

» obsah

**VšZP v rokoch 2007-10:
kamuflovaný život
nad pomery**

**Zdravotníctvo je sektor
s mimoriadne vysokou
pridanou hodnotou**

DRG na Slovensku

**Zmena paradigmy
v nemeckom systéme
zdravotného poistenia?**

**České zdravotníctví
po krizi**

**Nové logo Health
Management Academy**

**Spotrebiteľské
správanie – kúpeľné
zariadenia**

Legislatívny seminár

» 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 vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák,
Eva Sívá, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Situácia vo VšZP je vážna

Neupierame snahu nového vedenia zvrátiť smerovanie poisťovne. VšZP je však veľká, ťažkopádna loď, kde sa zmena kurzu premietne do reality až po mnohých kilometroch. Vládna koalícia má pochybnosti, či to bude stačiť na vyhnutie sa zrážke. Preto odkladá jej Deň zúčtovania na 1. júl 2012.

Manažment VšZP objavil v účtovníctve štátnej poisťovne „kostlivcov“: nesprávne zaúčtované opravné položky k pohľadávkam za roky 2007 až 2009. Skreslenie účtovníctva o 50 mil. € viedlo k podaniu trestného oznámenia a k expresnej zmene legislatívy. Ešte pred účinnosťou novely zákona o zdravotných poisťovniach (zákon č. 34/2011 Z. z.), ktorá sprísňuje podmienky platobnej schopnosti zdravotných poisťovní poslanci v skrátenom termíne schválili odklad účinnosti týchto podmienok. Pre každú poisťovňu sa mal pôvodne od 1. 4. 2011 opäť sledovať podiel vlastných zdrojov na poistnom po prerozdeľovaní za predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov, ktorý nesmie klesnúť pod 3 %, inak by musel Úrad pre dohľad zaviesť nad poisťovňou nútenú správu.

Obava, že objavené chyby v účtovníctve by mohli poisťovňu stiahnuť pod hladinu troch percent viedla vládnu koalíciu k odkladu účinnosti. Pôvodný vládny návrh odkladu (do 1. januára 2013) skrátili poslanci na návrh SaS o polroka (do 30. júna 2012). Vláda dúfa, že sa dovedy vyhne riziku bankrotu štátnej poisťovne a s ním spojeným politickým nákladom. Za zmäkčenie podmienok hlasovali vo vzácnnej zhode poslanci koalície i opozície. VšZP tak získala ďalších 15 mesiacov, kým bude musieť dodržiavať prísnejšie kritériá platobnej schopnosti.

Je dosť neštandardné – a kritizovali sme to i v minulosti – ak sa dôležité zmeny prijímajú narýchlo, bez pripomienkového konania, nezriedka v II. čítaní v parlamente. V krátkom čase ide už o druhú zmenu zdravotníckej legislatívy v expresnom konaní (vo februári to bola novela zákona o omamných látkach). Otázka znie, či bola táto náhlivosť namiestne a či informácie, ktoré spustili túto zmenu, neboli k dispozícii skôr. A samozrejme, či je správne robiť pre štátne firmy ústupky a účelovo im prispôbovať pravidlá hry.

Aj keby odklad platobnej schopnosti nebol schválený, až do júla by ÚDZS nebol býval mal dôvod vo VšZP zasiahnuť. A to je dosť času na štandardnejšie prijímanie zákonov a väčšiu sprievodnú diskusiu.

Neustále ožiovovanie neefektívne hospodáriacich štátnych organizácií za cenu vysokých nákladov oddaluje priznanie si opakovane potvrdzovaného faktu: na Slovensku štátne vlastníctvo negarantuje efektívne a zodpovedné poskytovanie služieb (či už ide o poskytovanie verejného zdravotného poistenia alebo zdravotnej starostlivosti). Skôr dokazuje opak.

Ak by sa Mariánovi Faktorovi podarila záchranná misia, zostane tu vážne riziko, že po ďalšej zmene vlády zažijeme *déjà vu*. Poisťovňa s kľúčovým postavením na trhu je pre politikov priveľkým pokušením. Lepšie je ich ho zbaviť.

TOMÁŠ SZALAY

**Prihláste sa už dnes
do vzdelávacieho programu
Master of Science**




hma
health management
academy



Volajte: +421 911 596 050
Kliknite na: www.hma.sk
Pište na: frisova@hma.sk

VŠZP v rokoch 2007 až 2010: kamuflovaný život nad pomery

NA FINANČNÉ PROBLÉMY VŠZP UPOZORŇUJEME UŽ OD ROKU 2009

Na finančné problémy Všeobecnej zdravotnej poisťovne sme neupozorňovali len v našom newsletteri, ale aj v iných médiách. Za moje vyjadrenia v rozhovore pre Plus 7 dní¹⁾ že VŠZP je „najzreľším kandidátom na bankrot“ a zlúčenie VŠZP a SZP som okomentoval slovami, že „z chromého a krivého bežec nebude“ ma 20. 10. 2009 dokonca bývalá riaditeľka Zuzana Zvolenská zažalovala za neoprávnený zásah do dobrej povesti VŠZP a chcela odo mňa osobne a HPI vysúdiť 1,1 milióna Sk.

Ako však hovoria právnici, aby mohla byť dobrá povesť poškodená, najprv musí byť dobrá. Aby bola absurdnosť celej situácie dokonalá, niekoľko dní po doručení začatia konania voči mne a HPI, bolo vedenie VŠZP pod vedením Zuzany Zvolenskej nútené požiadať vládu o 65 mil. € formou zvýšenia základného imania, aby VŠZP skutočne nebankrotovala. Na zlepšenie finančnej situácie sa navyše v januári 2010 VŠZP po zlúčení so SZP zmocnila jej finančného majetku približne vo výške 30 až 40 mil. €.

1) Mávanie rukami (Plus 7 dní, 11. 9. 2009), rozhovor s Petrom Pažitným, <http://plus7dni.pluska.sk/plus7dni/rozhovor/mavanie-rukami.html>

NEREÁLNE ÚČTOVANIE A NEKRYTÉ ZVYŠOVANIE PLATIEB FAKULTNÝM NEMOCNICIAM

Tolko minulosť. Dnes sa karta obrátila, nové vedenie VŠZP podáva trestné oznámenie na neznámeho páchatela pre nereálne účtovanie, keďže kontrola účtovných uzávierok za roky 2007 až 2009 zistila nereálne účtované opravné položky. To je však len prvý z veľkých problémov VŠZP. Duhým je nekryté zvyšovanie platieb fakultným nemocniciam v minulých rokoch.

Z **Tabuľky 1** a **Tabuľky 2** je úplne zrejmé, že platby VŠZP do fakultných nemocníc (najmä v Košiciach, Bratislave, Martine a Banskej Bystrici) vzrástli počas piatich rokov dvojnásobne, pričom najväčšie nárasty zaznamenali FNsP Košice v roku 2010 (+49 %), či FNsP Bratislava v roku 2008 (+48 %). Zároveň vôbec nie je jasné, akú pridanú hodnotu dostali poisťenci VŠZP od týchto nemocníc. Zlepšila sa kvalita zdravotnej starostlivosti? Odchádzali pacienti VŠZP spokojnejší? Navyše, tieto anomálie v odmeňovaní fakultné nemocnice prenášali aj na ostatné zdravotné poisťovne a deformovali vzácnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Súkromné poisťovne tak za poskytnutú zdravotnú starostlivosť platili viac, ako by boli platili bez efektu rozšafného hospodárenia VŠZP.

Tabuľka 1: Platby VŠZP fakultným nemocniciam v mil. €

Nemocnica	2006	2007	2008	2009	2010	Index 2010/2006
Košice	19	20	26	28	41	2,1
Bratislava	45	48	71	72	90	2,0
DFNsP Bratislava	9	10	13	13	16	1,9
Martin	16	20	24	25	30	1,9
Banská Bystrica	18	17	24	25	31	1,8
DFNsP Košice	3	3	3	3	5	1,8
Trnava	10	11	14	16	18	1,7
DFNsP Banská Bystrica	3	3	4	4	4	1,7
Nové Zámky	9	10	12	12	15	1,6
Prešov	23	23	29	30	36	1,6
Trenčín	15	16	17	18	23	1,5
Nitra	15	17	19	20	22	1,4
Žilina	17	19	20	21	23	1,4
Spolu	202	218	276	287	354	1,7

Zdroj: VŠZP, 2011

Tabuľka 2: Medziročný nárast platieb VŠZP fakultným nemocniciam v %

Nemocnica	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	priemerný ročný nárast 2006 – 2010
Košice	5 %	29 %	5 %	49 %	22 %
Bratislava	5 %	48 %	2 %	24 %	20 %
DFNsP Bratislava	14 %	31 %	1 %	25 %	18 %
Martin	20 %	22 %	5 %	21 %	17 %
Banská Bystrica	-1 %	37 %	3 %	27 %	17 %
DFNsP Košice	25 %	-7 %	2 %	50 %	17 %
Trnava	5 %	31 %	11 %	13 %	15 %
DFNsP Banská Bystrica	27 %	8 %	6 %	16 %	14 %
Nové Zámky	12 %	18 %	1 %	20 %	13 %
Prešov	1 %	25 %	4 %	18 %	12 %
Trenčín	4 %	10 %	7 %	23 %	11 %
Nitra	9 %	13 %	7 %	8 %	9 %
Žilina	15 %	7 %	1 %	13 %	9 %
Spolu	8 %	27 %	4 %	23 %	15 %

Zdroj: Kalkulácie HPI na základe údajov VŠZP, 2011

Vo viacerých našich analýzach²⁾ z týchto rokov sme spomínali, že na Slovensku vzniklo dvojvrcholostné odmeňovanie. Kým platby fakultným nemocniciam rástli veľmi rýchlo, platby menším nemocniciam rástli pomaly, alebo stagnovali. Platby VŠZP do fakultných nemocníc rástli v rokoch 2006 až 2010 priemernou rýchlosťou 15 % ročne. Ak by VŠZP umožnila iba polovičnú rýchlosť (7,5 %), tak by v priebehu týchto rokov mohla ušetriť 78 mil. €. Pripomíname, že VŠZP dosiahla v roku 2010 podľa nového vedenia, ktoré prišlo v septembri 2010, stratu 70 mil. €. VŠZP sa v rokoch 2007 až do nástupu nového vedenia na jeseň 2010 nesprávala podľa pravidiel obozretného hospodárenia a jej výdavky boli vyššie ako príjmy. A aby to celé nevyšlo najavo, tak bývalé vedenie v rokoch 2007 až 2009 kamuflovalo účtovníctvo. Jednou z úloh nového vedenia je preto vyššia transparentnosť zmluvných vzťahov ako aj ich výrazná revízia.

VŠZP JE POTREBNÉ ROZDELIŤ A SPRIVATIZOVAŤ

Vláda bude zrejme musieť VŠZP opätovne zachraňovať, čo nie je dobrá správa pre štátny rozpočet ani pre samotnú VŠZP. Z tohto dôvodu navrhujeme rozdelenie VŠZP na 3 až 4 časti a následnú privatizáciu týchto častí v medzinárodnom tendri. Slovensko by tak na svoj trh zdravotného poistenia získalo silných medzinárodných hráčov a VŠZP by nebolo potrebné neustále zachraňovať.

Aby však konkurencia v zdravotnom poistení bola možná a príchod investorov reálny, tak je potrebné upraviť legislatívu do stavu „pred Ficom“, čiže odstrániť zákaz zisku, umožniť predaj poistných kmeňov, či odstrániť povinnosť kontrahovať všetky zariadenie v tzv. minimálnej sieti. Zároveň bude potrebné vystužiť systém verejného zdravotného poistenia o súkromné zdroje – napr. formou nominálneho poistného. Z dôvodu čo najlepšej štruktúry trhu je zároveň nevyhnutné reguláciou zabezpečiť, aby ani jeden subjekt na trhu nemal po privatizácii vyšší ako 30%-ný podiel na trhu.

Zároveň zdroje z tejto privatizácie (odhadom 500 mil. € až 1 000 mil. €) by bolo možné použiť na rekonštrukciu fakultných nemocníc v jednotlivých regiónoch Slovenska.



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

Zaoberá sa zdravotnou politikou,
ekonómiou zdravotníctva
a makroekonómiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

2) Napr. Pažitný, P.: Rozdiely v zmluvných cenách medzi fakultnými a všeobecnými nemocnicami, Into Balance 8/2008, str. 2



Boom internetových sociálnych sietí nás v Health Policy Institute nemohol nechať ľahostajných. Vytvorili sme preto na Facebooku profilovú stránku HPI. Pridajte si ju medzi obľúbené a zostanete s nami v kontakte. Na Facebooku nájdete aj profilovú stránku Health Management Academy a sledujte novinky HMA: oficiálne i neformálne.

Zdravotníctvo je sektor s mimoriadne vysokou mierou pridanej hodnoty

Odvetvia, ktoré v minulosti v slovenskej ekonomike expandovali, mali často podobnú nevýhodu: ich produkcia mala nízku mieru pridanej hodnoty a tak nesporný prínos týchto odvetví k ekonomickému rastu bol spojený s „otáčaním“ obrovskej masy tovaru. Zdravotníctvo má iný charakter: má neobyčajne vysokú mieru pridanej hodnoty a jeho potenciálna expanzia by významne prispela ku kvalitnejšiemu ekonomickému rastu.

VYSOKO NADPRIEMERNÝ PODIEL PRIDANEJ HODNOTY...

Zdravotníctvo a sociálna pomoc patrí k odvetviam s vysokou mierou zhodnotenia vstupov a vysokou mierou pridanej hodnoty. Dokázať to možno tabuľkami dodávok a použitia (supply-use tables, posledné dostupné odzrkadľujú rok 2007). Musíme tu akceptovať spájanie zdravotníctva a sociálnej pomoci do jedného sektora na účely takejto štatistiky, zjednodušene však ďalej hovoríme o „sektore zdravotníctva“.

Podiel pridanej hodnoty na objeme produkcie (tzv. miera pridanej hodnoty) v celej ekonomike SR je 39 %. To znamená, že na vyprodukovanie 100 eur produkcie sa musí spotrebovať až 61 eur medzispotreby a vznikne 39 eur pridanej hodnoty. Týchto 39 eur sa transformuje do jednotlivých foriem príjmov. V sektore zdravotníctva je tento pomer úplne iný ako za celú ekonomiku. Podiel medzispotreby (náročnosť na medzispotrebu) je iba na úrovni 35,4% a podiel pridanej hodnoty je až 64,6% - graf 1. Znamená to podstatne vyššiu mieru zhodnotenia vstupov a tým podstatne vyššiu mieru pridanej hodnoty. Pravda, sme si vedomí toho, že štruktúra tejto pridanej hodnoty má chybu krásy: je vo veľmi veľkej miere tvorená mzdami a v príliš malej miere je tvorená prevádzkovými prebytkami (čo je kategória blízka zisku). To však nie je fatálne.

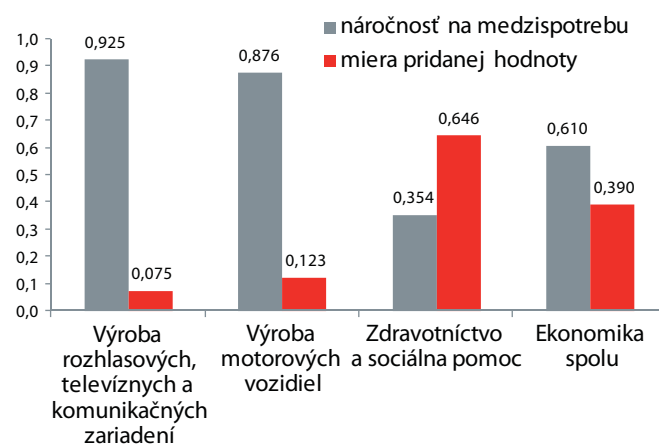
Za povšimnutie stojí náročnosť na medzispotrebu a miera pridanej hodnoty v tých sektoroch, ktoré zaznamenali silný rozmach v poslednej dekáde a vo veľkej miere formovali dynamiku aj štruktúru slovenskej ekonomiky (automobilový priemysel a výroba elektroniky). Miera pridanej hodnoty v týchto sektoroch je mimoriadne nízka a tieto sektory sú veľmi náročné na výrobné vstupy (extrémne vysoký podiel medzispotreby). K tomu, aby podstatnejšie prispievali k tvorbe pridanej hodnoty krajiny, musia tieto sektory dosahovať obrovský obrat (obrovský objem produkcie) a tým spotrebúvať aj obrovské objemy vstupov (t.j. medzispotreby).

K vytvoreniu rovnakej jednotky pridanej hodnoty potrebuje zdravotníctvo približne päťkrát menší obrat ako odvetvie výroby motorových vozidiel a osemkrát menší obrat ako odvetvie výroby rozhlasových, televíznych a komunikačných zariadení.

Samozrejme, pre objektivnosť treba spomenúť, že rozmach takých priemyselných odvetví, ako výroba automobilov, spôsobil rozmach v dodávateľských odvetviach, ktoré pracujú s vyššou mierou pridanej hodnoty. Takto vznikol rozsiahly segment vyvolaných činností s vyššou mierou pridanej

hodnoty ako u primárnej činnosti. Tu sa však nezaobráme charakteristikami „vyvolaných“ činností, len charakteristikami primárnej činnosti. Možno predpokladať, že aj rozmach v zdravotníctve by vyvolal rozmach dodávateľských sietí so zaujímavými parametrami pridanej hodnoty.

Graf 1: Náročnosť na medzispotrebu a miera pridanej hodnoty¹⁾ (SR, 2007)



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

...PRI PODPRIEMERNEJ NÁROČNOSTI NA PALIVÁ A ENERGIE

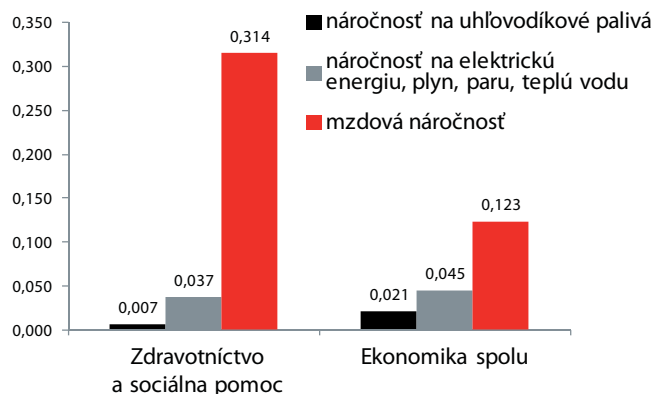
Z celkovej medzispotreby ďalej vyberáme spotrebu energií. Zdravotníctvo je podpriemerne náročné na uhľovodíkové palivá, ako aj na dodávky energií zo sieťových odvetví (graf 2). Takéto proporcie náročností produkcie v zdravotníctve sú v súlade s víziou znižovania energetickej náročnosti slovenskej ekonomiky. Pritom je to mimoriadne mzdovo náročný sektor (viaže relatívne veľkú časť pracovnej sily, čo aj pri podpriemernej mzdovej hladine znamená vysokú mzdovú náročnosť). Keďže mzdy sú súčasťou pridanej hodnoty, existuje jasná väzba medzi vysokou mzdovou náročnosťou a vysokou mierou pridanej hodnoty.

Mzdovo náročná produkcia je pre kvalitu ekonomického rastu podstatne lepšia ako energeticky a medzispotrebne náročná produkcia.

1) Náročnosť na medzispotrebu = pomer medzispotreby k objemu produkcie

Miera pridanej hodnoty = pomer pridanej hodnoty k objemu produkcie

Súčet týchto dvoch ukazovateľov dáva hodnotu 1, resp. pri percentuálnom vyjadrení 100.

Graf 2: Energetická a mzdová náročnosť²⁾ (SR, 2007)

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

PODOBNE TO VYZERÁ AJ VO VYSPELEJŠEJ EKONOMIKE

Aby sme sa uistili, že naše tvrdenia nie sú mylne vytvorené na základe potenciálne extrémnych alebo deformovaných hodnôt za SR, berieme do úvahy aj výsledky za Nemecko³⁾.

Zisťujeme podobné charakteristiky sektoru zdravotníctva (hoci s nerovnakými konkrétnymi hodnotami):

- výrazne podpriemernú náročnosť na medzispotrebu a nadpriemernú mieru pridanej hodnoty
- podpriemernú náročnosť na palivá aj na energie dodávané sieťovými odvetvami
- výrazne nadpriemernú mzdovú náročnosť

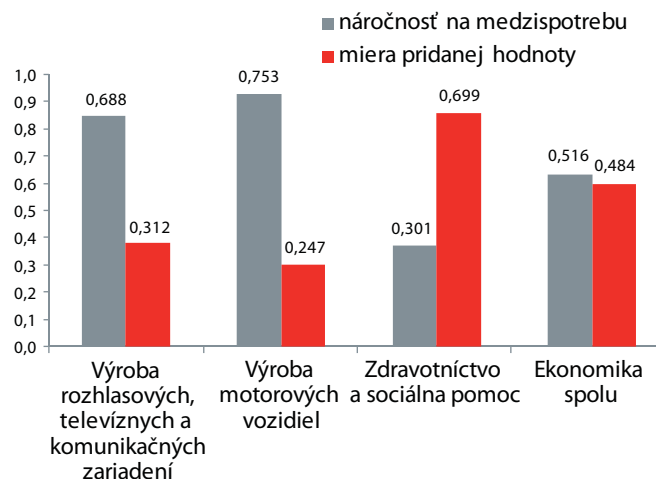
Táto jednoduchá konfrontácia s údajmi za SRN nám umožňuje predpokladať, že:

1. Hodnoty za SR nie sú nejakou neprijateľnou anomáliou. Dáva to oporu našim tvrdeniam.
2. Očakávané približovanie sa slovenskej ekonomiky k vyspelým ekonomikám EÚ nič nemení na našich tvrdeniach o jednotlivých typoch náročností či o miere pridanej hodnoty v zdravotníctve. Aj v typickej vyspelejšej ekonomike sú nami uvádzané proporcie podobné.

EXPANZIA TAKÝCH ODVETVÍ, AKO JE ZDRAVOTNÍCTVO, VEDIE KU KVALITNEJŠIEMU EKONOMICKÉMU RASTU

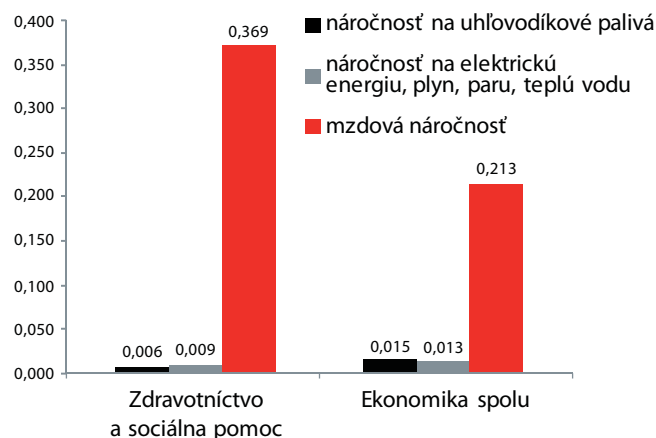
Moderná hospodárska politika už opustila honbu za maximálnym možným ekonomickým rastom. Všimá si aj kvalitu rastu. Napríklad či tento rast nehranuje prírodné zdroje a nepoškodzuje prostredie (či je rast „zelený“), či ekonomický rast prispieva ku kvalite života, či dáva šancu na inklúziu rôznych (aj znevýhodnených) vrstiev obyvateľstva, či dáva priestor uplatneniu intelektuálneho bohatstva. (Pritom sa však nestotožňujeme s tými, ktorí presadzujú rôzne prívlastky ekonomického rastu tak, že to hraničí s programovaním vývoja.)

- 2) Náročnosť na akúkoľvek komoditu je tu počítaná ako pomer danej vstupujúcej komodity k produkcii sektora.
- 3) Keďže tabuľky dodávok a použitia sa nepublikujú vo forme priemerných dát za väčšie integrované celky (ako EÚ), vyberáme zo súboru krajín príklad vyspelej európskej ekonomiky – SRN. Keďže tu nejde o porovnávaciu štúdiu, vyberáme len jednu krajinu. To stačí, aby sme potvrdili, že hodnoty údajov za Slovensko nie sú anomáliou.

Graf 3: Náročnosť na medzispotrebu a miera PH (SRN)

Poznámka: z údajov za rok 2007

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

Graf 4: Energetická a mzdová náročnosť (SRN)

Poznámka: z údajov za rok 2007

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

Možno predpokladať, že rozmach zdravotníctva prispieva ku kvalitatívne lepšiemu ekonomickému rastu. Rozmach ekonomických aktivít v sektore zdravotníctva:

1. Prispieva k „zelenému rastu“ svojou podpriemernou energetickou náročnosťou.
2. Prispieva k udržateľnému rastu tým, že má podpriemernú náročnosť na medzispotrebu a tým všeobecne šetrí vstupy.
3. Lepšie prispieva k tvorbe príjmov spoločnosti svojou vysokou mierou pridanej hodnoty.

Navyše, o čom vyššie uvedené dáta nehovoria, je rast tohto sektora vnímaný ako prínos ku konkurencieschopnosti ekonomiky (cez rozvoj človeka a ľudského kapitálu).

Atraktívne ekonomické prostredie aj v takých sektoroch, ako je zdravotníctvo, môže spontánne prinášať viac kvalitného ekonomického rastu ako tie haldy politických dokumentov, ktoré už boli vytvorené na tému „udržateľný“, „zelený“ či „inteligentný“ ekonomický rast.

KAROL MORVAY

Zdroj štatistických údajov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/esa95_supply_use_input_tables/data/workbooks

DRG na Slovensku

DRG (Diagnoses Related Groups) je klasifikačný systém. Umožňuje zatriediť prípady (hospitalizácie) podľa diagnóz a diagnosticko – liečebných procedúr (výkonov) do skupín, ktoré majú podobné klinické charakteristiky a podobnú ekonomickú náročnosť. Tridsať rokov sa používa aj ako úhradový mechanizmus v akútnej ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Prvé konkrétne snahy o implementáciu DRG na Slovensku sa datujú do rokov 1995 – 1997. Programové vyhlásenie (ďalej len „PV“) vlády SR pôsobiacej od 13. 12. 1994 do 30. 10. 1998 obsahovalo záväzok:

„... Rezort zdravotníctva vypracuje a predloží vhodný spôsob financovania zdravotníckych zariadení s využitím zdokonaleného bodovníka v kombinácii s paušálnymi platbami ...“

V rámci projektu Phare *Ekonomizácia nemocníc* (v r. 1995 – 1997) sa MZ SR, nemocnice a zdravotné poisťovne podieľali na prácach, ktoré sa mali stať dôležitou súčasťou objektívnejšieho úhradového mechanizmu nemocníc na báze paušálnych platieb za diagnózu. Na prácach sa podieľali najmä NsP Myjava a NsP Vranov. Vypracovali sa štandardné postupy pre kalkuláciu nákladov, konkrétne nákladové kalkulácie aktivít jednotlivých nemocničných oddelení a preskúmavali sa možnosti klasifikácie diagnóz a výkonov (MKCH 10 sa v SR stala povinnou od r. 1994 a v r. 1993-1994 bol využívaný v nemocniciach aj úhradový mechanizmus za výkony). V druhom polroku 1997 však boli práce utlmené z dôvodov riešenia iných akútnych priorít vo financovaní zdravotníctva.

PV vlády pôsobiacej od 30. 10. 1998 do 15. 10. 2002 už neobsahovalo žiadne konkrétne záväzky smerom k pokračovaniu prác na vhodnejšom spôsobe financovania nemocníc. Tak isto tomu bolo aj v PV vlády pôsobiacej od 16. 10. 2002 do 4. 7. 2006.

PV vlády pôsobiacej od 4. 7. 2006 do 8. 7. 2010 obsahovalo tento záväzok:

„... Vláda podporí vytvorenie podmienok pre transparentnú súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň podporí vytvorenie systému diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Dôležitým zámerom vlády bude podpora nových objektívnejších úhradových mechanizmov za výkony v zdravotníctve ...“

Na úrovni MZ, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (nemocníc) a zdravotných poisťovní sa za objektívnejší úhradový mechanizmus v zhode považoval DRG systém. Opäť však neboli vykonané žiadne oficiálne kroky v snahe DRG systém uplatniť.

Napriek tomu Združenie zdravotných poisťovní SR (ZZP) v spolupráci s poskytovateľmi začalo realizovať experiment, ktorý mal za cieľ preukázať, že implementácia DRG systému na Slovensku je potrebná a je možné ju realizovať relatívne rýchlo (pozri Experiment v **Rámčeku 1**).

PV vlády, ktorá začala pôsobiť od 9. 7. 2010 už konečne obsahuje konkrétny zámer:

„... Vláda SR podporí implementáciu inovatívnych, transparentných a objektívnejších úhradových mechanizmov, najmä platby za diagnózu (DRG systém)...“

Rámček 1: Experiment

Po cca polročných prípravách (zabezpečovaní nevyhnutných dát) sa začal experiment (DRG SR – NEO). Zrealizovalo ho Združenie zdravotných poisťovní v spolupráci s odborníkmi z medicínskej disciplíny neonatológia v období september 2009 – marec 2010. Závery experimentu boli:

- treba prebrať už existujúci zahraničný DRG systém, ktorý bude najbližší k existujúcim klinickým a metodickým podmienkam v SR (pre experiment sa využil nemecký systém G-DRG, ktorý mal základ v austrálskom AR DRG)
- vybrať systém, ktorý bude možné bez väčších zásahov priamo nasadiť v praxi
- bude ho možné upravovať na podmienky SR a postupne vytvoriť národný model
- inštitucionálne zabezpečiť implementáciu, prevádzku a rozvíjanie systému
- postupovať v spolupráci nemocníc, zdravotných poisťovní, MZ SR a ÚDZS.

Tieto závery boli prezentované a diskutované 14. 10. 2010 na workshope za účasti predstaviteľov MZ SR, ÚDZS, AFN, ANS, SLS, SLK a zdravotných poisťovní. Výstupom workshopu bolo odporúčanie, pokračovať v experimente a zaoberať sa ekonomickými, technickými a legislatívnymi otázkami. Z tohto pohľadu experiment následne preukázal, že je možné prevziať (na prvý rok – dva) aj relatívne váhy vhodného zahraničného systému. Tak isto preukázal, že nebudú potrebné zmeny zákonov ale len podzákonných noriem (Nariadenie vlády, vyhláška MZ SR, cenové opatrenie MZ SR, metodické pokyny ÚDZS a pod.). Experiment ukázal, že citlivým bodom môže byť stanovenie základnej sadzby a že na začiatku zrejme nebude možné použiť „celoslovenskú“ základnú sadzbu.

Dvadsaťročné skúsenosti prakticky so všetkými úhradovými mechanizmami v ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku ukázali, že je nevyhnutné implementovať v súčasnosti najobjektívnejší a najtransparentnejší systém úhrad (DRG systém). V Európskej únii a európskom hospodárskom priestore ho v ústavnej zdravotnej starostlivosti nemá už len Slovensko.

Požiadavky a očakávania na úhradové mechanizmy sú vždy vysoké – najmä:

- aby spravodlivo a transparentne napomáhali k alokácii zdrojov,
- aby motivovali užívateľov systému k efektívnosti,
- aby reagovali na zdravotný stav a potreby pacienta,
- aby neboli príliš administratívne komplikované

DRG systém takto požiadavky a očakávania spĺňa a umožňuje aj:

- merať produkciu nemocníc
- porovnávať nemocnice (oddelenia) z hľadiska efektivity ale aj kvality
- napomáha pri riadení nemocníc
- motivuje nemocnice k reštrukturalizácii

A najmä umožňuje spravodlivejšie odmeňovanie za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Aký je teda súčasný stav úhradového mechanizmu v ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a aký by mal byť „podľa DRG“?

Pre implementáciu DRG systému na Slovensku existuje už dlhodobejšie sektorový konsenzus. Tento konsenzus a záväzok z PV vyústil do zriadenia pracovnej skupiny pre DRG (ďalej len „PS-DRG“), ktorú v novembri 2010 ustanovil ÚDZS v zložení:

- MUDr. Ján Gajdoš – vedúci pracovnej skupiny (ÚDZS)
- Mgr. Ivana Drlíková (ÚDZS)
- Ing. Peter Pažitný (za MZ SR)
- Ing. Martin Kultán (VŠZP)
- Mgr. Ivan Poprocký (VŠZP)
- Mgr. Henrieta Maďarová (DôveraZP)
- PhDr. Dajana Petříková (UnionZP)
- MUDr. Eduard Kováč (ZZP SR)

Rokovaní pracovnej skupiny sa ad hoc zúčastňovali aj ďalší zástupcovia ÚDZS, MZ SR a zdravotných poisťovní.

Pracovná skupina najskôr posúdila všetky dostupné DRG systémy (**Tabuľka 1**).

Následne zostavila užší zoznam DRG systémov (americký, austrálsky, francúzsky, nemecký, nordický), ktoré podrobila podrobnejšej analýze. Základné výstupy z analýzy sú zhrnuté v **Tabuľke 2**.

DRG systémy môžu byť principiálne postavené „na procedúrach“ a „na diagnózach“. Postavenie „na diagnózach“ je pre klinické uvažovanie, diagnosticko-terapeutické zvyklosti ako aj kódovacie návyky bližšie našim podmienkam.

SÚČASNÝ STAV:

V súčasnosti používaná **úhrada za hospitalizačný prípad** sa skladá:

Paušálna platba za hospitalizáciu (diferencovaná podľa nemocnice a oddelenia)

- + SVLZ počas hospitalizácie
- + osobitne hrazený ŠZM resp. lieky
- + iné zložky vyplývajúce zo zmluvy.

Paušálna platba za ukončenie hospitalizácie štandardne **nerozlišuje** medicínsko-ekonomickú náročnosť, diagnosticko-terapeutický proces, nezohľadňuje diagnózu, vedľajšie diagnózy ani prípadné komplikácie, dĺžku hospitalizácie, vek, pohlavie, pôrodnú hmotnosť a pod.

PRINCÍP DRG SYSTÉMU ÚHRAD:

Charakteristiky pacienta

- vek
- pohlavie
- závažnosť zdravotného stavu (napr. pôrodná hmotnosť)

Choroba

- hlavná Dg
- vedľajšie Dg
- komplikácie

Poskytnutá zdravotná starostlivosť

- procedúry / výkony
- dĺžka hospitalizácie

Diagnoses Related Groups SW – Grouper

(klinická a nákladová podobnosť)

$$\text{Relatívna váha prípadu} \times \text{Základná sadzba} = \text{Cena za prípad}$$

Tabuľka 1: Posudzované DRG systémy

1977	USA	Yale DRG, 1983 HCFA-DRG (postupne verzie 1-16), 2002 IR-DRG
1986	Francúzsko	GHM-1 (na báze HCFA-DRG), 1997 GHM-2, 1999 EIP, 2004 PPS
1988	Austrália	AP-DRG, 1991 APR-DRG, 1992 AN-DRG, 1999 AR-DRG
1990	Belgicko	na báze HCFA-DRG
	Portugalsko	na báze HCFA-DRG
1994	Maďarsko	na báze HCFA-DRG
	Anglicko	na báze HCFA-DRG, 2003 – vlastný HRG
	Wales	na báze HCFA-DRG
1995	Taliansko	na báze HCFA-DRG
1996	Dánsko	NordDRG (na báze HCFA-DRG) vlastný DkDRG od r. 2002
	Fínsko	NordDRG
	Island	NordDRG
	Nórsko	NordDRG
	Švédsko	NordDRG + následne pobaltské krajiny
	Španielsko	na báze AP-DRG
1997	Rakúsko	vlastný LKF
2003	Nemecko	G-DRG (na báze AR-DRG)
2004	Holandsko	vlastný DBC
2007	Česko	na báze IR-DRG
2012	Švajčiarsko	na báze G-DRG

V Európe možno hovoriť o troch skupinách krajín používajúcich DRG systém:

1. **Používajúce zahraničný DRG systém bez zmien alebo len s malými zmenami**, napr.: Írsko (AR-DRG Austrália), Poľsko (HRG Anglicko), Španielsko (AP-DRG Austrália), Portugalsko (HCFA-DRG USA), Švajčiarsko (G-DRG Nemecko).
2. **Používajúce pôvodne zahraničný DRG systém ale s významnými vlastnými úpravami**, napr.: Francúzsko GHM (HCFA-DRG USA, AP-DRG Austrália), Nemecko G-DRG (AR-DRG Austrália), severské krajiny NordDRG (HCFA-DRG USA).
3. **Používajúce samostatne vytvorený klasifikačný systém**, napr. Anglicko – HRG, Rakúsko – LKF, Holandsko – DBC.

Aj pri implementácii DRG systémov sa volia rôzne postupy:

1. DRG + grouper + relatívne váhy sa **prevezmú**
2. DRG + grouper sa **prevezmú**, relatívne váhy sa **rátajú lokálne**
3. DRG + grouper + relatívne váhy sa **vytvoria lokálne**

Zodpovednosť za implementáciu, prevádzku a rozvoj DRG systémov je v Európe inštitucionálne diferencovaná. Pre podrobnejšiu orientáciu odporúčam:

USA:	www.cms.gov
Austrália:	www.health.gov.au www.nccc.uow.edu.au
Francúzsko:	www.atih.sante.fr
Nemecko:	www.G-DRG.de
Severské krajiny:	www.nordcase.org

Tabuľka 2: Porovnávací analýza klasifikačných systémov DRG

	Americký	Austrálsky	Francúzsky	Nemecký	Nordický
DRG postavený na:	na procedúrach	na diagnózach	na procedúrach	na diagnózach	na diagnózach
Verzia MKCH (ICD) prípadné rozdiely k MKCH-10	ICD-10-CM; častočné rozdiely k MKCH-10	ICD-10-AM zhoda s MKCH-10	ICD-10 malé odlišnosti k MKCH-10	ICD-10-GM zhoda s MKCH-10 + 1 kapitola	ICD-10 zhoda s MKCH-10
Kódovací systém procedúr resp. výkonov (druh, verzia)	ICD-10-PCS	ACHI	CCAM	OPS Version 2011	NCPS Version 1.14 (r. 2010)
Štruktúra kódovacieho systému (základná charakteristika)	7-miestny alfa-numerický kód; vzdialená klinická logika	7-miestny alfanumerický kód; uspokojivá klinická logika	7-miestny alfanumerický kód; uspokojivá klinická logika	6-miestny číselný kód; dobrá klinická logika	6-miestny alfa-numerický kód; dobrá klinická logika
DRG systém (posudzovaná verzia)	IR-DRG 2.2	AR-DRG 6.0	GHM 7.9	G-DRG 2011	NordDRG 2010
MDC – hlavné skupiny diagnóz (počet)	23	26	28	27	27
MDC podskupiny (vedľajšie diagnózy, komplikácie a komorbidity)	789Ú; 372A	708	701	1203	785
Grouper (jeho disponibilita)	web nedostupný	web nedostupný	web nedostupný	web dostupný	web čiastočne dostupný
Relatívne váhy (ich disponibilita)	web nedostupné	web nedostupné	web nedostupné	web dostupné	web nedostupné
Štandardizácia kalkulácií (relatívnych váh)	web nedostupné	web nedostupné	web nedostupné	dostupné po registrácii	web nedostupné

Pre fungovanie DRG systému sú potrebné tri vzájomne kompatibilné klasifikácie: klasifikácia diagnóz (MKCH 10) + klasifikačný systém procedúr /výkonov + klasifikácia závažnosti zdravotného stavu. Ich kombináciou je možné určiť relatívnu váhu prípadu a jeho cenu.

Na Slovensku používame MKCH 10 a máme pripravený nový katalóg výkonov/procedúr. Pri jeho príprave sa však nepredpokladalo jeho použitie spolu s DRG systémom pre úhrady. S touto skutočnosťou sa bude nutne ešte pri implementácii DRG systému vysporiadať. Tak isto bude treba zabezpečiť klasifikáciu závažnosti zdravotného stavu a zodpovedajúci softvér (Grouper).

Novela zákona o zdravotných poisťovniach (december 2010), definovala základné rámce pre DRG systém. Od

1. 4. 2011 DRG kompetencie patria ÚDZS, ktorý sa stal Centrom pre klasifikačný systém.

17. 3. 2011 bolo podpísané „*Memorandum o spolupráci pri zabezpečení a zavedení klasifikačného systému (DRG systému) na Slovensku*“ medzi MZ SR, ÚDZS, VŠZP, Dôverou ZP, Union ZP, ANS a AFN. Zároveň bol ustanovený aj Riadiaci výbor DRG, ktorého členmi sa stali aj zástupcovia ANS a AFN.

Ak by sa naplnili doterajšie výstupy z prác pracovnej skupiny a naplánovaný proces by postupoval bez akýchkoľvek komplikácií, tak by sme nasadenie DRG systému na Slovensku mohli očakávať k 1. 1. 2013.

EDUARD KOVÁČ

prezident Združenia zdravotných poisťovní SR

Memorandum

o spolupráci pri zabezpečení a zavedení klasifikačného systému (DRG systému) na Slovensku

PREAMBULA

Projekt zavedenia DRG systému v podmienkach verejného zdravotného poistenia na Slovensku je súčasťou Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky na obdobie rokov 2010 – 2014. Vláda sa v programovom vyhlásení, okrem iného, zaviazala, že zavedie spravodlivý systém financovania zdravotnej starostlivosti u všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a že podporí implementáciu inovatívnych, transparentných a objektívnejších úhradových mechanizmov, najmä platby za diagnózu (DRG systém).

Koncepcia DRG systému je v súlade so spoločenským rámcom pre ekonomické a transparentné pôsobenie konkurencie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

DRG systém má slúžiť ako nástroj pre hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a priamej úhrady poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa diagnózy zaradenej v príslušnej DRG skupine, ktorého cieľom je objektívnejšie porovnať kvalitu, kvantitu a nákladovosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti v SR.

DRG systém umožní identifikovať vnútorné rezervy zdrojov verejného zdravotného poistenia a umožní ich zmysluplné a efektívne riadenie. DRG systém zabezpečí prehľadnosť pri vyjednávaní kontraktov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti z hľadiska rozsahu, objemu a ceny poskytnutej zdravotnej starostlivosti. DRG systém vytvára väzbu medzi zdrojmi a potrebami.

Pre vytvorenie DRG systému v podmienkach Slovenskej republiky je nevyhnutná spolupráca signatárov memoranda predovšetkým pri:

- zabezpečovaní zberu, spracovania a kontroly dát užívateľov klasifikačného systému,

- vykonávaní výpočtu základných údajov pre nastavenie parametrov klasifikačného systému a spracovanie podkladov pre zoznam diagnosticko-terapeutických skupín a
- zabezpečovaní prevádzky, správy a vývoja referenčnej databázy.

DRG systém je klasifikačný systém, cieľom ktorého je objektivizácia financovania zdravotnej starostlivosti vytvorením systému diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Úspešnosť zavedenia DRG systému je podmienená súčinnosťou a spoluprácou všetkých zainteresovaných subjektov, t.j. Ministerstva zdravotníctva SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotných poisťovní, ako i poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zabezpečenie DRG systému znamená jeho obstaranie pre potreby systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

Zavedenie DRG systému znamená jeho implementáciu a používanie u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, v zdravotných poisťovniach a v Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Cieľom memoranda je vyjadrenie spolupráce signatárov memoranda

- v prijímaní a plnení opatrení smerujúcich k tvorbe vhodných podmienok pre zabezpečenie a zavedenie systému DRG pre Slovenskú republiku,
- v propagácii a podpore projektu DRG,

a preto v záujme plnenia programového vyhlásenia vlády SR a uskutočnenia projektu DRG

Ministerstvo zdravotníctva SR

a

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

a

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

a

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

a

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

a

Asociácia nemocníc Slovenska

a

Asociácia fakultných nemocníc Slovenska

prijímajú toto

MEMORANDUM O SPOLUPRÁCI PRI ZABEZPEČENÍ A ZAVEDENÍ KLASIFIKAČNÉHO SYSTÉMU (DRG SYSTÉMU) NA SLOVENSKU

ČL. I

ZÁVÄZKY STRÁN

1. Signatári memoranda spoločne vyhlasujú, že majú záujem o zabezpečenie a zavedenie DRG systému v podmienkach Slovenskej republiky a vyjadrujú vôľu prispieť k naplneniu spoločného cieľa, t.j. aktívne sa podieľať na zavedení systému DRG vo verejnom zdravotnom poistení v SR nasledovnými záväzkami:

1.1 Ministerstvo zdravotníctva SR sa zaväzuje:

- a) príslušnými legislatívnymi a exekutívnymi opatreniami vytvárať vhodné prostredie na zabezpečenie a zavedenie systému DRG v zdravotníckych zariadeniach v SR,
- b) v spolupráci s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zabezpečovať vhodné podmienky pre financovanie zabezpečenia a zavedenia DRG systému vo verejnom zdravotnom poistení,
- c) propagáciou, osvetou a edukáciou aktívne vytvárať pozitívne celospoločenské prostredie ako aj aktívne pozitívne vplývať na mienku odbornej verejnosti pri zavádzaní systému DRG,
- d) poskytovať vlastné odborné kapacity pre riešenie situácií pri zabezpečení a zavedení systému DRG.

1.2 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa zaväzuje:

- a) spolupracovať pri zavedení DRG systému so všetkými signatármi tohto memoranda, ako aj so širokou odbornou verejnosťou,
- b) transparentne a aktívne riadiť proces zavádzania DRG systému s cieľom jeho čo najefektívnejšieho vybudovania,
- c) zriadiť riadiaci výbor projektu DRG, ktorý bude zložený zo zástupcov účastníkov tohto memoranda a bude prijímať závažné a záväzné rozhodnutia v procese jeho zabezpečovania a zavádzania v SR,
- d) propagáciou, osvetou a edukáciou aktívne vytvárať pozitívne celospoločenské prostredie ako aj aktívne pozitívne vplývať na mienku odbornej verejnosti pri zavádzaní systému DRG,
- e) v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva zabezpečovať vhodné podmienky pre financovanie zabezpečenia a zavedenia DRG systému vo verejnom zdravotnom poistení,
- f) navrhovať Ministerstvu zdravotníctva SR príslušné legislatívne a exekutívne opatrenia súvisiace so zavedením DRG systému,,
- g) guverňovať vo svojom Vestníku metodické usmernenia úradu o rozsahu, štruktúre a lehotách na odovzdávanie klinických údajov a ekonomických údajov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

1.3 Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s., DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s., Union zdravotná poisťovňa, a.s. sa zaväzujú:

- a) propagáciou, osvetou a edukáciou aktívne vytvárať pozitívne celospoločenské prostredie ako aj aktívne pozitívne vplývať na mienku odbornej verejnosti pri zavádzaní systému DRG,
- b) poskytovať vlastné odborné kapacity pre riešenie situácií pri zabezpečení a zavedení systému DRG,
- c) vytvárať materiálno - technické podmienky v zdravotnej poisťovni potrebné pre zavedenie DRG systému,
- d) poskytovať v súlade s platnými právnymi predpismi údaje potrebné pre zavedenie DRG systému.

1.4 Asociácia nemocníc Slovenska sa zaväzuje:

- a) propagáciou, osvetou a edukáciou aktívne budovať pozitívny postoj u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako aj aktívne pozitívne vplývať na mienku odbornej verejnosti pri zavádzaní systému DRG,
- b) poskytovať vlastné odborné kapacity pre riešenie situácií pri zabezpečení a zavedení systému DRG,
- c) spolupracovať pri vytváraní vhodných podmienok v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti a spolupracovať pri testovaní DRG systému a jeho celoplošnom zavádzaní,
- d) poskytovať v súlade s platnými právnymi predpismi údaje potrebné pre zavedenie DRG systému.

1.5 Asociácia fakultných nemocníc Slovenska sa zaväzuje:

- a) propagáciou, osvetou a edukáciou aktívne budovať pozitívny postoj u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako aj aktívne pozitívne vplývať na mienku odbornej verejnosti pri zavádzaní systému DRG,
- b) poskytovať vlastné odborné kapacity pre riešenie situácií pri zabezpečení a zavedení systému DRG,
- c) spolupracovať pri vytváraní vhodných podmienok v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti a spolupracovať pri testovaní DRG systému a jeho celoplošnom zavádzaní,
- d) poskytovať v súlade s platnými právnymi predpismi údaje potrebné pre zavedenie DRG systému.

ČL II

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 2.1 V prípade vzniku sporu o akýchkoľvek otázkach spojených so zavedením DRG systému v SR signatári tohto memoranda vyjadrujú pripravenosť vzájomne o ňom rokovať.
- 2.2 Toto memorandum je možné meniť a dopĺňať len písomnými dodatkami prijatými a podpísanými stranami.
- 2.3 Memorandum nadobúda platnosť a účinnosť pre signatárov dňom jeho podpisu.

V Bratislave, dňa 17. marca 2011

Za Ministerstvo zdravotníctva SR

MUDr. Ivan Uhliarik, minister

Za Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

MUDr. Ján Gajdoš, predseda

Za Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a.s.

MUDr. Marián Faktor, generálny riaditeľ

Za DÔVERU zdravotnú poisťovňu, a.s.

JUDr. Martin Šimun, generálny riaditeľ

Za Union zdravotnú poisťovňu, a.s.

Ing. Roman Podolák, generálny riaditeľ

Za Asociáciu nemocníc Slovenska

MUDr. Peter Ottinger, viceprezident

Za Asociáciu fakultných nemocníc Slovenska

MUDr. Iveta Marinová, MPH, prezident



Zmena paradigmy v nemeckom systéme povinného zdravotného poistenia?

K 1. januáru 2011 vstúpil v Nemecku do platnosti „Zákon pre udržateľné a sociálne vyrovnané financovanie zákonného zdravotného poistenia“ (Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung). V dôsledku svetovej finančnej a hospodárskej krízy pocítilo aj Nemecko zraniteľnosť systému financovaného z príspevkov naviazaných na príjmy obyvateľstva. Jedným z hlavných cieľov tohto zákona je preto postupný prechod od financovania závislého od vývoja príjmov obyvateľstva smerom k financovaniu príspevkami nezávislými od príjmu. Nástrojom tejto zmeny majú byť nové pravidlá pre *dodatočný príspevok* (Zusatzbeitrag), ktorý bol do nemeckého systému povinného zdravotného poistenia zavedený reformou zdravotníctva 2007 a od roku 2009 ho začali niektoré zdravotné poisťovne postupne využívať.

DODATOČNÝ PRÍSPEVOK V ROKU 2011

Dodatočný príspevok je od príjmu nezávislý príspevok stanovený konkrétnou sumou v eurách, ktorý platí poistenc priamo svojej zdravotnej poisťovni.

Dodatočný príspevok je stanovovaný individuálne každou poisťovňou na základe zákonom predpísaných podmienok. Dodatočný príspevok smie poisťovňa od poistencov žiadať len vtedy, ak jej finančné potreby nie sú dostatočne kryté platbami zo *Zdravotného fondu* (Gesundheitsfond – zdravotný fond je príjmom platieb z povinného zdravotného poistenia ako aj príspevkov štátu, je zodpovedný za prerozdelenie na základe veku, pohlavia a zdravotného stavu, následne posúva financie jednotlivým zdravotným poisťovňam).

Výška dodatočného príspevku je stanovovaná na základe odhadovaného vývoja príjmov a výdavkov danej zdravotnej poisťovne a o jeho zavedení alebo zvýšení môže byť na základe aktuálneho vývoja rozhodnuté aj v rámci hospodárskeho roka. Takéto rozhodnutia si vyžadujú súhlas príslušného úradu pre dohľad (Bundesversicherungsamt).

Zdravotná poisťovňa stanovuje jeden dodatočný príspevok rovnaký pre všetkých svojich poistencov, poisťovne navzájom sa však vo výške dodatočného príspevku môžu líšiť. To by malo prispieť k zlepšeniu konkurencie a prispieť k lepšej porovnateľnosti jednotlivých poisťovní z pohľadu poistenca.

SOCIÁLNE VYROVNANIE

Spolu s novými pravidlami pre dodatočný príspevok platí od januára 2011 aj nový systém sociálneho vyrovnania, ktorý je financovaný z daní.

Nárok na sociálne vyrovnanie vzniká poistencovi v prípade, ak je jeho dodatočný príspevok vyšší ako 2 % jeho príjmov, ktoré sú základom pre platby povinného zdravotného poistenia. Pre určenie výšky sociálneho vyrovnania je určujúci tzv. **priemerný dodatočný príspevok**.

Priemerný dodatočný príspevok je na ročnej báze stanovovaný Okruhom odhadcov pri Spolkovom poistnom úrade (Bundesversicherungsamt – samostatný spolkový úrad pri ministerstve práce a sociálnych vecí; hlavnou úlohou je bezprostredný dohľad nad nositeľmi zákonného zdravotného, dôchodkového, úrazového ako aj sociálneho opatrovateľského poistenia; má v pôsobnosti prerozdelenie a je správcom Zdravotného fondu). Okruh odhadcov stanovuje priemerný dodatočný príspevok pre nasledujúci rok vždy k 15. októbru na základe predbežných ročných príjmov zdravotného fondu, predbežných ročných výdavkov zdravotných poisťovní ako aj predbežného počtu poistencov a členov zdravotných poisťovní. Ministerstvo zdravotníctva následne po dohode s ministerstvom financií stanovuje na základe stanoviska Okruhu odhadcov výšku dodatočného príspevku ako pevnú sumu v eurách, a to vždy k 1. novembru daného roku. **Priemerný dodatočný príspevok pre rok 2011 bol stanovený vo výške 0 EUR.** Skutočný dodatočný príspevok zdravotných poisťovní sa môže od priemerného dodatočného príspevku líšiť, pre sociálne vyrovnanie je však rozhodujúci priemerný dodatočný príspevok.

Ak poistenec dosiahne spomínanú 2-percentnú hranicu pre dodatočný príspevok, aktivuje sa sociálne vyrovnanie: od príjmu závislé mesačné odvody poistenca na povinné zdravotné poistenie (8,2 % v roku 2011) sa mu individuálne znížia o sumu, o ktorú priemerný dodatočný príspevok prekročil hranicu 2 % jeho príjmu.

Ak je teda priemerný dodatočný príspevok stanovený ministerstvom zdravotníctva **vyšší** ako 2 % príjmov konkrétneho poistenca, odpočíta sa mu zistený rozdiel od jeho zdravotných odvodov, a to bez ohľadu na skutočnú výšku dodatočného príspevku, ktorú platí poistenec svojej poisťovni. Ak zníženie odvodov poistenca na zdravotné poistenie na nulu nie je pre účely sociálneho vyrovnania dostatočné, má poistenec právo si zvýšnú sumu žiadať od svojej zdravotnej poisťovne.

Ak je priemerný dodatočný príspevok **nižší** ako 2-percentná príjmová hranica konkrétneho poistenca, poistenec nemá nárok na sociálne vyrovnanie.

Takýto mechanizmus sociálneho vyrovnania cez výšku priemerného dodatočného príspevku bol zvolený preto, aby odrážal reálnosť požiadaviek jednotlivých zdravotných poisťovní a aby zaktivizoval poistenca na trhu zdravotného poistenia a motivoval ho k porovnávaniu ponúk jednotlivých zdravotných poisťovní.

Sociálne vyrovnanie administruje za zamestnanca jeho zamestnávateľ, za samostatne zárobkovo činné osoby príslušná zdravotná poisťovňa, u osôb, ktoré majú viacero rôznych príjmov skúma nárok na sociálne vyrovnanie príslušná zdravotná poisťovňa a informuje príslušného odvádzateľa zdra-

votného odvodu o prípadnej redukcii príspevkov na zdravotné poistenie.

Spolkový poistný úrad vo svojich prepočtoch predbežne uvádza pre rok 2012 priemerný dodatočný príspevok vo výške 8 EUR za mesiac, v roku 2013 príspevok 12 EUR a v roku 2014 16 EUR za mesiac.

Systém dodatočného príspevku počíta aj so sankčným mechanizmom vo forme príplatku z omeškania pre tých poistencov, ktorí meškajú s platbou dodatočného príspevku viac ako 6 mesiacov. Príplatok z omeškania musí byť minimálne vo výške 20 EUR a maximálne vo výške posledných troch dodatočných príspevkov – ďalšie podmienky si poisťovne stanovujú individuálne vo svojich stanovách. Poistenec stráca nárok na sociálne vyrovnanie pokiaľ mešká s platbou dodatočného príspevku alebo príplatku z omeškania. Nárok mu opäť vzniká ak s poisťovňou uzavrie dohodu o splácaní, ktorú aj plní.

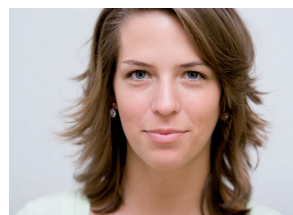
Dodatočný príspevok nie je celoplošným príspevkom, zákon počíta so skupinami obyvateľstva, ktoré sú od jeho platenia oslobodené (o. i. poberatelia nemocenských dávok, materského príspevku, zdravotne postihnuté osoby, ak nemajú žiaden ďalší príjem pre účely platenia povinného zdravotného poistenia). Dodatočný príspevok nemení nič ani na bezplatnom pripoistení ekonomicky nečinných detí, manželov/manžieliek. Poberateľom príspevku v nezamestnanosti alebo sociálneho príspevku bude dodatočný príspevok síce stanovený, platiť ho však nebudú. Platba bude realizovaná z likvidnej rezervy Zdravotného fondu. Pre roky 2011 až 2014 bola táto rezerva naplnená dvoma miliardami EUR zo štátnej pokladne a od roku 2015 bude potrebná suma pre likvidný fond súčasťou spolkového príspevku pre sociálne vyrovnanie (Bundeszuschuss für den Sozialausgleich). Tieto príspevky zo štátneho rozpočtu sú určené pre plnenia zákonného zdravotného poistenia nesúvisiace s povinným poistením, napr. bezplatné pripoistenie detí; v roku 2011 je spolkový príspevok stanovený vo výške 13,3 miliárd EUR.

ZMENA PARADIGMY?

To, či v prípade *dodatočného príspevku* ide o skutočnú zmenu paradigmy v systéme financovania nemeckého zdravotníctva, alebo ostane len ďalším experimentom, ukáže až čas. Výsledok bude určite závislý od toho, ako bude sociálne vyrovnanie zaťažovať rozpočet krajiny, ako sa bude vyvíjať ekonomická situácia a ako naloží trh zdravotného poistenia s novými nástrojmi, ktoré mu boli zákonom pridelené.

ZDROJE:

- Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gesundheitsreform.html>



Mária Pourová (1983) je junior analytik Health Policy Institute. Na Ekonomickej univerzite vo Viedni študuje manažment rizika, poisťovníctvo a procesný manažment.

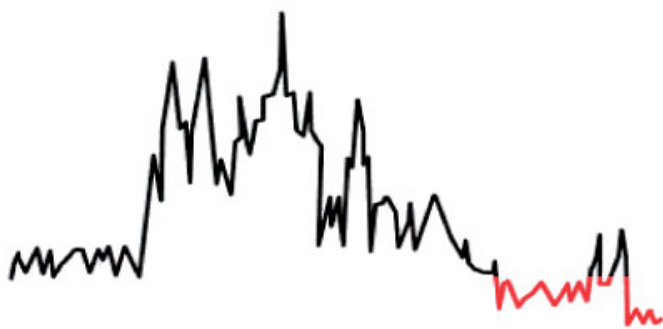
» kontakt

pourova@hpi.sk

www.hpi.sk

České zdravotnictví po krizi – byla to katastrofa nebo impuls k reformě?

Česká republika, resp. české zdravotnictví čelilo koncem minulého a začátkem letošního roku vážné krizi. Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů (LOK-SČL), podporovaný Českou lékařskou komorou (ČLK) připravil, s pomocí profesionální PR agentury, kampaň „Děkujeme, odcházíme“. V jejím rámci podalo 3 800 nemocničních lékařů výpověď k 28. únoru 2011. Poté, co si vedení rezortu uvědomilo, že výpovědi se koncentrují do několika klíčových specializací (anesteziologové, chirurgové, neonatologové apod.) a že se tedy jedná o vážné ohrožení nemocniční péče, byť podle našeho názoru jen krátkodobé, začalo ministerstvo a speciálně ministr Heger intenzivně jednat. Jednání dospěla ke kompromisu a lékaři své výpovědi stáhli. Krize je tak patrně zažehnána. **Dlouhodobé řešení reformy českého zdravotnictví je však stále v nedohlednu.**



Jen pro pořádek budiž řečeno, že odchod lékařů nebyl reálný. Do ciziny – čímž se vyhrožovalo – nakonec odešlo něco přes sto lékařů (ministr Heger odhadoval jejich počet na max. 700). Pro ostatní by jazyková vybavenost, věk, rodinná situace, řada legislativních omezení v cílových zemích apod. byly velkým problémem. Co by si byli po odchodu z nemocnic počali zbylí lékaři, nebylo jasné ani jim. Pojišťovny by nové smlouvy na privátní praxe údajně nedaly. Část špičkových odborníků by se snad uchytila v nestátním sektoru. Valná část lékařů však počítala s tím, že se do svých původních míst vrátí a o reálnosti výpovědi lze pochybovat. Ti lékaři, kteří do ciziny skutečně odešli, nabudou cenné zkušenosti a nepochybně se jejich část opět vrátí s přidanou hodnotou. Ti, kteří za hranicemi zůstanou, nepřekročí zřejmě procento migrujících lékařů z kterékoliv vyspělé země EU.

Nemocniční lékaři si stěžovali na špatné tarifní ohodnocení a na vysoký podíl přesčasové práce, přesahující Zákonem práce povolenou kvótu. Aby požadavky lékařů nevypadaly na první pohled tak jednoznačně orientované na platy, byl přidán a prezentován repertoár dvanácti témat, formulovaných jako požadavek na dlouho slibovanou reformu zdravotnictví. Když ovšem došlo na lámání chleba, zbyl ve hře požadavek jediný: zvýšení tarifních platů.

Tarifní ohodnocení nemocničních lékařů bylo nepochybně nespravedlivé. Oprávněné byly i stížnosti, o které ale lékařům fakticky tolik nešlo: plýtvání, korupce při zadávání zakázek, rozvrácená postgraduální výchova, předražování, neexistence možnosti komerčního připojištění na péči apod. Některá tvrzení v dokumentu LOK byla ovšem nepravdivá či matoucí – např. podíl zdravotnictví na HDP nebyl – dle ÚZIS – loni 7,1, ale 7,9 %, za špatné hospodaření nemocnic a neracionální nákupy techniky apod. mohli také lékaři svými požadavky na vybavení svých pracovišť. Jiné jsou čirým populismem – např. nárek nad odchody lékařů do ciziny – to je normální jev profesní mobility, ve vyspělých zemích zcela obvyklý a prospěšný. Řešení části těchto požadavků budou během na dlouhou trať, ministr Heger však slíbil rychlá řešení alespoň některých, např. vzdělávání. To se řeší loni vyhláškou č. 361/2010 Sb., která koriguje ty nejhorší úlety a na věci se dále (a konečně zřejmě i správně) pracuje.

Plošně, leč nesystémově se přidalo všem nemocničním lékařům. Evidentně nebylo jiného východiska a ministr Heger zaslouží uznání za vyjednání kompromisu. **Bylo by žádoucí, aby toto řešení „z nouze“ přinutilo vládu, kraje i pojišťovny, aby hledaly řešení reformy zdravotnictví v systémových krocích, v omezení korupce a plýtvání a ne jen ve zvyšování platů lékařů.**

Připomeňme, v jakém poli se pohybujeme: Dnes, kdy se plošně snižují platy státních zaměstnanců o 10 %, byl akceptován požadavek jedné skupiny, reprezentující 3 800, resp. max. 14 000 nemocničních lékařů, na nárůst tarifních platů na 1,5-3 násobek průměru jako je tomu údajně ve vyspělých zemích EU¹⁾. Víme, že přidáno dostanou z vybraného pojistného a ne z veřejných prostředků? Našly se peníze v pojišťovnách. To byly ovšem rezervy z Julínkových úspor, tedy neopakovatelné v tomto rozsahu v dalších letech. Zvýšené platy se ale budou muset platit i v budoucnu. Z čeho? Ve veřejném sektoru pracují další statisíce osob, částečně vysokoškoláků. Ani oni většinou nedosahují na relace v EU15 vůči průměru. Pokud by vznesli stejné požadavky jako lékaři, nároky na státní kasu vzrostou na desítky či stovky miliard. A to si ČR skutečně dovolit nemůže. V privátní sféře odpovídá 3-násobek platu (75 000 Kč) vysoce výkonnému pracovníkovi s VŠ, který firmě přináší značný přínos. Vysoké pracovní nasazení je za tento plat samozřejmě, přesčasy (1-4 hod denně) se neproplácí. Když se firmě přestane dařit, i takový zaměstnanec může kdykoliv dostat výpověď, což je strach, který lékaři neznají.

Podívejme se na problém reformy zdravotnictví přes síť zdravotnických zařízení. **Dlouhodobé řešení reformy, včetně mezd, nebude totiž možné bez její redukce, a to včetně redukce lékařských míst.**

1) Není to tak úplně pravda, v řadě vyspělých zemích je tento poměr nižší. Také zařazení ČR s výkonností její ekonomiky a velmi „nestandardním“ právním a korupčním prostředím po bok vyspělých zemí EU je dosti tróufalé.

V českém zdravotnictví je dlouhodobě přebytek ordinací lékařů i nemocnic. Jednotlivé segmenty tvoří dobře funkčně propojený celek. Chybí zařízení péče domácí, následné/ošetrovatelské, sociální i paliativní (hospice). Ministr Heger zmínil v jednáních s LOK a ČLK mimo jiné požadavek na redukci přebujelé sítě lůžek. Lékaři – poněkud stydlivě – připustili, že určitá redukce asi nutná bude, ale z jejich formulací trčí i nadále předpoklad, že práce bude zajištěna pro všechny lékaře pracující v současné síti (veřejnoprávních nemocnic. Z jiných zařízení lékaři neodcházejí).

V porovnání s vyspělými zeměmi EU máme nadbytek akutních lůžek v nemocnicích: 60,6 : 38 na 10 000 obyvatel. U lékařů, je poměr 35,3 : 31,7. Praktických lékařů (PL pro dospělé, děti a ženy) máme jen mírný přebytek oproti EU15, ovšem podstatný je přebytek odborných ambulantních lékařů (OAL – neurologů, ortopédů, očníků, kožních a dalších). To je dáno tím, že máme dvě paralelní sítě odborných ambulancí: nemocniční a soukromé. Ty se vzájemně značně překrývají. Když se totiž v roce 1993 rozběhla privatizace, PL pouze přešli ve stejném počtu z bývalých poliklinik OÚNZÚ do privátních praxí kontrahovaných povinně Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP). Specializovaná ambulantní péče se však začala přelévát z nemocnic do nově otevřených praxí OAL. Ti ale částí úvazku zůstávali zároveň zaměstnanci nemocnic. VZP počet praxí OAL regulovala nedostatečně. Současně nebyly redukovány nemocniční ambulance. Dnes pracuje 48 % z cca 14 000 OAL v nemocničních ambulancích, zbytek v privatu. V porovnání s EU15 naši pacienti také navštěvují PL i OAL dvakrát častěji, aniž by důvodem bylo horší zdraví.

Otázkou tedy je, máme-li přebytek odborných ambulancí nemocnic, nebo ambulancí privátních.

Před dvaceti lety pracovala v nemocnicích polovina dnešního počtu lékařů a přitom se dokázali postarat o péči lůžkovou i ambulantní. A to neexistovaly privátní ordinace 6 700 ambulantních specialistů. Za tu dobu se počet lůžek snížil o 20 %, tj. na 66 na 10 000 obyvatel. Počet hospitalizací sice stoupl o 20 %, ale při zkrácení délky ošetrovací doby o 42 % na 7,4 dne. Přístrojová technika a metody jsou dnes podstatně sofistikovanější. Bylo by tedy možné předpokládat, že se zvýší potřeba lékařů v nemocnicích, možná o 30 %. Kde je ale „přidaná hodnota“ dvojnásobného nárůstu počtu lékařů? Není za tímto nárůstem právě bující síť nemocničních ambulancí?

Kapři si, jak známo, sami rybník nevypustí. Tak i OAL (zejména privátní) tvrdí, že o jejich přebytku nelze hovořit. Existuje však několik analýz z posledních 20 let – např. Ministerstva zdravotnictví²⁾ a VZP³⁾ – které dokládají přebytek privátních OAL. Podle normativů, platných v současnosti v Německu, máme v jednotlivých odbornostech nadbytek ambulantních specialistů o 10-200 %. Privátní OAL naopak tvrdí, že redukovány by měly být nemocniční ambulance. (K tomu jen aktuální poznámka: soukromí OAL nabídli MZ při jednání s LOK, že pokud lékaři odejdou, převezmou péči o většinu ambulantních pacientů nemocnic. Kapacity by tedy byly ať

2) Z normativů MZ plyne, že ve většině oborů jsou struktury OAL předimenzovány o 10-100 %, jen v některých okresech jsou podstaty, opět pouze v některých oborech (ortopedie, pediatrie – nikoliv praktická, geriatrie, ORL a psychiatrie).

3) V roce 2000 vypracovalo odd. koncepce a úhrad VZP doplněk k materiálu „Síť ambulantních zdravotnických zařízení, smluvní vztahy a jejich prodloužování“ pro členy zdravotní komise Správní rady VZP. Text mapoval síť smluvních privátních i nemocničních ambulancí dle oborů a krajů. Materiál definoval přebytek 37 % nasmlouvaných úvazků.

již při redukcí části nemocničních nebo privátních ambulancí). Před asi 7 lety poskytl Zdravotnickým novinám rozhovor šéf Sdružení smluvních (odborných) lékařů MUDr. Tautermann. Vyjímáme:

„Jsem proti účasti nemocničních ambulancí – jiných než příjmových, propouštěcích a vysoce specializovaných – v síti, pokud supluje péči ambulantních specialistů. ... Stejně jako téměř ve všech vyspělých zemích by nemocnice měly mít čtyři druhy ambulancí: žurnální, příjmové (které by zajišťovaly i předoperační vyšetření), léčebné... a konečně vysoce specializované, vázané na jedinečný komplement laboratorní a přístrojové. Rozhodně by ... neměly suplovat péči, kterou mohou mnohem úsporněji poskytovat neústavní ambulantní specialisté.“

Jeden z našich odborných konzultantů – lékař s letitou zkušeností na primariátu okresní, posléze oblastní krajské nemocnice, výše řečené potvrdil. Napsal nám:

„Zdravotnictví je předimenzováno, ale ambulance jsou přetížené, objednávací doby dlouhé, čtyřikrát se přeshetřují zcela jednoduché kauzy, které se neměly do odborné ambulance vůbec dostat. Pokud je potřeba (zejména akutně), v nemocnici nemají volné lůžko, pořád se bojuje s tím, koho honem propustit, to je podstatná náplň každodenních diskusí a porad lékařů i významná složka primářských vizit.“

Dvěma sítmi ambulancí se nelze vyhnout, ale ty nemocniční by měly být vysoce specializované, vázané na vyspělou techniku laboratorní a dalších vyšetřovacích složek (rentgen, počítačová tomografie, magnetická rezonance apod.), úzkou odborností, dispenzarizací opakovaně hospitalizovaných závažných chroniků apod. V nemocnici by neměla být bazální, standardní ambulance pro „pouliční“ klientelu.“

Vtip uváděných nepoměrů ambulantních kapacit je ve způsobu práce a obsahu této péče. Ambulantní specialista dnes řeší v průměru nejméně třetinu pacientů, které by býval měl řešit praktický lékař primární péče.

Žádoucí je reprofilizace některých zařízení na zoufale chybějící následnou péči, paliativní péči (hospice), domovy pro demence, sociální lůžka. Viz demografický strom české populace.“

Podle jiného názoru: nebudou-li lůžková oddělení nemocnic mít přísun pacientů z vlastních ambulancí, mohou je privátní lékaři „zlikvidovat“ přesunem svých pacientů do jiných nemocnic.

Rozsáhlá nabídka péče (lůžkové i ambulantní), spolu s nedefinováním garantovaného balíku služeb, krytého povinným pojištěním a nemožností komerčního připojištění nadstandardní péče vytváří – často uměle – zvýšenou poptávku. Je známo, že ve zdravotnictví si svoji „zdůvodněnou a racionální“ poptávku najde prakticky jakákoliv – jakkoliv nepotřebná a neracionální – nabídka. Pacienti, stále v zajetí nesmyslné propagandy o „bezplatné“ péči, ji konzumují excesivně, aniž by si uvědomovali její cenu. Lékaře navštěvují často s drobnostmi. Roli ovšem hraje také administrativní přinucení, když musí navštěvovat lékaře pro různá potvrzení a např. 2x kvůli vyžadované neschopence i pro banální onemocnění, které by si dokázali vyléčit sami⁴⁾. Navíc jsou někdy honěni samotnými lékaři na různá chabě indikovaná přeshetření. Výchova ke „zdravotnické gramotnosti“ – rozumné sebepečí (kterou ovládali docela dobře ještě naši prarodiče) není – ke škodě nás všech – propagována ani rozvíjena.

4) Cestou by byla v mnoha zemích běžná možnost zůstat pro nemoc určitý počet dnů v roce (např. 4x3 dny) doma po dohodě se zaměstnavatelem.

Za ministrů Stráského a Roithové (1997-98) byla analyzována a navržena optimální síť lůžkových zařízení, jejíž struktura měla odpovídat budoucímu vývoji zdravotního stavu populace, dostupnosti a ekonomickým možnostem systému veřejného zdravotního pojištění. Vznikl dokument podle něhož měla být do r. 2005 redukována lůžka akutní péče o 27 %. Ze 70 na 43-44 000 ve 14 oborech základní péče a 8 000 péče specializované a superspecializované. Výběrová řízení začala roku 1997. Za rok je však ukončil a celou akci zrušil nový ministr za ČSSD David. Vzhledem ke zpolitizování celé záležitosti nebyly výsledky výběrových řízení a dalších propočetů naplněny a neřešený problém dostal chronický charakter. Koncem roku 2009 měly nemocnice stále ještě nadstavby lůžek v základních oborech v rozsahu téměř 20 %.

Plán byl založen na správné představě, že likvidace lůžek, případně i celých oddělení v nemocnicích nemá valný smysl pro podstatnou redukci nákladů. Min. 70 % nákladů nemocnic totiž tvoří náklady fixní, které nejsou vázány na léčbu a pacienty (nájmy, energie, platy, materiál, technické a přístrojové vybavení, ap.). Proto se v tomto plánu uvažovalo také s likvidací celých nemocnic a případně jejich přeměnou na ústavy následné a ošetrovatelské péče (Léčebny dlouhodobě nemocných – LDN). Jejich fixní náklady jsou nejvýše třetinové.

Dnes máme v ČR 191 nemocnic různé velikosti. Z nich 45 nejmenších má méně než 100 lůžek. Dalších 50 malých má jen 100-200 lůžek. V 50 % všech nemocnic je tak jen 14,5 % lůžek ze 66 000, z nich ale akutních je pouze 9 %. Zbytek jsou lůžka ošetrovatelské a následné péče (LDN). Průměr ve 45 „nejmenších“ nemocnicích je 27 akutních lůžek, v 50 malých je to 93 akutních lůžek. S výjimkou malých specializovaných jednooborových klinik nelze v tak malých nemocnicích provozovat kvalitní moderní medicínu. Ta vyžaduje určité minimum počtu operací a instrumentálních a invazivních úkonů za rok. Jen tak vzniknou kvalifikované týmy. Přeměnou zbylých lůžek akutní péče v těchto nejmenších a malých nemocnicích by zcela nedostatečný fond 7 090 lůžek následné a ošetrovatelské péče stoupl na téměř 8 170, resp. na 12 800 lůžek. Počet akutních lůžek by se snížil jen o 5 725. Redukovat další lůžka až do ministrem ohlášených 10 000 by bylo možno na odděleních větších nemocnic.

Přeměna části nemocnic a lůžek na následnou a ošetrovatelskou péči a likvidace nesmyslně zdvojených ambulantů bude znamenat redukci počtu lékařských míst, a to zejména v segmentu OAL. Jako cílový stav je tento postup nutný a žádoucí. Zbylí nemocniční lékaři by pak dostávali přijatelné mzdy. Toto ovšem nelze provést v horizontu měsíců.

Taková redukce stejně narazí na silný odpor politických elit i profesních a ekonomických lobby v příslušných lokalitách a bude se argumentovat dostupností péče (místo kvalitou). Je nutno říci, že dostupnost nemůže znamenat to, že malé neefektivní nemocnice budou v každém městečku. Stejně, jako se dojíždí za superspecializovanou a často i specializovanou péčí i sto kilometrů, bude nutné za lůžkovou péči dojíždět do okresního města. Racionální úprava dopravních spojů či jiná organizace dopravy pacientů by byla levnější, nežli financování více nemocnic v jednom okrese⁵⁾.

5) Před několika lety uveřejnil magazín RESPEKT článek o skupině mladých počítačových nadšenců, kteří pro jakýsi východočeský okres zpracovali harmonogram všech autobusových spojů v rámci okresu tak, aby okresní město bylo prakticky v rozumném reálném čase dostupné pro občany celého regionu. Přitom „ušetřili“ na počtu autobusů i spojů. Toto je řešení!

Redukce sítě se musí provádět koordinovaně na krajské i celostátní úrovni. Krajská státní zdravotní správa by měla kvalifikovaně analyzovat zdravotní stav a z toho vyplývající potřeby zdravotní péče v regionu a definovat potřebné služby. Zdravotní pojišťovny by měly na základě takového „zdravotního plánu kraje“ a vlastní analýzy kontrahovat pouze subjekty, které péči v požadovaném rozsahu a kvalitě poskytují. Ostatním smlouvu nedávat nebo neprodlužovat. V realitě však se děje něco jiného: „V průběhu krize se zdravotní pojišťovny dušovaly, že v časech úspor odmítnou vznik všech nových zařízení, ve Frýdku-Místku však v polovině roku 2011 umožní provoz zbrusu nové polikliniky Sagena za 50 milionů Kč, i když v místě je dostatečná síť.“ (P. Holub 6. 3. 2011 na serveru aktuálně.cz)

Pojišťovny by se musely chovat jako zástupci svých pojištěnců, kterým za svěřené vybrané pojistné zajišťují adekvátní rozsah a kvalitu péče. Státní (krajská) zdravotní správa by nesměla podléhat lobbistickým a politickým tlakům, a měla by téhož dosahovat ve spolupráci s pojišťovnami po správné linii.

Na závěr se vraťme k podstatné stížnosti nemocničních lékařů. Je to přesčasová práce přesahující vícenásobně Zákoníkem práce povolených 208, resp. 416 hod/rok. Tento rozsah se navíc od roku 2013 podle směrnic EU sníží na 150 hod. Nutnou potřebu práce v nemocnicích řeší systém dodatečných dohod o provedení práce, které hradí nemocnice lékaři zvlášť. Předkládáme v málo krácené verzi názor jednoho ze spoluautorů, který nám připadá rozumný. Od některých našich konzultantů jsme však dostali i protichůdná stanoviska.

„Sám název „přesčasová práce“ je falešný a nevystihuje (spíše naopak: úspěšně mate) podstatu věci. V komerčních firmách (pro které je především Zákoník práce koncipován) se přesčasem myslí něco jiného: Je zrovna hodně zakázek, nebo jsou dovolené, vyšší nemocnost. Někteří pracovníci tak musí zůstat déle či přijít o víkend. Nejde o zvláštní druh práce, jen jinou právní kategorii podle Zákoníku práce.

U lékařů se jedná o pohotovostní službu, tedy jiný pracovní režim, který není vyvolán např. přechodnou nutností, provozním výkyvem, ale jde o trvalý a standardní stav. Hasiči ani policisté také nemohou jít všichni v půl čtvrté domů. U nich (a dále např. u sester – ale ty mají např. v noční směně v mnoha ohledech odlišnou náplň činnosti) je ovšem zaveden trojsměnný provoz. O tom se u lékařů pořád hovoří, ale nejde to, znamenalo by to rozval systému práce v nemocnici.

Představme si hypoteticky nemocnici, provozovanou kompletně ve třísměnném provozu, kde by nebyly žádné přesčasy a pohotovosti. Určená kompletní skupina personálu té které směny: lékaři, sestry, laborantů, techniků, kuchařů, uklízeček apod. nastoupí vždy ve stejné početné sestavě na osmihodinovou směnu v 06, pak ve 14 a pak ve 22 hodin. Provoz celé nemocnice bude kompletně zajištěn až do těch uklízeček. 24 hodin denně. (Nejsem si jist, kdy – ve které směně – a kde se v takové hypotetické nemocnici bude vyskytovat vrcholový management). Co na to ale pacient? Představme si, že budete muset nastoupit o půlnoci na operační sál, protože jdete na půl roku plánovanou operaci a tým 3. směny je právě volný. Nebo lékař třetí směny jde okolo 2. v noci s celým doprovodem mladších lékařů a sester zrovna na vizitu. Třetí směna je totiž vyspalá a v plné práci. Objednání nehospitalizovaného pacienta na ambulantní RTG vyšetření na půlnoc také není optimální. Lidem nejedou dopravní prostředky.

Čili nemocnice má určitý rytmus práce daný i životním rytmem pacientů a celé společnosti. Odběry do laboratoře jsou ráno tak, aby byly v jistou dobu k dispozici, vizita je po ránu, plánované příjmy a vyšetření dopoledne atd. atd., odpoledne jdou někteří lékaři dělat specializované výkony či poradny (elektromyografie, ultrazvuk apod.), v nichž jsou nenahraditelní (každé subspecializaci se na středně velkém oddělení věnuje vždy obvykle jeden – pro dva by už nebylo dost klientely, navíc vyškolení není žádná legrace, musíte být do takové věci fanda apod.).

Jenže Zákoník práce nemá pro tzv. ústavní pohotovostní službu (ÚPS) žádnou kolonku, a tak ji vede pod náhradní hlavičkou přesčasů. Tomu se pak činitelé i národ diví, protože v jiných institucích bývá přesčas signálem špatné organizace práce. Byly pokusy pro účely ÚPS oddělení sdružovat. Jenže nechte sloužit pro oční a krční jednoho doktora. Jakmile o něco půjde, musí volat odpovídajícího odborníka. Prostě to neumí, nemá k tomu kompetenci a pokud by se do věci pustil, skončí to právně špatně (mohlo by jít dokonce i o trestný čin). Krom toho nejde jen o to, ohlídat vlastní lůžkovou část. Někteří specialisté mají víc práce s poskytováním konzilií než na svém vlastním oddělení. Příklad: Neurolog může mít někdy docela klidné oddělení, ale pořád běhá na chirurgii, ARO, traumatologii, internu. Jeho službu nelze sdružit třeba s kožním. Kožař tyto dovednosti nemá. A vice versa. Někde se dle místních podmínek daří zavést příslužby na mobilu. Je to docela nervák. Kdykoli musíte být schopni vyskočit a akutně se sám dopravit do práce. Znamená to auto v jakémkoli počasí, žádné pivo k večeři a odnesou to vždy ti, kteří bydlí v místě. Mobilita je dnes velká a do mnoha nemocnic lékaři běžně dojíždějí i z větší dálky. Ti z příslužby vypadávají z geografických důvodů. Příklad: Jak organizovat telefonickou příslužbu v Mladé Boleslavi, kde pracují kvanta lékařů bydlících v Praze?

Last but not least: Velmi mnoho lékařů si před laiky a na veřejnosti trpce stěžuje na nedostatek volného času, odpočinku a rodinného života (což je fakt), ale na druhé straně by bez služeb nesplatili hypotéku, nemohli jezdit v zimě lyžovat do Alp a v létě se koupat v Egyptě, o Thajsku nemluvě. O lukrativní služby proto velmi stojí, proti eventuálním racionalizacím (pro něž jak vidno není moc velký prostor) se bouří. Kvůli penězům chodí do nemocnic často sloužit i externisté a doplňují kmenové zaměstnance. Je to zlatý důl. (Podobně jako v Německu, jak plyne z výpovědí lékařů, kteří tam pracovali). I tak není počet lékařů ve službě dán nějakým jejich lobbováním, ale holou nutností. Například taková stolůžková interna s JIP a s urgentním příjmem (zastupuje dnes zčásti bývalou pohotovost, kde se stejně nikdy nic nevyřešilo) vyžaduje do služby aspoň 3 lékaře a ti se opravdu nezastaví. Je třeba hlídat JIP (někdy docela drama), běhat po lůžkách, kde se také stále něco děje, přijímat či ambulantně vyšetřit neustále dodávané akutní pacienty a ještě chodit po konziliích (často urgentních předoperačních vyšetřeních či na ARO).

Samozřejmě, lze to řešit i obrovským základním platem se službami inclusive. Tak tomu v některých zemích je. Ale ve většině zemí nikoliv. Při českém smyslu pro povinnost a týmového ducha si nikdo neumí představit ten boj, přinutit řadu kolegů sloužit. Nechali by to na těch pár poctivých tahounech a vymluvili by se na cokoli včetně lidských práv. Motivační systém tudíž musí respektovat lokální kulturní a mentální zvláštnosti, například českou vychanost, nepoctivost, nesolidárnost a umění obejít cokoli.“

Nutno říci, že profese lékaře je nepochybně specifická. Také prestiž je stále zcela mimořádná. Ovšem nároky na profesi jsou také specifické a nutno dodat, že specificky vysoké. Znamý kardiolog prof. Pírk z IKEM nedávno v jakési TV debatě prohlásil, že kdo chce dělat špičkovou medicínu a bude trvat na osmihodinové pracovní době nemá v oboru co dělat. Jde-li pouze o to vydělat peníze, existuje řada profesí, kde toho lze dosáhnout snáze.

Vrátíme-li se k názvu článku, tedy pokud by celá kampaň přispěla k nutné redukci sítě zdravotnických zařízení, a to i s nutnou redukcí lékařských míst, zjistili bychom, že financí na platy vlastně máme dost. Výsledkem současného stavu ani kampaně lékařů by nebyla katastrofa ale impuls k pozitivní reformě.

Musíme však s politováním konstatovat, že naše dosavadní zkušenosti dávají za pravdu spíše skepsi. Jak ukazují citovaný příklad z Frýdku-Místku, kauzy předražených nákupů v ústeckém kraji, nesmyslné restrukturalizace v Karlových Varech apod. provázané lobby managementů nemocnic, okresních a krajských reprezentací pojišťoven, výrobců a dodavatelů techniky a léků, jakož i část ke korupci ochotných lékařů a jejich různých nátlakových lobby, budou mít tendenci udržovat nežádoucí stávající stav. Jediným, a to dosti problematickým výdobytkem nedávno skončené krize by tak mohly být pouze vyšší tarifní mzdy nemocničních lékařů⁶⁾.

Podstatné reformní změny budou vyžadovat politickou odvahu a vůli změny prosadit, které ani poslanci parlamentu, ani volení zástupci v regionálních a městských radách většinou nemají. Za důležitější považují často svoji lukrativně hrazenou účast v různých dozorčích radách státních i jiných podniků, mocenské pozice, konexe a vliv. Loajalitu projevují nejvýše k vedení svých stran, nikoliv ke státu/společnosti, svým voličům a konečně ani ke stranickým programům, kde se to odvahou řešit (obvykle jen mlhavě formulované) problémy zdravotnictví jen hemží.

**JAN JAROŠ
ALEŠ MÜLLER**

Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy

**MILAN NOVÁK
neurolog**

Text článku je přepracovanou a aktualizovanou verzí článku, který uveřejnil v č. 8/2011 časopis Respekt.

6) [pozn. Jan Jaroš]: Článek pro slovenské kolegy jsem upravoval poněkud narychlo sám a se spoluautory konzultoval pouze mailem. MUDr. Novák mi k tomuto odstavci napsal následující: „Můj pocit (a psával jsem o tom opakovaně v komentářích pro ZDN), že systém si dávno sedl, je nějak vyvážen, byť na zcela patologické úrovni, a vychýlit ho není prakticky možné. Je to taková ta křivka tvaru „U“, jak se maluje u teorie katastrof. Je-li „U“ hluboké přes jistý limit, je k vyvážnutí třeba víc energie, než může kdy být k dispozici. Zájmy jednotlivých stakeholderů se někde protnulý, našly se vzájemně výhodné kompromisy a nikdo to nerozmetá. Není to o ideách, není to o racionálním fungování, je to o zájmech. Tedy samozřejmě s vyloučením pacientů. Pro ně to konstruováno v žádném případě není. Jako se říkalo o ženských nadrech – vždyť to vůbec není pro děti! Ve zdravotnictví jde o prachy a politiku. Sdílím proto Vaši skepsi. Ta skepse je samozřejmě konstruktivní. Jak říkal profesor Vondráček: „Denně očekávám katastrofu, nenastane-li, jsem příjemně překvapen.““

Nové logo Health Management Academy

Jadrom úspešného marketingu je **schopnosť odlíšiť sa**. Práve vhodná identita firmy môže byť jedným z nástrojov, ktorý umožní „vyčnievať“ z radu. Je to totiž to prvé, čo si klient všimne a podľa čoho si vás zapamätá a rozpozná. Ideálne je, ak logo spĺňa kritériá jednoduchosti, zapamätateľnosti a vyvoláva pozitívne emócie. Pochopiteľne musí vyjadrovať či už priamo alebo metaforicky náplň daného subjektu.

Z pohľadu použiteľnosti loga platia pravidlá, ktoré dizajnéri loga ovládajú a pri tvorbe loga používajú preto, aby bolo logo nielen v súlade s činnosťou subjektu, ale aby bolo aj použiteľné v rôznych veľkostiach a na rôznych materiáloch.

Logo je vaša značka, ikona, piktogram, ktorý môže už na prvý pohľad zaujať a niečo o vás povedať. Často sa hovorí, že logo je podpisom Vašej firmy.

V prípade Health Management Academy sme sa rozhodli pre zmenu. Pamätáte sa na predošlé logo HMA? Bolo úzke, dlhé, pri zmenšení nebolo dobre čitateľné a žltá farba pri tlači materiálov a pri prezentáciách pomocou premietačky zanikala. Všeobecne platí, že žltá farba nie je pre tlač vhodná, často sa však volí ako doplnková farba. Spontánne si vieme vybaviť logá so žltou farbou, ktoré fungujú a pamätáme si ich, napríklad logo Shell, BILLA. Záleží však na segmente, v ktorom podnikáme. HMA neplánuje prezentovať logo na veľkoplošných outdoorových komunikačných nosičoch alebo vybudovať sieť pobočiek s veľkým svetelným logom na budove. V takýchto prípadoch žltá farba nie je problémom.

Staré logo HMA:



Zadaním pre agentúru bolo navrhnúť kompaktnejšie logo, ktoré bude moderné, nadčasové a bude obsahovať prvok, ktorý súvisí so vzdelávaním, akadémiou. Obmedzením vo farebnosti bolo želanie zostať pri červenej farbe, nakoľko symbolizuje vzdelávanie a ak to koncept dovolí, opustiť žltú.

Spomedzi viacerých návrhov sme vybrali logo, ktoré je elegantné, priateľské svojim zaobleným typom písma, a ktoré je v tomto prípade doslova podpisom akadémie Health Management Academy.

Nové logo HMA:



K logu automaticky náleží manuál jeho správneho používania a grafické rozpracovanie loga pre vybrané komunikáty. Pre HMA sme takto pripravili dizajn obálky, hlavičkového papiera, pera, vizitiek, roll-up prezentačného banneru, titulnej stránky pre skriptá, elektronickej prezentácie a podobne. S logom sa tak máte možnosť stretnúť niekoľkokrát a časom sa pre Vás stane rozpoznateľným symbolom, známkou kvality a nakoniec – samozrejmosťou.

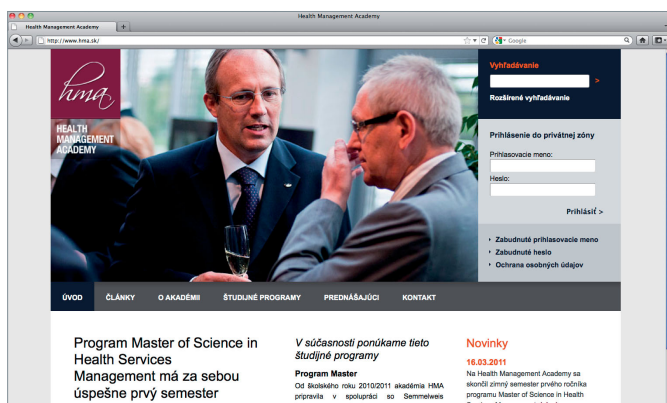


Andrea Benáková je marketingová a komunikačná konzultantka, ktorá sa venuje oblasti zdravotníctva. Spolupracuje s HPI a prednáša na Health Management Academy.

» kontakt

benakova@hpi.sk

www.hpi.sk



...a aj nový web HMA

Od konca marca má Health Management Academy vynovenú webstránku. Jej autorom je **Miroslav Hudák**, ktorému aj touto cestou veľmi pekne ďakujeme za kreatívny prístup a spoluprácu.

www.hma.sk

Spotrebiteľské správanie – kúpeľné zariadenia



Medzi záverečnými prácami vzdelávacieho programu Manažér na Health Management Academy za minulý školský rok zaznela aj prezentácia ING. ĽUDMILY ZOZULÁKOVEJ. Autorka sa zamerala na oblasť spotrebiteľského správania v zdravotníctve. Súčasťou práce bol marketingový prieskum medzi klientami ZP Dôvera, sústredený na kúpeľnú starostlivosť.

1. ZHRNUTIE A ZÁVERY

Čo môže ovplyvniť správanie slovenských klientov navštevujúcich kúpele?

Dotazníky boli zasielané klientom, ktorých pobyt v kúpeľoch bol plne, alebo čiastočne hrazený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Z výsledkov dotazníkového prieskumu na vzorke 152 klientov slovenských kúpeľov, som dospela k nasledujúcemu záveru:

V prípade, ak konkrétne kúpeľné zariadenie nevyberá príslušná zdravotná poisťovňa, pri výbere kúpeľov je preferované kvalitné, príjemné prostredie vhodné na relaxáciu a oddych, pričom takmer polovica je ochotná do takéhoto kúpeľného zariadenia vycestovať aj do vzdialenejších oblastí od svojho bydliska. Reklama v prípade výberu nehrá príliš veľkú rolu. Môžem sa však domnievať, že časom dôjde k zmene tohto správania, vplyvom postupného starnutia súčasnej strednej generácie. Dôležitú rolu pri odporúčaní kúpeľov zohráva aj naďalej lekár.

Pri takmer 98%-nej spokojnosti so zlepšením zdravotného stavu návštevníkov kúpeľov a snahe klientov o opätovné zopakovanie si liečebného pobytu by mohla byť táto informácia výzvou pre kúpeľné zariadenia, aby si poskytovaním kvalitnej zdravotnej starostlivosti, svojimi službami, wellness programami takýchto klientov udržali, resp. prilákali väčšie množstvo kúpeľných návštevníkov hľadajúcich prevažne oddych a regeneráciu.

2. ČO JE MARKETING?

Tento pojem má niekoľko definícií.

Marketing je možné definovať ako spoločenský a riadiaci proces, v ktorom jednotlivci a skupiny získavajú prostredníctvom vytvárania a výmeny produktov a hodnôt to, čo potrebujú a chcú.¹⁾

Marketing v zdravotníctve je nepochybne aplikáciou všeobecnej teórie marketingu. Vzhľadom k pozícii zdravotníctva v ekonomike a všeobecných postojov k nemu, sa nedá a nemôže aplikovať všetko, čo je použiteľné v iných konkurenčných prostrediach. Základnou charakteristikou, odlišujúcou zdravotníctvo ako celok od ostatných odvetví ekono-

miky, je jeho primárna snaha pomôcť iným ľuďom, snaha o záchranu života, snaha o zlepšenie kvality života. Toto je však veľmi ťažko uchopiteľné a z ekonomického pohľadu ťažko a problematicky merateľné. Tieto hodnoty patria do kategórie etiky, nakoľko z nej vychádzajú.

Aj zdravotnícke zariadenie má byť v trhovom prostredí zamerané predovšetkým na trvalú inováciu techniky know-how a marketing, a to s cieľom vytvárať spokojného pacienta vychádzajúc tak z individuálnej hodnoty zdravia jedinca, aj z jeho hodnoty spoločenskej.²⁾

3. SPOTREBITEĽSKÉ SPRÁVANIE

Čo ovplyvňuje spotrebiteľské správanie?³⁾

1. osobné faktory:

- potreby
- vnímanie
- porovnávanie
- osobnosť zákazníka
- životný štýl
- sebaúcta
- motivácia

2. medziľudské faktory:

- kultúra a subkultúra
- sociálne skupiny
- referenčné skupiny (primárne sekundárne)
- názoroví vodcovia
- rodina

V „nákupnom“ správaní majú úlohy štyri hlavné psychologické faktory⁴⁾:

- motivácia
- vnímanie
- poznávanie a učenie
- postoj

1) Philip Kotler, Gary Armstrong: Marketing, 1. vydanie, Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992, str. 385, ISBN 80- 08-02042-3

2) <http://www.pouzp.cz/text/cs/specifika-produktu-ve-zdravotnictvi-z-hlediska-marketingu.aspx>, získané 29.5.2010

3) <http://www.euroekonom.sk/marketing/marketing-sluzieb-a-cestovneho-ruchu/zaklady-marketingu-sluzieb-a-cestovneho-ruchu-2/>, získané: 29.5.2010

4) http://www.fem.uniag.sk/Elena.Horska/texty/FAKTORY_SPOTREBITEĽSKÉHO_SPRAVANIA2.doc, získané: 12.5.2010

MOTIVÁCIA

Motivácia je hnacia sila vo vnútri človeka, ktorá ho vedie ku konaniu. Chápeme ju ako proces, ktorý je intrapsychický, ale uskutočňuje sa na základe vonkajších vzťahov. Je to pojem, ktorý vyjadruje reguláciu uspokojovania potrieb a cieľovo zamerané správanie. Základom motivácie je pohnútko (drive) riadená motívom v súvislosti s určitým cieľom.

VNÍMANIE

Správanie sa človeka závisí od spôsobu vnímania situácie.

UČENIE A JEHO VPLYV NA SPOTREBITEĽSKÉ SPRÁVANIE

Správanie človeka je odrazom učenia v priebehu celého života. Proces učenia prebieha za spolupôsobenia:

- pohnútok
- motívov
- pokynov
- reakcií
- upevnenia

POSTOJE SPOTREBITEĽOV

Spotrebiteľské postoje sú komplementárne s potrebami, treba ich vždy chápať v súvislosti s potrebami a skúsenosťami spotrebiteľov. Sú aktivizačným prvkom a motivačným zdrojom spotrebiteľského správania.

Obsah postojov tvorí vzťah k hodnotám, a preto postoj môžeme vymedziť ako hodnotiaci vzťah.

Celkový systém postojov vytvára subjektívne poňatie sveta a života z jeho rôznych aspektov, pričom u niektorých jedincov prevažujú racionálne a u iných emocionálne hľadiská.

Žiadny človek neprichádza na svet s hotovými postojmi. Vytvárajú sa v priebehu života a menia sa v dôsledku ekonomických podmienok.

PROCES ROZHODOVANIA SPOTREBITEĽA:

Začiatkom procesu nákupného rozhodovania spotrebiteľa je:

- poznanie problému
- hľadanie informácií
- výber značky
- výber predajne

Úroveň želania riešiť určitý problém závisí predovšetkým od:

- veľkosti diskrepancie medzi želaným a vnímaným stavom
- relatívnej dôležitosti problému

Riešenie rozporu (diskrepancie) medzi želaným a aktuálnym stavom začína spotrebiteľ hľadaním informácií, ktoré vytvoria základ pre prípadné rozhodovanie o nákupe. Pritom informácie, ktoré spotrebiteľ hľadá, sú:

- kritériá vhodné na hodnotenie riešenia problému
- rôzne alternatívne riešenia
- výkonnosť, alebo charakteristiky alternatívnych riešení z hľadiska jednotlivých hodnotiacich kritérií



Spotrebiteľ najprv využíva interné hľadanie, ak informácie z interného hľadania nepostačujú, prechádza k externému hľadaniu.

INTERNÉ HĽADANIE INFORMÁCIÍ

Nie je nič iné, ako prehľadávanie vlastnej pamäte. Väčšina spotrebiteľov si spomenie na určitý, ohraničený počet značiek. Tieto značky vytvárajú evokovaný súbor, ktorý pozostáva zo značiek, ktoré spotrebiteľ berie do úvahy pri nákupnom výbere.

EXTERNÉ HĽADANIE INFORMÁCIÍ

Okrem vlastnej pamäte môžu spotrebiteľia zhromažďovať informácie zo štyroch hlavných zdrojov:

- personálne zdroje – priatelia, rodina, spolupracovníci
- nezávislé zdroje – spotrebiteľské združenia, platení špecialisti, vládne agentúry
- marketingové zdroje – reklama, predávajúci
- zdroje opierajúce sa o skúšky – kontrola alebo vyskúšanie produktu

Spotrebiteľské správanie je determinované individuálnou odozvou na rôzne podnety, je to vzťah medzi skúsenosťou a následným správaním⁵⁾.

5) <http://referaty.hladas.sk/referat.php/teoria-sluzieb/21/18462>, získané: 30.5.2010

Rozumní spotrebitelia zdravotnej starostlivosti podľa internetového zdroja⁶⁾ sú obsiahnutí v nasledujúcich bodoch:

- Hľadajú spoľahlivé zdroje informácií. Sú vhodne skeptickí voči reklame, vyhláseniam rôznych hostí v talk-show. Nové informácie, aj keď presné, môžu byť ťažko presaditeľné bez odborného vedenia.
- Udržujú zdravý životný štýl. Tým sa znižuje pravdepodobnosť, vážnych zdravotných problémov a znižujú sa náklady na zdravotnú starostlivosť.
- Poskytovateľov zdravotnej starostlivosti si vyberajú s veľkou starostlivosťou. Pre nich sú všeobecní lekári chápaní ako lekári so všeobecnými vedomosťami, zato špecialisti majú množstvo vedomostí v konkrétnej špecializačnej odbornosti. Správajú sa rozumne, problémy najskôr konzultujú so všeobecným lekárom, neskôr s vybraným špecialistom v danej odbornosti.
- Vedia efektívne komunikovať. Prezentujú svoje problémy organizovaným spôsobom, pýtajú sa vhodných otázok.
- V prípade výskytu zdravotného problému, sa aktívne podieľajú na jeho riešení.
- Sú ostražití pri vyšetreniach, ktoré nemajú vedeckú podporu a vierohodné zdôvodnenie.
- Sú oboznámení s ekonomickými aspektmi zdravotnej starostlivosti.

4. KÚPEĽNÝ A ZDRAVOTNÝ CESTOVNÝ RUCH

Slovensko svojim kúpeľníctvom patrí k tradične vyspelým krajinám Európy, najmä pre kvalitu liečivých vôd a klímy a vysoký štandard zdravotníckych služieb v kúpeľoch. Na európskom trhu je záujem využívať ponuku, najmä tradičnej kúpeľnej liečby. Produkt wellness (trvá 2 až 5 dní), ktorý začínajú ponúkať i slovenské kúpele, je novým prvkom v našej ponuke v súlade s európskymi trendmi. Na zlepšenie uplatnenia sa kúpeľov na medzinárodnom trhu je potrebné skvalitniť najmä mikroštruktúru kúpeľných miest, kúpeľného prostredia, obohatiť ponuku o doplnkové služby, rozšíriť ponuku aktivít pre voľný čas, zatriktívniť iné formy cestovného ruchu. V kúpeľných mestách, kde je vyššia kvalita prostredia, treba do hotelových zariadení umiestňovať kvalitné wellness služby a rôzne športové aktivity. Všetky zariadenia spoločne využívajú prednosti vyššej kvality prostredia.⁷⁾

Globálna hospodárska kríza prinútila viacerých obyvateľov Slovenska zamyslieť sa aj nad tým, či by niektoré zo svojich výdavkov nemali obmedziť. Z prieskumu agentúry TNS SK (máj 2009), ktorý bol realizovaný na reprezentatívnej vzorke 1 013 respondentov, vyplynulo, že dôsledky globálnej hospodárskej krízy už pocítila polovica Slovákov. Šetrenie na výdavkoch spojených s dovolenkou sa prejavilo tak, že ľudia deklarujú, že dovolenkujú menej, alebo uprednostňujú lacnejšie dovolenky či dovolenky na Slovensku, tak isto títo respondenti obmedzili liečebné pobyty v kúpeľoch.⁸⁾



Ak uvádzam, že globálna hospodárska kríza prinútila obyvateľov Slovenska zamyslieť sa nad svojimi výdavkami, USA neboli výnimkou. Kúpeľné zariadenia v roku 2009 vykázali 15 % stratu. Zmeny v životnom štýle ľudí (dlhodobá práca s počítačom) a želanie zlepšiť spokojnosť mali riadený dopyt po masážach. Zaujímavé je to, že takéto procedúry vedia prilákať čo najširší okruh spotrebiteľov z hľadiska veku a pohlavia. Starostlivosť o tvár je tiež počas recesie jednou z odolných kúpeľných procedúr. Spotrebitelia v USA sú ochotní viac míňať a dokonca platiť vyššie ceny za kvalitné a profesionálne služby, aby si zachovali mladší výzor tváre, ktorá je ich najviditeľnejšou časťou tela⁹⁾.

A čo slovenské kúpele? Janka Zálešáková, predsedníčka Asociácie slovenských kúpeľov počas konferencie Hospitality & Tourism Summit 2009 uviedla, že budúcnosť európskych (slovenských) kúpeľov tvoria preventívne programy zamerané na zmenu životného štýlu a účinná prevencia všeobecne rozšírených chorôb. Starnutiu obyvateľov (zvyšujúci sa počet seniorov) sa prispôsobí ponuka programov zameraných na kvalitu života vo vyššom veku. Klasická kúpeľná liečba bude orientovaná predovšetkým na srdcovo-cievne choroby, choroby pohybového aparátu, psychické poruchy (depresie), metabolické choroby. Ponuka wellness programov s medicínskym zázemím pre zdravých bude napomáhať vytvoreniu rovnováhy medzi záťažou a aktívnym oddychom.¹⁰⁾

Kto je návštevníkom kúpeľov v USA podľa internetového denníka Lohas? Pokiaľ muži tvoria približne 31 % klientov, typickým návštevníkom je žena stredného veku, ktorá obľubuje a zo začiatku vyhľadáva masáže, pri ďalších návštevách uprednostňuje okrem masáží ďalšie doplnkové služby ako sú kaderníctvo, manikúra, ... Na druhej strane sú to návštevníci, ktorí chcú urobiť niečo pre svoje zdravie, myseľ, nielen pre fyzickú krásu. Pre týchto klientov nie je dôležitý luxus, ale zážitok od začiatku do konca pobytu. Medzi týmito extrémami je bežný návštevník, ktorý vyhľadáva aj kúpeľné procedúry, aj starostlivosť o svoj zovňajšok.¹¹⁾

6) <http://www.quackwatch.org/02ConsumerProtection/intell.html>, získané: 31.5.2010

7) www.economy.gov.sk/zaverecne-stanovisko/130544s, získané 30.5.2010

8) <http://www.strategie.sk/sk/sedy/spravy/marketing/setrime-viac-ako-v-minulosti.html>, získané: 30.5.2010

9) <http://www.spatrade.com/news/index.phtml?act=read&id=1032>, získané: 31.5.2010

10) <http://www.hotelblog.sk/clanky/strategie/hospitality-tourism-summit-2009>, získané: 30.5.2010

11) <http://www.lohas.com/journal/spatrends.htm>, získané 31.5.2010

5. MARKETINGOVÝ PRIESKUM

Marketingový prieskum¹²⁾ trhu realizujú podniky samy alebo prostredníctvom špecializovaných výskumných firiem, pričom využívajú moderné vedecké poznatky a metódy. Účelom prieskumu trhu je získať podklady o súčasnom a budúcom vývoji potrieb uspokojovaných trhovou formou a mať k dispozícii údaje pre výrobnú a obchodnú politiku. Základné rozdelenie výskumu hovorí o kvantitatívnom a kvalitatívnom prieskume.

KVANTITATÍVNY PRIESKUM

Systematický prieskum na vybranej vzorke respondentov z cieľovej skupiny. Druhy prieskumov: prieskum zvyklostí, postojov, názorov, image značky, účinnosti reklamy, špeciálny prieskum. Spôsoby vykonávania prieskumu: osobné rozhovory, dotazníky rozposielané poštou, telefonické opytovanie.

KVALITATÍVNY PRIESKUM

Hĺbkové rozhovory, skupinové rozhovory, projekčné techniky. Prieskum, zhromažďovanie faktov, informácií, ich porovnávanie, analýza, syntéza, zovšeobecňovanie musia byť na začiatku každého komunikačného snaženia. A nielen na začiatku. Zdrojom informácií môže byť doslova všetko – od kníh, brožúr, masmédií, internetu až po živé rozhovory s ľuďmi, sociologické prieskumy a rozličné prehľady, audity a výskumy, aj za pomoci externých profesionálnych agentúr.

6. KVANTITATÍVNY PRIESKUM ZAMERANÝ NA SPOTREBITEĽSKÉ SPRÁVANIE PRI VÝBERE KÚPEĽNÉHO ZARIADENIA

V priebehu mesiaca máj 2010 bol realizovaný dotazníkový prieskum. Dotazníky boli zasielané poštou klientom, ktorým pobyt v plnej, alebo čiastočnej miere hradila zdravotná poisťovňa, a ktorí kúpeľnú liečbu absolvovali v slovenských kúpeľoch v priebehu januára až marca 2010. Tento dotazníkový prieskum bol vyhodnotený na vzorke 152 vrátených dotazníkov.

Podľa výsledkov je priemerný vek 59,10 rokov (vekový priemer mužov je 59,93 rokov, vekový priemer žien 58,42 rokov).

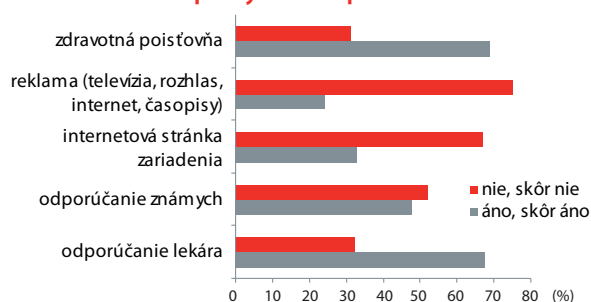
Na kúpeľnom pobyte v tejto vzorke absolvovalo pobyt 82 žien a 70 mužov. V prieskume boli uvedené názory na 23 kúpeľných zariadení.

V dotazníku klienti vyjadrovali svoj názor na tieto okruhy otázok:

1. Čo rozhodovalo pri výbere kúpeľného zariadenia?

- odporúčanie lekára
- odporúčanie známych
- internetová stránka zariadenia
- reklama (televízia, rozhlas, internet, časopisy)
- zdravotná poisťovňa

Graf 1: Čo rozhodovalo pri výbere kúpeľného zariadenia?



Graf 2: Čo ovplyvňuje spotrebiteľské správanie?



2. Čo ovplyvňuje spotrebiteľské správanie?

- vzdialenosť od bydliska
- možnosť kultúrneho vyžitia, relaxu
- prevencia zhoršenia zdravotného stavu
- doteraz nebola pre pacienta účinná iná liečba
- stav po operácii, úraze, chorobe
- pokojné prostredie, ktoré prospieva lepšiemu zdravotnému stavu

Na skupinu otázok, čo zohráva dôležitú úlohu pre potenciálneho návštevníka kúpeľov takmer 68 % klientov odpovedalo, že pobyt v kúpeľoch im odporučil lekár.

Odporúčanie známych pri výbere kúpeľného zariadenia berie do úvahy 48 % opýtaných. Zaujímavým faktom je, že len niečo cez 33 % opýtaných uviedlo, že ich oslovila internetová stránka jednotlivých kúpeľov a len niečo cez 24 % uviedlo, že ich zaujala reklama.

V prípade, že potenciálni klienti mali vypísaný a podaný návrh na kúpeľnú liečbu 69 % vybrala, resp. určila konkrétne kúpeľné zariadenie zdravotná poisťovňa.

Podrobné výsledky vyššie uvedeného okruhu otázok sú uvedené v **Grafe 1**.

Pre takmer 50 % opýtaných nebola pri výbere kúpeľov dôležitá vzdialenosť od bydliska. Pre takmer 95 % opýtaných je dôležité pri výbere kúpeľov príjemné prostredie s možnosťou kultúrneho vyžitia a relaxu.

Na skupinu otázok „Prečo ste sa rozhodli pre kúpeľnú liečbu?“ klienti odpovedali nasledovne: Takmer 98 % chce predchádzať zhoršeniu zdravotného stavu, 73 % doteraz nepomohla iná liečba, 90 % je v kúpeľoch pretože je po úraze, alebo chorobe. Približne 96 % pokojné prostredie v kúpeľnom zariadení prospieva lepšiemu zdravotnému stavu.

Podrobné výsledky skupiny vyššie uvedeného okruhu otázok sú uvedené v **Grafe 2**.

12) <http://www.tahaky-referaty.sk/Kvalitat%EDvny-a-kvantitat%EDvny-prieskum-trhu/2960>, získané 31.5.2010



ZÁVEREČNÉ KONŠTATOVANIA

- Veľmi dôležité pre klienta je príjemné prostredie kúpeľného zariadenia
- Pri výbere kúpeľov nehrá dôležitú rolu reklama, internet
- Kúpeľný pobyt berú ako miesto relaxu, oddychu
- Pre klienta je dôležité odporúčanie lekára, zdravotnej poisťovne
- Klienti sú ochotní dochádzať do kúpeľov aj do vzdialenejších zariadení od svojho bydliska
- Pozitívna osobná skúsenosť je predpokladom k opakovanej návšteve kúpeľného zariadenia, nemusia byť však to isté kúpeľné zariadenie

Reklamná agentúra Publicis Knut v roku 2007 zrealizovala projekt Slovenský spotrebiteľ 2007, ktorého cieľom bolo v období štyroch rokov identifikovať rôzne typy spotrebiteľov na Slovensku.¹³⁾ Z jeho výsledkov je zjavné, že ľudia sú ochotní cestovať za vyšetrením, hlavne aby sa dostali do rúk kvalitného lekára. Podstatný vplyv má aj okolie, rodina. Na výber lekára majú menší vplyv médiá a informačné zdroje. Tento dotazníkový prieskum potvrdil niektoré skutočnosti z výskumu Slovenský spotrebiteľ 2007.



Ing. Ľudmila Zozuláková riadi oddelenie nákupu ZS v zdravotnej poisťovni Dôvera a metodicky usmerňuje pracovníkov na nákupe zdravotnej starostlivosti.

13) <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/2252/slovensky-spotrebiteľ-2007.html>, získané 31.5.2010

» kontakt

Zozulakova.Ludmila@dovera.sk



Legislatívny seminár

8. marca 2011
Bratislava – Rusovce



Legislatívny seminár



8. marca 2011 zorganizoval Health Policy Institute (HPI) legislatívny seminár venovaný aktuálnym a očakávaným zmenám v zdravotníckej legislatíve na Slovensku. Do areálu *Ponteo Activity Park* v bratislavských Rusovciach prišli viac než tri desiatky účastníkov. Nechýbali medzi nimi zástupcovia ambulantných i ústavných poskytovateľov, dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok, farmaceutických firiem, advokátskych praxí, zdravotných poisťovní. To umožnilo rozprúdiť zaujímavú a podnetnú diskusiu k prezentovaným témam.

Zuzana Földesová Motajová predstavila zmeny, ktoré k 1. januáru 2011 priniesla novela zákona o zdravotnom poistení.

Tomáš Szalay zhrnul úpravy vyplývajúce z novely zákona o zdravotných poisťovniach (a ďalších zdravotníckych zákonov), ktorá nadobúdala účinnosť k 1. aprílu 2011.

Angelika Szalayová hovorila o plánovaných zmenách v liekovej politike a prerozdelení poisťného.

Peter Pažitný sa venoval odvodovej reforme a zavádzaniu DRG.

Každá téma sa končila otázkami a diskusiou účastníkov a výmenou názorov na zdravotnú politiku. Legislatívny seminár sme popoludní zavŕšili spoločným obedom, pri ktorom pokračovala neformálna diskusia o slovenskom zdravotníctve.

Po skončení semináru sme od jeho účastníkov získavali spätnú väzbu krátkym dotazníkovým prieskumom. Na otázku, čo sa účastníkom páčilo najviac (získané poznatky, materiály, vybavenie a pod.) sme dostali povzbudivé odpovede (viď **Tabuľka**).

Na otázku, čo by sa malo zmeniť, ak by sme podobné podujatie organizovali aj budúcnosti sa väčšina pripomienok zhodla na dodržiavaní časového harmonogramu. Diskusia k jednotlivým témam celé podujatie predĺžila o viac než poldruha hodiny.

Keďže však možnosť diskusie účastníci oceňovali a pri budúcich podujatiach sa jej nechcú vzdať, najvhodnejším riešením je zúženie rozsahu tém legislatívneho seminára.

Silná a pozitívna odozva na legislatívny seminár nás potešila a presvedčila, že v takomto type podujatí by sme mali pokračovať. Verím preto, že sa už čoskoro stretneme na ďalšom legislatívnom seminári.

TOMÁŠ SZALAY

Tabuľka: Čo oceňovali účastníci legislatívneho seminára?

- Rôznorodosť auditória – rôzne pohľady na danú problematiku.
- Prezentovanie poznatkov z iných krajín.
- DRG, lieky a politika.
- Správne načasovanie problematiky. Obsah prednášok obsahol pripravované zmeny.
- Výborné materiály.
- Skompletizovanie zmien v legislatíve jednotlivých zákonov.
- Načasovanie problematiky.
- Komplexný pohľad na slušnej úrovni. Veľmi potrebné do budúcnosti. Potrebujeme to. Edukácia je veľmi dôležitá.
- Interaktívnosť.
- Cieľ, prehľadnosť.
- Získané poznatky, materiály.
- Odbornosť lektorov.
- Uvádzanie praktických príkladov pri teoretickom výklade (najmä p. Pažitný), interaktívna diskusia s publikom aj v priebehu prezentácií, ucelený materiál s prezentáciami vystupujúcich.
- Seminár takéhoto typu je všeobecne veľmi prospešný predovšetkým ako platforma pre kvalitnú odbornú diskusiu zainteresovaných subjektov (napr. stojacich aj „na opačnej strane barikády“) – výmena skúseností, názorov, získaných informácií o pripravovaných zmenách v zdravotníckej legislatíve.



Prihláste sa už dnes do vzdelávacieho programu **Master of Science**



- **Nové vedomosti** a zručnosti
- **Noví priatelia** a networking
- **Svetové vedomosti** bez cestovania a rečovej bariéry
- **Skúsení lektori**
- **Prestížny titul** Master of Science

Cena pri registrácii do 31. 5. 2011 - **17 890,-€** s DPH

Cena pri registrácii od 1. 6. 2011 - **18 890,-€** s DPH



Volajte: +421 911 596 050

Kliknite na: www.hma.sk

Píšte na: frisova@hma.sk