

## OBSAH

### Rašiho tri výzvy a tri hendikepy

**Slovenský priemysel zatiaľ nestráca výhodu nízkych nákladov práce**

**Fenomén „placebo efektu“ – čo o ňom vieme?**

**Rating zdravotných poisťovní má zmysel**

**K lekárovi do hypermarketu?**

**Kroky späť v maďarskom zdravotníctve**



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

Into Balance  
newsletter  
o zdravotnej politike

Health Policy Institute  
Hviezdoslavovo nám. 14  
811 02 Bratislava  
Slovenská republika

Tel: +421 2 5464 3051  
Fax: +421 2 5464 3053  
E-mail: newsletter@hpi.sk

## Rašiho tri výzvy a tri hendikepy

Nový minister Richard Raši zdedí po Ivanovi Valentovičovi „prehriate“ zdravotníctvo. Mzdy zdravotníkov rastú o 17 % – najrýchlejšie v hospodárstve a zakladajú do budúcnosti rastúci problém, ktorý nemusí vyriešiť ani platba štátu za svojich poistencov na úrovni 5 % v roku 2009. Zrušenie poplatkov spôsobilo návrat v návštevnosti do doby pred „Zajaca“, čo sa prejavuje na dvojcifernom raste liekov (15 % po očistení vplyvu DPH). Problémy má aj VŠZP a v kuloároch sa už dlhšiu dobu šepká, že VŠZP neplní zákonom stanovenú mieru solventnosti. Dlh štátnych nemocníc ku koncu minulého roka dosiahol 5,8 mld. Sk a medziročne narástol o 1,4 mld. Sk.

Valentovič okrem uvoľnenia rozpočtovej disciplíny zanechal Rašimu tri problémy, s ktorými sa budem musieť vysporiadať:

1. vyriešiť zrejme protiústavný „zákaz“ zisku zdravotných poisťovní
2. zastaviť zadlžovanie štátnych nemocníc a predstaviť plán znižovania dlhu
3. zvýšiť efektívnosť systému (DRG, eHealth, protokoly)

### ZÁKAZ ZISKU: RAŠI NARAZÍ NA FICA

Nový minister zdravotníctva Richard Raši nevyhlásil, že zákaz vyplácať zisky akcionárom poisťovní sa môže zmeniť. Podmienkou však podľa neho je, aby nemocnice neboli v strate: *„Keď budem mať systém nastavený tak, že zdravotnícke zariadenia budú mať na hospodárskom výsledku nulu, možno bude priestor“*. Tento jeho postoj je podľa nás v príkrom rozpore s vládnuou agendou.

Premiér Fico v roku 2007 totiž označil zákaz zisku zdravotných poisťovní a návrat k jednej poisťovni ako kľúčovú agendu svojej vlády. A išiel až tak ďaleko, že Slovensko bude kvôli uvedenej úprave pravdepodobne čeliť medzinárodným arbitrážam. A svojmu ministrovi ešte v ten istý týždeň cez médiá odkázal, kto je dnes hlavným „stratégom“ rezortu: *„Čo si ja najviac vážim na práci Ivana Valentoviča, ktorý odišiel, bolo, že presadil zákon, aby zdravotné poisťovne nemohli odtrhávať z verejných zdrojov pre svoje vlastné súkromné účely. To bol prelomový zákon, prelomový zákon a dnes zrazu zisťujeme, že súkromné zdravotné poisťovne mali pripravené miliardy korún, ktoré chceli odliat z verejných zdrojov. My odmietame, aby sa z peňazí, ktoré ľudia povinne posielajú do zdravotných poisťovní vytváral nejaký zisk a tento zisk si nechávali súkromné osoby.“*

### ZNIŽIŤ DLH ŠTÁTNYCH NEMOCNÍC: RAŠI NARAZÍ NA POČIATKA

Pri znižovaní dlhu nebude môcť nový minister počítať so žiadnymi zdrojmi na oddĺženie. Podľa vyjadrenia štátneho tajomníka ministerstva financií Františka Palka na konferencii HPI *„Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať?“* si nemocnice budú musieť svoje dlhy riešiť sami. Raši to môže skúšať aj cez zvýšenie platby za poistencov štátu zo súčasných 4,5 % na 5,0 % – avšak tejto myšlienke nie je zatiaľ naklonené ani ministerstvo financií (rozpočet 2008 – 2010 počítá v roku 2009 dokonca s platbou len na úrovni 4 %) a ani premiér Fico, ktorý argumentuje, že

platba bude možná, len ak to dovoľí stav verejných financií.

Znižovanie dlhu teda nebude môcť mať extenzívny charakter, ale bude potrebné vykonať dôveryhodný plán znižovania dlhov. Situáciu bude komplikovať fakt, že nemocnice stále nie sú v tvrdých rozpočtových obmedzeniach a rýchlo rastúca dynamika a najmä báza pre výpočet miezd zdravotníkov.

### ZVÝŠIŤ EFEKTÍVNOSŤ SYSTÉMU: RAŠI NARAZÍ NA ODPOR POSKYTOVATEĽOV

Núkajúcou sa možnosťou ako znížiť dlh štátnych nemocníc je zvyšovanie ich efektívnosti. To však nebude možné dovtedy, kým nebude jasný platobný mechanizmus (DRG), ktorý odmeňuje prípady podľa ich náročnosti a pokiaľ nebudú dôveryhodné dáta o systéme. Zníženie preskripcie liekov je zase možné len dôsledným zavádzaním protokolov prevencie a liečby, ktoré budú súčasťou zmlúv medzi poisťovňami a poskytovateľmi.

Všetky tieto zmeny však nemajú podporu poskytovateľov, ktorým súčasný systém platobných mechanizmov vyhovuje. Sú totiž platení za kapacitu, resp. aktivitu a nie za výsledok činnosti. Zavedenie progresívnych platobných mechanizmov založených na dosiahnutých výsledkoch a kvalitných dátach by zároveň umožnilo doplniť dnešný model paušálnych kontraktov o rizikovú zložku na strane poskytovateľa.

Zavedenie projektu eHealth si podľa MZ SR vyžiada v rokoch 2009 – 2013 celkovo 7,6 mld. Sk. Finančný model návratnosti a zdrojov krytia je však v ministerstvom materiáli veľmi chabý a rozpačitý. Vonkoncom nevzbudzuje dôveru, že MZ SR dané zdroje bude mať k dispozícii.

### TRI HENDIKEPY

Richarda Rašiho ako lekára a manažéra zatiaľ sprevádza solídny životopis. Na výkon postu ministra zdravotníctva mu to však stačiť nebude. Na to, aby presadil zmysluplné kroky sa bude musieť vysporiadať s tromi hendikepmi:

1. **problematická autonómia v rozhodovaní** – obávame sa, že podobne ako Valentovič aj Raši bude musieť svoje kroky konzultovať s premiérom Ficom a predsedom parlamentu Paškom;
2. **žiadna skúsenosť s cieľmi a nástrojmi zdravotnej politiky** – Raši nemá za celú svoju kariéru ani jeden odborný článok, ani jednu publikáciu, či rozhovor na tému zdravotná politika. Jeho ojedinelá publikačná činnosť sa výsostne zameriavala na medicínske témy;
3. **chýbajúci tím zmeny** – vzhľadom k tomu, že doteraz nie je známa žiadna vízia a stratégia riadenia rezortu nového ministra, je pravdepodobné, že táto sa bude koncipovať až teraz. V tomto kontexte je dôležité akých poradcov si Raši nájde a aký tím ľudí si pre výkon svojej misie zloží. Na ministerstve ho však bude hľadať márne.

**PETER PAŽITNÝ**

článok bol publikovaný v *Hospodárskych novinách* 11. 6. 2008

Od 1. apríla zmenila zdravotná poisťovňa Dôvera zmluvné a cenové podmienky celému ambulantnému sektoru. Podľa poisťovne znamenajú nové zmluvy alebo ich dodatky pre lekárov vyššie ceny a teda viac financií, no zároveň aj väčší dôraz na odmeňovanie podľa kvality a efektivity ich práce.

## MONITORING APRÍL 2008

K 1. aprílu sa novým generálnym riaditeľom a predsedom predstavenstva Spoločnej zdravotnej poisťovne stal Ján Špaček, ktorý predtým pôsobil ako riaditeľ sekcie ekonomiky a prevádzky vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni.

3. apríla informovali Apollo zdravotná poisťovňa a Union zdravotná poisťovňa, že podobne ako ZP Dôvera sa aj ony dohodli s poskytovateľmi na nových cenových podmienkach.

3. apríla poslanci neprijali novú Zákona o zdravotnej starostlivosti od poslankyne za KDĽH Márie Sabolovej, ktorá navrhovala, aby ministerstvo zdravotníctva stanovilo vyhlášku okruh špecialistov, ku ktorým nie je potrebný odporúčací lístok od všeobecného lekára.

7. apríla zverejnilo ministerstvo zdravotníctva prvú výzvu Operačného programu Vzdelávanie na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok v oblasti vzdelávania pod názvom "Doplnenie systému zdravotníctva o kvalifikovaných odborníkov".

# Slovenský priemysel zatiaľ nestráca výhodu nízkych nákladov práce



V odbornej verejnosti sa už dlhšiu dobu objavujú obavy z toho, že slovenská ekonomika stratí výhodu nízkych nákladov práce. Túto výhodu ekonomika postupne určite stratí (preto musia štruktúrne politiky podporiť iné faktory konkurencieschopnosti). Strata faktora konkurencieschopnosti v podobe nízkych nákladov práce však zatiaľ nie je realitou a ekonomika si zatiaľ podržala výhodu svojho „mzdového vankúša“.

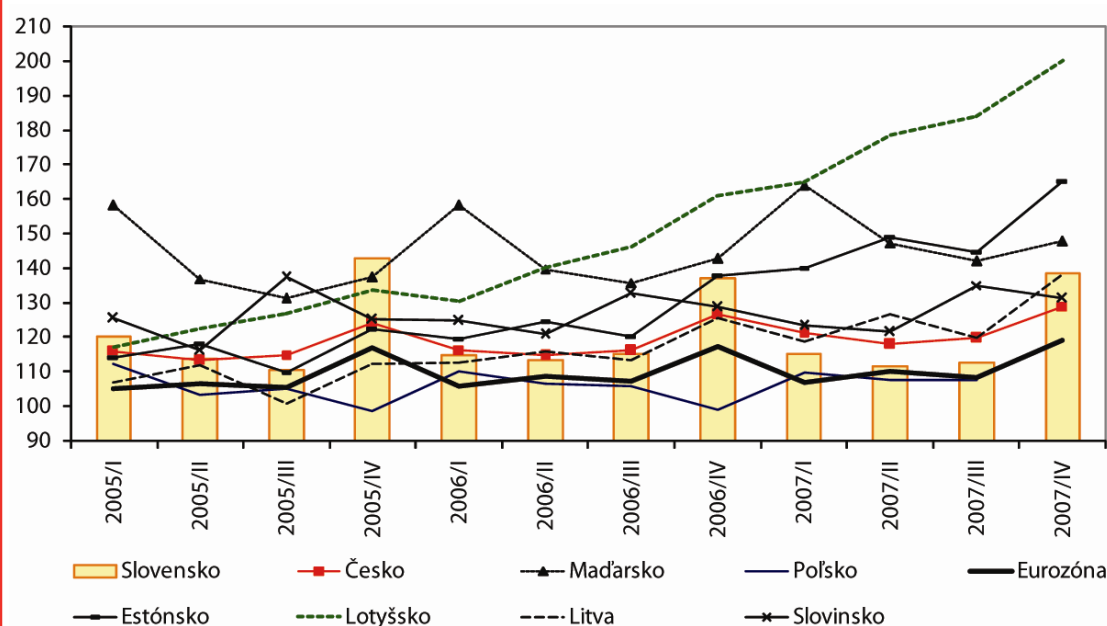
Vhodným ukazovateľom pre posúdenie konkurencieschopnosti v oblasti nákladov práce je ukazovateľ jednotkových nákladov práce (unit labour costs). Je pomerom celkových nákladov práce k objemu produkcie. Náklady práce môžu síce rásť (a obyčajne aj majú tendenciu rásť), ak však reálna produkcia rastie ešte rýchlejšie, tak jednotkové náklady práce klesajú. V máji OECD zverejnila dáta o dynamike celkových nákladov práce. Závěry pre slovenskú ekonomiku sú diferencované podľa toho, či sledujeme ekonomiku ako celok alebo odvetvia priemyselnej výroby (manufacturing).

Ak prijme za východiskovú bázu rok 2000 (ako to vykazuje OECD) a jednotkové náklady

práce v roku 2000 dáme rovné 100, badáme v prípade slovenskej ekonomiky nárast jednotkových nákladov práce v roku 2007 na úroveň 112 až 139 v závislosti od kvartálnych sezónnych výkyvov (t.j. nárast o 12 % až 39 %, pozri Graf 1). Rast jednotkových nákladov práce je v SR vyšší ako v eurozóne, je však porovnateľný alebo dokonca nižší ako v iných nových členských štátoch EÚ (a to je z Grafu 1 kvôli jeho čitateľnosti vylúčené Rumunsko s trojnásobne vyššími hodnotami dynamiky jednotkových nákladov práce).

Údaje Grafu 1 tak nevestia nič dramatického ohľadne vývoja jednotkových nákladov práce v SR. Možno konštatovať zmenšenie tejto konkurenčnej výhody Slovenska voči eurozóne a Poľsku, ale aj jej stabilitu voči väčšine nových členských štátov EÚ. Zmenšenie konkurenčnej výhody v podobe nízkych jednotkových nákladov práce voči eurozóne ešte neznamená blízkosť zániku tejto konkurenčnej výhody, lebo existuje značná rezerva: Podľa zistení WIIW v roku 2007 dosiahli jednotkové náklady práce po prepočte cez paritu kúpnej sily v SR len 38 % úrovne Rakúska. Po prepočte cez oficiálne výmenné kurzy (a tie vníma investor viac ako paritu) v roku 2007 dosiahli jednotkové náklady práce v SR len 23 % úrovne týchto nákladov v Rakúsku.

**Graf 1: Vývoj jednotkových nákladov práce za celú ekonomiku (úroveň roka 2000 = 100)**



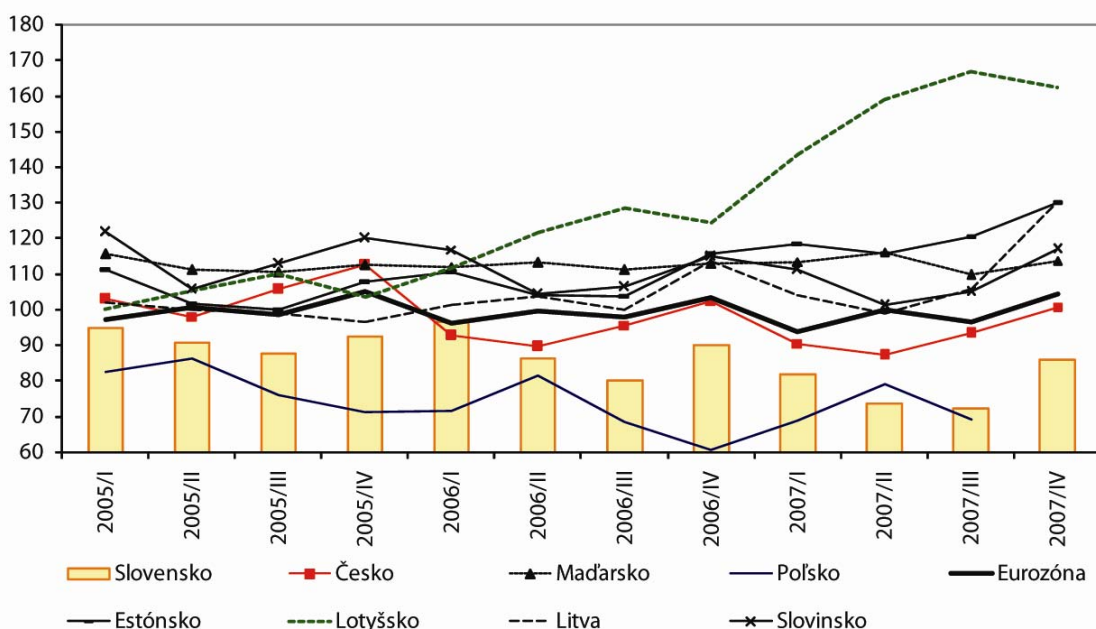
Zdroj: OECD, 2008

K zaujímavejšiemu záveru dospejeme, ak pohľad zúžime na priemyselnú výrobu. Práve tá bola v minulosti významne podporená konkurenčnou výhodou v podobe nízkych jednotkových nákladov práce. A zisťujeme (Graf 2), že to platí aj naďalej. Dokonca táto konkurenčná výhoda sa mierne posilnila. Úroveň jednotkových nákladov práce bola v roku 2007 ešte pod úrovňou bazického roka 2000! Aj v eurozóne, aj v nových členských štátoch EÚ rástli jednotkové náklady práce rýchlejšie ako na Slovensku (výnimkou je Poľsko). Tento trochu prekvapujúci záver vyplýva z toho, že objem reálnej produkcie rástol v sledovanom období mimoriadne rýchlo. Preto aj pri relatívne silnom raste miezd (a ostatných nákladov práce) mohli jednotkové náklady práce klesnúť.

V priemyselnej výrobe (ktorá je výrazne citlivá na náklady práce) tak pomôcka v podobe mzdového vankúša prežíva, dokonca sa mierne posilnila. To však neznamená, že dlho prežije (a z pohľadu dlhodobej stratégie ani nemôže chybať). Oslabenie tejto konkurenčnej výhody bude dané nárastom mzdovej hladiny pri raste vzácnosti kvalifikovanej pracovnej sily aj oslabením rastu objemu reálnej produkcie (také expanzie produkcie, aké boli v rokoch 2006 a 2007, sa nebudú stále opakovať). Ekonomike sa však trochu predĺžil čas, počas ktorého je jej konkurencieschopnosť podporená nízkymi jednotkovými nákladmi práce.

KAROL MORVAY

Graf 2: Vývoj jednotkových nákladov práce v priemyselnej výrobe (úroveň roka 2000= 100)



Zdroj: OECD, 2008

Tabuľka: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2005	2006	2007	2008 predikcia	2009 predikcia
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	6,6	8,5	10,4	7,5	5,7
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	6,5	5,9	7,1	6,7	6,1
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	0,5	4,1	0,7	0,8	1,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	17,6	8,4	7,9	5,4	5,2
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	-4,5	-4,0	-0,5	0	-0,5
Miera medziročnej inflácie	%	2,7	4,5	2,8	3,5	3,9
Miera nezamestnanosti (výberové zisťovanie)	%	16,2	13,3	11,0	9,9	9,4
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	9,2	8,0	7,2	6,9	6,5
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	6,3	3,3	4,3	3,4	2,6
Zmena počtu pracujúcich	%	2,1	3,8	2,4	1,2	0,7

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia Health Policy Institute, 2008

9. apríla informovala Všeobecná zdravotná poisťovňa, že v roku 2007 hospodárila so ziskom 1,81 mil. Sk. Celkové výnosy najväčšej zdravotnej poisťovne dosiahli 69,296 mld. Sk a celkové náklady 69,294 mld. Sk.

10. apríla neodporučila Asociácia nemocníc Slovenska vyhovieť návrhu Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb na zvýšenie miezd o 10 %.

16. apríla protestovalo proti zlúčeniu Detského kardiocentra Bratislava s Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou v Bratislave pred Úradom vlády približne 150 občanov.

16. apríla informovala Sociálna poisťovňa, že jej pohľadávky na poistnom voči štátnym a transformovaným zdravotníckym zariadeniam dosiahli ku koncu februára takmer 1,05 mld. Sk. Vo februári tak pohľadávky po medziročnom poklese spôsobenom generálnym pardonom opäť narástli.

16. apríla predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh vyhlášky, ktorou sa ustanovujú lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré môže obstaráť zdravotná poisťovňa.

23. apríla informovala Spoločná zdravotná poisťovňa, že v roku 2007 dosiahla zisk pred zdanením 248,1 mil. Sk. Celkové výnosy poisťovne predstavovali 16,486 mld. Sk a celkové náklady 16,280 mld. Sk.

23. apríla vláda schválila koncepciu tvorby katalógu/zoznamu zdravotných výkonov.

## Krátko o aktuálnych tendenciách

### • Klesanie miery nezamestnanosti trvá, hoci sa spomalilo.

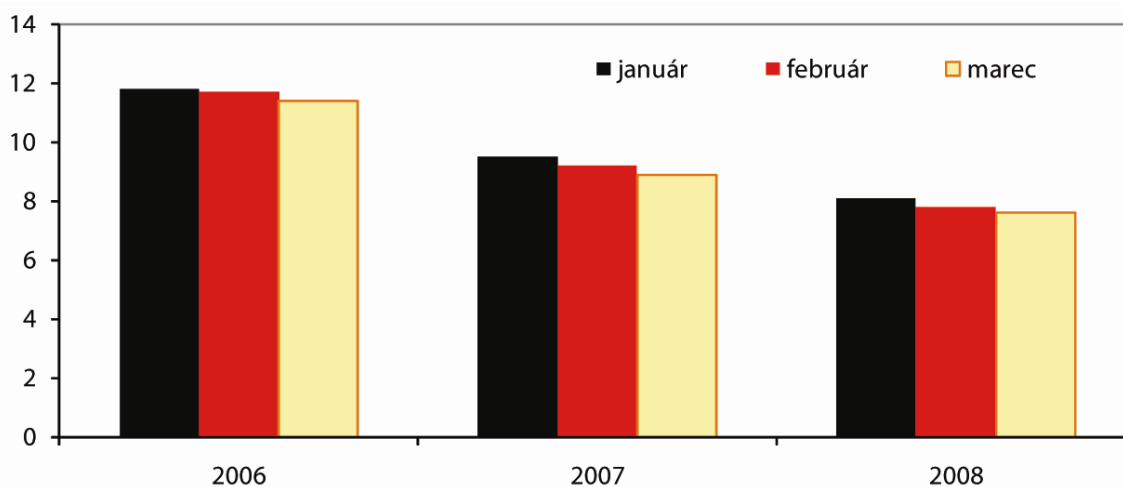
Miera evidovanej nezamestnanosti v prvom štvrtroku 2008 naďalej klesala, ale už nemohla klesať takými veľkými skokmi ako v uplynulých rokoch. Marcová hodnota 7,6 % je o 1,3 percentuálneho bodu nižšia ako v marci 2007 (vtedy dokázala ešte medziročne klesnúť až o 2,5 percentuálneho bodu). Aj súčasný výsledok je priam prekvapivo dobrý. Nemožno už očakávať dramatické poklesy miery nezamestnanosti. Tá naráža na „tvrdé jadro“ pozostávajúce z ťažšie zamestnateľných (aj nezamestnateľných) osôb a každé ďalšie zníženie miery nezamestnanosti bude ťažšie ako to predchádzajúce.

### • Rýchly odhad HDP za prvý štvrtrok 2007 prináša optimizmus.

Štatistický úrad SR vo svojom tzv. rýchlym odhade HDP uviedol hodnotu tempa reálneho rastu HDP 8,7 %. Je to síce menej ako 14,3 % za posledný štvrtrok 2007 (toto číslo pôsobilo pri zverejnení priam neuveriteľne), ale pritom ide stále o mimoriadne priaznivú hodnotu. Možno čakať aj ďalšie mierne spomaľovanie rastu v ďalších štvrtrokoch, keďže minuloročná porovnávacia základňa je vysoká, pritom niektoré faktory rastu boli jedinečné a zoslabnú.

KAROL MORVAY

**Graf: Miera evidovanej nezamestnanosti v prvých troch mesiacoch príslušných rokov, v %**



Zdroj: Štatistický úrad SR, 2008

## Fenomén „placebo efektu“ – čo o ňom vieme?

**Placebo** je substancia, ktorú pacient akceptuje ako liek, pričom ale nemá špecifický terapeutický efekt. **Placebo efekt** je terapeutický účinok inertného lieku a používa sa aj v zmysle psychosociálneho účinku každej liečby.

Placebo efekt je dôležitým prvkom každej liečby, pretože zlepšenie pacientovho stavu je založené na:

1. Špecifickom účinku samotnej fyzikálnej a farmakologickej intervencie
2. Nešpecifickom účinku navodenom prítomnosťou osoby, ktorá vykonáva liečbu a samotným terapeutickým prostredím
3. Na tzv. sebauzdravujúcom účinku, čiže ako pacient dôveruje danému typu liečby a pod.

V časopise JAMA (*Journal of American Medical Association*) bol nedávno uverejnený článok o placebo efekte ceny lieku. 82 dobrovoľníkov bolo rozdelených do dvoch skupín, kde obe dostali tú istú tabletku s rôznou informáciou o cene. Jedna skupina bola inštruovaná, že tabletky stala 2,5 dolára a druhá, že tabletky má výpredajovú cenu 0,10 dolára. Následne boli vystavení bolestivým podnetom. Pri týchto podnetoch pacienti hodnotili stupeň bolesti. Skupina s vyššou cenou lieku bola schopná tolerovať oveľa vyššiu bolesť po podaní tej istej tabletky ako skupina so zlacnenou tabletkou.<sup>1)</sup>

**Ukázalo sa teda, že cena lieku ovplyvnila dôveru pacienta v samotnú liečbu.** Tieto výsledky sú v súlade s teóriou ovplyvnenia liečby na základe očakávaní pacienta.

Podobné údaje ako v tejto štúdii sú podstatným prínosom pre zdravotnícku prax a sú základom stratégie na osvetu populácie, s cieľom zníženia vplyvu ceny rovnocenného lieku s nižšou cenou a vyššieho využitia generických liekov.

Od 1. júna 2008 sa v USA plánuje predaj tabletky Obecalp. Táto bude dostupná na Efficacy Brands Web site. Ide o placebo tabletku (čítaj slovo Obecalp odzadu), ktorá pozostáva z dextrózy s čerešňovou príchuťou. Cieľom tejto tabletky je použitie najmä u dospelých a detí, ktoré majú spektrum psychosomatických ťažkostí alebo pri ochoreniach, pri ktorých sú lieky v súčasnosti neúčinné alebo dokonca môžu priniesť nežiaduce účinky. Klasickým príkladom je situácia u vírusových ochorení horných dýchacích ciest, pri ktorých rodičia často naliehajú na

lekára aby predpísal antibiotiká, ktoré sú však typicky neúčinné u týchto ochorení. Tento fenomén je dobre známy aj v našej klinickej praxi. Nesprávna indikácia antibiotík predstavuje zbytočné náklady na lieky (vzácné zdroje potom chýbajú inde) a veľkým problémom do budúcnosti je nárast rezistencie na antibiotiká.

### TEÓRIE A MECHANIZMY ÚČINKU PLACEBA

Vplyv placebo v populácii nie je podľa výskumov konštantný. Pôsobí totiž len na asi 35 % populácie. Čo sa týka mechanizmu účinku placebo, v súčasnosti sa uznáva niekoľko teórií.

Jednou z nich je **snaha pacienta vyhovieť očakávaniu lekára pozitívnym výsledkom**. Táto skutočnosť môže byť aj podvedomá. Možným vysvetlením je aj teória motivácie pacienta, aby sa cítil lepšie. V lekárskom výskume sa zistilo, že pri podaní placebo s informáciou, že ide o emetikum až 80 % dobrovoľníkov zvracalo.<sup>2)</sup> Pri inom výskume podanie toho istého placebo, jedna skupina, ktorej bolo povedané, že dostala stimulans, mala oveľa rýchlejšie odpovede ako druhá, ktorá bola informovaná, že dostala liek na spanie.<sup>3)</sup>

Ďalšou možnou teóriou je **klasické podmieňovanie**. Pacient počas života získa skúsenosť, že lieky sú účinné, a preto prijatie placebo, ktoré je vo forme lieku vyvolá v pacientovi podmienenú reakciu (podobne ako Pavlovov pes, ktorý reagoval na zvonček) a z toho vyplývajúcu úľavu symptómov.

Niektorí autori uvažujú pri účinku placebo aj o **účinku endogénnych opiátov**. V štúdiách sa zistilo, že pri súčasnom podaní naloxonu (blokátoru účinku opiátov) sa bolesť vrátila.<sup>4)</sup>

Najviac dokumentované ovplyvnenie symptómov pomocou placebo je u bolesti, depresie, hypochondrie a príznakov z vynechania určitej látky. Niektoré publikované kazuistiky, v ktorých placebo vyliečilo nádory alebo iné závažné ochorenia, sú žiaľ tak veľmi slabo zdokumentované, že to vyvoláva pochybnosti o správnom stanovení diagnózy a o skutočnom dlhodobom účinku na pacienta.<sup>5)</sup>

Na druhej strane existuje veľa podrobne vykonaných výskumných prác založených na klinických štúdiách a experimentálnej psychológii, v ktorých sa ukázalo, že ochorenia ako migréna, bolesť chrbta, bolesť po chirurgickom zákroku, reumatoidná artritída, angina pectoris (bolesť hrudníka vyvolaná ischemickou chorobou srdca) a depresie môžu veľmi dobre reagovať na liečbu placebo.<sup>6), 7)</sup>

Aj niektoré objektívne príznaky sa môžu výrazne zlepšiť po liečbe placebo. Takto boli popísané po podaní placebo zmeny krvného tlaku, kožnej teploty, hladiny cholesterolu, srdcovej frekvencie ako aj niektorých kožných ochorení ako bradavice alebo ekzém.<sup>8)</sup>

V štúdií Coronary Drug project sa zistilo, že tí, ktorí užívali placebo pravidelne, mali takmer polovičnú úmrtnosť ako tí, ktorí placebo neužívali pravidelne. Tento jasný placebo efekt mohol byť spôsobený psychologickým účinkom z dodržiavania samotnej liečby, tým, že boli dostatočne zdraví, aby mohli dodržiavať liečbu ako aj skutočnosťou, že títo ľudia mohli byť dôslední aj v iných aspektoch ich života.

Významným problémom pri používaní placebo v praxi sú **etické otázky**. Podávanie inertnej substancie pacientovi môže narušiť dôveru pacienta k lekárovi. Placebo je nutné predávať za cenu lieku, aby pacient uveril, že ide o účinnú látku, čo môže naraziť na právne problémy. Podávanie placebo deťom môže vytvoriť falošnú predstavu, že každú chorobu je potrebné liečiť liekmi.

Vo výskume dánskych všeobecných lekárov o používaní placebo sa priznalo až 48 % lekárov, že použili placebo aspoň 10-krát za posledný rok. Najčastejšie používali antibiotiká u pacientov s vírusovými ochoreniami horných dýchacích ciest a vitamíny pri celkovej slabosti.<sup>9)</sup>

Najčastejšie sa však nateraz placebo používa v kontrolovaných randomizovaných klinických štúdiách, kde pacient musí s použitím možného placebo súhlasiť. Pritom platí, že za neetické sa považuje použitie placebo v situácii, keď by pacient bez aktívnej liečby mohol mať výrazne horšiu prognózu.

### ZÁVERY

Dôvera pacienta v liečbu (lekára, zdravotníctvo) zvyšuje šance na úspešnosť terapie. Nedôvera lekára k lieku sa môže preniesť na pacienta. Ak lekár vymieňa liek pacientovi za iný z dôvodu nižšej ceny, tak to, čo pacientovi k tomu povie, zohráva veľkú úlohu v tom, či pacientovi liek zaberie. Záverom štúdie JAMA nie je konštatovanie, že ceny liekov by sa nemali znižovať, ale skutočnosť, že pacienti môžu mať nedôveru v lacnejšie lieky (najmä generiká) a je na lekárovi, aby tieto pochybnosti rozptýlil.

Na druhej strane sa však dá pozrieť na výsledky tejto štúdie tak, že **spoluúčasť pacienta pri liekoch môže zvyšovať jeho dôveru v liek a následne aj úspešnosť terapie**.

SILVIA HNILICOVÁ

1. Ariely Dan. *Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy*, JAMA. 2008;299(9):1016-1017
2. Hahn, R. A. The Nocebo Phenomenon: Scope and Foundations. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 56–76
3. [http://www.fda.gov/fdac/features/2000/100\\_heal.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2000/100_heal.html)
4. Fields, H. L.; Price, D. D. Toward a Neurobiology of Placebo Analgesia. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 93–116
5. Spiro, H. Clinical reflections on the placebo phenomenon. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 37–55
6. Price, D. D.; Fields, H. L. The Contribution of Desire and Expectation to Placebo Analgesia: Implications for New Research Strategies. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 117–137
7. Kirsch, I. Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 166–186
8. Kirsch, I. Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects. In *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*; Harrington, A., Ed.; Harvard University Press: Cambridge, MA, 1997; pp 166–186
9. <http://en.wikipedia.org/wiki/Placebo>

# Rating zdravotných poisťovní má zmysel

Hodnotenie zdravotných poisťovní formou ratingu by malo plniť dve základné úlohy:

1. v prvom rade by malo informovať spotrebiteľa o rozdieloch medzi zdravotnými poisťovňami, aby sa na ich základe dokázal rozhodnúť, v ktorej poisťovni dostane také služby, ktoré mu najviac vyhovujú
2. a zároveň aj poskytnúť zdravotným poisťovňam porovnávaciu bázu na zlepšenie ich procesov.

**System viacerých zdravotných poisťovní so sebou nutne prináša potrebu ich porovnania. Je to dokonca podmienkou existencie viacerých poisťovní.** Ak by sa totiž zdravotné poisťovne od seba neodlišovali, nebol by tu ani priestor pre ich fungovanie. Podľa viacerých prieskumov verejnej mienky z roku 2007 sú **viac ako dve tretiny Slovákov za zachovanie plurality zdravotného poistenia. Na rozhodovanie ako sa orientovať v ponuke zdravotných poisťovní však potrebujú informácie.**

Rating zdravotných poisťovní znižuje informačnú medzeru medzi poistencom a poisťovňami a zvyšuje transparentnosť prostredia. Jedine prehľadné a dostupné informácie zvyšujú dôveru poistencov voči poistnému systému a zdravotným poisťovňam.

Hodnotenie zdravotných poisťovní je prirodzeným prvkom v zdravotných systémoch s viacerými zdravotnými poisťovňami ako sú Nemecko, Holandsko, Švajčiarsko, či Austrália a USA. Tieto ratingy sa často zameriavajú na oblasti, ktoré sú špecifické pre jednotlivé systémy. V USA sa veľký dôraz kladie na ratingy hodnotiace finančnú stabilitu na jednej strane a zdravotný stav poistencov na strane

druhej. V krajinách, kde sa rozsah hradenej starostlivosti medzi poisťovňami podstatne líši, ako napríklad v Austrálii sa hodnotenia zameriavajú na porovnávanie toho, čo poistenec za svoje peniaze od poisťovne dostane. Medzi ďalšie často porovnávané odlišnosti patrí aj výška poistného. Komplexnejšie ratingy sa snažia hodnotiť aj to, aké služby poistenec dostáva a či má nárok na zdravotnú starostlivosť aj nad rámec zákonom stanoveného rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti. **Medzi najzaujímavejšie a najkomplexnejšie ratingy v zahraničí patrí hodnotenie zdravotných poisťovní v Nemecku, ktorého druhý ročník publikoval na jeseň v roku 2007 časopis Focus Money a bol vytvorený v spolupráci s Nemeckým inštitútom pre kvalitu (Rámček 1).**

Health Policy Institute aj v tomto roku pripravuje komplexné hodnotenie zdravotných poisťovní podľa viacerých kritérií, ktoré hodnotia postavenie poisťovne, jej procesy a dosahované výsledky (Tabuľka 1). Rating sa bude venovať 7 oblastiam. Každá z týchto oblastí bude hodnotená samostatne a umožní tak poistencom vybrať si tie oblasti, ktoré on považuje za potrebné a rozhodnúť sa podľa vlastných preferencií. Veľkú váhu plánujeme v tomto roku pripísať spokojnosti poskytovateľov a poistencov so službami poisťovne. Toto porovnanie zároveň poskytne spätnú väzbu poisťovňam, ako môžu ďalej zlepšovať svoje služby pre poistencov.

**PETER PAŽITNÝ  
ANGELIKA SZALAYOVÁ  
SILVIA HNILICOVÁ**

## Rámček 1: Kritériá ratingu zdravotných poisťovní v Nemecku podľa časopisu Focus Money

- **výška poistného** (váha: 50 %)
- **klientsky servis** – hodnotenie call – centra, telefonického poradenstva a ďalších služieb, kde sa sleduje aj počet hodín prevádzky, kto je na linke (lekár/operátor), počet dní, keď bol telefón obsadený a pod. (váha: 11,06 %)
- **pobočky** – počet pobočiek prepočítaný na množstvo oblastí, v ktorých poisťovňa pôsobí (váha: 7,69 %)
- **doplňkové služby** – hodnotenie služieb nad rámec povinnej starostlivosti ako zaplatenie pomoci v domácnosti v prípade, ak rodič je chorý, semináre, prevencia a pod. (váha: 4,81 %)
- **integrovaná starostlivosť** – počet zmlúv o integrovanej zdravotnej starostlivosti medzi lekármi a nemocnicami (váha: 5,77 %)
- **alternatívna medicína** – alternatívne prístupy k onkologickým ochoreniam, homeopatia, elektroterapia, hydroterapia, fytotherapia, shiatsu a pod. (váha: 5,77 %)
- **modelové programy** – hodnotenie existencie modelových programov ako ambulantné operácie, prevencia predčasných pôrodov samomieraním pH, monitorovanie mozgovej porážky po prepustení z nemocnice sestrou v domácom prostredí, telemedicína a pod. (váha: 5,77 %)
- **programy na liečbu chronických ochorení** – hodnotenie existencie programov na liečbu astmy, rakoviny prsníka, diabetes mellitus 1. a 2. typu, koronárnych ochorení a chronickej obštrukčnej choroby pľúc (váha: 5,77 %)
- **bonusové programy** – hodnotenie existencie programov, pri ktorých poistenec môže ušetriť peniaze alebo dostane bonus za určité zdravotné správanie (váha: 3,37 %)

Zdroj: Focus Money 2006

Tabulka 1: Kritériá ratingu zdravotných poisťovní pre rok 2008

Kritérium	Popis
finančná stabilita zdravotnej poisťovne	hodnotí schopnosť zdravotnej poisťovne plniť jej súčasné a budúce záväzky voči poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti
operačné procesy zdravotnej poisťovne	hodnotí nastavenie procesov v zdravotnej poisťovni, ktoré majú dopad na výkon zdravotného poistenia
biznis profil zdravotnej poisťovne	hodnotí vývoj zdravotnej poisťovne a jej stabilitu na trhu
vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	hodnotí vzťah zdravotnej poisťovne k poskytovateľom v zmysle platobných a zmluvných podmienok
kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti	hodnotí poskytovanie zdravotných služieb z pohľadu zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti, manažmentu pacientov a poskytovania zdravotnej starostlivosti nad rámec rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti
služby klientom	hodnotí existenciu a kvalitu služieb klientskych servisov, pobočiek, call-centier a internetových stránok
spokojnosť klientov	dotazníkovou formou sa meria spokojnosť klientov so zdravotnou poisťovňou

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Health Management Academy Vás srdečne pozýva na



## „Deň otvorených dverí akadémie HMA“

na ktorom budú študenti manažérskeho vzdelávania prezentovať svoje záverečné práce.

V prípade záujmu zúčastniť sa na *Dni otvorených dverí akadémie HMA* alebo pre ďalšie informácie ohľadom podujatia kontaktujte **Simonu Frisovú**, tel: +421 911 596 050, [frisova@hma.sk](mailto:frisova@hma.sk)

26. júna 2008 od 9,00 hod  
v Penzióne Diana, Piešťany

Názov témy	Harmonogram
<b>• Úvodné slovo</b>	<b>9,00 hod – 9,30 hod</b>
Bahelka Michal   Analýza systému ZZS po reforme	9,30 hod – 9,45 hod
Bezákova Danica   Projekt medicínskeho centra na Hornej Nitre	9,45 hod – 10,00 hod
Bíbel Radislav   Postavenie zdravotných poisťovní v SR z pohľadu komunitárneho práva	10,00 hod – 10,15 hod
Džugan Miroslav   Nehody s hromadným postihnutím osôb z pohľadu ZZS	10,15 hod – 10,30 hod
<b>• Prestávka na občerstvenie</b>	<b>10,30 hod – 11,00 hod</b>
Habara Miloš   Prerozdelenie	11,00 hod – 11,15 hod
Horníková Zuzana   Fakty, čísla, argumenty – ako s nimi pracujú slovenské spravodajské médiá pri téme zdravotníctvo?	11,15 hod – 11,30 hod
Hroncová Dagmar   Vývoj spotreby liekov v r. 2007	11,30 hod – 11,45 hod
Janíková Eleonóra   Vzťah poskytovateľ a zdravotná poisťovňa; Nákup zdravotnej starostlivosti	11,45 hod – 12,00 hod
Jureček Ľudovít   Cenotvorba liekov (pricing)	12,00 hod – 12,15 hod
<b>• Obed</b>	<b>12,30 hod – 14,00 hod</b>
Kafkova Katarína   Zmluvné vzťahy s poskytovateľmi ústavnej starostlivosti	14,00 hod – 14,15 hod
Kalenčík Peter   Systém financovania OAIM	14,15 hod – 14,30 hod
Kmečová Vladimíra   Preventívne prehliadky po novom	14,30 hod – 14,45 hod
Kultan Martin   Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a možnosti jej regulácie	14,45 hod – 15,00 hod
Kuzmova Viera   Coaching	15,00 hod – 15,15 hod
<b>• Prestávka na občerstvenie</b>	<b>15,15 hod – 16,00 hod</b>
Lenártová Lucia   Porovnanie kampaní zdravotných poisťovní	16,00 hod – 16,15 hod
Mucha Miroslav   Problematika riadenia ľudských zdrojov a operácií z pohľadu manažéra	16,15 hod – 16,30 hod
Škriečková Elena   Význam zdravotných poisťovní v procese kontroly finančných tokov liekovej politiky	16,30 hod – 16,45 hod
Tomašková Miroslava   Analýza finančných výkazov a pomerových ukazovateľov	16,45 hod – 17,00 hod

## Zdravotná starostlivosť jednoduchšie a lacnejšie K lekárovi do hypermarketu?



Medzi hlavné problémy zdravotníckeho systému v USA patria:

- obrovský a stále rastúci počet Američanov bez zdravotného poistenia,
- epidémia nehospodárnej a potenciálne nebezpečnej starostlivosti,
- rapidne stúpajúce ceny za zdravotnú starostlivosť.

V mnohých prípadoch, náklady za zdravotnú starostlivosť presahujú finančné možnosti pacientov, alebo sa nemôžu spojiť so svojim osobným ošetroujúcim lekárom, práve keď to najviac potrebujú, systém im neposkytuje informácie, aké by chceli, veľakrát sú nespokojní s výsledkom, zdravotná starostlivosť je príliš nevyhovujúca a nedostupná.

Aj toto sú dôvody, ktoré iniciovali myšlienku hľadania alternatív v poskytovaní služieb ambulantnej zdravotnej starostlivosti mimo tradične známych ambulancií praktických lekárov alebo nemocníc. Základným predpokladom bol zjednodušený prístup k zdravotnej starostlivosti poskytovanej v blízkom okolí, susedstve komunity.

Takzvané „**minútové kliniky**“ sú malé zdravotnícke centrá, ktoré vznikali pôvodne v rámci veľkých obchodných reťazcov. Tie umožňovali počas nákupu či už potravín alebo iného tovaru, v prípade potreby zdravotnej starostlivosti, absolvovať bežné zdravotné vyšetrenie, ako napríklad očkovanie alebo testy na prítomnosť streptokoka v hrdle.

Väčšinou v nich pracujú **zdravotné sestry s vyšším vzdelaním**, ktoré ponúkajú limitovaný rozsah zdravotných služieb, ale s pridanou hodnotou zvýšeného pohodlia pre pacientov.

**Výhodou** takéhoto vyšetrenia nie je len samotný čas vyšetrenia, ktorý netrvá viac ako 15 minút, ale aj možnosť prísť na vyšetrenie bez potrebného objednania sa vopred. Veľmi obľúbené sú aj predĺžené ordinačné hodiny, takáto zdravotná starostlivosť je dostupná aj v noci a cez víkendy. V neposlednom rade je pre pacientov veľkou výhodou aj parkovanie zdarma a dostupnosť takejto kliniky autom za menej ako 20 minút. Pokiaľ ide o náklady, väčšina vyšetrení stojí od \$49 do \$59. Takéto kliniky si stanovujú cenník, ktorého ceny sú často o polovicu lacnejšie ako v tradičnej ambulancii praktického lekára. Minútové kliniky majú autorizovaný software, založený na princípoch Evidence Based Medicine, ktorý je oporou, a zároveň príručkou pre zdravotného pracovníka pri stanovovaní diagnózy a následných vyšetrení. V porovnaní s praxou štandardných praktických lekárov, používajú v minútových klinikách elektronickú preskripciu a zdravotné záznamy sú archivované výlučne v elektronickej podobe.

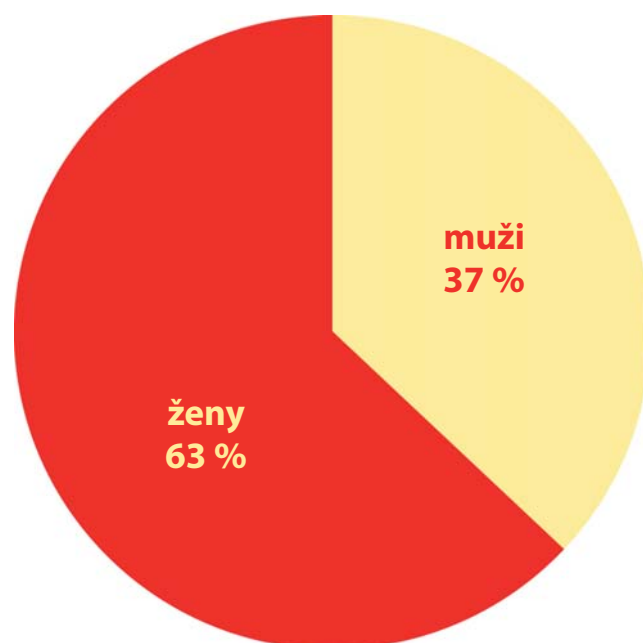
**Zoznam diagnóz**, ktoré sú typické pre minútové kliniky: zápal dutín, zápal hltana, zápal stredného ucha, zápal priedušiek, zápal nosohltana, zápal spojiviek, zápal močového mechúra, akútny zápal mandlí, fyzikálne vyšetrenie - administratívne účely.

Takmer dve tretiny pacientov navštevujúcich minútové kliniky sú ženy (**Graf 1**), vo veku 25 – 40 rokov, väčšinou sú to mamičky s deťmi (**Grafy 2**).

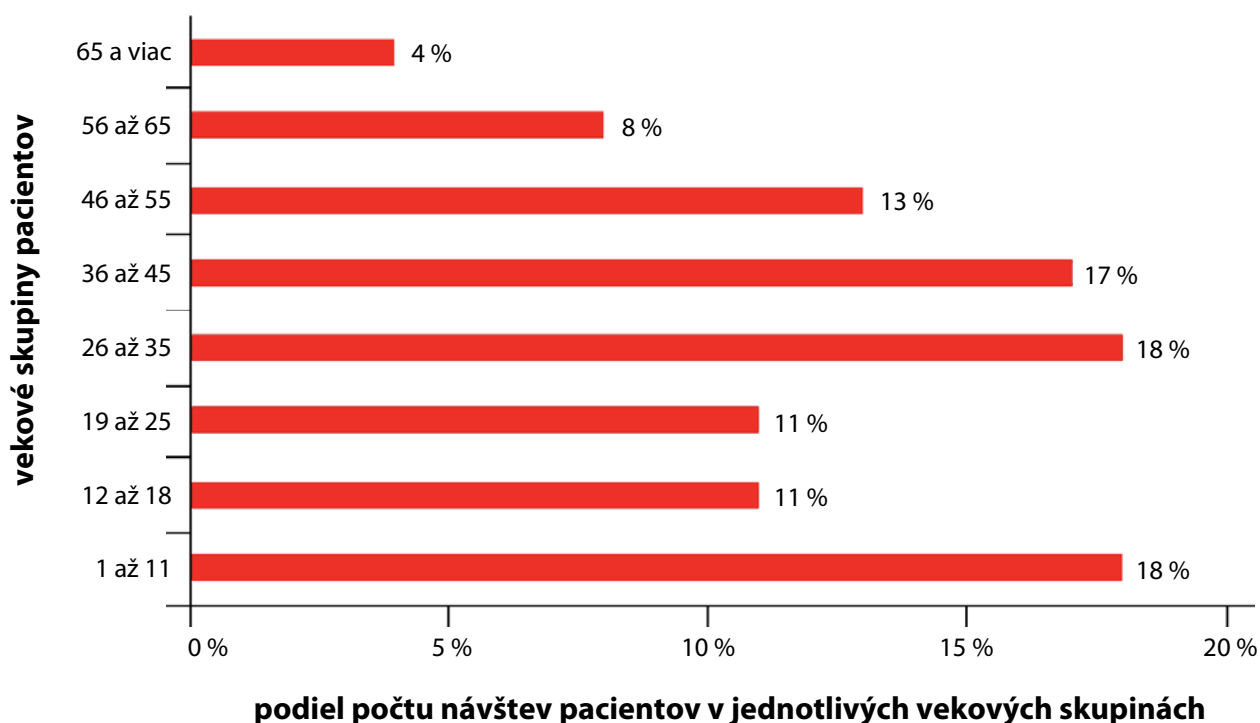
Napriek rastúcej popularite týchto kliník u pacientov, mnohí lekári ich otvorene kritizujú. Ich hlavným argumentom je, že lekári v tradičnom vybavení ambulancie môžu zachytiť možné závažné diagnózy oveľa skôr, a na minútových klinikách vybavených menej zručnými zdravotnými pracovníkmi, ktorí navyše nie sú lekármi, nie je dostupná úroveň komplexnej zdravotnej starostlivosti.

Avšak existuje dôkaz, že kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre bežné výkony v minútových klinikách je porovnateľná s vyšetreniami v ambulanciách klasických praktických lekárov. Minútové kliniky dostali vysoké bodové hodnotenie za kvalitu poskytovanej starostlivosti v nedávno uskutočnenom prieskume o kvalite zdravotnej starostlivosti, ktorý iniciovala Spoločnosť pre meranie kvality zdravotnej starostlivosti v americkom štáte Minnesota. Prieskum sa zameril na sledovanie vhodnosti

**Graf 1: Podiel pacientov minútových kliník podľa pohlavia, v %**



Zdroj: Retail Healthcare – Consumers, Convenience and Care, LifeMasters, 2008

**Graf 2: Podiel počtu návštev pacientov podľa vekových skupín, v %**

Zdroj: Retail Healthcare – Consumers, Convenience and Care, LifeMasters, 2008

a kvality zdravotnej starostlivosti u dvoch bežných detských chorôb: nádcha a zápal hrdla. Napríklad pri vyšetrení zapáleného hrdla bol každý lekár hodnotený podľa toho, či uskutočnil test na prítomnosť streptokoka v hrdle, a či bola antibiotická liečba predpísaná len v prípade, ak boli výsledky pozitívne.

Výhodou týchto kliník je aj možnosť objednania veľkého množstva laboratórnych testov za polovičnú cenu ako je stanovená v ambulancii praktického lekára. Pacienti majú možnosť online registrácie, kde vyplnia dotazník o svojom zdravotnom stave ešte pred príchodom na takúto kliniku. Ponúkaná je im aj možnosť objednať sa online na rtg vyšetrenie prípadne na iné laboratórne testy bez predošlej návštevy praktického lekára.

V začiatkoch svojej existencie minútové kliniky neakceptovali zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne reagovali odmietavo pri hradení nákladov za poskytnuté zdravotné služby. V súčasnosti je však situácia iná, stále viac kliník akceptuje zdravotné poistenie a rastie i počet zdravotných poisťovní, ktoré pokrývajú náklady za posky-

tovanú zdravotnú starostlivosť. Konkurencia takýchto kliník viedla k nárastu ponuky praktických lekárov, ktorí rozšírili ordinačné hodiny a poskytujú zdravotnú starostlivosť napríklad aj cez víkendy.

#### ZÁVER

Ambulantná zdravotná starostlivosť by mohla byť efektívnejšia, ak by boli takéto kliniky prepojené s klasickými ambulanciami praktických lekárov resp. špecialistov, takže pacienti by mali na výber možnosti vyšetrení za čo najnižšie možné náklady. Zatiaľ tomu však bránia legislatívne prekážky.

**LUCIA LENÁRTOVÁ**

#### POUŽITÁ LITERATÚRA:

1. Retail Healthcare – Consumers, Convenience and Care, LifeMasters, 2008
2. [www.ncpa.org/pub/st/st296](http://www.ncpa.org/pub/st/st296)

#### VÝROK MESIACA

**Keď neberieme do úvahy peniaze, čo dlžíme, tak žiaden dlh nie je...**

"Ak odrátame to, čo sa vynaložilo na platy, tak možno s prekvapením zistíme, že dlh nám vôbec nerastie, okrem dlhu, čo nám vytvárajú platy."

(medzičasom bývalý) minister zdravotníctva Ivan Valentovič po rokovaní vlády 21. 5. 2008

# „Späť do budúcnosti“

## Kroky späť v maďarskom zdravotníctve



**Je nepopierateľné, že ľudové hlasovanie z 9. marca bolo najvýznamnejšou udalosťou mesiaca – a možno aj celého roka – v oblasti zdravotnej politiky v Maďarsku. Parlament prihliadol k výsledkom a krátko po referende prijal právne úpravy, ktoré boli potrebné na zrušenie poplatkov za návštevu lekára (poplatok za lekárske ošetrovanie), denných poplatkov za pobyt v nemocnici a školného.**

Je známe, že tieto zdroje predstavovali celkový príjem 41 miliárd maďarských forintov, čo je sotva 1,6 % HDP v Maďarsku. Ak nebudeme brať do úvahy školné, táto suma je ešte menšia. Už po prvých reakciách vlády na výsledky referenda však bolo zrejmé, že právne úpravy, ako aj ďalšie kroky vlády týkajúce sa „politiky zdravotnej starostlivosti po referende“ budú mať **oveľa významnejší krátkodobý i dlhodobý vplyv na celú ekonomiku, než len očakávaný, menej zásadný priamy dopad na rozpočet.**

Jednou z hlavných príčin, prečo začali účastníci trhu strácať istotu a klesol ich záujem o investície, boli **nejasné vyhlásenia vlády krátko po referende.** Výroky koalíčných politikov boli niekedy protirečivé a pre trhové prostredie nezneli dôveryhodne. Faktom ostáva, že priamy vplyv referenda na peňaženky občanov a nízka popularita vládnych strán priviedli komunikáciu do obligátnej slepej uličky, do neodvratného začarovaného kruhu. Túto situáciu ešte prehĺbili ekonomické javy, ktoré na jednej strane tvrdia, že rovnaká úroveň priameho transferu je výhodnejšia než tá istá úroveň nepriameho pozitívneho ekonomického javu (napr. nižšia miera inflácie), a na druhej strane hlásajú, že krátkodobé výsledky sú populárnejšie než dlhodobé.

Vláda nielenže zvolila nesprávnu stratégiu komunikácie, ale dala najavo aj nebezpečnú neistotu v oblasti opatrení týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti: myšlienka pozmenenia/čiastočného zastavenia reformy prišla už nasledujúci deň po referende. V nasledujúcich dňoch vláda zverejnila mnohé, veľakrát protirečivé vyjadrenia na adresu zákona o zdravotných poisťovniach. Mohol vzniknúť dojem, že **medzi politikmi a expertmi z politických strán nepanuje zhoda o tom, ako a do akej miery má reforma ovplyvniť procesy premeny systému zdravotnej starostlivosti**, čo každým dňom vážne poškodzovalo makroekonomické očakávania a vyhliadky.

Podľa prvých marcových reakcií globálnych finančných hráčov, banky JP Morgan a agentúry Standard & Poor's, je jasné, že následky vládnej neistoty budú hlbšie než sa očakávalo: z hodnotenia londýnskych expertov na analýzu novovznikajúcich trhov, ktoré sa zaoberá vládnymi krokmi a vznikom nestabilnej situácie okolo reforiem, vyplýva, že **pozastavenie reforiem zdravotného systému by bolo pre ekonomiku ťažkým úderom, pretože by malo výrazný vplyv na transformáciu ostatných sektorov.** Výroky vládných predstaviteľov o možnosti

vzniku trhu s viacerými poisťovacími fondmi, ktoré by ostali vo vlastníctve štátu (prinajmenšom na určitý čas), odradili väčšinu potenciálnych investorov.

Na prehĺbení ťažkostí vlády a zvýšení vnútorného (politického) rizika sa podieľali nielen narastajúce problémy s reformami zdravotníctva a makroekonomické vyhliadky, ale aj očividné napätie v koalícii.

Médiá čoraz častejšie prinášali správy o tvrdých diskusiách týkajúcich sa kľúčových otázok a faktorov reformy medzi koalíčnými partnermi: to však nebolo veľmi prekvapivé, ak zoberieme do úvahy skutočnosť, že jednou z najdôležitejších častí volebného programu menšej z koalíčných strán – Zväzu slobodných demokratov (SZDSZ) – bola úplná transformácia maďarského systému zdravotnej starostlivosti spolu s hlavnou koncepciou zapojenia obchodného sektora do nového systému zdravotných poisťovní. Čoraz závažnejšie nezhody v koalícii sa v druhej polovici marca stali hlavnou témou správ. Politickí analytici, experti, ekonómovia a „nemenované vládne zdroje“ stále častejšie hovorili o vážnej vládnej kríze.

Zdá sa, že poslednou kvapkou, ktorá donútila lídrov Zväzu slobodných demokratov prijať definitívne rozhodnutie odstúpiť z koalície a prejsť na stranu opozície, bolo prekvapujúce rozhodnutie premiéra o odvolaní ministerky zdravotníctva Ágnes Horváth. Rozhodnutie o zmene ministerky nebolo prerokované so Zväzom slobodných demokratov. Krátko po vyhlásení premiéra Zväz slobodných demokratov oznámil, že ruší koalíčnú dohodu. Do 30. apríla odstúpili z funkcie všetci ministri a štátni tajomníci slobodných demokratov. Menšinová vláda premiéra Ferenc Gyurcsányho začala pracovať 1. mája.

V posledných týždňoch sa v celej vládnej štruktúre udiali rôzne väčšie zmeny. My sa zameriame na sektor zdravotníctva a na vyhlásenia nového ministra Tamása Székelyho, ktorý predchádzajúcich sedem mesiacov pôsobil ako výkonný riaditeľ Národného fondu zdravotného poistenia.

**Úplné zrušenie zákona o zdravotných poisťovniach, ktoré je právnym predpokladom reformy zdravotníctva, bolo po 10. marci hlavným bodom komunikácie Maďarskej socialistickej strany:** oficiálne vyhlásenie nového ministra zdravotníctva z 8. mája, v ktorom informoval o iniciatíve na zrušenie tohto zákona, nebolo prekvapujúce. Podľa ministra sa posilní funkcia poistenia

a nový plán, ktorý je v štádiu príprav, bude zohľadňovať faktory geografickej kompenzácie a verejného zdravotníctva. Okrem toho sa tu bude uplatňovať aj sloboda a zodpovednosť za nákup služieb. Minister často zdôrazňoval dôležitosť právnej istoty, pričom ako príklad uvádzal vládny dekrét, ktorý bol upravený štyrikrát v priebehu jedného roka: potrebné sú jasné a spoľahlivé predpisy, a na ich implementáciu sa musí vyčleniť dostatočný čas. Zaujímavý je aj názor ministra na financovanie systému: rozpočet Fondu zdravotného poistenia sa nezvýši, ale zachovávajú sa stanovené hranice. Pozornosť by sa mala venovať aj limitu výkonov (TVK), ktorý je medzi inštitúciami nepopulárny: prehodnotí sa aj systém, ktorý má slúžiť ako strážca návštev u lekára.

Stanovisko menšinovej vlády k úplnému alebo čiastočnému zrušeniu zákona o zdravotných poisťovniach sa menilo zo dňa na deň. Ak chceme pochopiť riziko spočívajúce v definitívnom rozhodnutí, musíme si uvedomiť, že tento zákon riadi mnohé oblasti maďarského zdravotného systému, nielen zriaďovanie zdravotných poisťovní. Jeho úplné zrušenie by preto malo široké a komplexné následky.

Zákon riadi predovšetkým slobodné uzatváranie zmlúv zo strany zdravotných poisťovní, to znamená, že môžu zrušiť zmluvu s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí nespĺňajú požiadavky na kvalitu. Dotýka sa aj práv pacientov: určuje, kde a ako môžu pacienti podať sťažnosť na poskytnutú zdravotnú starostlivosť, a vymedzuje povinnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou týkajúce sa vyšetrovania sťažností.

Niektoré časti zákona okrem toho ovplyvňujú všeobecných lekárov a lekárnikov: zákon znižuje administratívne zaťaženie všeobecných lekárov a lekárňam garantuje kompenzáciu zisku v prípadoch, keď pacienti odporučia lacnejší generický liek.

Zákon tiež zakazuje poskytovateľom zdravotného poistenia žiadať od pacientov akýkoľvek typ náhrady, ktorá nie je špecifikovaná v zákonných predpisoch. To by malo zabrániť novým inštitúciám v sektore zdravotníctva, aby získavali od pacientov neoprávnene peniaze, avšak zákon nestanovuje žiadne sankcie. (Vláda sa pokúsila vyriešiť tento problém inak: komunikácia cieľov zavedenia poplatkov za návštevu lekára (copayment), sa sústredila na zvýšenie zodpovednosti pacientov, zníženie nadbytočného počtu návštev u lekára, finančné ciele a radikálnu redukciu korupcie v systéme.)

A nakoniec, zákon ukladá nemocniciam povinnosť zverejňovať na internete (štatistické) údaje a indikátory kvality o počte špecialistov, operácií, prípadov zanedbania lekárskej starostlivosti, úmrtí atď. Dôležitou skutočnosťou je to, že zákon obsahuje časť povoľujúcu zavedenie nového, elektronického systému kariet poistencov. Zmena súčasných papierových kariet zdravotného poistenia na moderné plastové kartičky by určite zrýchlila registráciu (vyšetrenie) pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti a znížila by administratívne zaťaženie lekárov.

Búrľivý vývoj maďarského zdravotníctva v uplynulých dvoch mesiacoch priniesol mnohé udalosti: zdá sa, že najväčšie mračná sa rozplynuli, ale vládna „predpoveď počasia“ stále pripomína vysielanie na komerčnom televíznom kanáli: sľubuje oveľa krajšie počasie než vidíme z okna, preto by sme nemali zabudnúť na dáždnik, hoci usmievavý moderátor rozpráva len o bezoblačnej snečnej oblohe.

**K. ORBÁN**

(napísané 18. mája 2008)

Referendum nesporne znamenalo oveľa viac než len otázky o prerozdelení financií v malej časti rozpočtu. Vysokú mieru účasti – viac ako 50,51 % – možno vysvetliť dvoma faktormi:

- po prvé, občania hlasovali o otázkach, ktoré **priamo ovplyvňujú ich vlastný rozpočet, a teda aj kvalitu života**
- po druhé, došlo k fenoménu, ktorý dobre poznajú psychológovia zaoberajúci sa ekonomikou aj marketingoví experti: problémy, pocity nespravodlivosti a kritika na makroúrovni sa prejavujú v otázkach a akciách na mikroúrovni, čím skreslia výsledky, ktoré by sa získali v izolovaných podmienkach. **To znamená, že aj obyvatelia, ktorí súhlasili s pozitívnymi poplatkami, mohli hlasovať za ich zrušenie v dôsledku rozšíreného negatívneho hodnotenia činnosti súčasnej vlády.**

## 26. mája 2008

zrušil maďarský parlament tie časti zákona o zdravotnom poistení, ktorými sa mal v Maďarsku zaviesť pluralitný model zdravotného poistenia. Za zrušenie bolo 347 poslancov vrátane vládnych socialistov, proti 19 (len zo Zväzu slobodných demokratov), nik sa hlasovania nezdržal. Pritom podľa zákona o zdravotnom poistení, ktorý bol súčasťou reformy zdravotníctva, už bolo vytvorených 22 regionálnych poistných fondov. Tie budú musieť byť v dôsledku zmeny vládneho postoja postupne zrušené. Viaceré časti zákona o zdravotnom poistení zostávajú naďalej v platnosti, vrátane regulácie čakacích zoznamov v nemocniciach či opatrení v lekárskej starostlivosti.

Gábor Horn zo Zväzu slobodných demokratov po hlasovaní povedal, že teraz je úplne zrejme, že socialistická vláda v oblasti zdravotníctva kráča späť.

**ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?**



Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk za tlačенú verziu  
118 Sk za elektronickú verziu

**ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY**

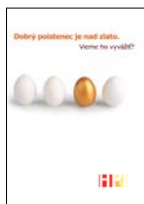
PRE ROKY 2008 - 2011



Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníckeho sektora  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk za tlačенú verziu  
118 Sk za elektronickú verziu

**DOBŔY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?**



Publikácia o selekcii rizika a kompenzácii rizikovej  
štruktúry v zdravotnom poistení  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 439 Sk za tlačенú verziu  
237 Sk za elektronickú verziu

**KONTAKT PRE OBJEDNÁVKY:**

e-mail: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)  
fax: +421 2 54 643 053  
telefón: +421 2 54 643 051  
pošta/osobne: Health Policy Institute  
Hviezdoslavovo nám. 14  
811 02 Bratislava  
Slovenská republika

**Intelligentné preklady s tradíciou**

- « Preklady a lokalizácia » prekladáme presne, bez chýb a s nadšením
- « DTP služby » preložený materiál bude vyzeráť tak ako má
- « Tlač » dostanete od nás hotový „výrobok“
- « Jazykové mutácie a redizajn webstránok » Vaše webstránky „oblečieme“ do krásnych šiat a naučíme ich hovoriť cudzími jazykmi
- « B2B » služby pre prekladateľské agentúry

Cronica, s. r. o. (Ltd.)  
Haanova 12, 851 04 Bratislava 5  
tel. +421-2-6224-2096, +421-907-442-837  
office@cronica.sk, www.cronica.sk

**cronica**  
translation and localization services

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako \*.pdf súbor) si môžete v anglickej i slovenskej mutácii bezplatne objednať na e-mailovej adrese [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk), kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

**Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Adresa pre objednávky: [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk)**