

Ekonomika zdravotníckeho zariadenia

Ekonomika konkrétnej zdravotníckej inštitúcie závisí nielen na čisto ekonomických faktoroch úspešnosti, ako sú odborná povosť, výkonnosť, ústretovosť, rozsah ponuky, produktivita, rýchlosť a množstvo výkonov, počet spokojných pacientov apod., ale do značnej miery súvisí aj s právnou formou inštitúcie. Jednotlivé právne formy majú určité, niekedy veľmi významné ekonomické nuansy, prejavujúce sa v oblasti daňovej, účtovníctva, povinnosti vytvárania rezerv, fondov apod. Mnohokrát si subjekt právnou formu nemôže zvoliť (nemocnice, strediská ZZS) a manažéri sa musia podriaďovať rozhodnutiu zriaďovateľa či majiteľa inštitúcie.

Napríklad praktickí lekári majú možnosť pôsobiť ako fyzické osoby s ručením svojho majetku za svoje záväzky, s vedením jednoduchého účtovníctva a platbou dane z príjmu fyzických osôb, alebo sa môžu spojiť do formy kolektívneho výkonu profesie vo forme právnickej osoby s povinnosťou vedenia podvojného účtovníctva, platbou DPPO a rozdielnym ručením za záväzky organizácie.

Veľké nemocnice, LDN, hygienické stanice a ďalšie, štátne i neštátne (cirkevné, obecné, krajské – založené mimo rezort zdravotníctva) sú PRÍSPEVKOVÉ ORGANIZÁCIE. Ich prípadný prevod na akciové spoločnosti znamená zmenu ekonomických princípov – systému riadenia, princípov hospodárenia, rozdeľovania disponibilného zisku či úhrady straty.

Základné ekonomické pojmy však majú všetky právne formy spoločné. Jedná sa o náklady, výnosy, príjmy, výdaje, hospodársky výsledok, cash flow, daň z príjmu apod.

NÁKLADY

Náklady v peňažnom vyjadrení predstavujú spotrebu vecných prostriedkov a práce. Je to peniazmi vyjadrená čiastka, ktorú je treba vynaložiť, aby boli dosiahnuté výnosy. Sú jedným zo základných ukazovateľov ekonomickej efektívnosti a úlohou každého manažéra (či majiteľa) je ich žiaducim smerom ovplyvňovať. Riadenie nákladov vyžaduje podrobné znalosti nielen o ich absolútnej výške, ale aj o ich skladbe, mieste vzniku a možnostiach ich eliminácie či zníženia. Pri ich triedení sa používajú rôzne hľadiská:

a) podľa času vzniku vzhľadom k „životnému cyklu“ inštitúcie
obstarávacie náklady – technické zázemie, stroje, budovy, zamestnanci, materiál, lieky ...
prevádzkové náklady – v rámci transformácie vstupov na výstupy v bežnej prevádzke
investičné náklady – neustále zlepšovanie techniky, technológií a znalostí

b) podľa druhu:

- materiálové náklady
- mzdové náklady
- finančné náklady
- odpisy
- výrobná réžia
- správna réžia apod.

Toto hľadisko je možné označiť ako hľadisko KALKULAČNÉ, resp. ÚČTOVNÉ, pretože v tomto členení sa náklady zobrazujú ako pri zostavovaní kalkulácií, tak pri účtovnom vyčíslení. Z účtovného hľadiska náklady kumulujeme a v účtovnom výkaze ziskov a strát zobrazujeme ako náklady:

- prevádzkové
- finančné
- a mimoriadne.

c) podľa účelu

- priame náklady – je možné ich stanoviť priamo a presne na kalkulačnú jednicu (na pacienta, oddelenie, kliniku apod.). To je možné napríklad u materiálu či miezd zamestnancov.
- nepriame (režijné) náklady – nemožno ich stanoviť na kalkulačnú jednicu priamo, je nutné určitými metódami (napr. priemermi) ich rozpočítať na celkový počet výstupov. Ide napr. o použitie energie v rámci výrobného režimu alebo poplatky za telefóny v rámci správneho režimu.

d) podľa vzťahu nákladov k objemu produkcie

- fixné náklady – ich výška sa s objemom činnosti (tj. počtom ošetrovaných pacientov) nemení, alebo sa mení skokom. Sú často významnou zložkou nákladov z hľadiska možných úspor. Vo veľkých nemocniciach predstavujú až cca 75% celkových nákladov. Jedná sa o relatívne stále náklady spojené s udrжанím určitého počtu lôžok, prístrojového vybavenia, pracovníkov atd. Práve tieto náklady a faktory ich „skoku“ predstavujú dôležitý prvok pre rozhodovanie managementu.
- variabilné náklady – menia sa s rozsahom činnosti rovnomerne (spotreba priameho materiálu), progresívne (odmeny za nadčasy) a regresívne (prepravné)

e) iné hľadisko

- explicitné náklady – tie, ktoré treba reálne vynaložiť v peňažnej podobe na nákup alebo prenájom produkčných faktorov. Sú to napr. mzdové náklady, nákup zariadení, materiálu atd. Jedná sa o skutočne vynaložené náklady zisťované z účtovníctva.
- implicitné náklady, alternatívne náklady, „náklady obetovanej príležitosti“ – reálne sa neplatia. Ide o „ušlý príjem“ z produkčných faktorov, ktoré sú vo vlastníctve daného ekonomického subjektu. Každý subjekt má vždy dve možnosti: buď môže so svojimi výrobnými faktormi sám vykonávať svoju činnosť alebo ich prenajme inému subjektu. V oblasti zdravotníctva existujú len v obmedzenej miere, najmä u veľkých nemocníc (napr. keď prenajme časť budovy či operačnú sálu súkromnému lekárovi).

Pre posudzovanie efektivity činností sa používajú agregované ukazovatele, ako sú:

- celkové náklady
- priemerné náklady na určitú jednotku (pacienta, lôžko, oddelenie)
- marginálne náklady, tj. prírastok nákladov pri raste činnosti o jednotku výkonu

V podvojnóm účtovníctve musia náklady vždy súvisieť s výnosmi príslušného obdobia (tzv. časové rozlíšenie nákladov a výnosov). Od pojmu náklady je treba odlíšiť pojem výdavky, ktoré predstavujú úbytok peňažných prostriedkov a majú rozhodujúci význam v jednoduchom účtovníctve.

VÝNOSY

Výnosy sú ocenené výkony činností. Každá zdravotnícka inštitúcia je z ekonomického hľadiska firma, ktorá poskytuje zdravotnícke služby, predáva lieky, zdravotnícku techniku alebo zaisťuje zdravotnú dopravu (prípadne kombinuje viac týchto činností).

Úhradou zdravotníckych služieb vznikajú prvotné výnosy. Súčasťou celkových výnosov môžu byť aj druhotné, neprevádzkové výnosy (nájomné, príjmy z vkladov apod.). Príkladom PREVÁDZKOVÝCH výnosov sú predovšetkým TRŽBY (PRÍJMY) za realizované obdobie alebo za výkony. Rozdiel medzi výnosom a príjmom je daný právnym aspektom, kedy výnos je právom, nárokom na príjem a príjem je realizované právo.

Aj u výnosov sledujeme agregované veličiny:

- celkový príjem
- priemerný príjem na jednotku (napr. pacienta, oddelenie)
- margianálny príjem, tj. zmena celkového príjmu vyvolaná zvýšením činnosti o jednotku výkonu.

Hlavnou časťou výnosov sú už zmienené tržby za poskytnuté služby alebo predaný tovar, ktoré tvoria niekedy celú náplň súhrnnej účtovnej položky „výnosy“. Rozlišujeme:

- hrubé tržby – súhrn faktúr vydaných behom sledovaného obdobia
- čisté tržby – hrubé znížené o rôzne zľavy poskytnuté odberateľom a o dobropisy za vrátený tovar

Výnosy by mali minimálne pokryť náklady, snahou ekonomického subjektu by však malo byť dlhodobé dosahovanie zisku. Ako je to v zdravotníctve???

HOSPODÁRSKY VÝSLEDOK

Vo všetkých ekonomických učebniciach i právnych normách sa uvádza, že zisk je hlavným cieľom aktivít a predstavuje zásadný podnet k podnikaniu. Prostredníctvom zisku každá firma preukazuje svoju úspešnosť nielen k svojim vlastníkom, ale aj vo vzťahu ku konkurencii. Zisk je kritériom pre rozhodovanie o všetkých otázkach týkajúcich sa činnosti ekonomického subjektu, o štruktúre a množstve aktivít, o investíciách, nárastu miezd atd. Zisk je predpokladom tvorby ďalších zdrojov, investícií a technického rozvoja.

Firma maximalizuje zisk maximalizáciou rozdielu medzi objemom výstupov a vstupov v peňažnom vyjadrení. Je to možné:

- znižovaním nákladov – hľadaním úspor, zavádzaním nových opatrení, uplatňovaním technického pokroku, ktorý vedie ku zvyšovaniu produktivity práce
- maximalizáciou výnosov

Pri analýze ziskovosti je treba venovať pozornosť práve faktoru, ktorá časť hospodárskeho výsledku pôsobila na jeho celkovú úroveň, teda či sa nejedná len o mimoriadny výsledok spôsobený mimoriadnymi nákladmi či výnosmi nad stabilnú úroveň.

V podmienkach dokonalej konkurencie je zvyšovanie príjmov relatívne ku zvyšovaniu objemu činnosti, v podmienkach nedokonalej konkurencie, čo je praktický stav, však môže v určitej hranici i rast objemu činnosti viesť k poklesu príjmov. Firma nemusí brať do úvahy vždy ziskovosť jednotlivých druhov služieb a produktov, ale uvažuje v kategórii celkového zisku (samozrejme sa nemôže zamerať na dosiahnutie jednorázového zisku, ale dlhodobej ziskovosti). Samozrejme, cieľ maximalizácie zisku je dnes už spochybňovaný a presadzujú sa iné ciele.

Niektoré teórie hovoria o cieľoch firmy ako o výsledku neustáleho stretu záujmov jednotlivcov a skupín vo firme. Zamestnanci často dávajú prednosť požiadavkám krátkodobým, najmä rastu miezd, ktoré často uplatňujú na úkor dlhodobých záujmov firmy. Záujmy vlastníkov môžu byť rozdielne od záujmov vedúcich pracovníkov – či sa firma bude riadiť požiadavkou dlhodobej ziskovosti a rastu, alebo či budú zisky rozdeľované vlastníkom. Dlhodobá ziskovosť vyžaduje napr. vytváranie dobrej image, zvyšovanie podielu na trhu aj za cenu dočasnej stratovosti, udržanie kvalifikovaných pracovníkov, snaha o zavádzanie nových produktov a služieb, udržovanie priateľských a korektných vzťahov k pacientom, dodávateľom, odberateľom, finančným inštitúciám apod.

Množstvo pomerných ukazovateľov – viď firemné financie

Špecifické problémy posudzovania zisku v zdravotníctve

Za efektívnu činnosť je možné považovať len takú činnosť, ktorá prináša žiadúci efekt s primeranými nákladmi. Je ale veľmi diskutabilné, či obecné ekonomické teórie a kritéria úspešnosti možno bez zbytku aplikovať práve do oblasti zdravotníctva, aj keď je nepochybné, že práve ekonomické hľadiská sú do značnej miery podkladom pre rozhodovanie, pretože sú konečným limitom činností. Nemožno stále len prehlbovať stratu, lebo aj keď je strata „len“ matematickým rozdielom, skrýva sa za ňou adekvátny úbytok aktív. Toto môže trvať niekoľko

rokov, ale prehlbujúca sa strata môže prekročiť hranicu, za ktorú už niet návratu a celý proces postupného „prejedania podstaty“ končí bankrotom. To je práve aktuálny problém obrovských strát nemocníc.

Námietkou proti postulátom ziskovosti je fakt, že ani rada rýdzo komerčných subjektov nie je prakticky zameraná na tvorbu zisku, ale skôr na generovanie peňazí. Cash flow je často dôležitejším ukazovateľom než tvorba zisku (v statickom vyjadrení ukazuje stav peňažných prostriedkov, v dynamickom finančné toky, tj. príliv a odliv peňazí). Tým skôr je treba sa zmieniť o problematike použitia zisku u zdravotníckych subjektov a pri hodnotení efektívnosti zdravotníckych služieb. Ďalšou námietkou proti použitiu zisku ako vrcholného ekonomického ukazovateľa je fakt, že je to práve zisk ako rýdzo ekonomický ukazovateľ, ktorý môže byť niekedy kontraproduktívny v spore s etikou v zdravotníctve, ale aj pre hodnotenie potrebnosti výkonov vo vzťahu k ich ekonomickému efektu. Ak budeme napríklad viac oceňovať operácie, odstraňujúce následky poškodenia zdravia, než permanentnú preventívnu starostlivosť a zachytenie choroby v jej počiatku, vytvárame ekonomické prostredie, v ktorom je pre poskytovateľov lepšie počkať a vykonávať ekonomicky výnosnejšie výkony až v prípade výskytu choroby, než venovať sa ekonomicky málo výnosnej prevencii. To nie je ani v záujme pacienta, nemalo by to byť ani v záujme zdravotnej poisťovne ako strážcu verejných financií, nie je to ani v súlade s etikou lekárskeho povolania, ale je to logické ekonomické chovanie, ktoré vyplýva z nasadenia smerodatných pravidiel pre úspešnosť zdravotníckeho subjektu na báze zisku či peňazí, pretože platí, že *každý subjekt koná predovšetkým vo svojom záujme*. A čisto ekonomický záujem poskytovateľa nemusí byť v takto nastavených legislatívnych podmienkach totožný so záujmom pacienta či celej spoločnosti. Je potom len otázkou vlastného svedomia, prístupu k ľuďom, otázkou mravnou, či zdravotnícky subjekt má na prvom mieste záujem pacienta bez ohľadu na svoje ekonomické výsledky. S problémami „etika kontra ekonomika“ zdravotníckych služieb sa potýkajú všetky vyspelé spoločnosti. V mnohých prípadoch je mravná stránka, teda poskytovanie čo možno najkvalitnejšej starostlivosti, jednou z príčin ekonomického prepadu mnohých nemocníc. Otázka, kedy a či prestať podávať trpiacemu pacientovi „sub finem“ na onkológií drahé cytostatiká a prejsť len na opiáty, je nielen otázkou ekonomickou, ale aj mravnou. Preto *pri hodnotení významu zisku či straty zdravotníckych inštitúcií je treba posudzovať ekonomické parametre zdravotníckej starostlivosti omnoho širšie než v iných oblastiach národného hospodárstva*.

HOSPODÁRENIE SÚKROMNÝCH SUBJEKTOV – FYZICKÉ OSOBY

FO pracujú na báze samofinancovania. Vedú jednoduché účtovníctvo a platia DPFO (progresia), čo je založené na porovnávaní príjmov a výdavkov, tj. uskutočnených platieb. V tomto režime pracuje mnoho subjektov a ich hospodárenie je vcelku ekonomicky úspešné.

HOSPODÁRENIE SÚKROMNÝCH SUBJEKTOV – PRÁVNICKÉ OSOBY

Základné ekonomické princípy poskytovania služieb sa pri tomto kolektívnom výkone líši od seba v závislosti na zvolenej právnej forme predovšetkým v spôsobe rozdeľovania zisku/úhrady straty, veľkosti a spôsobu ručenia za záväzky, vedením účtovníctva a platby dane z príjmu. Kým DPFO sa platí z osobných prostriedkov poplatníka, DPPO sa účtuje na nákladový účet. U FO je rozdelenie čistého príjmu jej výhradnou záležitosťou, PO je povinná rozdeliť zisk či uhradiť stratu v súlade so zákonom. V minulosti niekoľko konkurzov na PO.

HOSPODÁRENIE PRÍSPEVKOVÝCH ORGANIZÁCIÍ

Zriaďovateľ (MZ, kraj, v zahraničí obce) v rámci rozpočtu poskytuje príspevok na ich činnosť. Ďalšími finančnými zdrojmi môžu byť:

- prostriedky získané vlastnou činnosťou
- prostriedky z inej hospodárskej oblasti než je vlastný predmet činnosti
- príspevky a dary
- prostriedky zo štátnych fondov

Zvlášť zriaďovateľ poskytuje investičné a neinvestičné na základe stanoveného limitu výdavkov. Zlepšený HV (než rozpočtovaný) zostáva organizácii vo vlastných fondoch, jeho použitie ale podlieha schváleniu zriaďovateľa, ktorý môže nariadiť odvody. Vzťah organizácie k rozpočtu zriaďovateľa je daný rozdielom medzi nákladmi a výnosmi, ktorý má vždy charakter straty, a príspevok zriaďovateľa je vlastne úhrada straty. Takmer všetky štátne nemocnice, hygienické stanice a ostatné štátne inštitúcie sú v poslednej dobe vysoko stratové.

Kalkulácie

Každá činnosť je sprevádzaná určitou výškou nákladov a každý ekonomický subjekt by mal dopredu kalkulovať s ich určitou veľkosťou (často nielen pre seba, ale napríklad pre banku pri čerpaní úveru). Kalkulácia je nevyhnutná k vyčísleniu budúcej minimálnej ceny produkcie. Je treba vedieť, na akej hranici ceny je možné sa pohybovať, či daná činnosť vytvorí nejaký zisk, prípadne v ktorej oblasti nákladov je treba urobiť úsporné opatrenia. Aj v prípade zmluvných cien je nevyhnutné robiť kalkulácie nielen pred vlastným zahájením činnosti, ale aj v jej priebehu vo forme operatívnych kalkulácií a následne výsledných kalkulácií (keďže reálne ekonomické údaje môžu korigovať pôvodné predpoklady).

Existujú špecifické oborové kalkulačné vzorce, ktoré okrem univerzálnych položiek zahŕňajú aj špecifické položky.

Vzor kalkulácie stomatologickej ordinácie:

1. Priame mzdy zamestnancov okrem majiteľa – súkromného lekára
2. Priamy materiál – súhrn všetkých materiálov, ktorých spotrebu je možné priamo stanoviť na jednotlivé výkony alebo výrobok, napr. výplňové materiály, anestetiká, rtg materiál, jednorázové injekčné striekačky atd.
3. Odpisy dlhodobého hmotného a nehmotného majetku – keďže počas doby odpisovania nemožno zvolenú metódu zmeniť, je treba ju dopredu zvážiť. Ročné odpisy pokrývajú iba časť hodnoty, zbytok je krytý zo zisku.
4. Režijný materiál – pomocný zdravotnícky materiál, čistiace a dezinfekčné prostriedky, pomocný dentálny materiál, ktorý je nutné kalkulovať na základe priemernej spotreby a priemerných výkonov, lebo ho nemožno stanoviť priamo.
5. Ostatná prevádzková réžia – elektrická energia, vodné a stočné, opravy a údržba, prepravné
6. Nájomné
7. Správna réžia – palivo, spoje, cestovné, školenia, časopisy, pranie, odvoz a likvidácia odpadu, prípadne „práce v mzde“ ako služby právnika, daňového poradcu apod.
8. Finančné náklady – sociálne a zdravotné poistenie zamestnancov, povinné poistenie zodpovednosti za škody prevádzkovateľa neštátneho zdravotníckeho zariadenia, ostatné individuálne poistenie (napr. majetku), príspevky ČSK zo zákona atd.
9. Zisk – časť pokrývajúca splátky úveru a plánované investície znížená o odpisy, vlastná spotreba („mzda“ lekára)
10. Odvody z privátneho príjmu – sociálne a zdravotné poistenie lekára, DPFO

Po stanovení novej ceny môže ekonomický subjekt zostaviť celkový rozpočet príjmov a výdavkov (nákladov a výnosov), ktorý umožňuje zistiť, do akej miery bude činnosť efektívna, aké prostriedky sú treba, aké mzdy si môže zamestnávateľ dovoliť platiť atd. Kalkulácie okrem poskytovateľov pripravujú aj zdravotné poisťovne a sú podkladom pre dohodovacie konanie, ktorého výsledkom je stanovenie cien zdravotníckych služieb. Preto musia byť kalkulácie opreté o dôkladnú analýzu nákladov s cieľom stanovenia takej ceny, ktorá by bola akceptovateľná pre všetkých účastníkov – poskytovateľov, plátcov i pacientov.

MANAGEMENT ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

Manažér, ktorý nie je profesiou lekár, čelí praktickým odlišnostiam zdravotníctva od iných odvetví:

1. informačná nerovnováha, v schopnosti posúdiť:
 - nevyhnutné náklady
 - varianty riešenia problémov
 - nadväznosť procesov→ potreba námenstníka cez liečebnú starostlivosť a prevenciu, prípadne i námenstníka pre ošetrovateľskú starostlivosť (zdravotná sestra)
2. neziskovosť – motivácia je rovnaká ako v ziskovom sektore, ale je ťažké vyjadriť kvalitu výkonu
3. špecifická vzdelanostná štruktúra:
 - čím vzdelanejšia pracovná sila, tým ťažšie sa riadi (snaha uplatniť svoje názory, podieľať sa na rozhodovaní)
 - možnosť nechať rozhodovanie čiastočne na nich v určitých skupinách a zároveň používať kontrolné nástroje, aby túto možnosť nezneužili
 - následne porovnať ich nároky s rovnocennou „konkurenčnou“ skupinou
4. riadenie množstva vertikálnych procesov
 - chirurg nenahradí pediatra
 - opak flexibility v podniku
5. dynamika prostredia
 - reformy systému
 - kvôli naviazanosti na verejné inštitúcie znásobené (aj tam prebiehajú reformy)
6. nejednoznačnosť kritérií úspešnosti manažéra
 - napríklad veľa nákladov je autonómnych, nezávislých na vôli manažéra
 - sú prítomné, aj keď ich manažér nechce, pretože vie, že sú neefektívne
7. obtiažna predvídateľnosť príjmov v budúcnosti
8. základný rozpor etika x ekonómia
9. ťažké odbúrať preukázateľne stratové procesy
10. rigidita v inováciách

Zmeny a vývojové trendy v nemocničnom sektore

- znižovanie počtu nemocníc
- znižovanie počtu lôžok – dôvody: zmeny technológií, metód liečenia, politika riadenia nákladov a posúvanie hraníc medzi primárnou, nemocničnou domácou a sociálnou starostlivosťou
- deinštitucionalizácia – vyčleňovanie niektorých druhov poskytovanej ZS mimo sektor nemocničnej ZS (seniori, postihnutí), tj. znižovanie počtu akútnych nemocničných lôžok a zvyšovanie ošetrovateľských lôžok
- zvyšovanie počtu prijatých pacientov v nemocniciach (okrem býv. ZSSR, kde bol sektor predimenzovaný) – zvyšovanie počtu jednodenných pobytov, opakované prijatia
- skracovanie dĺžky pobytu v nemocnici (EU 7 dní, ZSSR 12 dní – ovplyvnené finančnými podnetmi i nedostatkom zdrojov v podobe technológií a znalostí). Príčiny: deinštitucionalizácia (presun do domácej starostlivosti), existencia nových technologických možností, motivačné úhradové mechanizmy
- zvyšovanie počtu denných prípadov
- obložnosť – priemer EU 75% (v postkomunistických výrazný pokles na tento priemer, predtým snaha „papierovo“ vykazovať plnú obložnosť)

Faktory vedúce ku zmenám:

- a) na strane pacientov:
 - demografické zmeny (starnutie populácie, predlžovanie života, pokles pôrodnosti, migrácia),
 - zmena skladby chorôb
 - zmeny rizikových faktorov (výživové zvyklosti, škodlivé návyky)
 - zmeny očakávaní verejnosti – zvyšovanie znalostí, očakávanie vyššej kvality a možnosti spolurozhodovať
- b) na strane poskytovateľov:
 - rozvoj technológií v liečbe a diagnostike
 - zmeny v kvalifikačnej štruktúre pracovníkov – CŽV
 - širšie spoločenské faktory – finančné tlaky, medzinárodná spolupráca, globalizácia vo vzdelávaní a výskume

Nemocnice a vonkajšie prostredie

Nemocnice ako jedna z najdôležitejších komponent zdravotníckeho systému sa v posledných rokoch stali vďaka rastúcim a rýchlo sa meniacim tlakom stredom pozornosti rady štátov. V priebehu 80- a 90-tych rokov prebehli v mnohých európskych štátoch reformy zdravotníctva, pričom dôraz bol kladený na reštrukturalizáciu vnútornej i vonkajšej organizácie nemocníc a posilnenie služieb verejného zdravotníctva s cieľom zvýšiť efektívnosť a kvalitu lôžkovej starostlivosti. Obdobie posledných rokov je obdobím značných organizačných zmien. Obecne dochádza k rozširovaniu snáh o rozvoj podnikateľských aktivít v zdravotníctve, konkrétne v oblasti nemocničnej starostlivosti sa zvyšujú tlaky na väčšiu autonómiu nemocníc. Prípadná transformácia nemocníc na viac autonómne alebo dokonca súkromné organizácie si ale vyžaduje i nové spôsoby regulácie zo strany verejného sektoru – štátu v zmysle presadenia verejného záujmu kvality a dostupnosti ZS. V oblasti regulácie podnikania v zdravotníctve sa ukazuje, že typ regulácie založený na silných podnikateľských podnetoch a rozvoji tržného prostredia bez významnejšieho obmedzovania slobody podnikania je rozšírený hlavne v periférnych úsekoch zdravotného systému a najmenej sa uplatňuje v najdôležitejších úsekoch zdravotníctva, ktorými sú nemocnice a primárna starostlivosť. V takomto ideálnom tržnom systéme by sa podnikateľ mohol voľne rozhodovať o zriadení a fungovaní nemocnice a niest' všetky zisky a straty. Takýto systém ale vytvára problémy v spoločnostiach, ktoré si za cieľ kladú rovný prístup k ZS, ochranu zdravia populácie či sociálnu súdržnosť. Súkromný a verejný sektor smerujú k rozdielnym cieľom – zatiaľ čo súkromný je zameraný na zvýšenie zisku a rozširovanie podielu na trhu, vo verejnom ide predovšetkým o spoločenský úžitok. Skúsenosti krajín strednej a východnej Európy ukazujú na početné nebezpečenstvá vznikajúce pri zavádzaní nových podnikateľských aktivít do zdravotníctva bez zaistenia dostatočnej regulatívnej podpory.

Zvyšovanie autonómie nemocníc je trend podporovaný WB aj výrobcami a dodávateľmi technológií. WHO vyzývala tvorcov zdravotnej politiky, aby si uvedomili, že zdravie a zdravotné služby sú predovšetkým záujmom verejným. Tvorcovia, zodpovední za tvorbu cieľov, postupov a výsledky ZS by túto funkciu nemali v neprimeranej miere nechávať súkromným subjektom. Nemocnice utrácajú obvykle viac než polovicu z celkového rozpočtu určeného na zdravotníctvo (vo východnej E až 75%), pričom existuje všeobecný predpoklad, že sú schopné dosiahnuť úspory a lepšie a efektívnejšie fungovanie. Efektívnosť nemocničnej starostlivosti je prípadne možné zvýšiť prevedením poskytovania niektorých zdravotných služieb z nemocníc na iné zariadenia. Tlak na navyšovanie finančných prostriedkov je zrejmý, štáty sú nútené tento problém riešiť, pretože dochádza k rastu celkových výdavkov i rastu podielu na HDP. Tým sa tiež zvyšuje tlak na dosahovanie vyššej autonómie nemocníc a prenikanie súkromného sektora do nemocničnej starostlivosti (WB to podporuje cez PPP, ktorý považuje za nástroj zvýšenia kvality a efektivity).

V súčasnosti sú nemocnice cieľom tržných tlakov hlavne v USA, kde dochádza k extrémnemu nárastu výdavkov na zdravotníctvo, kým v Európe majú subjekty prevažne neziskový charakter.

Podnikateľské záujmy v USA prešli až do formy investorkých reťazcov a nepochybne sa podieľajú na extrémnej nákladnosti a neefektívnosti celého systému. Niektoré štáty sa pokúsili zvýšiť efektívnosť inak, napr. v GB je to koncentrácia nemocníc do trustov. Východiskom bol predpoklad, že väčšie spoločnosti znížia svoje priemerné náklady napr. úsporami z rozsahu a zlepšia služby. Dostupné štúdie toto nepotvrdili, naopak sa ukázalo, že verejné nemocnice v Austrálii sú efektívnejšie než súkromné, tu sa ale nerozlišujú hľadiská ako úroveň poskytovanej ZS. Celkove sa podporujú do rôznej miery neziskové organizácie. Pri rozhodovaní, ktoré aktivity nemocnice je treba regulovať, treba zväžiť na jednej strane mieru autonómie nemocníc a na strane druhej požiadavku rovnosti prístupu k ZS a kvality ZS. Regulácia sa tak týka predovšetkým zaistenia dostupnosti, možnosti voľby pre pacienta, štandardizácie nemocničných služieb, spôsobu úhrad, ochrany zamestnancov apod. Nemocnice však zvyšovanie autonómie automaticky nespájajú aj s vyššou zodpovednosťou. Štát tak stráca nad nimi kontrolu a dozor, kým nemocnice stále očakávajú z verejných rozpočtov zdroje na svoju činnosť. Môžu sa stať súčasťou investorských reťazcov a ich činnosť potom podlieha podnikateľským záujmom. V súlade s celosvetovými trendmi dochádza aj v ČR rôznymi formami odštátneňa k decentralizácii nemocničnej starostlivosti.

Hlavnými príčinami deficitu systému sú na strane príjmov nízke platby za štátnych poistencov a na strane výdavkov rastúce nároky na nové lieky a technológie. Väčšina zdravotníckych zariadení je verejného charakteru a má uzavreté zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Práve otázka výšky zdrojov, ktoré budú celoročne príjmom na úhradu služieb je jednou z hlavných tém zdravotnej politiky. Stredom záujmu poskytovateľov sú predovšetkým spôsoby, akým bude tento objem financií rozdeľovaný medzi jednotlivé oblasti ZS. Samotná efektívnosť ich využívania pre nich v praxi už nie je tak dôležitá! Rozhodujúcu časť financovania nesú ZP – 82%, 10% pokrývajú štátne a územné rozpočty na financovanie nákladných projektov a 8% tvoria priame platby obyvateľstva.

Nemocnice patria k najnákladnejším a najkomplexnejším inštitúciám v rámci celého systému. Nákladné sú najmä nové medicínske technológie (CT, magnetické rezonancie, sonografie), ktorých cena sa môže vyšplhať až na niekoľko desiatok miliónov korún. Systém lôžkových zariadení v ČR bol pôvodne nastavený tak, aby podporoval konkurenciu. Niektoré nemocnice prosperovali, iné sa ale dostali do dlhov. Na bežnom trhu by tento stav viedol k zániku subjektu, na trhu zdravotníckych služieb je ale táto cesta stále politicky nepriechodná. Preto nasledovali finančné výpomoci od štátu. Toto nemocnice nemotivuje ku zvyšovaniu efektívnosti a navyše demotivuje nemocnice, ktoré sa snažili chovať efektívne a hospodáriť vyrovnané. Prosperitou tu nie je myslené len dosahovanie zisku, pretože nemocníc, ktoré hospodária na ziskovom princípe, je len malé %. Motív zisku je dôležitejší skôr u súkromných praxí. Treba ale vziať do úvahy, že tu nemôžu platiť bežné tržné pravidlá, pretože zdravotníctvo sa odlišuje svojou jedinečnosťou, spotrebiteľovou závislosťou a nízkou nahraditeľnosťou.

V roku 2003 existovalo v ČR.....

Finančné zdroje

- platby od ZP – hlavná časť príjmov
- dotácia od zriaďovateľa – prevádzkové, investičné
- príjmy z hospodárskej činnosti (prenájom priestorov, pranie prádla, hostinská činnosť, nakladanie s nebezpečnými odpadmi)
- priame platby – len nepatrný podiel (platby za nadštandardné služby, výkony nehradené zo ZP ako plastické operácie, interrupcie, platby cudzincov)

Hlavné spôsoby úhrad:

- platba za jednotku výkonov – na základe kalkulácie poskytnutých výkonov a služieb, ktoré sú ocenené podľa platného sadzobníku. Pomerne zložitý spôsob, ktorý motivuje k nadmerným výkonom (USA, predtým aj ČR)
- platba za deň hospitalizácie – hradí sa počet ošetrovacích dní s tým, že sú započítané bežné služby daného oddelenia, alebo spriemerované všetky služby poskytované nemocnicou. Motivuje ku zvýšeniu ošetrovacej doby, nie ku zvýšeniu efektívnosti liečebného procesu (Nemecko)
- platby na základe predom dohodnutých a každoročne zostavovaných nemocničných rozpočtov – kalkulácie sú založené na predpovedi budúcich výdavkov, tj. predchádzajúcich nákladov zvýšených o infláciu a zisk. Alternatívou môže byť aj fixný vzorec, ktorý berie do úvahy zdravotný stav populácie, jej demografické zloženie a z toho plynúce zdravotné potreby. Metóda sa javí výhodná pre poisťovne a nemocnice, ale poškodzuje pacientov, lebo sa nemocnica snaží ušetriť obmedzením starostlivosti (Kanada, ČR)
- DRG – úhrada je v tomto prípade spojená s priemernými nákladmi za každú diagnostickú skupinu, kde sa sadzba jednotlivých diagnóz riadi indexom závažnosti poruchy zdravia. Diagnostické skupiny zahŕňajú aj epizódy liečby s približne rovnakými požiadavkami na spotrebu zdrojov a prostriedkov (USA).
- platba za hlavu (kapitácia) – založená na nákladoch na jedného obyvateľstva v populácii daného územia (napr. platba za pôrod).

V ČR využívajú nemocnice a ambulantná starostlivosť prevádzkovaná v ich rámci od roku 1997 formu paušálnych platieb uplatňovaných u ZP. Tento spôsob mal pôvodne byť len dočasným provizóriom, než dôjde k zavedeniu DRG. Výška paušálu sa odvíja od nákladov na unikátneho ošetrovaného poistenca v jednotlivých druhoch zdravotnej starostlivosti, vynásobených počtom poistencov za porovnateľné minulé obdobie. Tým pádom sa vykazované výkony, ktoré boli vykonané v aktuálnom roku, prejavajú až v roku ďalšom. Z tohto dôvodu je systém značne nepružný, nezohľadňuje nové kapacity. Navyše zavedenie paušálnych platieb znižuje motiváciu poskytovateľov a nevyvíja dostatočný tlak na zvyšovanie konkurencie.

Ak by sa prešlo na DRG, nemocnici by bolo liečenie chorého uhradené naraz za celý pobyt, bez ohľadu na druh oddelenia či ďalšie služby, ktoré pacient využil. Čiastka by bol odvodená na základe jeho zaradenia v DRG, ktoré by zohľadňovalo náklady spojené s liečbou pacienta v tejto skupine. Tento systém by bol v porovnaní s paušálom jednoduchší. Navyše by mal lekár možnosť kontrolovať priebeh liečebného procesu z hľadiska ekonomického výsledku. Nemocnica by bola motivovaná k hospodárnejšiemu chovaniu.

Náklady

Výdavky tvoria druhú stranu hospodárenia. V oblasti nemocníc (a nielen tam) majú tendenciu narastať viac než výnosy. Najväčší podiel majú osobné náklady, liečivá a zdravotnícky materiál. Tabuľka:

Ďalšia tabuľka porovnáva výsledky hospodárenia nemocníc za posledných ? rokov. Je zrejmé, že nemocnice hospodária celú dobu so stratami. Najväčšie problémy mali nemocnice okresné, ktorých dlhy pri prevode na krajských zriaďovateľov ovplyvnili hospodárenie nemocníc krajských. Keď si však uvedomíme rozsah strát okresných nemocníc, došlo po ich prevode ku zlepšeniu. Veľký podiel na celkovom stratovom stave majú i nemocnice priamo riadené štátom, najmä v posledných 2-3 rokoch. Najmenej problémovými sa javia nemocnice súkromné a cirkevné.

Finančný výkaz:

Aktíva celkom
Čistý zisk

Zásoby

Výkonové ukazovatele

- počet hospitalizovaných
- počet ošetrovacích dní
- priemerná ošetrovacía doba

Ostatné údaje

- počet zamestnancov
- z toho lekárov
- priemerná mzda

Výnosy:

- vlastné tržby
- prevádzkové dotácie
- aktivácia
- predaj materiálu (napr. výrobky z krvi)
- ostatné

Náklady:

- spotrebovaný materiál – zdravotnícky materiál, lieky, energie, potraviny, prádlo a oblečenie, všeobecný materiál (tiskopisy, údržbársky materiál, práce prostriedky apod.)
- služby
- údržba budov i prístrojov (najdrahšie oddelenia? RTG, gynekolog-pôrodnice, chirurgia, ARO, THO)
- osobné náklady (hrubé mzdy, poistenie, odvody do FKSP na príspevky na stravovanie, rekreáciu, zlepšenie pracovného prostredia)
- odpisy a predaný materiál (výrobky transfúznej stanice)
- ostatné (poistenie, cestovné darcom krve, technické zhodnotenie dlhodobého majetku)
- dane a poplatky (daň z príjmu, cestná daň)

Hospodárenie jednotlivých oddelení

Zmyslom sledovania je zachytiť, ako si v hospodárení vedú jednotlivé oddelenia. Nedá sa síce podľa týchto údajov odvodiť, koľko pacientov budú musieť behom roka ošetriť a tak určiť presné náklady a výnosy v ďalších rokoch. Je ale možné zistiť, kde dochádza k odchýlkam a kde teda „pritlačiť“ na zvýšenie ekonomickej efektívnosti.

K hradeniu výkonov od ZP v roku 2004 dochádza formou zálohových platieb, ktoré sa vypočítajú z úhrad za rok 2003. Tržby jednotlivým nákladovým strediskám sú potom určené podľa podielu ich výkonov pre ZP na celkových tržbách. Mzdové prostriedky tvoria spoločne s nákladmi na lieky a zdravotnícky materiál najväčšiu nákladovú položku ako na celkovom, tak i na úsekovom hospodárení.

Lôžkové oddelenia

- interna
- chirurgia
- ARO
- detské
- gynekológia
- neurológia
- očné
- onkológia
- ORL
- ortopédia
- pľúcne

Komplement:

- RTG
- nukleárna medicína
- OKB
- OLMÍ
- rehabilitácia
- THO

Ostatné oddelenia

- psychiatria
- kožné

Nákladové strediská správne a hospodársko-technické

- kuchyňa
- prádelňa
- údržba
- doprava (areál nemocnice)
- kotolňa, spaľovňa
- riaditeľstvo, výpočtové stredisko, centrálny sklad súčasť réžie, výnosy súvisia skôr s doplnkovou činnosťou nemocnice

Tabuľka: vývoj nákladov na 1 hospitalizovaného pacienta pre jednotlivé oddelenia

Pri hodnotení hospodárenia lôžkových zariadení hrá tiež dôležitú úlohu využitie ich lôžkových kapacít – držanie nadbytočných lôžok je nákladné.

Pohľadávky

- za odberateľmi: za ZP – ak sú dlhodobo po splatnosti, nemocnica sa bez svojho zavinenia dostáva do druhotnej platobnej neschopnosti (kauza odpredaja pohľadávok) a za predaj krve
- ostatné pohľadávky – liečba cudzincov, pranie prádla, spaľovanie odpadov

Záväzky

Zdravotnícke zariadenia všeobecne nie sú založené za účelom dosahovania zisku, ale za účelom poskytovať zdravotnú starostlivosť potrebným. Prevádzka takéhoto zariadenia je veľmi nákladná a je nutné si uvedomiť, že jedna náhodná udalosť (napr. obstaranie drahého prístroja) môže zmeniť celý hospodársky výsledok. Nemocnica by na to mala pri koncipovaní svojho rozpočtu myslieť a hľadať zásoby, ktoré by jej v takej situácii pomohli. V tomto prípade hrajú dôležitú rolu štátne dotácie. Štát by tu mal slúžiť ale skôr ako garant, ktorý priebežne zaisťuje zlepšovanie kvality ZS, než ako záchranca potápajúcej sa lode. Každá nemocnica by sa mala snažiť hospodáriť čo najefektívnejšie. Dôležité je, aby si i jednotlivé články zariadenia (najmä lekári) uvedomili spojitosť medzi vlastnou liečbou pacienta a ďalšími nákladmi (pranie apod.). Ideálny by bol stav, keby nákladom rozumel nielen management, ale aj ďalší personál (výhoda DRG).

Pokles nákladov v roku 2003 – papierovo – prevod majetku na kraje

Rezervy znižovania nákladov

- znižovanie obložnosti x ohrozenie dostupnosti a pohotovosti poskytnúť ZS
- redukcia jednotlivých lôžkových oddelení a presun na ambulantnú starostlivosť – optimalizácia siete

V súčasnosti sa javí ako najväčší problém financovania lôžkovej nemocničnej starostlivosti, ich zadĺženie a technický stav. Väčšina prevádzkovateľov zariadení stojí pred problémami ielen finančného, ale i tecnického rázu. Hlavný problém je stav a obmedzená veľkosť technického zázemia. Vzhľadom k situácii pred rokom 1989 zdedila väčšina zariadení zlé a zastaralé vybavenie technické a prístrojové, minimálne udržiavané budovy. To si vyžaduje kapitálové investície. Navyiac sa veľmi rýchlo zvyšuje technologická náročnosť v zdravotníctve, čo znamená nutnosť ďalších kapitálových investícií do modernejších a drahších prístrojov a zdravotníckej techniky. Vzhľadom k nejstej situácii na trhu poskytovateľov ZS sa tak môžu tieto zariadenia dostať do investičnej pasce, kedy ich môžu úvery na investície natoľko ekonomicky zaťažiť, že nebudú stačiť ďalším trendom vo vývoji a začnú strácať kontakt s konkurenciou.

Tieto problémy sa musia snažiť zdravotnícke zariadenia eliminovať tlakom na maximálne efektívne využitie kapacity a svojho potenciálu, pri používaní moderných technológií i za cenu značných kapitálových investícií. Úspory je treba hľadať i v znížení spotreby energií. Za určitej situácie môže byť ekonomicky výhodné pre zdravotnícke zariadenia presunutie obslužných funkcií na zmluvných partnerov (prevádzka stravovacích služieb, dopravné služby, upratovanie), hlavne u nemocníc väčšieho typu – u menších to môže naopak znamenať vygenerovanie vyšších nákladov než v prípade prevádzky týchto činností samotnou organizáciou.

Vzhľadom k rozdielnemu technickému stavu nemocníc sa prejavujú veľké diferenciácie vo výške fixných nákladov na prevádzku.

V popredí záujmu médií i politikov stoja často fakultné nemocnice, avšak výrazným pilierom lôžkovej starostlivosti sú krajské zariadenia, v ktorých sa odohráva väčšina rutinných i špecializovaných výkonov. Nie je úplne pravda, že náklady množia práve tieto nemocnice, náklady totiž výrazne zvyšujú nemocnice fakultné. Napriek nespornému významu fakultiek vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov a poskytovaní vysoko špecializovanej starostlivosti, je toázkou, či cih počet nie je v ČR veľký (napríklad v Rakúsku je na 7,5 mil. obyv. 3 fakultky, v ČR na 10 mil. obyv. 10)

Jednou z príčin súčasných problémov je dlhodobó neriešený rozpor medzi množstvom poskytovanej ZS a množstvo peňazí na jej úhradu, čo vytvára napätie medzi poskytovateľmi a ZP. Nemocnice musia plniť úlohy, ktoré im ukladá štát a súčasne úhrada za poskytnuté výkony nekryje skutočné náklady. Problém je i nedostatočná kontrola hospodárenia nemocníc – najmenej transparentná časť zdravotníctva, pričom ich rozpočtami prejde viac než polovica peňazí rezortu (v r. 2002 70-80 mld. Kč). Mnoho nemocníc rekonštruovalo svoje objekty za peniaze z verejného poistenia a nakupovalo nákladnú techniku veľmi extenzívne a nekoordinovane. Preto potreba spriehľadniť výkazníctvo nemocníc (pomohlo by aj DRG). Príčinou dlhov môže byť aj zlý management – vysvetlením na mikroúrovni môže byť neexistencia v praxi i vo vzdelávaní pred rokom 1989.

Od roku 2003 sa zriaďovateľmi bývalých okresných nemocníc stali kraje. Štát sa tak zbavil roly zriaďovateľa i priamej zodpovednosti za ich hospodárenie. Pritom nesie hlavnú zodpovednosť za súčasný systém financovania ZS. MZ uvádza, že dlhy na kraje prevádzaných nemocníc sa pohybujú okolo 800 mil. Kč, podľa AČMN je táto čiastka ďaleko vyššia.

Do problémov sa dostávajú nemocnice občas i vďaka neskorým platbám od ZP. Vyhláška MZ hovorí o zálohách poskytnutých nemocniciam, kedy záloha sa berie ako platba predom na obdobie, počas ktorého má byť poskytnutá nejaká činnosť. Skutočnosť je taká, že nemocnice dostávajú často zálohy, hlavne od VZP, s 2-3 mesačným oneskorením. Nemocnice sa tak dostávajú do druhej platobnej neschopnosti. Aj preto je dohodovacie konanie medzi ZP a poskytovateľmi o výške úhrad často sprevádzané vzájomnou nezhodou. Napr. DR o cenách na prvý polrok 2003 – ZP ako celok ponúkli lôžkovému fondu 90 halierov za výkonový bod, tj. mierny nárast, ale nemocnice žiadali minimálne 95 halierov. Na to ZP nepristúpili s tým, že musia viesť vyrovnané hospodárenie. K nedohode došlo i preto, že ani ZP nemajú toľko peňazí, koľko je pre nemocnice treba. Ostatní poskytovatelia trpia tým, že prevádzka štátnych nemocníc je financovaná bez ohľadu na výsledok DR. U niektorých nemocníc je jasné, že sa nedohodnú

účelovo, pretože štát rozhodne, aby sa peňazí pridalo. Rozhodnúť muselo MZ vyhláškou, podľa ktorej, aby nemocnice boli výkonné a efektívne, musia dosiahnuť 98% výkonnosti za obvyklé referenčné obdobie.

V súčasnej dobe má ČR 67000 ? akútnych lôžok, pričom treba okolo 62-64000. Od roku 1997, kedy skončila honba za bodmi, došlo k poklesu využitia nemočnicných lôžok. U väčšiny oborov je žiadúce, aby sa využitie lôžok pohybovalo okolo 300 dní v roku (medzi 20 hodnotenými krajinami Európy je ČR na 17. mieste s 67% vo využívaní lôžkového fondu). Bez racionalizácie žiadne dielčie zmeny, napr. DRG, nič podstatné nevyrieši. K nadbytočným lôžkam sa totiž viažu nevyužitie investície, personálne náklady atd. Vývoj medicíny so sebou prináša ďalšie „vyludňovanie“ nemocníc, pretože klesá priemerná ošetrovacía doba. Počet ošetrovacích dní sa znižuje okolo 5% ? ročne, čím sa stupňuje požiadavka na zníženie počtu lôžok.

Mzdy

Pre ostatné príspevkové organizácie platí, že pokiaľ vláda rozhodne o navýšení plátov, musí vyčleniť odpovedajúce zdroje v ŠR s výnimkou práve zdravotníckych inštitúcií, ktoré sú dominantné napojené na úhrady zo ZP. Problém, ako financovať veľmi dynamicky rastúce mzdy sa stal predmetom sporu medzi platcami a poskytovateľmi. Hoci MZ uisťovalo, že v systéme sú dostatočné zdroje pre navýšenie miezd, priebeh minulých rokov ukázal, že tomu tak nie je na všetkých úrovniach. Rozhodnutie vlády o pološnom a povinnom navýšení miezd totiž nie je schopné rozlíšiť individuálne možnosti jednotlivých zdravotníckych zariadení. Podiel osobných nákladov je totiž vzhľadom k celkovým nákladom veľmi individuálny a je predovšetkým určený skladbou oborov v danom zariadení.

Liečivá a PZT

Výšku krytia liečiv verejným zdravotným poistením stanovuje MZ v Zozname liečiv a PZT. Zoznam kategorizuje liečivá na plne hrazené, hrazené čiastočne a liečivá nehrazené ZP. Trh liekov je poznamenaný faktormi, ktoré zabraňujú, aby ceny boli výsledkom účinnej súťaže. Výdavky na liečivá sprvu neboli limitované a došlo k ich dynamickému rastu. Spotreba liekov sa stala najrýchlejšie rastúcou položkou zo základnej štruktúry výdavkov na zdravotníctvo. Príčinou môže byť zmena spotrebúvaných liečiv a orientácia na importované. Na raste nákladov sa najprv prejavila nedokonalosť v Zozname liečiv, ktorý vykazoval značné disproporcie vo výške úhrady jednotlivých položiek zdravotnou poisťovňou. To využili zahraničné farmaceutické firmy a ovplyvnili poskytovateľov tak, aby preferovali ich prevažne drahšie prípravky. V roku 1995 vstúpil do platnosti nový zoznam, ktorý sa snažil zamedziť rastu nákladov princípom úhrady podľa obsahu účinnej látky, nad ktorý si pacient doplatí. Ďalším podstatným regulačným opatrením bolo stanovenie maximálnej výšky distribučnej prirážky pre distribútora a lekárnik a vyhlasovanie maximálnych cien liečiv, čo predstavovalo tlak na dovozcov liečiv. To vedie výrobcov ku stlačeniu ceny, pokiaľ chcú mať liek plne hrazený a nevypadnúť z trhu.