovom konaní doplnil o dve súkromné zariadenia (Onkologický ústav sv. Alžbety a Špecializovaný detský rehabilitačný ústav Marína) a pribudli doň 3 oddelenia nemocnice v Košiciach-Šaci. **Zásadny rozpor však pretrval v otázke, kto má budovať sieť zmluvných poskytovateľov: Kraje? Ministerstvo? Poisťovne?**

V pripomienkovom konaní sa zmenili aj čísla normatívu: celkový súčet zostal rovnaký, ale štruktúra a regionálne rozloženie sa opäť zásadne upravili: **v Bratislave už stačilo o dve tisíc postelí menej, psychiatrické lôžka sa majú presťahovať z Bratislavy, Nitry a Žiliny do Trnavy, Trenčína a Prešova. Bez odôvodnenia**. Rovnako zostala nevysvetlená redukcia chronických lôžok či znižovanie počtu onkologických postelí v Bratislave a Košiciach.

Návrh nepodporila tripartita. A na vláde sa materiál zasekol. Rokovanie o tomto bode bolo 19. septembra prerušené. O týždeň neskôr sa nepokračovalo: bod bol z rokovania vlády vypustený.

O dva týždne neskôr predseda vlády Robert Fico na Hospodárskom klube oznámil, že v minimálnej sieti budú len štátne zariadenia. *„Teda žiadne neziskové organizácie, žiadne spoločnosti s ručením obmedzeným, mestské nemocnice alebo nemocnice vyšších územných celkov, len štátne,“* doplnil Fico. Všetky ostatné zdravotnícke zariadenia budú podľa neho musieť pôsobiť tak, aby získali zmluvy so zdravotnými poisťovňami. *„Tu sa môžu presadiť len svojou kvalitou,“* doplnil.

Rámček 1: Vývoj minimálnej siete psychiatrických lôžok

*Návrh ministerstva zdravotníctva spred roka navrhoval **zrušiť viac než štvrtinu psychiatrických postelí** (1 324 lôžok oproti stavu k 31. 10. 2006). V lete sa normatív zvýšil na 3 627 lôžok (pri správnom spočítaní jednotlivých buniek tabuľky to malo byť 3 628). Schválené nariadenie predpisuje 3 629 lôžok, **teda o 875 menej** než bol status quo k 31. 10. 2006.*

*Na **psychiatrických oddeleniach** nám stačí o 770 lôžok menej než máme dnes, ale zredukovať ich treba až 1 014 (a 244 vybudovať v iných krajoch). Niektoré z nich sa môžu zmeniť na iné psychiatrické špecializácie, v ktorých v danom kraji nie je dodržaný normatív, takže **redukcia by sa mohla týkať potom 938 lôžok** na psychiatrických oddeleniach.*

*Normatív pre **lôžka na liečbu alkoholizmu a iných toxikománií** je trochu veľkorysejší: hoci nastavuje v jednotlivých krajoch nastavuje normy nižšie o 264 lôžok, na celom Slovensku prikazuje kontrahovať poisťovniam o 135 lôžok viac než je súčet normatívov pre jednotlivé kraje. Redukcia sa tak nemusí dotknúť všetkých 264 nadbytočných lôžok, ale **ohrozených je 129 lôžok**. V košickom a žilinskom kraji má pribudnúť 39 protialkoholické lôžok (zrejme zmenou z rušených stovkách postelí na psychiatrických oddeleniach).*

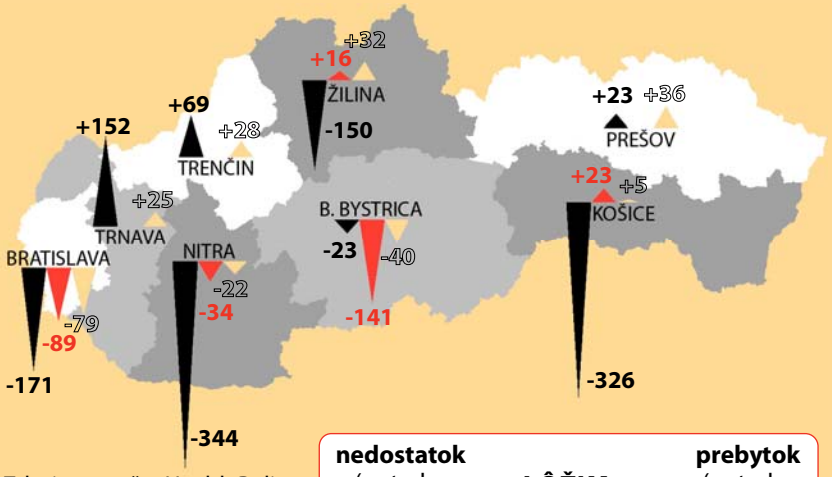
***Gerontopsychiatria** na prvý pohľad nie je nariadením dotknutá: normatív predpisuje len o 15 lôžok menej, než bol stav k 31. 10. 2006. Avšak rozdielna regionálna štruktúra znamená presun ďaleko väčšieho počtu lôžok: **zrušených môže byť až 141 lôžok** v Hronovciach, Kremnici, v Podunajských Biskupiciach a u Milosrdných bratov v Bratislave. V Trnave, Trenčíne, Žiline, Košiciach a Prešove gerontopsychiatrické lôžka vzniknú resp. pribudnú. V Košiciach a Žiline sa tak opäť môže stať zmenou z nadbytočných psychiatrických lôžok; v Prešove, Trenčíne a Trnave **má pribudnúť 89 nových lôžok**.*

Celkovo je tak rušením ohrozených až 1 208 psychiatrických lôžok.

*Do letného ministerského návrhu mennej minimálnej siete nedostala **žiadna psychiatrická nemocnica**, ani Pinnelova. A nakoniec je v schválenom nariadení vlády **až šesť psychiatrických zariadení** (Pezinok, Hronovce, Sučany, Kremnica, Veľké Zálužie, Plešivec). Za tento výsledok vďačia (?) zhode okolností, že **spomínané zariadenia sú štátne**. Psychiatri sa musia pripraviť na sťahovanie za prácou, pretože **podľa ministerstva by sa stovky psychiatrických lôžok mali presunúť medzi krajmi.***

Podľa schváleného nariadenia sa má v nitrianskom kraji zrušiť 400 psychiatrických lôžok. Všetky sa pritom nachádzajú v štátnych zariadeniach (a sú teda v minimálnej sieti).

Mapa 1: Porovnanie schváleného normatívu so skutočným počtom psychiatrických lôžok k 31. 10. 2006



Zdroj: prepočty Health Policy Institute, 2007
(na základe nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a mimoriadneho zisťovania lôžkového fondu MZ SR, 2006)

OKTÓBER 2007

Prepracovaný návrh sa vyhol pripomienkovému konaniu a vláda o ňom rozhodla 24. októbra, v deň, keď sa v parlamente prerokovával zákaz zisku zdravotných poisťovní. Menný zoznam nemocníc zostal, obsahuje len štátne zariadenia. Vypadlo z neho 36 ministerstvom pôvodne navrhovaných neštátnych subjektov. Na číslach normatívu sa nezmenilo nič. Za necelý rok ide o piate odlišné znenie materiálu, ktorý by pritom mal byť kľúčovým regulačným nástrojom zdravotnej politiky.

Spoločné majú azda len jedno: navrhovali postupne redukovať viac a viac lôžok v tatranských liečebniach (z 1 086 na 1 476). S výnimkou Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch (ktorý je v minimálnej sieti a musí tak byť zazmluvnený) **nemusia poisťovne uzatvoriť zmluvu so žiadnou ďalšou liečebňou**. Zrejme budeme svedkami ich rýchlej reprofilizácie na turistický ruch.

OTÁZNIKY

Hoci si ministerstvo zdravotníctva sľubuje od tejto normy redukciu posteľového fondu, pravdepodobnejší je skôr opačný scenár: **novelizované nariadenie predpisuje vytvorenie stoviek nových lôžok** v krajoch, kde tieto lôžka buď nie sú vôbec, alebo nie sú v dostatočnom počte. Splniť nariadenie bude často možné „reprofilizáciou" medzi príbuznými odbormi (napr. interná > geriatria, traumatológia > chirurgia). Ale nariadenie i tak vyvolá tlak na vznik nových oddelení, a to najmä psychiatrických (**Rámček 1**).

Novelizované nariadenie je účinné od 15. novembra, avšak **nijako neupravuje prechodné obdobie**. Keďže predpisuje zazmluvnenie zatiaľ neexistujúcich lôžok, formálne vzaté, minimálnu sieť nedodržiava žiadna poisťovňa.

S chýbajúcim prechodným obdobím súvisí ešte jedna nejasnosť: zdravotné poisťovne majú uzatvorené kontrakty s poskytovateľmi zvyčajne na rok, a tieto vypršia až na jar 2008. Bude Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou akceptovať, ak novú minimálnu sieť zazmluvnia poisťovne až od tohto termínu?

Z nariadenia jasne nevyplýva, čo konkrétne znamená uvedenie menného zoznamu štátnych nemocníc a ich oddelení v nariadení. Musí mať každá poisťovňa zmluvu s každou nemocnicou na lôžka na všetkých oddeleniach? Postačí pre dodržanie minimálnej siete uzatvorenie zmluvy v rozsahu jednej hospitalizácie na oddelenie ročne?

Sťahovaniu psychiatrických liečební či onkologických pracovísk z jedného kraja do druhého, ktoré by nás podľa tohto nariadenia malo čakať, chýba racionálne odôvodnenie. Majú sa riaditelia nemocníc púšťať do pochybných organizačných zmien? Je schválené nariadenie konečným názorom sociálnych inžinierov na ministerstve zdravotníctva?

Garancia dostupnosti zdravotných služieb sa nezlepšila, nová norma je preto zbytočná a fungovaniu rezortu viac prekáža než pomáha.

Iste, zdravotníctvo prežije aj ďalší zo zlých predpisov v sérii. Stratégiou prežitia je jeho ignorácia (osvedčila sa pri Zákonníku práce).

Ak však ministerstvo zdravotníctva uzná uvedené kritické argumenty za závažné, malo by pristúpiť k modernizácii konceptu tohto regulačného nástroja. Minimálna sieť je nástroj na zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti z hľadiska funkcie zdravotníctva, nie jeho štruktúry. **Umelé administratívnosprávne členenie, geografická členitosť terénu, žiaduca koncentrácia špecializovaných ústavných kapacít a obmedzenie súťaže úradným predpisovaním štruktúry siete sú argumenty, ktoré hovoria jasne v prospech zmeny prístupu k minimálnej sieti. Dostupnosť by mala byť vyjadrená vzdialenosťou medzi bydliskom poistenca a najbližším zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.**

Povinnosťou zdravotnej poisťovne je zabezpečiť kvalitnú zdravotnú starostlivosť v časovom limite stanovenom reguláciou o dostupnosti.

Na škodu väčšiny zúčastnených, od zeleného stola na ministerstve sa táto úloha nedá vyriešiť lepšie než v transparentnej súťaži nákupcov zdravotnej starostlivosti.

TOMÁŠ SZALAY

Tabuľka: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2004	2005	2006	p2007	p2008
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	5,4	6,1	8,3	9,0	6,8
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	3,8	7,2	6,3	7,7	5,8
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	2,0	0,5	4,1	0,8	2,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	5,0	13,8	7,3	7,4	5,1
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	2,7	-4,5	-4,0	1,0	1,0
Miera medziročnej inflácie	%	7,5	2,7	4,5	2,7	2,4
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	18,1	16,3	13,6	11,3	11,0
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	10,2	9,2	8,0	7,1	6,9
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	2,5	6,3	3,3	4,3	4,4
Zmena počtu pracujúcich	%	0,3	2,1	3,5	2,1	0,8

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI

health management academy hma

Etické rozhodnutia v zdravotníctve

Témou druhého modulu vzdelávania pre manažérov zdravotníctve na Health Management Academy (uskutočnil sa v novembri v Piešťanoch) bola etika v zdravotníctve. V rámci večerného programu mali účastníci aktívne sledovať diskusiu o etických rozhodnutiach v zdravotníctve: od predaja obličky cez inzerát, eutanáziu Terri Schiavo až po nebohé siamské dvojičky Mareka a Miška.

Diskusia bola vedená pod taktovkou Štefana Hríba. Diskutujúcimi v paneli boli doc. MUDr. Peter Križan, prednášajúci v module, Milan Kováč, katolícky kňaz, básnik a spisovateľ a JUDr. MUDr. Peter Kováč, vysokoškolský pedagóg, súdny znalec a právnik. Na nasledujúcich stranách vám ponúkame vybrané pasáže diskusie.

I.

HRÍB: *Vraj 3 najzákladnejšie problémy etiky sú: eutanázia, interrupcie a obchodovanie s orgánmi. Pričom ja som si stále myslel, že najväčším etickým problémom je korupcia. Mýlim sa?*

KRIŽAN: Obávam sa, že nie.

HRÍB: *Takže ideme hovoriť najprv o korupcii. Čo to je za problém?*

KRIŽAN: Je to, stačilo by dodržiavať zákon, tu nie je potreba etiky. Toto sú protizákonné činy, takže etika by sa mala viac menej zameriavať na ten priestor, kde sa človek môže rozhodovať podľa svojho svedomia a presvedčenia, mimo rámca alebo v rámci toho zákona. Sú určite mimoriadne situácie, že pokiaľ nedostanem starostlivosť pre svoje choré dieťa, bez úplatku, tak musím to preglgnúť a ponížiť sa a urobiť tie kroky, ktoré vedú k záchrane môjho dieťaťa.

HRÍB: *Za 18 rokov od novembra sa nepodarilo budovať dva stavy, to sú učitelia a lekári, a to všeobecným vyjadrením tak v platoch, ako aj všeobecným rešpektom. Prečo je to tak, že medzi lekármi, ktorí mohli byť niečím takým, je korupcia. Je korupcia bežná vec? Čím sa to stalo, že v tejto skupine ľudí, ktorá je inteligentná, robí určite zamestnanie, ktoré je kľúčové pre život ľudí, existuje bežne problém, že treba dať úplatok? Je to vec komunizmu?*

KRIŽAN: Nie je to bežné, je to otázka drobnej elity, ktorá si to môže dovoliť v rámci svojho pracovného zaradenia a vytvárania podpultového tovaru. Je to model podnikania bez podnikateľského rizika. To znamená, že som vo formálne dôležitej pozícii, buď pedagogickej alebo zdravotníckej, mám určitý monopol, môžem vytvárať nedostupnosť tovaru. Všetky riziká za mňa znáša štátne (alebo podobné) zariadenie a ja si pestujem svoj parazitný kšeft. Je to nesmierne minimum ľudí, ktorí k tomuto majú prístup. Drvivá väčšina zdravotníkov žije z ruky do úst.

HRÍB: *Nesmierna menšina? Ja by som to spochybnil. Chirurgovia sú nesmierna väčšina?*

KRIŽAN: Tí chirurgovia, ktorí môžu natrčiť svoju zlatú ruku, aby sa im dobre darilo, tí sú v porovnaní so všetkými v menšine. Predstavte si chirurgické oddelenie: sú tam i tí, ktorí musia pacienta uspať či vzkriesiť, sekundári, zdravotné sestry, upratovačky... Keď sme len na chrirurgickom oddelení, maximálne 30 % je tých, ktorí sú tí zlatorukí, a keď sa k tomu pridá röntgen a patológia a laboratóriá a upratovačky atď., tak sa aj to scvrkne.

HRÍB: *Existuje niekde na svete fungujúce zdravotníctvo?*

PLÉNUM: Sú lepšie a horšie.

HRÍB: *V lepšie fungujúcom zdravotníctve je tiež tento model, že sú úplatky za vlastné zdravie? Je to bežné, že sa mi zlomí noha, tak za úplatok sa mi to ošetrí lepšie? Existuje to takto v západnej Európe?*

KRIŽAN: Priamo takto nie, ale všade tam, kde je pevná dostupnosť zdravotníctva, tak je to otázka. Napríklad vo Veľkej Británii, kde je dostupnosť všeobecná: ide tu o investovanie času (vo verejnom systéme sa tvoria dlhé čakacie zoznamy, pozn. red.). Ako dôsledok sa vytvárajú paralelné štruktúry, ktoré nadhodnotu pasírujú, ale nejde o úplatok.

HRÍB: *Čiže aby sa to upravilo, treba urobiť reformu zdravotníctva? Bude to jedna cesta k tomu?*

KRIŽAN: Treba robiť kroky, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť, že bude tých javov menej. Nedá sa nič iné robiť, ako zvyšovať pravdepodobnosť dobrých javov a znižovať pravdepodobnosť zlých.

HRÍB: *Vy dvaja, ktorý z týchto problémov považujete za kľúčový etický problém zdravotníctva na Slovensku?*

KOVÁČ P.: Keď sa na to pozriem z právneho hľadiska, tak obchodovanie s orgánmi. Médiá o tom prinášajú dosť nepresností – napríklad, ak niekto proste ponúkne svoju obličku voľne na predaj, že môže byť odsúdený na toľko a na toľko... Zákon hovorí niečo iné: kto neoprávnene odoberie zo živej osoby orgán, tkanivo, bunku, tak potresce sa. Ale nič nehovorí o tom, kto daruje. Darovať nie je trestno-právne postihnuteľné. Je to síce v zákone nepriamo zakázané, ale neexistuje sankcia.

HRÍB: *Nepriamo?*

KOVÁČ P.: Nepriamo, hovorí sa, že darcovstvo je bezplatné, dáva sa náhrada prípadne na cestovné, stravné... My právnici na to máme iné prostriedky. Nikto nemôže zakázať vám poskytnúť nejaký dar napríklad. Je na váš, či ho prijmete alebo nie.

HRÍB: *Dotiahnime to do dôsledkov, vy ste za to, aby človek mohol darovať, predávať, predávať svoj orgán?*

KOVÁČ P.: Ja len vravím, že tak ako je to definované v zákonoch, vlastne mu za to nehrozí žiaden trest.

HRÍB: *Ale vy, vy čo si myslíte?*

KOVÁČ P.: Ja s tým nemám problém. Ja momentálne nič darovať nechcem. Ale keď je nejaký trh, tak on aj stále bude. Proste keď niečo zakážete, čo tým dosiahnete? To máte aj so zákazom potratov. Jediné, čo dokážeme bude to, že tieto potraty budú aj tak, a že sa nebudú robiť kvalitne, budú sa robiť pokútnym spôsobom a budete tak mať z toho zdravotné problémy, prípadne úmrtia.

KOVÁČ M.: Myslím si, že spoločnosť rieši problémy, na ktoré nie je vôbec zrelá, či sú to adopcie, eutanázia alebo predaj orgánov.Je to príliš veľké sústo pre spoločnosť, ktorá sa ešte nedostala tak morálne vysoko, aby mohla riešiť tieto otázky. Ja by som to riešil tak, ako to riešila cirkev v ob-

dobiach osvietenstva, keď všetko zakazovala, pretože videla v tom nielen oslabenie moci, ale aj tie ostatné nebezpečenstvá. Pozrite sa na Galileiho. Pápež ho podporoval, ale opýtal sa ho, či je ľudstvo zrelé na to, že je zem guľatá. A v podstate tá informácia, ktorá bola objektívna, bola správna a mohla posunúť ľudstvo ďalej. V tom období ľudstvu ublížila, ono ešte nebolo zrelé na guľatú zem.

HRÍB: *Ľudstvo nebolo zrelé na guľatú zem? A dnes je ľudstvo na to pripravené?*

KOVÁČ M.: Z určitého pohľadu pre niektorých hej, pre niektorých nie, ale určite by táto spoločnosť, keď sa bavíme o týchto problémoch, nie je zrelá na debatu o eutanázii, interrupcii či obchodovaní s orgánmi. Ešte nie.

PLÉNUM: *Myslíte len našu spoločnosť, alebo viete určiť nejakú, ktorá je na to zrelá?*

KOVÁČ M.: Myslím si, že žiadna.

HRÍB: *Kolega nemá vlastne nič proti predaju vlastných orgánov. Prečo vy s tým máte problém?*

KOVÁČ M.: Mám problém s tým predať to, nie dať to. Čítal som článok, ktorý popisoval, aký skvelý pocit mal človek, čo predal obličku za 450 000 Sk. A že ak by nebol vo finančnej núdzi, tak by tú obličku aj daroval, ale keďže bol, pomohlo mu to. Ak sa bavíme o dávaní orgánov, tak iba pre dobrý pocit, nie pre finančný zisk.

HRÍB: *A v čom je teda rozdiel?*

KOVÁČ M.: Moja fyzická výbava nie je na to, aby som na tom zarábal, ale aby som žil. Ak mám niekomu darovať nejaký orgán s tým, že mi to neohrozí život, tak nech sa páči. Svätá cirkev, dokonca Ján Pavol II. bol veľmi otvorený pre darovanie orgánov, ale vždy by som bol v tej rovine darovania orgánu a nie predaja. By som to tak jasne zadefinoval, že orgány sa nesmú predávať, ale majú sa darovať.

HRÍB: *Pán Križan, súhlasíte s týmto?*

KRIŽAN: Pri zákazoch je väčší problém ako ich sledovať než ako ich dokázať zrealizovať. Ide o to, ako posunúť určitú vyspelosť nielen tým, aby keď niekto potrebuje orgán a má dosť peňazí sa dokázal zdržať tej kúpy a niekoho, kto nemá dosť peňazí a potrebuje sa liečiť iným spôsobom ako operáciou, sa dokázal pozerať na svet aj bez toho. Celé to vychádza z prostredia, kde sa radikálne zvyšujú možnosti liečby transplantáciami. Radikálne sa však znižuje množstvo potenciálnych darcov, na základe čoho vzniká napätie, preto časť ľudí je to nútená riešiť čiernym trhom.

HRÍB: *Mne sa mojím sedliackym rozumom zdá zvrátené predávať svoje orgány a zarábať tak napr. na svojej obličke. Skúste mi oponovať.*

KOVÁČ P.: Zarobiť sa dá na všetkom s čím sa dá obchodovať.

HRÍB: *To ja nehovorím, ale nezdá sa vám to zvrátené?*

KOVÁČ P.: Prečo by to malo byť zvrátené. Keď sa stretnú dve strany, ktoré majú záujem sa navzájom dohodnúť, tak kde je problém?

HRÍB: *Ale nie je to zvrátené? Moja oblička je akože tovar?*

KOVÁČ P.: Pokiaľ vychádzame z premisy, že môžeme robiť všetko, čo neškodí iným, tak akým spôsobom škodí niekomu to, že ja niekomu darujem alebo predám svoju obličku?

HRÍB: *V čom nie je O.K. predať svoj orgán, ak je O.K. samovražda?*

KRIŽAN: Tu treba hovoriť o tom, že život považujeme za najvyššiu hodnotu. Ale sú situácie, keď sa tieto hodnoty premiešajú, chceme sa napr. zbaviť neznesiteľného mučenia, takže v tomto zmysle chceme radšej zomrieť ako žiť. Zdalo by sa to divné, ale stávajú sa človeku situácie, že chce vážne radšej umrieť, než žiť.

HRÍB: *Dobre, tak zakončime tieto obličky, resp. predaj orgánov. Ste za alebo proti tomu, aby sa mohli predávať vlastné orgány a povedzte 1 – 2 vetami, prečo?*

KOVÁČ P.: Som za, pretože nikomu ten človek neublíži. Sú dvaja spokojní na konci.

KOVÁČ M.: Ja som proti predaju, samozrejme. Pretože i keď je to moje telo, v podstate ho mám ako prejav života a mám úlohu žiť dôstojne ako človek, čím si osvojujem určité pravidlá, pričom pokiaľ by darovanie nejakého môjho orgánu by mohlo niekomu pomôcť, určite by som s tým súhlasil. Nemôžem však predávať niečo, čo mi v pravom zmysle slova nepatrí. To nevidím ani ako etické, ani ako dôstojné.

KRIŽAN: Keď je človek donútený rozličnými okolnosťami predávať sám seba do otroctva, či už na prostitúciu alebo na orgány, je tu istým spôsobom potlačená jeho dôstojnosť. Preto by takýto človek mal mať našu ochranu. Napríklad tým, že v rámci EÚ nechceme, aby si ľudia kupovali darované orgány, nepriamo chránime chudobných ľudí na Ukrajine, aby sa nerozpredali iba bohatej Európe.

II.

HRÍB: *Druhou témou je eutanázia. Najprv základné stanoviská vás troch. Máte niečo proti eutanázii?*

KOVÁČ P.: Nie.

HRÍB: *Prečo?*

KOVÁČ P.: Otázka je, ako definujeme eutanáziu. Môžeme si urobiť klasifikáciu podľa čoho chceme, ale vychádzajúc opätovne z nejakej autonómie jednotlivca, tak pokiaľ je to jeho želaním, prečo by sme mali tomu brániť?

HRÍB: *Aj v prípade, že som zdravý, proste chcem zomrieť, môžem požiadať o usmrtenie?*

KOVÁČ P.: To už je pomoc pri samovražde.

HRÍB: *Prečo by ste to nedovolili?*

KOVÁČ P.: Pokiaľ si eutanáziu zadefinujeme ako ukončenie života na žiadosť zadefinovaného, indiverzifikovaného infaustného stavu, tak prečo nie?

HRÍB: *A čo keby sme si to zadefinovali „za akéhokoľvek stavu"? Prečo nie?*

KOVÁČ P.: Samovražda nie je trestná, trestná je pomoc pri samovražde. A to je celý problém. Pokiaľ sa bavíme o eutanázii v klasickej polohe, tak tá sa týka chorých. Pokiaľ je niekto zdravý, prečo by poprosil o pomoc niekoho iného?

KOVÁČ M.: Eutanázia... Ja som proti. Chodievam do jedného penziónu, kde navštevujem starých ľudí. Babky a dedkovia sú tam závislí na tých druhých. Pýtajú sa ma, kedy už zomrú, či Pán Boh už na nich zabudol atď. a ja ich chronicky ubezpečujem, že nezabudol, že ak v tom stave, v akom sú tu na zemi, tak to má nejaký vyšší význam. Chodieval som po domoch a pochoval som jednu z tých mojich babiek, a mesiac po tom som mechanicky šiel ku nej ju vyspovedať, zabudol som, že som ju pochoval, a tak som vpálil do izby, kde celé tie roky ležala, kde mala deku. Izba

bola premaľovaná, prestavaná. Vycúval som a veľmi som si želal, nech nestretnem pani domácu. Zrazu ma chytila za ruku jej dcéra. Povedal som jej, že som zabudol, že som pochoval jej mamu a mal by som sa ospravedlniť. Celý ten čas, čo som sa pozeral na jej mamu, tak som jej želal, aby zomrela, nie preto, že by som sa nechcel o ňu starať, ale že som sa nemohol pozerať na to, ako trpí. A teraz, keď odišla, mám taký pocit, že mi niečo chýba. Záleží od toho, či sa pozeráme na takto trpiaceho človeka očami viery a veríme v posmrtný život. Verím, že toho človeka, i keď je nemobilný, dementný, keď nastane jeho čas, keď si ho Pán Boh zavolá, nastane poriadok. Ďalšia vec, s ktorou som sa stretol: rodina už čakala ako supi na majetok. Boli by radi, keby dedko, či babka zomrela, a tak som prichytil starých ľudí podvyživených, vyložených takto celý deň na umretie. A obávam sa, že keby tu bola možná eutanázia, tak by sa zneužívala.

KRIŽAN: Naša pomoc, ktorú môžeme ako ľudia a zdravotníci dať, je poskytnutie takých služieb, ktorými mu vrátime späť hodnotu života. Napríklad keď chce zomrieť, pretože má dekubity, smrdí sám sebe, tak ho tých dekubitov zbavme, aby sa mu hodnota života vrátila späť nad túžbu zomrieť. Je tu otázka, akým spôsobom sme ochotní a schopní toto zabezpečovať – túžbu trpiacich ľudí bez bolesti zomrieť. Objektívne máme dostatok prostriedkov na to, aby ľudia netrpeli. Okrem iného, morfium stále patrí medzi najlacnejšie lieky na svete. Ak chceme človeku povedať, že jeho život je pre nás vyššou hodnotou ako to, že on sám chce zomrieť, tak mu pomôžme, aby aj pre teba nebolo najvyššou hodnotou zomrieť a aby si netrpel. To je základ.

HRÍB: *Keby ste mali doplniť ešte váš osobný názor na eutanáziu?*

KRIŽAN: Ja musím urobiť všetko pre to, aby som tomu človeku dal dôvod aby ten jeho život bol vyššou hodnotou ako zomrieť. Napriek tomu si viem predstaviť, že pri všetkej starostlivosti ostane nejaké množstvo ľudí, u ktorých sa tá hodnota jednoducho späť vrátiť nedá a ich rozhodnutie ďalej neostať žiť na tomto svete je nezvratné. Vtedy sa dá robiť niečo, čo sa volá eutanázia. To znamená, že vtedy keď treba zvážiť či v tejto malej množine ľudí to programizačne a právne je možné urobiť.

HRÍB: *Dá sa to zo zákona?*

KRIŽAN: U nás to nie je zákonom upravené.

KOVÁČ P.: Dovolím si oponovať, je to upravené. V trestnom zákone máme definovanú vraždu tak, že „kto druhého úmyselne usmrtí". Od 1. 1. 2006 máme nový trestný zákon, ktorý napriek tendencii po dekriminalizácii zvýšil niektoré trestné sadzby. Napr. keď by ma niekto silou mocou žiadal, že chce byť usmrtený, lebo neuveriteľne trpí a ja by som sa k tomu nechal pohnúť, tak podľa starého zákona by sa to vzťahovala sadzba 12-15 rokov nepodmienečne a maximálna možná miera

zníženia by bola 3 roky. Podľa nového zákona tá sadzba išla podstatne vyššie a jej minimálne možné zníženie je 8 rokov nepodmienečne. Pričom máme ešte úkladnú vraždu – to je keď iného usmrtím z vopred uvážených pohnútok, čo by sa zrejme vzťahovalo na takýto prípad. Tam máte v podstate len dve možnosti: 25 rokov alebo doživotie.

KRIŽAN: Každá krajina, ktorá pociťovala vnútornú potrebu osobitne právne upraviť eutanáziu, mala a má podobnú právnu úpravu vraždy. Pocit, že treba upraviť expresis verbis eutanáziu vyplývalo z toho, že chceli niektorým osobám za určitých právnych podmienok umožniť, aby ich zdravotníci usmrtili. U nás eutanázia v tomto zmysle nie je povolená. Je zakázaná – uvádza sa to v etickom kódexe zdravotníka.

HRÍB: *Sa nepripúšťa.*

KRIŽAN: Sa nepripúšťa, čo je v podstate zbožné želanie a nie zásada.

KOVÁČ P.: Mňa fascinuje naše slovenské zákonodárstvo. Napr. do roku 1950 u nás existovala skutková podstata usmrtenie na žiadosť, ktorá bola na toto úplne ideálna. Bolo to trestné, ale bolo to dôrazne odlíšené od vraždy. Z hľadiska nebezpečnosti pre spoločnosť je to za určitých okolností považované za skutok milosrdenstva, kým teraz je to úkladná vražda. V Čechách bol návrh nového trestného zákona, kde bol trest za takéto konanie upravený myslím od nula do dvoch rokov. U nás je to proste doživotie.

HRÍB: *A keď lekár vie, že to už nemá zmysel? Ako sa to rieši v praxi?*

KRIŽAN: Rieši sa to rozmanitým spôsobom. Každý pacient je ohrozený na jednej strane nadmerným utrpením zo zbytočného liečenia a na druhej strane je ohrozený tým, že sa mu primeranej liečby nedostane. Je to otázka nedostatku systematického vzdelania a rovnocenných postupov a čiastočne aj otázka priamej a nepriamej korupcie. Vysvetlím: človek, ktorý je vyššie postavený má vyššie riziko, že zomrie utýraný zbytočnou terapiou, ako pacient, ktorý je chudobný a neznámy.

HRÍB: *Takže ešte raz posledné kolo: Eutanázia – áno či nie a prečo?*

KOVÁČ P.: Áno, pretože je to slobodné rozhodnutie. Samozrejme keďže v súčasnosti môžeme vycestovať kamkoľvek máme alternatívy. U nás napríklad na Slovensku je účasť na samovražde trestná. Švajčiarsky trestný zákonník má jeden taký romantický prvok: účasť na samovražde nie je trestná, pokiaľ dotyčný, ktorý poskytne pomoc nemá z tej samovraždy prospech. To je romantizmus 18. storočia v trestnom práve. Ktokoľvek môže do Švajčiarska vycestovať využiť tam pomoc jednej alebo dvoch špecializovaných organizácií a takto si pomôcť. U nás to napríklad nejde.

KOVÁČ M.: Z pohľadu na život ako dar som proti, samozrejme. Nie preto, že by to spoločnosť zneužívala, to nie je ten hlavný dôvod, ale je tiež závažný. Hlavný dôvod je, že Pán Boh život berie a Pán Boh život dáva. Treba však rozlišovať, aby sme nenaťahovali liečbu, ktorá je zbytočná.

KRIŽAN: Ja by som nadviazal na ten romantizmus. Treba sa na to pozerať reálne. Viem porozumieť tomu, že sú ľudia, ktorí za daných okolností už nechcú viac žiť, že majú na to dobré dôvody a majú to premyslené. Viem si predstaviť, že existujú takí ľudia, ktorí im za takýchto okolností sú ochotní pomôcť zomrieť. Považujem za správne, aby sme o tom hovorili.

HRÍB: *K týmto dvom témam máte niekto nejakú otázku?*

PLÉNUM: *Ten problém vznikol z nášho najväčšieho daru a to je slobodná vôľa voči svojmu telu. Problém vidím v tej osobe, ktorá eutanáziu vykoná: čo na to jej svedomie? Prečo by to mal byť lekár? Prečo by to nemohla byť nejaká špeciálna jednotka alebo kukláč? A bol by za to platený?*

KOVÁČ P.: V štáte Oregon funguje od 1994 roku Death with Dignity Act, ktorý umožňuje komukoľvek, kto je kvalifikovaným pacientom (to znamená, že má nejaké nevyliečiteľné ochorenie) požiadať lekára o preskripciu takej dávky liečiva, ktoré ho usmrtí. Tam sa robia dlhodobé štatistiky je tam asi najväčší štatistický súbor. Sú tam zaujímavé výsledky čo sa týka štruktúry o ktoré ich požiadajú napr. Vekovej, rasovej, vzdelanostnej je tam aj zaujímavé poznatky ohľadom počtu lekárov, ktorí sú ochotní také niečo vykonať. V Holandsku a Belgicku existuje tzv. eutanázia na vyžiadanie. Sú ľudia, ktorí sú ochotní na takom niečom sa podieľať.

HRÍB: *A otázka bola že, prečo lekár?*

KOVÁČ P.: Nemusí to byť nevyhnutne lekár. Napr. vo Švajčiarsku to nie sú lekári.

III.

HRÍB: *Posledná téma je interupcia. Vezmime si príklad siamských dvojičiek – stálo za to tie deti porodiť a snažiť sa ešte o ten operačný zákrok, keď ten smutný koniec sa zrejme dal aj predpokladať?*

KRIŽAN: Na konkrétnom osobnom prípade sa nedá posudzovať všeobecný a naopak. Otázku treba rozdeliť: aké sú dôsledky toho, že máme starostlivosť o ženu v gravidite, že robíme skríningové ultrazvukové vyšetrenia, že robíme prvotrimestrové chemické vyšetrenia, druhotrimestrový skríning. A druhá vec je, ako sa k tomu postavím, keď ja ako rodič mám choré dieťa. Toto je konkrétny príklad. Deti sa narodili. Rodičia sa takto rozhodli, lebo liberálny zákon a prostredie im nenakazuje nechať si deti potratiť. Rozhodli sa ich mať a oni a ich deti znášajú tieto dôsledky, ktoré spolu s nimi znášajú trebárs aj zdravotníci.

KOVÁČ M.: Celý boom okolo toho aký bol, bol som z týchto správ unavený. A tie dvojčatá boli tom v rebríčku záujmu niekde úplne na konci. Keby tí kompetentní boli povedali, že nechajte ich, aby sa narodili tak ako sú, oni za chvíľočku umrú a to je pre nich najlepšie... Mohlo sa to povedať nejako inak, slušnejšie. Keby sa mne narodili siamské dvojčatá, tak nechcem operáciu, ale peniaze, ktoré by to stálo, by som dal do výskumu, prečo sa takéto veci stávajú, aby sa v budúcnosti nenarodili také deti. Vtedy by to bolo pre mňa zmysluplné.

HRÍB: *Mala by byť podľa vás možnosť interrupcie, ak zistím takúto alebo inú „neliečiteľnú" chorobu?*

KOVÁČ M.: Ja by som nechal tie deti narodiť, nech oni samé rozhodnú o tom, že či budú žiť alebo nie.

HRÍB: *A ako by sa o tom mohli rozhodnúť?*

KOVÁČ M.: Svojou životaschopnosťou. Ale nie taký cirkus, aký bol okolo tohto!

HRÍB: *Dá sa o tom rozhodnúť ako lekár?*

KRIŽAN: Takto, že určite nás nečaká nič iné, ako že diagnostické metódy pred narodením sa budú vyvíjať a zdokonaľovať. Otázka je: k čomu výsledky týchto metód povedú? V dnešnej dobe zistenie diagnózy mimoriadne výnimočne vedie k zdravotnému prospechu toho vyšetrovaného plodu. A ak sa nájde nejaká chyba, tak je to jediný prípad v medicíne, kedy diagnostika nemá za následok liečbu, ale likvidáciu objektu diagnostikovania. Čiže je tam veľmi závažný rozpor, ktorý by som povedal reflektujú všetci zúčastnení: pôrodníci, genetici, morfológovia, všetci. Konkrétne prípad takýchto dvojičiek má jednu výnimku: správna diagnóza pred narodením môže naznačovať, či bude technicky možné ich oddeliť. To znamená koľko majú srdc, koľko majú rúk, nôh a všetky tieto veci. V tomto prípade sa to už blíži prognóze s akou pravdepodobnosťou sa s tým bude po narodení dať niečo robiť. Hoci istota samozrejme nebude nikdy.

HRÍB: *No a čo si vy o tom myslíte všetci traja, že keď diagnostika nás povedie v spojení s liberálnym interrupčným zákonom k tomu, že nebudeme chcieť mať dieťa bez ruky, alebo škuľavé, alebo nepočujúce? Čo si o tom myslíte, o tejto možnosti, ktorá je skôr reálna než potenciálna?*

KRIŽAN: No, reálne je to, že sa chytajú veľké veci, že sa nechytajú drobnosti, alebo takéto zdanlivé banálnosti. Otázka je, že akým spôsobom to ovplyvňuje spoločnosť, akým spôsobom to ovplyvňuje postoj k deťom, napríklad sú štatistiky, podľa ktorých sa štandardný postup, teda stupňových hrôz skríningu pred narodením a povedzme zachytávanie Downovho syndrómu a likvidácia, nevedie k otupeniu spoločnosti v starostlivosti o tých, čo sa narodia.

HRÍB: *Čo by ste povedali, keď vám diagnostika umožní spoznať či vaše dieťa bude bez ruky?*

KOVÁČ P.: Ja by som využil možnosti súčasného liberálneho interrupčného zákona. Keď sa bavíme o tejto konkrétnej operácii: interrupciu by sme mohli považovať za formu prevencie týchto heroických operácií.

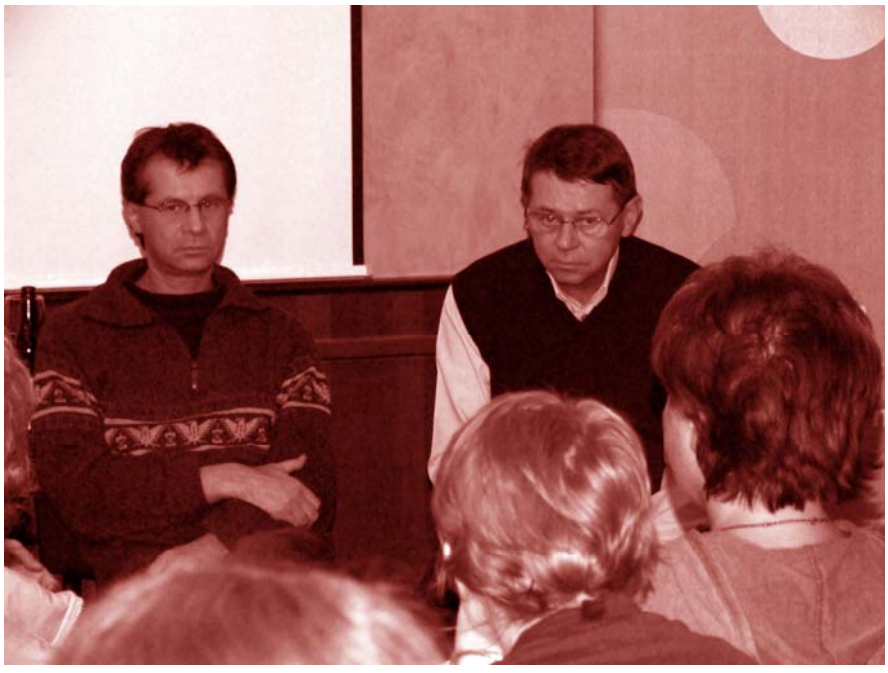
HRÍB: *Nepovedie k tomu, že sa uzákoní stav v spoločnosti, že postihnuté deti sú nechcené, lebo si môžeme vybrať či dieťa chceme alebo nechceme?*

KOVÁČ M.: Stačí sa pozrieť do tretej ríše, keď sa rozhodovalo o bytí či nebytí, chlapec/dievča, modré oči. Tie veci tu už boli, stačí byť múdry a pozrieť sa do histórie. Máte plné právo rozhodnúť. Boh nepríde z neba a neodtrhne vám hlavu, lebo máte slobodnú vôľu.

KOVÁČ P.: To je voľba daných rodičov, danej matky konkrétne.

KOVÁČ M.: Tá žena neotehotnela sama. Vieme, že materstvo je intenzívnejšie ako otcovstvo, lebo jej sa to týka, ale to sa netýka len tej ženy, to sa týka aj toho muža aj on má právo rozhodovať o tejto veci, nielen ona, celé je to uletené. A čo sa týka postihnutých detí, automaticky sa tu bavíme o spoločnosti, ktorá bude zložená z dokonalých ľudí, pretože už sa neráta s postihnutými ľuďmi. Postihnutí v spoločnosti sú veľmi dôležitou súčasťou spoločnosti. To, že nás viacej stoja, nie je postačujúci argument. Napadá mi pán Milan Rúfus, patrí medzi najväčších básnikov. Tento muž sa netají tým, že najväčším bohatstvom v jeho živote je jeho postihnutá dcéra a najviac sa bojí o jej osud, keď on tu nebude. Vždy je to uhol pohľadu a treba vidieť, aké to so sebou prináša dôsledky. Poznám veľmi veľa ľudí, ktorí majú postihnuté deti. Tie deti veľmi menia život. možno áno možno nie, ja však verím tomu, že aj postihnutí ľudia majú svoje veľmi dôležité miesto v spoločnosti, kde sa chcú ľudia vyvíjať zdravým spôsobom. Ak sa nejakým spôsobom chce spoločnosť zdravo vyvíjať, tak selektovať všetko čo je postihnuté, tak to asi určite nie je cesta.

HRÍB: *Ďakujem za pozornosť, že ste prišli a že ste o tom hovorili.*



Degresívna obchodná prirážka

Odmena za obchodný výkon distribučného a lekárenského reťazca je dôležitou súčasťou výdavkov na lieky a v Slovenskej republike podlieha rovnako ako ceny liekov regulácii. Nastavenie tohto regulačného parametra má preto podstatný význam na jednej strane na spravodlivé ohodnotenie jednotlivých článkov spomínaného reťazca, na druhej strane zásadne vplýva na celkové výdavky na lieky. Pokiaľ ide o lieky hradené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia je prirodzeným záujmom regulátorov také nastavenie obchodnej prirážky, ktoré prispieva k najefektívnejšiemu použitiu vzácnych zdrojov.

Existuje viacero prístupov k regulácii obchodných výkonov liekového reťazca. Môžu mať charakter percentuálnej alebo degresívnej obchodnej prirážky. O **degresívnej obchodnej prirážke** hovoríme vtedy, ak **podiel ceny obchodného výkonu distribučného a lekárenského reťazca ku koncovej cene lieku klesá so stúpajúcou koncovou cenou lieku**.

Prístupy k degresívnej obchodnej prirážke sa zjednodušene sa dajú zaradiť do dvoch základných skupín:

- fixná cena obchodného výkonu,
- variabilná cena obchodného výkonu ako percento z ceny lieku (obchodná prirážka), pričom obchodná prirážka klesá so stúpajúcou cenou lieku

a ich vzájomných kombinácií.

REGULÁCIA OBCHODNÝCH PRIRÁŽOK PRI LIEKOCH

Regulácia ceny obchodných výkonov liekového reťazca je bežnou súčasťou mnohých zdravotných systémov. Táto cena môže byť stanovená viacerými spôsobmi:

- ako fixná cena za každé predané balenie,
- ako variabilná cena v závislosti od ceny balenia - pevné percento z ceny lieku,
- ako variabilná cena v závislosti od ceny balenia - klesajúce percento z ceny lieky,
- alebo kombináciou viacerých z týchto možností.

Stanovenie ceny obchodného výkonu ako **fixnej ceny** má výhody v tom, že stanovuje rovnakú odmenu za rovnaký výkon distribútora alebo lekárnika. Lekárnik potom napr. nemá motiváciu vydávať pacientovi drahšie lieky alebo nakupovať draho od distribútora – pretože dostane rovnakú odmenu za svoju prácu bez ohľadu na cenu lieku na rozdiel od systémov, kde je výška obchodnej prirážky závislá na cene lieku, kedy výška odmeny je vyššia pri vyššej nákupnej cene lieku. Nevýhodou tohto systému je však nezohľadnenie finančných prostriedkov, ktoré má distribútor alebo lekárnik viazané v skladových zásobách (za predpokladu, že saldo zásob je vyššie ako rozdiel pohľadávok a záväzkov s nimi spojených) a môže viesť k zníženej ochote lekárnikov zabezpečovať drahé lieky.

Rámček 1: Marža vs. obchodná prirážka

Podľa vzťahu ceny obchodného výkonu k cene tovaru (lieku) odlišujeme pojem **obchodná prirážka** a **marža**.

Obchodná prirážka predstavuje podiel ceny obchodného výkonu k cene výrobcu.

Marža predstavuje podiel ceny obchodného výkonu ku koncovej cene tovaru.

Rozdiel medzi oboma pojmami je teda v menovateli, voči ktorému sa porovnáva cena obchodného výkonu. V prípade marže ide o podiel ku konečnej cene (vrátane obchodného výkonu), v prípade obchodnej prirážky ide o podiel k cene výrobcu (bez obchodného výkonu):

$$OP = OV / CV$$
$$M = OV / (OV + CV),$$

kde OP je obchodná prirážka, M je marža, OV je obchodný výkon a CV je cena výrobcu.

Obchodná prirážka je teda v pomere k marži rovnaká, ako koncová cena k cene výrobcu:

$$OP / M = (OV + CV) / CV$$

Obchodná prirážka a marža majú preto rovnaký priebeh: ak stúpa obchodná prirážka, stúpa i marža a naopak. Oba pojmy sa preto zvyknú (nesprávne) zamieňať.

Ak obchodná prirážka (resp. marža) so stúpajúcou cenou tovaru klesá, hovoríme o degresívnej obchodnej prirážke (resp. degresívnej marži). Pri degresívnej obchodnej prirážke (marži) je delta rastu ceny vyššia ako delta rastu obchodnej prirážky (marže).

Vzhľadom na vyššie uvedený matematický vzťah medzi oboma pojmami je zrejmé, že pri degresívnej marži je aj obchodná prirážka degresívna a naopak, pri degresívnej obchodnej prirážke je marža taktiež degresívna.

Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Fixná cena obchodného výkonu má charakter degresívnej obchodnej prirážky, pretože podiel obchodnej prirážky s rastúcou cenou lieku klesá.

Pri pevnom **percentuálnom stanovení** ceny obchodného výkonu (pevnej obchodnej prirážke) ide o opačný prípad – systém nezohľadňuje nevyhnutné náklady potrebné na distribúciu alebo výkon lekárenskej činnosti pri lacných liekoch, ktorých poskytovanie môže byť preto pre distribútora a lekárnika stratové. Takýmto spôsobom tento systém motivuje k poskytovaniu drahých liekov a zároveň znevýhodňuje menšie „vidiecke" lekárne s bežným sortimentom liekov oproti väčším lekárňam v mestách v blízkosti zdravotných centier.

Cenu obchodného výkonu je možné stanoviť i **klesajúcim percentom zo stúpajúcej ceny** lieku, pričom mieru degresie môže okrem samotnej degresívnej sadzby korigovať aj **kombinácia s fixnou zložkou** ceny obchodného výkonu. Podiel ceny obchodného výkonu na cene lieku má degresívny charakter.

Obchodná prirážka so zvyšujúcou sa cenou lieku tvoria postupne sa zmenšujúci podiel z ceny lieku. „Strmosť" klesania a hraničné hodnoty sú závislé od nastavenia systému. Takáto degresívna obchodná prirážka predstavuje kompromisné riešenie, pri ktorom je obchodná prirážka lacných liekov relatívne vyššia, aby lepšie pokrývala náklady spojené so zaobchádzaním s liekom a zároveň sa so zvyšujúcou cenou lieku nominálne zvyšuje, aby pokrývala aj náklady spojené s viazaním finančných prostriedkov v skladových zásobách.

EXISTUJÚCE MODELY OBCHODNÝCH PRIRÁŽOK

Degresívna obchodná prirážka resp. degresívna marža je zavedená v rôznej podobe vo viacerých krajinách (**Tabuľka 1**; analýza sa týka len liekov hradených zo zdravotného poistenia na lekársky predpis, štruktúra ceny nehradených liekov alebo liekov určených do nemocníc môže byť odlišná).

Rôzne typy degresívnych obchodných prirážok je možné rozdeliť do niekoľkých podobných skupín:

- **kombinácia percenta a fixnej ceny za balenie** – aj keď tento typ degresívnej obchodnej prirážky na prvý pohľad najlepšie spĺňa popísané očakávania, v skutočnosti vedie k viacerým problémom. Vzhľadom na obmedzený počet parametrov vstupujúcich do vzorca je priebeh závislosti výšky obchodnej prirážky od ceny lieku málo flexibilný. Už aj pri relatívne nízkych fixných parametroch dochádza k výraznému nárastu cien lacných liekov, ktoré by mohli tvoriť až niekoľkonásobok výrobnej ceny lieku. Na druhej strane už aj relatívne nízke nastavenie percentuálnej zložky znamená relatívne krátky interval, kedy sa uplatňuje degresia a veľmi skoro zostáva percento obchodnej prirážky na rovnakej úrovni; tento systém dnes funguje na úrovni lekární aj na Slovensku, kedy má lekárnik percento z ceny každého lieku a zároveň fixnú sumu – poplatok za recept (aj keď tento poplatok je rozdelený nerovnomernejšie vzhľadom na možnosť predpísať väčší počet liekov na jeden recept a existujúce výnimky). Takýto systém degresívnej obchodnej prirážky existuje napr. v Nemecku (lekáreň).
- **degresívna obchodná prirážka stanovená rozdielnou percentuálnou sadzbou vo viacerých pásmach** – problémom tohto riešenia je vysporiadanie sa s hraničnými cenami liekov, ktoré by pri jednoduchom určení percentuálnej obchodnej prirážky vyústili do vyšších obchodných prirážok pri lacnejších liekoch (tento systém je v Bulharsku); väčšina krajín sa s týmto problémom vysporiadala formou stanovenia minimálnej nominálnej obchodnej prirážky v každom pásme, ktoré zodpovedá maximálnej percentuálnej obchodnej prirážke v predchádzajúcom pásme (Maďarsko, Nemecko, Poľsko). Výhodou tohto modelu oproti predchádzajúcemu je vyššia variabilita pri nastavovaní prirážky v závislosti od ceny lieku, nevýho-

Tabuľka 1: Prehľad obchodných prirážok distribútora a lekárne v niektorých krajinách

Krajina	obchodná prirážka distribútora	obchodná prirážka lekárne
Austrália	jednoduchá degresívna	degresívna
Bulharsko	degresívna	degresívna
Česká republika	degresívna	
Dánsko	neregulovaná	degresívna
Fínsko	neregulovaná	degresívna
Francúzsko	degresívna	degresívna
Grécko	percentuálna	percentuálna
Holandsko	neregulovaná	neregulovaná + fixná suma
Írsko	percentuálna	fixná + niektoré lieky aj percentuálna
Lotyšsko	percentuálna	degresívna
Maďarsko	degresívna	degresívna
Nemecko	degresívna	percentuálna + fixná cena
Poľsko	percentuálna	degresívna
Portugalsko	percentuálna	percentuálna
Rakúsko	percentuálna	degresívna
Taliansko	degresívna	degresívna
Slovinsko		fixná
Španielsko	jednoduchá degresívna	jednoduchá degresívna
Švédsko	neregulovaná	degresívna
Veľká Británia	percentuálne	fixná cena

Zdroj: Health Policy Institute, 2007

dou je komplikovanosť výpočtu obchodnej prirážky a konečnej ceny lieku ako aj existencia intervalov cien liekov, pri ktorých sa obchodná prirážka s rastúcou cenou nemení.

- **degresívna obchodná prirážka stanovená kumulatívnou percentuálnou sadzbou rozdielnou pre každé cenové pásmo** – celková obchodná prirážka lieku sa vypočíta ako súčet jednotlivých postupne klesajúcich percentuálnych prirážok zo zodpovedajúcich častí nákupnej ceny lieku spadajúcich do jednotlivých cenových pásiem; takýto spôsob stanovenia obchodnej prirážky je napr. v Českej republike, Dánsku, Fínsku, Francúzsku, Lotyšsku, Taliansku a Švédsku. Tento spôsob stanovenia degresívnej prirážky má výhody v možnosti flexibilnejšieho nastavenia prirážok v závislosti od ceny lieku a zároveň obchodná prirážka nominálne stále stúpa so zvyšujúcou sa cenou lieku. Nevýhodou je rovnako ako pri predchádzajúcom modeli komplikovanejší výpočet výšky obchodnej prirážky a konečnej ceny lieku.

Nevýhodou predchádzajúcich dvoch spôsobov stanovovania degresívnej obchodnej prirážky je komplikovanosť systému, ktorý vyžaduje prevodové tabuľky a je náročnejšie vypočítať konečnú cenu lieku z výrobnej alebo naopak výrobnú cenu z konečnej (napr. v bulharskom systéme nie je jednoznačný spätný prepočet ani možný). V niektorých krajinách si preto zvolili jednoduchší spôsob degresívnej obchodnej prirážky s minimálnym počtom pásiem alebo len stanovením maximálnej nominálnej obchodnej prirážky.

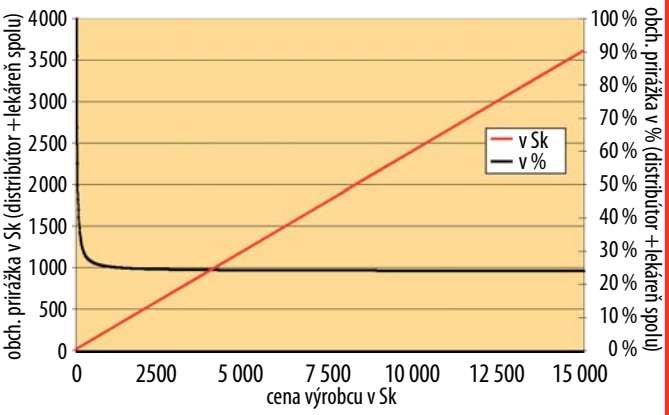
OBCHODNÉ PRIRÁŽKY PRE LIEKY V SR

Cena obchodného výkonu u distribútora liekov a zdravotníckych pomôcok a v zariadení lekárenskej starostlivosti je v Slovenskej republike predmetom regulácie na základe zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách. Cenovým orgánom s príslušnou pôsobnosťou je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Reguláciu cien realizuje prostredníctvom cenových opatrení. Aktuálnym predpisom je Opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

Obchodná prirážka distribútorov liekov a lekární je na Slovensku vyjadrená ako percento z ceny výrobcu. Tento spôsob nepriamo motivuje distribučný a lekárenský reťazec k predaju drahších liekov, pretože predaj lacných liekov pre nich môže byť stratový. Vzhľadom na to, že priemerná cena predpisovaných liekov medziročne stúpa, znamená to, že stúpajú aj výdavky na resp. marža za distribúciu liekov. Zavedenie degresívnej obchodnej prirážky bude preto pri rovnakom vývoji rastu priemernej ceny liekov viesť k nižším nárastom nákladov na lieky v nasledujúcich rokoch šetrením na cene za obchodný výkon distribútorov a lekární.

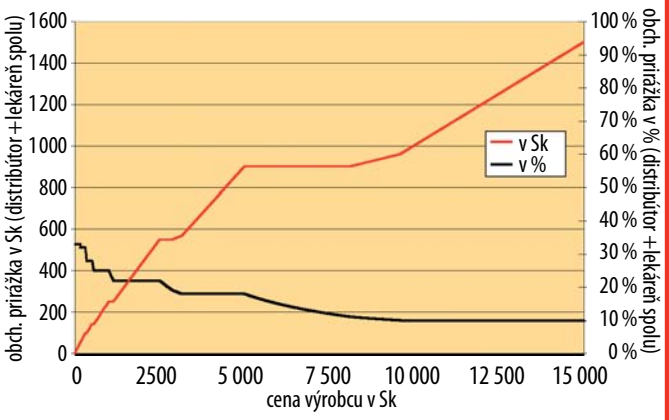
Zavedenie degresívnej obchodnej prirážky na Slovensku sa avizovalo v posledných rokoch niekoľkokrát, avšak nikdy nebolo skutočne realizované. Čiastočným krokom bolo zavedenie niektorých skupín liekov v kategorizácii so zníženými obchodnými prirážkami distribútora a lekárne. Jednou z týchto skupín liekov boli vakcíny (označené symbolom spôsobu úhrady „V"), ktoré mali pri presune zaobstarávania a financovania vakcinačného programu stanovenú maximálnu obchodnú prirážku distribútora na 5 % a maximálnu obchodnú prirážku lekárne na 7 %. Tento krok mal síce za cieľ šetriť výdavky z verejných zdrojov na vakcináciu, avšak nastavenie znížených obchodných prirážok práve na lieky, ktoré vyža-

Graf 1: Príklad kombinovanej fixnej a percentuálnej obchodnej prirážky



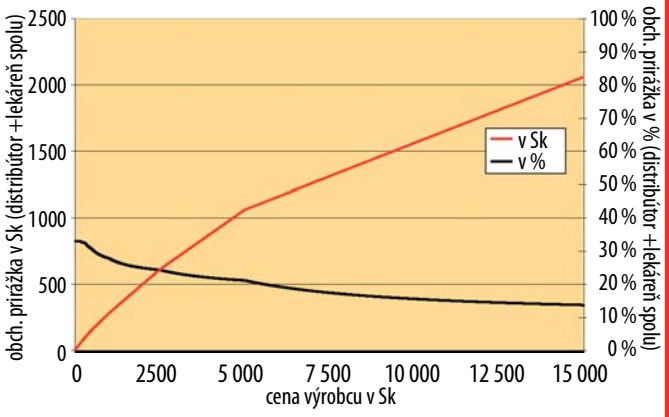
Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Graf 2: Príklad degresívnej obchodnej prirážky stanovenej rozdielnou percentuálnou sadzbou vo viacerých pásmach



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Graf 3: Príklad degresívnej obchodnej prirážky stanovenej kumulatívnou percentuálnou sadzbou rozdielnou pre každé cenové pásmo



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Tabuľka 2: Súčasne platné obchodné prirážky liekov podľa spôsobu úhrady (2007)

spôsob úhrady lieku určený kategorizáciou	I/S	F	V	A
cena výrobcu	100 %	100 %	100 %	100 %
obchodná prirážka distribútora z ceny výrobcu	11%	4%	5%	11%
obchodná prirážka lekárne z ceny výrobcu	21%	6%	7%	21%
DPH	10%	10%	10%	10%
konečná cena lieku z ceny výrobcu	145,2%	121,0%	123,2%	145,2%

Vysvetlivky: I/S – lieky uhrádzané na lekársky predpis, F – finančne náročné lieky, V – očkovacie látky, A – lieky podávané pri výkone v ambulancii lekára

Zdroj: Health Policy Institute podľa Opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, 2007

dujú špeciálne zaobchádzanie (najmä zachovávanie chladového režimu, aby sa predišlo znehodnoteniu vakcíny, s čím sú spojené vyššie náklady), prinieslo viaceré problémy v praxi. Druhou skupinou liekov so zníženými obchodnými prirážkami sú lieky označené v kategorizácii symbolom spôsobu úhrady „F". Pôvodným zámerom bolo vytvoriť dočasné riešenie pre financovanie drahých liekov, pričom zároveň táto skupina predstavovala zjednodušenú verziu degresívnej obchodnej prirážky. Postupne sa však do nej začali zaraďovať aj lieky, ktoré nespĺňali podmienky skupiny „F". Navyše vzhľadom na to, že zaraďovanie do skupiny F sa nekonalo systematickou revíziou liekov a za stanovenia presných kritérií, v súčasnosti existujú lieky s podobnými vlastnosťami aj cenou, ktoré sú zaradené v rôznych skupinách podľa spôsobu úhrady.

Okrem percentuálnej obchodnej prirážky dostáva lekárnik aj poplatok za recept vo výške 5 Sk za každý lekársky predpis, na ktorom je uvedený liek hradený z verejného zdravotného poistenia.

NÁVRH DEGRESÍVNEJ OBCHODNEJ PRIRÁŽKY PRE LIEKY V SR

Ministerstvo zdravotníctva predložilo 25. 10. 2007 do pripomienkového konania návrh degresívnej obchodnej prirážky na lieky a dietetické potraviny. **Navrhuje pritom model stanovený kumulatívnou percentuálnou sadzbou rozdielnou pre každé z jedenástich cenových pásiem** (**Tabuľka 3**). 11 cenových pásiem je neštandardne veľa, čo môže znamenať komplikovanejší výpočet cien. Toto je však vykompenzované flexibilnejším systémom, ktorý umožňuje takmer plynulé prechody medzi pásmami. Výška obchodnej prirážky je nastavená tak, že lieky s cenou výrobcu do 320 Sk (s konečnou cenou 464,6 Sk), budú mať cenu obchodného výkonu distribútora a lekárne a teda aj konečnú cenu lieku vyššiu než doteraz a drahšie lieky ju budú mať naopak nižšiu. Pre lieky označené v kategorizácii symbolom úhrady „F" budú mať vyššiu obchodnú prirážku než v súčasnosti, ak je ich cena výrobcu nižšia než 4 360 Sk (konečná cena 5 275,2 Sk), drahším liekom sa obchodná prirážka aj konečná cena zníži.

Tabuľka 3: Návrh modelu degresívnej obchodnej prirážky MZ SR

No	pásmo	distribútor		lekáreň	
		prirážka ako % z časti ceny v pásme	kumul. prirážka z predch. pásiem v SK	prirážka ako % z časti ceny v pásme	kumul. prirážka z predch. pásiem v SK
1	0 – 80 Sk	14,10 %	0,00	32,90 %	0,00
2	80 – 160 Sk	11,10 %	11,28	25,90 %	26,32
3	160 – 240 Sk	8,10 %	20,16	18,90 %	47,04
4	240 – 400 Sk	5,10 %	26,64	11,90 %	62,16
5	400 – 700 Sk	3,30 %	34,80	7,70 %	81,20
6	700 – 1 200 Sk	2,70 %	44,70	6,30 %	104,30
7	1 200 – 2 200 Sk	2,40 %	58,20	5,60 %	135,80
8	2 200 – 5 000 Sk	2,25 %	82,20	5,25 %	191,80
9	5 000 – 10 000 Sk	2,10 %	145,20	4,90 %	338,80
10	10 000 – 20 000 Sk	1,95 %	250,20	4,55 %	583,80
11	20 000 Sk a viac	1,80 %	445,20	4,20 %	1 038,80

Zdroj: Návrh novely opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP (materiál č. 26099/2007–OL)

Tabuľka 4: Dopady zavedenia degresívnej obchodnej prirážky na zúčastnené strany

stakeholder	dopad	poznámka
pacienti	• minimálny dopad na hradené lieky • možné zvýšenie cien voľnopredajných liekov	pre niektorých chronických pacientov to môže znamenať prechod na používanie väčších balení liekov
zdravotné poisťovne	• okamžité a najmä budúce úspory	možnosť použiť na iné oblasti zdravotnej starostlivosti
distribútori	• zníženie maximálnych marží • nižší rast príjmov v budúcich rokoch	
lekárne	• nižší rast príjmov v budúcich rokoch • technické problémy pri prechode • redistribúcia príjmov lekární v prospech lekární s lacnejšími liekmi	

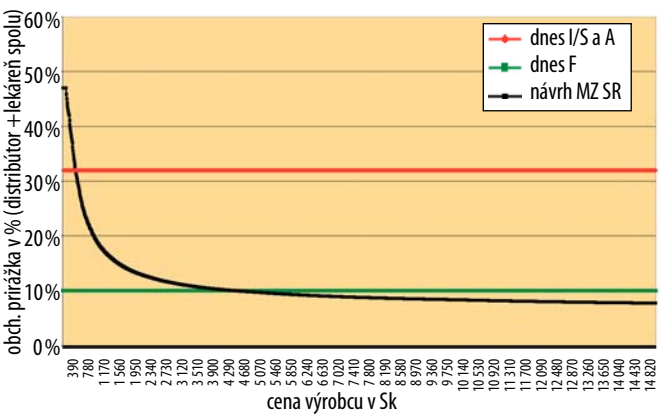
Zdroj: Health Policy Institute, 2007

DOPADY ZMENY OBCHODNEJ PRIRÁŽKY NA DEGRESÍVNU OBCHODNÚ PRIRÁŽKU

Navrhovaný model degresívnej obchodnej prirážky by voči „nultému" roku dosahoval určitú úsporu na nákladoch na lieky a to najmä na úkor distribútorov. Podľa našej prognózy by sa malo v roku 2008 ušetriť zavedením degresívnej obchodnej prirážky takmer 800 miliónov Sk na plne alebo čiastočne hradených liekoch, čo bude predstavovať 2,3 % celkových nákladov na tieto lieky. Pri zachovanom trende presunu spotrieb k drahším liekom budú úspory v ďalších rokoch ešte významnejšie (**Graf 5**). Táto zmena sa výraznejšie dotkne najmä distribučného reťazca, rast nákladov na obchodný výkon lekární bude obmedzený menej, pre predchádzajúce roky (do roku 2006) by tento model dokonca znamenal vyššie príjmy lekární než súčasný systém obchodných prirážok. V budúcom roku sa ušetrí na lekárenskom výkone pri hradených liekoch cca 187 miliónov Sk, čo predstavuje rozdiel oproti dnešnému modelu len -3,8 %. Aj napriek týmto opatreniam budú príjmy distribútorov a lekární medziročne rásť, avšak nepôjde už o 10 % rast ako v tomto roku, ale bude len na úrovni 5,5 až 6,5 % medziročne.

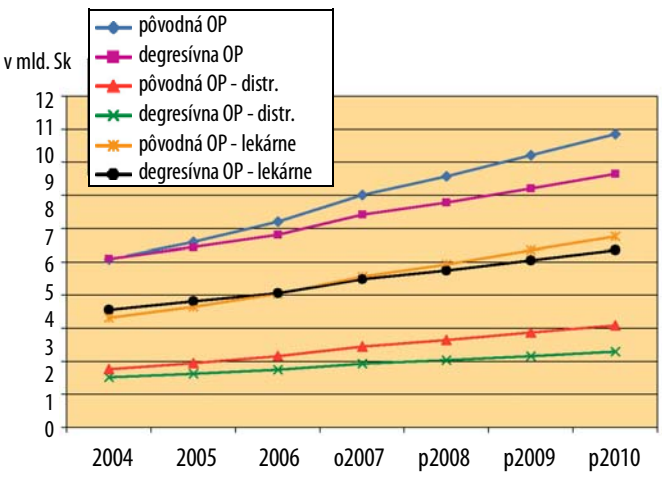
Zavedenie degresívnej obchodnej prirážky bude mať dopad najmä na vyrovnanie motivácií pre nákup, držanie a predaj lacných liekov v lekárňach. Situácia sa tak zlepší najmä pre menšie „vidiecke" lekárne, ktoré predávajú prevažne sortiment v nižších cenách na úkor nižších ziskov lekární, cez ktoré sa vydávajú drahé lieky. Prechod na degresívnu obchodnú prirážku bude pre distribučný a lekárenský reťazec znamenať aj vyššie technické zaťaženie, vzhľadom na potrebu zmeny softvérov a precenenie existujúcich zásob „zo dňa na deň", ale inak ako „zo dňa na deň" sa takáto zmena ani zaviesť nedá.

Graf 4: Model degresívnej obchodnej prirážky podľa návrhu MZ SR v porovnaní s dnešnými obchodnými prirážkami



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Graf 5: Prognóza rozdielu v nákladoch na obchodné výkony distribútorov a lekárnikov pri pôvodnej a navrhovanej degresívnej sadzbe obchodnej prirážky



Zdroj: Health Policy Institute, 2007

Ministerstvo zdravotníctva vydáva súčasne so zmenou obchodnej prirážky distribútorov a lekárnikov aj zmenu kategorizácie, v ktorej vyrovnáva dopady zmien cien liekov na pacientov a najnižší doplatok pacienta za liečivo zostáva rovnaký. Keďže degresívna obchodná prirážka mení relatívne pomery medzi cenami liekov, môže sa stať, že pre chronického pacienta bude výhodnejšie, ak mu lekár predpíše balenie s väčším počtom dávok (napr. tabliet) v balení.

Ministerstvo zdravotníctva zároveň navrhuje deregulóciu cien obchodných výkonov distribútora aj lekárne pre voľnopredajné lieky. Tieto lieky majú už niekoľko rokov deregulované ceny výrobcov, preto nie je dôvod regulovať zvyšnú časť ceny. Táto zmena môže znamenať nárast cien niektorých liekov, avšak vzhľadom na dostatočné konkurenčné prostredie v poskytovaní lekárenských služieb by nemalo ísť o zásadný rast cien.

ZÁVER

Zavedenie degresívnej obchodnej prirážky na lieky sa plánuje na Slovensku už viacero rokov, ale doteraz sa tento krok nevykonal. Degresívna obchodná prirážka zavádza spravodlivejšie ohodnotenie výkonov distribútorov a lekární a mení motivácie pre preferenciu drahých liekov.

Zdá sa, že konečne sa tento krok zrealizuje. Výber modelu degresívnej marže považujem za dobrý, a riešenie považujem za dobré aj z pohľadu dopadov na stakeholderov.

Treba však dodať, že degresívna marža nie je významným riešením dnešných problémov v liekovej politike. MZ SR tento rok znížilo plošne ceny liekov o 6,6 % a znížilo DPH z 19 % na 10 %. Vďaka týmto zmenám sa podarí udržať opticky rast nákladov na lieky v roku 2007 do 5 %. Bez týchto zmien by bol tento rast takmer 20 %, pričom žiadnu z týchto zmien MZ už aj vzhľadom na vývoj koruny k euru nebude môcť na budúci rok zopakovať. Obchodná degresívna prirážka bude znamenať pokles celkových nákladov na lieky len o 2,3 %, čo nepostačí na udržanie rastu na expanzívnych 10 %, ktoré si ministerstvo stanovilo za cieľ pre nasledujúce roky. Aj rast nákladov na lieky 10 % znamená rýchlejší rast než je rast zdrojov v zdravotníctve, čím budú lieky naďalej zvyšovať svoj podiel na celkových výdavkoch na zdravotníctvo, ktorý je u nás už aj tak rekordný. A bude znamenať, že v iných sektoroch zdravotníctva bude o to menší priestor napr. na zvyšovanie platov v zdravotníctve a rekapitalizáciu nemocníc.

Je načase, aby rok a pol od nástupu tejto vlády ministerstvo prišlo s nejakou ucelenou koncepciou riešenia tejto situácie.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka: Akceptované prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne od 1. 1. 2008 – prehľad pohybu poistencov

Zo \ Do	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	EZP	UNION	odchádzajúci poistenci
SZP		1 774	716	2 765	4 319	1 005	**10 579**
Dôvera	565		1 441	6 214	14 557	1 057	**23 834**
Apollo	166	1 276		2 563	3 529	436	**7 970**
VšZP	540	14 657	3 155		22 958	2 462	**43 772**
EZP	353	15 450	925	3 768		226	**20 722**
Union	1 208	74 569	3 482	14 859	31 150		**125 268**
prihlásení poistenci	**2 832**	**107 726**	**9 719**	**30 169**	**76 513**	**5 186**	**232 145**

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2007

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.

Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na www.hpi.sk.

Into Balance 11/2007

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.
Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: **hpi@hpi.sk**).
© Health Policy Institute, 2007 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná, Zuzana Gajdzicová