

» obsah

Nezvládli sme ju lepšie

Rastú náklady na lieky,
rovnako i spoluúčasťRozpočty zdravotných
poisťovní na rok 2010:
rast 4 %Porovnanie systému
prerozdelenia v SR a ČRVýskum porovnávania
účinnosti v štyroch
krajínachInvalidné vozíky pre
deti: ministerstvo
ustúpiloMotivácia ako nástroj
zvýšenia výkonu
v procesoch zdravotnej
poisťovne

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politikeHealth Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republikatel.: +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

ISSN 1338-1172

Máme dáta za rok 2009: lieky sú drahšie

V uplynulom mesiaci rozvírila hladinu diskusia o vývoji priamych platieb občanov v zdravotníctve a spoluúčasti pacientov na zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Rôzne pohľady na štatistické dáta umožňovali rôzne interpretácie, nasledované vášnivými diskusiami, či je pohár poloprázdny alebo poloplný.

S vydaním marcového newslettera sme čakali na zverejnenie oficiálnych čísel zdravotníckej štatistiky ohľadom spotrieb liekov hradených zdravotnými poisťovňami v roku 2009. Analýza, ktorej výsledky nájdete na **str. 6**, potvrdzuje predchádzajúce stanoviská nášho inštitútu: náklady na lieky, rovnako ako aj doplatky pacientov na ne, sa od roku 2006 zvýšili. Vláde sa nepodarilo dosiahnuť cieľ z programového vyhlásenia: „výrazne znížiť doplatky obyvateľstva.“

(Je pravdou, že za éry ministra R. Zajaca rástli doplatky na lieky rýchlejšie. Zajac však nepredstieral, že budúce bezplatné zdravot-

níctvo; rast doplatkov bol v súlade s konceptom vtedajšej reformy.)

Liekovej politike za uplynulé štyri roky možno mnohé vytknúť a niektoré zásadné zmeny i pochváliť (degresívna marža, referencovanie cien). V znižovaní doplatkov však úspešná nebola. Otázne je, či to je vôbec správny cieľ.

Problémom totiž nie sú doplatky samotné, ale ich kumulácia, ktorá postihuje predovšetkým chronicky chorých pacientov. Ak pochádzajú z nízkopříjmových domácností, aj relatívne nízke doplatky môžu pre nich predstavovať katastrofický finančný náklad. Namiesto plošného znižovania doplatkov a budovania ilúzie bezplatnosti by bolo vhodnejšie hľadať iné nástroje na ochranu pacientovej peňaženky, ako je napr. limit na spoluúčasť alebo generická preskripcia.

Prijemné čítanie!

TOMÁŠ SZALAY

Čo čaká slovenské zdravotníctvo po voľbách?



Health Policy Institute organizuje **13. apríla 2010 diskusiu o volebných programoch politických strán**. Pozvánku dostali zástupcov všetkých relevantných politických strán, ktorí sa zaoberajú zdravotníctvom, aby predstavili svoj zdravotnícky program.

Podrobnosti a kontakt pre registráciu nájdete **na str. 12-13**

Najvýznamnejšia medzinárodná zdravotnícka konferencia v strednej Európe venovaná zdravotnej politike a zdravotným systémom bude venovaná téme:

Finančná hrozba starnutia populácie a chronických ochorení: výzva k zdravotným reformám

Využite možnosť zľavy: podrobnosti **na str. 5**

Nezvládli sme ju lepšie



Ak aj akceptujeme, aby sa o recesii hovorilo v minulom čase (akceptujeme to veľmi neochotne, lebo sme prekonalí pravdepodobné dno recesie, ale nie všetky jej prejavy), nemôžeme akceptovať tvrdenie, že slovenská ekonomika [krízu] zvládla lepšie ako ostatné krajiny.

Pravdepodobné prekonanie dna aktuálnej recesie bolo spojené s politickými posolstvami plnými sebavedomia. Predseda vlády Róbert Fico vyhlásil, že „krízu sme zvládli lepšie ako ostatní“⁽¹⁾. V podobnom duchu sa vyjadrovala aj podpredsnička koalície SNS A. Belousovová⁽²⁾ alebo predseda sociálneho výboru NR SR Jozef Halecký⁽³⁾ (ĽS- HZDS). Politici vládnej koalície sa tak snažia podsunúť názor, že Slovensko vďaka politike vlády recesiou nielenže zvládlo, ale bolo zasiahnuté krízou menej ako bližšie nešpecifikované „ostatné“ európske krajiny.

Ak aj akceptujeme, aby sa o recesii hovorilo v minulom čase (akceptujeme to veľmi neochotne, lebo sme prekonalí pravdepodobné dno recesie, ale nie všetky jej prejavy), nemôžeme akceptovať tvrdenie, že slovenská ekonomika ju zvládla lepšie ako ostatné krajiny.

O NIČ MENŠÍ PÁD AKO INDE

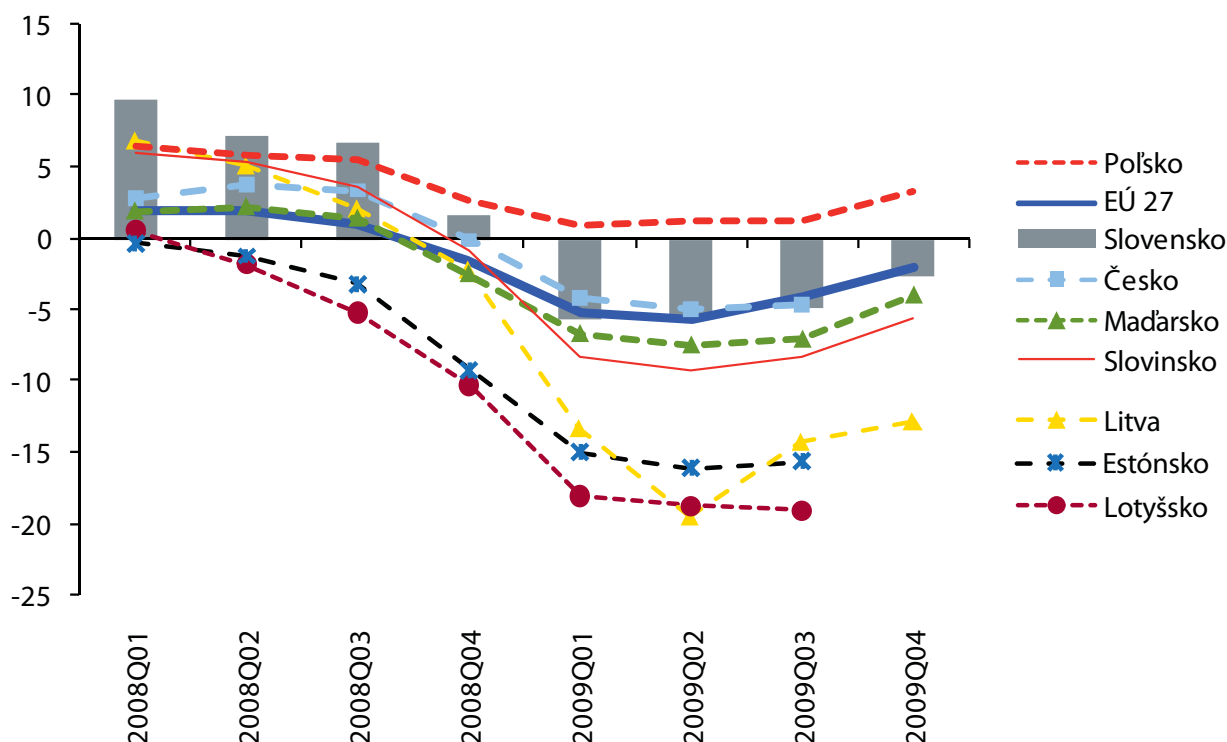
Miera poklesu reálneho HDP v SR bola veľmi podobná miere priemerného poklesu za EÚ. V **Grafe 1** je nápadný podstatne nepriaznivejší dopad recesie na pobaltské ekonomiky (zámerne vyberáme údaje za bývalé socialistické – terajšie kon-

vergujúce štáty). Odhladiadnuc od Pobaltia a Poľska (ktorého HDP neklesol, len rástol pomalšie) miera poklesu reálneho HDP v SR nie je nijak výnimočná v prostredí EÚ.

Pri posudzovaní hĺbky recesie nie je dostačujúce porovnávať tempo poklesu reálneho HDP v roku, keď bolo dosiahnuté dno recesie. Metodicky správnejšie je merať vzdialenosť dna recesie od hodnoty dlhodobého priemerného tempa rastu HDP tej istej krajiny. Tak sa odhalí hĺbka recesie zohľadňujúca pomery danej ekonomiky. Preto v **Grafe 2** vyjadrujeme amplitúdu výkyvu v tempe rastu ako rozdiel medzi zmenou reálneho HDP v roku 2009 a priemerným tempom zmeny reálneho HDP v období 1998 – 2008.

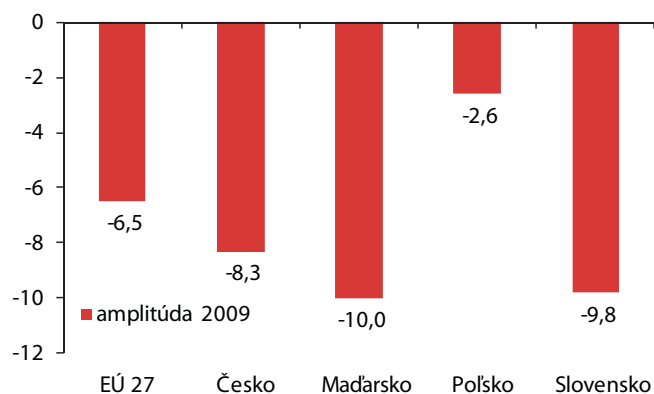
Takto vyjadrená amplitúda výkyvu je pochopiteľne väčšia v tzv. konvergujúcich štátoch (ktoré dobiehajú úroveň najvyšších). V tých sa totiž konfrontuje vysoká hodnota priemerného dlhodobého rastu HDP pred recesiou s hlbokým poklesom počas nej. Veľká amplitúda výkyvu v konvergujúcich krajinách tak nevyplýva len z hlbokého prepadu reálneho HDP počas recesie, ale aj z relatívne vysokej hodnoty tempa rastu pred recesiou. Špecifickým prípadom by boli pobaltské ekonomiky, v prípade ktorých sa stretáva silný rast pred recesiou s extrémnym poklesom počas recesie.

Graf 1: Porovnanie hĺbky dna recesie: Medziročné zmeny reálneho HDP v %



Zdroj: Eurostat

Graf 2: Amplitúda výkyvu v tempe zmeny reálneho HDP (v percentuálnych bodoch)



Pozn: amplitúda výkyvu v roku 2009 = miera zmeny reálneho HDP v roku 2009 mínus priemerné tempo zmeny reálneho HDP v období 1998 až 2008

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

Konfrontácia zistení z **Grafo 1 a 2** vedie k záveru, že hoci bola miera poklesu reálneho HDP v SR v roku 2009 veľmi podobná miere priemerného poklesu v celej EÚ, je tento pokles vzhľadom na dlhodobé rastové pomery v SR podstatne dramatickejší ako v priemere za EÚ. Päťpercentný pokles je

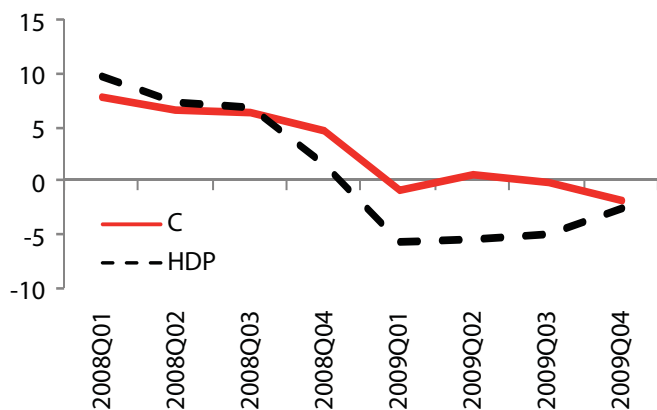
pocítovaný inak v krajinách s dlhodobou nízkym tempom rastu a inak v krajinách „zvyknutých na expanziu“. Pri porovnaní v rámci V4 je výsledok Slovenska veľmi podobný výsledku Maďarska a je mierne horší ako výsledok Česka. Hodnota amplitúdy výkyvu za Poľsko je mimoriadne priaznivá, keďže v Poľsku nedošlo k poklesu HDP.

ZMIERNENÁ REAKCIA SPOTREBY

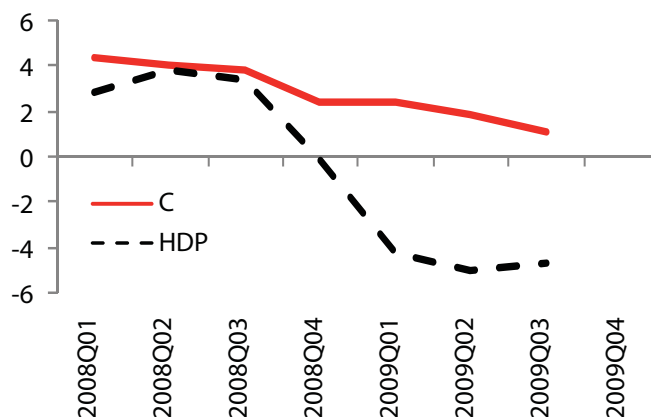
Existujú značné diferencie v miere, akou sa spotreba domácností (ako indikátor životnej úrovne) prispôsobila vývoju HDP. Slovensko patrí medzi ekonomiky, ktoré si dopriali isté „pohodlie“: spotreba domácností (zatiaľ) iba mierne zareagovala na pokles ekonomickej aktivity. V **Grafe 3A** figuruje niekoľko ekonomík s podobnou reakciou. Obzvlášť podobná je reakcia spotreby v SR, Česku a Nemecku. Po počiatočnom spomalení rastu spotreby a hrozbe poklesu tohto čísla hlbšie pod úroveň nuly prichádza nápadné povzbudenie (zrejme vplyv vládnych ale aj firemných politík na povzbudenie spotreby – vrátane tzv. šrotovného a pod.) a následné opätovné klesanie dynamiky spotreby. Vo všetkých troch krajinách je dobre vidieť vplyv „injekcie do spotreby“ aj s vyprchávaním jej účinku. Účinok opatrení na stimuláciu spotreby v SR nebol a ani nemohol byť dlhší ani silnejší ako v iných krajinách aplikujúcich podobnú politiku.

Graf 3A: Konfrontácia medziročných zmien reálneho HDP a reálnej spotreby domácností (C) v skupine štátov s miernou adaptáciou spotreby

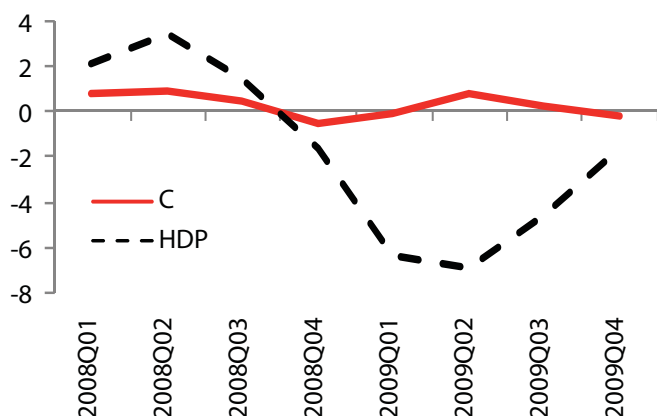
Slovensko



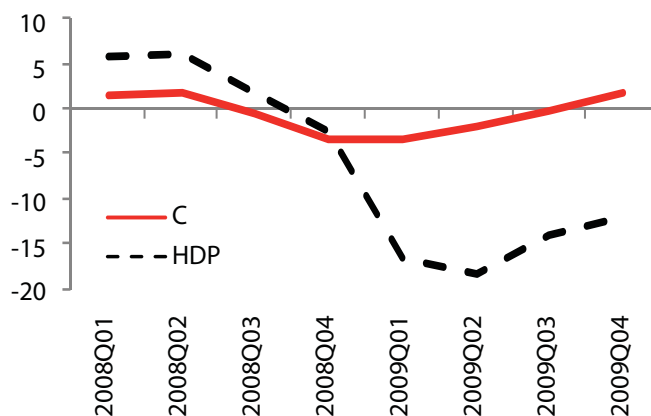
Česko



Nemecko

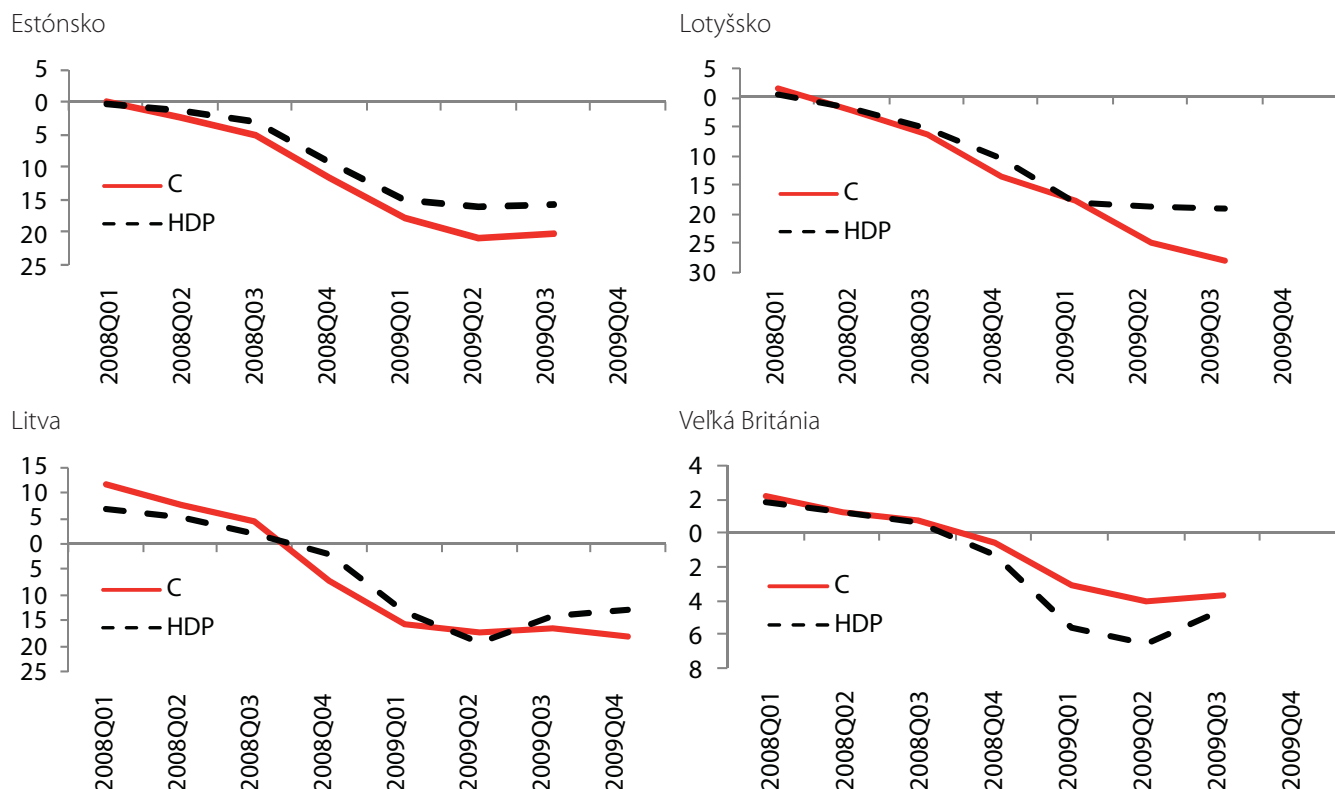


Švédsko



Zdroj: Eurostat

Graf 3B: Konfrontácia medziročných zmien reálneho HDP a reálnej spotreby domácností (C) v skupine štátov s výraznejšou adaptáciou spotreby



Zdroj: Eurostat

Do **Grafu 3B** sme vybrali niekoľko štátov s iným scenárom vývoja spotreby. V pobaltských štátoch alebo aj v Spojenom kráľovstve (UK) sa spotreba adaptovala na vývoj ekonomickej aktivity. Tu sa vládna politika nesnažila (alebo nedokázala) brániť poklesu spotreby domácností v podobnej dynamike, ako klesal reálny HDP.

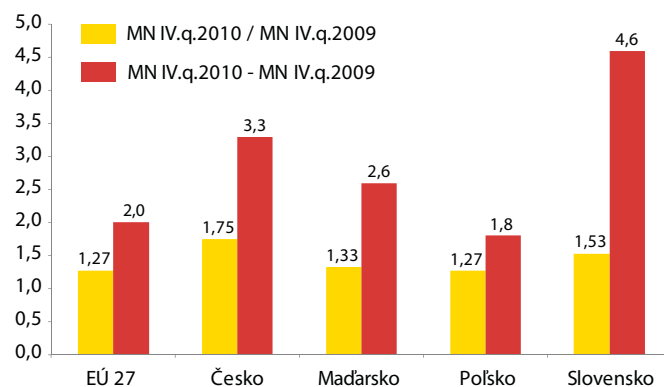
Prejavy spotrebne orientovanej hospodárskej politiky, aké boli prítomné v ekonomike SR, evidentne dokázali pozdržať reakciu spotreby na zmenený výkon ekonomiky. Takáto politika bola frekventovaná, z pohľadu politických elít nevyhnutná a z pohľadu čisto ekonomického sporná. Takýto scenár (s nasadením „vankúšov“ pod spotrebu) však zakladá riziko veľmi prudkej reakcie spotreby pri absencii ďalších stimulačných opatrení v prípade pokračovania nepriaznivého vývoja výkonu (HDP). Navyše zakladá nežiaduce očakávania domácností a nežiaduce modely ich správania pri výskyte podobnej recesie či pokračovaní tej aktuálnej.

DOPAD NA TRH PRÁCE: POMALŠIE, ALE ŤAŽŠIE

Zvláštnou kapitolou pri posudzovaní dopadov recesie býva dopad na trh práce. Nárast miery nezamestnanosti v priebehu recesie tu vyjadrujeme dvojako: aj ako rozdiel, aj ako podiel⁴⁾ mier nezamestnanosti v IV. štvrtroku 2009 a rovnakého štvrtroku 2008. Porovnávame rovnaké štvrtroky v záujme vyhnutia sa sezónnym faktorom. Tu zámerne nepracujeme s celoročnými údajmi o miere nezamestnanosti. Dôvodom je, že vplyv recesie na trh práce prichádzal postupne, gradoval smerom k poslednému štvrtroku 2009. Na začiatku roka 2009 dopad recesie na trh práce ešte nebol dobre čitateľný.

Prírastok miery nezamestnanosti (metodika výberového zisťovania) v SR o 4,6 percentuálnych bodov je podstatne nepriaznivejším výsledkom ako je priemerná hodnota za EÚ či hodnota v štátoch V4. Mierne korigujúco pôsobí pomer medzi mierami nezamestnanosti 1,53 (**Graf 4**), ktorý je síce vyšší ako priemer za EÚ, ale napr. priaznivejší ako v ČR. Vysvetlenie je jednoduché: v ekonomike SR bola miera nezamestnanosti pomerne vysoká aj pred recesiou. Preto je aj veľký medziročný nárast miery nezamestnanosti (4,6 p.b.) spojený s relatívne menšou relatívnou zmenou (1,53). Česká ekonomika predstavuje opačný prípad: pri nižšej východiskovej úrovni miery nezamestnanosti je aj menší nárast (o 3,3 p.b.) relatív-

Graf 4: Zmena miery nezamestnanosti v priebehu recesie (rozdiel a pomer MN v posledných štvrtkoch)



Pozn. MN- miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl. Rozdiel je v percentuálnych bodoch.

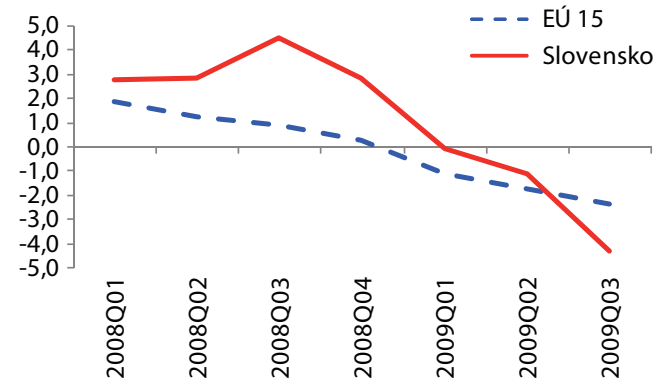
Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u

ne veľkou relatívnou zmenou (1,75). Opäť sa však nepotvrdilo, že by bol výsledok slovenskej ekonomiky priaznivejší ako v okolí. V tomto prípade skôr naopak.

Trh práce v SR bol citeľne zasiahnutý s väčším časovým oneskorením ako v priemere za štáty EÚ. Je to dobre čitateľné z **Grafu 5**: Krivka medziročných zmien celkovej zamestnanosti za SR sa stáča do nepriaznivých hodnôt neskôr ako v priemere za EÚ, v istom bode však už klesá hlbšie ako krivka za EÚ. Preto v určitom časovom momente (pri disponovaní iba údajmi za prvý polrok 2009) mohla vzniknúť ilúzia o úspechu slovenskej ekonomiky. V tomto môže byť jeden z dôvodov vzniku nesprávneho úsudku, že Slovensko zvládlo krízu lepšie ako ostatné európske štáty. Stačilo však počkať na údaje z ďalšieho obdobia a obraz sa zásadne zmenil. Hospodárska politika v SR teda viedla k dočasnému „odkladu“ prispôbenia sa zamestnanosti zmeneným objemom produkcie. Cenou za to môže byť celkovo pomalšia adaptácia trhu práce na zmenené pomery po recesii a odklad obnovenia rastu zamestnanosti.

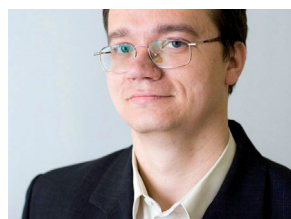
Údajné lepšie zvládanie recesie slovenskou ekonomikou nemá oporu v makroekonomických dátach. Oporu má azda odklad v adaptácii trhu práce či spotreby na recesiu. To je však sporný úspech, pretože spomalenie adaptácie na začiatku recesie môže znamenať aj celkovo dlhšiu adaptáciu. To znamená aj pomalšiu reakciu na známky oživenia ekonomiky. Po obnovení rastu reálneho HDP tak môže dlhšie trvať obdobie zotavenia trhu práce či spotreby domácností. Odklad či spomalenie adaptácie zvykne znamenať dlhšiu adaptáciu. Nejaký prebehnúť totiž musí.

Graf 5: Medziročný rast zamestnanosti v %. Až do prekriženia kriviek to vyzeralo, že Slovensko zvládla krízu lepšie



Pozn.: výpočet vychádza z počtu pracujúcich podľa výberového zisťovania pracovných síl.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Eurostat-u



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

1. Fico: Krízu sme zvládli lepšie ako ostatní. HNonline 7. 3. 2010. <http://hnonline.sk/c1-40957350-fico-krizu-sme-zvladli-lepsie-ako-ostatni>
2. Pozri napr.: Národníari ponúkajú to, čo tu bolo štyri roky. HNonline 6. 3. 2010. <http://hnonline.sk/c1-40932170-narodniari-ponukaju-to-co-tu-bolo-styri-roky>
3. J. Halecký: Sociálnu krízu na Slovensku nemáme, boj s krízou sme zvládli. TASR, 6. 3. 2010. <http://www.tasr.sk/25.axd?k=20100306TBB00118>
4. Rozdiel a podiel dávajú odlišnú informáciu kvôli inej východiskovej úrovni miery nezamestnanosti. Napr. pri relatívne nízkej východiskovej miere pôsobí aj malý prírastok veľkú relatívnu zmenu. Obe vyjadrenia sa tak vzájomne korigujú.



Vás
pozýva
na



Najvýznamnejšia medzinárodná zdravotnícka konferencia v strednej Európe venovaná zdravotnej politike a zdravotným systémom bude venovaná téme:

Finančná hrozba starnutia populácie a chronických ochorení: výzva k zdravotným reformám

Oblasti:

- manažment chronických chorôb
- financovanie a organizácia dlhodobej (ošetrovateľskej) starostlivosti

Jazykom konferencie je angličtina a čeština, zabezpečené je simultánne tlmočenie.

Ďalšie informácie a registrácia: www.ihsummit.eu

Registračný poplatok: 720 eur s DPH

>> **NEPREHLIADNITE!** Využite zľavu a zúčastnite sa na konferencii za zvýhodnený registračný poplatok.

>> **Zľavnená cena**

- pre čitateľov elektronického mesačníka HPI Zdravotná politika: 600 eur s DPH
- pre študentov a absolventov kurzov Health Management Academy: 400 eur s DPH

>> **Postup pri uplatnení zľavy:** kontaktujte nás na szalayova@hpi.sk. Po overení Vášho nároku na zľavu Vám zašleme e-mailom kód, ktorý pri registrácii na www.ihsummit.eu uvediete do poľa „Poznámka“ pri Kontaktných údajoch spoločnosti.

Organizátor konferencie:



Doplatky na lieky sa vláde znížiť nepodarilo

Rastú náklady na lieky, rovnako i spoluúčasť

[Vláda] sa zasadí o výrazné zníženie doplatkov obyvateľstva na lieky a zdravotnícke pomôcky.



Programové vyhlásenie vlády, august 2006

Napriek deklaráciám vlády o dosiahnutí cieľa v podobe zníženia spoluúčasti v zdravotníctve, najmä doplatkov na lieky hrađených z verejného zdravotného poistenia, oficiálne dáta ukazujú na opak. Pri porovnaní dát za roky 2003 – 2009 vidno, že náklady i spoluúčasť pacientov rástli počas celého sledovaného obdobia. Spoluúčasť pacientov navyše rastie rýchlejšie než náklady na lieky z verejného zdravotného poistenia – t.j. stále viac nákladov sa presúva na priame platby pacientov. Analýza ukázala rezervy v generickej substitúcii: pacienti by mohli doplácať o 29 % menej, ak by užívali generické lieky s nižším (alebo nulovým) doplatkom. Otázne zostáva, či je prípadné zvýšenie cien (resp. doplatkov) sprevádzané aj adekvátnym nárastom zdravotného benefitu a aké je rozloženie spoluúčasti v populácii, najmä vo vzťahu k príjmovým skupinám.

METODICKÉ POZNÁMKY

Analýza bola vykonaná na dátach Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI). Sú to údaje vykázané lekárňami jednotlivým poisťovniam ako podklad pre úhrady, ktoré tieto poisťovne potom povinne hlásia NCZI. Tieto dáta boli pri spracovaní očistené o údaje o liekoch bez úhrady zo zdravotného poistenia a dietetické potraviny tak, aby obsahovali len lieky plne alebo čiastočne hrađené zo zdravotného poistenia – či už zaradené v kategorizácii liekov alebo hrađené na základe individuálneho schválenia úhrady zdravotnou poisťovňou nad rámec kategorizácie.

Analýza spotrieb liekov bola vykonaná na období rokov 2003 – 2009. Väčšinu sledovaného obdobia tvoria roky pred zavedením eura na Slovensku. Prepočítavanie nákladov a cien podľa výmenných kurzov z daného obdobia (metodologicky asi správne, avšak zmena kurzu mala v niektorých rokoch väčší vplyv než zmeny nákladov, pričom efekt kurzových zmien nie je pre sledovanie vývoja zaujímavý) ako aj konverzným kurzom (metodologicky nesprávne, ale zachová tie

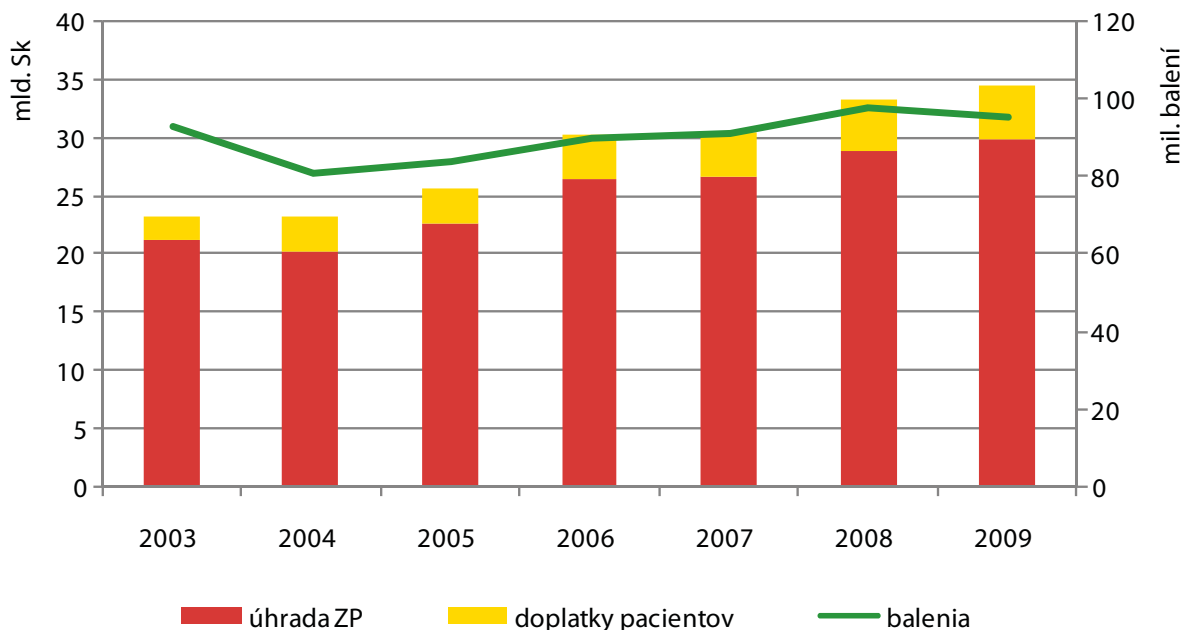
zmeny, ktoré sú podstatné) bolo nahradené používaním slovenských korún v celej analýze. Údaje za rok 2009 boli prepočítané na Sk konverzným kurzom (1 EUR = 30,126 Sk).

Časť liekov nebolo možné priradiť ku konkrétnej ATC skupine (v 2003 cca 3 % nákladov, neskôr <1%), v porovnaní štandardných dávok a ATC skupín tak nie sú zahrnuté. Ide najmä o individuálne pripravované lieky a lieky hrađené nad rámec kategorizácie.

VÝVOJ SPOTRIEB A NÁKLADOV NA HRAĐENÉ LIEKY 2003 – 2009

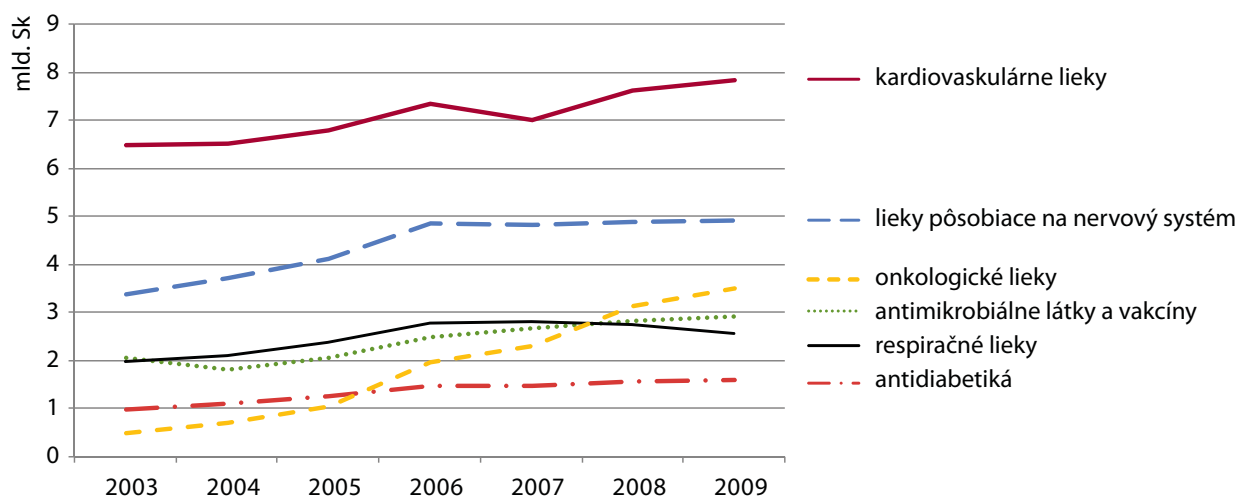
Náklady na hrađené lieky stále v celom sledovanom období stúpajú. Aj keď nedávne referencovanie cien pomohlo znížiť ceny jednotlivých liekov, nezmenilo trend používania stále drahších liekov – cena za balenie stúpala od roku 2003 z 249,52 SK na 361,24 Sk. Významne najviac v posledných rokoch rástli náklady na onkologické lieky (skupiny L01 a L02 podľa ATC), ktoré sa od roku 2003 zvýšili viac ako 7-násobne,

Graf 1: Porovnanie vývoja nákladov zdravotných poisťovní a pacientov na lieky (ľavá os) a počtu predpísaných balení (pravá os)



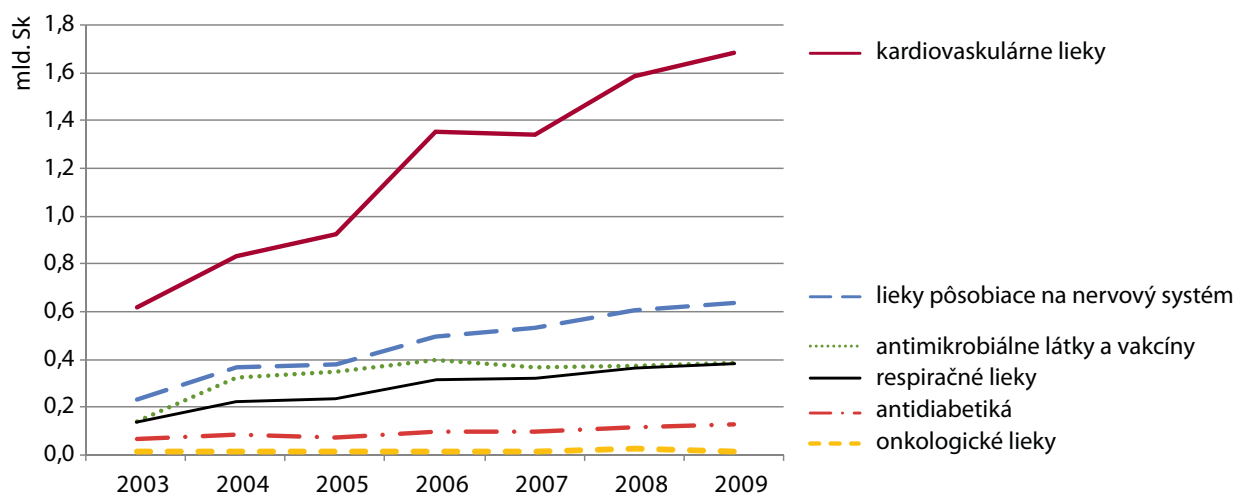
Zdroj: dáta NCZI, kalkulacióni HPI, 2010

Graf 2: Vývoj celkových nákladov na vybrané skupiny liekov (v mld. Sk)



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

Graf 3: Vývoj spoluúčasti pacientov na vybrané skupiny liekov (v mld. Sk)



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

pričom priemerná cena balenia stúpala takmer na 4-násobok (z 2428 na 9183 Sk za balenie, cena za štandardnú dávku liečiva (ŠDL) sa zvýšila až 5,6-násobne) a ich podiel na celkových výdavkoch na lieky stúpol z 2 na 10 %. Náklady na iné lieky stúpali menej rýchlo, ale žiadna skupina neklesala.

Počet balení sa zvyšuje len veľmi mierne, v niektorých rokoch došlo aj k ich poklesu. Zvyšuje sa však počet štandardných dávok liečiva (parameter približne predstavujúci počet denných dávok liečiva) celkovo ako aj v jednom balení lieku (predpisujú sa väčšie balenia než predtým). Počet štandardných dávok vzrástol od 2003 o 38,6 %, najviac v skupine psychofarmák (79,8 %), KVS liekov (57,9 %) a antidiabetík (55,2 %).

Skokový nárast štandardných dávok sa vyskytol po zavedení regresívnej marže (od 1.1.2008), kedy stúpol medziročne počet predaných ŠDL o 23 % a počet ŠDL v balení o 14 %. Aj napriek presunu v preskripcii k efektívnejším veľkostiam balení sa týmto opatrením nepodarilo úspešne ovplyvniť celkovú spotrebu liekov. Počet balení v tomto roku narástol o 7,1 %, celkové náklady o 9,1 % a objem spoluúčasti pacientov až o 14 %.

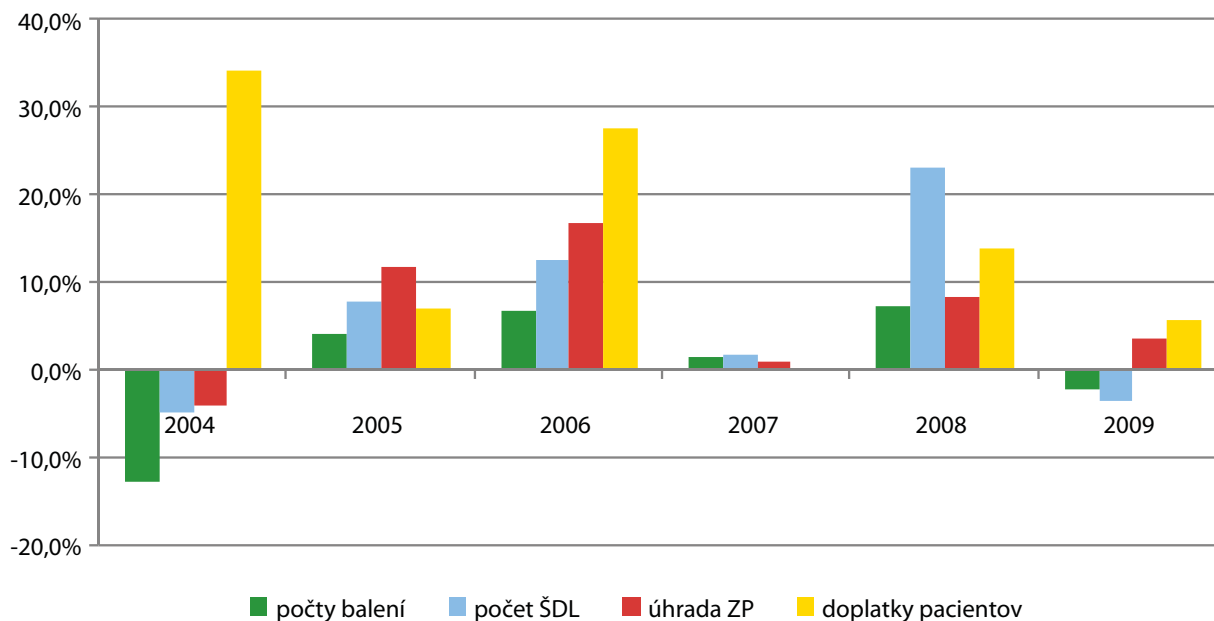
SPOLUÚČASŤ PACIENTOV

Objem doplatkov, ktoré pacienti zaplatili za kategorizované lieky, narástol od roku 2003 viac ako 2-násobne. Doplatky na lieky rástli počas predchádzajúcej, ako aj počas súčasnej vlády. **V roku 2009 pacienti zaplatili na lieky o 20,7 % viac ako v roku 2006** (inflácia za toto obdobie bola 9,8 %). Tento rast bol nižší než rast spoluúčasti počas predchádzajúcej vlády (+83 % medzi rokmi 2003 a 2006, s infláciou 15,4 %).

Kým zvyšovanie spoluúčasti patrilo k deklarovaným nástrojom Zajacovej reformy na reguláciu nadmerného dopytu a zvyšovanie zodpovednosti, súčasná vláda tvrdí, že pacienti majú platiť za lieky menej a že sa im tento cieľ podarilo splniť. Oficiálne údaje však tieto tvrdenia vyvracajú.

Doplatky pacientov rastú rýchlejšie než náklady na lieky z verejného zdravotného poistenia – stále viac nákladov sa tak presúva na priame platby pacientov. **V roku 2003 bola miera spoluúčasti 9,1 %, do roku 2006 stúpala na 12,8 % a v roku 2009 dosiahla až 13,6 % všetkých nákladov na plne alebo čiastočne hrazené lieky.** Pri 100 najpredpisovanejších liekoch¹⁾ tvorila dokonca až 26,3 % (oproti 13,5 % v 2003 alebo 21,6 % v 2006).

Graf 4: Medziročná zmena v počte predpísaných balení, štandardných dávok, úhradách ZP a doplatkoch pacientov



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

Zvyšoval sa aj priemerný doplatok za jedno balenie lieku. Kým v roku 2003 pacienti zaplatili za balenie priemerne 22,7Sk, v roku 2006 to už bolo 43,0Sk a v minulom roku dokonca 49,0Sk. Keďže sa zároveň zvyšoval aj počet štandardných dávok v baleniach, doplatky za štandardnú dávku stúpali pomalšie. Medzi rokmi 2003 a 2006 narástli o 59,1 % a medzi rokmi 2006 a 2009 o 0,2 %, pričom medzi rokmi 2006 a 2008 klesali, v 2009 bol nárast oproti predchádzajúcemu roku takmer 10 %.

Doplatky rástli aj pri 100 najpredpisovanejších liekoch. Kým medzi rokmi 2003 a 2006 bol tento nárast nižší ako pri všetkých liekoch (67 % pre TOP 100 vs. 83 % pre všetky lieky), v neskoršom období (2006 až 2009) rástli doplatky najpredpisovanejším liekom rýchlejšie než pri všetkých liekoch (34 % pre TOP 100 vs. 21 % pre všetky lieky), aj keď samozrejme v oboch porovnaniach bol nárast spoluúčasti vyšší v prvom období.

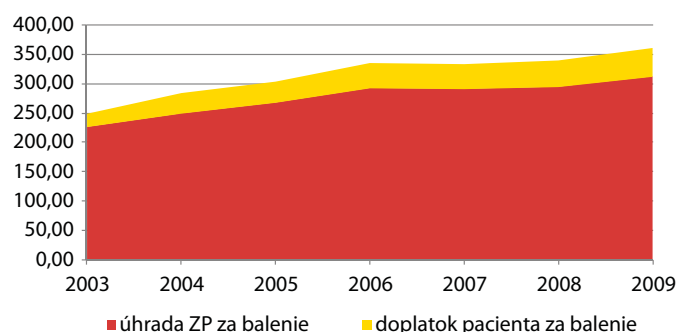
PACIENTI MOHLI PLATIŤ AŽ O 30 % MENEJ

Ministerstvo zdravotníctva sa aj teraz aj v druhej polovici volebného obdobia predchádzajúcej vlády snažilo každú novú kategorizáciu prezentovať znižovaním doplatkov pacientov

a vyhláseniami, že na každé ochorenie existuje liek bez doplatku alebo s nízkym doplatkom. Výsledky analýzy však naznačujú, že tieto ciele zostávajú nenaplnené a miera spoluúčasti sa zvyšuje. Jedným z dôvodov je aj predpisovanie liekov s vyššími doplatkami. **Pacienti mohli doplácať v minulom roku až o 29 % menej, ak by užívali lacnejšie generické lieky (s rovnakou účinnou látkou zaradené do rovnakej skupiny v kategorizačnom zozname²⁾).** Paradoxne, najvyššiu úsporu mohli pacienti dosiahnuť pri onkologických liekoch, až 64 % všetkých zaplatených doplatkov, aj keď doplatky pri onkologických liekoch boli aj pri takomto rozdieli nižšie než priemerné doplatky. Vysoké rozdiely sú aj pri anti-diabetikách a hormonálnych prípravkoch (cca 40 %).

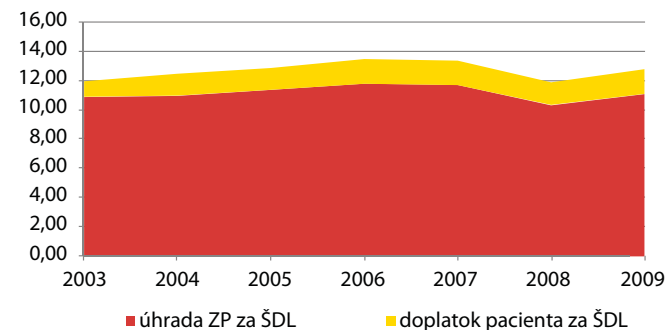
Rozdiel medzi reálnymi a najnižšími možnými doplatkami pri zachovaní rovnakej účinnej látky je trvalým javom a v sledovanom období sa pohyboval medzi 23 až 29 % bez zjavných vývojových trendov (po stabilnom vývoji nastal mierny pokles v roku 2007, ktorý sa postupne vrátil na pôvodné hodnoty). Ide pritom o doplatky, ktoré pacienti nemuseli zaplatiť aj na základe existencie generickej substitúcie, keď má lekár aj lekárnik³⁾ povinnosť informovať pacienta o existencii tzv. generického lieku (t.j. lieku s rovnakou účinnou látkou, ale iným doplatkom pacienta).

Graf 5: Vývoj priemernej úhrady ZP a doplatku pacienta na jednom balení lieku (v Sk)



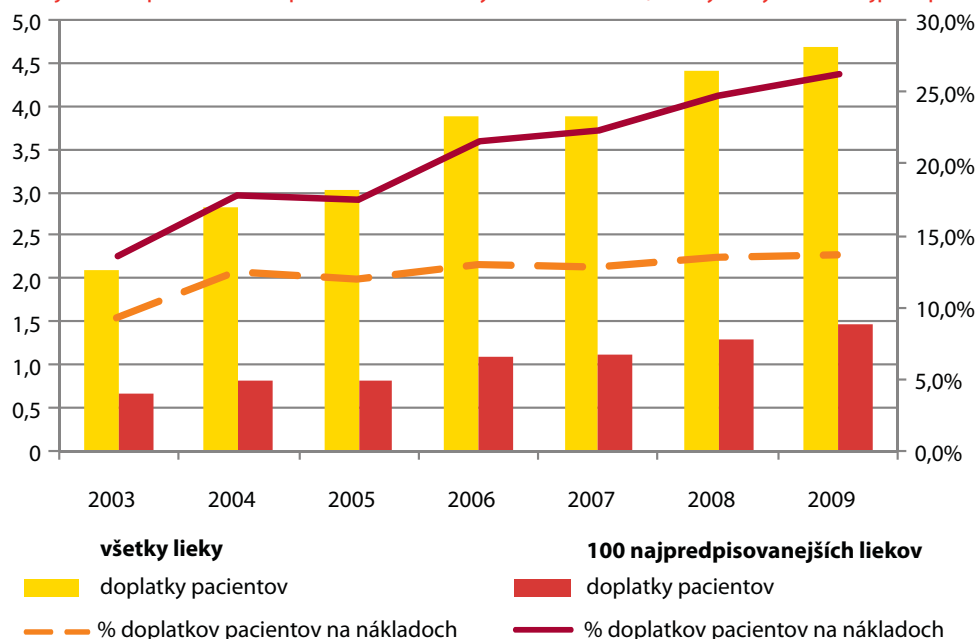
Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

Graf 6: Vývoj priemernej úhrady ZP a doplatku pacienta na štandardnej dávke liečiva (v Sk)



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

Graf 7: Porovnanie objemu doplatkov a ich podielu na celkových nákladoch (všetky lieky a 100 najpredpisovanejších liekov)



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

Generická substitúcia bola explicitne zavedená do zákona od 1. 12. 2004, ale vtedajšie znenie z nej robilo veľmi komplikovaný proces. Jej zavedenie, ani zjednodušenie v roku 2007 nemalo žiaden vplyv na podiel „zbytočných“ doplatkov. Po zmene pozitívneho zoznamu definovania generickej substitúcie (zoznam liečiv, pri ktorých je možné vykonať substitúciu) na negatívny zoznam (zoznam liekov, pri ktorých je substitúcia zakázaná), ktorý by mal ďalej zjednodušovať výmenu liekov, došlo dokonca k nárastu podielu takýchto doplatkov (zmena bola platná od 1.1.2008, pričom medzi rokmi 2007 a 2008 sa objem „zbytočných“ doplatkov zvýšil o 27,8 %).

Zlepšenie je možné dosiahnuť povinnosťou generickej substitúcie alebo zavedením generickej preskripcie.

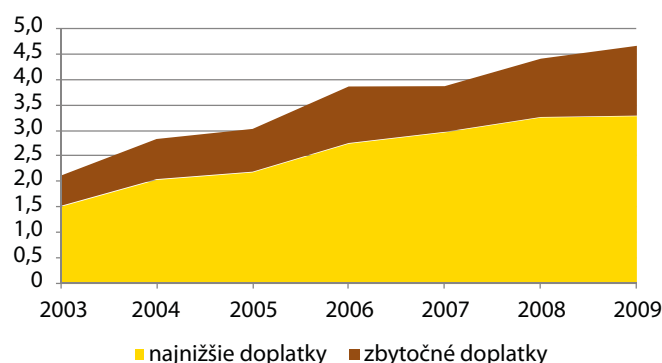
AKO MERAŤ SPOLUÚČASŤ PACIENTOV?

Zmenu spoluúčasti pacientov je možné hodnotiť z viacerých pohľadov a tým pádom aj viacerými metódami. Neznamená to, že nejaký spôsob je zlý alebo „zavádzajúci“, len ho treba vedieť správne interpretovať.

Celkový objem spoluúčasti vyjadruje priemerné zaťaženie pacientov, **podiel na celkových nákladoch** zase hovorí o miere presunu záťaže medzi verejnými zdrojmi a priamym zaťažením obyvateľstva a je teda mierou solidarity systému. Hodnotenie vývoja **priemerných doplatkov za balenie alebo dennú dávku** vyjadruje, aké drahé balenia alebo dávky (z pohľadu pacienta) sa používajú, pričom ich nárast môže nastať z dôvodu nárastu doplatkov konkrétnych liekov, z dôvodu presunu k drahším liekom, zmene veľkosti balenia alebo aj presunom k účinnejším „koncentrovanejším“ liekom.

Porovnávanie vývoja medzi **100 najpredpisovanejšími liekmi** ukazuje koľko pacienti najčastejšie doplácajú za lieky. Na druhej strane, katastrofické náklady majú skôr zriedkavejšie ochorenia, ktorých liečba sa medzi najpredpisovanejšie lieky nedostane (napr. onkologické lieky), a práve pred takýmito nákladmi by malo zdravotné poistenie dostatočne chrániť. Toto podporuje aj fakt, že 100 najpredpisovanejších

Graf 8: Vývoj zbytočných doplatkov pacientov



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

liekov je významne lacnejších než priemer (priemerná cena lieku medzi 100 najpredpisovanejšími liekmi predstavuje len 46 % celkovej priemernej ceny).

Hodnotenie miery spoluúčasti a celkového objemu zdrojov z priamych platieb na hrađených liekoch je však treba vnímať aj v kontexte toho, že hodnotíme len kategorizované lieky (pri voľnopredajných liekoch nie je možné posúdiť potrebu užívania lieku pacientom). Vyradením liekov s vyššími doplatkami z úhrady sa opticky dosiahne zníženie podielu aj celkového objemu spoluúčasti, pričom zaťaženie pacientov sa v skutočnosti zvýši.

Ani jeden zo spomínaných hodnotiacich parametrov však neodpovedá na dve dôležité otázky: či je prípadné zvýšenie cien (resp. doplatkov) sprevádzané aj adekvátnym nárastom zdravotného benefitu a aké je rozloženie spoluúčasti v populácii, najmä vo vzťahu k príjmovým skupinám, pretože to sa zo samotných údajov o spotrebe nedajú posúdiť. Téma dopadu na príjmové skupiny sa venovali v niekoľkých analýzach Š. Kišš a M. Filko. Z publikovaných dát⁴⁾ vyplýva, že Zajacova reforma zvýšila záťaž najnižších príjmových skupín a táto sa už ďalej nezmenšovala (dáta do roku 2008).

Ukazuje sa, že systém poistenia na Slovensku dnes nedokáže ochraňovať práve pred individuálnymi katastrofickými nákladmi jednotlivcov. Toto by riešilo zavedenie tzv. **maximálneho stropu pre spoluúčasť**, keď by pacient hradil doplatky len do dosiahnutia určitej výšky spoluúčasti. Výška hranice by nemala byť príliš vysoká, aby naozaj chránila pred katastrofickými nákladmi. Na druhej strane by ale nemala byť ani príliš nízka, pretože ak by ju bolo „jednoduché“ dosiahnuť, mohla by viesť k nadmernému vyberaniu liekov, napr. do zásoby na ďalšie obdobie. Práve pre toto riziko zneužívania je vhodnejšie vytvoriť viaceré pásma postupne sa znižujúceho podielu spoluúčasti, alebo pre jednoduchosť, ponechať isté percento spoluúčasti pacientovi aj po prekročení tejto hranice (poistovnía by napr. kryla 80 % spoluúčasti). Pred zavedením tohto opatrenia by tiež bolo potrebné zaviesť opatrenia, ktoré by zabráňovali predpisovaniu liekov napr. pre celú rodinu len na jedného jej člena.

- 1 100 najpredpisovanejších liekov sa určilo ako prvých 100 liekov zoradených podľa počtu uhradených balení v každom sledovanom roku.
- 2 Ďalšou rezervou, ktorá v tomto modeli nebola vyhodnocovaná, by mohla byť aj zmena terapie na inú účinnú látku s podobným účinkom, ale nižším doplatkom pacienta.
- 3 Možnosti lekárnika sú v tomto smere do istej miery obmedzené, keďže musia zachovať aj veľkosť predpísaného balenia, ktoré lekár predpísal.
- 4 Viď napr. <http://komentare.sme.sk/c/5292305/aky-zajac-taky-fico.html>



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

Tabuľka 1: Výdavková časť rozpočtu zdravotných poisťovní na rok 2010 v tis. EUR

		2010p*				2009o**	Index 2010/2009
	Výdavky	VŠZP	Dôvera	Union	Spolu	Spolu	%
A.	Zdravotná starostlivosť spolu	2 385 391	750 181	175 670	3 311 242	3 173 047	4%
A.1	Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	846 540	258 463	59 773	1 164 776	1 075 217	8%
	Lieky, zdravotnícke pomôcky	751 777	228 035	47 105	1 026 917	945 329	9%
	Zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	94 763	30 429	12 668	137 860	129 888	6%
A.2	Ambulantná ZS	883 263	239 671	68 385	1 191 319	1 187 715	0%
	Všeobecná zdravotná starostlivosť	181 253	54 751	22 108	258 112	270 354	-5%
	Špecializovaná zdravotná starostlivosť	280 091	68 095	15 930	364 116	392 186	-7%
	Stomatologické služby	76 124	24 603	7 245	107 972	113 546	-5%
	Iná zdravotná starostlivosť (SValZy)	345 794	92 222	23 102	461 118	411 629	12%
A.3	Ústavná ZS	637 657	247 415	45 877	930 950	886 115	5%
	Všeobecná nemocničná starostlivosť	459 134	177 457	35 063	671 653	644 807	4%
	Špecializovaná nemocničná starostlivosť	149 763	58 393	9 100	217 256	201 308	8%
	Služby opatrovateľských domovov a zariadení	28 761	11 565	1 714	42 040	40 000	5%
A.4	Cudzinci, bezdomovci, EÚ	17 931	4 631	1 635	24 197	24 000	1%
B.	Výdavky na správu	83 873	32 693	8 380	124 946	120 000	4%
C.	Ostatné výdavky	18 562	5 899	1 416	25 877	25 000	4%
C.1	Príspevok ZP na činnosť úradu	10 441	3 318	791	14 550	14 000	4%
C.2	Príspevok ZP na činnosť OS	8 121	2 581	626	11 328	11 000	3%
D.	Výdavky spolu (A + B + C)	2 487 826	788 772	185 467	3 462 065	3 318 047	4%

Zdroj: * Prognóza HPI na rok 2010 na základe rozpočtov ZP predložených do vlády, VŠZP je súčtom rozpočtu pôvodnej VŠZP a SZP, Dôvera je súčtom rozpočtu pôvodnej ZP Dôvera a ZP Apollo.

** Odhad HPI na rok 2009 na základe upravených rozpočtov ZP

Rozpočty zdravotných poisťovní na rok 2010: rast 4 %

Hospodárska kríza sa na hospodárení zdravotných poisťovní významne prejaví aj v roku 2010. Rozpočty zdravotných poisťovní predpokladajú len 4 % rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť (**Tabuľka 1**), pričom najrýchlejšie rastúcou položkou budú lieky (+ 9 %) a SvaLZy (+ 12 %). Naopak, pokles zaznamenajú všetky typy ambulantnej starostlivosti – všeobecní lekári (-5 %), špecialisti (-7 %) a aj zubári (-5 %). Z ústavnej starostlivosti budú mierne rásť všeobecné nemocnice (+ 4 %) a najmä špecializované nemocnice (+ 8 %).

Z výdavkovej štruktúry je nápadné, že rastúce výdavky na lieky a SvaLZy budú vykryté z poklesu váhy ambulantného sektora. Váha liekov sa mierne zvýši z 28,5 % na 29,7 % pričom pokles relatívnej váhy zaznamenajú najmä všeobecní lekári a špecialisti. Celkovo sa ich váha zníži z 19,9 % na 18 % (!). Pozícia všeobecných nemocníc sa nezmení a zostáva na 19,4 % celkových výdavkov (**Tabuľka 2**).

Pri porovnaní výdavkovej štruktúry jednotlivých poisťovní môžeme nájsť pozoruhodné výsledky:

1. VŠZP míňa najviac na lieky (30,2 %), kým Dôvera 28,9 % a Union iba 25,4 %.
2. Union však míňa relatívne viac na zdravotnícke pomôcky (6,8 %), kým VŠZP a Dôvera zhodne na úrovni 3,8 % – 3,9 %.
3. Union uprednostňuje všeobecných lekárov pred špecialistami (11,9 % ku 8,6 %), pričom vo VŠZP (7,3 % ku 11,3 %) a Dôvere (6,9 % ku 8,6 %) je to naopak.
4. Na lôžkovú starostlivosť míňa najviac Dôvera (až 31,4 %), a to ako na všeobecné (22,5 %), tak aj na špecializované nemocnice (7,4 %). VŠZP a Union na ústavnú starostlivosť míňajú veľmi podobne: 25,6 % , resp. 24,7 %, pričom na všeobecné nemocnice (18,5 %, resp. 18,9 %) dávajú o 4 percentuálne body menej ako Dôvera.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 2: Výdavková štruktúra zdravotných poisťovní v roku 2010 v %

	2010p*				2009o**	Rozdiel 2010-2009
Výdavky	VŠZP	Dôvera	Union	Spolu	Spolu	+/-
A. Zdravotná starostlivosť spolu	95,9 %	95,1 %	94,7 %	95,6 %	95,6 %	0,0 %
A.1 Zdravotnícke výrobky, prístroje a zariadenia	34,0 %	32,8 %	32,2 %	33,6 %	32,4 %	1,2 %
Lieky, zdravotnícke pomôcky	30,2 %	28,9 %	25,4 %	29,7 %	28,5 %	1,2 %
Zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	3,8 %	3,9 %	6,8 %	4,0 %	3,9 %	0,1 %
A.2 Ambulantná ZS	35,5 %	30,4 %	36,9 %	34,4 %	35,8 %	-1,4 %
Všeobecná zdravotná starostlivosť	7,3 %	6,9 %	11,9 %	7,5 %	8,1 %	-0,7 %
Špecializovaná zdravotná starostlivosť	11,3 %	8,6 %	8,6 %	10,5 %	11,8 %	-1,3 %
Stomatologické služby	3,1 %	3,1 %	3,9 %	3,1 %	3,4 %	-0,3 %
Iná zdravotná starostlivosť (SvaLZy)	13,9 %	11,7 %	12,5 %	13,3 %	12,4 %	0,9 %
A.3 Ústavná ZS	25,6 %	31,4 %	24,7 %	26,9 %	26,7 %	0,2 %
Všeobecná nemocničná starostlivosť	18,5 %	22,5 %	18,9 %	19,4 %	19,4 %	0,0 %
Špecializovaná nemocničná starostlivosť	6,0 %	7,4 %	4,9 %	6,3 %	6,1 %	0,2 %
Služby opatrovateľských domovov a zariadení	1,2 %	1,5 %	0,9 %	1,2 %	1,2 %	0,0 %
A.4 Cudzinci, bezdomovci, EÚ	0,7 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %
B. Výdavky na správu	3,4 %	4,1 %	4,5 %	3,6 %	3,6 %	0,0 %
C. Ostatné výdavky	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,0 %
C.1 Príspevok ZP na činnosť úradu	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %
C.2 Príspevok ZP na činnosť OS	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %
D. Výdavky spolu (A + B + C)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %	0,0 %

Zdroj: * Prognóza HPI na rok 2010 na základe rozpočtov ZP predložených do vlády, VŠZP je súčtom rozpočtu pôvodnej VŠZP a SZP, Dôvera je súčtom rozpočtu pôvodnej ZP Dôvera a ZP Apollo.

** Odhad HPI na rok 2009 na základe upravených rozpočtov ZP

Pozvánka na diskusiu

13. apríla 2010

o zdravotníckych programoch politických strán



Život je ako bonboniéra,
vravievala mama Forresta Gumpa.
Nikdy vraj neviete, aký kúsok si z nej vyberiete.
Je však dobré vedieť, **z čoho** si vyberáte.

Foto: Yuichi Sakuraba

Slovensko čakajú v júni 2010 **parlamentné voľby**, ktoré na ďalšie roky ovplyvnia hospodárske a spoločenské smerovanie krajiny. Keďže **zdravotníctvo** patrí k rezortom, ktoré sú najväčšmi závislé od politických rozhodnutí, výsledok volieb bude mať podstatný vplyv aj na budúce smerovanie zdravotnej politiky.

Health Policy Institute Vás srdečne pozýva na **odbornú diskusiu** o zdravotnej politike s jej (možnými) budúcimi tvorcami. Spoločne s Vami budeme hľadať odpoveď na otázku:

ČO ČAKÁ SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO PO VOĽBÁCH?

Volebné programy v oblasti zdravotníctva prídu predstaviť zástupcovia jednotlivých politických strán a hnutí. V diskusii s verejnosťou budú mať vyčlenený priestor na ich obhajobu.

Kedy: utorok **13. apríla 2010** od **17:00**

Kde: v priestoroch SFPA v Bratislave na **Hviezdoslavovom nám. 14**, 2. poschodie vpravo

Program: Predstavenie volebných programov jednotlivých politických strán v oblasti zdravotníctva (10 minút prezentácia + 5 minút diskusia k odprezentovanému volebnému programu)

Čas	Téma	Prednášajúci
17,00 hod – 17,05 hod	Privítanie	Ing. Peter Pažitný, MSc. Health Policy Institute
17,05 hod – 17,15 hod	Financovanie zdravotníctva v roku 2010	Ing. Karol Morvay, PhD. Health Policy Institute
17,15 hod – 17,20 hod	Návrh riešení pre lepšie zdravotníctvo	Mgr. Robert Žitňanský Inštitút pre dobre spravovanú spoločnosť
17,20 hod – 17,35hod	Volebný program ĽS-HZDS	MUDr. Jozef Halecký Ľudová strana – Hnutie za demokratické Slovensko
17,35 hod – 17,50 hod	Volebný program SMK	MUDr. Imrich Hugyivár Strana maďarskej koalície
17,50 hod – 18,05 hod	Volebný program SNS	MUDr. Štefan Zelník Slovenská národná strana
18,05 hod – 18,20 hod	Volebný program Most–Híd	MUDr. Tibor Bastrnák Most–Híd
18,20 hod – 18,35 hod	Volebný program SaS	MUDr. Peter Kalist, MPH Sloboda a Solidarita
18,35 hod – 18,50 hod	Volebný program KDH	MUDr. Ivan Uhliarík Kresťanskodemokratické hnutie
18,50 hod – 19,05 hod	Volebný program SDKÚ-DS	MUDr. Viliam Novotný Slovenská demokratická a kresťanská únia – Demokratická strana
19,05 hod – 19,20 hod	Volebný program SMER-SD	<i>strana zatiaľ nenavrhla nominanta</i> Smer – sociálna demokracia
19,20 hod – 20,00 hod	Diskusia	

Poradie prednášateľov je zostavené vzostupne podľa volebných preferencií zverejnených dňa 11. 2. 2010 prieskumom agentúry Polis Slovakia.

Moderátor: Peter Pažitný

Cena: vstup voľný

Prihlásenie na diskusiu: Vzhľadom na obmedzenú kapacitu priestorov Vám odporúčame **včas potvrdiť účasť** na **0911 596 555** resp. **morvayova@hpi.sk**.

Porovnanie systému prerozdelenia v SR a ČR

Systémy prerozdelenia v SR a ČR vyrastajú na podobných základoch a zároveň trpia podobnými nedostatkami. Zároveň v sebe obsahujú prvky, ktoré sú jedinečné. Aké sú teda spoločné znaky a hlavné rozdiely?

1. V oboch systémoch je kladený absolútny dôraz na demografické prediktory (vek a pohlavie), pričom veľkou nevýhodou je, že absentujú prediktory zdravotného stavu. Predikčná sila oboch systémov je nízka (R^2 okolo 5 %). Okrem veku a pohlavia Slovensko od 1.1.2010 zaviedlo prediktor ekonomickej aktivity, ktorý určite prediktívnu silu slovenského prerozdelenia zvýši, zároveň môže byť systém menej odolný voči manipuláciám.
2. Miera prerozdelenia v ČR je 100 %, na Slovensku 95 %.
3. Základnou mernou jednotkou oboch systémov je tzv. standardizovaný, resp. prepočítaný poistenec. Kým v ČR je to žena v kohorte 15 – 19 rokov, tak na Slovensku je to muž v kohorte 20 – 24 rokov, pričom v oboch krajinách je najlacnejší muž v kohorte 20 – 24 rokov. Výsledkom je, že v ČR existujú skupiny poistencov, ktorí majú hodnotu indexu rizika nižšiu ako 1 (Graf 1), čo na Slovensku nie je možné.
4. Kým v ČR prerozdelenie administruje VŠZP cez tzv. osobitný účet, tak na Slovensku bol osobitný účet v roku 2004 zrušený a prerozdelenie administruje Úrad pre dohľad cez tzv. maticu prerozdelenia a jednotlivé saldá sa zúčtovávajú priamo voči jednotlivým poisťovňam a nie voči osobitnému účtu prerozdelenia.
5. V oboch krajinách existujú dve prerozdelenia. Kým na Slovensku je to mesačné (z výberu poistného) a ročné (z predpisu poistného), tak v ČR je prvé prerozdelenie z výberu a definovaných tokov a druhé prerozdelenie kompenzuje tzv. finančne náročnú starostlivosť. A práve tento typ prerozdelenia môže byť inšpiráciou aj pre slovenský systém.

Zaujímavé je porovnanie indexov rizika za rok 2009, ak by bol v oboch krajinách zhodný standardizovaný poistenec (muž, 20 – 24 rokov). Krivka u mužov sa medzi krajinami takmer nelíši, s výnimkou horného konca krivky – kým slovenská sa prudko sklápa dole (80+), tak česká ešte mierne stúpa (80 – 84) a klesá až potom (85+). Príčinou je zrejme neexistencia poslednej vekovej kohorty v SR. Pri ženách nie je situácia taká jednoznačná – vyzerá to, že index rizika nákladov u slovenských žien je vyšší ako u českých žien, pričom horný koniec krivky je diametrálne odlišný – kým v SR klesá, tak v ČR rastie, pričom tento fakt nedokáže vysvetliť ani chýbajúca veková kohorta v SR (Graf 2).

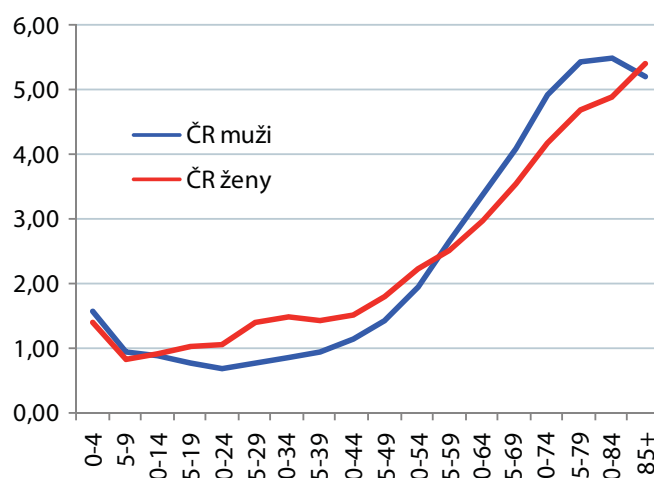
Zásadný rozdiel medzi systémom prerozdelenia v ČR a SR je tzv. sekundárne prerozdelenie. Kým na Slovensku neexistuje, tak v ČR slúži na kompenzáciu tzv. finančne náročnej zdravotnej starostlivosti. Podstata tohto sekundárneho prerozdelenia je v tom, že chráni zdravotné poisťovne pred vysokým finančným rizikom.

V prvom kroku sa stanoví hranica finančne náročnej zdravotnej starostlivosti. V prípade ČR je to zdravotná starostlivosť poskytnutá na území ČR, pri ktorej je výška úhrady príslušnou ZP u 1 poistenca v priebehu 1 kalendárneho roka vyššia ako 30-násobok priemerných nákladov na 1 poistenca v predchádzajúcom roku. Pri objeme 220 mld. Kč v roku 2009 to pre rok 2010 vychádza približne 660 000 Kč.

V druhom kroku má príslušná zdravotná poisťovňa nárok na úhradu 80 % zo sumy, o ktorú skutočné náklady na finančne náročnú liečbu prekročili vyššie uvedenú hranicu. V prípade, že liečba stála 1 000 000 Kč, tak ZP má nárok na 80 % z 340 000 Kč (1 000 000 Kč – 660 000 Kč), čo predstavuje 272 000 Kč.

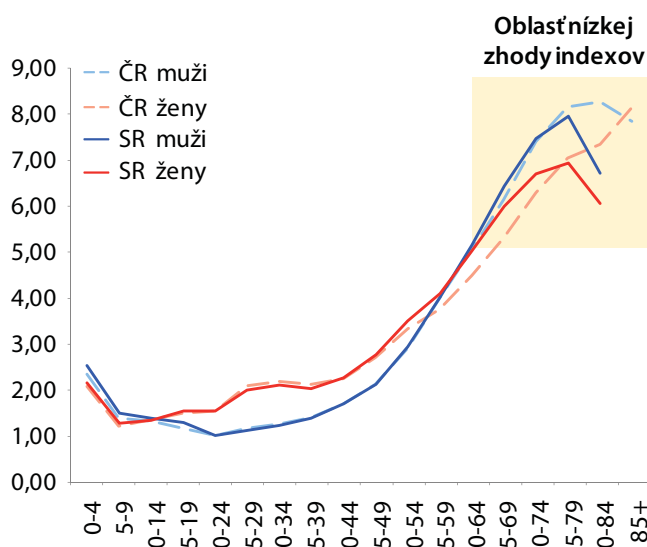
>>

Graf 1: Indexy rizika ČR v roku 2009



Zdroj: podklady Petra Schindlera

Graf 2: Porovnanie SR a ČR v relatívnej vzdialenosti indexov rizika pri rovnakom standardizovanom poistencovi (muž, 20 – 24 rokov) za rok 2009, keď v oboch krajinách boli hlavnými prediktormi iba vek a pohlavie



Zdroj: dáta za SR sú z MZ SR, dáta za ČR poskytol Peter Schindler, kalkulácie HPI

Tabuľka 1: Porovnanie hlavných prvkov prerozdelenia v ČR a SR

	Parameter	ČR – 2009	SR – 2009	SR – 2010
Miera prerozdelenia	0. Miera prerozdelenia poistného	100 %	95 %	95 %
Prediktory	1. Vekové skupiny	od 0 do 85 rokov po 5 rokov a nad 85 rokov	od 0 do 80 rokov po 5 rokov a nad 80 rokov	
	2. Pohlavie	muži/ženy		
	3. Ekonomická aktivita	nebola zohľadnená		áno, rozdelenie na poistencov štátu a na ekonomicky aktívnych
	4. Počet skupín (= 1 x 2 x 3)	36 (18 x 2)	34 (17 x 2)	78 (17 x 2 x 2)
Výpočet nákladových indexov	5. Priemerné náklady na poistenca v danej skupine	priemer nákladov všetkých zdravotných poisťovní na všetkých poistencov v danej skupine		
	6. Priemerné náklady na štandardizovaného poistenca	priemer nákladov všetkých zdravotných poisťovní na ženy vo veku 15 – 20 rokov	priemer nákladov všetkých zdravotných poisťovní na mužov vo veku 20 – 24 rokov	
	7. Nákladový index (= 5/6)	priemerné náklady na poistenca v danej vekovej skupine podľa veku a pohlavia priemerné náklady na štandardizovaného poistenca		
Výpočet sumy z prerozdelenia pre príslušnú zdravotnú poisťovňu	8. Podiel na 1 štandardizovaného poistenca	súčet poistného vybraného všetkými zdravotnými poisťovňami, celkovej platby štátu za svojich poistencov, penále, pokuty, a iné plnenia znížené o poplatky za účtovné operácie a vedenie účtu vs. celkový počet štandardizovaných poistencov všetkých zdravotných poisťovní	v mesačnom prerozdelení sa rieši tzv. vybrané poistné (koľko sa aktuálne vybralo), v ročnom prerozdelení tzv. predpísané poistné (koľko sa malo vybrať) vs. celkový počet štandardizovaných poistencov všetkých zdravotných poisťovní	
	9. Počet štandardizovaných poistencov príslušnej ZP	Každý poistenec príslušnej ZP sa prenášobí jeho nákladovým indexom a následne sa títo štandardizovaní poistenci sčítajú.		
	10. Celkové suma pre zdravotnú poisťovňu z prvého prerozdelenia (= 8 x 9)	podiel na 1 štandardizovaného poistenca x počet štandardizovaných poistencov príslušnej ZP		
Finančne náročná zdravotná starostlivosť	11. Finančne náročná zdravotná starostlivosť	Zdravotná starostlivosť poskytnutá na území ČR, pri ktorej je výška úhrady príslušnou ZP u 1 poistenca v priebehu 1 kalendárneho roka vyššia ako 30 násobok priemerných nákladov na 1 poistenca v predchádzajúcom roku (približne 660 000 Kč).	neexistuje	
	12. Celková suma pre zdravotnú poisťovňu z druhého prerozdelenia (= 80 % nad 11)	Príslušná ZP má nárok na úhradu 80 % zo sumy, o ktorú finančne náročná ZS prekročí vyššie uvedenú hranicu.	neexistuje	
Celkové zúčtovanie	13. Celkové zúčtovanie z oboch prerozdelení	Ak nedosahuje poistné vybrané príslušnou ZP celkovú čiastku, na ktorú má nárok z oboch prerozdelení, poukáže správca prerozdelenia tejto ZP chýbajúce finančné prostriedky.		Celkové zúčtovanie sa vykonáva cez tzv. ročné prerozdelenie na základe predpísaného poistného.

Zdroj: HPI, 2010 (údaje za ČR poskytol Peter Schindler z ČPZP)

Takýto spôsob prerozdelenia môže byť pre Slovensko inšpiratívny hneď z troch dôvodov:

1. chráni zdravotné poisťovne pred rizikom vysokých nákladov, pričom táto ochrana je dôležitá pre malé zdravotné poisťovne, ktoré nemajú dostatočne veľký kmeň na absorbovanie veľkých finančných rizík;
2. chráni spotrebiteľa, lebo finančné riziko sa rozkladá na všetky ZP a nielen na jeho konkrétnu ZP, čo spotrebiteľovi dáva väčší pocit bezpečia v systéme, že ZP nebude mať motiváciu náklady na jeho starostlivosť krátiť, prípadne nepokračovať v nákladnej liečbe;
3. znižuje motiváciu zdravotnej poisťovne k agresívnym metódam selekcie rizika (napr. golden handshake).

Podakovanie: moja vďaka za cenné informácie o systéme prerozdelenia v ČR patria Petrovi Schindlerovi z Českej průmyslovej zdravotní pojišťovny (ČPZP).



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

Zaoberá sa zdravotnou politikou,
ekonómiou zdravotníctva
a makroekonomiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Poskytnutie dôkazov pre zdravotnú politiku založenú na dôkazoch: Výskum porovnávania účinnosti v štyroch krajinách

Z anglického originálu „Providing evidence for Evidence-based Health Policies: Comparative Effectiveness Research in four Countries“ preložil Peter Pažitný. Originál článku vyšiel v CESifo - Journal of Institutional Comparisons, Volume 7, No. 4, Winter 2009.

Vo všetkých rozvinutých krajinách sa podiel zdravotníctva na HDP stále zvyšuje (Anderson, 2007). Tento vývoj je poháňaný aj stranou ponuky aj stranou dopytu: v zdravotníctve nové technológie a nové postupy zvyčajne nešetria zdroje (Newhouse, 1993) ale „kupujú“ dodatočné roky života. Tieto dodatočné roky života sú poväčšine prežité v lepšom zdraví, avšak spätne pôsobia vo forme zvýšenej spotreby a nákladov. Pokiaľ rast v iných oblastiach hospodárstva je vítaný, tak v zdravotníctve je napriek neoddiskutovateľnej role vo zvyšovaní blahobytu často vnímaný ako problematický. Časť z týchto obáv rastie z nevyhnutných redistribučných efektov univerzálneho poskytovania zdravotných služieb. Ďalšia časť obáv je poháňaná podozrením, že zdravotné služby sú poskytované neefektívne.

Predpokladá sa, že stakeholderi, aby maximalizovali svoje zisky, sú náchylní ťažiť z informačnej asymetrie a komplikovaných dodávateľsko-odberateľských vzťahov, ktoré sú charakteristické pre zdravotníctvo. Táto otázka je veľmi evidentná, avšak nie limitovaná len na farmaceutický sektor. Výrobcovia predstavujú nový liek a citujúc úspešné štúdie hľadajú finančné krytie vo verejných alebo súkromných schémach financovania. Avšak, tieto štúdie sú zvyčajne uskutočňované alebo financované samotnými výrobcami, takže ich vedecká kvalita býva často spochybňovaná (Relman a Angell, 2002). Navyše, v mnohých zdravotných systémoch si finančné krytie pre nový liek nevyžaduje dôkazy, že novší (a drahší) liek predstavuje skutočný medicínsky posun oproti porovnateľným existujúcim produktom. Výsledkom je, že farmaceutické výdavky sú nepotrebné zvýšené nákladnými pseudo objavmi (Relman a Angell, 2002).

Na pozadí tohto vývoja sa čoraz viac krajín usiluje zaviesť mechanizmy, ktoré zvyšujú efektívnosť zdravotníctva. Jedným z nástrojov je zriadenie nezávislej inštitúcie, ktorá oceňuje nové liečebné možnosti a širšie stratégie manažmentu

zdravotníctva z pohľadu ich relatívnej klinickej účinnosti, bezpečnosti, a v niektorých prípadoch aj ich relatívnych nákladov. V poslednom článku, Chalkidou a jej kolegovia (2009) preskúmali v štyroch krajinách kľúčové črty tzv. CER (Comparative Effectiveness Research) inštitúcií, čo by sme voľne mohli preložiť ako inštitúcií, ktoré sa zaoberajú **výskumom porovnávania účinnosti**. Konkrétne išlo o:

- Britský National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Francúzsky Haute Autorité de Santé (HAS)
- Nemecký Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Austrálsky Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS)

CER inštitúcie taktiež existujú v krajinách ako Kanada a Nový Zéland. V Spojených štátoch je v rámci súčasného ekonomického stimulu vyčlenených 1,1 mld. USD na vytvorenie CER (U.S. Congress, 2009). Výberom britského, francúzskeho, nemeckého a austrálskeho modelu autori pokrývajú CER inštitúcie priečne veľmi rozličnými zdravotnými systémami. Británia má daňový systém, národný systém jedného platiteľa, pričom Nemecko a Francúzsko používajú poisťný systém s možnosťou verejnej, alebo súkromnej voľby. Austrália má verejný daňovo financovaný systém, ktorý je doplnený možnosťou súkromného poistenia.

Tabuľka 1 (na nasledujúcich stranách) sumarizuje po preskúmaní hlavné charakteristiky štyroch CER inštitúcií. Austrália síce zriadila mechanizmus CER ako prvá, ale ten je limitovaný len na hodnotenie farmaceutických produktov. Oproti tomu NICE, HAS a IQWiG pokrývajú oveľa širšiu oblasť pôsobenia. Ich pracovné pole nezahŕňa len hodnotenie medicínskych technológií a postupov, ale taktiež vyhodnocovanie programov verejného zdravotníctva, poskytovanie informácií pacientom a v prípade HAS ešte aj akreditáciu nových nemocníc.

Inštitúcie CER sú vo verejnosti vnímané ako entity, ktoré podrobne zvažujú ekonomické náklady oproti zdravotným benefitom, aby mohli napr. podať informácie k procesu cenového rozhodnutia o nových liekoch. Avšak, s výnimkou NICE, ktorá zohľadňuje náklady vo svojich hodnoteniach už od svojich počiatkov v roku 1999, pôvodný účel skúmaných CER inštitúcií bol limitovaný na porovnávanie klinickej efektívnosti, pričom nákladová efektívnosť a skúmanie rozpočtových dopadov boli predstavené až neskôr, aby dopĺňali klinickú dimenziu.

Metódy hodnotenia sú podobné vo všetkých štyroch krajinách. Pri tvorbe vlastných odporúčaní sa všetky spoliehajú skôr na syntézu existujúcich primárnych štúdií než na vedenie vlastného primárneho výskumu. Na to existuje viacero dôvodov. Po prvé, primárne štúdie sú časovo náročné, pričom sekundárna syntéza štúdií umožňuje včasný trhový štart nových medicínskych technológií. Na druhej strane, rozpočtové obmedzenia, ktorým inštitúcie CER čelia (žiadna nedostáva viac ako 0,1 % z národných výdavkov na zdravotníctvo), činí vykonávanie vlastných štúdií finančne neuskutočniteľným.

Spoliehanie sa výlučne na sekundárny výskum však prináša niekoľko problémov. Po prvé, ako bolo poukázané vyššie, veľká časť klinických štúdií sa vykonáva samotnými výrobcami nových terapií a úplná transparentnosť týchto štúdií nie je často zaručená. Po druhé, porovnávanie medzi podobnými technológiami sú komplikované, keď počet dostupných štúdií je malý a metodológie štúdií sa odlišujú, ako býva častým zvykom. Aby sa inštitúcie CER s týmito komplikáciami vyrovnali, s narastajúcou mierou experimentujú s podmienenými rozhodnutiami o úhradách. V takomto prípade, nové terapie vstupujú na trh a získavajú predbežné finančné krytie v príslušnom zdravotnom systéme ale výrobcovia sú žiadaní predložiť dodatočné dôkazy pre pridanie hodnotu ich produktu aj po jeho uvedení na trh.

Žiadna z CER inštitúcií nie je úplne slobodná vo výbere predmetu svojho skúmania. Namiesto toho prioritizované témy sú určované vzájomne s účastníkmi zdravotného systému – tvorcami zdravotnej politiky, poisťovateľmi, poskytovateľmi a pacientami.

Postavenie odporúčaní CER inštitúcie sa líši podľa predmetu hodnotenia a krajiny. Rozhodnutia NICE v oblasti úhrady liekov sú napr. záväzné, pričom maximálne cenové odporúčania IQWiG slúžia iba ako infomácia a konečné rozhodnutie je prijímané Federálnou komisiou (FJC), ktorá zahŕňa zástupcov platiteľov (zdravotné poisťovne) a poskytovateľov (nemocnice a profesionálne asociácie). Odporúčania (guidelines) pre najlepšiu klinickú prax sú zvyčajne nezáväzné, ale zvyšuje sa úsilie zabezpečiť širšiu implementáciu. Tu má k dispozícii najrozmanitejšie nástroje NICE – od peňažných podnetov pre lekárov (cena zahŕňa náklady najlepšej praxe) až po záväzné dodržiavanie štandardov NICE pre akreditáciu poskytovateľov v NHS a záruku pre každého pacienta, že má právo na liečbu odporúčanú NICE.

ZHRNUTIE

Aj keď oblasť pôsobnosti hodnotenia a regulačné sily sa medzi jednotlivými CER inštitúciami líšia, tak okrem svojho všeobecného účelu zdieľajú kľúčové štrukturálne a technické charakteristiky. S rastúcou potrebou pridelovať obmedzené zdroje v zdravotníctve efektívne a spravodlivo, bude zdravotná politika založená na dôkazoch a inštitúcie CER ako jej základ neopretržite rásť na dôležitosti.

-pp-

(Tabuľka 1 je na nasledujúcich dvoch stranách)

Invalidné vozíky pre deti: ministerstvo ustúpilo

Kategorizácia zdravotníckych pomôcok mala od 1. apríla 2010 priniesť zmenu v indikačných obmedzeniach pre invalidné vozíky. Podľa návrhu, ktorý predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania, sa detský invalidný vozík mohol indikovať až od šiesteho roku veku dieťaťa. Podľa MZ tento návrh pochádza od pracovnej skupiny pre skupinu L zdravotníckych pomôcok, ktorá je súčasťou procesu kategorizácie.

Jednou z úloh ministerstva zdravotníctva, vyplývajúcou z *Národného programu rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života* (UV-18613/2006, 8. 11. 2006) bolo umožniť účasť zdravotne postihnutých občanov pri rozhodovaní o kategorizácii zdravotníckych pomôcok. Ministerstvo zdravotníctva túto úlohu vykázalo ako **čiastočne splnenú** (UV-19857/2008, 1. 10. 2008): „Do pracovnej skupiny pre zdravotnícke pomôcky skupiny L – Vozíky a kočíky, mobilné choďúľky, zdviháky chorých, špeciálne postele a príslušenstvo k nim je menovaný člen rady vlády Slovenskej republiky pre problematiku občanov so zdravotným postihnutím, ktorý je zároveň aj štatutárnym zástupcom Asociácie organizácií zdravotne postihnutých občanov SR.“

Zhrnuté: pracovná skupina, v ktorej má byť aj zástupca asociácie organizácií zdravotne postihnutých občanov navrhla sprísnenie indikačných obmedzení pre detské invalidné vozíky. Až po pripomienkovom konaní, na nátlak patientskych organizácií minister zdravotníctva „rozhodol, že pokiaľ neprebehne široká diskusia všetkých zainteresovaných strán, zmeny v teraz platných indikáciách robiť nebude.“

Diskusia, to je dobrá vec. Minister pripúšťa, že pri zavádzaní zmeny indikácií detských vozíkov diskusia neprebehla. Pri tom účasť osôb so zdravotným postihnutím pri kategorizácii mala presne takýmto problémom predchádzať. Prípady detských invalidných vozíkov je jedným z dôkazov, že *Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím* je iba ďalší z mnohých nudných, formálnych dokumentov bez praktického dopadu na kvalitu života zdravotne postihnutých. Podobný prípad s kategorizáciou sa môže preto zopakovať. Protestujúce patientske organizácie nemusia mať nabudúce toľko šťastia, že ich úrady vypočujú. Nie vždy budú v kalendári tri mesiace pred voľbami.

TOMÁŠ SZALAY

Tabuľka 1: Hlavné črty inštitúcií CER vo Veľkej Británii (NICE), Francúzsku (HAS), Nemecku (IQWiG) a Austrálii (PBS)

	NICE (Veľká Británia)	HAS (Francúzsko)	IQWiG (Nemecko)	PBS (Austrália)
Rozpočet a zdroj financovania	35 mil. GBP ročne 100%-ne financovaný vládou (ministerstvo zdravotníctva)	70 mil. EUR v roku 2006 34 % zo zdanenia výdavkov farma firiem na reklamu 15 % z poplatkov nemocníc na akreditáciu 7 % z poplatkov od výrobcov liekov a zdravotníckych pomôcok 32 % od poisťovateľov 10 % od vlády 2 % príjmy z investícií	20 mil. EUR ročne Odvod založený na percente z každého uhradeného prípadu z fondov povinného verejného poistenia, aby sa zabezpečila nezávislosť od stakeholderov systému.	Bez stropu, všetky aktivity sú hnané dopytom Financovaný vládou
Oblasť pôsobnosti hodnotenia	- Odporúčania na úhrady pre zdravotnícke technológie ako lieky, prístroje, diagnostické testy - Klinické guidelines pre manažment chronických chorôb - Guidelines pre programy verejného zdravotníctva na prevenciu chorôb - Programy podpory zdravia - Informácie pre pacientov	- Medicínske technológie ako lieky, prístroje, postupy a diagnostické testy pre účely ocenenia a úhrady - Akreditácia nemocníc - Klinické guidelines pre manažment chronických chorôb - Guidelines pre programy verejného zdravotníctva na prevenciu chorôb - Organizácia zdravotného systému - Označovanie webstránok patientskych organizácií	- Medicínske technológie ako lieky, prístroje, chirurgické postupy, diagnostické testy - Kontrola kvality - Guidelines pre manažment chronických chorôb - Vyhodnocovanie klinických protokolov - Poskytovanie informácií pre pacientov a verejnosť	Hodnotenie liekov na predpis pre účely štátnej podpory
Výber tém	Vlastné rozhodnutie na základe jasných kritérií, ale konečné schválenie pre hodnotenie nových technológií je ministerské rozhodnutie.	- Spoločnosti, ktoré sa uchádzajú o úhradu - Ministerstvo zdravotníctva - Návrhy od iných stakeholderov ako sú poisťovne, lekárske združenia, patientske organizácie	Vlastná iniciatíva, alebo podnet z federálnej komisie alebo z ministerstva zdravotníctva	Farmaceutické spoločnosti, ktoré sa uchádzajú o úhradu

	NICE (Veľká Británia)	HAS (Francúzsko)	IWiG (Nemecko)	PBS (Austrália)
Použitý výskum a rozhodnutia o podmienečných úhradách	Syntéza existujúcich štúdií, ekonomické modelovanie, malý počet perspektívnych štúdií financovaných z verejných zdrojov. Podmienená úhrada „možná iba v prípade výskumu“, kde dáta o účinnosti sú zozbierané z reálneho sveta a NHS obdrží zľavu ak nová technológia nefunguje tak, ako bolo sľúbené. Je však možné aj zvýšenie úhrady, ak technológia funguje lepšie ako sa pôvodne predpokladalo.	Syntéza existujúcich štúdií, rastúce používanie ekonomického modelovania a analýzy verejného zdravotníctva. Analýza post-marketingových a post-listingových štúdií, ktoré môžu byť požadované HAS. Podmienená úhrada sa vzťahuje na dočasný prístup k niektorým novým a inovatívnym zdravotným produktom alebo postupom, ktoré sú obmedzené na niektoré zdravotnícke centrá ak je ich účinnosť neurčitá.	Syntéza existujúcich dôkazov, ekonomické modelovanie. Na základe odporúčania IQWiG, federálna komisia môže rozhodnúť o záväzku „úhrada s rozvojom dôkazov“.	Farmaceutické spoločnosti prezentujú syntézu dôkazov navrhovaných liekov, ideálne v porovnaní s podobnými liekmi. Ekonomické modelovanie je vyžadované.
Zohľadnenie nákladov v hodnotení	Porovnávací nákladovo efektívna analýza už od počiatku v roku 1999. Rozpočtová dopadová štúdia pre informovanie implementácie ale nie ako vstup pre rozhodovanie.	Zohľadňovanie ekonomickej dimenzie v hodnotení od januára 2008. Nákladová efektívnosť však nie je súčasťou „listovacieho“ rozhodnutia ohľadom medicínskych technológií, v ktorých HAS poskytuje poradenstvo v cene a výške spoluúčasti určovanej vládou a poisťovateľmi – tu zohráva úlohu jedine klinická efektívnosť. Pri znovuprehodnocovaní tried liekov, prístrojov alebo organizačných aspektov v poskytovaní zdravotných služieb, nákladová efektívnosť už teraz dopĺňa údaje o klinickej efektívnosti.	Analýzy nákladovej efektívnosti od roku 2007. Analýzy dopadov na rozpočet sú poskytnuté ako rozhodovacia základňa pre horný limit cien pre lieky, ktoré sú vo vývoji.	Porovnávací analýza nákladovej efektívnosti od roku 1988, povinne od roku 1993. Rozpočtová dopadová štúdia je povinná a zohľadnená ako súčasť odporúčania.
Postavenie z hľadiska odporúčaní	Odporúčania na medicínske technológie sú záväzné (musia byť hrazené z NHS). Odporúčania pre klinickú prax a verejné zdravotníctvo majú poradný status.	Odporúčania na lieky a prístroje sú účinne záväzné od roku 1999. Služia ako základ pre rozhodovanie Ministerstva zdravotníctva a Národného zdravotného fondu v oblasti cien a úhrad. Odporúčania pre postupy, protokoly verejného zdravotníctva a klinické odporúčania majú poradný status.	Poradný status voči federálnej komisii, ktorá po schválení ministerstva zdravotníctva vydáva záväznú direktívu.	Kladné odporúčanie na zaradenie, ocenenie a úhradu je predmetom schválenia ministerstva /parlamentu. Negatívne odporúčanie je záväzné.

Motivácia ako nástroj zvýšenia výkonu v procesoch zdravotnej poisťovne



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 zdravotnícku tému 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 mesačníka o zdravotnej politike prinášame ďalšiu zo záverečných prác, jej autorom je ELA LIEROVÁ, manažérka vymáhania poisťného v zdravotnej poisťovni Dôvera (predtým ZP Apollo).

ZHRNUTIE

Vždy ma fascinovalo ako ľudia dokážu prekonať samých seba, ako dokážu nájsť motív k svojmu konaniu, ako dokážu búrať hranice a prečo to vlastne robia. Niečo zvnútra ich ženie a to niečo sa nazýva odborne motivácia. Keď sa chceme dozvedieť o motivácii viac, je to teraz veľmi ľahké. Pri zadaní hesla "motivation of employees" sa mi vygooglilo presne 3 000 000 hesiel za 0,31 sekúnd. A našla som tam informácie skutočne rôznorodé, od psychologických teórií, cez správne odriekanie modlitby až po vnímanie stravných poukážok v benefitoch zamestnancov. Nakoniec som sa prehrabala balastom a dostala som sa k celkom slušnému výberu informácií.

Je nesporné, že motiváciou sa zaoberajú nielen priami odborníci v riadení ľudských zdrojov a psychológovia ale poznatky o motivácii sa dostávajú do praxe manažérov v riadení zamestnancov v priamom výkone a stávajú sa nástrojom práve k zvýšeniu výkonu. Aplikácia týchto poznatkov sa javí nevyhnutná hlavne v spoločnostiach so špecializovanou problematikou, kde sa vytvárajú tímy odborníkov, pričom jedným z cieľov manažéra je vytvoriť kvalitný tím a zabrániť fluktuácii. K takýmto spoločnostiam rozhodne patrí zdravotná poisťovňa, kde skutočne odborne fundovaný zamestnanec s dobrým výkonom sa stáva kľúčovým pre realizáciu cieľov hlavne v úzko špecializovaných procesoch.

V zdravotnej poisťovni pracujem 13 rokov, mojou srdcovkou sú pohľadávky plynúce z poisťného na verejné zdravotné poistenie. Vymáhanie pohľadávok je v rámci výkyvov finančnej stability v rámci Slovenskej republiky a takisto v súvislosti s búrlivými zmenami legislatívy pre mňa vzrušujúci proces. Samotná realizácia tohto procesu je priamo závislá na výkone špeciálne orientovaných zamestnancov a ich správna motivácia má skutočne vysoký vplyv na výsledky celej spoločnosti. Cieľom mojej práce je ukázať vplyv motivácie na proces vo vymáhaní pohľadávok s poukazaním na zmeny výkonu v súvislosti so zmenou legislatívy. Cieľom mojej práce je zároveň pochopiť prečo moji kolegovia pracujú tak, ako pracujú a prečo vieme robiť 12 hodín denne aj keď si strašne ponadáme na všetko od počasia až po informačný systém.

1. NA ZAČIATOK TROCHU TEÓRIE

Ľudské správanie je takmer vždy niečím motivované. Potrebami ľudského správania sú potreby a práve ich uspokojenie je cieľom nášho správania. V základnom členení sa potreby delia na biologické (základné pre biologickú existenciu – dýchanie, spánok, jedlo, teplo) a sociálno-kultúrne (radosť, šťastie, láska, vzdelanie, rast). Z rôznych teórií motivácie od začiatku 20. storočia sa výrazne prejavil význam triedenia ľudských potrieb, z čoho sa následne odvodzovali motivačné prvky. V rámci týchto teórií patrí medzi zásadné Maslowova hierarchia potrieb. Abraham Harold Maslow sa považuje za zakladateľa humanitnej psychológie, v roku 1943 rozdelil ľudské potreby do piatich skupín, tie zoradil do tzv. Maslowovej pyramídy.



Maslow hierarchicky zoraduje uspokojovanie potrieb, to znamená, že vyššie potreby môžu byť uspokojené až po uspokojení nižších potrieb. V svojej teórii vychádzal z presvedčenia, že uspokojovanie vyšších potrieb vedie v rámci organizácie k zvýšeniu výkonu, nakoľko v rámci pracovných činností dochádza k vytvoreniu puta na základe sociálnych potrieb a naplneniu integrity záujmov organizácie aj jednotlivca.



Maslowovu teóriu modifikoval Clayton P. Alderfer, ktorý v roku 1972 publikoval teóriu ERG, teda existence – relatedness – growth. Alderfer zlúčil dva prvé stupne potrieb podľa Maslowova do existenčných potrieb. Predpokladá, že potreby nižšieho radu musia byť uspokojené, aby mohli byť následne uspokojované potreby vyššieho radu. Zároveň vychádza z predpokladu vzniku frustrácie, ak po uspokojení jednej potreby nedochádza k uspokojeniu potreby nasledujúcej. Z tohto predpokladu sa dostávame opäť do ponímania práce ako prostriedku na uspokojenie sociálnych potrieb.

Následné teórie sa zaoberajú hlavne motivačnými faktormi, ktoré motivujú človeka k vyšším výkonom, pričom ale determinujú prvok rutiny ako výsledku uspokojenia potrieb. Jedným z dôležitých prvkov sa stáva snaha o vytvorenie moderného riadenia tak, aby zamestnanci mali možnosť rozvíjať svoje schopnosti a autonómiu. Vývoj teórií v rámci psychológie sa dostal do spojenia s praxou a objavila sa široká sieť motivačných faktorov, ktorá počíta automaticky s uspokojením základných existenčných potrieb ale zároveň sa zaoberá významom potrieb „vyššieho druhu“, t.j. potreba podieľať sa na výsledku celku, potreba zdokonaľovať a učiť sa, potreba dokázať svoje schopnosti, potreba naplniť svoje osobné hodnoty.

Z pohľadu zamestnanca sa tak dostávame v rámci teórie do „novodobých“ potrieb so zásadným vplyvom:

- Mať bezpečnú a zaujímavú prácu
- Byť spravodlivo odmeňovaný
- Mať uznávaného a spravodlivého nadriadeného
- Pracovať v priateľskom kolektíve
- Mať možnosť profesionálneho rozvoja a kariérneho rastu

Z tohto predpokladu sa dostávame opäť do ponímania práce ako prostriedku na uspokojenie sociálnych potrieb.

2. HISTÓRIA VYMÁHANIA POHĽADÁVOK A DOPAD ZMENY LEGISLATÍVY

V rámci vývoja zdravotného poistenia sa v deväťdesiatych rokoch zdravotné poisťovne hneď po vzniku museli vyrovnávať s dopadom finančného prostredia v Slovenskej republike. Neplatenie poistného sa stalo samozrejmosťou, štátne podniky sa menili na firmy rôzneho druhu, ktoré boli následne rozkrádané a likvidované rôznymi spôsobmi, častokrát sa používali skutočne zvláštne postupy, ktoré nemali s právnym štátom nič spoločné. Zdravotné poisťovne boli na výbere poistného závislé, od toho sa odvíjala ich schopnosť uhrádzania nákladov na zdravotnú starostlivosť ich poistencov. S nástupom roku 1996 sa roztočil kolotoč druhotnej platobnej neschopnosti, keď každý platil svoje záväzky oneskorene a vymáhanie pohľadávok sa dostalo do bežných procesov. V roku 1997 bola v CHZP APOLLO vytvorená základná metódika pre vymáhanie pohľadávok, ktorá zahŕňala všetky vtedy platné legislatívne postupy od vydania platobného výmeru až po uplatnenie pohľadávky v exekučných konaniach alebo v konkurze. V rámci zákona NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení zdravotná poisťovňa sama vydávala platobné výmery, mala možnosť realizovať pohľadávku priamym obstavením účtu platiteľa poistného, vymáhať pohľadávku v exekučnom konaní. Tri základné nástroje procesu. Metodike sa prispôbil informačný systém a začal sa vytvárať tím pracovníkov zaoberajúcich sa výhradne vymáhaním pohľadávok.

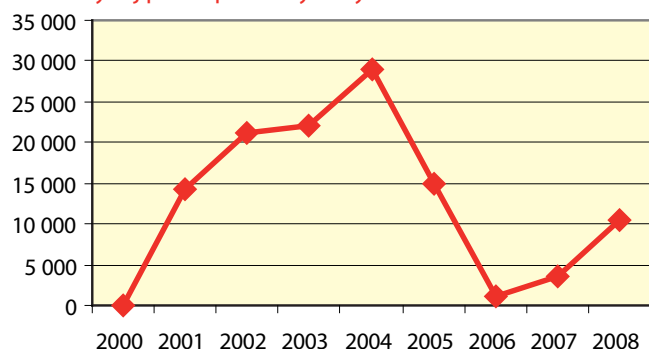
Toto všetko sa ľahko píše, je to akoby len pár krokov, ale nastavenie procesu nebolo v praxi jednoduché. V dobe rozvoja technológií nebol problém v materiálnom zabezpečení ale v motivácii zamestnancov k vyššiemu výkonu. Keďže sa ale podarilo prelomiť ľady na jednej pobočke, nasledovníci sa pridali. CHZP APOLLO v rokoch 1998 až 2000 malo vytvorený kvalitný tím pracovníkov, ktorí zabezpečovali vymáhanie pohľadávok platobnými výmery a podaniami na exekučné konania, pričom príjem z vymáhania týchto pohľadávok sa

výrazne podielal na zvyšovaní platobnej schopnosti. Proces sa stal štandardom. Práve „vymáhači“ sa stali špičkou a elitou, nakoľko museli fundovane poznať legislatívu nielen zdravotného poistenia ale aj súvisiacich činností. Boli elitou, lebo mali znalosti, výkon a boli na to hrdí.

Zmenou legislatívy v zmysle zákona NR SR č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach a zákona NR SR č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení sa zo zdravotných poisťovní stali akciové spoločnosti. Na jednej strane síce získali nové možnosti, na druhej strane boli upravené nástroje na vymáhanie pohľadávok. Novozníknutý Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vydával platobné výmery na základe návrhu zdravotných poisťovní, zdravotné poisťovne museli konať prostredníctvom tohto subjektu. Proces sa zásadne zmenil. Zdravotné poisťovne ani ÚDZS neboli na situáciu pripravené, nefungovalo nič. Nakoľko nefungoval informačný systém na oboch stranách a ÚDZS nebol pripravený ani personálne, platobné výmery doslova zaspali. Síce nie celkom a nie navyď, ale zaspali. Činnosť APOLLO zdravotnej poisťovne, a.s. sa venovala novým spôsobom vykazovania preddavkov, ročnému zúčtovaniu poisťného, vymáhanie pohľadávok sa realizovalo prostredníctvom výziev platiteľom poisťného. Viac než rok trvalo pomalé obnovovanie vymáhania pohľadávok prostredníctvom návrhov na platobné výmery a toto sa rozbiehalo neuveriteľne ťažko.

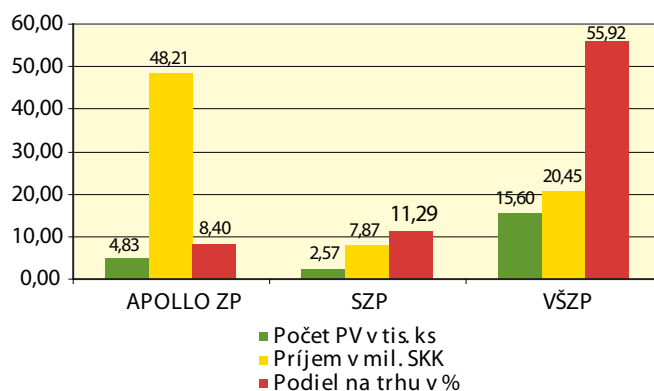
V **Grafe 1** je zobrazená história počtu vydaných platobných výmerov od roku 2000 po rok 2008.

Graf 1: Vývoj počtu platobných výmerov od roku 2000



Z roku 2004 z počtu 29 000 platobných výmerov sa od transformácie na akciovú spoločnosť v roku 2006 prostredníctvom ÚDZS vydalo len 1 034 platobných výmerov. Pokusy o podanie návrhu boli zúfalou prácou, vydanie platobného výmeru od podania návrhu trvalo na ÚDZS aj 6 mesiacov. Strácal sa účinok, efektívnosť, rástli pohľadávky a dezilúzia. Táto situácia samozrejme nepostihla len APOLLO ZP. V nasledujúcom grafe porovnávam stav vydaných platobných výmerov, príjem z nich a podiel poisťencov na trhu medzi APOLLO ZP, VŠZP, a SZP. Vychádzam z analýzy MZ SR, z údajov na www.health.gov.sk. Analýza porovnávala počet platobných výmerov vydaných na základe návrhov zdravotných poisťovní a príjem z nich plynúci v dobe od transformácie na akciové spoločnosti do 31.3.2008. V rámci zdravotných poisťovní nebolo relevantné zaradiť do porovnania UNION zdravotnú poisťovňu ani Európsku zdravotnú poisťovňu. Výsledky Dôvery zdravotnej poisťovne neboli zverejnené.

Graf 2: Podiel na trhu, počet platobných výmerov a príjem



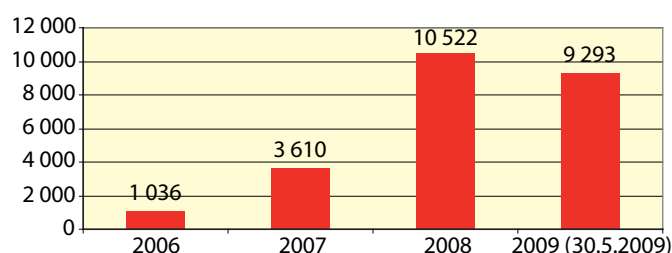
Z grafického zobrazenia (**Graf 2**) je čitateľné, že v rámci 8,1%-ného podielu APOLLO zdravotnej poisťovne, a.s. na trhu sme dosiahli neporovnateľné výsledky hlavne z vymožených finančných prostriedkov. Tu sa môžeme len domnievať, že tento rozdiel bol spôsobený orientáciou podaných návrhov na pohľadávky s vysokou finančnou hodnotou, ostatné pohľadávky sme riešili mimo procesu správneho konania.

3. PRELOM A ZMENA VÝKONU

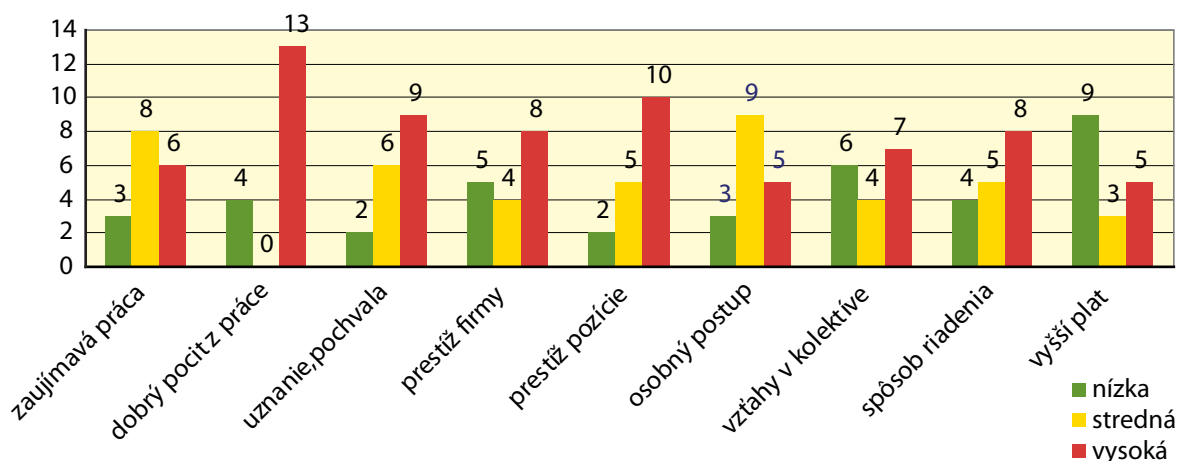
Ak môžeme hovoriť o prelome tejto situácie, zmena sa začala rodiť v roku 2007. Všetkým zdravotným poisťovniam bolo zrejme, že vymáhanie sa musí rozbehnúť a v rámci nových pravidiel v spolupráci s ÚDZS. Napriek snahám o limitovanie počtu podaných návrhov sme v APOLLO zdravotnej poisťovni, a.s. koncom roka 2007 spracovali plán na rozbeh vymáhania pohľadávok na úroveň pred transformáciou na akciovú spoločnosť.

Tu sa ale naplno prejavil problém rezignácie predchádzajúcich rokov a takisto nárast novej agendy súvisiacej so zmenou legislatívy. Tím pracovníkov zabezpečujúcich vymáhanie pohľadávok do roku 2005 sa zamerával na agendu ročného zúčtovania poisťného, platobné výmery sa stali len „pridruženou výrobou“, niečím čo aj tak nedáva veľmi zmysel nakoľko je celý proces brzdený na ÚDZS. V rámci zmeny sme tieto bariéry museli prelomiť. Bez ohľadu na dobu vydania platobných výmerov bolo zrejme, že pohľadávky bez exekučných titulov nevieme vymáhať, že musíme konať inak. Bolo treba motivovať kolektívy pobočiek tak, aby popri náraste novej agendy zvládli aj návrhy na platobné výmery a aby sme cieľ vedeli realizovať. Bez zaniatených ľudí by to nešlo. Jediným našim nástrojom bola historická hrdosť, spolupatričnosť. Inak žiadna podpora materiálna nebola. Nebudem popisovať jednotlivé kroky, výsledky sú v **Grafe 3**.

Graf 3: Počet návrhov na vydanie platobného výmeru podaných na ÚDZS



Graf 4: Váha jednotlivých motivačných vplyvov



Reálne sme dosiahli v roku 2008 nárast o 290 % oproti roku 2007. Na rok 2009 je plán podaných návrhov k 30. 5. 2009 plnený a reálne predpokladáme, že sa dostaneme na 90 % úrovne roku 2004.

Toto sú čísla, ze ktorými stoja konkrétni ľudia. Pre mňa to rozhodne nie sú len čísla, ale obdivuhodný nárast výkonu. Čo to spôsobilo? Pozrime sa, či sa motivačné teórie prejavili v praxi.

4. MOTIVAČNÉ PRVKY, DOTAZNÍK, VYHODNOTENIE

Celú agendu podávania návrhov na platobné výmery spravováva v rámci spoločnosti pomerne stabilný kolektív. Sú to zamestnanci historicky zainteresovaní na vymáhaní pohľadávok.

21 kolegov som oslovila s prosbou o odpoveď na mieru motivácie na stupnici od 1 po 3 v 9 motivačných prvkoch (Tabuľka 1).

Z 21 dotazovaných respondentov odpovedalo 17. Dotazník bol anonymný. Odpovede síce prišli mailom, ale k identifikácii respondentov som pristupovala na základe osobného čísla a odpovede som neskúmala podľa mena.

V rámci vyhodnotených údajov sa medzi najvyššie hodnotené motivačné faktory jednoznačne dostali dobrý pocit

z vykonanej práce, prestíž pozície, uznanie a pochvala. Prekvapivo sa zaujímavosť práce a vzťahy v kolektíve dostali do stredu (Graf 4).

Členenie motivačných faktorov s vysokým vplyvom je uvedené v Grafe 5.

Nie som výskumný pracovník, nebudem skúmať váhu jednotlivých motivačných prvkov, to ani nebolo cieľom mojej práce. Pre mňa by bol rozhodne zaujímavý prieskum motivácie v súvislosti s dobou zamestnania v spoločnosti, s dosiahnutým vzdelaním, rodinným statusom. Toto je len základné členenie motivačných faktorov a skôr potvrdzujem, že teória je v súlade s realitou v tomto konkrétnom prípade. Medzi najdôležitejšie motivačné faktory nie sú zaradené materiálne potreby, ale pocit z dobre vykonanej práce, prestíž pozície a uznanie.

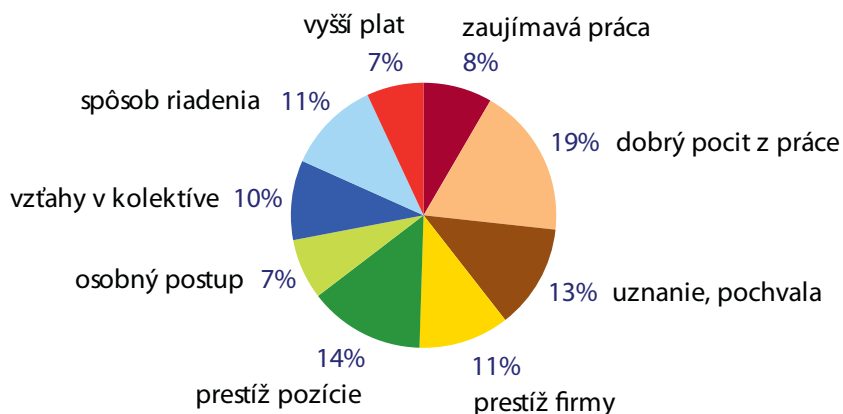
5. ZÁVER

V rámci teoretických podkladov som vychádzala z rozvoja poznatkov o motivácii zamestnancov v druhej polovici 20. storočia. Suchá teória rôznych pyramíd a skratiek sa ale v rámci jedného prípadu z praxe môže stať vzrušujúcim a zaujímavým príbehom. Niekde na začiatku boli len otázky. Prečo ľudia pracujú nad rámec svojich povinností? Prečo hľadajú nové postupy, aby urobili viac? Prečo ukracujú svoju rodinu o svoj čas? Prečo po nociach študujú? Dostanú za to vôbec niečo?

Tabuľka 1: Skúmané motivačné faktory

- Vyšší plat
- Uznanie a pochvala
- Zaujímavosť práce
- Vzťahy v kolektíve
- Príležitosť pre rast a postup
- Prestíž firmy
- Prestíž pracovnej pozície v rámci firmy
- Pociť úspechu z dobre vykonanej práce
- Spôsob riadenia agentúry PV

Graf 5: Pomer zložiek vplyvu s najvyšším stupňom motivácie



Mám aspoň pár odpovedí pre nás všetkých.

- Pracujeme viac a lepšie, keď máme cieľ, ktorého naplnenie nám dá pocit z dobre vykonanej práce,
- Keď môžeme prejať svoje schopnosti,
- Keď je naša práca uznávaná a pochválená,
- Keď sme svojou prácou výnimoční.

Nie som idealista a nedokazujem, že pracujeme bez nároku na finančné ohodnotenie. **Ale som presvedčená o tom, že ak pracujeme v spravodlivom a korektnom prostredí v rámci materiálneho ohodnotenia, motivácia k lepším výkonom sa presúva do našej duše a osobnosti a všetky úspechy a uznanie sa stanú dôsledkom a nie cieľom vykonanej práce.**

POUŽITÁ LITERATÚRA A ZDROJE:

- Maslow A.H.: Ku psychológii bytia, 2001
- Nakonečný, M.: Motivace pracovního jednání, 1992
- www.health.gov.sk
- www.zzp.sk
- www.abraham-maslow.com

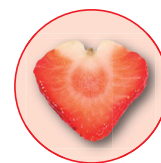
Ela Lierová pracuje ako manažér vymáhania poistného v Dôvere ZP. V oblasti zdravotného poistenia pracuje od roku 1997, pred zlúčením s Dôverou pracovala v Apollo ZP.

» kontakt

lierova.ela@dovera.sk



**Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.**



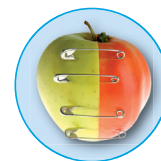
Program **Lekár**



Program **Lekárník**



Program **Manažér**



Program **Politik**



Program **Mix**

www.hma.sk

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

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