

» obsah

Pred ďalšou
makroekonomickou
stabilizáciou (1)

HPI k návrhu št. rozpočtu

Desatoro pre zlepšenie
trhu zdravotného poistenia

Aké dlhé sú čakacie doby?

Rebríček zdravotných
systémov z pohľadu
spotrebiteľa

Umelé prerušenie
tehotenstva: novela novely

NHS: 40 % pacientov je
v nemocniciach zbytočne

Diskusia reformných
ministrov Julínek – Zajac

Prečo nebola v Českej
republike (2006-2008)
prosazena reforma
zdravotníctví

Etika a merkantilizmus
v lekárnictve

» tirage

Into Balance
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



editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

Záchranu VŠZP zaplatia daňoví poplatníci a poistenci SZP

Hlavným motívom zlúčenia VŠZP a SZP je finančné posilnenie VŠZP o približne 110,6 mil. eur (3,33 mld. Sk), ktoré sa má udiat dvoma spôsobmi:

1. Navýšením základného imania VŠZP o 65,1 mil. eur (1,96 mld. Sk) zo zdrojov štátneho rozpočtu.
2. Získaním hotovosti z bankových účtov SZP v sume cca 45,5 mil. eur (1,37 mld. Sk) pri prechode imania SZP do VŠZP (strana 10 vládneho materiálu). Táto suma nemusí byť presná (lebo je už október 2009), ale iste prevyšuje 40,0 mil. eur (1,21 mld. Sk).

V oboch prípadoch dochádza k sanácii VŠZP zo zdrojov niekoho iného. V prípade zvýšenia ZI zo štátneho rozpočtu sa na sanáciu VŠZP poskladajú všetci daňoví poplatníci (aj tí, ktorí nie sú poistenci VŠZP). V druhom prípade sa na sanáciu VŠZP použijú zdroje poistencov SZP. Aj v tomto prípade ide len čiastočne o ich zdroje, lebo ešte v roku 2005 štát práve SZP navýšil imanie o 450 mil. Sk aby ju ochránil pred insolventnosťou.

Zvýšenie základného imania zo zdrojov štátneho rozpočtu pre SZP v roku 2005 a VŠZP v roku 2009 je porušením tvrdých rozpočtových obmedzení a poškodzuje to férovú súťaž medzi zdravotnými poisťovňami tým, že štát svojim vlastným poisťovníam poskytuje neprimerané finančné výhody (štátnu pomoc). Diskriminuje tak súkromne vlastnené poisťovne.

Najmenej dôveryhodne v projekte zlúčenia pôsobia tzv. pozitívne dôsledky zlúčenia. Poisťovňa sa zaväzuje, že zlepší manažment nákupu zdravotnej starostlivosti, zvýši efektívnosť vymáhania pohľadávok a že bude efektívnejšie kontrolovať náklady na zdravotnú starostlivosť. **Nad týmito „pozitívami“ vyslovujeme pochybnosť – keď to poisťovňa nedokázala doteraz, aké sú garancie, že po zlúčení to už dokáže?**

Medzi „pozitívami“ zlúčenia materiál akcentuje zníženie súčasných „duplicitných“ výdavkov poisťovní a optimalizáciu mzdových nákladov. Po zlúčení však zostanú zachované všetky pracovné pozície v oboch poisťovniach (s. 9 vládneho materiálu). Pre porovnanie, ZP Dôvera na výkon zdravotného poistenia pre 100 000 poistencov potrebuje 55 zamestnancov, VŠZP 65 a SZP dokonca 81.

Pružné ceny a decentralizované platobné mechanizmy umožňujú zdravotným poisťovníam relatívne pružne absorbovať šoky z externého prostredia. **To, že sa VŠZP sa ocitla v nepriaznivej finančnej situácii nie je len dôsledkom dopadov ekonomickej krízy (aj keď kríza svoju úlohu zohrala), ale predovšetkým neschopnosti samotnej VŠZP nastaviť efektívny systém nákupu a revízie zdravotnej starostlivosti.** A tento problém neodstráni ani zlúčenie, ani navýšenie základného imania a ani zmocnenie sa imania Spoločnej zdravotnej poisťovne. Možno ho len oddiali do volieb.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Súvaha Spoločnej zdravotnej poisťovne k 31.12.2008 v tis. Sk

Aktíva netto		Pasíva netto	
Nehmotný majetok	7 706	Vlastné imanie	1 142 094
Finančné umiestnenie	384 705	Technické rezervy	1 834 310
Pohľadávky	646 772	Závazky	653 781
Ostatné aktíva	25 268		
Bankové účty	1 371 535		
Účty časového rozlíšenia	1 194 201	Účty časového rozlíšenia	2
Spolu	3 630 187	Spolu	3 630 187

Zdroj: účtovná závierka Spoločnej zdravotnej poisťovne k 31.12.2008

Pred ďalšou makroekonomickou stabilizáciou (1)

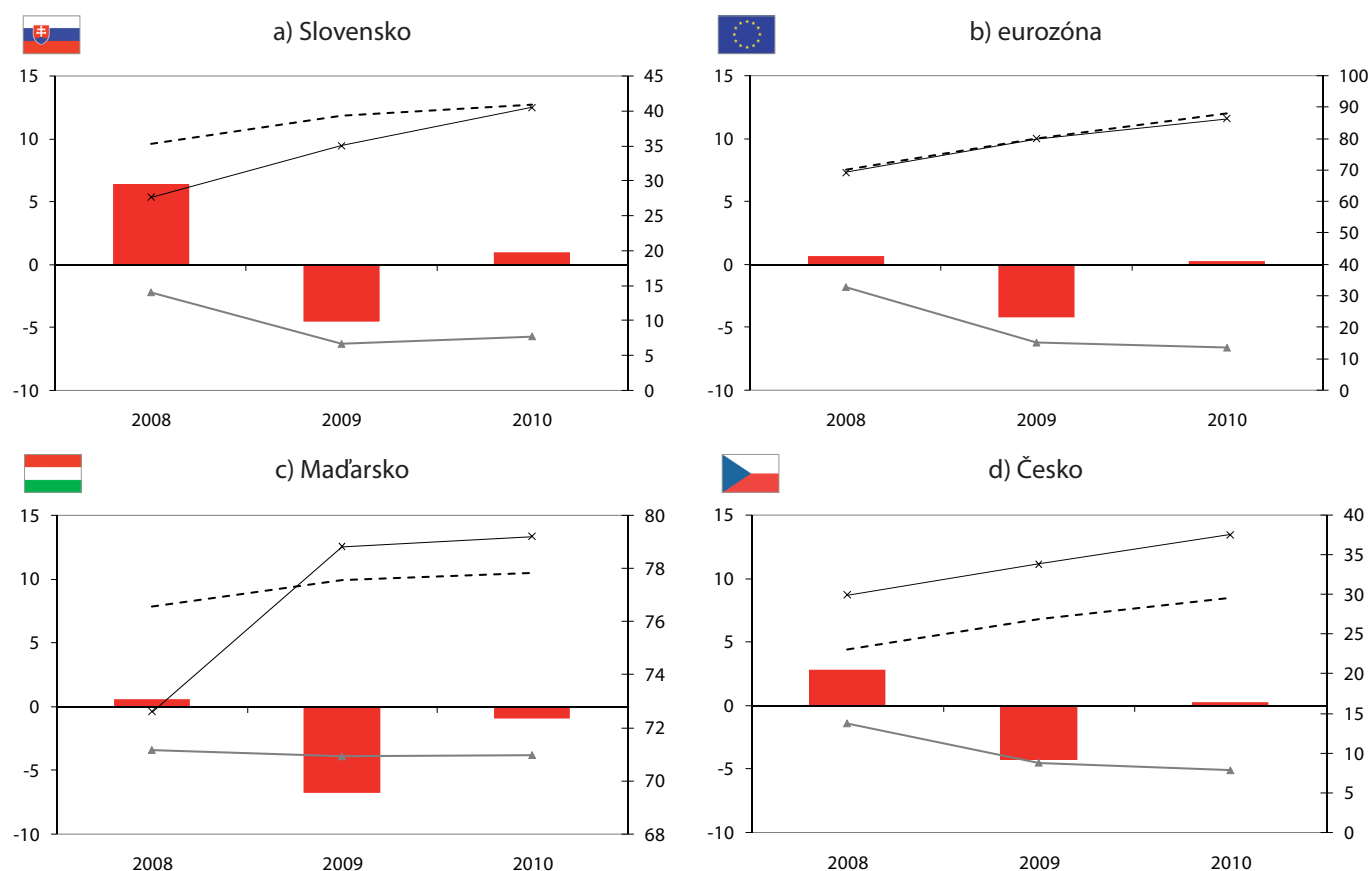
V roku 2010 sa vytvorí unikátny mix podmienok a cieľov: Pretrvávajúce niektorých prejavov recesie (rast miery nezamestnanosti) + Snaha rozširovať intervencie + Fenomén volebného roka + Garancia udržať sociálny štandard + Zámer konsolidácie.

Makroekonomická stabilizácia sa opäť stáva frekventovanou odbornou aj politickou témou. V tejto súvislosti predkladáme sériu analytických článkov zameraných na stabilizáciu ekonomiky a konsolidáciu verejných financií. Odborné a politické elity v SR by mali mať už bohaté skúsenosti so stabilizačnými programami. Ale každá z doterajších stabilizačných operácií prebiehala za zásadne odlišných okolností.

ŠTVRTÁ, ALE AJ TAK UNIKÁTNÁ

Nie je nič prekvapujúce na tom, že ekonomická recesia naštrbila stabilitu (a nielen fiškálnu) krajín. Dobré to dokumentuje októbrová aktualizácia IMF World Economic Outlook.¹⁾ Stojí za to si všimnúť, že prognózované dáta týkajúce sa fiškálnej stability sa v roku 2010 v porovnaní s rokom 2009 ešte nezlepšujú napriek tomu, že ukazovatele ekonomického rastu sú už výrazne lepšie (v tomto texte to možno vyčítať z Grafu 1b).

Graf 1: Vybrané ukazovatele ekonomického rastu a stability



Zdroj: Štatistický úrad SR, IMF World Economic Outlook (October 2009), Pénzügyminisztérium, OECD Economic Outlook 85 database (June 2009), Ministerstvo financí ČR a Health Policy Institute

■ reálny rast HDP v %
--- miara nezamestnanosti v %
—△— saldo verejných financií v % HDP
—×— verejný dlh v % HDP (pravá os)

Tabuľka 1: Stabilizačné programy v SR od začiatku ekonomickej transformácie

Obdobie	Stručná charakteristika stabilizačného programu
1991 – 1993	Stabilizačný program sprevádzajúci štart prvých ekonomických reforiem. Stabilizačný balík mal napomôcť udržaniu domáceho dopytu pod kontrolou, mal zabrániť inflačnej špirále aj expanzii ďalších nerovnovážnych stavov (hrozili značné schodky v zahraničnom obchode aj verejných financiách). Do tejto etapy zaraďujeme aj konsolidačný proces spojený so vznikom samostatného štátu.
1999 – 2000	Séria „balíčkov“ stabilizačných opatrení v stave recidivujúcej makroekonomickej nerovnováhy. Snaha o maximalizáciu ekonomického rastu pri sklze v reštrukturalizácii ekonomiky viedla k neakceptovateľnej miere tzv. dvojitého deficitu (deficit verejných financií plus deficit bežného účtu platobnej bilancie) hlavne v rokoch 1996-1998. Stabilizačný program mal posilniť makroekonomickú rovnováhu a dať priestor pre budúci kvalitnejší ekonomický rast.
2004 – 2008	Išlo o stabilizačný a konsolidačný program zameraný na splnenie podmienok potrebných na prijatie eura. Miernejšia, menej dramatická forma stabilizačného programu pri absencii náročnejších situácií, v podmienkach silno rastúcej ekonomiky.
2010 – ?	Očakávaný stabilizačný program zameraný hlavne na fiškálnu konsolidáciu. Vláda deklaruje vôľu v relatívne krátkom čase konsolidovať verejné financie rozvrátené globálnou ekonomickou recesiou.

Napriek prognózovanému obnoveniu rastu HDP treba makroekonomické podmienky v SR v budúcom roku vnímať so značnou dávkou opatrnosti, napríklad aj z týchto dôvodov:

Lepší výsledok vývoja HDP sa dosiahne vo veľkej miere vďaka veľmi nízkej porovnávacej základni z roku 2009. Očakávame, že oživenie nebude priamočiare, ale skôr postupné, rozkolísané. V súčasnosti nejde o bežný cyklický pokles v dynamike ekonomickej aktivity. Globálna aj slovenská ekonomika sa bude oživovať prostredníctvom inovácií a reštrukturalizácie. Vzhľadom na hlbšie korene globálnej recesie nemusí ísť o plynulé, hladké oživenie. Môže sa stať, že tempo rastu reálneho HDP v roku 2010 bude prekvapivo priaznivé – výraznejšie ako to predpokladáme v Grafe 1a (alebo ako to predpokladá MF SR v Tabuľke 2). Výraznejší, viac ako trojpercentný,²⁾ rast reálneho HDP predpovedá Slovensku na rok 2010 napr. IMF (IMF World Economic Outlook, October 2009). Zatiaľ však navrhujeme z princípu opatrnosti počítať s nižšími hodnotami.

Obnovenie rastu produkcie nemusí hneď znamenať pokles miery nezamestnanosti ani rast počtu pracujúcich. Opierať sa tu o nasledovné predpoklady:

1. V priebehu výrazných výkyvov produkcie v minulosti (aj pri začiatku súčasnej recesie) zmeny zamestnanosti obyčajne s oneskorením reagovali na zmeny v dynamike produkcie (hlavne pridanej hodnoty).
2. Pravdepodobne treba počítať s opatrnosťou zamestnávateľov pri prijímaní ďalšej pracovnej sily. Na obnovu rastu dopytu budú v prvom rade reagovať plným využívaním tej pracovnej sily, ktorú neúplne využívali v priebehu recesie (ale neuvolnili ju). Budú zrejme s opatrnosťou reagovať na známky oživenia dopytu. Až keď dynamika dopytu produkcie dosiahne nadprahovú a stabilnú mieru, možno počítať s nárastom počtu pracujúcich.

V podobnom duchu aj OECD Employment Outlook³⁾ upozorňuje na negatívny vývoj na trhu práce aj po oživení produkcie. Miera nezamestnanosti má kulminovať až v roku 2010. Preto treba počítať s tým, že záťaž sociálneho systému (alebo záťaž verejných financií) vyplývajúca z expanzie nezamestnanosti, sa bude ešte v roku 2010 s veľkou pravdepodobnosťou stupňovať.

Tabuľka 2: Konsolidačný zámer MF SR v číslach

	2008	2009	2010	2011	2012
Rast reálneho HDP v %	6,4	-5,7	1,9	4,1	5,4
Miera nezamestnanosti v %	9,6	11,7	12,1	11,6	11
Saldo verejných financií v % HDP	-2,2	-6,3	-5,5	-4,2	-3
Verejný dlh v % HDP	27,6	37,1	40,8	42,5	42,2

Zdroj: Štatistický úrad SR (údaje za rok 2008) a MF SR: Rozpočet verejnej správy na roky 2010 až 2012 schválený vládou SR

1) IMF World Economic Outlook, October 2009. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/index.htm>

2) Ak už totiž počnúc tretím kvartálom 2009 nedôjde k žiadnemu ďalšiemu medzikvartálnemu poklesu sezónne očisteného reálneho HDP až do konca roka 2010, tak medziročná zmena HDP v roku 2010 môže skutočne prevýšiť 3%. Je to kvôli až cca 11%-nému medzikvartálnemu poklesu v 1. štvrtroku 2009. Preto ide jednoznačne o problém bázičného efektu.

3) OECD Employment Outlook 2009. http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_34747_40401454_1_1_1_37457,00.html

VLÁDNU AMBÍCIU MÔŽU SPOCHYBNIŤ AJ JEJ VLASTNÉ PASCE

Rozpočet verejnej správy na roky 2010-2012 predpokladá, že už v roku 2010 začne proces konsolidácie verejných financií a v roku 2012 bude opäť splnené Maastrichtské kritérium pre deficit. Zároveň má podiel verejného dlhu po svojom stúpnutí na úroveň 42,5% HDP začať klesať počnúc rokom 2012 (pozri v Tabuľke 2). Vládna prognóza aj konsolidačný zámer môže naraziť aj na nasledovné bariéry:

- Už spomínané riziko krehkého, postupného oživovania globálnej a tým aj slovenskej ekonomiky. Prechod k relatívne vysokým tempám rastu ekonomiky už v roku 2011 (ako to očakáva MF SR) nemusí byť samozrejmosťou. Upozorňujeme aj na riziko dlhšieho zotrvania na síce kladných, ale málo atraktívnych hodnotách tempa rastu ekonomiky po dobu niekoľkých rokov. A to by zásadne spomalilo konsolidáciu verejných financií.
- Ak sa zlepšenie vývoja na trhu práce významne oneskorí za zlepšením parametrov produkcie, vznikne tlak na vládu, aby podporovala zamestnanosť. A vláda SR kvôli svojej orientácii bude musieť problémy zamestnanosti vnímať mimoriadne citlivo. A zvlášť vo volebnom roku.
- Protikrizové opatrenia vlády boli plánované tak, aby mali dočasnú platnosť. Treba však počítať s nátlakom od záujmových skupín, ktorým vládne podporné opatrenia vyhovujú. Môžu sa objavovať argumenty v prospech predlžovania účinnosti dočasných opatrení. Ak budú takéto argumenty dostatočne presvedčivé alebo podporené nátlakom, môže predlžovanie účinnosti protikrizových opatrení priniesť dodatočnú fiškálnu záťaž. Neštandardné protikrizové nástroje sa niekedy ťažko demontujú, ťažko sa hľadá hranica, keď už fungovať nemajú.
- Vláda vyslovila riskantné garancie na „udržanie sociálneho štandardu“. Vytvára sa tým u obyvateľstva ilúzia, že vláda dokáže prostredníctvom verejných financií plne

ochrániť obyvateľstvo v SR od sociálnych dopadov globálnej recesie. Plné uplatnenie takejto garancie nemôže byť (a ani nemá byť) v silách verejných financií SR.

- Vývoj podielu verejného dlhu na HDP sa po roku 2011 ešte nemusí obrátiť k priaznivejším hodnotám. Za možné považujeme aj ďalšie mierne zvýšenie tohto podielu. Navyše existuje riziko, že políci zneužijú „rezervu“ medzi podielom verejného dlhu v SR a hodnotou tolerovanou pravidlami menovej únie. Hlavne vtedy, keď obvyklá hodnota podielu verejného dlhu v iných krajinách (a v priemere za eurozónu) bude podstatne vyššia ako v SR (a takáto konštelácia reálne hrozí). Môže to podporiť ambície politikov dosahovať neadekvátne ciele v ekonomickej či sociálnej oblasti na úkor rastu podielu verejného dlhu. Fiškálne parametre vrátane podielu verejného dlhu treba vnímať ako faktor konkurencieschopnosti.

Zaujímavé je, že vláda si dáva za cieľ znížiť podiel deficitu verejných financií už v roku 2010, keď v údajoch za eurozónu (ako aj Česko či Maďarsko, pozri v Grafe 1) sa objavuje ešte ďalší nárast podielu deficitu. Ak by sa vládne podarilo tento scenár presadiť, znamenalo by to značné zvýšenie kredibility jej politiky aj zvýšenie konkurencieschopnosti ekonomiky. Vzhľadom na vyššie uvedené riziká (z ktorých časť si vláda sama vytvára) však predikujeme pomalší priebeh fiškálnej konsolidácie.

(Pokračovanie v ďalšom čísle)



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973)
je senior analytik
Health Policy Institute.
Zaoberá sa hospodárskou
politikou, makroekonomiou a
ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

HPI k návrhu štátneho rozpočtu



1. Rok 2009 nemá zmysel komentovať, lebo MF SR neupravilo údaje podľa skutočného vývoja. Navyše nezohľadňuje ani navýšenie ZI vo VŠZP o 65 mil. eur. Bázické údaje za rok 2009 preto pôsobia skreslene a nemali by byť používané ako báza pre porovnanie. Vznikajú tak nelogické tvrdenia MF SR, že medzročná zmena disponibilných zdrojov ZP je v roku 2009 celkovo 13,9 % a v roku 2010 je to -1,1 %. Podľa nás by správne malo byť + 1,5 v roku 2009 a + 3,9 % v roku 2010. Dynamika v rokoch 2011 a 2012 je pri oboch prognózach už rovnaká, aj keď nerovnaká báza spôsobuje podstatné rozdiely v nominálnych hodnotách.
2. Zdroje zdravotných poisťovní od ekonomicky aktívnych sú podľa nás nadhodnotené približne o 136 mil. eur (rok 2010), o 128 mil. EUR (rok 2011) a o 134 mil. EUR v roku 2012. Toto nadhodnotenie zrejme vyplýva z nedostatočného premietnutia dopadov krízy na zdroje zdravotných poisťovní ako aj nerealistického bázického roka.
3. Vláda bude v roku 2010 platiť 4,78 % za jedného poistenca, čím nesplní predvolebný sľub (5 %). Vyšší počet nezamestnaných (+ 100 000) však spôsobí, že celkový objem zdrojov stúpne z 1,16 na 1,28 mld. eur.
4. MF SR podľa nás nadhodnocuje priame platby obyvateľstva o 532 až 577 mil. eur. Ak by skutočne platili čísla MF SR, tak občania by ročne zaplatili 1,1 až 1,2 mld. eur.
5. Vláda deklaruje, že celkové zdroje v zdravotníctve dosiahnu v roku 2010 viac ako 7,2 % HDP. Tento údaj považujeme za výrazne nadhodnotený a očakávame zdroje vo výške 6,3 % HDP.
6. Návrh štátneho rozpočtu tak vytvára neadekvátne očakávania poskytovateľov a pacientov v zdravotníctve.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Zdroje zdravotníctva podľa MF SR

(v tis. eur)	2009	2010	2011	2012
Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní	3 627 534	3 575 770	3 805 884	4 128 738
Ekonomicky aktívni	2 466 528	2 293 092	2 446 940	2 669 619
Poistenci štátu	1 161 006	1 282 678	1 358 944	1 459 119
Navýšenie ZI vo VŠZP				
MZ SR (bez transferov na zdravotné poisťovne)	134 630	145 032	164 182	103 360
Iné rozpočtové kapitoly	17 934	18 491	17 969	18 008
VÚC, obce	19 983	20 248	23 236	24 631
Disponibilné verejné zdroje v zdravotníctve spolu	3 800 081	3 759 541	4 011 271	4 274 737
medziročná zmena (v %)	13,9	-1,1	6,7	6,6
Priame platby obyvateľstva	1 165 106	1 107 464	1 152 870	1 201 291
Celkové zdroje v zdravotníctve spolu	4 965 187	4 867 005	5 164 141	5 476 028
medziročná zmena (v %)	14,7	-2	6,1	6
Podiel celkových zdrojov na HDP v b.c. (v %)	7,47	7,22	7,13	6,94

Zdroj: Ministerstvo financií Slovenskej republiky, 2009

Tabuľka 2: Zdroje zdravotníctva podľa HPI

(v tis. eur)	2009	2010	2011	2012
Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní	3 316 006	3 439 914	3 677 977	3 994 773
Ekonomicky aktívni (scenár depresie z Dopadov krízy)	2 090 000	2 157 236	2 319 033	2 535 654
Poistenci štátu (podľa návrhu štátneho rozpočtu)	1 161 006	1 282 678	1 358 944	1 459 119
Navýšenie ZI vo VŠZP (podľa návrhu vlády)	65 000			
MZ SR (bez transferov na zdravotné poisťovne)	134 630	145 032	164 182	103 360
Iné rozpočtové kapitoly	17 934	18 491	17 969	18 008
VÚC, obce	19 983	20 248	23 236	24 631
Disponibilné verejné zdroje v zdravotníctve spolu	3 488 553	3 623 685	3 883 364	4 140 772
medziročná zmena (v %)	1,5	3,9	7,2	6,6
Priame platby obyvateľstva (scenár depresie z Dopadov krízy)	605 000	575 068	598 646	623 790
Celkové zdroje v zdravotníctve spolu	4 093 553	4 198 753	4 482 010	4 764 562
medziročná zmena (v %)	0,5	2,6	6,7	6,3
Podiel celkových zdrojov na HDP v b.c. (v %)	6,3	6,3	6,5	6,4

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 3: Rozdiel medzi HPI a MF SR

(v tis. eur)	2009	2010	2011	2012
Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní	-311 528	-135 856	-127 907	-133 965
Ekonomicky aktívni (scenár depresie z Dopadov krízy)	-376 528	-135 856	-127 907	-133 965
Poistenci štátu (podľa návrhu štátneho rozpočtu)	0	0	0	0
Navýšenie ZI vo VŠZP (podľa návrhu vlády)	65 000	0	0	0
MZ SR (bez transferov na zdravotné poisťovne)	0	0	0	0
Iné rozpočtové kapitoly	0	0	0	0
VÚC, obce	0	0	0	0
Disponibilné verejné zdroje v zdravotníctve spolu	-311 528	-135 856	-127 907	-133 965
medziročná zmena (v %)	-12,4	5	0,5	0
Priame platby obyvateľstva (scenár depresie z Dopadov krízy)	-560 106	-532 396	-554 224	-577 501
Celkové zdroje v zdravotníctve spolu	-871 634	-668 252	-682 131	-711 466
medziročná zmena (v %)	-14,2	4,6	0,6	0,3
Podiel celkových zdrojov na HDP v b.c. (v %)	-1,2	-0,9	-0,6	-0,5

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Prostredie pre konkurenciu

Podľa rebríčka Health Consumer Powerhouse spotrebiteľia ako najlepší hodnotia holandský systém zdravotníctva. Niektorí vtípne poznamenávajú, že to je len preto, lebo ako jediný funguje pod úrovňou mora... Teraz však vážne, holandský systém sa dlhodobo považuje za dobrý príklad trhového usporiadania systému zdravotníctva, pričom kľúčovú úlohu na jeho fungovaní má kvalitný inštitucionálny rámec a vysoká kultúra transparentnosti. Takýto systém je potom atraktívny nielen pre investorov, ale poskytuje svojim spotrebiteľom vysokú mieru spokojnosti.

V HPI zdieľame názor, že trhové usporiadanie zdravotného poistenia, aj keď v zdravotníctve obzvlášť ťažko dosiahnuteľné, je pre spotrebiteľa lepšie ako jeho monopolná organizácia. Reforma zdravotníctva v roku 2004 významne posunula zdravotné poistenie k trhovému usporiadaniu, pričom tento posun nebol definitívny a systém potreboval v ďalších rokoch postupnú kultiváciu. Predovšetkým v oblasti definície produktu (nároku), systému prerozdelenia a transparentnosti. Tá však zmenou vlády v roku 2006 nenastala, ba čo viac, začal sa presadzovať protitrhový názor na organizáciu zdravotného poistenia.

Dnes tak na Slovensku máme systém, ktorého legislatívny rámec je definovaný pro-trhovo. Počtom písmen drobné, avšak svojou váhou významné proti-trhové novely v ňom však zachovali veľké trhliny. Súčasnú diskusiu o alternatívach štruktúry trhu považujeme za veľmi podnetnú a chceli by sme do nej prispieť názorom, že štruktúra trhu je zrkadlom inštitucionálneho a regulačného rámca. Na tomto mieste uvádzame 10 zásadných parametrov prostredia (bez nároku na úplnosť a správnosť poradia), ktoré by podľa nás mohli viesť k lepšiemu konkurenčnému prostrediu. A z neho budú benefitovať predovšetkým spotrebiteľia - poistenci.

1. ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE AKO AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI

Na rozdiel od verejnoprávnych inštitúcií sú akciové spoločnosti ustálenou a neustále sa zdokonaľujúcou právnou formou. Akciová spoločnosť je podnikateľský subjekt s transparentnou a osvedčenou právnou úpravou a s malou možnosťou zákonodarcu robiť nesystémové odchýlky od zaužívaných štandardov upravujúcich účtovníctvo, audit či presne zadefinované náležitosti a povinnosti výkonných a dozorných orgánov spoločnosti. Právny základ zdravotných poisťovní dnes určuje Obchodný zákonník (lex generalis), pričom tie ustanovenia, ktoré sú odlišné od Obchodného zákonníka, upravuje zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade (lex specialis).

V akciovej spoločnosti sú prehľadne definované a skontrolovateľné vlastnícke vzťahy. Navyše, kľúčovú úlohu zohráva kapitál, ktorý do akciovej spoločnosti vložil jasne identifikovateľný vlastník, čo ho posúva do pozície zodpovedného vlastníka. Predchádzajúce verejnoprávne inštitúcie boli z hľadiska vlastníckych vzťahov výrazne komplikovanejšie, lebo oficiálne nepatrili ani štátu a ani súkromníkom.

Problematickým elementom zostáva fakt, že vlastníkom 2/3 trhu zdravotného poistenia je štát, ktorý sa tak ocitá nielen v pozícii regulátora, ale aj hráča na trhu zdravotného poistenia. Pre posilnenie trhových princípov je žiaduce, aby štát funkciu zdravotnej poisťovne v budúcnosti nevykonával. To bude možné zabezpečiť primeraným rozdelením (minimálne na 4 časti) a následnou privatizáciou rozdelených kmeňov štátnych poisťovní a zverením týchto kmeňov súkromným investorom. Privatizácia kmeňov by mala byť medzinárodná a jediným kritériom by mala byť čo najvyššia cena.

2. TVRDÉ ROZPOČTOVÉ OBMEDZENIA

Úplná privatizácia zdravotných poisťovní zabezpečí lepšiu vymáhateľnosť tvrdých rozpočtových obmedzení. Tie sú dôležité z hľadiska udržania fiskálnej rovnováhy systému. Ak sú starostlivo dodržiavané, nie je možné, aby poisťovne prenášali finančné riziko na štát. Ako problematická sa však ukazuje prítomnosť štátnych poisťovní na trhu, ktorým štát poskytuje netrhové výhody prostredníctvom zvyšovania základného imania zo štátneho rozpočtu. Štát aj dnes vystupuje ako podporná inštitúcia, ktorá je pripravená kryť deficit štátnych zdravotných poisťovní a tým znevýhodňuje svojich konkurentov na trhu.

Aby zdravotné poisťovne nemohli prenášať svoje finančné problémy na verejné financie, zaviedlo sa na sledovanie ich finančného zdravia hodnotenie ich solventnosti. Tá určovala podiel vlastných zdrojov poisťovne k príjmom z poistného po prerozdelení a nesmela klesnúť pod 3 % poistného za posledných 12 mesiacov. Transparentné sledovanie solventnosti žiaľ vláda od januára 2009 zrušila. Zrejme tušila, že Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP) by v roku 2009 mala veľké problémy toto kritérium splniť.

Koncept tvrdých rozpočtových obmedzení, kedy zdravotné spoločnosti nebudú môcť prenášať svoje finančné riziko na štát, tak nemôže byť pre samotnú prítomnosť štátnych poisťovní na trhu naplnený. Aj za predchádzajúcej vlády bol v roku 2005 schválený plán ozdravenia Spoločnej zdravotnej poisťovne (SZP), ktorá zo štátneho rozpočtu dostala 450 mil. Sk na zabezpečenie jej platobnej schopnosti (formou zvýšenia základného imania). Podobne v roku 2009 vláda schválila navýšenie základného imania VŠZP o 2 mld. Sk s cieľom posilniť solventnosť VŠZP.

3. FUNKCIA ZISKU

Zisk zdravotných poisťovní umožnila ich transformácia na akciové spoločnosti v roku 2005. Cieľom bolo vytvoriť také prostredie, v ktorom budú oproti sebe stáť zdravotná poisťovňa ako nákupca zdravotnej starostlivosti a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Aby boli motivácie na oboch stranách vyrovnané, zákonodarcu umožnil obidvom stranám dosahovať zisk. Zisk je základná motivačná funkcia podnikateľského subjektu a v zdravotných poisťovniach je odmenou za znášanie finančného rizika, nákup zdravotnej starostlivosti a administráciu zdravotného poistenia.

Kladný hospodársky výsledok zdravotných poisťovní nevnímala po voľbách v roku 2006 nová vláda ako pozitívnu črtu systému, ktorá zvyšuje stabilitu sektora, ale ako negatívny prvok, ktorý pripravuje poskytovateľov o peniaze. Z tohto dôvodu začala používať rôzne techniky na zvyšovanie tlaku na zdravotné poisťovne, aby znížila mieru ich ziskovosti (kartely štátnych poskytovateľov a netrhové ceny VŠZP), spomalila potenciál rastu ich trhových podielov (regulácia marketinových aktivít) a obmedzovala ich schopnosť administrovať nákup zdravotnej starostlivosti (limitovanie správneho fondu na 4 %, resp. 3,5 % úhrnu poisťného pred prerozdelením).

Vláda sa neuspokojila s vytvorením nepriateľského prostredia a na sklonku roka 2007 presadila novelu zákona, ktorou prikazuje, aby kladný hospodársky výsledok museli zdravotné poisťovne použiť na nákup zdravotnej starostlivosti. Toto ustanovenie viedlo zahraničných akcionárov poisťovne Dôvera a Union k žalobe proti Slovenskej republike za znehodnotenie ich investícií. Skupina opozičných poslancov v lete 2008 zároveň podala podanie na Ústavný súd ohľadom protiústavnosti takéhoto ustanovenia. Vláda takýto krok urobila napriek tomu, že jej programové vyhlásenie z roku 2006 obsahuje záväzok neprijímať také kroky v zdravotníctve, ktoré by ohrozovali investície zahraničných investorov.

Keďže zisk definuje základnú motiváciu pre investorov, nie je per definitio bez funkcie zisku možné do zdravotného poistenia prilákať investorov. Ak máme na Slovensku záujem budovať funkčný a stabilný trhový systém zdravotného poistenia, bude nevyhnutné „neziskovú“ novelu zrušiť a na prípadnú reguláciu dosahovania výšky zisku zaviesť trhovo-konformné nástroje.

4. KOMPENZÁCIA RIZIKOVEJ ŠTRUKTÚRY

Korektná kompenzácia rizikovej štruktúry je dôležitým predpokladom férovej súťaže v zdravotnom poistení. Súčasné prerozdeľovanie zdrojov na základe demografických prediktorov (vek a pohlavie) je síce administratívne jednoduché, ale má veľmi nízku schopnosť predikovať variabilitu v budúcich nákladoch zdravotnej starostlivosti a nedokáže pokryť dva dôležité prejavy neurčitosti. Prvým sú vysoké a jednorazové individuálne náklady a druhým sú opakujúce sa náklady spojené so špecifickými chorobami, ktoré nemusia byť jednorázovo vysoké, avšak z dlhodobého hľadiska predstavujú hlavnú záťaž pre zdravotné poisťovne. Zlepšenie modelu prerozdelenia poisťného na Slovensku z hľadiska predikčnej schopnosti (PCG, DCG, zavedenie ex post prerozdelenia) by spôsobilo väčší dôraz zdravotných poisťovní na strategický nákup zdravotnej starostlivosti a menšiu orientáciu na selekciu rizika.

Aktuálne úpravy systému prerozdelenia od 1. januára 2010 o ekonomickú aktivitu majú logický základ, avšak ich implementácia môže byť skomplikovaná nehomogénnou definíciou poistenca štátu a dátovými nepresnosťami ohľadom aktuálnosti ekonomickej aktivity jednotlivých poistencov. Vysoká miera odmeny pri preklasifikovaní poistencov vo veku od 40 do 60 z kategórie ekonomicky aktívny (s indexom rizika (IR) mužov 1,50 až 3,12) do kategórie poistencov štátu (IR muži = 3,73 až 7,67) môže lákať k manipuláciám údajov o skutočnom zložení poisťných kmeňov. Samozrejme, akýkoľvek sofistikovanejší systém prerozdelenia (PCG, DCG) je citlivejší na správnosť informácií a náchylnejší na manipulá-

ciu. Tento fakt nemá byť dôvodom zamietnutia týchto systémov, ale výzvou aby regulátor (ÚDZS) v budúcnosti systematicky budoval analytickú a dátovú podporu pre čo najmenej sporný priebeh prerozdelenia.

5. PRUŽNÉ CENY A VOĽNÉ PLATOBNÉ MECHANIZMY

Jedným z cieľov reformy bolo zvýšiť zodpovednosť zdravotných poisťovní za nákup zdravotnej starostlivosti. Aby sa tak skutočne stalo, bolo im potrebné poskytnúť vhodné nástroje, a to voľnosť v platobných mechanizmoch a voľnosť v určovaní cien. Dnes je okrem niektorých segmentov trhu (záchranky, LSPP) tvorba cien a definovanie platobných mechanizmov v rukách samotnej zdravotnej poisťovne.

Prítomnosť voľných cien a liberálneho nastavenia platobných mechanizmov umožňuje, aby sa zmluvné vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi stali tlmičom prípadnej finančnej alebo štrukturálnej nerovnováhy. Flexibilné ceny tak poisťovňam umožňujú pružne reagovať na zmeny vo financovaní systému (s rastom zdrojov môžu zvyšovať platby, s ich poklesom ako v čase hospodárskej krízy naopak znižovať), prípadne absorbovať štrukturálne nerovnováhy v alokácii zdrojov medzi sektormi zdravotnej starostlivosti (napr. presun zdrojov medzi ambulantnou a lôžkovou starostlivosťou).

Manažovanie systému voľných cien kladie vysoké nároky na regulátora, lebo na určovanie tokov v zdravotníctve musí namiesto cien a zmluvných vzťahov používať iné – nepriame mechanizmy. Ak to regulátor nedokáže, utieka sa k menej trhovo konformným nástrojom, napr. k používaniu vplyvu štátnej a zároveň najväčšej zdravotnej poisťovne cez jej cenovú politiku a ovplyvňovaniu vyjednávacej sily poskytovateľov cez ich pozíciu vo verejnej minimálnej sieti. Zariadenia, ktoré sú súčasťou tzv. pevnej minimálnej siete (a ZP s nimi musia uzavrieť zmluvu) majú pri rokovaní výrazne lepšiu pozíciu ako tie zariadenia, ktoré v sieti nie sú.

6. MINIMÁLNA SIET'

Minimálna sieť má fungovať ako garancia ochrany spotrebiteľa z hľadiska zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti a nie protektora štátnych nemocníc. Prvé nastavenie minimálnej siete z roku 2005 bolo výsledkom kompromisu, pričom samotná norma vykazovala množstvo matematických a logických nepresností. Samotná logika minimálnej siete bola postavená na definovaní tzv. najmenšieho oka, pod ktorý počet poskytovateľov v danom regióne nesmie klesnúť. Práve dôsledkom kompromisu však „najmenšie oko“ nebolo dost' malé.

Dnešné nastavenie situáciu zmenilo len z hľadiska nedotknuteľnosti štátnych nemocníc. Kým prvé nariadenie o minimálnej sieti obsahovalo číselné normy pre definovanie minimálneho počtu poskytovateľov a kapacít, tak dnešné adresne vymenúva tie zariadenia, ktoré majú automatický nárok na kontrakt so zdravotnou poisťovňou bez ohľadu na dostupnosť, efektívnosť a najmä kvalitu. Takéto nastavenie výrazne zužuje zdravotným poisťovňam priestor na efektívny selektívny kontrakt.

Budúce nastavenie vedúce ku konkurencii musí byť nastavené ako norma definujúca časovú a kapacitnú dostupnosť jednotlivých zdravotných služieb pre samotného spotrebiteľa. Minimálna sieť by mala byť spotrebiteľsky sústredená s jasne vymáhateľným nárokom na časovú dostupnosť z hľadiska vzdialenosti (napr. dostupnosť k všeobecnému lekárovi do 15 minút) a kapacitnú dostupnosť z hľadiska čakacích zoznamov (napr. operácia bedrového kĺbu do 6 mesiacov). Takáto definícia významne posilní postavenie spotrebiteľa v systéme.

7. NEZÁVISLÝ DOHĽAD

Zmenou zákona ešte v roku 2006 získala súčasná vláda kompetenciu odvolávať predsedu dovtedy nezávislého Úradu pre dohľad, čím ho dostala pod politickú kontrolu. Nezávislosť úradu je pre fungovanie trhu zdravotného poistenia nevyčísľiteľná. Úrad rozhoduje o udelení a odobrátí licencie zdravotnej poisťovni, určuje sankcie, môže zaviesť nútenú správu, či požiadať poisťovňu o predloženie ozdravného plánu. Zároveň musí sledovať finančné zdravie poisťovní a dohliadať na ich organizačné a technické zabezpečenie.

Nezávislosť úradu na súčasnom trhu je o to dôležitejšia, že sa na ňom nachádzajú dve štátne zdravotné poisťovne, ktoré majú zrejmé problémy s plnením podmienok definovaných legislatívou. Pre spotrebiteľa nie je dobré, ak úrad nie je pri výkone svojej činnosti dôsledný a skôr ako odhaľovať problémy, sa ich snaží zakrývať. Pre budúcnosť kvalitného konkurenčného prostredia je dôležité, aby sa opäť významne posilnila nezávislosť úradu pre dohľad. Navrhujeme, aby sa Úrad pre dohľad stal regulátorom, v ktorom o zásadných otázkach rozhoduje kolektívny orgán (ako je napr. banková rada NBS) a nie samotný predseda úradu. Posun ku kolektívnemu orgánu by výrazne zvýšil transparentnosť a predvídateľnosť rozhodnutí úradu.

8. DEFINÍCIA PRODUKTU A VYMÁHATEĽNOSŤ NÁROKU POISTENCA

Jedným z nedokončených projektov reformy zdravotníctva je definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Legislatíva síce pozná prioritné a neprioritné diagnózy ako aj proces katalogizácie a kategorizácie chorôb, avšak ani predošlá pro-reformná vláda nedokázala rozsah jasne zadefinovať. Súčasná vláda v tejto oblasti nepokročila. Existuje množstvo anekdotických dôkazov, že vágne definovanie rozsahu a nároku, ktoré je podporené „bezplatnosťou“, vedie k nerovnej distribúcii benefitov zo zdravotného systému. Je to dané tým, že politici, bohatší ľudia, vzdelaní ľudia či elita má páky (korupcia, kontakty, ...) na to, aby si svoj nárok vynútila a benefity sa tak aj „v bezplatne univerzálnom systéme“ distribuujú nerovnako. Takýto stav je navyše upevňovaný tým, že nárok je definovaný objemom zdrojov a nie skutočnými zdravotnými potrebami ľudí.

Prevrátiť logiku tejto rovnice, aby sa primárnym stal nárok a zdroje sa mu prispôbili, bude v našich kultúrno-spoločenských podmienkach veľmi ťažké. Tento boj však má zmysel zistiť, lebo len cez jasnú definíciu nároku sa dostaneme

k lepším výsledkom a spokojnejším spotrebiteľom. Definícia nároku musí byť pre spotrebiteľa zrozumiteľná a musí mať pre neho hodnotu, cenu – to znamená, že musí uspokojovať jeho zdravotnú potrebu. V takomto prostredí, kde je nárok jasne definovaný, pre spotrebiteľa zrozumiteľný a vymáhateľný, je možné ho transparentne financovať kombináciou verejných a súkromných zdrojov.



Odporúčame do pozornosti projekt *Seznamy zdravotní služby* na <http://mates.ms.mff.cuni.cz/tf04/>, za ktorým stojí Jaroslav Janda a Tomáš Macháček.

9. NOMINÁLNE POISTNÉ A TRANSPARENTNOSŤ

Konkurencia na trhu zdravotného poistenia si vyžaduje transparentný a zrozumiteľný nárok, ktorého hodnota určuje jeho trhovú cenu. Jej zaplatenie je potom kombináciou verejných a súkromných zdrojov. Navrhujeme, aby časť zdrojov bola vyberaná ako doteraz – cez verejné zdravotné poistenie, ale v princípe sa nevyhýbame pojmu zdravotná daň. Zdravotná daň by mala byť rovná (napr. 10%), neutrálna (vyberaná zo všetkých druhov príjmov vrátane príjmov z prenájmov, dividend či úrokov v banke), pričom môžeme diskutovať o potrebnosti a výške minimálneho a maximálneho vymeriavacieho základu.

Zároveň bude mať každá zdravotná poisťovňa umožnené vyberať nominálne poistné. To si môžeme predstaviť ako mesačný paušál na mobil. Výškou nominálneho poistného si budú môcť zdravotné poisťovne vzájomne konkurovať. Nominálne poistné nesmie byť rizikovo oceňované, ale musí využívať postup komunitnej sadzby. V praxi to bude znamenať, že zdravotné poisťovne nebudú každému spotrebiteľovi vypočítavať poistné na mieru, ale sadzba musí byť pre všetkých spotrebiteľov daného poistného produktu (zdravotného plánu) rovnaká. Na zabezpečení finančnej ochrany pre skupinu sociálne slabých spotrebiteľov bude existovať mechanizmus štátnej podpory z daní na zaplatenie nominálnej poistky.

Pri jasne definovanom produkte (zrozumiteľné zdravotné služby) a jasne vymedzených verejných zdrojoch tak voľným parametrom na zabezpečenie nároku bude nominálne poistné, ktoré stanoví poisťovňa. Systém sa tak vystužuje z hľadiska robustnosti na zvýšené finančné požiadavky – ak sa budú zvyšovať zdravotné potreby obyvateľstva, je možné dodatočne finančné zdroje získavať navyšovaním nominálneho poistného.

10. VYPOČÍTEĽNOSŤ PROSTREDIA

Okrem legislatívy je prostredie do veľkej miery ovplyvnené jemnými signálmi, ktoré tvorcovia zdravotnej politiky vysielajú smerom k jednotlivým hráčom – investorom, spotrebiteľom, poskytovateľom, či regulátorom. Aj keby sa všetky zákony hneď zmenili na pro-trhové, získať si dôveru investorov a spotrebiteľov bude omnoho ťažšie. Súčasný výkyv (2006 – 2009) v doterajšom pro-trhovom smerovaní slovenského zdravotníctva (1993 – 2006) je síce krátky, ale môže mať dlhodobé následky v tom, aby sa slovenský trh zdravotného poistenia stal opäť stabilným, z hľadiska pravidiel vypočítateľným a pre investorov atraktívnym.

ZHRNUTIE

V HPI zdieľame názor, že zdravotníctvo budúcnosti bude musieť oveľa pozornejšie a dôslednejšie rešpektovať potreby spotrebiteľov. Masovým spotrebiteľom zdravotníctva je dnes veková skupina ľudí, ktorá má veľmi živé spomienky na socializmus. Veľké množstvo zdravotníckych zariadení vzniklo práve počas ich detstva a dospievania. Tieto budovy sa podobne ako bezplatnosť a korupcia stali symbolmi „ich“ zdravotníctva.

Nebude však dlho trvať, keď sa masovým spotrebiteľom zdravotných služieb stanú občania s menej vrelým vzťahom k socializmu, ktorí sú zhýčkaní spotrebiteľskými návykmi z iných trhov. Mnohým z nás sa zdá prirodzené, že si vyberáme z pestrej ponuky paušálov mobilných operátorov, banky nás zasahuje rôznymi balíčkami na mieru a produkty sú čoraz viac šité na mieru konkrétnemu typu spotrebiteľa. V zdravotníctve zatiaľ ešte nie je z čoho vyberať a víťazí v ňom univerzalistický pohľad.

Keď si však nová generácia spotrebiteľov začne vyžadovať väčšiu mieru diferenciácie aj v zdravotníctve, nebude možné

k organizácii systému pristupovať monopolisticky, bez inovácií a diferenciácie v poistných produktoch, službách a cenách. Samotní spotrebiteľia si túto zmenu vyžadujú a aby zdravotnícky trh efektívne fungoval, je rozumné o jeho budúcej regulácii rozmýšľať už teraz. Hlavne keď si uvedomíme, že už v roku 2020 bude objem ročného poistného predstavovať približne 6,6 mld. eur (200 mld. Sk). **A to, koľko v ňom bude v konečnom dôsledku zdravotných poisťovní a aké budú mať trhové podiely, bude výsledkom kvality inštitucionálneho rámca a spotrebiteľských preferencií.**



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 1: Inštitucionálny rámec konkurenčného prostredia

Kritérium	Nastavenie „Zajac“	Nastavenie „Valentovič-Raši“	Želané budúce nastavenie
1 Právna forma zdravotných poisťovní	Akciové spoločnosti	Akciové spoločnosti	Akciové spoločnosti
2 Tvrdé rozpočtové obmedzenia	Porušené (pozri navýšenie základného imania Spoločnej ZP o 450 mil. Sk)	Porušené (pozri navýšenie základného imania Všeobecnej ZP o 2 mld. Sk)	Prísne dodržiavať tvrdé rozpočtové obmedzenia a privatizovať štátne ZP
3 Funkcia zisku	Povolená	Zakázaná	Povoliť funkciu zisku, prípadne jeho výšku regulovať trhovo-konformnými mechanizmami
4 Kompenzácia rizikovej štruktúry	Nízka, R2 cca 5% (prediktory len vek a pohlavie, prerozdeľovalo sa 85% zdrojov)	Nízka, R2 cca 5% (prediktory vek a pohlavie, doplnená ekonom. aktivita, prerozdeľuje sa 95% zdrojov)	Vysoká, R2 cca 10 - 16% (prediktory vek, pohlavie, PCG, DCG, ..., prerozdeľuje sa 95% zdrojov) Ex post prerozdelenie
5 Platobné mechanizmy a cenotvorba	Voľná cenotvorba a platobné mechanizmy na úrovni ZP	Voľná cenotvorba a platobné mechanizmy na úrovni ZP	Voľná cenotvorba a platobné mechanizmy na úrovni ZP
6 Minimálna sieť	Norma orientovaná na poskytovateľa (a zďaleka nie dobre vypočítaná)	Protektionistické nastavenie pre štátne nemocnice	Orientovaná na spotrebiteľa cez časovú a kapacitnú dostupnosť (waiting listy)
7 Nezávislý dohľad	Áno	Nie	Áno (koncipovať ako kolektívny orgán)
8 Definícia produktu	Nejasná. Chýbala katalogizácia a kategorizácia chorôb	Nejasná	Jasná – cez spotrebiteľsky zrozumiteľný katalóg služieb
9 Nominálne poistné a transparentnosť informácií	Nie	Nie	Nominálne poistné a vysoká transparentnosť cien a benefitov
10 Vypočítateľnosť prostredia (útoky na investorov)	Podpora podnikania	Vytlačanie investorov z trhu	Atraktívne prostredie pre investorov
Prostredie podporujúce trh a férovú súťaž (zelená farba)	5	2	10
Prostredie, ktoré nie je trhovo nepriateľské, ale nie sú v ňom naplnené podmienky férovej súťaže (žltá farba)	3	2	0
Prostredie nepodporujúce trh a férovú súťaž (červená farba)	2	6	0

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Aké dlhé sú čakacie doby na Slovensku?

Hoci sme sa rozhodli tohtoročný rating zdravotných poisťovní nezverejniť (podrobnejšie viď *IntoBalance 3/2009*), čiastkové výsledky niektorých ukazovateľov chceme dať do pozornosti verejnosti i tvorcom zdravotnej politiky na Slovensku. V tomto vydaní predstavujeme prieskum medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o dĺžke čakacích zoznamov na odkladnú zdravotnú starostlivosť.

Aj keď nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti, ktorá je povinne hrazená zo zdravotného poistenia, majú všetci poistení rovnaký, čas, ktorý si musia počkať na poskytnutie výkonu z dôvodu finančných kapacít zdravotných poisťovní sa odlišuje. Na stanovenie, ako dlho sa na Slovensku čaká na určité výkony, sme použili metódu mystery shoppingu (Rámček 1).

Na základe vypracovaného scenára boli telefonicky kontaktovaní poskytovatelia 4 typov výkonov: mamografie, náhrady očnej šošovky pri katarakte, totálnej endoprotézy bedrového kĺbu (TEP) a koronarografie. Telefonujúci sa na základe fiktívneho príbehu o chorom príbuznom a hľadaní skoršieho termínu výkonu informoval u kontaktovaných poskytovateľov na možnosť získania takéhoto termínu. Pri telefonáte sa hodnotilo, či sa poskytovateľ pred stanovením termínu opýta na zdravotnú poisťovňu a či sa najskorší možný termín líši v závislosti od zdravotnej poisťovne, v ktorej je pacient poistený. V priebehu júla 2009 bolo vykonaných 15 telefonátov na tému mamografia, 15 na tému katarakta, 14 pre totálnu endoprotézu bedrového kĺbu a 4 pre koronarografiu.

Priemerné čakacie doby v našom prieskume boli vypočítané ako priemer za všetkých oslovených poskytovateľov a nezohľadňujú počet poistencov, ktorých každé zariadenie dokáže vybaviť. Preto naše priemerné čakacie doby nemusia plne zodpovedať priemernému času, ktorý na daný výkon čakajú poistenci.

Výsledky prieskumu sú pochopiteľne ovplyvnené použitou metodikou, pri ktorej sme nemali možnosť overovať odpovede poskytovateľov. Táto metodika však najlepšie zohľadňuje spôsob, akým sa k termínu výkonu môže dostať bežný pacient, a preto tieto výsledky považujeme z pohľadu poistenca za cennejšie.

Pri takmer polovici telefonátov záležalo na zdravotnej poisťovni, v ktorej je poistenec poistený. Najmenej to bolo pri mamografii (47 %), najviac pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu (79 %) (Tabuľka 1).

Rámček 1: Mystery shopping

Mystery shopping (fiktívny nákup) je marketingová výskumná technika, ktorej cieľom je vyhodnotiť úroveň poskytovaných služieb a v nadväznosti na to iniciovať skvalitnenie týchto služieb. Podstatou je, že sledované organizácie sú navštevované alebo kontaktované fiktívnymi zákazníkmi, ktorí predstierajú záujem o nákup určitej služby alebo produktu. Mystery shopper postupuje podľa stanoveného scenára a bezprostredne po uskutočnení fiktívneho nákupu vypracuje objektívne hodnotenie skúmaných faktorov, ktoré ovplyvňujú spokojnosť zákazníka. Cieľový subjekt nie je v dobe uskutočnenia mystery shoppingu oboznámený s tým, že je skúmaný.

Zdroj: wikipedia.org, 2009

Pri prieskume sme zistili výrazné rozdiely v ponúkaných termínoch v rámci rovnakých výkonov pri rôznych poskytovateľoch. Najskorší termín pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu nám bol ponúknutý o 3 mesiace, pričom u iného poskytovateľa to bolo až o 3 roky. Najväčší rozdiel medzi termínmi u jedného poskytovateľa pre poistencov rôznych poisťovní bol 7 mesiacov (3 mesiace pre poistencov ZP Dôvera a 9-10 mesiacov pre ostatné poisťovne pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu). Priemerne bol termín pre preventívnu mamografiu stanovený o 1 mesiac od telefonátu, pre kataraktu o takmer 3 mesiace, pre totálnu endoprotézu bedrového kĺbu o 16 mesiacov a pre koronarografiu 4 mesiace (Tabuľka 2).

V porovnaní s minulým rokom sa čakacie doby zhoršili. Najviac sa zhoršila doba čakania na koronarografiu, kde sa zvýšila doba čakania na výkon viac ako dvojnásobne (zo 40 dní v roku 2008 na 126 roku 2009). Doby čakania na ostatné výkony sa zhoršili v menej ako 0,4-násobku roku 2008. Jediné zlepšenie v porovnaní s minulým rokom sme pozorovali u VŠZP pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu, avšak išlo len o mierne zlepšenie a VŠZP zostáva v tomto parametri stále na poslednom mieste (Tabuľka 3).

Tabuľka 1: Vplyv príslušnosti k zdravotnej poisťovni na čakaciu dobu

sledovaný výkon	počet všetkých telefonátov	záleží na zdravotnej poisťovni	
		v počte telefonátov	v %
mamografia	15	7	46,7 %
Katarakta	15	8	53,3 %
TEP-ka	14	11	78,6 %
koronarografia	4	3	75,0 %
Spolu	48	29	60,4 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 2: Priemerné čakacie doby na sledované výkony v dňoch

sledovaný výkon	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union	priemer za všetky ZP
mamografia	35,9	40,1	35,9	32,5	35,9	36,0
Katarakta	92,9	85,1	82,0	82,0	82,0	84,8
TEP-ka	511,8	459,5	487,9	472,8	487,9	484,0
koronarografia	157,0	118,3	118,3	118,3	118,3	126,0

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 3: Rozdiel v priemerných čakacích dobách na sledované výkony v dňoch v porovnaní s výsledkami prieskumu z roku 2008

sledovaný výkon	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union	zmena oproti predchádzajúcemu roku
mamografia	+3,1	+7,3	+4,7	+12,3	+3,1	+20,0 %
Katarakta	+23,7	+25,9	+22,8	+29,7	+22,8	+41,7 %
TEP-ka	-26,7	+68,5	+156,4	+166,3	+166,4	+28,1 %
koronarografia	+99,3	+80,5	+90,5	+80,5	+80,5	+217,0 %

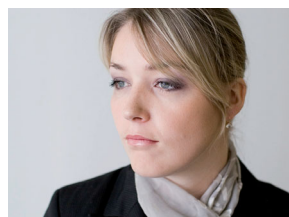
Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Rozdiely v čakacích dobách sú spôsobné aj kapacitnými možnosťami jednotlivých poskytovateľov, nie vždy znamená dlhšia čakacia doba nedostatok finančných prostriedkov hrađených zdravotnou poisťovňou. Rozdiely vo finančných limitoch poisťovní sa však objavujú pri rozdielnych termínoch pre poistencov rôznych zdravotných poisťovní.

ZHRNUTIE

- V dĺžke čakania na rovnaké typy výkonov sú medzi poskytovateľmi výrazné rozdiely, od troch mesiacov do troch rokov.
- Podľa väčšiny poskytovateľov termín odkladnej operácie závisí od toho, v ktorej zdravotnej poisťovni je pacient poistený.
- Priemerné čakacie doby medzi zdravotnými poisťovňami sa stále líšia, ale rozdiely sa medziročne zmenšili.
- „Lepší“ sa posúvajú smerom k „horším“. Celková časová dostupnosť sa medziročne zhoršila, na výkony sa čaká o 20 až 217 % dlhšie.
- Medziročné zlepšenie zaznamenala len VšZP pri totálnych endoprotézach bedrového kĺbu; napriek tomu jej poistenci čakajú na operáciu najdlhšie.

Hospodárska kríza a výpadok zdrojov v solidárnom systéme budú viesť k odsúvaniu odkladnej starostlivosti. Bez vymáhateľnej regulácie čakacích zoznamov je ohrozená dostupnosť a rovnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zanedlho totiž vstúpime do šiesteho roka platnosti zákona o zdravotných poisťovniach, a stále nejestvuje vykonávací vyhláška, ktorá by upravovala transparentné čakanie na odkladné výkony.



Ing. Simona Frisová (1980) je senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa poistnou matematikou a hodnotením technickej efektívnosti. Riadi akadémiu HMA.

» kontakt

frisova@hpi.sk | www.hpi.sk



MUDr. Angelika Szalayová (1974) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa kvalitou, liekovou politikou a revíznymi procesmi zdravotných poisťovní.

» kontakt

szalayova@hpi.sk | www.hpi.sk



Ing. Jana Čopíková (1986) ako junior analytik Health Policy Institute spolupracovala na projekte ratingu zdravotných poisťovní pri zbere a konsolidácii dát.

» kontakt

jcopikova@gmail.com

Rebríček zdravotných systémov z pohľadu spotrebiteľa:

Slovensko v Európe šieste od konca?

Švédsky spotrebiteľský inštitút *Health Consumer Powerhouse* zverejnil 28. septembra 2009 tohtoročný rebríček európskych zdravotných systémov z pohľadu pacientov – spotrebiteľov zdravotníckych služieb. V rebríčku skončilo slovenské zdravotníctvo na 28. mieste z 33 hodnotených krajín. Všetky ostatné krajiny V4 skončili pred nami, Česká republika dokonca až o 11 priečok vyššie. Rebríček s veľkým náskokom vedie Holandsko, ktoré zopakovalo vlaňajšie víťazstvo (predtým bolo vždy v TOP 3). Nasleduje Dánsko, Island (nováčik porovnania), Rakúsko, Švajčiarsko a Nemecko. Oproti vlaňajšku sme klesli o šesť priečok.

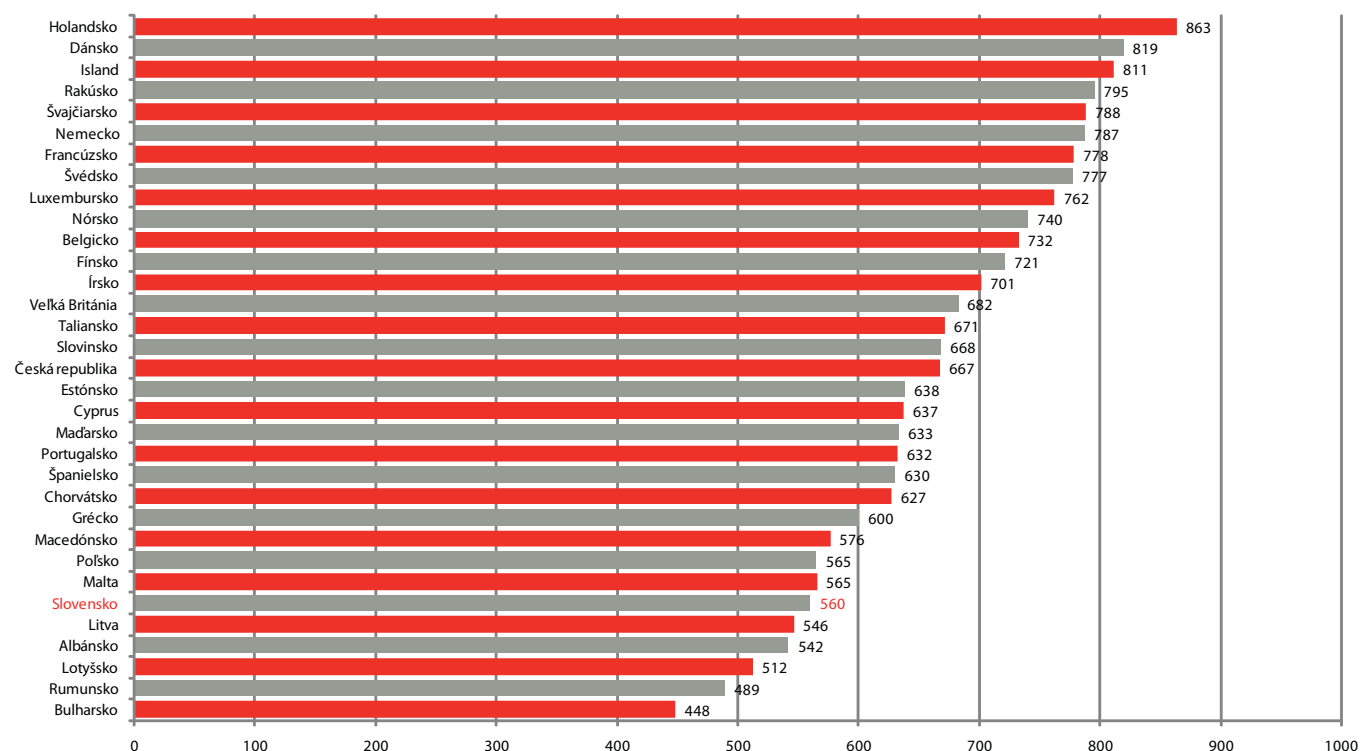
Euro Health Consumer Index (EHCI) už piaty rok porovnáva rôzne nastavenia zdravotnej politiky v európskych krajinách. Tie hodnotí vždy vo vzťahu k spotrebiteľovi zdravotníckych služieb. Výsledné hodnotenie tak hovorí o miere orientovanosti na klienta a dosahovaní základných cieľov zdravotnej politiky: lepšieho zdravotného stavu, vyššej spokojnosti a lepšej ochrany pred katastrofickými nákladmi. Metodika porovnávania sa každý rok upravuje, medziročné porovnania je preto potrebné brať s rezervou. Aj napriek viacerým nedostatkom v zdrojoch porovnateľných dát však poskytuje EHCI aspoň v hrubých rysoch vizitku jednotlivých zdravotných systémov.

Autori porovnania svoju metodiku zlepšujú, pričom hlavným obmedzením sú zdroje porovnateľných dát. Okrem dôveryhodnosti údajov je potrebné skúmať aj časové obdobie, z ktorého dáta pochádzajú. Indikátory a ani krajiny nie sú vždy porovnávané za rovnaké obdobie, často ide o "posledný dostupný údaj". V prípade Slovenska sú niektoré indikátory dokonca hodnotené na základe dát ešte pred Zajacovej reformy, ktorá bola schválená v roku 2004 a v týchto kritériách nás posunula vpred. Výsledný prierezný pohľad tak nie je časovo konzistentný a neodráža dnešný stav zdravotníckych systémov.

Úloha získať dobré a porovnateľné dáta je veľmi náročná. Rôzne národné štatistiky či štatistiky medzinárodných organizácií (WHO, Svetová banka, OECD) sa líšia v hodnotách mnohých indikátorov. Stojí veľké množstvo analytickej práce vytvoriť základ pre porovnávanie. Autori EHCI preto finálne dáta zaslali jednotlivým ministerstvám zdravotníctva na oponentúru. Slovenské ministerstvo – ako jedno z mála – podľa EHCI na túto ponuku nereagovalo. Mohlo nám pritom „zachrániť“ do hodnotenia pár bodov, hoci na zásadný posun na vyššie priečky by to zrejme nestačilo (najmä ak boli v podobnej miere ukrátené aj iné krajiny). Ak by sa slovenské zdravotníctvo hodnotilo podľa reality, podľa metodiky EHCI sme mohli získať o 52 bodov viac oproti prideleným 560 bodom (Graf 1). So ziskom 612 bodov by sme skončili na 24. mieste za hypotetického predpokladu, že iným krajinám by pri zohľadnení novších dát body nepribudli.

EHCI 2009 porovnáva 33 európskych krajín v 38 indikátoroch rozdelených do 6 kategórií, za každý sa dali získať 1 až tri body. Niekoľkostupňový spôsob preváženia nakoniec stanovil výsledné hodnotenie, ktorého teoretické maximum je 1 000 bodov.

Graf 1: Bodové hodnotenie európskych zdravotných systémov podľa EHCI 2009



Zdroj: Euro Health Consumer Index 2009, Health Consumer Powerhouse, 2009

PRÁVA PACIENTOV A PRÍSTUP K INFORMÁCIÁM

	Dánsko	Slovensko
Práva pacientov explicitne uvedené v legislatíve		
Účast' patientskych organizácií pri prijímaní rozhodnutí		
Poistenie proti nezavinenému zanedbaniu starostlivosti		
Právo na tzv. druhý názor (second opinion)		
Prístup k zdravotnej dokumentácii		
Prístupnosť registra lekárov		
Nepretržitá dostupnosť interaktívnych zdravotníckych informácií (cez web alebo telefón)		
Cezhraničná starostlivosť		
Zoznam poskytovateľov s hodnotením kvality		
SPOLU (s váhou kategórie 175/1000 prevážené pomerom k najlepšej krajine)	175	104

Z týchto indikátorov získalo Slovensko plný počet bodov len za prvé dva. V prvom prípade je to objektívne hodnotenie, v druhom prípade nám index zrejme trochu prílepiš. Reálny vplyv patientskych organizácií na rozhodovanie v zdravotníctve je dnes nanajvýš marginálny. Na opačnej strane, EHCI nesprávne vyhodnotil podmienky prístupu k zdravotnej dokumentácii, kde sme získali len polovičný počet bodov. Reforma zdravotníctva v roku 2004 upravila legislatívu tak, že sme mali podľa uvedenej metodiky skórovať naplno. Hodnotenia ostatných indikátorov zodpovedajú realite. Víťazom kategórie je Dánsko s plným počtom bodov pred Holandskom, Rakúskom a Slovinskom.

E-HEALTH

	Portugalsko	Slovensko
Penetrácia elektronických patientskych záznamov		
Elektronická výmena informácií medzi zdravotníkmi		
Zasielanie výsledkov laboratórnych testov priamo pacientovi e-mailom		
On-line objednávanie termínu k lekárovi		
On-line prístup k osobnému účtu úhrad za zdravotnú starostlivosť	n.a.	
ePreskripcia		
SPOLU (s váhou kategórie 75/1000 prevážené pomerom k najlepšej krajine)	67	29

V kategórii eHealth získalo Slovensko body len v jednom jedinom indikátore, a aj to len za jeho čiastočné splnenie (viac ako polovica všeobecných lekárov vedie patientske záznamy s diagnostickými dátami v počítači). Za Slovenskom sú len dve krajiny, Grécko a Rumunsko, ktoré nebodovali ani raz. Slovensko malo získať body za indikátor prístupu k účtom poistenca, i tak však v hodnotení eHealth zaostávame. Víťazom v tejto kategórii sa stalo Portugalsko pred Dánskom a Holandskom.

ČAKACIE DOBY

	Nemecko	Slovensko
Prístup k všeobecnému lekárovi v ten istý deň		
Priamy prístup k špecialistovi (bez odporúčacieho lístku)		
Veľké plánované operácie do 90 dní		
Liečba rakoviny do 21 dní od rozhodnutia		
CT vyšetrenie do 7 dní		
SPOLU (s váhou kategórie 200/1000 prevážené pomerom k najlepšej krajine)	187	133

V kategórii čakacích dôb obstálo Slovensko relatívne dobre. Dobrá dostupnosť všeobecnej ambulantnej sféry nám získala plný počet bodov v prvom indikátore. V ostatných indikátoroch sme skórovali aspoň čiastočne, s výnimkou čakacích dôb na plánované operácie. Viac ako 50 % pacientov čaká na výkon viac než 3 mesiace. Zdroj údajov: Dotazníkový prieskum autorov, zoznam respondentov je anonymný. Napriek spochybneniu údajov z anonymných dotazníkov (Rámček 1 na str. 8) však podobné hodnoty namerajú i prieskum Health Policy Institute pri pripravách ratingu zdravotných poisťovní. Akékoľvek „oficiálne“ čísla, žiaľ, nejestvujú, rovnako ako ani predpis regulujúci tvorbu a fungovanie waitinglistov.

Lídrami kategórie sú Nemecko, Belgicko, Švajčiarsko a – Albánsko (!). Umiestnenie Albánska súvisí podľa autorov porovnania s tradíciou nízkej využitia zdravotníckych služieb (uvádzajú, že „Albánci majú tuhý korienok“), takže sa prakticky netvorí žiadne čakacie zoznamy.

Metodika „trestá“ zdravotné systémy za odporúčacie lístky. Takýmto hodnotením dotknuté krajiny opakovane namietajú, že gatekeeping je štandardný nástroj zdravotnej politiky a nie indikátor jeho spotrebiteľskej orientácie. Autori EHCI oponujú štúdiu Kroneman et al (2006)¹⁾, ktorá preukázala signifikantne vyššiu spokojnosť pacientov so zdravotnými systémami bez odporúčacích lístkov. Do porovnania zdravotných systémov z pohľadu spotrebiteľov takéto kritérium preto podľa nich patrí.

Spokojnosť je síce jedným zo základných cieľov zdravotníctva, nie je však jediným. Tvorcovia zdravotnej politiky musia pri obmedzených zdrojoch dosiahnuť rovnováhu s ostatnými cieľmi.

VÝSLEDKY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

	Švédsko	Slovensko
Úmrtie do 30 dní od hospitalizácie pre infarkt myokardu		
Dojčenecká úmrtnosť		
Pomer úmrtí na nádorové ochorenia k incidencii za rok 2006		
Stratené roky života		
Infekcie MRSA (methicilin-rezistentný staphylococcus aureus)		
Miera poklesu počtu samovrážd od r. 1995		
Podiel diabetikov s vysokou hladinou glykovaného hemoglobínu (HbA1c > 7 %)		n.a.
SPOLU (s váhou kategórie 250/1000 prevážené pomerom k najlepšej krajine)	250	133

Kategória, ktorá hodnotí kľúčový cieľ zdravotného systému – teda aké výsledky prináša pri zlepšovaní zdravotného stavu. Slovensko v nej skončilo na poslednom mieste, spolu s Albánskom a Bulharskom. Čiastočne sme bodovali pri nozomikálnych nákazách a pri trende počtu samovrážd. O týchto infekciách pritom na Slovensku nemáme dôveryhodné údaje a uvedené hodnotenie nemusí zodpovedať realite. Pri porovnávaní dojčeneckej úmrtnosti použili autori dáta WHO z roku 2005, ktoré pre Slovenskú republiku vyznievajú nepriaznivo. Hoci stále zaostávame za väčšinou európskych krajín, za tento indikátor sme mali v súlade s metodikou získať body za čiastočné splnenie kritérií (posledný dostupný údaj za rok 2008 hovorí o dojčeneckej úmrtnosti 5,86 ‰ – Infostat).

Dáta o kompenzácií diabetikov sa u nás nezbierajú a nevyhodnocujú a nedostatkom dôveryhodných dát sú postihnuté aj ďalšie indikátory. Porovnanie mortality a incidencie onkologických ochorení na jednotnej báze sa autorom podarilo

len za rok 2006. Najčerstvejšie údaje, aké má k dispozícii slovenské ministerstvo zdravotníctva sú pritom ešte staršie – za rok 2005 (viď nedávno schválená Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2006 – 2008).

V kategórii výsledkov zdravotnej starostlivosti dominovalo Švédsko pred Holandskom, Nórskom, Islandom a Fínskom.

ROZSAH POSKYTOVANÝCH SLUŽIEB

	Belgicko	Slovensko
Rovnosť zdravotných systémov		
Počet operácií katarákt u seniorov (65+) na 100 000 obyvateľov		
Štvorvakcinácia dojčiat		
Počet transplantácií obličiek na 100 000 obyvateľov		
Je stomatologická starostlivosť súčasťou solidárneho balíka?		
Miera mamografií (v skupine 50–69 r.)		
Neformálne platby lekárom		
SPOLU (s váhou kategórie 150/1000 prevážené pomerom k najlepšej krajine)	136	86

V tejto kategórii Slovensko získalo body za detskú prevenciu, solidárnu stomatologickú starostlivosť a čiastočne za transplantácie obličiek. V indikátore rovnosti zdravotných systémov, meranej podielom verejných zdrojov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo, sme mali v súlade s metodikou získať body za čiastočné splnenie kritéria. Podiel verejných zdrojov výrazne prevyšuje 70 % (benchmark autorov) a ani hospodárska kríza túto hranicu neprelomí.

Vítazmi kategórie boli Luxembursko, Švédsko a Belgicko.

Rámček 1: Vývoj názoru ministerstva zdravotníctva na EHCI

Vyjadrenie k rebríčku EHCI 2008

Ministerstvo zdravotníctva s uspokojením zaznamenalo správu o tom, že Slovensko si v rámci hodnotenia zdravotníctva EÚ nielenže zachovalo svoje postavenie, ale v porovnaní s minulým rokom sa dokonca zlepšilo... [Podľa ministerstva však nie je súčasný stav postačujúci a verí, že k zlepšeniu prispeje aj čerpanie financií z európskych zdrojov.]

Zuzana Čižmáriková
hovorkyňa Ministerstva zdravotníctva SR
HNoviny: Slovenské zdravotníctvo zaostáva, 14. 11. 2008

Vyjadrenie k rebríčku EHCI 2009

Pre ministerstvo zdravotníctva to naozaj nie je relevantný prieskum. Podľa našich informácií ide o súkromnú firmu... Časť tohto výskumu sa robí dotazníkovou formou, anonymne, čiže naozaj my nevieme, kto vyplňa tie dotazníky.

Zuzana Čižmáriková
hovorkyňa Ministerstva zdravotníctva SR
TV Markíza, Televízne noviny, 29. 9. 2008

LEIKY

	Holandsko	Slovensko
Miera úhrady liekov viazaných na recept	●	●
Dostupnosť liekopisu v úprave pre laickú verejnosť	●	●
Zavádzanie inovatívnych liekov v onkológii	●	●
Rýchlosť zavádzania nových liekov do úhradových systémov	●	○
SPOLU (s váhou kategórie 150/1000 prevážané pomerom k najlepšej krajine)	138	113

V tejto kategórii sme boli pripravení o najviac bodov. Rýchlosť prístupu nových liekov na trh posudzovali autori na základe štúdie Wilking a Jönsson (2009)²⁾, ktorá v prípade Slovenska vychádza z dát za roky 2000 až 2004. Reforma zdravotníctva však prispôsobila legislatívu v liekovej politike európskej smernici o transparentnosti a nastavené časové lehoty umožňujú pružný prístup nových liekov na trh. Inovatívne lieky zaraďujeme do úhradového systému medzi prvými v Európe. A napríklad kým v roku 2000 predstavovali výdavky na onkologické lieky 5 % všetkých výdavkov na lieky, v roku 2008 to bolo už 14 %. Použitie aktuálnych dát by Slovensku zlepšilo celkové hodnotenie, a to až tak, že sme mohli dorovnať víťazov kategórie, Holanďanov a Dánov.

NAPRIEK VÝHRADÁM

Vývoj metodiky, zmena počtu hodnotených krajín ako aj evolúcia indikátorov sťažuje porovnanie medziročných pohybov v rebríčku, kde sme klesli o 6 priečok. Treba tiež zdôrazniť, že rebríček vypovedá o relatívnych vzťahoch. Slovensko sa v hodnotení jednotlivých indikátorov medziročne zlepšilo, ale keďže viaceré krajiny sa zlepšili výraznejšie, v konečnom porovnaní sme klesli.

Nelichotivé umiestnenie Slovenska je potrebné aj po uvedených výhradách preskúmať podrobnejšie. Nie je správne rebríček odmietať len preto, že tento rok neponúkol pozitívne marketingové posolstvo (viď Rámček 1). Naopak, ide o cennú spätnú väzbu. Práve takéto medzinárodné porovnanie nám ponúka možnosť identifikovať priority, na ktoré by sa tvorcovia zdravotnej politiky mali sústrediť.³⁾

Najvýraznejšie zaostávanie má Slovensko v kategórii eHealth a v dosiahnutých výsledkoch. Pritom eHealth považovalo ešte vlani ministerstvo zdravotníctva za kategóriu, v ktorej očakávalo zlepšenie hodnotenia. Keďže čerpanie eurofondov zaostáva, eHealth je zatiaľ v nedohľadne. Pri meraní výsledkov je najväčším problémom, že o slovenskom zdravotníctve nemáme dostatok dôveryhodných a aktuálnych informácií. Prijímané opatrenia sa tak prakticky nedajú vyhodnocovať, čo kompromituje efektívnosť využívania vzácných zdrojov. Prvou úlohou budúceho ministra zdravotníctva bude zabezpečenie zberu relevantných dát o sektore.

Napriek všetkým uvedeným výhradám je evidentné, že medzi zdravotnými systémami v Európe sú veľké rozdiely, ktoré nie sú vysvetliteľné rozdielnym objemom zdrojov. Hlavný záver, ktorý autori konštatujú už tretí rok za sebou znie: „Bismarck Beats Beveridge“. Zdravotné systémy založené na bismarckovskom systéme zdravotného poistenia sa umiestňujú v rebríčku lepšie než beveridgeovské systémy financované z daní (viď anglický NHS). Minimálne z pohľadu spotrebiteľov zdravotníckych služieb si poisťné systémy lepšie plnia ciele, na ktoré boli vytvorené.



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

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

- 1) Kroneman et al: Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. Health Policy 76 (2006) 72-79
- 2) Wilking, N. & Jönsson, B.: A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs, February 2009, Karolinska Institute, Stockholm, http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf
- 3) V tohtoročnom rebríčku po prvý raz figuruje aj Albánske ministerstvo zdravotníctva sa autorom iniciatívne prihlásilo a prejavilo záujem byť v hodnotení. A to aj napriek tomu, ako uviedli, že by mali skončiť poslední (nakoniec neskončili).



EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2009

- vydal: Health Consumer Powerhouse v septembri 2009
- autori: Arne Björnberg, Ph.D., Beatriz Cebolla Garrofé, Ph.D., Sonja Lindblad
- ISBN 978-91-977879-1-8

publikácia je bezplatne dostupná vo formáte PDF na: <http://www.healthpowerhouse.com>



» content

Zhrnutie

Makroekonomická analýza a prognóza

Vývoj legislatívy a prognóza

Analýza vývoja a porovnanie spotreby liekov

Analýza vývoja a porovnanie spotreby zdravotníckych pomôcok

Makroekonomický vývoj v krajinách V4

» tirage

pharma **Outlook**
quarterly
on pharmaceutical policy

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovak Republic

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: pharma@hpi.sk

editori:
Angelika Szalayová
Tomáš Szalay

Informáciami proti dopadom krízy

V dôsledku hospodárskej krízy dochádza k výraznému výpadku zdrojov v zdravotníctve. Aké dôsledky to bude mať na celý sektor? Ako to ovplyvní farmaceutický priemysel? Na základe akých informácií sa už dnes správne rozhodnúť?

Zdravotníctvo bude v roku 2010 hospodáriť so 4,2 mld. eur. Kam budú tieto zdroje nasmerované? Ako sa bude vyvíjať trh s liekmi a zdravotníckymi pomôckami?

Od januára 2010 môžete potrebné analýzy a prognózy nájsť v časopise **pharmaOutlook**.

CHARAKTERISTIKA

pharmaOutlook je štvrťročník s ambíciou analyzovať a prognózovať vývoj v zdravotníctve na Slovensku so zameraním na liekovú politiku a zdravotnícke pomôcky.

CIEĽOVÁ SKUPINA

pharmaOutlook je určený pre potreby farmaceutického priemyslu ako aj regulátorov pre potreby plánovania a tvorby stratégií v oblasti vývoja predajov liekov a zdravotníckych pomôcok. Cieľové skupiny tvoria:

- farmaceutické spoločnosti (originálne i generické),
- producenti zdravotníckych pomôcok,
- regulátori (ministerstvo zdravotníctva, ŠÚKL, ÚDZS,...),

ako na Slovensku, tak aj v Českej republike.

ROZSAH

Rozsah jedného čísla **pharmaOutlook** je cca 32 strán.

JAZYK

pharmaOutlook bude vychádzať v angličtine

FORMÁT

pharmaOutlook bude distribuovaný predplatiteľom v elektronickej verzii (PDF).

EDITORI

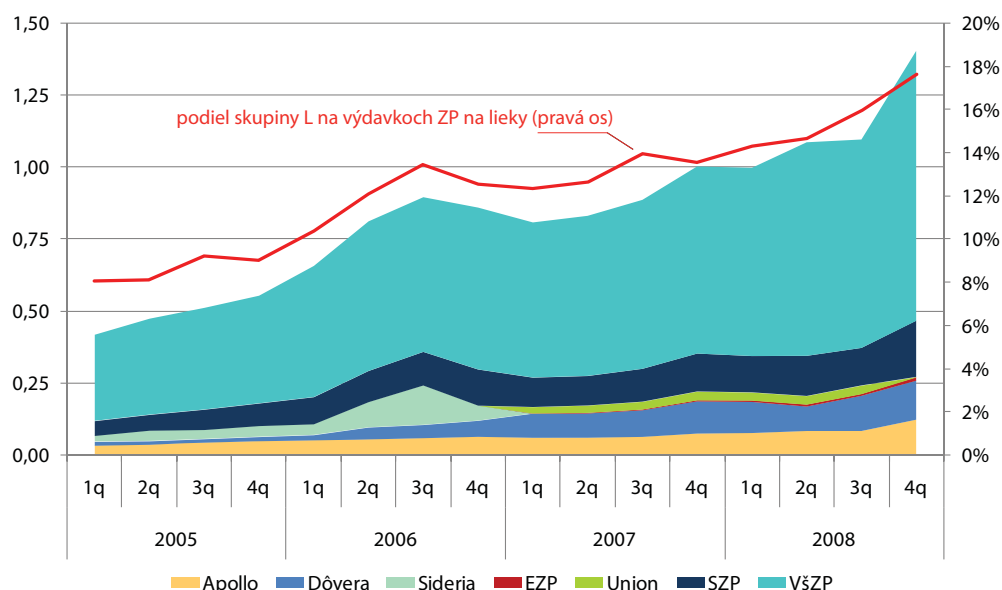
Angelika Szalayová a Tomáš Szalay

CENA

Ročné predplatné (4 čísla): 2 380 eur s DPH.
Objednávku nájdete na nasledujúcej strane.

Ďalšie informácie: hpi@hpi.sk

Graf 1: Výdavky jednotlivých zdravotných poisťovní na lieky v ATC skupine L – Antineoplastiká a imunomodulátory (v mld. eur) a podiel na všetkých výdavkoch na lieky (v %)



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2009

Objednávka predplatného štvrťročníka **pharmaOutlook**

Priezvisko: _____ Meno: _____ Titul: _____
Organizácia: _____

Fakturačná adresa:

Ulica: _____ Mesto: _____ PSČ: _____
Krajina: _____
IČO: _____ IČ-DPH: _____
Bankové spojenie: _____ Číslo účtu: _____
Website: _____ e-mail: _____
Telefón: _____ Fax: _____

Adresa dodania (v prípade, ak je iná ako fakturačná):

Ulica: _____ Mesto: _____ PSČ: _____
Krajina: _____

Ročné predplatné: 2 380 € (2 000 € bez DPH)

Objednávam si u Vás celoročné predplatné štvrťročníka **pharmaOutlook**

Podpis: _____ Dátum: _____

Vyplnenú prihlášku zašlite e-mailom (scan prihlášky) alebo poštou na adresu:

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo námestie 14
811 02 Bratislava
Tel: +421 2 546 430 51
Fax: +421 2 546 430 53
hpi@hpi.sk
www.hpi.sk

Súhlas s použitím osobných údajov:

Vyššiepodpísaný predplatiteľ časopisu **pharmaOutlook** týmto vyhlasuje, že výslovne súhlasí s použitím všetkých horeuvedených osobných údajov pre potreby Health Policy Institute v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov (zákon č. 428/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov). Predplatiteľ má právo na prístup a opravu informácií, ktoré sa ho týkajú, a to na adrese:

Health Policy Institute, Hviezdoslavovo nám. 14, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, hpi@hpi.sk, www.hpi.sk

HPI si vyhradzuje právo nezačať s vydávaním štvrťročníka ak do 1. 1. 2010 nezíska dostatočný počet predplatiteľov.

Umelé prerušenie tehotenstva: novela novely



Ako je možné, že legislatívnym procesom prešiel zákon, ktorý je potrebné vzápätí opravovať?

Ministerstvo zdravotníctva predložilo v septembri do skráteného pripomienkového konania návrh novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Predmetom úpravy je umelé prerušenie tehotenstva, ktoré bolo s účinnosťou od 1. 9. 2009 upravované poslaneckou novelou tohto zákona. Keďže poslanecká novela mala podľa ministerstva vážne nedostatky, je potrebné ju opraviť. Inak hrozia problémy v aplikačnej praxi, uvádza dôvodová správa. Ako je možné, že legislatívnym procesom prešiel zákon, ktorý je potrebné vzápätí opravovať?

Poslanecký návrh zákona predložili parlamentu 27. marca 2009 poslanci Ľ. Mušková (ĽS-HZDS), V. Mazúrová (Smer-SD) a Š. Zelník (SNS), teda zástupcovia každej zo strán vládnej koalície. K zákonu priložili i stanovisko ministerstva financií, ktoré žiadalo doplniť dôvodovú správu o analýzu ekonomických dopadov. K obsahovej stránke sa MF nevyjadriло.

Predseda parlamentu podľa zákona o rokovacom poriadku NR SR zasiela poslanecký návrh zákona vláde s požiadavkou na zaujatie stanoviska. Ak vláda do 30 dní neodpovie, o návrhu sa rokuje aj bez neho (§70 ods. 2 zákona č. 350/1996 Z. z.). K poslaneckému návrhu nebolo vypracované stanovisko vlády (či už márnym uplynutím lehoty na jeho zaujatie alebo tým, že P. Paška vládu o stanovisko ani nežiadal). Prvým čítaním prešiel návrh na 35. schôdzi parlamentu 21. apríla 2009. Návrh dostali na prerokovanie tri výbory – ústavnoprávny, výbor pre zdravotníctvo a výbor pre ľudské práva, národnosti a postavenie žien. Gestorským výborom bol výbor pre zdravotníctvo. Návrh zákona doznal v druhom čítaní niekoľkých úprav, a bol nakoniec schválený na 39. schôdzi parlamentu 19. júna 2009. Účinnosť nadobudol 1. septembra 2009.

Návrh na opravu sa objavil v skrátenom pripomienkovom konaní 14. septembra 2009.

Ak je naliehavosť problému, ktorý treba riešiť novelou zákona naozaj taká veľká, že vyžaduje zrýchlený legislatívny proces, prečo sa tomuto problému nepredišlo? Ministerstvo zdravotníctva prostredníctvom poslancov vládnej koalície vo Výbore NR SR pre zdravotníctvo dlhodobo predkladá návrhy legislatívnych úprav. Určite by bolo dokázalo presadiť potrebné opravy v 2. čítaní a zákon by bol schválený v podobe, akú si predstavujú tvorcovia zdravotnej politiky. Ak aj pripustíme, že v tomto prípade jednoducho nefungovala komunikácia medzi ministerstvom a výborom, najneskôr po podpísaní zákona prezidentom muselo byť na ministerstve zdravotníctva zrejme, že bude potrebné zákon rýchlo novelizovať. Návrh sa ale objavil až po vyše dvoch mesiacoch, až keď sa objavila hrozba „problémov v aplikačnej praxi“. Zo 638 slov, ktoré obsahovala poslanecká novela, má zostať po oprave už len 229. Ministerstvo doplnilo ďalších 145.

Takáto normotvorba je - bez ohľadu na obsah úpravy - zlou vizitkou tak parlamentu, ako aj ministerstva zdravotníctva. Zdravotnícka legislatíva si vyžaduje koncepciu a koordiná-

ciu. Odporúčame predkladať legislatívne návrhy na pripomienkové konanie (aj viackolovo); odborná diskusia môže znížiť riziká, ktorým je vystavená tvorba legislatívy v parlamentných laviciach.

KTO DÁVA INFORMOVANÝ SÚHLAS?

Dnes sa zdravotnícka legislatíva pri spôsobilosti na informovaný súhlas odvoláva na plnú spôsobilosť na právne úkony podľa §8 Občianskeho zákonníka. Tá sa dosahuje plnoletosťou (buď dovŕšením 18. roku veku alebo uzavretím sobáša po 16. roku). Za ostatné osoby musí informovaný súhlas poskytnúť zákonný zástupca, u detí a mladistvých najčastejšie rodič. Toto znenie v pripomienkovom konaní k Zajacovej reforme v roku 2004 presadilo ministerstvo vnútra spolu s úradom podpredsedu vlády pre menšiny ako svoju zásadnú pripomienku.

Pre interrupcie však platí lex specialis, zákon č. 73/1986 Zb., ktorý vyžaduje súhlas od zákonných zástupcov len ak ide o dievča, ktoré nedovŕšilo 16 rokov veku. Ak je neplnoleté dievča, podstupujúce interrupciu staršie ako 16 rokov, súhlas rodičov nepotrebuje. Zdravotnícke zariadenie je však povinné o tomto výkone informovať zákonného zástupcu.

Do toho prišla od 1. septembra 2009 poslanecká novela zákona o zdravotnej starostlivosti. Poslanci stanovili vekové hranice pre informovaný súhlas s interrupciou na rovnaký režim, aký majú ostatné výkony v zdravotníctve, t.j. až do dosiahnutia plnoletosti je potrebný súhlas zákonného zástupcu. Znenie interrupčného zákona, ktoré tú vekovú hranicu upravuje inak, sa pritom nezmenilo.

Ministerstvo dnes navrhuje vrátiť situáciu do predchádzajúceho stavu, t.j. súhlas zákonného zástupcu by sa vyžadoval podľa interrupčného zákona (do 16 rokov), nie podľa zákona o zdravotnej starostlivosti (do 18 rokov). Argumentuje okrem iného postojom Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Programový dokument Bezpečná interrupcia: technické a politické usmernenie pre zdravotnícke systémy (2003) odporúča odstraňovať bariéry akými je napr. podmienka informovaného súhlasu rodičov. V dôvodovej správe ministerstvo uvádza snahu predísť „negatívnym zdravotným následkom pre samotnú ženu, ktorá tým, že zákonný zástupca odmietne dať súhlas s prerušením nechceného tehotenstva, bude nútená nechcený plod donosiť alebo tajne vyhľadá lekára alebo inú osobu, ktorá jej interrupciu urobí nelegálne.“

Takáto argumentácia nie je celkom korektná. Ak by malo tehotenstvo ohrozovať zdravie ženy, sú splnené podmienky na prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov, a to dokonca aj bez informovaného súhlasu, v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Prípadne sa zdravotnícky personál môže obrátiť na súd, ktorého rozhodnutie nahrádza informovaný súhlas zákonného zástupcu, ak je to v záujme zdravia pacientky.

Pointa je inde. Otázka, odkedy majú občania v zdravotníctve spôsobilosť uzatvárať zmluvné vzťahy, sa zďaleka netýka len interrupcií. Problematiku je potrebné upraviť komplexne, aj na základe praktických dôsledkov najmä v ambulanciách všeobecných lekárov pre deti a dorast, u špecialistov či lekárníkov, ktorí sú každodenne vystavení porušovaniu zákona.

Medzinárodný dohovor o ľudských právach a biomedicíne (č. 40/2000 Z. z.), ktorého právna sila je vyššia než u zákona o zdravotnej starostlivosti, ustanovuje: „Názor maloletého sa bude brať vo zvyšujúcej miere do úvahy úmerne k jeho veku a stupňu zrelosti.“ Naša legislatíva však z každého neplnoletého robí až do posledného dňa nesvojprávnou osobu, ktorej názor sa ani len neskúma. Kurióznou výnimkou je anonymný pôrod, ku ktorému nepotrebuje súhlas rodičov ani 13-ročná rodička (viac viď Kováč, P.: K niektorým aspektom právnej úpravy informovaného súhlasu. Justičná revue, Roč. 59, č. 8-9 (2007), s. 1104-1112, tiež *IntoBalance* 12/2007).

Osobitne od plnej spôsobilosti na právne úkony je napr. upravená trestnoprávna zodpovednosť alebo spôsobilosť v pracovnoprávných vzťahoch. Posun vekovej hranice pre informovaný súhlas napr. na 16 rokov, by sa teda mohol týkať aj ostatných výkonov zdravotnej starostlivosti, nielen interrupcií. Znamenalo by to len oprášiť zákon č. 277/1994 Z. z. a vrátiť sa k predreformnej úprave („Ak maloletý pacient starší ako 16 rokov alebo pacient s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je podľa posúdenia lekára natoľko rozumovo a vôľovo vyspelý, aby vyšetrovací alebo liečebný výkon posúdil a rozhodol o jeho vykonaní, môže dať súhlas na tento výkon sám.“).

Ak sa mladé dievča nevie dostať bez súhlasu rodičov napr. k predpisaniu antikoncepcie (dnešný legálny stav), zato prístup k umelému prerušeniu tehotenstva má bez prekážok, vytvárame zbytočný priestor pre to, čo nechcú ani liberáli, ani konzervatívci: nechcené tehotenstvá, ktoré sú ukončené interrupciami.

TOMÁŠ SZALAY

40 % pacientov je v nemocniciach zbytočne, 10 % zdravotníkov možno prepustiť

Anglická Národná zdravotná služba v kríze

Začiatkom septembra unikla na verejnosť správa poradenскеj spoločnosti McKinsey o anglickej Národnej zdravotnej službe (NHS). Výstupy analýzy sa objavili na stránkach Health Service Journal a vyvolali verejnú diskusiu. Dokument, vypracovaný pre anglické ministerstvo zdravotníctva v júni 2009, vyčísluje finančnú neudržateľnosť systému a navrhuje konkrétne (a radikálne) riešenia. Cieľ? Úspora 20 mld. libier do roku 2014. Od začiatku milénia sa pritom zdroje v zdravotníctve každoročne zvyšovali v priemere o takmer 7 %. Plánovanie úspor v NHS sa začalo ešte pred ekonomickou krízou. Krízový scenár situáciu zhoršuje. Nárast reálnych zdrojov sa neočakáva skôr než v rokoch 2016-2017.

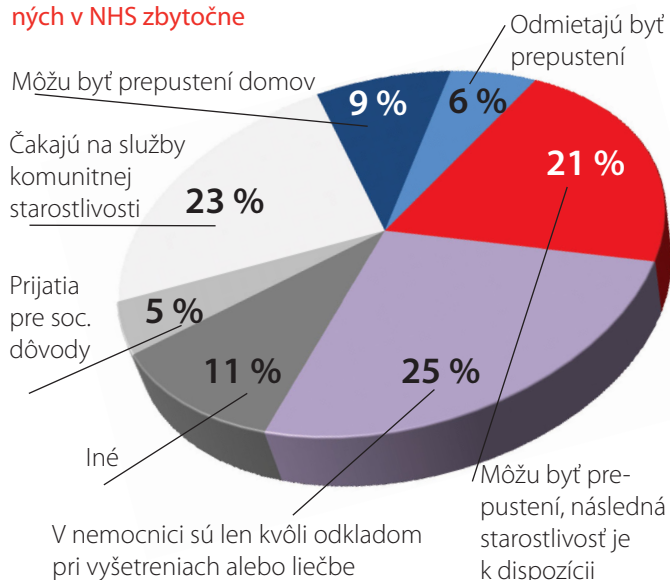
Analýza sa sústreďuje na medzery v efektívnosti a produktivite práce. Zlepšenie v týchto parametroch umožní podľa McKinsey znížiť stav zamestnancov NHS o 10 %, teda o 137 tisíc ľudí (NHS je tretím najväčším zamestnávateľom na svete, po čínskej armáde a indických železničiach).

Napríklad u všeobecných lekárov by posun produktivity u najhorších smerom k priemeru ušetril systému 400 miliónov libier ročne a znížil by potrebu o 3500 všeobecných lekárov. Veľká variabilita je aj v preskripcii, jej zúženie smerom k priemeru by prinieslo 600 miliónov libier. U nemocníc platí, že u desiatich percent najproduktívnejších lekárov a sestier má 5-násobne vyššiu produktivitu práce než desať percent najmenej produktívnych. Ak by sa najhorší priblížili k priemeru, úspora by dosiahla 2,4 miliardy libier.

Analýza konštatuje, že až 40 percent pacientov je v nemocniciach zbytočne (Graf 1), príčinou ich hospitalizačného pobytu je zvyčajne nezvládnutý manažment pacienta (napr. čakanie na diagnostické alebo terapeutické zákroky, chýbajúca koordinácia s následnou starostlivosťou). Odbúranie týchto prípadov umožní redukciu nemocníc. Až 8,3 miliardy libier by sa dalo získať odpredajom nadbytočných nehnuteľností, čo zároveň ušetrí 400 miliónov libier ročne na údržbe a kúrení.

Ďalší priestor na úsporu vidia analytici McKinsey v zúžení rozsahu bezplatnej starostlivosti. Zo solidárneho balíka navrhli vypustiť výkony s „obmedzeným klinickým benefitom“ (napr. tonsilektómie alebo odstránenie kŕčových žíl), výkony

Graf 1: Dôvody, pre ktoré je 40 % pacientov hospitalizovaných v NHS zbytočne



Zdroj: správa spoločnosti McKinsey o anglickom NHS, 2009

s nevýhodným pomerom medzi rizikom a benefitom (operácie kolenného kĺbu) alebo výkony, ktorým má predchádzať iná intervencia. Odhadovaný objem nákladov na túto starostlivosť činí 700 miliónov libier. Analýza odporúča zvýšiť objem jednoduchovej starostlivosti, napr. v gynekológii sa dá počet takýchto výkonov zvýšiť o 40 %.

Pri nákupoch od dodávateľov by dokázal systém ušetriť až 1,9 miliardy libier. Niektoré tovary a služby nakupuje NHS až o 40 % drahšie, než by mohla.

Návrhy McKinsey označili britskí politici za príliš radikálne. Od výsledkov analýzy sa po jej zverejnení prakticky okamžite dištancovali obe veľké politické strany. Návrhy na znížovanie počtu zamestnancov NHS odmietlo i ministerstvo zdravotníctva. Komentátori pritom konštatujú, že správa len s brutálnou úprimnosťou odhalila stav britského zdravotníctva. Nejde o to, či analýzu prijať alebo odmietnuť, ale či čeliť výzvam, na ktoré upozorňuje.

-tsz-

Zdravotníctvo sa nedá oklamať, nemôžeme sa tváriť, že tie švédske stoly sú stále prestreté

Diskusia reformných ministrov zdravotníctva: Julínek – Zajac

Health Management Academy zorganizovala v rámci vzdelávacieho programu Manažér 1. októbra 2009 unikátnu diskusiu, na ktorej sa stretli bývalí ministri zdravotníctva Českej a Slovenskej republiky, Tomáš Julínek a Rudolf Zajac. Obaja vo svojich funkciách presadzovali kontroverzne vnímané reformy zdravotníctva. S odstupom hodnotili svoje úspechy a neúspechy pred účastníkmi programu Manažér, absolventami predchádzajúcich ročníkov akadémie HMA a pozvanými novinármi. Diskusiu moderoval Peter Pažitný.

ČO SA DIALO PO ODCHODE REFORMNÝCH MINISTROV Z FUNKCIÍ?

Tomáša Julínka prekvapili reakcie ľudí, ktorých stretával. Neboli negatívne, naopak, ľudia, ktorí sa predtým neodvážili alebo nemohli, mu gratulovali, podávali ruky a hovorili o tom, že je dobré, že sa konečne niečo robilo. S rovnakými reakciami sa stretával aj na ulici. Ale poznamenal, že satisfakcia z dokončeného diela u neho chýbala.

Rudolf Zajac bol prekvapený, že sa mu v jeho pozícii podarilo tak dlho vydržať. Bol totiž už dlhšie politicky osamotený, pozícia vlády v parlamente neustále slabla, zdravotníci boli využívaní ako nástroj politického boja, čo malo za následok rôzne štrajky. Nepredpokladal, že sa zdravotníctvo stane takýmto nástrojom politického boja, lebo on sám to považuje za veľmi nebezpečné. Posledný pol rok vo funkcii bol pre neho teda boj a mrzí ho, že mu v závere niektoré opatrenia neprešli.

Po odchode si dal rok prestávku, predával víno, tvrdil že do zdravotníctva už nikdy späť nepôjde, avšak po ďalšom roku až dvoch sa „zrecidivoval“ a opäť sa zdravotníctvom zaoberá.

AKO VYZERAL PRVÝ DEŇ NA MINISTERSTVE, AKÝ BOL NÁSTUP DO FUNKCIE?

Podľa Julínka české ministerstvo zdravotníctva postrádalo akýkoľvek koncept, bol to silno demotivovaný úrad. On sám si dal tú námahu a na úvod si prešiel celé ministerstvo, šiel do každej kancelárie. Pritom zažil síce aj pozitívne, ale aj dosť negatívnych prekvapení a mnohí ľudia boli „obrazom devastácie toho úradu“. On sám silno premýšľal ako to dať celé dohromady, aby to fungovalo. A aj napriek tomu, že si priniesol svoj koncept a aj svojich ľudí, stratil na úvod dosť veľa času tým, že dával ministerstvo procesne dohromady.

Rudolf Zajac prišiel na ministerstvo ešte bez tímu, iba s Petrom Pažitným. Rovnako si prešiel celú budovu, príliš veľkú personálnu obmenu však nerobil: noví ľudia neboli veľmi k dispozícii. Následne na ministerstvo prišiel Tomáš Szalay ako hovorca, neskôr sa pripojila Henrieta Maďarová a pomaly sa začal budovať reformný tím, do ktorého sa pridali ešte Angelika Szalayová a Jana Ježíková. Ako dôležitú osobu pre fungovanie celého úradu označil personálnu šéfkou Eleonóru Janíkovú. Vďaka týmto ľuďom mohlo byť vyprodukovaných toľko kvalitných predpisov, a to aj s pôvodnými zamestnancami ministerstva, čo považuje za veľký úspech.



JE PRAVDA, ŽE NAJVÄČŠÍM NEPRIATEĽOM MINISTRA ZDRAVOTNÍCTVA VO VLÁDE JE MINISTER FINANCIÍ?

„Ja to nemôžem potvrdiť,“ reagoval Tomáš Julínek a ďalej dodal, že s ministrom financií prebiehajú skutočne najväčšie výmeny názorov, ale čo sa týka konkrétne napríklad Mirka Kalouska, ten bol veľmi konštruktívny a dalo sa s ním dohovoriť. Ťažšie sa mu však spolupracovalo napríklad s Vlastimilom Tlustým. Ministerstvo financií napríklad hneď na začiatku reformného snaženia zmrazilo štátnu platbu na poistenca, čo predstavovalo približne mínus 9 miliárd českých korún a teda určitý fiškálny problém. Preto bolo nutné hneď na začiatku zaviesť poplatky, aj keď sa mnohí pýtali, prečo sa začína práve takýmto krokom.

Julínek mal paradoxne väčšie problémy s ministrom sociálnych vecí, ktorý mu stále sťažoval situáciu. Ministerstvo sociálnych vecí považuje on sám pritom za rezort, ktorý by tiež bolo v Českej republike treba reformovať. Podľa jeho názoru mal v tom Rudolf Zajac výhodu, že spolu s jeho reformou bežala aj reforma na ministerstve sociálnych vecí. Považuje to za jeden z významných bodov úspechu reformy zdravotníctva. Je totiž lepšie, keď súbežne bežia dve reformné sily, pre reformu zdravotníctva sú potrebné aj kroky v sociálnej oblasti.

Rudolf Zajac tvrdenie o ministerstve financií ako nepriateľovi nepotvrdil. Vyzdvihol fakt, že bol súčasťou reformnej vlády. A aj napriek tomu, že ministerstvo financií zdravotníctvu dosť škrtalo financie, vedeli sa s ním napr. dohodnúť na zrušení maximálnych cien, na zrušení cenovej regulácie na lieky alebo maximálnej ceny na lieky.

AKÝ BOL NAJVÄČŠÍ ÚSPECH Z HĽADISKA REFORMY?

Julínek uviedol, že on si najväčšmi váži všetkých tých ľudí, s ktorými spolupracoval a váži si toho, že sa mu ich podarilo naštartovať a spoločne mohli niečo vyprodukovať.

Tých činností, ktoré považuje za úspešné, bolo veľa: napríklad dokončený vzdelávací systém, redukcia odborností, zavedenie nových študijných programov, zlepšenie liekovej politiky alebo presunutie cenovej regulácie na ministerstvo zdravotníctva. Existuje veľa čiastkových úspechov pod povrchom celej reformy a on sám má z tej práce radosť.

Naopak, najmenšiu radosť má z poplatkov a veľmi ho hnevá, ako „médiá tento bežný inštitút regulácie na strane dopytu zveličili a označili ho za reformu. Nepodarilo sa mi vysvetliť, že to žiadna reforma nie je, ale že ide o úplne bežné opatrenie, ktoré by mal urobiť každý zodpovedný minister“.

O svojej misii Tomáš Julínek hovorí, že posunula vnímanie zdravotníctva ďalej, ale má strach, aby sa koncept reformy, ktorý je na ministerstve pripravený, nestratil v kolobehu „bezprecedentnej neodbornej politickej hry“.

Úspechom podľa Rudolfa Zajaca bolo, že „dva samozvanci“ (Zajac – Pažitný) mohli prísť na ministerstvo a niečo meniť. Za úspech označil aj to, že sa podarilo zmeniť legislatívne základy celého zdravotníctva, že bolo zavedených nových 7 kľúčových zákonov, ktoré dodnes platia. Bol zavedený regulátor Úrad pre dohľad. Úspechom sú aj 3 pozitívne výroky ústavného súdu, napríklad, že poplatky sú v súlade s ústavou.

Ten najväčší úspech však podľa Zajaca ešte len príde a to preto, že to „zdravotníctvo sa nedá oklamať, nemôžeme sa tváriť, že tie švédske stoly sú stále prestreté.“ Úspech príde vtedy, keď sa spolu s novou vládou nebude meniť celý režim. Úspech



príde vtedy, keď príde nový minister a začne ďalej budovať na dobrých základoch, ktoré sú pripravené, „odstrániť sa nezmysly“ a posunie sa to o krok ďalej.

KTORÉ ZÁMERY SA NEPODARILO USKUTOČNIŤ?

Do diskusie sa svojimi otázkami zapojili aj diváci, tá prvá sa pýtala, či boli zábery, ktoré chceli bývalí ministri uskutočniť, avšak nepodarilo sa im ich zrealizovať.

„Samozrejme,“ ujal sa slova Rudolf Zajac. Ako príklad uviedol fakt, že bolo vytvorené veľmi dobré inštrumentárium pre inteligentný systém spoluúčasti pacienta, ktorý dokonca odobril ústavný súd. Avšak reálne sa s tým nestihlo nič spraviť a nová vláda ako jeden z prvých krokov zrušila pripravené katalógy. Za fatálnu chybu Zajac považuje to, že sa mu ku koncu volebného obdobia nepodarilo pretlačiť transformáciu 14tich nemocníc na akciové spoločnosti, ktorá bola pripravená a „veľký kus práce vyšiel nazmar“.



Tomáš Julínek uviedol, že u neho je to podobné a že univerzitné nemocnice a ich ne-transformácia ho veľmi mrzia. Považuje ich za veľmi neefektívnu zónu a tento problém bude trápiť všetkých. Mrzí ho aj to, že sa mu nepodarilo dotiahnuť transformáciu poisťovní, lebo to je absolútne základná vec.

Za systémovú chybu označil, že ministerstvo a minister nemá dostatočne zákonne ukotvené svoje kompetencie a regulačné nástroje a potom sa veľmi ťažko niečo mení. Práve v čase hospodárskej krízy, ktorá sa na rezort rúti je fakt, že minister nemá v rukách efektívne regulačné nástroje nebezpečný a uviedol, že politici sa tvária, že to tak nie je.

KEDY SA ZAČNE VENOVAŤ POZORNOSŤ VEREJNÉMU ZDRAVIU?

Ďalšia otázka z pléna sa týkala oblasti verejného zdravia. Viac ako 50 % príčin ochorení pacientov spôsobujú elementárne veci, ktoré sa dajú veľmi jednoducho odstrániť – vysoký krvný tlak, málo pohybu, nízka konzumácia zeleniny atď. Kedy sa u nás začne minister zdravotníctva a celá vláda takouto koncepciu prevencie a vízie zdravotného stavu naozaj zapodievať?

Tomáš Julínek poznamenal, že sa s takýmto názorom stretáva veľmi často. Hovoria ho najmä lekári, od nich to preberajú politici. Tvrdia, že prevencia je základ, s ktorým by sme nemuseli mať také problémy aké máme. Ale tento názor je veľmi schematický a „*ide mimo realitu ľudského rodu*“. Prevencia je samozrejme dôležitá, ale on sám by bol trochu skeptický voči takýmto štúdiám. Netreba však preceňovať prevenciu ako jednoduchý recept, ktorý všetko vyrieši – ľudia sú jednoducho ľudia. Dajú sa samozrejme robiť nejaké kroky napr. finančnej motivácie v rámci systému, Julínek prevenciu nepopiera, ale nedá sa podľa neho postaviť tak vysoko, ako sa o nej píše.

Rudolf Zajac to označil za otázku problému verejného zdravotníctva. Podľa jeho názoru je to skôr o zmene myslenia a návykoch, čo trvá celé generácie. Ale keď si pozrie, ako sa spoločnosť a postoj k zdraviu zmenili od revolúcie, je tu posun, pozitívny a viditeľný posun. Podčiarkol fakt, že táto otázka je hlavne o individuálnej zodpovednosti za seba samého.

KTO SÚ KLÚČOVÍ HRÁČI PRE REFORMNÉHO MINISTRA?

Publikum sa ďalej pýtalo na to, kto sú pre reformného ministra, tí kľúčoví hráči, kľúčoví partneri pri presadzovaní jeho zámerov a do akej miery sa im darilo s nimi spolupracovať.

Podľa Zajacových slov sa ten tím vytvoril veľmi rýchlo, „*takpovediac za jazdy*“ a bol to jeden z najúspešnejších reformných tímov možno v celej Európe v rámci presadzovania vecí. Ale na to aby to fungovalo, neexistuje univerzálny recept. Bolo tam veľa okolností a aj šťastia aby to mohlo byť tak ako to bolo a to že druhá reformná vláda Mikuláša Dzurindu vôbec vznikla bola vlastne otázka veľkej zhody náhod.

Tomáš Julínek uviedol, že minister je vo svojej pozícii neuveriteľne sám. Všetci tí, ktorí mu možno aj fandia, tak to nedajú najavo. Človek si ťažko zháňa spojencov, lebo „*fakticky neexistujú*“. A v zdravotníctve je to celé ešte omnoho ťažšie lebo ľudí, ktorí vedia ako sa to má celé urobiť je neskutočne veľa. Problémom je však faktické vzdelanie ľudí, ktorí v tom zdravotníctve pracujú. Julínek dúfa, že v budúcnosti tam bude



stále viac skutočne poučených ľudí a budú sa teda aj ľahšie hľadať spojenci. Za veľmi dôležité považuje aj prostredie vlastnej politickej strany. Na to, aby mohol niečo presadzovať, musí ich presvedčiť, že ten návrh je prospešný a aby od neho (osoby ministra ako aj návrhu) nedávali ruky preč. Inak je človek sám a o spojencoch môže skutočne len snívať.

AKÉ SÚ PARALELY MEDZI SLOVENSKÝM A ČESKÝM ZDRAVOTNÍCTVOM

V ďalšej diskusii sa hľadali paralely medzi českým a slovenským zdravotníctvom ako aj možnosti vzájomnej implementácie jednotlivých prvkov reforiem navzájom.

Rudolf Zajac označil korene českého a slovenského zdravotníctva za úplne rovnaké, dokonca aj ústavné systémy v ktorých fungujú sú takmer totožné. Výsledky sú ale rôzne. Podľa Zajaca bolo české zdravotníctvo odjakživa o triedu niekde inde ako slovenské, a to najmä v parametroch excelentnosti. Máme síce porovnateľnú primárnu starostlivosť, ale už nemáme napr. porovnateľnú starostlivosť o matku a dieťa. Ako uviedol, v českom zdravotníctve je viac zdrojov a českí lekári sú vzdelanejší. Veľký rozdiel je aj v tradícii. Na druhej strane je Slovensko podľa Zajaca zas dravejšie, čo znamená že slovenské zmeny boli ďaleko razantnejšie ako tie, ktoré sa podarilo presadiť v Čechách. Za spoločné pre oba systémy označil to, že českí aj slovenskí zdravotníci svojimi nízkymi platmi dotujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti. „*Inak povedané, poskytujeme európske alebo porovnateľné európske zdravie, ale za ukrajinské platy, čo dlhodobo neuhráte.*“ V Čechách to je podľa jeho názoru o trochu lepšie, ale tiež to nie je ideálne.

Smery a riešenia v Čechách ako aj na Slovensku považuje Tomáš Julínek za veľmi podobné, oni napríklad pri svojich konceptoch vychádzali zo skúseností a slepých uličiek slovenskej reformy. Ale fakticky sú podľa neho tie reformy podobné preto, lebo on ako aj Rudolf Zajac zostavili odborný tím, čo pred nimi nikto neurobil a prišli na ministerstvo s jasným konceptom. A keď sa zostaví dobrý odborný tím, ktorý má skutočné znalosti zo zdravotníckych systémov a oblasti zdravotného poistenia, tak vždy budú títo ľudia navrhovať podobné riešenia, líšiť sa to bude len v niektorých nuansách a aplikáciách na tú konkrétnu krajinu, ale principiálne to bude to isté.

Podľa Julínka sa odborníci vedia celkom jednoznačne zhodnúť, že najefektívnejšie je holandské zdravotníctvo a že Holanďania v rámci reforiem dospeli rozhodne najďalej. A keď následne je potom riešený podobný problém je tam stále vidieť tie paralely a tie podobnosti v riešeniach a úsilí tam budú medzi systémami stále. „Všetky zdravotné systémy pokrivkávajú za progresiou medicíny a možnosťami medicíny. Snaha zrovnať krok, ktorá bohužiaľ vedie cez politiku a bude vždy viesť cez politiku, bude veľmi podobná a tie riešenia sa budú vždy podobat.“

AKO ZÍSKAŤ OBČANA A ZDRAVOTNÍKA PRE REFORMU?

Reforma bola pre občana, ten by mal mať najväčší záujem na tej reforme. Prirodzeným spojencom by mal byť aj medicínsky stav. V Česku, ani na Slovensku sa ich však nepodarilo získať. Posledná otázka vyzvala exministrov, aby načrtli základné obrysy reformy, ktorá by si získala občana i zdravotníka.

Tomáš Julínek uviedol, že po skúsenostiach, ktoré má, na to nevie odpovedať a žiadny recept nemá. Zdravotná starostlivosť je spojená s vysokou osobnou zainteresovanosťou, fenoménom strachu z choroby, bolesti, a je to teda kultúrny fenomén, s ktorým sa ťažko bojuje.

Rudolf Zajac sa rozhodol odpovedať protitázkou, a síce on sám nikdy nerozumel postoju ekonomicky aktívnych ľudí, ktorým zoberú peniaze – 14% - a tí sa nestarajú, prečo je taký chaos v systéme, prečo sa tam tak strácajú peniaze. Prečo sa tak správajú? Jeho odpoveďou je, že preto, lebo v tejto chvíli sú tak naučení a zatiaľ nevedia inak. A správnou odpoveďou je asi to, že to musí priniesť čas a čas rozhodne o úspechu alebo neúspechu reformy a o jej akceptácii.

diskusiu zaznamenala **MÁRIA POUROVÁ**

Proč nebyla v období 2006-2008 v České republice prosazena reforma zdravotnictví

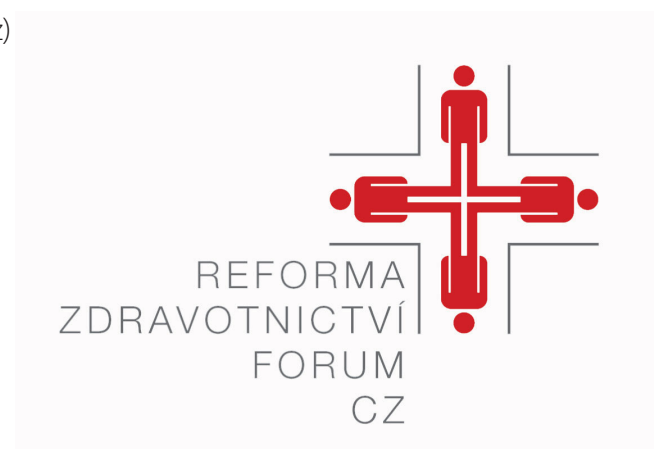
(analýza think- tanku Reforma zdravotnictví – forum.cz)

Tento dokument popisuje základní záměry snahy o reformu českého zdravotnictví v letech 2006-2008 a analyzuje příčiny jejího neúspěchu. V první části dokumentu jsou popsány původní cíle reformního úsilí, ve druhé potom hlavní vnější a vnitřní příčiny neúspěchu jeho prosazení. Závěrečná část se věnuje zhodnocení významu pokusu o reformu.

1. CO ROZUMÍME REFORMOU ZDRAVOTNICTVÍ A JAKÉ BYLY JEJÍ CÍLE

Cílem navrhované reformy zdravotnictví bylo poskytnout občanům větší jistotu dostupnosti zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a větší výběr z nabídek zdravotních pojišťoven. **Tyto změny byly plánovány v rámci veřejného zdravotního pojištění, to znamená při zachování jednoho systému povinného pro všechny občany, se solidárním financováním a stejným rozsahem pojištěných služeb bez ohledu na zvolenou pojišťovnu.**

Zároveň bylo (a stále je) nutné významně zvýšit efektivitu peněz vynakládaných na zdravotní péči. Bez významného zvýšení efektivity postupně dojde kvůli stárnutí obyvatelstva a dalším vlivům k finanční nestabilitě až krachu veřejného zdravotního pojištění. Takový vývoj bude znamenat významné zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče, zejména pro sociálně a ekonomicky slabší skupiny občanů, kteří si nebudou moci dovolit zaplatit za péči ze soukromých peněz. Vzhledem k tomu, že reformní návrh zachovával dnešní významné přerozdělení peněz mezi bohatšími a



chudšími stejně jako mezi mladšími a staršími a akcentoval přerozdělení mezi zdravějšími a nemocnějšími, je z hlediska svých cílů jednoznačně návrhem středovým a sociálně ohleduplným.

Navrhovaná reforma zajišťovala větší výběr pro občany a zvýšení efektivity zdravotnictví cestou ověřenou a v posledních 20 letech postupně zaváděnou ve všech vyspělých zemích, tedy cestou regulované konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi jejími plátcí (pojišťovnami). V dnešní době neexistuje jediný vyspělý stát, který by posiloval centrální řízení zdravotnictví. Regulovaný trh a soutěž poskytovatelů o zakázku ze strany plátců, stejně jako větší zapojení občanů, jsou jasnými trendy jak v systémech veřejného zdravotního pojištění, tak v systémech národní zdravotní služby.

Konkrétní popis reformních návrhů je dále rozdělen do tří částí - změny v činnosti a postavení pojišťoven, v poskytování zdravotní péče a v postavení pacientů.

I. Změny v činnosti a postavení pojišťoven: Od pasivních úřadů ke službě klientům.

Návrh reformy obsahoval následující změny v systému veřejného zdravotního pojištění:

- Stanovení jasné a vymahatelné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy „standardu“ (vede také k otevření prostoru pro platbu za „nadstandard“),
- umožnění nabídky více způsobů pojištění, včetně řízené péče a možnosti pojištěnce samostatně hospodařit s částí peněz,
- možnost pojištěnce získat bonus v případě dobrého hospodaření jeho pojišťovny,
- významné zvýšení aktivity pojišťoven při organizaci zdravotní péče, zejména přednostní uzavírání smluv s kvalitními a efektivními poskytovateli,
- zásadní zpřísnění státního dohledu nad činností zdravotních pojišťoven včetně založení specializovaného regulačního úřadu,
- změna právní formy zdravotních pojišťoven vedoucí k nalezení jejich zodpovědných majitelů a managementu s jasně definovanými odpovědnostmi.

Dlouhodobou součástí reformních snah byla také změna způsobu financování veřejného zdravotního pojištění (tedy změna v oblasti plateb pojistného), která sledovala dva cíle – větší zapojení občanů a možnost přísunu soukromých prostředků do systému veřejného zdravotního pojištění (viz například změny, které proběhly od začátku roku 2006 v Holandsku). Tato změna ve financování byla úmyslně odložena na pozdější dobu. K upřesnění její potřeby a podoby byl vládou v roce 2007 založen Kulatý stůl k financování zdravotnictví.

II. Změny v oblasti poskytování zdravotní péče: Směrem k efektivním a kvalitním zdravotním službám

Změny v postavení a činnosti pojišťoven měly postupně vést k významnému zvýšení efektivity a kvality českého zdravotnictví, včetně změn ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v řízení a chování poskytovatelů zdravotní péče a ke zvýšení konkurenceschopnosti českého zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Nástrojem zdravotních pojišťoven v prosazování těchto změn jsou zejména smlouvy upřednostňující kvalitní a efektivní poskytovatele. Nicméně, změny v oblasti poskytování zdravotní péče měly být podpořeny také dalšími způsoby:

- Novou zastřešující legislativou (nové zákony o zdravotních službách nahrazující dodnes platný zákon z roku 1966 a novely zákonů o vzdělávání),
- vypracováním nových systémů pro popis a vykazování zdravotní péče (zejména náhrada dnešního systému bodů a zavedení srozumitelného katalogu výkonů),
- centrální podporou zavedení nových způsobů plateb poskytovatelům ze strany pojišťoven (namísto anonymních rozpočtů platba v korunách za skutečně odvedenou péči, postupně založená i na její kvalitě),

- zavedením „standardů“ (doporučených klinických postupů),
- centralizací vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a lepší využití drahých přístrojů a postupů.

Některé z těchto opatření se podařilo uskutečnit, k zásadním změnám ve způsobu poskytování zdravotní péče ale nedošlo. Příčinou je stále nenaplněná role nákupcích zdravotních služeb.

III. Změny v postavení pacienta: Možnost výběru způsobu pojištění a poskytování zdravotních služeb

Cílem bylo podpořit větší zodpovědnost za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče, včetně částečné finanční odpovědnosti a omezení plýtvání. Z těchto důvodů byly zavedeny regulační poplatky a bylo plánováno umožnit občanům na základě dobrovolného rozhodnutí, aby si sami spravovali část peněz z veřejného zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů. Druhým cílem bylo umožnit pacientům větší podíl na rozhodování o jejich léčbě. K tomuto cíli směřovalo posílení zákonného postavení pacienta, zavedení doporučených léčebných postupů a postupné zveřejňování ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče.

2. ZÁKLADNÍ PŘÍČINY NEPROSAZENÍ REFORMNÍCH ZÁMĚRŮ

Základní příčiny neúspěchu jsou dále rozděleny na vnější (objektivní) faktory a na faktory vnitřní. **Považujeme za nutné na tomto místě zdůraznit, že celkový návrh reformy považujeme nadále za správný a v hlavních rysech za jediný možný směr vývoje českého zdravotnictví.** Příčiny neúspěchu vidíme vedle vnějších faktorů především v přílišném rozsahu a rychlosti prosazovaných změn, která neumožnila jejich dostatečné vysvětlení a akceptaci.

I. Vnější faktory

Dobrá ekonomická situace České republiky v době prosazování reformního návrhu. Principiálně je samozřejmě vhodné provádět nutné reformy v dostatečném předstihu a v době ekonomického růstu, kdy lze významně omezit jejich nepříjemné krátkodobé dopady. V realitě se ale v demokraciích málokdy podaří přesvědčit občany o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena a domnívá se, že dobré časy potrvají navěky. Již v roce 2009 v období ekonomické recese by návody, jak ušetřit ve zdravotnictví při zachování všeobecné dostupnosti zdravotní péče, jistě našly více pozorných posluchačů.

Volební výsledek vedoucí k faktickému patu ve sněmovně. Neustálý boj vládní koalice o přežití a nejistota týkající se výsledku téměř jakéhokoliv hlasování vedly k tomu, že názory jednotlivých poslanců rozhodovaly o osudu reformních zákonů. **V podstatě neexistovala normální situace, kdy vládní většina prosazuje vládní program.** Významné body jednotně přijatého vládního programu, byly některými koaliciními poslanci blokovány a napadány. Zároveň je třeba konstatovat, že této situaci nebyl dostatečně přizpůsoben rozsah cílů a postup prosazování reformy.

Nemožnost racionální spolupráce s opozicí. Na budoucí podobě zdravotnictví, stejně jako jiných zásadních oblastí společenského života, by měl existovat základní politický konsensus. Politické strany samozřejmě musí soutěžit se svými nápady, jejich názory by ale neměly být naprosto protichůdné. Vyostřená politická situace po patovém výsledku voleb, v evropském kontextu ojedinělé návrhy sociální demokracie na návrat k systému národní zdravotní služby a zejména osobnost stínového ministra zdravotnictví ČSSD bohužel znemožnily jakýkoliv racionální dialog s hlavní opoziční stranou. Příkladem nekonstruktivního přístupu je boj kot Kulatého stolu ze strany ČSSD nebo vybrání regulačních poplatků jako hlavního tématu krajských voleb.

II. Vnitřní faktory

A. FAKTORY V OBLASTI PŘÍPRAVY REFORMNÍCH KROKŮ

Přílišný rozsah a hloubka změn. Reformní návrh se z důvodů provázanosti jednotlivých kroků a neexistence základního konsensu mezi hlavními politickými stranami snažil prosadit všechny podstatné změny během jednoho volebního období. Výsledkem byl přílišný rozsah změn obsahující téměř celé zdravotnictví a zdravotní pojištění. Z dnešního pohledu měly být reformní kroky více rozloženy v čase a naplánovány na 2 volební období

Snaha o optimální postup za každou cenu. Velmi významná byla snaha o prosazení technicky a právně nejlepšího řešení bez ohledu na možnosti jeho prosazení a postoj klíčových zájmových skupin. Příkladem může být záměr prodat transformované pojišťovny v aukci, namísto jejich předání zakladatelům, který se mohl líbit maximálně ministrovi financí. Důsledkem snahy o co nejčistší řešení byly potom zákonitě potíže s hledáním spojenců, kteří by reformu podporovali. Při nestabilní situaci v poslanecké sněmovně byly přitom daleko vyšší požadavky na kompromisy a vyjednávání než je obvyklé.

Podcenění odporu vůči tržně orientovaným řešením a nedostatečné testování přijatelnosti reformy veřejností. Při plánování reformy došlo k podcenění odporu proti tržně orientovaným řešením a zejména některým jejich symbolům v české společnosti. Například akciová společnost je ve skutečnosti právní formou nejlépe zabezpečenou proti podvodům, velká část občanů ji ale vnímá jako pro zdravotnictví nevhodnou a podezřelou, protože ji spojuje s obchodem a s některými nežádoucími jevy při privatizaci v 90. letech.

B. FAKTORY PŘI PROSAZOVÁNÍ REFORMNÍCH KROKŮ

Nedostatečné kapacita vysvětlovat potřebnost reformy a získat důvěru nutnou k jejímu prosazení. Je nutné připomenout, že vysvětlování potřebnosti reformy a podstaty jejích jednotlivých kroků probíhalo na různých veřejných fórech a v médiích již od roku 2004. Šlo tedy na české poměry o velmi nezvyklý jev, kdy stínový ministr zdravotnictví zveřejnil své podrobné záměry již před nástupem do reálné funkce. Přesto, vzhledem k rozsahu a hloubce změn, nebyla popularizace reformy dostatečná. Zejména měla být na začátku realizace reformních kroků věnována větší pozornost dvěma oblastem. Tou první je názorné předvedení nedostatků současného systému (modelové osobní příklady), tou druhou prohloubení důvěry provedením několika kroků, které sice

nemusely být z technického hlediska předřazeny, ale pomohly by zvýšit důvěru veřejnosti v ministerstvo – například prioritní zahájení prací na zvyšování kvality zdravotní péče, vypracování standardů a snížení čekacích dob. Třetí podmínkou úspěšné komunikace, která bohužel nebyla splněna, je poskytnutí kapacit a další podpory ze strany vlády a vládnoucí strany.

Ztráta politického kapitálu v konfliktech. Při prosazování reformy se samozřejmě nešlo vyhnout konfliktům. Některé z nich ale nabyly většího významu než původní otázka, nebyly vhodně načasovány ani mediálně řešeny nebo byly zbytečně prodlužovány. Příklady takových konfliktů zahrnují postup v případech ÚHKT a univerzitních nemocnic.

Neúčinná mediální obrana proti neetickým útokům opozice. Velmi významná byla nedostatečná obranná reakce na neetické útoky protivníků reformy vedené v osobní rovině, zejména na hanobíky šířené na internetu („Jak ukrást 220 miliard v českém zdravotnictví“). Na útok vedený ve stylu státní bezpečnosti a namířený na zničení důvěryhodnosti protagonistů reformy jsme se snažili odpovědět slušným způsobem, tj. vysvětlováním podstaty reformy a uváděním faktů. Racionální odpověď na dobře připravené útoky hrající na emoce, pomluvy a závist, je možná dlouhodobě správná, v okamžiku útoku ale nedostatečná.

3. DLOUHODOBÝ VÝZNAM POKUSU O REFORMU

Pokud srovnáme změny, které se podařilo prosadit, s původními reformními plány, je zjevné, že hlavní reformní cíle nebyly naplněny a české zdravotnictví si na potřebné změny bude muset počkat.

Pokud srovnáme změny, které se podařilo prosadit, s výsledky práce ministerstva zdravotnictví za posledních 10 let před rokem 2006, udělalo české zdravotnictví velký krok dopředu. K těmto změnám patří například nový systém cenové regulace a úhrad léků, zavedení regulačních poplatků, novely zákonů o vzdělávání zdravotníků a zavedení státní podpory tohoto vzdělávání, změna ve financování nemocnic směrem k platbám za skutečně poskytnutou péči, centralizace vysoce specializované péče a další. Jejich vyjmenovávání ale není účelem tohoto textu.

Jsmo ale přesvědčeni, že i reformní úsilí, které se nepodařilo dotáhnout do legislativních změn, mělo svou cenu. Ve veřejnosti byly široce diskutovány otázky spjaté s kvalitou péče, službami pro pacienty, dostupností péče a stárnutím obyvatelstva. Byla připravena řada zákonů, z nichž některé mají vysokou šanci na přijetí v příštím volebním období (např. zákony o zdravotních službách, legalizace platby za nadstandard). **Regulovaný trh ve zdravotnictví alespoň pro část občanů a pro hodně zdravotníků přestal být sprostým slovem a stal se jasně definovanou alternativou dnešnímu neehospodárnému systému.** Diskuse a práce na reformě budou pokračovat a nové politické úsilí se v budoucnu bude moci opřít o mnohem lépe připravenou půdu.

(srpen 2009)

občianske združenie Reforma zdravotníctví - forum.cz založili v roku 2004 Tomáš Julínek, Pavel Hroboň a Tomáš Macháček
<http://healthreform.cz>

Etika a merkantilizmus v lekárstve

V júni 2009 sa úspešne skončil druhý ročník vzdelávacieho programu Manažér na Health Academy Management (HMA, viac informácií viď www.hma.sk). Desať vyučovacích modulov bolo zavŕšených prezentáciou záverečnej práce. V nich mali študenti HMA za úlohu spracovať tému o slovenskom zdravotníctve a využiť pritom poznatky zo vzdelávania. Záverečné práce odprezentovali študenti v rámci Dňa otvorených dverí 18. júna 2009 v penzióne Diana v Piešťanoch. Celkové hodnotenie prác zohľadňuje hodnotenie spolužiakmi, ako aj hodnotenie akadémie. V tomto čísle IntoBalance prinášame ďalšiu z úspešne hodnotených záverečných prác, jej autorom je JURAJ FECSU.

ZHRNUTIE A ZÁVER

ZHRNUTIE

Celosvetovo existuje tendencia považovať lekára ako tradičné retailové (mercantil, commercial product retail) zariadenie, keďže finančným ohodnotením práce lekára je obchodné rozpätie (marža) na sortiment, ktoré ako zdravotnícke a farmaceutické zariadenie ponúka. Prístup k výdaju liekov, orientácia na jednotlivé farmaceutické produkty sa deje bez väčšieho nadväzovania na ostatné služby v zdravotníctve. Liberalizácia trhu s liekmi v lekárenskom segmente akcelerovala snahu o koncentráciu lekární za účelom zvýšenia podielu určitých skupín, ktoré sú angažované v liekovom reťazci. Tieto snahy Slovensko neobišli. Lekárstvo ako súčasť zdravotnej starostlivosti musí v súčasnosti čeliť voľnej súťaži v prevádzkovaní lekární a zároveň čeliť aj obmedzeným zdrojom v zdravotníctve, ktoré sú liekovou politikou štátu riadené cenovými reguláciami, kategorizáciou liekov a zdravotníckych pomôcok. Na jednej strane máme obmedzené zdroje vo výdavkoch na lieky a na druhej strane voľnú súťaž v prevádzkovaní lekární. Lekár ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí dodržiavať etické a humánne princípy zdravotníctva a na druhej strane v konkurenčnom boji pri koncentrácii lekární bojovať s tradičnými merkantilnými nástrojmi, ktoré mnohokrát základné poslanie lekárenskej starostlivosti posúvajú medzi komerčné zariadenia. V tomto duchu sa lekárenstvo začalo aj na Slovensku deliť na dva základné modely lekárenstva: etický a merkantilný. Rozdiely sú v samotnom vnímaní pacienta a v prístupe k nemu. Etický model sa snaží rozvinúť lekárenskú starostlivosť ako súčasť zdravotnej starostlivosti v prospech efektivity liečby pacienta. Merkantilný model sleduje cieľ podielu na trhu s liekmi a ziskovosť z tejto činnosti. Marketingové nástroje v súvislosti dosahovania cieľov jednotlivých modelov sú rozdielne. Etický model sa orientuje na zdravie pacienta a efekt liečby, merkantilný model sa orientuje na produkt s cieľom dosahovania ziskovosti daného produktu pri liečbe pacienta.

ZÁVER

Liek, ako jeden z nástrojov lekárenskej starostlivosti, nedisponuje iba prostou ekonomickou hodnotou, ale jeho výsledná hodnota má aj terapeutický a etický rozmer. Udržiavanie rovnováhy medzi kvalitou zdravotnej (lekárskej) starostlivosti a ekonomickou rentabilitou lekárenskej prevádzky je zložitým a dynamickým procesom, ktorý musí neustále reagovať na právne, ekonomické a sociálne zmeny v spoločnosti bez toho, aby sa narušila ekonomická stabilita alebo znížila kvalita poskytovanej starostlivosti. Lekárstvo ako odbor farmácie využíva poznatky iných farmaceutických, medicínskych, psychologických, sociálnych a ekonomických vied. Pre svoju interdisciplinárnosť je potrebné rozširovať teóriu lekárenstva tak, aby odzrkadľovala všetky aspekty svojej pôsobnosti a aby zároveň kopírovala požiadavky, ktoré na ňu kladie neustály rozvoj farmaceutických

odvetví a spoločenský vývoj. Farmaceut - lekárnik musí byť profesionálom v zabezpečovaní optimálnej liečby liekmi a to sa dá len rozvojom lekárenskej starostlivosti ako plnohodnotnej integrovanej súčasti zdravotnej starostlivosti.

TEORETICKÝ ÚVOD

DEFINOVANIE LEKÁRENSTVA

Lekárstvo je popri ostatných článkoch liekového reťazca, začínajúcim sa už pri výskume liečiv, jedným zo základných odvetví farmácie a jeho pozícia je daná historicky. Lekárstvo je súhrnom všetkých lekární, ich činností a funkcií. Lekárne sú farmaceutické inštitúcie spadajúce do lekárenstva ako súčasť farmaceutického odvetvia. Poslaním lekární je zabezpečovať požiadavky pacientov a lekárov na lieky a preto lekárenstvo je zároveň odvetvím zdravotníckym. Lekárstvo je súčasťou zdravotníckeho systému a lekárenská starostlivosť je súčasťou zdravotnej starostlivosti.

Lekárenská starostlivosť podľa zákona č.140/1998 o liekoch a zdravotníckych pomôckach zahŕňa:

- Zabezpečovanie, prípravu, kontrolu, uchovávanie, výdaj liekov s výnimkou prípravy transfúzných liekov a zdravotníckych pomôcok.
- Poskytovanie odborných informácií o liekoch a zdravotníckych pomôckach.
- Konzultácie pri určovaní a sledovaní liečebného postupu.

Lekárenská starostlivosť v súčasnom ponímaní predstavuje významnú možnosť uplatnenia lekárnik a jeho širokých odborných vedomostí o liečivách, liekoch, ich klinických parametroch, o liekových formách a farmakoeconomických aspektoch liekovej liečby v systéme zdravotnej starostlivosti. V sedemdesiatych rokoch sa objavuje v zahraničnej literatúre nový termín – pharmaceutical care, výklad ktorého dáva do popredia bezpečné a racionálne používanie liečiv a liekov. V princípe sa jednalo o pomenovanie spôsobu poskytovania lekárenskej starostlivosti so zvýšenou orientáciou na pacienta v rámci nemocničného lekárenstva. Na prelome 80.-tych a 90.-tych rokov minulého storočia bola formulovaná definícia lekárenskej starostlivosti, ktorá je dnes celosvetovo uznávaným postulátom pre rozvoj lekárenských činností orientovaných už nielen na liek, jeho parametre a účinky ale vo zvýšenej miere orientovaných na pacienta, jeho očakávania a individuálne potreby. Podľa tejto definície je lekárenská starostlivosť (pharmaceutical care) definovaná ako zodpovedné zabezpečovanie liekovej terapie za účelom dosiahnutia jednoznačných výsledkov, ktoré zlepšia kvalitu života pacientov. Uvedený trend podčiarkujú aj odporúčenia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), resp. Medzinárodnej farmaceutickej federácie (FIP), ktoré vyzývajú lekárnikov ku zvýšenej orientácii na pacienta a jeho farmakoterapiu.



HISTORICKÝ VÝVOJ LEKÁRENSTVA

Roku 1240 sicílsky kráľ Frederik II. v Palerme oddelil farmakológiu od medicíny a vytvoril prvé obmedzenia a pravidlá na výkon povolania lekárnik. A tak aj pod arabským vplyvom začali vznikať prvé európske lekárne. V 11. a 12. storočí na Sicílii a postupne i na severe Talianska, v Turíne, Miláne či Benátkach. Lekári sa pomaly prepracovali na sever do západného Nemecka, kde si zakladali nové obchody s liečivami. No a odtiaľ do našich zemepisných šírok už ďaleko nebolo. Na našom území zaznamenáme prvé lekáre v 13. a 14. storočí - najskôr v Bratislave, Košiciach, Trnave.

Lekárstvo na Slovensku sa riadilo inštrukciami zhrnutými v normatíve nazývanom *Taxa pharmaceutica posoniensis* z roku 1744 až 1745. Neskôr, v roku 1748, bol v Trnave vytvorený tzv. *Articuli pharmacopolarum tyrnaviensium*, ktorý bol akýmsi lekárnickým poriadkom dotýkajúcim sa všetkých stránok lekárenskej prevádzky. Od tohto roku prevzal zriaďovanie lekární do svojich rúk definitívne štát. Od zavedenia generálneho zdravotného normatívu (zákonný dokument vydaný v roku 1770 Máriou Teréziou) mohli byť lekáre prevádzkované iba na základe tzv. koncesie, čiže dokumentu, ktorý umožňoval zriaďovať lekáre a vykonávať lekárenskú prax. Vlastníctvo lekáre bolo viazané na osobu (bolo neprenosné a zanikalo smrťou) alebo viazané na pozemok (bolo voľne prenositeľné alebo predajné ktorejkoľvek osobe, spolku alebo obchodnej spoločnosti). Na celom území Rakúsko-Uhorska sa v roku 1774 začal používať prvý liekopis (*Pharmacopoea Austriaco-provincialis*), ktorý na území Slovenska nahradil v roku 1871 prvý samostatný uhorský liekopis (*Pharmacopoea Hungarica*).

Na búrlivý rozvoj farmácie (lekárstva) mali vplyv aj nové poznatky mimo jej rámca a to hlavne v botanike, biológii a chémii. Uvedený rozvoj vedy mal za dôsledok, že až do konca 18. storočia nediferencovaný odbor lekárstvo (vtedy iba farmácia), sa postupne diferencuje na špecializované vedecké farmaceutické odbory, predovšetkým:

- farmakognózia – veda o prírodných liečivách,
- farmaceutická chémia – veda o chemických (syntetických) liečivách,
- farmaceutická technológia (alebo galenická farmácia) – veda o liekových formách (prášky, roztoky, čapíky, injekcie, tablety, atď.),
- farmakológia – veda o účinku liekov.

Okrem uvedených vedných farmaceutických disciplín si udržiava až do súčasnosti významné postavenie lekárstvo ako vedecko-odborné odvetvie farmácie. S nástupom priemyselnej revolúcie v 19. storočí dochádza vplyvom vznikajúcej farmaceutickej veľkovýroby k pozvoľnej diferenciacii farmaceutických funkcií a lekárstvo stráca svoj dovtedajší štatút výhradného zástupcu farmácie. Zároveň sa lekárniam otvorila možnosť nakupovania hotových liečiv a liekov, ktoré boli vyrábané v továrňach a manufaktúrach a začali stále viac nadobúdať charakter komerčných zariadení orientovaných na obchodnú činnosť, tradičné farmaceutické umenie (*ars pharmaceutica*) sa postupne vytrácala a dodnes vytráca. Až do polovice 20. storočia boli verejné, ale aj nemocničné lekáre v súkromnom vlastníctve, lekárnické povolanie sa často dedilo z pokolenia na pokolenie. S nástupom komunistického režimu sa v roku 1949 začalo so znárodňovaním súkromného majetku, ktoré v plnej miere postihlo aj slovenské (vtedy československé) lekárstvo. Zoštatnené lekáre (verejné aj nemocničné) sa stali integrálnou súčasťou tzv. lekárenskej služby. Fungovala na úrovni jednotlivých krajov a okresov a zahŕňali lekáre diferencované podľa veľkosti a rozsahu poskytovanej starostlivosti.

LEKÁRENSTVO NA SLOVENSKU PO ROKU 1989

Po roku 1989 po privatizácii sa lekáre vyvíjajú zhruba tromi smermi. Prvý smer predstavujú lekáre, ktoré sa celkovým pochopením priklonili skôr ku merkantilnému chápaniu profesie. Druhým smerom, ktorý sa objavuje na konci 90-tych rokov, sú lekáre spojené s obchodnými reťazcami (hyper a supermarkety). Tieto lekáre sa zameriavajú skôr na predaj parafarmaceutík a kozmetiky, často pripomínajú lekáre typy drugstores, ktoré vznikli v Amerike. Tretí smer predstavujú lekáre, ktoré sa snažia pokračovať v snahe udržať si zdravotnícky a humanitárny charakter a snažia sa rozvíjať klinickú farmáciu, poradenstvo a správnu dispenzačnú prax. Týchto lekární je menšina. Liberalizačnými trendmi v zdravotníctve, teda aj v lekárstve, sa legislatívnou úpravou možnosti prevádzkovania lekárenskej starostlivosti uvoľnili a umožnil sa vstup do tohto segmentu zdravotníctva aj iným osobám ako sú farmaceuti, ktorí mali toto právo od začiatku privatizácie priznané. Prvé lekáre v rámci privatizácie lekární od roku 1994 boli vlastnené lekárnikmi, hlavne fyzickými osobami. Legislatívna zmena ohľadom možnosti vlastníctva lekární aj nefarmaceutmi otvorila éru expandovania počtu lekární na celom Slovensku. Aj keď legislatíva neumožňovala a dodnes

Tabuľka 1: Trh s lekárňami na Slovensku (2009)

Okres	Počet obyvateľov	Rozloha km ²	Počet lekárni	Počet lekárnikov	Obyv. / lekárneň	Obyv. / lekárnik	Lekárnikov / lekárneň
Banskobystrický	662 000	9 500	228	423	2 904	1 565	1,86
Bratislavský	599 000	2 100	351	1 012	1 707	592	2,88
Košický	766 000	6 700	253	468	3 028	1 637	1,85
Nitriansky	713 000	6 300	248	510	2 877	1 399	2,06
Prešovský	790 000	9 000	238	406	3 319	1 946	1,71
Trenčiansky	606 000	4 500	178	366	3 402	1 655	2,06
Trnavský	551 000	4 100	198	391	2 783	1 409	1,98
Žilinský	692 000	6 800	202	437	3 427	1 584	2,16
SLOVENSKO	5 379 000	49 000	1 896	4 013	2 837	1 341	2,12

Zdroj: Slovenská lekárska komora

neumožňuje vytváranie viacnásobného vlastníctva lekární (fyzická aj právnická osoba môže prevádzkovať maximálne jednu lekárneň), začali sa vytvárať právnické osoby s.r.o., za ktorými stojí jeden a ten istý subjekt. V lekárenskom segmente sa začali vytvárať tzv. reťazce, siete lekární. Zvýšený počet lekární začal akcelerovať aj silnejší konkurenčný boj medzi lekárňami. Lekárska starostlivosť sa začala vnímať ako ekonomicky zaujímavý článok zdravotníctva, keďže výdavky na lieky tvorili a aj tvoria výraznú časť výdavkov v rámci zdravotnej starostlivosti. Konkurenčný boj medzi lekárňami začal narastať a charakter mnohých lekární sa začal silne meniť na merkantilistický. Nové marketingové prvky boli zvolené skôr za účelom obratu ako podpory zdravotnej starostlivosti pacienta. Počet lekární v rámci Slovenska sa rozvíjal nerovnomerne a tým aj dostupnosť tejto starostlivosti sa riadila skôr merkantilizmom ako cieľom rovnomernej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Cieľom pre otváranie nových lekární sa stali skôr veľké mestá a sústredili sa v okolí najväčších zdravotníckych zariadení a v obchodných centrách, kde je veľký pohyb ľudí. V roku 2003 ešte bolo na Slovensku okolo 1300 lekární a v súčasnosti sa ich počet pohybuje okolo čísla 1900. Súčasnú rozloženosť lekární podľa krajov a prepočet lekární na počet obyvateľov uvádza Tabuľka č. 1.

Vývoj lekárenstva a charakter lekární ovplyvnil aj zvýšený nárast počtu registrovaných liekov a registrácia nových prípravkov v oblasti food suplementov a liečebnej kozmetiky. Nárast počtu lekární začal prevyšovať nárast obratu liekov. Lekárne začali pocítiť pokles tržieb, ktoré začali kompenzovať rozšírením predaja v OTC produktoch a doplnkového sortimentu. Charakter niektorých lekární sa začal meniť skôr na drogisticke predajne ako na zdravotnícke zariadenie pre oblasť liekov a zdravotníckych pomôcok. Začala silná orientácia na zákazníka nie ako pacienta, ale ako na spotrebiteľa a v rámci toho sa vytvorila aj silná produktová orientácia. Zavedenie cenovej regulácie a tým aj častejšej kategorizácie sťažuje kvalifikovane odhadovať lekárnikom optimálne zásoby v liekoch na predpis, preto lekárne s takýmto sortimentom začali mať stále väčšie problémy udržať zásoby v optimálnom množstve. Tento problém sa najviac dotkol lekární mimo zdravotníckych zariadení, kde kontinuálna komunikácia s lekármi ohľadom ich preskripcie nie je možná. Práve takéto lekárne boli nútené predovšetkým zmeniť svoju orientáciu na merkantilistický charakter lekární. Zdravotnícka etika a zdravotnícky charakter lekární začali byť utláčané do úzadia silou rozmachu lekární a vstupom nových subjektov do lekárenstva, pre ktorých sa podnikanie v tomto

Tabuľka 2: Prehľad parametrov etického a merkantilného modelu lekární

	Etický model	Merkantilný model
lekárneň	zdravotnícke zariadenie	obchodné zariadenie
liek	špecifický tovar (cena+informácie)	spotrebný tovar
pacient lekární	chorý človek (cieľ vyliečenie a udržanie zdravia)	spotrebiteľ
charakteristika prístupu k pacientovi	zdravotnícky prístup k pacientovi	profit
majiteľ lekární	lekárnik	investor
zamestnanci lekární	Odborníci – zdravotníci (farmaceut, farmaceutický laborant)	Prevažne predajcovia (odborný predajca farmaceut, farmaceutický laborant), pomocné predajné sily (nekvalifikovaný laborant, predavač)

Zdroj: autor

segmente sa javí ako nová príležitosť investičných možností. Private equity spoločnosti vstupom do zdravotníctva začali éru vertikálnej a horizontálnej koncentrácie jednotlivých článkov zdravotníctva. Nevyhlo sa tomu ani lekárenstvo. Vznik lekární, ich reťazenie a vytváranie sietí prinieslo do lekární mnoho novodobých prvkov z oblasti merkantilizmu. Začal sa boj o podiel na lekárenskom trhu. Celosvetové trendy začali aj v Európe globalizačné záujmy v tomto segmente. Globalizácia sa začala najprv farmaceutickými výrobcami. Následne aj veľkodistribútori liekov (ako logistické centrá pre výrobcov), medzičlánky medzi výrobou a lekárnou, tiež začali svoj podiel na trhu zvyšovať globalizačnými praktikami. V Európe lekárenstvo reprezentované stovky rokov svojho vývoja ako výhradné vlastníctvo lekárníkov začalo pod vplyvom liberalizácie trhu s liekmi a lekárenstva kvôli cieľom globalizácie pociťovať tlak na koncentráciu lekární. Pre veľkodistribútorov liekov je v rámci silného a zosťujúceho konkurenčného boja pridanou hodnotou mať vplyv na lekárenský segment. To sa dá najlepšie dosiahnuť vstupom do vlastníckych vzťahov lekární a uskutočnením ich zosieťovania. Veľkodistribútor liekov týmto už prestáva byť len spojovacím článkom v liekovom reťazci medzi výrobou a lekárnou, vie si zabezpečiť istý odbyt a posilňuje si svoju vyjednávaciu pozíciu aj voči výrobcovi. Primárny záujem o reťazenie lekární je z titulu zabezpečenia podielu na trhu s liekmi. Boj o lekárne sa začal. Cieľ „trhový podiel tým aj zisk“. Všetky tieto záujmy, ktoré majú korene predovšetkým v podiele na trhu s liekmi, rozdelilo lekárenstvo na dva základné modely. Oba modely vychádzajú z dvoch rozdielnych základných úvah o úlohe lekárenstva. Etický model lekárenstva je prívlastkom skôr tradičnej lekárne, ktorá sa v Európe historicky vyvíjala ako súčasť zdravotníctva. Merkantilný model je prívlastkom lekárenstva najmä USA, kde globalizácia farmaceutického sektoru začala ruka v ruke s liberalizáciou vytvárať merkantilistické vnímanie charakteru lekární a potom sa začali tieto prvky exportovať aj do Európy. Napriek liberalizačným snahám v lekárenstve k úplnej liberalizácii nedošlo. Vlastníctvo lekární ostalo obmedzené čo do počtu možného vlastníctva lekární ale to sa obchádza medzerou v zákone a zároveň kvôli potrebe regulácie liekovej politiky a kontroly spotreby výdavkov na lieky došlo aj k cenovej regulácii. Lieková politika štátu a ZP spolu majú snahu znížiť náklady na lieky. Lekárne takto majú pôsobiť v prostredí voľnej hospodárskej súťaže pričom ich tvorba zisku je regulovaná práve cenovou reguláciou marže lieku.

ETIKA V LEKÁRENSTVE

Farmaceut ako zdravotnícky pracovník je viazaný dodržiavaním etického kódexu zdravotníckeho pracovníka, ktorý je oficiálny dokument a je prílohou zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004). Je záväzný pre všetky profesie podieľajúce sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra atď.). Poslaním zdravotníckeho pracovníka je vykonávať zdravotnícke povolanie svedomito, statočne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami lekárskeho, farmaceutického a biomedicínskych vied a s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom zdravotnú starostlivosť poskytuje.

Všeobecné povinnosti zdravotníckeho pracovníka:

- Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca.
- Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je zachovávať

život, chrániť, podporovať a obnovovať zdravie, predchádzať chorobám, mierniť utrpenie bez ohľadu na vek, pohlavie, národnosť, rasu, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie, morálnu či rozumovú úroveň a povesť jedinca.

- Zdravotnícky pracovník pri výkone svojho povolania postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je byť za každých okolností vo svojich profesionálnych rozhodnutiach nezávislý, zodpovedný a spoľahlivý.
- Zdravotnícky pracovník pomáha pacientom uplatňovať právo slobodného výberu zdravotníckeho pracovníka.

Zdravotnícky pracovník pri výkone povolania:

- v rámci svojej odbornej spôsobilosti a kompetencie vykonáva preventívne výkony, diagnostické výkony, liečebné výkony spôsobom zodpovedajúcim svojej odbornosti a súčasným poznatkom vedy,
- plní svoje povinnosti aj v situáciách verejného ohrozenia a pri katastrofách prírodnej alebo inej povahy,
- nesmie byť nútený vykonávať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu, okrem prípadov na ochranu života, zdravia alebo práv pacienta,
- nesmie predpisovať alebo podávať lieky, od ktorých vzniká závislosť, alebo také lieky, ktoré majú účinky dopingového na iné ako na liečebné účely,
- pri starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie (eutanázia a asistované suicídium sú neprípustné),
- dbá o svoj odborný rast a sústavne sa vzdeláva,
- primerane chráni zdravotnú dokumentáciu pred neoprávnenou zmenou, zničením alebo zneužitím,
- nesmie sám, ani po dohovore s inými ordinovať neúčelné diagnostické, liečebné ani iné výkony,
- pri predpisovaní alebo odporúčaní liekov, dietetických potravín alebo liekov sa nesmie riadiť komerčnými hľadiskami, ale výlučne poznatkami lekárskej vedy, profesionálnym úsudkom, svojim svedomím a potrebami pacienta,
- môže sa zúčastňovať na prezentácii odborných tém na verejnosti, v tlači, rozhlase a televízii a na diskusiách k nim,
- nemôže používať nedôstojné praktiky smerujúce k rozšíreniu počtu pacientov, alebo takéto aktivity iniciovať prostredníctvom druhej osoby (týka sa to aj zákonom povolené reklamy a hospodárskej súťaže).

Komunikácia s pacientom je neoddeliteľnou súčasťou výkonu povolania farmaceuta. Pacient navštevuje lekára, aby si vyzdvihol (prípadne zakúpil) lieky alebo zdravotnícke pomôcky a obdržal informácie potrebné pre ich správne a bezpečné používanie. V prípade výdaja liekov na lekárske predpis, je farmaceut jedným (obvykle posledným) z článkov odbornej starostlivosti o pacientovo zdravie. Pri predaji liekov dostupných bez lekárskeho predpisu je farmaceut dokonca jediným zdravotníckym pracovníkom, ktorý dozerá, resp. mal by dozeráť na pacientovu liečbu. Je tým človekom, ktorý v spolupráci s pacientom liek vyberá a vydáva, je jediným kto zabezpečuje pacientovi príslušné informácie a mal by byť tiež tým odborníkom, ktorý pomôže pacientovi hodnotiť úspešnosť a bezpečnosť liečby. Legislatíva presne definuje povinnosti lekárničky pri poskytovaní informácií, konzultácií a poradenstva. Spôsob, akým lekárnik naplňa tieto zákonné požiadavky je záležitosťou etiky výkonu povolania.

Preto je dôležité, aby mal farmaceut nielen rozsiahle vedomosti z oblasti liečiv, liekov, zdravotníckych pomôcok a doplnkového sortimentu, aby ovládal základné zručnosti pri príprave a výdaji liekov, ale musí mať tiež schopnosť s pacientom komunikovať.

V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti má každý jediniec:

- právo na ochranu dôstojnosti a telesnej alebo psychickej integrity,
- právo na informácie týkajúce sa zdravotného stavu,
- právo na informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej (lekárskej) starostlivosti, o možnostiach voľby a o rizikách odmietnutia,
- povinnosť vydať tzv. informovaného súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorej musí predchádzať poučenie (napr. pri účasti na klinickej štúdii),
- právo na ochranu osobných údajov a údajov o zdravotnom stave,
- právo na humánny a etický prístup a zmiernenie utrpenia.
- Individuálny prístup k pacientovi znamená tiež schopnosť citlivo pristupovať ku každému návštevníkovi lekárne, aby mal pacient pocit dôvery k lekárovi a jeho odporúčaniam, aby nemal problém porozumieť radám farmaceuta a aby mal pocit maximálneho liekového servisu.
- Z dosiaľ uvedených skutočností môžeme vyselektovať niektoré základné etické problémy, ktoré sprevádzajú každodennú činnosť farmaceuta vo verejnej lekární:

1. Presnosť a úplnosť informácií

Pacient má nárok na úplné a pravdivé informácie týkajúce sa jeho liekovej liečby. Farmaceut, ktorý má edukovať pacienta v duchu správnej liekovej liečby nesie týmto významnú časť zodpovednosti za efektívny a bezpečný priebeh farmakoterapie. Preto musí poskytnúť pacientovi presné informácie. Slúžia mu k tomu jeho široké vedomosti o liečivách, liekoch, ich klinických údajoch a o liekových formách, dopĺňané v prípade potreby informáciami z informačných zdrojov.

Farmaceut musí byť taktiež pripravený zodpovedať pacientovi všetky otázky týkajúce sa jeho liekovej liečby. Robí tak prostredníctvom osobných konzultácií pri výdajnom mieste alebo v separovanom priestore pre individuálny rozhovor s pacientom, alebo prostredníctvom informačných materiálov, letákov a príručiek slúžiacim k šíreniu informácií o správnom užívaní liekov. Jednou z aktuálnych úloh lekárníkov je naučiť pacientov pýtať si informácie o svojich liekoch.

2. Podpora terapeutického rozhodnutia lekára.

Farmaceut nesmie pri výdaji lieku narušiť dôveru pacienta v terapeutické snaženie predpisujúceho lekára. Naopak, úlohou farmaceuta je podporiť takéto rozhodnutie, napriek tomu, že súčasťou výdaja lieku na predpis je aj liekovo-terapeutický audit.

V prípade nejasností, alebo v prípade podozrenia lekárnika na možný výskyt medikačnej chyby v preskripcii, je potrebné kontaktovať lekára a spoločným postupom vykonzultovať inkriminovaný terapeutický zámer a konfrontovať ho s možným rizikom. Výsledkom by mala byť liečba nesúca všetky atribúty racionálnej farmakoterapie.

Nesúlady medzi tvrdením lekára a farmaceuta môže u pacienta vyvolať nedôveru k celému terapeutickému plánu (vrátane liekovej zložky) a následne non-compliance a non-adherencii. Stály a aktívny kontakt medzi lekárom a farmaceutom je jedi-

nou cestou, ako týmto rizikám zodpovedne predchádzať. Pre úspešnosť akejkoľvek liekovej liečby je nevyhnutné, aby pacient veril svojmu lieku. Spoluzodpovednosť farmaceut na realizácii farmakoterapie spočíva aj v tom, že dokáže pacientovi nielen zdôrazniť potrebu a správnosť užívania lieku, ale dokáže vysvetliť pacientovi celkovú pozíciu jeho lieku v rámci jeho liečby. Mnohé lieky a mnohé terapeutické postupy totiž predstavujú pre pacienta aj istú zmenu životného štýlu a správania, ktorá podporuje samotný účinok liekov.

MARKETING V LEKÁRENSTVE KONFRONTOVANÝ S ETIKOU A MERKANTILIZMOM

Konkurenčný boj na liekovom trhu aj v lekárnach vygeneroval nové postupy za účelom získania podielu na trhu, zabezpečenia ziskovosti.

Znaky trhu s liekmi v lekárenstve:

- Napriek legislatíve vznik reťazcov, sietí lekární.
- Regulácia cenotvorby lieku, zavedenie regresívnej marže.
- Vznik nových lekární priniesol pokles obratu už existujúcich.
- Vznik nových lekární priniesol nárast osobných nákladov v lekárnach hlavne kvôli nedostatku farmaceutov a farmaceutických laborantov.
- Nárast ostatných nákladov na prevádzkovanie lekárne a zároveň pokles priemernej marže a obratu.
- Silnejšia informatizácia v lekárenstve prináša nové náklady.
- Silný konkurenčný boj priniesol nové náklady pre lekárne v oblasti marketingu.

Všetky tieto znaky vyvolali boj o existenciu lekární a boj o obrat. Začali sa modelovať nové marketingové nástroje na získanie obratu v novozaložených lekárnach a následne aj v existujúcich lekárnach. Marketing začal využívať merkantilistické prvky v konkurenčnom boji. Etika a zdravotnícky cieľ sa začali dostávať do úzadia.

MARKETINGOVÉ NÁSTROJE V BOJI O TRH S LIEKMI V LEKÁRNACH

Marketing v lekárnach sa zameriaval na obrat a zisk cez produkt. Posledné štyri roky sme svedkami zavádzania čisto merkantilných marketingových nástrojov pre získanie obratu lekárne. Etický princíp a zdravotnícky charakter lekárne dostal sa v mnohých prípadoch do úzadia. Merkantilné nástroje, ktoré sa najčastejšie uplatňujú za účelom zvyšovania obratu lekárne, sú v rozpore nielen so zdravotníckou etikou, ale v mnohých prípadoch aj s legislatívou:

- Zákaznícke bonusové karty, bonusovanie za obrat liekov v úhrade ZP, možnosť čerpania nazbieraných bodov vo forme rôznych darčiekov (viď. marketing benzínových čerpadiel a mobilných operátorov).
- Žrebovanie bločkov platených za lieky nad určitú hodnotu, výherca má možnosť získať zájazd.
- Bonusovanie lekárov za posielanie pacienta do príslušnej lekárne.
- Výdaj drahých liekov priamo prostredníctvom ambulancie lekára, za patričné bonusovanie príslušného lekára.
- Nevyberanie alebo zľavy na doplatkoch liekov čiastočne hrađených ZP.
- Nevyberanie poplatkov za Rp.

- Poskytovanie finančnej čiastky cash peniaze za každý donesený Rp. (napr. ako sociálna pomoc)
- Výdaj liekov viazaných na lekárske predpis aj bez Rp.
- Odchytenie onkologických pacientov končiacich hospitalizáciu, ich odvoz domov a zabezpečenie liekov.
- Vydávanie liekov viazaných na predpis aj farmaceutickými laborantmi alebo dokonca zamestnancami bez zdravotníckeho vzdelania (sanitár, chemický lab.).
- Vydanie drahšieho lieku. Lacný liek ak nie je na sklade alebo individuálne pripravovaný liek a sú spolu na Rp s drahším liekom pacient je posielaný do inej lekárne. V opačnom prípade ak lacný liek je na sklade a drahý liek nie, Rp. je zadržaný a objednáva sa pacientovi chýbajúci drahý liek.
- Internetový predaj liekov.

Všetky tieto marketingové akcie samozrejme prinášajú v mnohých prípadoch finančný benefit pre pacienta, ale pritom mnohokrát najväčšia časť jeho nákladov na liečbu je hrazená z verejného zdroja solidárnym systémom. Tieto akcie nielen dehonestujú celý systém financovania nákladov na lieky ale dokonca sú generátorom indukovanej spotreby. Je veľmi dôležité spomenúť aj sortimentnú skladbu lekární. Koncentrácia na obrat sa stala aj predmetom rozširovania sortimentnej skladby lekární o rôzne druhy bežnej kozmetiky a doplnkovej stravy, ktoré patria skôr do drogérií a potravín. Popri detských potrebách na ochranu zdravia sa zvezú už aj detské hračky so sladkosťami a popri zdravotnej obuvi aj bežná obuv. Fantázii sa medze nekladú, ak ide o obrat. Dosť znevažujúco pôsobia aj rôzne prípravky z kategórie doplnkovej výživy, ktoré nemajú podložené žiadne účinky na podporu zdravia, ale na druhej strane zas sú dostatočne medializované.

Samozrejme v lekárenstve existujú aj marketingové nástroje, ktoré sú v etickej rovine a podporujú zdravotnícky charakter poskytovania lekárenskej starostlivosti, vedú pacienta k zdravotnej výchove a vzdelávajú ho v starostlivosti o svoje zdravie. Lekársky marketing je koncepcia oceňovania, propagácie a poskytovania služieb lekárne, ktorá sa neustále snaží o nájdenie rovnováhy medzi záujmami pacientov, racionálnosťou farmakoterapie a rentabilitou lekárenskej prevádzky prostredníctvom sústavného prispôsobovania sa existujúcim podmienkam a požiadavkám farmaceutického trhu. Lekársky marketing je hlavným nástrojom zaobstarávacej logistiky verejnej lekárne, nemocničnej lekárne alebo výdajne zdravotníckych pomôcok a je jednou z činností v lekárenstve. Vznik lekárenského marketingu je podmienený úsilím minimalizovať riziko, ktoré vzniká pri vstupe na trh s liekmi a optimalizovať náklady na farmakoterapiu a zároveň zaistiť primeraný zisk.

Špecifikom lekárenského marketingu (v porovnaní s marketingom nezdravotníckych podnikateľských subjektov) je, že konečnou snahou nemá byť maximalizácia obratu (zisku) lekárne. Účelom lekárenského marketingu je vytvárať a udržiavať rovnováhu medzi terapeutickým poslaním lieku a jeho ekonomickou hodnotou. Aj z tohto pohľadu je dlhodobu potrebné uvažovať o inom hodnotení odbornej práce lekárni ako je v súčasnosti zavedená marža.

ETICKÝ MODEL POSKYTOVANIA LEKÁRENSKEJ STAROSTLIVOSTI AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Narastajúcou konkurenciou v lekárenskej starostlivosti, ako aj v samotnom zdravotníctve, sa zvyšujú nároky na profesiu a komunikačné kompetencie. Pred 25 rokmi sa začal v USA a Kanade presadzovať nový spôsob poskytovania služieb v lekárenstve – lekárenská starostlivosť v skratke LS (Pharmaceutical care). Táto

forma predstavuje pomerne komplexnú formu poskytovania služieb vyžadujúcich nové spôsoby predaja, monitorovania parametrov a indikátorov kvality, nové organizačné spôsoby a patričné vzdelanie. Zahrňuje v sebe prvky konzultačnej činnosti, väčšiu mieru spolupráce medzi lekármi a lekármi ale predovšetkým aktívne zapojenie pacienta do tohto procesu. Organizácie farmaceutov (komory, asociácie) po celom svete sa snažia aktivizovať a motivovať k nej. Jedným z kľúčových momentov motivácie sa ukazuje snaha farmaceutov-lekárníkov dosiahnuť vyššiu špecializáciu, viac sa podieľať na starostlivosti o pacienta a svoje znalosti poskytovať na poli klinickej farmácie. Farmaceut sa musí stať profesionálom (health care professional) poskytujúci zdravotnú starostlivosť, ktorá zabezpečí optimálnu liečbu (JCPP Vision Statement 2007). V 90. rokoch minulého storočia LS v USA sa do istej miery stala „poslaním lekárníctva pre 90. roky“ s cieľom prekonať rezistenciu ostatných profesií v zdravotníctve, výrobcov liekov, prekonať problémy logistického a organizačného rázu, ignoranciu a nečinnosť lekárníkov samotných. K definícii LS rovnako patrí aj kategorizácia a dlhšia definícia v oblasti problémov spojených s liečbou liekmi (DRP – drug related problems). DRP sú definované ako nežiaduce účinky liečby a poznatky vnímané pacientom, ktoré súvisia s daným liekom a mohli by negatívne ovplyvňovať žiaduce výsledky liečby. LS vyžaduje aktívne vytvárať a udržiavať profesionálny vzťah medzi lekárníkom a pacientom. V roku 1993 publikovalo WHO v Tokiu svoju predstavu o úlohe lekárníkov v zdravotníctve. Za kľúčové považovali tvorcovia tohto materiálu starnutie populácie, výskyt chronických pacientov vyžadujúcich polyfarmakoterapiu a skracovanie doby hospitalizácie vedú k prepusteniu pacienta, ktorý vyžaduje zvýšenú starostlivosť v domácnosti.

Formy lekárenskej starostlivosti

Základnou podmienkou pre rozvoj lekárenskej starostlivosti je vedenie liekových záznamov pacienta v lekární a nie bonusových kariet. Možnosťou je aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie v elektronickej podobe so zdravotníckym zariadením. Problémom však je časová náročnosť a schopnosť niektorých lekárníkov viesť takýto monitoring (priestor pre ďalšie vzdelávanie lekárníkov). Ďalšou prekážkou vo vedení liekových záznamov je dochádzanie pacientov do rôznych lekární. Tu sa vytvára priestor pre vytvorenie vzťahu pre kontinuálnu spoluprácu medzi lekárnou a pacientom za účelom zefektívňovania liečby a zlepšenia zdravotného stavu pacienta. Nie každý pacient si zaslúži pozornosť na úrovni intenzívnej informácie. Lekárne sa môžu zamerať na:

- pacientov s hlbším záujmom o svoju chorobu a možnosti ich liečby,
- pacientov, ktorých duševné schopnosti či zmyslové defekty spôsobujú opakované chyby v užívaní liekov,
- pacientov u ktorých sa momentálne mení druh lieku či dávkovanie,
- pacientov vo vyššom veku napr. nad 70 rokov,
- pacientov z určitej sledovanej skupiny – diabetici, kardiaci, hypertonici, alergici atď.

Pri predaji voľnopredajných liekov a doplnkov stravy, ktorý sa najčastejšie uskutočňuje pomocou farmaceutických laborantov by bolo dobré vypracovať lekárnickou komorou doporučené postupy napr. na 15 najčastejších základných ochorení, ktoré môžu byť liečené voľnopredajnými liekmi. Konzultácia by sa mala uskutočňovať podľa doporučených schém. Tak by sa omnoho menej stalo, že na rovnaké symptómy pacient obdrží v rôznych lekárnach rôzne a niekedy aj protichodné odporúčenia. Na konzultačný predaj by sa mal klást väčší dôraz, lebo práve on prispieva k charakteru lekárne ako zdravotníckeho zariadenia.

Profesionálne služby verejných lekární sa môžu rozširovať aj o ďalšie aktivity a poradenstvá: meranie krvného tlaku, testovanie cholesterolu, stanovenie glykémie, poradenstvo pre skupiny ako napr. inkontinencie, astmatikov, atď. Poskytovanie poradenstva podľa individuálnych potrieb pacienta. Tieto služby sa objavujú zatiaľ v lekárnach náhodne.

V SR je riadená spolupráca medzi lekármi a lekárnikmi viac menej sporadická a závisí na individuálnych vzťahov medzi izolovanými lekárnikmi a lekármi. Systém vzdelávania je síce pomerne bohatý, avšak na druhej strane nie je koordinovaný pre obe skupiny. Socioekonomické parametre neboli v slovenskom lekárnictve zatiaľ sledované ani porovnávané v závislosti na spôsobe poskytovania starostlivosti (dispenzácia, poradenstvo, LS). Súvisí to totiž úzko s absenciou štúdií na reálnych klinických dátach pacientov a ich dopad na sociálny aspekt ich života. Rovnako nie je možné predvídať či odhadovať ekonomický dopad nových opatrení bez znalosti dát o zmene spôsobu ošetrovania pacientov a vplyv na ich zdravotný stav. Výstupy z takého výskumu budú nutnými dátami ako pre platcov tak i pre organizácie zdravotnej starostlivosti. Ani kvalita profesného života lekárníkov sa dosiaľ nestala predmetom systematického výskumu a hodnotenia v SR. Znalosť potrieb a problémov profesie sú základným predpokladom pre jej ďalší úspešný rozvoj a patričné postavenie v súčasnom i budúcom systéme slovenského zdravotníctva.

LITERATÚRA:

1. Peter Stanko, Magdaléna Fulmeková, Ľubica Lehocká: Lekárstvo, 2006
2. Zbierka zákonov č. 545/2006, úplné znenie zákona č.140/1998 o liekoch a zdravotníckych pomôckach
3. Zákon NR SR č.578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve,
4. <http://jmcp.msubmit.net>
5. <http://www.mgygysz.hu>
6. <http://www.fip.org>
7. <http://www.pgeu.org>
8. <http://www.aacp.org>



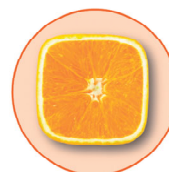
PharmDr. Juraj Fecsu je majiteľom a prevádzkovateľom Lekárne Poliklinika Mýtna, predsedom Aliancie lekárníkov Slovenska a členom predstavenstva Unipharma Prievidza.

» kontakt

jfecsu@f-pharmacy.sk



Program **Lekár**



Program **Reformátor**



Program **Manažér 1, 2**



Program **Lekárnik**



Program **Mix**

Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

e-mail: frisova@hma.sk
tel: +421 (0)911 596 050

www.hma.sk