

» obsah

**Hospodárska politika
Slovenska z pohľadu
OECD****OECD o slovenskom
zdravníctve:
neefektívne****Legislatívne zmeny
schválené v parlamente****Zhodnotenie kampaní
zdravotných poisťovní
v roku 2010 a faktory
oživenia trhu zdravotného
poistenia****Komentár
k rozpracovanému
programovému
vyhláseniu vlády – časť
verejné zdravotníctvo****Transparentnosť a
nezávislosť regulácie
liekovej politiky
– projekt Mintha****Diagnóza pre istotu**

» tirage

**Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike****Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika**tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATION**SAFS** Slovenská asociácia farmaceutických
spoločností orientovaných na výskum a vývojeditor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák,
Eva Sívá, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Rok 2010: zmena...

Udalosťou uplynulého roka boli júnové parlamentné voľby. Rozdelili toto obdobie na dve polovice.

Prvý, „Rašiho“ polrok pokračoval v zahmlievaní neexistujúcej koncepcie zdravotnej politiky a sústreďoval sa predovšetkým na PR aktivity. Mocenské ovládnutie zdravotníctva cez politické štruktúry, charakteristické pre celé obdobie vlády Roberta Fica, pokračovalo aj v roku 2010. Od februára 2010 platí retroaktívne zoštatnenie neziskových organizácií. Zákon, ktorý umožňuje štátu vymieňať členov správnych rád v nemocniciach, po voľbách využila aj nová politická garnitúra.

Zlúčenie štátnych poisťovní a ovládnutie majetku SZP, finančná injekcia pre VŠZP či návratná finančná výpomoc zadlžujúcim sa nemocniciam preukázali, že sa predchádzajúcej vláde nepodarilo budovať udržateľné zdravotníctvo. Dodatočné zdroje z čias hospodárskeho boomu sa nepoužili na investície a rozvoj, ale na okamžitú spotrebu. Katastrofálny stav financovania sa ukázal po nástupe nového vedenia VŠZP: strata k 1. júlu 2010 dosahovala 47 mil. eur. Zadlženosť štátnych nemocníc k rovnakému dátumu predstavovala 152 mil. eur.

Voľby v júni 2010 zmenili politickú klímu v krajine. Programové vyhlásenie vlády Ivetty Radičovej v oblasti zdravotníctva prinieslo mnoho pozitívnych zámerov. Pri porovnaní s „ideálnym“ programom reformnej vlády, ktorý pred voľbami spoluformuloval aj náš inštitút, sa takmer polovica opatrení (25 z 52) objavila aj v programe novej vlády. Chýbajú v ňom však odvážnejšie opatrenia: rozdelenie a privatizácia VŠZP, zúženie rozsahu uhrádzanej zdravotnej starostlivosti (zavádzanie transparentnej spoluúčasti a vytvorenie priestoru pre súkromné poistenie).

Rezort zdravotníctva prevzalo Kresťanskodemokratické hnutie, ministrom sa stal Ivan Uhliarik. Jeho prvé komunikačné výstupy boli rozpačité, rovnako i otáľanie s personálnymi otázkami.

Na druhej strane, legislatívna aktivita ministerstva ukázala snahu naplňovať programové vyhlásenie vlády. Pod návrhmi opatrení (zavádzanie DRG, transformácia nemocníc, nezávislosť ÚDZS, limit spoluúčasti...) sú podpísaní aj analytici Health Policy Institute Angelika Szalayová a Tomáš Szalay.

Angelika od decembra už nespokupracuje s ministerstvom zdravotníctva. Navrhované zmeny v liekovej politike (projekt Mintha, str. 13), sa preto možno neuskutočnia v celom rozsahu. Pre výhrady k liekovej politike z ministerstva odišiel aj poradca premiérky Martin Filko.

Protichodné signály dopĺňa aj absencia snahy riešiť kauzy predchádzajúceho obdobia (tender na záchranky, Valentovičov zostatok po likvidácii Veriteľa, oftalmologická smršť, predražené lineárne urýchľovače, ...). Rastie účet za arbitráže kvôli obmedzeniu zisku zdravotných poisťovní – len za právne služby vynaložil štát zatiaľ viac než 11 mil. eur namiesto toho, aby diskriminačné ustanovenie z legislatívy odstránil.

Rok 2011 bude pre zdravotníctvo náročný: objem verejných zdrojov bude stagnovať, najväčšia zdravotná poisťovňa bude bojovať so zlou finančnou kondíciou, čaká nás náročný proces transformácie nemocníc a hľadanie odpovede na otázku ich rastúcej zadlženosti.

Držme si palce.

P. F. 2011

**PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY
ANGELIKA SZALAYOVÁ**

Hospodárska politika Slovenska z pohľadu OECD

OECD v určitých intervaloch publikuje detailné prehľady svojich členských ekonomík. V novembri predstavila svoju správu o Slovensku. Možno v nej nájsť súbor odporúčaní pre hospodársku politiku, tie sa zameriavajú predovšetkým na riešenie problémov dlhodobej nezamestnanosti, na ozdravenie verejných financií a na transformáciu smerom k tzv. „zelenému rastu“.



Správa OECD konštatuje, že globálna recesia zasiahla slovenskú ekonomiku výraznejšie ako väčšinu ostatných krajín OECD. Dôvodom je závislosť ekonomiky od zahra-

ničného obchodu a špecializácia ekonomiky na konjunkturálne citlivé tovary, hlavne automobily. Obnovenie rastu v partnerských ekonomikách viedlo k tomu, že ekonomika SR sa v súčasnosti oživuje s nadpriemernou dynamikou.

Odporúčania pre hospodársku politiku, ktoré sa objavujú v tomto dokumente, možno zhrnúť do niekoľkých väčších blokov: ide o blok politiky trhu práce, blok verejného sektora a blok „zeleného“ rastu. Podotýkame, že aj keď pojem „zelený“ rast súvisí s environmentálnymi charakteristikami, v tomto dokumente je chápaný širšie (ako udržateľný rast v najširšom zmysle).

BLOK 1: OBMEDZOVANIE DLHODOBEJ NEZAMESTNANOSTI

Správa OECD celkom logicky vyberá tento problém a pripisuje mu mimoriadne veľkú váhu. Podiel dlhodobej nezamestnanosti bol v SR dlhodobo mimoriadne vysoký a tento segment nezamestnaných nereagoval dosť významne ani na silný ekonomický rast. Preto sotva možno predpokladať, že obnovený rast (po prepade v roku 2009) významne prispieje k riešeniu problémov dlhodobej nezamestnanosti. OECD doporučuje zmeniť váhy nástrojov aktívnej politiky trhu práce a zároveň zmeniť pravidlá pre minimálnu mzdu.

BLOK 2: VEREJNÉ FINANCIÉ A VEREJNÝ SEKTOR

OECD upozorňuje na vážne problémy dvoch veľkých súčastí verejného sektora, ktorými sú penzijný systém a systém zdravotníctva. Hovorí o potrebe rýchlej reformy neudržateľného prvého piliera dôchodkového systému aj o potrebe zvýšenia efektívnosti verejných výdavkov na zdravotníctvo (tomu sa podrobne venuje iný príspevok v tomto vydaní Zdravotnej politiky). Zmierňovaniu deficitu verejných financií by podľa OECD malo napomôcť posilnenie bázy daní (redukcia výnimiek), lepšie využívanie daní z nehnuteľností a environmentálnych daní, čiastočné odpolitizovanie verejných financií (nezávislá fiškálna rada?), ako aj výdavkové stropy. Súhrn opatrení na zvýšenie efektívnosti verejného sektora obsahuje okrem spomínaného zefektívnenia výdavkov na zdravotníctvo aj zjednotenie výberu daní a odvodov, lepšie čerpanie prostriedkov EÚ či efektívnejší výber DPH (Tabuľka 2).

BLOK 3: TRANSFORMÁCIA SMEROM K „ZELENÉMU RASTU“

Tento blok v sebe zahŕňa politiky a opatrenia zamerané na dosahovanie vyššej kvality ekonomického rastu. Nejde iba o „zelený“ rast v užšom, environmentalistickom význame. Ide o udržateľný rast postavený na inováciách, využívaní intelektuálneho kapitálu, zlučiteľný s kvalitným životným prostredím. Súbor opatrení siaha od tvorby súťažného prostredia, cez vzdelávaciu politiku až k environmentálnej politike.

Tabuľka 1: Odporúčania OECD pre oblasť trhu práce

Situácia: Počet nezamestnaných sa počas recesie prudko zvýšil, napriek rozsiahlemu zníženiu počtu hodín odpracovaných v priemere jedným pracovníkom (za pomoci časového konta pracovných hodín). Miera nezamestnanosti sa s hodnotou nad 14 % dostala na druhú najvyššiu úroveň v skupine OECD.

Výzvy: Hlavnou výzvou je zabrániť upevňovaniu nezamestnanosti a jej premeny na dlhodobú nezamestnanosť a prípadne ďalšej sociálnej exklúzii.

Opatrenia / Politiky

Prehodnotenie aktívnej politiky trhu práce: presun váhy k tréningovým aktivitám, pri súčasnom prehodnotení výdavkov na spustenie podnikania (tzv. start-up initiatives)

Mzdy sa musia adaptovať na lokálny trh práce. Žiada si to redefinovanie minimálnej mzdy (prvok diferenciácie v závislosti od miery nezamestnanosti), vyhýbanie sa výraznejšiemu zvyšovaniu minimálnej mzdy a odpolitizovanie minimálnej mzdy (posudzovanie nezávislou expertnou komisiou).

Tabuľka 2: Odporúčania OECD pre oblasť verejných financií

Situácia: Deficit verejných financií dosiahne za rok 2010 hodnotu okolo 8 % v pomere k HDP. Prvý pilier dôchodkového systému je zjavne neudržateľný. Zatiaľčo dlhová záťaž je relatívne nízka (verejný dlh blízko 40 % v pomere k HDP), rýchle starnutie populácie hrozí čoskoro značným zvýšením verejných výdavkov.	
Výzvy: Vláda správne plánuje rozsiahle konsolidačné aktivity. Dôraz by mal byť na redukcii verejnej spotreby, reforme prvého piliera dôchodkového systému, ale aj na zefektívnení činnosti verejného sektora.	
Opatrenia / Politiky	
» Redukcia daňových výnimiek	
» Väčšie daňové zaťaženie nehnuteľností a environmentálnych externalít	
» Nezávislá fiškálna rada	
» Výdavkové stropy	
» Urgentná reforma dôchodkového systému s nastolením udržateľnosti prvého piliera (korekcia miery náhrady / indexácia len o infláciu / posúvanie dôchodkového veku)	
» Zvýšenie efektívnosti verejného sektora	
• Zvýšenie efektívnosti v zdravotníctve	
• Efektívnejší výber DPH	
• Zjednotenie výberu daní a odvodov	
• Efektívnejšie čerpanie fondov EÚ	

Tabuľka 3: Odporúčania OECD pre oblasť udržateľného rastu

Situácia: Relatívne vysoký podiel energeticky náročných odvetví v porovnaní s priemerom OECD (a pritom relatívne nízky podiel služieb). Štruktúra ekonomiky značne vychýlená v prospech automobilového priemyslu. Aj keď Slovensko dosiahlo významný pokles emisií skleníkových plynov od 90-tych rokov, úroveň emisií zostáva stále veľmi vysoká – v dôsledku vysokej energetickej náročnosti. OECD varuje pred ďalším zosilnením znečisťovania ovzdušia v najbližších rokoch kvôli absencii účinných politík.	
Výzvy: Slovensko potrebuje vybudovať účinný rámec pre tzv. zelený rast, maximalizujúci využívanie „čistejších“ zdrojov rastu a dávajúci stimul na rozvoj nových „zelených“ odvetví, zamestnaní a technológií.	
Opatrenia / Politiky	
» Postihovanie environmentálnych externalít rozširovaním environmentálnych daní	
» Obmedzovanie administratívnych bariér vstupu na tovarový trh	
» Posilňovanie súťaže na trhoch s energiami a v telekomunikáciách	
» Reforma terciárneho vzdelávania	
» Rozvíjanie získavania zručností (tréning) a celoživotného vzdelávania	
» Zlepšenie adaptívnej kapacity ekonomiky prostredníctvom eko- inovácií.	
• Podpora inovácií a výdavkov na výskum a vývoj	
• Posilnenie ochrany vlastníckych práv	
• Rozvíjanie trhu rizikového kapitálu	

Tabuľka 4: Vybrané makroekonomické parametre SR podľa prognózy OECD

Parameter	2008	2009	2010	2011	2012
Zmena reálneho HDP v %	6,2	-4,7	4,1	3,5	4,4
Zmena reálnej konečnej spotreby domácností v %	6,0	-0,7	-0,1	0,4	3,3
Zmena reálnej konečnej spotreby verejnej správy v %	5,3	2,8	1,6	-3,7	1,0
Medziročná zmena reálnej tvorby hrubého fixného kapitálu v %	4,8	-2,5	0,1	0,9	3,7
Miera inflácie (z CPI), v %	3,9	0,9	0,8	3,4	2,9
Miera nezamestnanosti v %	9,5	12,1	14,1	13,4	12,5
Saldo verejných financií (% HDP)	-2,1	-7,9	-8,0	-5,2	-4,0
Verejný dlh (% HDP)	27,7	35,3	42,6	46,6	48,8
Saldo bežného účtu platobnej bilancie (% HDP)	-6,5	-3,2	-3,1	-0,9	-0,3

Zdroj: OECD (2010)

Ekonomický prehľad OECD prináša aj krátkodobú makroekonomickú prognózu. V nej sa odráža relatívne silný ekonomický rast v roku 2010, nasledovaný jeho dočasným nevýrazným oslabením v roku 2011 a opätovným zosilnením od 2012. Miera nezamestnanosti sa ešte ani v roku 2012 nedostane späť na svoju predrecesnú úroveň (pozri Tabuľku 4). Táto prognóza je blízka aj našim očakávaniam, hoci počítame s možnosťou citelnejšieho spomalenia rastu v závere roka 2010 a v roku 2011.

Publikácie radu OECD Economic Surveys stavajú na kvalitnom analytickom základe. Dôležité je, že odporúčania pre hospodársku politiku obsiahnuté v dokumente OECD sú zlučiteľné s politikou realizovanou či deklarovanou vo vládných dokumentoch (napr. Národný plán reforiem SR 2010). Mohli by sme polemizovať s niektorými navrhovanými opatreniami (napr. namiesto diferenciacie minimálnej mzdy by sme doporučovali jej zrušenie a doplnenie podprahovej mzdy časťou sociálnej dávky), celkovo však môžeme konštatovať kompatibilitu návrhov OECD a plánov vlády. Je cenné, že materiál OECD je veľmi kvalitne vyargumentovaný a nemá

na sebe ten politický nános a tú dávku frázovitosti a všeobecnosti, s akou sa stretávame v dokumentoch EÚ. Aj v tom vidíme „pridanú hodnotu“ práve desaťročného členstva Slovenska v OECD.

BLIŽŠIE INFORMÁCIE:

OECD Economic Surveys: Slovak Republic, November 2010 (overview). Dostupné na:

<http://www.oecd.org/dataoecd/4/8/46478358.pdf>



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekónómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Zaujímavé číslo

34

miliónov eur

//

Objem pohľadávok Sociálnej poisťovne na neuhradenom poistnom voči zdravotníckym zariadeniam v pôsobnosti MZ SR a transformovaným zdravotníckym zariadeniam k 31. 10. 2010.

Kým pohľadávky voči štátnym nemocniciam narástli oproti predchádzajúcemu mesiacu o 2,9 mil. €, pohľadávky voči ostatným zariadeniam klesli za rovnaký čas o 0,3 mil. €.

Od pridelenia návratnej finančnej výpomoci vybraným nemocniciam na prelome rokov 2009 a 2010 vzrástol objem neuhradeného poistného na dvojnásobok. V prípade štátnych nemocníc dokonca na trojnásobok.

Zdroj: zápisnice zo zasadnutí Dozornej rady Sociálnej poisťovne, 25. 10. a 9. 12. 2010

OECD o slovenskom zdravotníctve: neefektívne

Hodnotiaca správa OECD o Slovensku sa v časti o efektívnosti verejného sektora podrobnejšie zamerala na zdravotníctvo.



Správa konštatuje, že výdavky na zdravotníctvo mohli byť používané efektívnejšie. **Slovenské zdravotníctvo dokázalo menej efektívne než zdravotné systémy iných OECD transformovať vysoké nárasty výdavkov**

na zdravotníctvo do lepších zdravotných výsledkov.

Stredná dĺžka života na Slovensku by mohla byť významne dlhšia, ak by bol systém efektívnejší. Podľa štúdie OECD od Joumard et al. (2010) sa nárast strednej dĺžky života v období 1997 – 2007 dal dosiahnuť aj pri výdavkoch na zdravotníctvo nižších o 2,7 % HDP (pri porovnateľnom inštitucionálnom rámci). Alebo ešte inak: **pri rovnakom objeme zdrojov mohla byť stredná dĺžka života dlhšia o štyri roky.**

Problémom je tiež **nerovnosť v zdravotných výsledkoch**, meraná štandardnou odchýlkou úmrtnosti populácie staršej ako 10 rokov: na Slovensku je vyššia než v ďalších krajinách OECD.

Hoci zdravotníctvo prešlo v roku 2005 systémovou reformou, zatiaľ sa neprejavili všetky jej benefity.

Za problémy označuje správa vysoké priame platby v zdravotníctve, nízku motiváciu všeobecných lekárov a nemocničných zamestnancov, vysoké výdavky na lieky, obmedzenú súťaž na trhoch zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti.

ZNÍŽIŤ VYSOKÉ VÝDAVKY NA LIEKY

Výdavky na farmaceutiká tvoria 28 % celkových výdavkov na zdravotníctvo: ide o druhú najvyššiu hodnotu v OECD hneď po Maďarsku. Priemer OECD je 17 %. **V pomere k HDP vydáva Slovensko na lieky najviac v OECD: 2,8 %** (priemer je 1,8 %). Cieľom zdravotnej politiky by malo byť znižovanie tohto podielu.

Správa navrhuje prijať opatrenia na zvýšenie transparentnosti vo farmaceutickom marketingu a distribúcii a znižovať indukovanú spotrebu liekov. Vyzýva k podpore generickej substitúcie, ako i generickej preskripcii spojenjej s povinnosťou lekárnikov vydať najlacnejší liek.

Odporúča pravidelne vyhodnocovať nákladovú efektívnosť novozaradovaných, ako aj už zaradených liečiv, používať pri tom štandardnú medzinárodnú metodológiu a vyradovať z kategorizácie nevyhovujúce liečivá.

FINANČNÁ SPOLUÚČASŤ PACIENTOV

Hoci celkové výdavky na lieky sú vysoké, **doplatky pacientov sú podľa OECD nízke.** Na Slovensku tvoria per capita ročne 140 USD v parite kúpnej sily (priemer OECD je 211 USD v PPP). To môže povzbudzovať spotrebu drahších liekov a stimulovať tak nárast výdavkov. **Medzi rokmi 2000 a 2008**

stúpali výdavky na lieky medziročne o 0,3 percentuálneho bodu z HDP: to je takmer dvakrát toľko, ako priemer OECD.

Podiel súkromných výdavkov na výdavkoch na lieky je na Slovensku (27 %) jeden z najnižších, priemer OECD je 45 %. Preto OECD navrhuje **zvyšovať spoluúčasť pacientov na čiastočne uhrádzaných liekoch.** Nežiaducim dopadom by mala zabrániť kombinácia s ochranným limitom na spoluúčasť.

Zavedenie horného limitu na priame platby by malo podľa odporúčania zo správy vychádzať z ročného príjmu domácnosti.

SÚŤAŽ POISŤOVNÍ A POSKYTOVATEĽOV

Slovensko by malo zväčšovať priestor pre súťaž na trhoch zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti.

OECD odporúča **zrušiť obmedzenie na použitia zisku zdravotných poisťovní, znížiť bariéry vstupu nových subjektov na trh zdravotného poistenia** (napr. prehodnotiť strop na administratívne výdavky zdravotnej poisťovne), **podporovať selektívny kontraktíng, či umožňovať zdravotným poisťovňám odlišovať sa vo výške poistného** (napr. kombináciou daňového systému a nominálneho poistného). Navrhuje tiež **zvážiť rozdelenie a čiastočnú privatizáciu VŠP.**

Podpora súťaže zdravotných poisťovní si vyžaduje zdravý regulačný rámec: je potrebné zlepšiť kompenzáciu rizikovej štruktúry poistných kmeňov. **Kritériá prerozdelenia (index rizika) by mali zohľadňovať aj parametre zdravotného stavu.**

Správa navrhuje prehodnotiť súčasné nastavenie minimálnej siete, ktorá obmedzuje selektívny kontraktíng. **Podľa OECD by minimálna sieť mohla byť definovaná cez indikátory kvality.**

V primárnej sfére by sa mala zvýšiť koordinácia zdravotnej starostlivosti **zavedením klinických protokolov a disease managementu.** Kapitáciu by mal doplniť motivačný platobný mechanizmus.

V rámci reštrukturalizácie nemocničného sektora OECD odporúča pokračovať v transformácii štátnych nemocníc na akciové spoločnosti a implementovať DRG.

Odporúčania OECD sa do veľkej miery prekrývajú s vlád- nym programom. Zostáva ich už len uskutočniť.



MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Legislatívne zmeny schválené v parlamente

NOVELA ZÁKONA O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

2. decembra poslanci schválili vládnu novelu zákona o zdravotnom poistení. Novela ruší výnimky pri platení odvodov zo závislej činnosti okrem dohôd o vykonaní práce. Zavádza odvody z príjmov z prenájmov (od 500 € ročne) a dividend (od 329 € ročne), zvyšuje minimálny vymeriavací základ samoplatiteľov (na 44,2% priemernej mzdy spreď dvoch rokov) a stanovuje sadzbu poistného za poistencov štátu pre rok 2011 na 4,32% z priemernej mzdy spreď dvoch rokov. Podrobnejšie sme novelu predstavili v *Zdravotnej politike* 7/2011.

Podľa HPI je krok k odvodovej neutralite (rovnaké odvody zaťaženie bez ohľadu na typ príjmu) správny, avšak nedôsledný. **Odvodovej povinnosti nebudú ani naďalej podliehať príjmy z dohôd o vykonaní práce mimo pracovného pomeru. Táto výnimka predstavuje priestor pre legálnu optimalizáciu odvodovej povinnosti a v zásadnej miere oslabuje prínos zákona.**

Poslanci doplnili k zákonu ešte jednu zásadnejšiu úpravu, ktorá je v rozpore s odvodovou neutralitou – **pre dividendy schválili osobitnú, 10%-nú odvodovú sadzbu**. Takáto výnimka bude významne komplikovať ročné zúčtovanie poistného a jej vykonateľnosť si bude vyžadovať ďalšiu novelizáciu zákona. Keďže odvody z dividend sa po prvý raz začnú platiť až v roku 2013 v ročnom zúčtovaní za rok 2012, zmena pravidiel do tohto termínu nie je vylúčená.

Sadzba poistného za poistencov štátu (4,32% z priemernej mzdy spreď dvoch rokov) znamená nominálny pokles príspevku štátu s odôvodnením, že verejné financie sú v zlom stave. **Dodatočné zdroje z odvodovej neutrality sa tak nepoužijú na zníženie sadzby odvodov pre ekonomicky aktívnych poistencov, ale na sanáciu verejných financií.**

Pre prípad podobného „výpadku“ odhadovaných príjmov by podľa HPI zdravotné poisťovne mali mať možnosť zaviesť tzv. nominálne poistné. V prípade, ak štátom regulovaný objem zdrojov v zdravotníctve nestačí na objem garantovanej starostlivosti, by zdravotné poisťovne mohli vyberať od poistencov dodatočnú platbu, v ktorej výške by si konkurovali. V prípade preklopenia zdravotných odvodov do daní bude zavedenie nominálneho poistného nevyhnutné na zabezpečenie finančnej udržateľnosti a konkurencieschopnosti sektora.

Výška sadzby poistného za poistenca štátu je však viac politický symbol než kľúčový ukazovateľ financovania zdravotníctva. Po rokoch 2006 až 2008, keď medziročný nárast objemu zdrojov v zdravotníctve bol dvojciferný, nie je spomalenie rastu medziročne na 2% kardiálnym problémom. Väčším problémom je efektivita využívania zdrojov (viď článok *OECD o slovenskom zdravotníctve: neefektívne*).

Preto je dôležité, aké opatrenia na strane použitia týchto zdrojov dokáže vláda presadiť.

NOVELA ZÁKONA O ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNIACH

Na rovnakej schôdzi parlamentu bola na programe aj novela ďalších zdravotníckych zákonov (transformácia štátnych nemocníc, nezávislosť ÚDZS či zavádzanie DRG), ktorej do-

sah na zdravotníctvo v ďalších rokoch bude zásadnejší než schválená novela poistného zákona. Poslanci tento zákon schválili 9. decembra, avšak 28. decembra ho prezident vrátil parlamentu na opätovné prerokovanie. Novela upravuje nasledujúce okruhy:

1. Transformácia nemocníc

Do 31. 12. 2011 majú byť transformované všetky štátne nemocnice na akciové spoločnosti. Ak by to náhodou nestihli, tak posledný termín transformácie je 30. 6. 2012.

2. Platobná schopnosť zdravotných poisťovní

Do metodiky výpočtu platobnej schopnosti zdravotných poisťovní pribúdajú dva ukazovatele: kapitálová primeranosť (podiel vlastných zdrojov na poistnom aspoň 3%) a current ratio (podiel krátkodobých aktív ku krátkodobým pasívam aspoň 1,2). Dopĺňajú tak indikátor splatnosti faktúr (do 30 dní po lehote splatnosti). Indikátor current ratio sa bude používať až od januára 2012 (viď **Schéma** na nasledujúcej strane).

3. Nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Zmena podmienok odvolania predsedu ÚDZS: vláda ho nebude môcť odvolať bez udania dôvodu (ide o návrat znenia zákona do roku 2006, pred jeho účelovú úpravu).

4. Limit spoluúčasti pri doplatkoch na lieky

Zákon zavádza strop spoluúčasti pri doplatkoch za lieky – strop sa týka dôchodcov a invalidov s dôchodkom menším než 329 eur a bez zdaniteľného príjmu. Do limitu 45 eur štvrťročne (u invalidov 30 €) sa započítavajú len doplatky za najlacnejšie generikum. Ak poistenec prekročí za štvrťrok uvedený limit, zdravotná poisťovňa mu automaticky pošle preplatok na jeho účet resp. poštovou poukážkou.

5. Zrušenie povinnosti odporúčacích lístkov

Návšteva ambulancie špecialistov nebude podmienená výmenným lístkom od všeobecného lekára. Vystavovať odporúčacie lístky však bude naďalej možné a ministerstvo má k tomu vydať vyhlášku.

6. Zverejňovanie zmlúv

Novela Občianskeho zákonníka o zverejňovaní zmlúv sa týka aj zdravotníctva, zverejňovanie zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má odloženú účinnosť od 1. augusta 2011.

7. Predpoklady pre zavedenie DRG

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má kompetenciu pre zber dát potrebných pre zavedenie DRG, klasifikačného a platobného systému diagnostických skupín skupín.

8. Zmiernenie sankcie za nedodržanie povinnosti sústavne sa vzdelávať

Ak zdravotnícky pracovník nezískal dostatočný počet kreditov, podľa doteraz platného zákona mu hrozilo zrušenie registrácie, čo znamená prekážku pre ďalší výkon povolania. Poslanecký návrh presúva rozhodnutie o doplnení vedomostí, spôsobе i lehote na príslušnú komoru.

10. Legalizácia vernostných systémov v lekárňach

Vernostné systémy v lekárnach boli dôvodom, pre ktorý prezident I. Gašparovič novelu zákona nepodpísal a 28. decembra 2010 vrátil na opätovné prerokovanie parlamentu. Znamená to, že účinnosť zákona nebude v plánova-

ZÁKON O DOTÁCIÁCH

Zákon schválený 8. 12. 2010 upravuje účel, rozsah, spôsob a podmienky poskytovania dotácií v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR. Vzhľadom na skutočnosť, že rezort nemá rozpočtované zdroje na poskytovanie dotácií, ide skôr o technickú normu pre možné prípady v budúcnosti.

TOMÁŠ SZALAY

Disclaimer: Tomáš Szalay má uzatvorenú zmluvu na čas určitý s ministerstvom zdravotníctva na odbornú asistenciu ministrovi Ivanovi Uhliarikovi pri plnení úloh vyplývajúcich z programového vyhlásenia vlády. Aktívne sa podieľal na príprave novely zákona č. 581/2004 Z. z.

Schéma: Kritériá solventnosti podľa novely zákona č. 581/2004 Z. z.



Zhodnotenie kampaní zdravotných poisťovní v roku 2010 a faktory oživenia trhu zdravotného poistenia

Víťazom kampane o poistencov v roku 2010 sa stala jednoznačne ZP Union. Ako jediná skončila s pozitívnou čistou zmenou nových poistencov (+ 19 197), ktorú počítame ako rozdiel medzi akceptovanými prichádzajúcimi (+ 35 685) a akceptovanými odchádzajúcimi poistencami (- 16 488). Zvyšné dve poisťovne, VŠZP aj Dôvera skončili s negatívnou bilanciou – odhlásilo sa z nich viac poistencov ako sa prihlásilo. Konkrétne, VŠZP prišla v kampani o 13 255 poistencov a Dôvera prišla o 5 972 poistencov (**Tabuľka 1**).

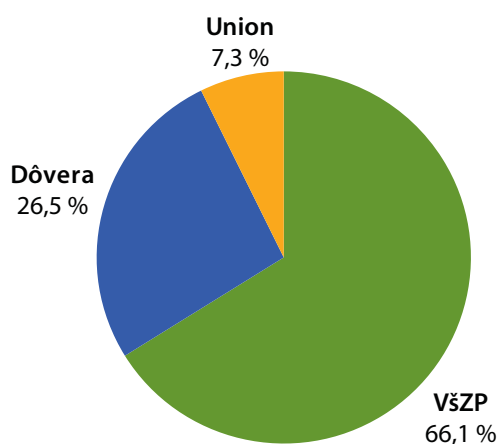
Tabuľka 1: Prehľad akceptovaných prichádzajúcich a odchádzajúcich poistencov v roku 2010

	počet poistencov k 30. 9. 2010	prichádzajúci (akceptovaní)	odchádzajúci (akceptovaní)	celkový výsledok	odhad počtu poistencov k 1. 1. 2011	% poistného kmeňa k 1. 1. 2011
Dôvera	1 401 480	33 238	39 210	- 5 972	1 395 508	26,54 %
VŠZP	3 490 091	12 185	25 410	- 13 225	3 476 866	66,13 %
Union	366 075	35 685	16 488	+ 19 197	385 272	7,33 %
sumár	5 257 646	81 108	81 108	—	5 257 646	100,00 %

Zdroj: Tlačová správa ÚDZS, 4. 11. 2010

Oveľa výraznejšie zmeny na celkovom počte poistencov v roku 2010 však mali spájania poisťovní. Dôvera sa k 1. 1. 2010 zlúčila s Apollom a VŠZP so SZP. Po spočítaní výsledkov zo zlúčenia a z kampaní bude mať k 1. 1. 2011 VŠZP 66,1 % trhu, Dôvera 26,5 % a Union 7,3 % (**Graf 1**). Koncentrácia na trhu zdravotného poistenia je tak naďalej veľmi vysoká (Herfindahlov index dosiahne v roku 2011 hodnotu 0,513). Pre zlepšenie konkurenčného prostredia je preto nevyhnutné prilákať nových hráčov do odvetvia zdravotného poistenia, a to budovaním investorsky priaznivého prostredia (napr. zrušenie zákazu zisku) ako aj rozdelením VŠZP (prípadne jej kmeňa) na 4 časti a jej následnou privatizáciou v medzinárodnom tendri.

Graf 1: Podiely na trhu zdravotného poistenia v roku 2011

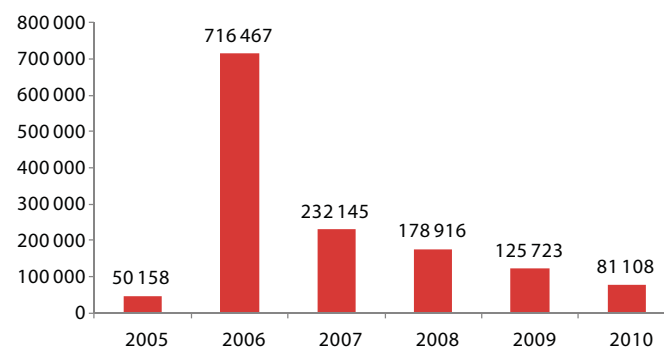


Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Stagnácia na trhu zdravotného poistenia je však dôsledkom viacerých faktorov a nielen negatívnymi zásahmi predchádzajúcej vlády. Jedným z hlavných faktorov je, že zdravotné poisťovne ani v roku 2010 nedokázali ponúknuť poistencom nové poistné produkty a poistné plány. Diferenciácia medzi zdravotnými poisťovňami je veľmi malá, čoho výsledkom je

nezáujem poistencov o prestupy medzi poisťovňami. V roku 2010 prestúpilo len 81 108 poistencov, čo je iba 1,5 % všetkých poistencov (**Graf 2**).

Graf 2: Počet prestupov medzi zdravotnými poisťovňami



Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Z hľadiska štruktúry prestupov je veľmi zaujímavý presun poistencov z Dôvery do Unionu – až 29 901 poistencov, pričom Dôvera stratila celkovo aj najviac poistencov – až 39 210. Na druhej strane, do VŠZP stúpilo najmenej poistencov – iba 12 185 (**Tabuľka 2**).

Tabuľka 2: Štruktúra prestupov poistencov

prihlášky z:	do: Dôvera	VŠZP	Union	odchádzajúci
Dôvera	—	9 309	29 901	39 210
VŠZP	19 626	—	5 784	25 410
Union	13 612	2 876	—	16 488
prichádzajúci	33 238	12 185	35 685	81 108
výsledný počet	- 5 972	- 13 225	+ 19 197	

Zdroj: Tlačová správa ÚDZS, 4. 11. 2010

Kampaňou v roku 2010 si Union upevnil pozíciu lídra v získavaní poistencov v kampani. Doteraz ich takýmto spôsobom získal už 565 210. Druhá je Dôvera (373 793) a posledná je VŠZP s 115 358 poistencami (**Tabuľka 3**).

Nelichotivé prvenstvo v odchádzajúcich poistencoch drží VŠZP. Od roku 2005 od nej odišlo už 610 147. Z Dôvery doteraz odišlo 201 887 a z Unionu 177 222 poistencov (**Tabuľka 4**).

Z hľadiska čistej zmeny po odrátaní odchádzajúcich od prichádzajúcich poistencov je od roku 2005 najúspešnejší Union so ziskom 387 988 poistencov (**Tabuľka 5**). VŠZP a Dôvera sa v posledných rokoch posilňovali predovšetkým cez zlučovanie poisťovní. VŠZP sa v roku 2010 zlúčila so SZP, ktorá predtým na základe administratívneho rozhodnutia ÚDZS (pod vedením Richarda Demoviča) absorbovala súkromnú EZP (v roku 2008). Dôvera sa zlučovala najprv so Sideriou (2007) a minulý rok s Apollom.

Tabuľka 3: Prichádzajúci akceptovaní

prichádzajúci akceptovaní	2005	2006	2007	2008	2009	2010	spolu
VŠZP	16 857	12 428	30 169	30 317	13 402	12 185	115 358
SZP	3 056	1 761	2 832	12 896	1 876		22 421
Union		462 077	5 186	43 230	19 032	35 685	565 210
EZP		74 598	76 513				151 111
Apollo	3 563	17 996	9 719	54 200	54 706		140 184
Dôvera	13 119	144 730	107 726	38 273	36 707	33 238	373 793
Sideria	13 563	2 877					16 440
Spolu	50 158	716 467	232 145	178 916	125 723	81 108	1 384 517

Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Tabuľka 4: Odchádzajúci akceptovaní

odchádzajúci akceptovaní	2005	2006	2007	2008	2009	2010	spolu
VŠZP	23 726	449 456	43 772	40 420	27 363	25 410	610 147
SZP	10 380	84 004	10 579	5 653	19 299		129 915
Union		2	125 268	11 354	24 110	16 488	177 222
EZP		0	20 722	79 082			99 804
Apollo	9 920	45 051	7 970	2 961	13 985		79 887
Dôvera	2 751	55 680	23 834	39 446	40 966	39 210	201 887
Sideria	3 381	82 274					85 655
Spolu	50 158	716 467	232 145	178 916	125 723	81 108	1 384 517

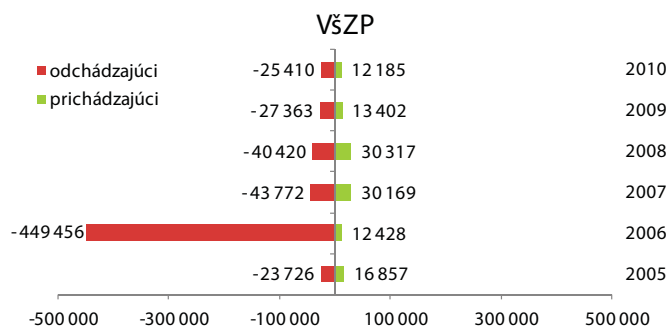
Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Tabuľka 5: Čistá zmena počtu poistencov

netto zmena	2005	2006	2007	2008	2009	2010	spolu
VŠZP	-6 869	-437 028	-13 603	-10 103	-13 961	-13 225	-494 789
SZP	-7 324	-82 243	-7 747	7 243	-17 423		-107 494
Union	0	462 075	-120 082	31 876	-5 078	19 197	387 988
EZP	0	74 598	55 791	-79 082			51 307
Apollo	-6 357	-27 055	1 749	51 239	40 721		60 297
Dôvera	10 368	89 050	83 892	-1 173	-4 259	-5 972	171 906
Sideria	10 182	-79 397	0	0	0		-69 215
Spolu	0	0	0	0	0	0	0

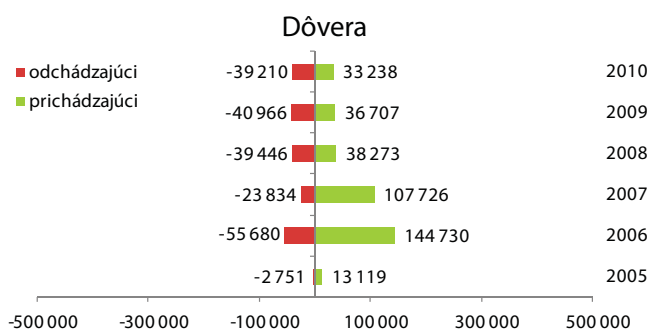
Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Graf 3: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci vo VŠZP



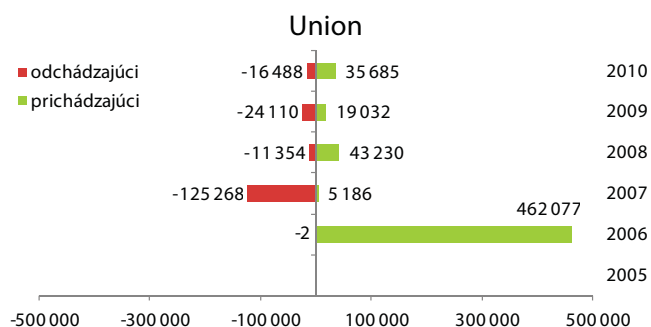
Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Graf 4: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci v Dôvera



Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Graf 5: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci v Unione



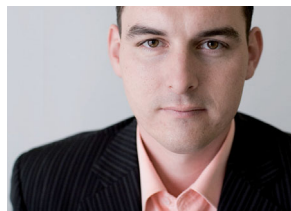
Zdroj: HPI na základe údajov ÚDZS, 2010

Nízku atraktivnosť VŠZP dokumentuje fakt, že od roku 2005 má VŠZP každý rok viac odchodov ako príchodov (**Graf 3**). Prekvapivo, Dôvera od roku 2008 nedokáže prekonať negatívne saldo a má podobne ako VŠZP viac odchodov ako príchodov (**Graf 4**). Víťazom kampane v roku 2010 je Unione, pričom jeho výsledky sú veľmi kolísavé – v rokoch 2009 a 2007 negatívna bilancia, v roku 2008 zase pozitívna (**Graf 5**).

AKO OŽIVIŤ TRH ZDRAVOTNÉHO POISTENIA?

Oživenie trhu zdravotného poistenia nebude možné bez viacerých dôležitých zmien:

1. Prvou je zatraktívnenie podnikateľského prostredia v zdravotníctve a návrat ku kultúre a atmosfére zisku v zdravotnom poistení. Pozorne preto budeme sledovať rozhodnutie ústavného súdu (26. 1. 2011) ako aj vývoj legislatívy, ktorá má podľa programového vyhlásenia odstrániť najväčšie deformácie Ficovej vlády.
2. Druhou je väčšia odvaha zdravotných poisťovní v dizajne a implementácii nových poisťných produktov a poisťných plánov.
3. Treťou je rozdelenie VŠZP (resp. jej kmeňa) na 4 časti a ich následná privatizácia v medzinárodnom tendri, čím sa vytvorí nielen vyššia miera konkurencie na trhu, ale noví hráči môžu priniesť nové inovácie a novú hodnotu pre poistencov. Navyše, takto získané zdroje môžu byť použité na oddlženie a modernizáciu nemocníc.



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

■ úrad pre
■ dohľad nad
■ zdravotnou
■ starostlivosťou

Všimli sme si



Webstránka Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (www.udzs.sk) výrazne zlepšila svoju informačnú hodnotu. Pribudli prehľadné navigačné prvky k najviac využívaným informáciám a čo osobitne oceňujeme, zlepšila sa sekcia sprístupňujúca dokumenty úradu. Pre každoročné správy o činnosti ÚDZS alebo správy o vykonávaní verejného zdravotného poistenia už netreba prehľadávať portál právnych predpisov alebo záznamy z rokovania vlády. Všetky sú prehľadne umiestnené v časti **Dokumenty > Správy**.

-ts-

Ak sa raz niekto dostane do reálneho sveta, prosím, pošlite mi pohľadnicu

Pri prvom čítaní textu rozpracovaného Programového vyhlásenia vlády v oblasti zdravotníctva – časť verejné zdravotníctvo (ďalej „dokument“) mi najskôr napadlo, že sa mi omylom dostal do rúk dokument z doby minulej, dávno minulej (len v minulosti bolo možné robiť programy a aktivity bez nároku na rozpočet, z lásky ku strane a vlasti). Druhé čítanie ma, žiaľ, z tohto omylu vyviedlo: ide fakt o dokument patriaci súčasnej vláde charakterizovanej ako pravo-stredová vláda. Vzhľadom ku kvalite textového spracovania mi napadol článok jedného z veľikánov behaviorálnej medicíny a výchovy ku zdraviu Eda Fishera z roku 2008 (záujemcom rád zašlem kópiu), kde na deviatej strane textu k slovám „...štandardizovať cielené intervencie na kontext reálneho sveta...“ vložil odkaz na poznámku uverejnenú na spodku strany, ktorá znela „ak sa raz niekto dostane do reálneho sveta, prosím, pošlite mi pohľadnicu na adresu...“ Mne v texte tohto dokumentu chýbal len odkaz niekde na strane 3, že je to celé zlý vtip. Žiaľ, nie je tam. V ďalších častiach sa pokúsím konkrétne vysvetliť negatívny dojem, ktorý daný materiál vo mne vyvolal.

Začnem administratívnou časťou, predsa len je jednoduchšia a v podstate ide zrejme „len“ o obyčajné lajdáctvo, nezáujem aj od pisateľa, ale žiaľ aj od tých, ktorí daný text schvaľovali. Inak by sa totiž nemohlo stať, aby boli pomiešané číselníky „častí“ a „bodov“. Každý, kto kedy písal text a usiloval sa ho štrukturovať vie, že keď mám časť 2, tak v nej by mali byť body 2.1, 2.2, 2.3, atď. Žiaľ, ako sa ukázalo, predsa len nie každý, rozhodne nie na ministerstve zdravotníctva. V tejto súvislosti je tiež užitočné pripomenúť, že keď v jednom texte autor prichádza s nejakou iniciatívou, je vhodné ju zadefinovať a používať pod tým istým názvom v celom texte. V komentovanom materiáli sa nachádzajú odkazy na „Iniciatívu 2020“ a aj na „Zdravotníctvo 2020“, pričom je vlastne nemožné identifikovať, o čo ide a či sú to tie isté iniciatívy. Tento problém je na hranici administratívno-odbornej neschopnosti tvorcov dokumentu, takže prejdime k odborným problémom v dokumente.

Text si úplne voľne zamieňa a mieša pojmy „zdravotníctvo“ a „zdravie“. Zdravotníctvo je systém, ktorého zložky sú dostatočne presne definované napríklad Tallinskou chartou Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO), ktorej členom je aj Slovenska republika. Popísať stav systému by mala byť úloha pre akademické organizácie, a nie zložky systému, ako je to uvedené v časti 1 dokumentu. Podľa toho, ktoré organizácie sú uvedené ako gestorské pre danú úlohu to skôr budí dojem popísania stavu zdravia v Slovenskej republike. Aby úloha priniesla zmysluplné výstupy, s ktorými sa dá ďalej pracovať, mala by byť presne definovaná bez ohľadu na to, či ide o systém zdravotníctva alebo stav zdravia. Podobne ako pre systém existuje už spomenutá Tallinská charta, aj pre stav zdravia existujú medzinárodné databázy, ktorých indikátory sú použiteľné aj pre Slovensku republiku a mali by pri úlohe byť uvedené ako základ.

Veľkú časť bodov dokumentu napĺňajú témy rôznych národných programov. Faktom je, že Slovenska republika je celkom iste majstrom sveta v existencii národných programov; máme ich temer nespočítateľné množstvo. Za normálnych okolností by každý mohol len závistlivo konštatovať, že Slovenska republika je veľmi bohatý štát. Aj také ekonomicky vyspelé štáty ako Dánsko alebo Švédsko majú jeden

strešný Národný program, rozdiel je však v tom, že ten má svojho „pána“, svoj rozpočet a aj zodpovednosť. Dokument sa v úvode časti 2, ale aj v Bode 3 akoby usiluje o nejaké vyhodnotenie vybraných Národných programov, ale zároveň neskôr (bod 1 a v bode 3.1, ďalšia nelogičnosť) naznačuje vytvorenie nových programov. **To, čo je potrebné, je absolútne moratórium na tvorbu Národných programov kým nebude dostupné odborne a kvalifikovane vypracované vyhodnotenie existujúcich, vrátane ich implementácie a efektu.** Úplne tragikomicky vyznieva „Nástroj“, ktorým je „materiál predkladaný na rokovanie vlády SR“. Ten materiál predsa môže byť výstupom vyhodnotenia, ale nie nástrojom vyhodnotenia. **Nástrojom môže byť len odborne vykonaná analýza na základe poznatkov z teórie implementácie a postupov vyhodnotenia** (RE-AIM framework, Mazmanian & Sabatier, Rogers, atď., je ich niekoľko). A takúto analýzu by mala vypracovať vedecky kvalifikovaná inštitúcia, ktorá má skúsenosti s podobnými analýzami.

Tragické neznalosti pisateľov dokumentu snád' vrcholia stále ešte v bode 3.1, kde sa uvádza termín „kontrolovať determinanty zdravia“.

Determinanty zdravia totiž nejde celkom dobre kontrolovať, oni prosťe sú a budú. Bude MZ SR iniciovať vytvorenie orgánu na kontrolu pohlavia každého občana? Pohlavie je determinant zdravia; alebo orgán na kontrolu príjmov? Individuálne príjmy sú determinantom

zdravia a teda keď ma niekto slabý príjem, asi bude štát žalovať zamestnávateľa, atď. V tejto časti je použitý aj bájný termín „efektívny štátny zdravotný dozor“; videl niekto niekedy dôkazy, že v súčasnej forme je efektívny? Dozor je potrebný, ale v presne vymedzenej miere a ako súčasť minimálne 9 základných činností verejného zdravotníctva definovaných už pred viac než desaťročím SZO. Kde je zostávajúcich 8 činností (**Tabuľka 1**)? Prečo nie sú súčasťou dokumentu?

Bod 3.2 ďalej poukazuje na odbornú aj komunikačnú neschopnosť tvorcov a schvaľovateľov dokumentu. **Podporu zdravia nejde rozšíriť do iných oblastí života; ona totiž je súčasťou iných oblastí života a chýba paradoxne práve tam, kde ju chcú rozširovať inam: na MZ SR.** Veď existujú stovky učiteľov vyškolených v podpore zdravia z prelomu rokov 1998-2000, existujú školy podporujúce zdravie, existujú

Tabuľka 1: Úlohy verejného zdravotníctva podľa amerického Center for Disease and Prevention (CDC) a podľa WHO

CDC model	WHO štúdia model
1 Monitorovať zdravotný stav, identifikovať a riešiť problémy komunity	Prevenencia, surveillance a kontrola prenosných a neprenosných ochorení
2 Diagnostikovať a vyšetriť zdravotné problémy a riziká komunity	Monitoring zdravotného stavu
3 Informovať, vzdelávať a posilňovať obyvateľstvo v oblasti zdravia	Podpora zdravia
4 Mobilizovať partnerstvá v komunite s cieľom identifikovať a riešiť zdravotné problémy	Pracovné lekárstvo
5 Vypracovať a plánovať politiku, ktorá podporí individuálne úsilie a úsilie komunity pre lepšie zdravie	Ochrana prostredia
6 Vymáhať zákony a vyhlášky v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti	Legislatíva verejného zdravotníctva
7 Prepájať obyvateľov k potrebným zdravotníckym službám a zabezpečiť tieto služby, ak nie sú inak zabezpečené	Manažment verejného zdravotníctva
8 Zabezpečiť kompetentnú pracovnú silu	Špeciálne služby verejného zdravotníctva
9 Vyhodnocovať efektívnosť, dostupnosť a kvalitu zdravotníckych služieb	Osobná starostlivosť o znevýhodnených a vysokorizikových občanov
10 Výskum, nové pohľady a inovačné riešenia zdravotných problémov	

zdravé mesta, podniky atď. Len žiaľ v rámci MZ SR dodnes neexistuje ani len koncepcia podpory zdravia, resp. existuje, ale čaká už tretí rok na schválenie v stolíku niekde na MZ SR. Dokument ani nenaznačuje záujem MZ SR niečo s tým urobiť, je jednoduchšie ísť inde... To, že naše delegácie na Svetovom zhromaždení členských štátov SZO podpísali napríklad rezolúciu číslo WHA60.24 nezaujímajú dnes už nikoho.

Predseda však bod 3.2 obsahuje aj veci pozitívne vo forme návrhu na vytvorenie medzirezortnej komisie (ktorá tu síce donedávna bola, ale bez konkrétnej zodpovednosti, financií a úloh) a naznačení úsilia spolupráce so samosprávnymi krajinami. Žiaľ, zásadný nedostatok je, že tie nie sú zahrnuté do gestorstva tejto úlohy, čo budí dojem formálnosti.

Zaujímalo by ma, kto dáva licencie zamestnancom SZO vo svete alebo ľuďom z DG SANCO, prípadne zamestnancom svetovo uznávaných univerzít, centier ako ECDC, CDC v USA a podobne. Ako človek pracujúci už 9 rokov na univerzite v Dánsku poznám odpoveď: je to naša publikačná aktivita a schopnosť prezentovať svoje metodicky validným spôsobom získané výsledky. Nie nejaký štátny orgán, ktorý naviac často sám nepozná najnovšie poznatky vedy a výskumu z vlastnej oblasti (dôkazom je práve text daného dokumentu). Úsilie o zavedenie akýchsi licencií preto nemožno považovať za nič iné, len zhadzovanie vzdelávacieho systému vlastnej krajiny a otvorený pokus o vytvorenie systému pre korupciu (viď opatrenie 3 bodu 3.2.)

Opatrenie 4 k bodu 3.2. ponúka ďalší exemplárny nezmysel. Podmienky úspešnosti intervenčných programov ako aj ich design resp. požiadavky na to aby boli validné, dávno

existujú, stačí vedieť čítať odbornú literatúru. Nie je potrebné nič vytvárať, treba proste uplatňovať „evidence based public health“. HIA nie je metodika na meranie dopadov intervenčných programov v zdravotníctve, ubezpečujem vás, že nie je. Publikujem medzinárodné o HIA, som spoluautorom knižky o efektívnosti HIA, vediem svoj druhý projekt s témou HIA financovaný Európskou komisiou. Dovolím si vás ubezpečiť, že HIA je na niečo úplne iné. Koniec koncov, hneď nasledujúce opatrenie 5 bodu 3.2 udáva správny zmysel HIA a otvára opäť otázku, či vôbec niekto čítal daný dokument až do konca.

Uvedený komentár k dokumentu zďaleka nepokrýva všetky problémy v ňom načrtnuté, pretože ten nemá veľmi čo ponúknuť po stránke kvality. Na záver chcem len vyjadriť smútok nad tým, že tento dokument mohol uzrieť svetlo sveta z rúk tzv. pravo-stredovej vlády, ktorá mala naviac plne ústa sľubov o novom spôsobe vládnutia založenom na vzdelanosti. V skutočnosti sa možno o to fakt usiluje, len jej niekto predložil kalendár z roku 1950.



Doc. RNDr. Gabriel Guliš, CSc. je docentom na dánskej Syddansk Universitet, kde pôsobí na Inštitúte verejného zdravia. Venuje sa výskumu podpory zdravia.

» kontakt

ggulis@health.sdu.dk

Transparentnosť a nezávislosť regulácie liekovej politiky

V auguste 2010 vypracovala Angelika Szalayová v spolupráci s Martinom Filkom pre Ministerstvo zdravotníctva návrh zmien v liekovej politike pod názvom projekt Mintha. Na nasledujúcich stranách prinášame zoznam navrhovaných opatrení ako aj podrobnejší popis jednotlivých zmien.

V rámci (1) **transparentnosti a nezávislosti regulácie** návrh zabezpečoval vyššiu transparentnosť procesu **zverejňovaním všetkých dokumentov v rámci kategorizácie na internete** – od podaných žiadostí a návrhov zo strany ministerstva, poisťovní, odborných skupín a patientskych organizácií, cez posudky odborných skupín, zápisnice z kategorizačnej komisie so zdôvodneniami a menovitým hlasovaním jej členov až po podané rozklady a rozhodnutia o nich. Každý občan by mal tak možnosť sledovať, na základe akých dôkazov rozhodlo ministerstvo a tieto dôkazy si aj overiť.

Ďalej návrh predpokladal **vytvorenie pravidiel pre stretávanie sa členov kategorizačnej komisie so zástupcami farmaceutického priemyslu**, kde by ku každému stretnutiu bol zverejnený nielen dátum, čas a miesto konania, ale záznam so stretnutia. **Členovia kategorizačnej komisie by zároveň mali povinnosť zverejňovať všetky peňažné a nepeňažné príjmy od farmaceutických firiem.**

Práca kategorizačnej komisie by bola **oddelená od politickej moci** a mala byť vytvorená samostatná agentúra podľa vzoru britského NICE alebo nemeckého IQWiG, čo by viedlo k **profesionalizácii tvorby farmakoekonomických posudkov.**

Celý (2) **proces kategorizácie** mal byť uvedený **do súladu so správnym poriadkom**, keďže dnes platný zákon je pre ministerstvo nevykonateľný a v niektorých bodoch si protirečí. Schválili a začali by sa používať **jasné a transparentné pravidlá pre kategorizáciu liečiv**, vyhláškou by sa vydali pravidlá aj pre proces stanovovania a referencovania cien a tvorbu a posudzovanie farmakoekonomických posudkov.

Pravidlá pre stanovovanie úhrad by zahŕňali **vytvorenie terapeutických referenčných skupín**, pri ktorých by sa úhrada stanovovala v rovnakej výške pre terapeuticky zameniteľné lieky (t.j. lieky, ktoré majú rovnaké terapeutické použitie a porovnateľný účinok a bezpečnostný profil). Pravidlá by boli aj pre stanovenie úhrad liekov obsahujúcich kombináciu účinných látok a obsahujúcich násobky bežných denných terapeutických dávok. **Kategorizačná komisia by zároveň mala povinnosť aspoň raz za 2 roky prehodnotiť všetky lieky v kategorizácii.**

Novinkou pri kategorizácii mal byť inštitút **dočasnej úhrady**. Dočasná úhrada by znamenala, že všetky nové liečivá by sa kategorizovali na 24 mesiacov, pričom najneskôr 180 pred uplynutím tejto lehoty by bol výrobca povinný predložiť údaje o skúsenostiach s používaním lieku na Slovensku, na základe ktorých by sa rozhodlo o trvalej kategorizácii alebo o vyradení liečiva zo zoznamu hrađených liekov.

Sprísnenie referencovania cien maximálne na úroveň 2. najnižšej ceny v EÚ malo zvýšiť efektivitu používania zdrojov verejného zdravotného poistenia.

Efektívne využívanie verejných zdrojov malo byť podporené aj umožnením rýchlejšieho vstupu generických liekov na trh a to **umožnením súbežného procesu registrácie a kategorizácie**, ktorý by zabezpečil o kvartál skorší vstup lacnejších generických liekov na trh.

V súlade s programovým vyhlásením vlády návrh obsahoval **podmienky pre predpisovanie liekov generickými názvami** (tzv. generická preskripcia) a na zváženie uvádzal zavedenie rôznych úhrad pre lieky v závislosti od indikácie, ak by sa dokázali prekonať technické problémy s tým spojené.

Návrh bol zameraný aj na **zvyšovanie zodpovednosti jednotlivých účastníkov**. Kategorizačná komisia mala byť zodpovedná za dodržanie globálneho rozpočtu stanoveného ministerstvom pre nasledujúci rok založenom na odhade finančných prostriedkov v zdravotníctve. Umožnil by sa vznik **tzv. podmienenej kategorizácie**, pri ktorej by sa umožnili dohody medzi ministerstvom a výrobcom v zmysle zdieľania rizika alebo nákladov. Liek by sa zakategorizoval s „lepšími podmienkami“, ale výrobca by sa zaručil, že ak sa prekročí dohodnutý objem finančných zdrojov, prekročenie objemu vráti zdravotným poisťovniam, alebo v prípade nedostupnosti deklarováných výsledkov v klinickej praxi (napr. počet vyliečených pacientov) vráti dohodnutú časť peňazí za poistencov, pri ktorých bola liečba neúspešná. Farmaceutická spoločnosť by tiež musela niesť zodpovednosť za to, ak prihlási do kategorizácie liek s nízkou cenou, ktorý sa tak stane referenčným liekom, a potom ho na trh nedovezie, čím sa stane liek s najnižším doplatkom v tejto skupine nedostupným. V snahe zabrániť takémuto konaniu návrh predpokladal zaviesť pokuty pre takéto farmaceutické firmy, ako aj systém bezpečnostných kontrol, aby ministerstvo vedelo takejto situácii včas predísť.

Dôležitou časťou návrhu bola (3) **regulácia marketingových aktivít farmaceutických firiem**. Znamenalo by to zavedenie pravidiel pre neintervenčné klinické štúdie, podporu alebo financovanie vzdelávacích a vedeckých aktivít, reklamných a PR aktivít farmaceutických firiem (priamo alebo cez sprostredkovateľov) využívajúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tieto aktivity by sa museli nahlasovať regulátorovi (zrejme ŠÚKL), ktorý by posúdil ich súlad so zákonom a zverejňoval ich.

V rámci (4) **regulácie distribúcie a výdaja liekov** dokument navrhoval zväziť zavedenie rovnakej obchodnej prírážky pre celú referenčnú skupinu (aby distribútor ani lekárnik neboli motivovaní predávať drahšie lieky v rámci referenčnej skupiny), analýzu zníženia marží, zdefinovanie minimálnej siete lekární cez fyzickú (vzdialenosť) a časovú (otváracie hodiny) dostupnosť a uvoľnenie predaja voľnopredajných liekov mimo lekární.



MUDr. Angelika Szalayová (1974) je partner a senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa kvalitou, liekovou politikou a revíznymi procesmi zdravotných poisťovní.

» kontakt

szalayova@hpi.sk | www.hpi.sk

Projekt Mintha

Lieky predstavujú z klinického aj ekonomického pohľadu jeden z najvýznamnejších segmentov zdravotníctva. Hoci rast výdavkov na lieky v ostatných rokoch zaostával za rastom celkových zdravotníckych výdavkov (ich podiel na zdravotníckych výdavkoch klesol z 38 % v roku 2004 na okolo 31 % v roku 2009), niektoré problémy stále pretrvávajú. Sú to najmä nedostatočná transparentnosť a predvídateľnosť procesov liekovej politiky, korupcia, vstup relatívne neúčinných či nákladovo neefektívnych liekov na trh a ich historická prítomnosť na trhu, a problematické marketingové praktiky v liekovom reťazci.

Účelom tohto memoranda je navrhnúť pozitívne zmeny v liekovej politike – v jej regulačnej praxi aj priamo v teréne. Identifikuje požadované zmeny zákonov a podzákonných noriem, spolu s predpokladaným harmonogramom. Projekt predpokladá schválenie balíka legislatívnych zmien začiatkom roka 2011 a súčasnú novelizáciu viacerých podzákonných predpisov. Vyžaduje si tiež vplyv na exekutívne rozhodnutia v kategorizácii liekov, najmä v jeho úvodných fázach. Projekt je možné zrealizovať do polovice roka 2011.



1. TRANSPARENTNOSŤ A NEZÁVISLOSŤ KATEGORIZÁCIE

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
1.1	Zverejňovanie celého procesu kategorizácie – žiadostí, posudkov, rozhodnutí a ich odôvodnení na internete.	exekutívne rozhodnutie, následne novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	k najbližšej kategorizácii
1.2	Pravidlá pre členov kategorizačnej komisie (KK) pre kontakty s farmafirmami, vrátane záznamov o stretnutiach vedených členmi KK aj firmami, pravidelne zverejňovaných na internete. Zverejňovanie všetkých príjmov členov KK a ich blízkych osôb od účastníkov kategorizačného procesu a prostredníkov, aj do minulosti. Zverejňovanie konfliktov záujmov členov KK, aj do minulosti.	exekutívne rozhodnutie, následne novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	k najbližšej kategorizácii
1.3	Profesionalizácia KK – financovanie posudkov a práce KK (s výnimkou členov za zdravotné poisťovne). Dočasne do platnosti 1.6.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kat. s účinnosťou k 1. 4. 2011
1.4	Profesionalizácia posudkov - vytvorenie tímu pre farmakoekonomické analýzy transformáciou súčasnej pracovnej skupiny pre farmakoekonomiku, financovanie jej práce a posudkov. Personálna obmena pracovnej skupiny nahradením jej súčasných členov ľuďmi s farmakoekonomickou skúsenosťou a/alebo príslušným vzdelaním. Dočasne do platnosti 1.6.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kat. s účinnosťou k 1. 4. 2011
1.5	Zosúladenie kategorizačnej legislatívy a praxe so zákonom o správnom poriadku.	novela zákona 577/2004, novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 4. 2011	použitie v kat. s účinnosťou k 1. 7. 2011
1.6	Vytvorenie Národného inštitútu klinickej excelencie (NIKE), prípadne rozšírenie kompetencií ŠÚKL o hodnotenie liekov a zdravotníckych technológií podľa štandardnej medzinárodnej praxe(najmä na základe ich nákladov a prínosov, po vzore britského NICE, nemeckého IQWiG a pod.) Kategorizačná komisia sa pretransformuje na Radu NIKE, ktorej činnosť sa sprofesionalizuje a oddelí od výkonnej moci v súlade s 1.3. Riaditeľom NIKE bude kariérny štátny úradník a Rada sa bude rozhodovať na základe analýz a hodnotení vypracovaných profesionálnymi zamestnancami NIKE. Predseda Rady a jej členovia budú menovaní vládou a nebudú bez dôvodu odvolateľní.	novela zákona 577/2004, novela vyhlášky 723/2004	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	použitie v kat. s účinnosťou k 1. 7. 2011

2. PROCES KATEGORIZÁCIE

2.1 TRANSPARENTNOSŤ A PREDVÍDATEĽNOSŤ ROZHODNUTÍ

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.1.1	Vytvorenie jasných pravidiel pre zaradenie alebo nezaradenie (vyradenie) liečiva medzi liečivá hradené z verejného zdravotného poistenia na základe jasných a preukázateľných kritérií; súčasťou bude definovanie pravidiel pre stanovenie úhrad liekov s obsahom dvoch alebo viacerých liečiv a liekov s obsahom rovnakého liečiva s rovnakou cestou podania, ale s mierne odlišnou liekovou formou a pod.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.2	Významnou súčasťou hodnotenia liečiva pre potreby jeho zaradenia medzi hradené liečivá bude aj vyhodnotenie jeho farmakoekonomického profilu; pre tento účel sa upravujú pravidlá pre farmakoekonomický rozbor lieku.	novela vyhlášky 395/2005	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.3	Vytvorenie jasných pravidiel pre zaradenie liekov do skupiny definujúcej formu dostupnosti lieku pre pacienta (zaradenie medzi lieky predpisované na lekárske predpisy alebo medzi lieky, ktoré nakupuje poskytovateľ a podáva ich pacientovi pri ambulantnom výkone).	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.4	Legislatívne zakotvenie procesu pre stanovovanie cien liekov; úprava „dier“ v legislatíve (liek, ktorý má cenu v menej ako 6 krajinách). Referencovanie priamo na úroveň ceny v druhej najlacnejšej krajine EÚ, nie na priemer niekoľkých krajín.	pravdepodobne nová vyhláška, novela zákona 577/2004	účinnosť k 1. 1. 2011, účinnosť k 1. 4. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.5	Zavedenie pravidelných revízií skupín liekov (podľa delenia odborných pracovných skupín) tak, aby bola každá skupina prehodnotená raz za 2 roky.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.6	Zavedenie inštitútu dočasnej úhrady, ktorý znamená povinnú revíziu každého nového liečiva, resp. jeho novej formy alebo indikácie, do 2 rokov od prvého zaradenia alebo zmeny zaradenia; držiteľ rozhodnutia o registrácii bude povinný podať novú (pre tento účel modifikovanú) žiadosť o zaradenie alebo zmenu zaradenia, kde predloží údaje o používaní lieku v období od zaradenia lieku a vyhodnotí naplnenie očakávaní o lieku; v prípade, že držiteľ rozhodnutia takúto žiadosť nepredloží, liek bude z kategorizácie vyradený, resp. mu bude zrušená zmenená indikácia.	novela zákona 577/2004, novela vyhlášky 723/2004	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.1.7	Vydávanie rozhodnutí pre držiteľov rozhodnutia o registrácii aj v prípade, že zmena v zaradení ich lieku vznikla na podnet inej zúčastnenej strany.			použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 1. 2011
2.1.8	Zachovanie kategorizácie minimálne 4x do roka, prehodnotiť častejšiu publikáciu kategorizácie.			

2.2 EFEKTÍVNE VYUŽÍVANIE VEREJNÝCH A SÚKROMNÝCH ZDROJOV

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.2.1	Stanovovanie úhrad pre terapeuticky porovnateľné lieky v rovnakej výške (zavedenie širších referenčných úhradových skupín, tzv. jumbo clusterov, na základe terapeutického ekvivalencie liekov). Vzhľadom na to, že nárazové rozšírenie referenčných úhradových skupín by viedlo k skokovému zvýšeniu doplatkov za niektoré lieky, navrhujeme prechodné obdobie 4 kategorizácií, počas ktorého by sa úhrady v rámci skupiny k sebe približovali podľa vopred stanovenej trajektórie. Umožní to postupné prispôbenie sa pacientov používaniu liekov v rámci jednej skupiny.	novela vyhlášky 723/2004, novela zákona 577/2004	účinnosť k 1. 1. 2011 účinnosť k 1. 4. 2011	postupné približovanie cieľovému stavu od 1. 7. 2011 do 1. 4. 2012

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.2.2	Vyradenie liekov, ktoré nemajú preukázaný terapeutický účinok, alebo ktoré majú hradenú účinnejšiu a menej nákladnú alternatívu, resp. ktoré nebudú spĺňať nové podmienky pre zaradenie liečiva medzi hradené lieky.	-	-	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.2.3	Revízia a dodržiavanie pravidiel pre stanovenie úhrad pre lieky s obsahom dvoch alebo viacerých liečiv, liekov s obsahom rovnakého liečiva s rovnakou cestou podania, ale s mierne odlišnou liekovou formou a lieky s viacnásobným obsahom ŠDL v jednej liekovej forme.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.2.4	Zvýšenie úlohy farmakoekonomického posúdenia lieku pri jeho zaraďovaní medzi hradené lieky a pri stanovovaní výšky úhrady, požadovanie kvalitných farmakoekonomických rozborov od žiadateľov.	novela vyhlášky 723/2004, novela vyhlášky	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.2.5	Uľahčenie a urýchlenie vstupu generických liekov na trh – umožnenie podania žiadosti o zaradenie lieku po podaní žiadosti o registráciu lieku, ale pred vydaním rozhodnutia o registrácii, ak z lehôt pre registráciu vyplýva, že liek bude mať registračné rozhodnutie pred účinnosťou kategorizácie; žiadateľ bude povinný v žiadosti predložiť kópiu žiadosti o registráciu a predpokladaný dátum vydania rozhodnutia o registrácii a následne doložiť platné rozhodnutie o registrácii minimálne 30 dní pred plánovanou účinnosťou kategorizácie.	novela zákona 577/2004	účinnosť k 1. 4. 2011	
2.2.6	Zavedenie generickej preskripcie (predpisovania liekov cez názvy účinných látok, t.j. INN názvy).	novela zákona 140/1998 (nový zákon)	účinnosť k 1. 7. 2011	
2.2.7	Zavedenie odlišnej výšky úhrady pre rôzne indikácie liečiva – ak sa technické a procesné problémy neukážu neprekonateľné.	novela zákona 577/2004	účinnosť k 1. 4. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011

2.3 ZVYŠOVANIE ZODPOVEDNOSTI ÚČASTNÍKOV KATEGORIZÁCIE

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.3.1	Globálny prospektívny rozpočet na lieky. Raz ročne bude v súvislosti s rozpočtovým procesom stanovený globálny rozpočet na lieky na nasledujúci rok. Súčasťou každej kategorizácie bude analýza dopadov na rozpočet, pričom kategorizačná komisia bude zodpovedná za dodržanie určeného finančného limitu; v prípade, ak skutočný vývoj v nákladoch na lieky prekročí plánovaný objem, kategorizačná komisia bude preniesť objem nedosiahnutých úspor do ďalších období.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 1. 2011
2.3.2	Umožnenie systému rizikových kontraktov pri stanovovaní úhrad; systém má umožniť znížiť riziko nesprávnych rozhodnutí v čase, kedy nie sú reálne skúsenosti s používaním lieku v praxi a je možné sa rozhodovať len na základe indikatívnych informácií z kontrolovaných výskumov a odhadov správania sa trhu; na základe dohody medzi žiadateľom a decision-makerami kategorizačná komisia určí úhradu, ktorá je platná len v prípade naplnenia podmienok deklarovaných žiadateľom; dosiahnutie týchto podmienok sa vyhodnotí vo vopred stanovenom čase a v prípade ich nesplnenia bude žiadateľ musieť napr. vrátiť časť získaných príjmov, resp. inak kompenzovať nedosiahnutie deklarovaného liečebného efektu alebo iných definovaných parametrov (počet pacientov, dopad na rozpočet, podiel vyliečených pacientov, podiel pacientov, ktorí sa vrátia do zamestnania,...).	novela zákona 577/2004, novela vyhlášky 723/2004	účinnosť zákona k 1. 4. 2011, účinnosť vyhlášky k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.3.3	Systém pokút v prípade, ak žiadateľ zníži cenu lieku tak, že sa stáva najlacnejším liekom v skupine (podľa ktorého sa následne nastavuje výška úhrady v referenčnej skupine), a nedodá liek na trh (v prípade vzniku technických problémov s výrobou je povinný minimálne 30 dní pred plánovanou účinnosťou kategorizácie informovať o nemožnosti doviesť lieky na trh regulátora).	novela zákona 577/2004	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011

2.4 PREHLADNOSŤ A ZROZUMITEĽNOSŤ ROZHODNUTÍ

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
2.4.1	Revízia indikačných obmedzení, definovanie ich úlohy a spresnenie (uľahčenie kontroly ich dodržiavania cez ich jasnú definíciu), stanovenie pravidiel pre určovanie indikačných obmedzení.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011
2.4.2	Revízia preskripčných obmedzení, definovanie ich úlohy a spresnenie (definovanie úloh a kompetencií všeobecných lekárov a špecialistov v liečbe ochorení), stanovenie pravidiel pre určovanie preskripčných obmedzení.	novela vyhlášky 723/2004	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011

3. REGULÁCIA MARKETINGOVÝCH AKTIVÍT FARMAFIRIEM

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
3.1	Registrácia a posúdenie vybraných marketingových aktivít regulátorom (pravdepodobne ŠÚKL). Ide najmä o neintervenčné klinické testovanie, vzdelávacie a vedecké aktivity s účasťou fariem, a reklamné a PR aktivity fariem využívajúce poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Toto sa bude týkať aj aktivít vykonávaných cez prostredníkov.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
3.2	Povinné zverejňovanie aktivít podľa 3.1 farmafirmami alebo regulátorom.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
3.3	Povinné zverejňovanie príjmov od farmaceutických spoločností a prostredníkov poskytovateľmi a lekármi.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
3.4	Regulácia aktivít reprezentantov – napríklad maximálny počet návštev reprezentantov jednej firmy u jedného lekára do roka, maximálny počet návštev jedného lekára od uvedenia lieku na trh, určenie nedovolených interakcií reprezentanta s lekárom, zákaz návštev reprezentantov v ordinačných hodinách. Register reprezentantov.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
3.5	Operácia Antropoid – využitie daňového úradu a protikorupčnej polície na mapovanie a demonštratívne odhalenie vypuklých prípadov korupcie v ambulanciách.	-	-	Koniec 2010?

4. REGULÁCIA DISTRIBÚCIE A VÝDAJA LIEKOV

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
4.1	Rovnaká maximálna marža pre lieky v rámci jednej referenčnej úhradovej skupiny.	novela zákona 577/2004	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 7. 2011

číslo	opatrenie	zmeny v legislatíve	účinnosť legislatívy	účinnosť v praxi
4.2	Analýza možnosti zníženia marží distribútora a lekárne.	zmena cenového opatrenia	účinnosť k 1. 1. 2011	použitie v kategorizácii s účinnosťou k 1. 4. 2011
4.3	Zrušenie obmedzení vytvárania sietí lekární.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
4.4	Sprísnenie regulácie otváracích hodín a poskytovaných služieb lekárnami, s možnosťou substitúcie týchto povinností inou blízkou lekárnou v prípade dohody a kompenzácie.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
4.5	Uvoľnenie predaja OTC liekov v iných (registrovaných predajniach).	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011
4.6	Uvoľnenie internetového predaja liekov.	novela zákona 140/1998	účinnosť zákona k 1. 4. 2011	účinnosť zákona k 1. 4. 2011



Dg. pre istotu

Stanovujeme ju správne, v súlade s platnou legislatívou?

Úvaha detského lekára z Cífera je ďalšou zo záverečných prác programu Manažér na Health Management Academy, ktorá zaznela v rámci Dňa otvorených dverí HMA v júni 2010 v Piešťanoch. Mário Moro sa zamýšľa nad defenzívnou medicínou.

ÚVOD.

V posledných niekoľkých rokoch pozorujem v praxi nárast počtu pacientov, ktorí prichádzajú alebo „sú riešení“ – **pre istotu**. Hoci treba jednoznačne povedať, že v medicíne istota neexistuje.

Napríklad atypický priebeh ochorenia je typický tým, že je atypický a nie nezriedkavý.

Prečo je to tak? Príčin je asi viac, skúsím niektoré popísať a navrhnúť riešenie, aby tá istota bola vyššia.

Zaujímavým trendom je presvedčenie pacientov-obyvateľov-klientov, že v medicíne istota existuje. Pacienti myslia, že je to jednoduché, stačí prísť, urobí sa x vyšetrení, začne sa liečba (musí byť 100% účinná) – a je to.

Problém nastáva vtedy, ak to také jednoduché nie je a tá diagnóza sa nestanoví, alebo sa stanoví neskôr, ale v súčasnej dobe liečba nie je veľmi efektívna. Príkladov je na stovky od občasnej nádchy, cez migrénu až po artrózu.

Čiže nenastáva to žiaduce „a je to vyriešené“, ale nastáva **neistota**, čo to je a čo s tým. Lekárom je tento problém ich dennodennej praxe známy (aj keď aj medzi nami sú rozdiely), pacientom v posledných rokoch tento problém úplne uniká. Ešte tak v oblasti onkológie sú uzrozmnení, že môže byť problém, ale v ostatných oblastiach to pre nich už také pochopiteľné nie je.

Je logické, že vývoj medicíny ide dopredu a to % pacientov bez správnej diagnózy alebo nedostatočnej liečby by sa malo logicky znižovať. Podľa počtu návštev pacientov na Slovensku tento trend asi nenastáva, pretože návštevnosť je vysoká (od 13 po 16,4 návštev v priemere za rok), ale efekt zostáva s veľkým otáznikom.

A tento efekt nikto nemeral a ani nemeria. Je to chyba.

Určite príčinou tohto obrovského počtu pacientov bude aj hľadanie tej istoty, ktorá ale v medicíne nikdy nebude. Ak by bola, tak hlavné správy mnohých médií by boli ochudobnené o senzácie a mali by trvalú uhorkovú sezónu.

Samozrejme, pacient má na hľadanie istoty nárok a lekár povinnosť skúsiť byť si istý, hoci je pravda, že povinnosť pacienta aby v prospech istoty niečo urobil už nie je.

Klasickým príkladom je prevencia, resp. preventívne vyšetrenia. Bežne sa analyzuje aké percento prevencie sa vykonáva u pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov a pod., hoci oveľa dôležitejšie je preventívne sa správať, a to už neanalyzuje nikto. Tu si myslím, že sme úplne vedľa a náš systém zdravotníctva nijako k tomu preventívnemu, to znamená efektívnejšiemu, systému nevedie. Hoci je to na samostatnú tému, uvediem klasický príklad. Ak navštívim stomatológa kvôli preventívnej prehliadke, tak následne nemusím uhrádzať niektorý výkon. Rozumnejšie by bolo a dokonca efektívnejšie pre pacienta, ak by sa choval tak, že na prehliadku nepôjde, ale stará sa o chrup a nepotrebuje intervenciu sto-

matológa. Zubný kaz by o tom vedel rozprávať svoje. *Pre istotu ušetrenia idem na prehliadku, ale pre vyššiu istotu mať zdravý chrup urobím skoro nič.* Rodičia prídu na LSPP s dieťaťom, ktoré má opuchnuté líce, pretože má skazené zúbky a následne majú zápalovú komplikáciu a povedia „*Ved' choďme k stomatológovi.*“ Pritom by stačilo umývať zúbky a nenapichávať dieťa sladkosťami. Systém preventívnych prehliadok v stomatológii je absurdný.

ALE VRÁŤME SA K TÉME.

To, že v hľadaní istoty a teda správnej diagnózy s adekvátnou liečbou sme ako lekári boli vedľa, bolo príčinou legislatívnej snahy o uzákonenie povinnosti, aby lekár poskytol zdravotnú starostlivosť v súlade s §4 ods. 3 zákona č. 576/2004:

„Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa bezodkladne vykonajú všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správnej choroby a zabezpečí sa správny preventívny postup alebo správny liečebný postup.“

A keďže poskytovanie zdravotnej starostlivosti na Slovensku bolo určite len chybou lekárov veľmi zlé a veľmi nekvalitné (príčina marazmu sa našla v podobe neschopných, nevzdelaných, lenivých a pod. lekárov), tak aby sa prinútili konať správne, bol prijatý (asi) tento paragraf. Samozrejme pripúšťam, že sa môžem hlboko myliť, ale mne to tak nejako z praxe vychádza.

Zároveň bol ustanovený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý má, okrem iného, aj dohliadať nad tým, či sa starostlivosť poskytuje správne.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vydáva každý rok zaujímavé kazuistiky prípadov, ktoré riešil, ak dostane sťažnosť pri podozrení na nesprávny postup v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ak vydá stanovisko, ktoré potvrdí tento nesprávny postup, vždy je porušený tento paragraf.

Aby ktorýkoľvek poskytovateľ neporušil tento paragraf (je ale otázne či sa to vôbec dá) mal by to % neistoty čo najviac znižovať a mal by teda urobiť všetko, čo je možné, aby stanovenie diagnózy bolo správne a aby bola realizovaná najsprávnejšia liečba eventuálne preventívny postup. (Ibaže je problém s tou prevenciou ako som už písal vyššie a ešte okrajovo spomeniem)

VEĎ ČO AK NÁHODOU... VEĎ ČO AK PRÍZNAK X JE PRÍZNAKOM PRE CHOROBU Y.

Ako som už spomenul, porušenie alebo neporušenie tohto paragrafu, je veľmi často medializované. Skoro bežne sa stáva, že v hlavných správach mienkotvorných médií je šot o tom, ako si rodičia myslia, že vrahom ich dieťaťa je doktor a podajú podnet na úrad.

Takéto **mediálne poľovanie** na lekárov zhoršuje dosť výrazne vzťahy pacient-lekár, čo má svoje následky (paradoxne skôr pre pacienta).

Je treba povedať, že zavedenie Úradu pre dohľad a prijatie §4 ods. 3 zákona č. 576/2004 viedlo **k zlepšeniu kvality vedenia zdravotnej dokumentácie**, keďže iné paragrafy zdravotníckych zákonov upravujú, ako má byť dokumentácia vedená. Ak je vedená zle, tak sa porušuje okrem iného aj § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004.



Neprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti v zmysle tohto paragrafu môže viesť k sankciám a je pravdou, že **strach** u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je v súčasnej dobe bežným fenoménom.

Je pochopiteľné, že lekári sa vždy podvedome báli, či spravili všetko ako sa má, alebo či sa niečo nestalo, či liečba zabrala a pod., ale faktom sa stalo, že strach z postihu sa dostal do podvedomia každého lekára u nás a určite všade tam vo svete, kde takáto legislatíva je, ak teda vôbec je. Nevieť, kde je podobný úrad ako u nás a s takými kompetenciami a o našom paragrafe 4 veľmi pochybujem, či niekde je.

Je pochopiteľné, že vyšetrowanie, prešetrowanie, liečba *pre istotu* sa u nás tak povediac udomácnila. Až čas a hlavne analýza právneho systému s dopadom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti by mali ukázať, či je to všetko OK. Či je legislatíva správna, či netreba niečo zmeniť, ale hlavne či netreba niečo upraviť. Mne ako bežnému doktorovi, ku ktorému prichádza veľké množstvo pacientov s pomerne širokou škálou ťažkostí a možných diagnóz chýba to B a možno aj C. To povestné A už máme, B? Ale o abecede neskôr.

A ešte viac je pochopiteľné, že pacienti navštevujú zdravotnícke zariadenia z dôvodu obáv a z dôvodu hľadania istoty, že či majú, alebo nemajú nejakú (vážnu) diagnózu, pričom média a hlavne internet v tomto zohrávajú veľmi dôležitú úlohu. Média žijú hlavne z reklamy a tá má veľký dopad na správanie sa pacientov. Vyvolanie strachu má vynikajúci reklamný vplyv.

LEKÁRI. AKO SPRÁVNE POSTUPOVAŤ PRI STANOVENÍ SPRÁVNEJ DIAGNÓZY?

Uvediem relatívne „ľahkú“ diagnózu angíny u 15-ročného teenagera. Má horúčku 1 deň, bolí ho veľmi v krku. Objektívne ho má prekrvené a má tiež povlečené mandle. Má tzv. lukuárnu angínu, má dostať liečbu penicilínom? Má ju dostať hneď, alebo sa majú spraviť aj laboratórne vyšetrenia a aj mikrobiologické vyšetrenia, tzv. výtery? V akom rozsahu? Môže sa ísť aj o mononukleozu, čo je povlaková angína vírusová, ibaže môžu to spôsobovať dva vírusy. Odbery môžu byť na začiatku v norme, alebo môže byť hraničné CRP, čo sa časom môže meniť. Priebeh ukáže. Výtery sú veľmi problematické, pretože záchyt nie je 100% a v krku máme veľké množstvo baktérií, ktoré nie sú patogénom, resp. len za určitých okolností... Tak ako teda? Aký postup zvoliť?

Iný príklad: trojdňové bolesti hlavy. CT, MR, RTG – kedy? Hneď – všetkým – niekomu....

Iný príklad. Ďalší príklad... *Pre istotu*, veď čo ak by náhodou. Čo ak sa bude pacient sťažovať.

Na prvý pohľad možno nezmysel, čo to ten doktor z dediny tu rieši. Ibaže zákony platia. Ako si to má vysvetľovať, čo teda všetko vyšetriť.

Množstvo vyšetrení na Slovensku stúpa. Slovenský pacient má ľahšiu cestu čo najskôr mať napríklad MR kolena ako pacient niekde pri Londýne. Ale v Londýne, ak je podozrenie z fraktúry nosa, tak RTG nebude, načo aj. U nás áno, lebo paragraf 4? Hoci aj v Nemecku to RTG pri podozrení na fraktúru nosa asi urobia.

V Londýne bez RTG bez postihu, u nás bez RTG s postihom? Historický prístup, racionálny prístup, správny prístup? Samé otázky.

Záver ortopedického vyšetrenia: Bolesti neudáva, Pedes plani (ploché nohy). Doporučené FW, KO, CRP, sérológia na chlamýdie, mykoplazmy, yersínie, borélie.

Čo má spraviť VLD alebo VLDD? Neodobrať krv na evidentne zbytočné (?) vyšetrenie? Či *pre istotu* radšej áno?



Alebo taká 19-ročná Veronika, ktorá príde, že chce ísť na cieвне, lebo má na lýtku povrchovú žilku a nechce aby mala neskôr kŕčové žily. Má ísť na cieвне alebo nemá? Ak podľa všeobecného lekára nemá, čo s tým tam urobia, keď ona chce a pôjde?!

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vydáva každý rok kazuistiky v ktorých popisuje niektoré zaujímavé prípady, ktoré riešil. Jeden z nich, bol prípad veľmi obézneho mladého muža s hypertenziou, ktorý veľmi nechodil na kontroly, neužíval lieky na hypertenziu ako mal a náhle zomrel. Všeobecná lekárnica pochybila aj v tom, že ho neposlala na interné vyšetrenie. Ak by išiel, bola by potvrdená diagnóza ťažkej obezity, hypertenzie s odporúčaniami... Samozrejme, odporúčania by skončili ako hrach na stene, pacient by zomrel aj tak, ale doktorka by mala menšiu pokutu. Hoci asi pochybila aj v tom, že nezabezpečila správny preventívny postup. Pacient neschudol (liečba), hoci mal a zároveň nemal pribrať (prevencia). Síce neviem, ako to mala zabezpečiť, ale nespravila to a je evidentné, že pokuta je vyrúbená správne v súlade so zákonom, lebo porušila patričný paragraf.

Takže tú Veroniku radšej, *pre istotu*, pošleme, veď čo ak náhodou sa bude sťažovať, že dostala kŕčové žily. A ak ju nepošleme, aj tak pôjde. Veď reklama o novootvorenej cieвнеj ambulancii svieti týždeň čo týždeň v regionálnych reklamných novinách. Každý pacient dobrý, aj taká Veronika. Budú body a čím viac, tým lepšie, aspoň mám argument žiadať na-

výšenie. A taká Lenka s kŕčovými žilami, ktoré ak lekár zbadá od dverí ambulancie, tak vie, že operácia je nutná. Pošle ju na chirurgiu, odtiaľ ju pošlú na cieвне, lebo kŕčové žily patria tam a odtiaľ späť na chirurgiu, lebo operácia nutná a tá sa realizuje na chirurgii.

Ale ak náhodou potrebujete akútne vyšetriť pacienta na cieवnom, pretože máte podozrenie z trombózy, tak je problém. Nie je termín, lebo máme práve niekoľko Veroník a Leniek (ako spolu kecajú, veď sú z jednej dediny) v čakárni.

Sen? Nie, realita blúdenia či skôr blúznenia a možno aj v súlade so zákonom.

PREDOPERAČNÉ VYŠETRENIA.

Zaujímavým problémom sú predoperačné vyšetrenia a ich rozsah. Je to oblasť medicíny, kde nejaký štandardný postup by bol relatívne najjednoduchšie vytvoriť a aj ho dodržiavať. Zároveň by riešil to základné, pacient dostane to čo má dostať pred operáciou, lekár vie čo má urobiť, poisťovňa vie za čo má zaplatiť a všetko sa to dá relatívne ľahko skontrolovať.

Citať z odporúčaného postupu u našich susedov uverejneného na internete :

„V. Význam laboratorných a pomocných vyšetrení pro stanovení operačního rizika.

Laboratorní vyšetření hrají ve stanovení rizika podružnou roli. Některé práce dokazují, že jenom 5,9 % provedených laboratorních testů mělo význam pro změnu postupu v předoperační přípravě a všechny významné patologické odchylky bylo možno na základě kvalitního klinického vyšetření předpokládat.

Základní a nejdůležitější metodou při předoperačním vyšetření zůstává pečlivá anamnesa a fyzikální nález. Spektrum pomocných vyšetřovacích metod by mělo být určeno individuálně na základě rizik vyplývajících z typu výkonu a přidružených onemocnění.“

Realita na Slovensku: Banálny výkon v celkovej anestéze u inak zdravného dieťaťa. Požiadavka z operujúceho pracoviska: FW, KO, HT, VP, HbsAg, anti HIV, BWR, EKG, RTG hrudníka, kardiologické a psychologické vyšetrenie. (???)

Iný banálny výkon, požiadavka z jedného pracoviska KO, PČ, z druhého, pri tom istom výkone FW, alebo CRP, KO, HT, VP, PČ, Fbg, moč. A púšťanie žilou sa voľakedy používalo ako liečebná metóda, teraz to má pozitívny psychologický dosah. Brali mi krv, hurááá. Veď čo by sme *pre istotu* neurobili.

PACIENTI.

Strach, podvedomie, média, suseda, kolega, internet... Je to pochopiteľné, že sa všetci bojíme o zdravie seba a svojich blízkych a strach zo všeličoho je veľmi často príčinou návštevy u lekára.

„Ani by sme nešli ale *pre istotu* sme prišli“. „Asi to nie je nič vážne, ale suseda mala podobné a...“ „Práve sme doleteli z dovolenky z Egypta a malý mal 1x hnačku, *pre istotu* sme prišli aby nedostal hnačky...“

Dokonca nie je nič lepšie pre reklamu ako strach a jeho vyvolávanie (možno i zámerne).

LSPP.

O LSPP nemá vôbec význam písať a hovoriť, to čo sa tam rieši je niečo, čo v 99% prípadov vôbec nie je lekárska služba prvej pomoci. A tí ktorí ju v skutočnosti potrebujú, napríklad pri infarkte myokardu, nakoniec majú vďaka návšteve pohotovosti len oddialenú čo najrýchlejšie potrebnú zdravotnú starostlivosť. A to, že RZP je najmenej v polovici prípadov poskytovanie taxi v červenom zadarmo (pre klienta), ale *pre istotu*, alebo pre ušetrnie 1,99 Eura ako poplatku na LSPP, je bohužiaľ všeobecne známa vec. Rozdiel je len jeden, RZP je dobre platená a LSPP zle. Ale, čo by sme pre občana, voliča neurobili, lekár volič je nezaújimavý.

FENOMÉN INTERNETU.

V súčasnej dobe máme všetkým známy fenomén internet. Je plný informácií, správnych aj nesprávnych a hlavne pre bežného človeka informácií, ktoré často nevie dobre triediť, analyzovať. Len na Sovesku je niekoľko diskusných fór so zameraním na zdravotníctvo, kde sa pacienti pýtajú, radi, občas aj s príspevím lekárov (hoci to je zriedkavé). Sú to anonymné fóra, ktoré sú perfektné v tom, že poodhľávajú ako to na Slovensku v zdravotníctve tak trochu chodí a čo sa ako správne robí alebo nerobí, čo si pacienti myslia o nás doktoroch a čo si myslia o medicíne a čo ich trápi a čoho sa boja a čo *pre istotu* robia. Každý deň sú to stovky prípadov, väčšinou tých istých diagnóz, väčšinou nezávažných (chlalabohu). Na prvý pohľad ako sa tomu hovorí piskošky. Bohužiaľ nie sú to piskošky, sú to stovky prípadov denne, ktoré často poukazujú na nesprávny postup a nesprávny prístup či už zo strany lekárov, alebo pacientov. Je to tvrdá realita, dokonca katastrofa, pretože stovky denne sú tisíckami mesačne a za rok obrovské množstvo, v podstate len tá povestná špička ľadovca.

Na druhej strane spojenie nesprávny postup je veľmi diskutabilné, pretože čo je správne? Aký je to ten správny postup hľadania istoty v súlade s platnou legislatívou?

KAZUISTIKY.

Vzniká nám skupina pacientov, kde by sa dala stanoviť **dg. kyberchonder**. Pre týchto pacientov hľadanie istoty je často dennodenou prácou a o tom, ako ich to zožiera, ani nehovorím.

KAZUISTIKA Č.1.

Obraciam sa na Vás s prosbou o pomoc. Ja už naozaj nevládzem a to doslovne. Už vyše 2 rokov mám zdravotné problémy prejavujúce sa ako zimnice, zvýšené teploty, strata energie, totálna únava, bolesti svalov, kĺbov, slabosť. Už sa mi nechce ani chodiť, z toho všetkého mám aj psychické problémy. Absolvovala som veľmi veľa vyšetrení, krvné testy mi robia 1x do mesiaca a sú úplne ok.

KAZUISTIKA Č. 2.

Špeciálne vyšetrenia chlamýdie/plúcne chlamýdie negat. borelióza, mononukleóza, EB – negat., MR mozgu 2x po pol roku

negat. Gynekologické vyšetrenie/ kultivácia + PAP test ok, gastroscopické vyšetrenie + helicobacter – negat., hormóny štítnej žľazy ok. Proste všetko ok. Bola som aj na imunologickom vyšetrení, a jediné, čo signalizovalo, že nie je ok boli asi 3x zvýšené celkové IgE. Doktorka mi povedala, že mám v tele nejakého parazita, a ďalej sa tým nezaoberala, keď mi vyšla borelióza negatívna. Ja už nevládzem. Nevie, či to môže mať súvis s tým, že tieto problémy sa mi objavili cca 4 mesiace po návrate z Egypta. Nikto mi nevie pomôcť a ja už naozaj neviem, čo mám robiť a hlavne kam mám ísť. Už len sedím a čumím do blba a myslím na najhoršie.

Rada

Nechajte sa hospitalizovať na pozorovanie, tam vám urobia všetky vyšetrenia pod jednou strechou, prip. na imunológii sa dožadovať hlbších vyšetrení...C3, C4, C125 alebo tak nejak. Ak bude naozaj všetko negatívne, jednoznačne psychiater... podľa môjho názoru, prajem veľa zdravia.

Odpoveď

Ďakujem za odpoveď, avšak za kým mám ísť ohľadne tej hospitalizácie? Za obvodnou lekárkou? Na základe čoho a hlavne na akom oddelení ma hospitalizujú? Už som aj ja uvažovala nad tou hospitalizáciou.

KAZUISTIKA Č. 3.

Ahoj Lenka, mám pocit, že som čítala opis svojich problémov. Nespozorovala si, kedy si najviac unavená? A ktoré časti tela Ťa najviac bolia? Najskôr Ti odporúčam hospitalizáciu na neuroológii, aby Ti urobili lumbálnu a určite ischemický záťažový test. Potom budeš vedieť viac. Ozvi sa mi na mail.

KAZUISTIKA Č. 4.

Dobrý deň,

chcela by som poprosiť o radu. Cítim sa veľmi unavená, pripisovala som to vysokému pracovnému nasadeniu, pri odberoch krvi mi zistili anémiu a hodnoty anti EBV (VCA) IgG 3,659 a anti EBNA IgG 4,0077 (norma do 0,9), tiež sa mi tvoria po tele, predovšetkým na tvári červené flaky, sú trvalé v návaloch sa to zhoršuje. Môžu tieto problémy spolu súvisieť, alebo je to podmienené stresom? Chcem sa opýtať, či je treba nejakú liečbu hlavne v súvislosti s vyššími hodnotami anti EBV IgG a anti EBNA IgG. Mám mononukleózu?

Odpoveď

Podľa testov ste sa minimálne stretli s EBV, možno telo proti nemu práve bojuje. Mononukleóza je od výrazu pre jeden druh bielych krviniek, ktorých počet sa mení pri ochorení - to sa dá zistiť vyšetrením. Únava je typický príznak prebiehajúceho ochorenia, rovnako ako aj anémia. Prejavy na koži sa tiež objavujú pri mononukleóze, ale čo máte konkrétne vy by musel posúdiť lekár. Mononukleóza sa nedá špecificky liečiť, podporuje sa organizmus. Často sa zhoršujú (na pár mesiacov) pečeňové testy, preto sa doporučuje diéta šetriaca pečeň podľa aktuálnych výsledkov. Počas ochorenia je človek menej odolný voči infekciám – u 50 % prípadov sa môže vyvinúť „angína“ – podávajú sa antibiotiká. Doporučuje sa, aby sa pacient celkovo šetril.

Odpoveď pri inom probléme

Overiť si prítomnosť kvasinkovej infekcie môžete testom slín. Vyplujete do vody v pohári sliny ráno nalačno. Do polhodiny sledujete či sa voda zakalí. Ak máte infekciu candida, z hladiny padajú ku dnu vlákna. Zdravému človeku sliny plávajú na hladine a voda pod tým ostáva číra. Mne sa vlákna tvorili do minúty po vyplutí.

Ďalší pacient

Ja sa bojím, čo ak ich mam už veľmi premnožene? Užívam lieky Helicid, Velaxin a Isoptin v najnižších dávkach, môže to byť spôsobené tým? Aj stresy som mala a veľa sladkého jedla,... Ďakujem za názor.

KAZUISTIKA Č. 5

Zistili mi chlamýdie pľúcne, tak som sa preliečila (3 balenia azitromycínu); chlamýdie som tam mala stále, tak mi doktor opäť dal na 21 dní Klacid 500 a po 2 mesiacoch mi spravil zase testy a hodnoty chlamýdií sa ešte zvýšili, sú stále pozitívne. Tak sme to nechali tak a dostala som Imunor na 3 mesiace. Inak nechápem ako je možné, že tie chlamýdie mám stále pozitívne. Teraz mi však bol zistený z výteru v krku Hemofilus parainfluenza tak mi zase dali antibiotikum Zinnat 500mg 2 balenia na 10 dní a chcem sa spýtať či by nestačilo keby využívam Zinnat len jedno balenie na 5 dní? Lebo už mám zničený žalúdok aj imunitu z toľkých antibiotík, čo som pobrala. A ešte by ma zaujímalo, či môžem brať ten Imunor, keď beriem teraz Zinnat?

KAZUISTIKA Č. 6

Pekne by som poprosila o vysvetlenie výsledkov krvných testov u alergológa-imunológa. Mám oslabenú imunitu, chronický zápal hrdla, únava, potenie. Uvádzam len pozitívne výsledky rozboru krvi:

EBNA IgG pozit., CMV IgG pozit., Herpes vírus 1 IgG pozit. Trombocyty – 138, tesne pod dolnou hranicou normy. IgE – 377 j. zvýšené (NH do 100 j.). Anti HP-IgG protilátky 85 j. zvýšené (NH je do 24 j.), teda a vs klin. signifik. Anti HP-IgA protilátky 25,4 j. zvýšené (NH je do 20 j.), teda a vs klin. signifik.

Aj u ostatných parametrov sú výsledky buď hraničné alebo zvýšené, ale nie sú výraznené.

Záver: Sérologická antiHP IgG, IgA pozitivita bez klin. dysp.sy. (st. in observ.). Chr. herpetická vs florídna infekcia (HSV1). Trombocytopenia NS.

Liečba je navrhnutá. Ďakujem za vysvetlenie.

Doporučenie xy

Robili Ti na neurológii EEG vyšetrenie? Ak nie, dožadujte sa ho, alebo choďte za iným neurológom. Nebolo by zlé urobiť ani CT mozgu, poprípade MR. S tým nie sú srandy, ale nechcem vás strašiť, len nech ho dôkladne vyšetrí.

Dám sa vyšetriť, nič mi nie je, ale prečo nie.

Ďakujem, ja som už objednaná do Ľubochne. Každý rok tam chodí moja svokra, tak som si povedala, že sa nechám vyšetriť aj ja. Ale neviem, či mi to odporúčanie dá moja doktorka. Či bude vyžadovať vyšetrenie, bude sa vypytovať čo mi je, atď.

Výsledky, výsledky, výsledky. My chceme – lekári, my chceme

– pacienti. Ťažko definovateľné problémy. Liečba v mnohých prípadoch veľmi diskutabilná, až úplne sporná. ALE. Čo ak náhodou, pre istotu.

Ak príde pacient k lekárovi, že pľul do pohára a zistil candidu, čo s ním? Veď čo ak náhodou, pre istotu...

Všetky tie kazuistiky hore, ak by sa presne analyzovali, tak by bolo veľmi diskutabilné a sporné prečo sa vôbec tie vyšetrenia robili. Aký má význam, praktický, napríklad serológia na EBV vírus a pod.? Ak by nabehli revízní lekári, vedel by si lekár obhájiť, prečo to robil a ako sa k tomu postavil? Bolo to správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti?

Pre akú istotu, pre mňa, pre pacienta, pre úrad? Existuje vôbec nejaká istota v medicíne?

Neexistuje, bohužiaľ. Paradoxne existuje len percento pravdepodobnosti, že aj ten veľmi zriedkavý príznak je u konkrétneho pacienta príznakom jediným, zriedkavým, raritným.

Apendicitída a pri operácii sa zistí, že nešlo o apendicitídu ale o M. Crohn.

Chyba? Je to postup v rozpore s našim zákonom? Pacient sa bude sťažovať ako dopadne sťažnosť? Síce išlo o NPB, resp. pacient mal známky svedčiace pre takúto závažnú dg. Nemalo sa bezodkladne urobiť aj niečo iné?

Ak príde pacient o jednej v noci na LSPP, že ho 4 dni pomerne intenzívne bolí hlava. Má mať neurologické vyšetrenie? Má neurológ bezodkladne zabezpečiť CT, MR pre istotu, čo ak náhodou nádor. Ak to o druhej v noci urobí a všetko je OK, pacienta hlava prestane bolieť a o mesiac sa to zopakuje. Nemal by pre istotu mať znova MR, veď nádor mohol narásť?

PRAVIDLÁ, POSTUPY, ŠTANDARDY.

Kde sú (ak sú) paragrafy, čo všetko musím(e) urobiť pre správne stanovenie dg. a liečby?

Je jasné a pochopiteľné, že štandardy nie sú záchranou nášho zdravotníctva, a je pochopiteľné, že nevyriešia všetko. Nie vždy privedú lekára k správnej dg., ale určite čiastočne eliminujú strach z pochybenia.

Naše zdravotníctvo je v podstate založené na represii a chaoze. Chýba snaha o edukáciu. Zbierajú sa body, ale neviem, či aj vedomosti. Radšej robíme pre istotu, všetko a dokola. Liečime pacientove výsledky a neliečime pacienta.

Sú oblasti, kde sa doslova plytvá, predoperačné vyšetrenie je typickou ukážkou. Najrôznejšie serológie, ale ani tak nejde o to dať vyšetriť serológiu, ale interpretácia je už veľkým problémom. Nasleduje často liečba a znova kontrola a znova liečba a pod. Mononukleóza, chlamýdie, mykoplazmy, borélie, helicobacter, výtery.... tisíce asi nesprávne hodnotených, nesprávne riešených. Hoci pre istotu (prečo nie? a hlavne ak som dostal radu z internetu...).

Treba priznať, že minimálne snaha o vytváranie štandardov je. Realizácia pokrívava a ako to v praxi dopadne, vyzerá u nás asi takto:

V zákone máme uzakonené preventívne vyšetrovanie dychoým testom na Helicobacter pylori u 19-20 ročných. Nebudem polemizovať s logikou tohto vyšetrenia, na to sú tu múdrejší MUDr., ktorí majú atestáciu z gastroenterológie.

A hoci skoro unisono tvrdia, že ide o nezmysel, asi lobing dokázal zaviesť do praxe tento skrining.

A čuduj sa svete, v tomto prípade prišli noty z MZ SR. Od marca roku 2010 je vo vestníku ministerstva doporučený postup ako a hlavne kedy liečiť. Ak pacient nemá problém, ale má pozitívny dychový test, tak sa liečiť nemá. Výborné. Trošku medicíny a logiky. Ibaže načo potom skrining, či vari ide len o peniaze?

A teraz sa vžité do kože lekára, ku ktorému príde pacient, lebo prišla do ich triedy sestrička a spravila im dychový test a ten vyšiel pozitívny a tento pacient, ktorý nemá žiadne ťažkosti, príde s týmto pozitívnym výsledkom k lekárovi. Oznamuje mu, že netreba s tým nič robiť, neliečiť. Ibaže čo tá rakovina, ktorú ten bacilček vyvolá, počul pacient.

Všeobecne môžeme povedať, že A máme ale chýba nám B. Máme paragraf, ale noty chýbajú, a ak aj sú, tak veľmi falošné.

V podstate naše zdravotníctvo nemá medicínske pravidlá. Stále sa o tom rozpráva, ale záujem riešiť nemá nikto. Načo aj. Namiesto snahy o edukáciu a dodržiavanie pravidiel, obvyčajný chaos a represia. Úrad má robotu, médiá sa priživlia a vinníka máme. Tak čo by sme riešili. Načo.

Chaos medzi lekármi a chaos medzi pacientami. Na jednej strane doslova vyhadzovanie peňazí von oknom, na druhej nedostatok peňazí na všeličo a často aj základné.

Súkromná poisťovňa, ktorá nemôže tvoriť zisk, má zdravotnícke zariadenia, laboratória, lekárne. Tadiaľto si zisk zrealizuje. Má záujem toto riešiť? Nemá, veď by boli hlúpi. Akékoľvek pravidlá by mohli viesť k obmedzeniu zisku cez svoje zariadenia.

Druhá, štátna poisťovňa: nie je záujem. Načo. Nebudú peniaze, štát pošle.

Šťastím je, že slovenský doktor nezačne realizovať taliansku formu štrajku. Ak by sme začali odzajtra – katastrofa, kolaps zdravotníctva a v súlade so zákonom.

Paradoxne ten doktor, ktorý ordinuje všetko možné je pre pacienta ten lepší, ako ten lekár, ktorý sa snaží rozmýšľať, výsledky dávať do súvisu s problémami pacienta a s jeho klinickým stavom.

Ako sa to teda má správne, v súlade so zákonom, poskytovať zdravotná starostlivosť? Čím dlhšie robím, tým mám s tým väčší problém a pri debatách s lekármi vidím, že nielen ja.

„Šak som stále viac sprostejší,“ ako hovorí môj kamarát MUDr. Fero.

Zdravotnícke noviny z 25. 3. 2010: Ako povedal doc. Ing. Peter Staněk, CSc. z ekonomického ústavu SAV: „problémom je plytvanie v zdravotnom systéme... kde sa dospelo k zaujímavému poznaniu – tridsať miliárd zo slovenského zdravotníctva je problémových, ak pätnásť miliárd presmerujeme na iné oblasti, druhých pätnásť miliárd je čisté plytvanie.“

Pre istotu radšej plytváme, či plytvajme a možno sa občas trafíme, aby to plytvanie bolo v súlade s platnou legislatívou.

Nebol som nikdy v USA a zdravotný systém poznám len z počutia, ale vychádza mi, že sme sa dali na cestu amerikanizácie zdravotníctva, akurát s tým rozdielom, že takýto systém pri zdrojoch, ktoré máme, spôsobuje deficit.

OVERDIAGNOSIS A OVERTREATMENT.

Ak použijem akékoľvek vyšetrenie hlavne ako prevenciu pred obvinením zo zanedbania starostlivosti, tak to vyšetrenie je zbytočné a z medicínskeho hľadiska nesprávne použiť.

Na nakopnuté koleno sa najlepším stalo v „horšom“ prípade RTG, v „lepšom“ MR – a nie ľad (hoci toto som zámerne trochu prehnal).

Overdiagnosis a overtreatment vedie k zhoršeniu poskytovania zdravotnej starostlivosti a to napriek tomu, že je to asi v súlade so zákonom.

PRESVEDČENIE NA ZÁVER.

Ak týchto pár strán pošlem o 10 rokov do nejakej redakcie a náhodou by to odpublikovali, všetko tu napísané bude stále aktuálne, iba to číslo o plytvaní *pre istotu* a v súlade so zákonom bude oveľa vyššie. Či to bude viesť k poskytovaniu kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti, to netuším, ale veľmi o tom pochybujem.

Hoci vinníka budeme mať vždy: lekára zodpovedného za nedodržiavanie zákonov a za chaos ktorý tu panuje. Nevieť, možno je to všetko OK, ale ak je len desatina z toho, čo som popísal pravda, nemali by sme sa pokúsiť to zmeniť? Nemali by sme sa pokúsiť tento chaos zmeniť aby to zdravotníctvo bolo efektívnejšie?

Hoci na druhej strane, pri takomto systéme sa asi nemusím báť, či najbližších 10 rokov budem mať robotu a či nie. Fajn pocit istoty v krízovej neistote.

Cieľom mojej práce bolo popísať, ako to tam dolu (ne)funguje, ako sa mnohé veci riešia, aký je pohľad obvyčajného dedinského lekára a čiastočne aj pohľad pacienta na ten kolotoč hľadania istoty v neistote, v súlade alebo v rozpore s platnou legislatívou.

Ak to je tak správne, tak nerobme nič, ak ale nie, tak by sme už mohli ozaj niečo začať.

Začať tvoriť pravidlá, aby sme sa pohli k tej istote, ktorá sa aj tak v medicíne nedá dosiahnuť, ale hlavne zmeniť naše zdravotníctvo na zdravotníctvo, kde lekár bude mať snahu o edukáciu – a nie pracovať pod tlakom strachu a byť spokojný, že sa tak deje v súlade s platnou legislatívou.

LITERATÚRA

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov



MUDr. Mário Moro je pediater, pracuje v detskej ambulancii v Cíferi. Pôsobí ako viceprezident Asociácie súkromných lekárov SR pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť.

» kontakt

moromario65@gmail.com

MSc. in Health Services Management konečne na Slovensku

prečo MSc. u nás



**Naši študenti vytvárajú lepšie
zdravotníctvo**

Ing. Peter Pažitný, MSc.
konateľ
Health Management Academy



**Naším cieľom je inšpirovať
našich študentov**

Ing. Simona Frisová
programová riaditeľka
Health Management Academy



**MSc. program je vlajkovou lodou
manažérskeho vzdelávania na
Semmelweis University**

Dr. Miklós Szócska, PhD.
riaditeľ centra pre vzdelávanie zdravotníckych
manažérov Semmelweis University



**MSc. program poskytuje zručnosti
pre strategické riadenie
i každodenné fungovanie
v zdravotníctve**

Dr. Gusztáv Stubnya, MSc.
generálny riaditeľ pre strategický rozvoj
a manažérske záležitosti Semmelweis University

**Health Management Academy
a Semmelweis University
vám predstavujú študijný
program Master of Science
in Health Services
Management.**

Štúdium medzinárodného programu MSc. v zdravotnom manažmente bez jazykovej bariéry a priamo v Bratislave. 5-semestrovým štúdiom vás prevedú poprední experti z praxe. Po splnení všetkých študijných podmienok a obhájení záverečnej diplomovej práce získate medzinárodne uznávaný titul MSc.

Simona Frisová

+421 911 596 050, frisova@hma.sk

Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14, Bratislava



SEMMELWEIS UNIVERSITY
HEALTH SERVICES
MANAGEMENT
TRAINING CENTRE



health management academy

hma