

» obsah

Stále máme svoj názor

Ani pravicová vláda nedokázala prekročiť obavu zo súkromného vlastníctva

Kolko stoja arbitráže?

Legislatívny monitoring: navrhované zmeny zákonov

Účet za štátne zdravotníctvo: -382 mil. €

Dopad recesie na segmenty trhu práce: posun k väčšej diferenciácii

Čo znamená generická preskripcia?

Súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

HMA: Štart MSc. za účasti prominentov

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

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

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

Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATION

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj

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

Stále máme **svoj** názor

Vo vydávaní **Zdravotnej politiky** pokračujeme aj po prázdninách: vďaka opätovnej láskavej podpore **Nadácie otvorenej spoločnosti** ako aj vďaka grantu od **Slovenskej asociácie farmaceutických spoločností**.

Vážne sme sa zaoberali Vašími pripomienkami k obsahu nášho časopisu (viď *Čo si o časopise Zdravotná politika myslia jeho čitatelia?* *Zdravotná politika* č. 6/2010) a budeme sa ich snažiť zapracovať do ďalších vydaní mesačníka.

Posilníme publikovanie informácií technického charakteru a namiesto komentárov sa väčšími sústreďíme na analýzy, zahraničné prehľady a prípadové štúdie. Chceme tým prispieť ku kultivácii diskusie o zdravotnej politike na Slovensku.

POSTOJ HPI K VLÁDE IVETY RADIČOVEJ

Programové tézy vlády Ivety Radičovej sme rovnako ako programové vyhlásenie hodnotili pozitívne. Ponúkli sme časť expertných kapacít nášho inštitútu na ich napĺňanie.

Senior analytik HPI Karol Morvay sa stal poradcom predsedníčky vlády pre politiku zamestnanosti. Dvaja z partnerov HPI, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová, majú uzatvorenú zmluvu s ministerstvom zdravotníctva na odbornú asistenciu ministrovi Ivanovi Uhlárikovi pri plnení úloh vyplývajúcich z programového vyhlásenia vlády. Angelika sa tiež stala podpredsedníčkou kategorizačnej komisie pre liečivá.

Nikto z nás nie je poradcom ministra zdravotníctva. Umožňuje nám to naďalej slobodne formulovať názory na zdravotnú politiku. Rozumieme, že na niektoré kroky chýba „politická vôľa“. Upozorňujeme však, že suboptimálne riešenia nesú vysoké náklady obetovanej príležitosti.

Health Policy Institute sa naďalej domnieva, že **slovenskému zdravotníctvu by dnes najväčšmi prospela privatizácia nemocníc a roz-**

delenie + privatizácia VŠZP, ktoré sa nedostali do programového vyhlásenia vlády.

Hoci v prvej vlnе legislatívnych zmien prichádza veľa pozitívnych úprav, nastavenie odvodovej neutrality pri zdravotnom poistení nezodpovedá našim odporúčaniam (*Riešenia pre zdravotníctvo*, apríl 2010). **Odvodová neutralita nie je dôsledná** (zachováva sa napr. výnimka pre príjmy z dohôd o vykonaní práce). A najmä, sprevádza ju zníženie odvodovej sadzby nie pre zamestnancov, ale pre štát. Inými slovami: **dodatočný objem zdrojov z odvodovej neutrality sa nepoužije na zníženie sadzby (na 12 %), ale na zníženie deficitu štátneho rozpočtu.**

Pri ďalších dvoch opatreniach s ich zavedením vo všeobecnosti súhlasíme, ale nami navrhované parametre naďalej považujeme za lepšie:

- Zrušiť povinnosť výmenných lístkov sme navrhli v publikácii *Dopady krízy* v marci 2009. Náš návrh však mal aj druhú časť: odporúčacie lístky by síce boli nepovinné, ale návšteva ambulancie ŠAS bez výmenného lístka by podliehala poplatku (napr. 5 €).
- Limit spoluúčasti poistencov na lieky (taktiež publikovaný v *Dopadoch krízy*) sme navrhovali vo výške 240 €/rok.

Porovnávanie napĺňania programového vyhlásenia vlády s odporúčaniami, ktoré HPI publikoval v uplynulých rokoch nás chráni pred možnými obvineniami z neobjektívnosti. Za svojimi názormi si stojíme.

Pri každom článku, ktorý bude súvisieť s našou spoluprácou s „vládnou mocou“ Vás na túto skutočnosť upozorníme.



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
MUDr. Angelika Szalayová (1974)
MUDr. Tomáš Szalay (1971)
sú zakladajúci partneri a senior analytici Health Policy Institute.

» kontakt

hpi@hpi.sk | www.hpi.sk

Programové vyhlásenie vlády: Ani pravicová vláda nedokázala prekročiť obavu zo súkromného vlastníctva

Nová vláda sa síce svojím programovým vyhlásením v zdravotníctve prihlásila k reforme zdravotníctva Rudolfa Zajaca z rokov 2002 – 2006, ale nedokázala prekročiť obavu zo súkromného vlastníctva v zdravotníctve.

Pri porovnaní dokumentu reformná vláda, ktorý HPI zverejnil pred voľbami so samotným programovým vyhlásením vlády (PVV) zisťujeme, že v PVV sa z celkového počtu nami navrhovaných 52 opatrení objavilo 25, čiže takmer polovica. Najviac chýba razantnejší posun k zníženiu angažovanosti štátu v zdravotnom poistení a lôžkových zariadeniach.

ODSTRÁNENIE ŠKODLIVÝCH USTANOVENÍ

Kľúčovým opatrením naprávania škôd po Ficovej vláde je umožnenie tvorby zisku zdravotným poisťovňami pri presne definovaných podmienkach. Vláda k svojmu záväzku dodáva, že proces bude prebiehať tak, aby sa nezhoršovala pozícia štátu v prebiehajúcich sporoch o ochranu investícií. Zákaz zisku prijatý Ficovou vládou totiž spôsobil, že akcionári dvoch poisťovní (Dôvera, Union) žalujú Slovenskú republiku v medzinárodnej arbitráži.

Druhým veľmi dôležitým opatrením je uskutočnenie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. A to nielen štátnych príspevkových, ale aj neziskových organizácií. Transformácia nemocníc je dobrým krokom k ich vyrovnanému hospodáreniu a jej zrušenie v roku 2007 neprispelo k ekonomickej zodpovednosti štátnych nemocníc. Ich dlh počas Ficovej vlády narástol na 271 mil. €.

Tretím mimoriadne zásadným opatrením je opätovné navrátenie nezávislosti Úradu pre dohľad. Zmeny prijaté vládou Roberta Fica urobili z ÚDZS inštitúciu závislú na ministrovi, čo sa odzrkadlilo v nekonzistentných rozhodnutiach úradu. Pripomeňme zlyhanie predchádzajúceho vedenia úradu v kauze EZP, nesprávne sankcionovaná ZP Dôvera, či ľahostajnosť voči negatívnemu vývoju finančnej situácie vo VŠZP.

Štvrtým dôležitým krokom je zrušenie pevnej minimálnej siete, ktorá od roku 2008 poskytovala štátnym nemocniciam neprimerané výhody na úkor iných poskytovateľov.

ČO V PVV CHÝBA

Vláda sa vyhla ambíciám zvýšiť spoluúčasť občanov cez znovuzavedenie poplatkov. Ich zavedenie spolu s horným limitom na spoluúčasť a možnosťou vybrať si buď výmenný lístok alebo poplatok by posilnila ekonomické povedomie občanov a zároveň by neohrozila sociálne slabšie skupiny. Tie by naďalej mohli k lekárovi chodiť bezplatne, ale s povinnosťou výmenného lístka. Ostatní, bez výmenného lístka by špecialistovi platili.

Vláda sa taktiež vyhla posilňovaniu súkromného sektora v zdravotníctve. Do programového vyhlásenia sa nedostalo ani rozdelenie VŠZP na 3 až 4 časti a následná privatizácia týchto častí v medzinárodnom tendri a ani posun v privatizácii štátnych nemocníc. Pričom práve VŠZP a štátne nemocnice spôsobujú štátu nemalé finančné problémy.

Tretou chýbajúcou oblasťou je absencia nezávislej HTA agentúry, ktorá by vyhodnocovala klinickú efektívnosť diagnostických a liečebných intervencií a za určitých okolností by mohla slúžiť ako nezávislá autorita na posudzovanie šírky a hĺbky rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.



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

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pažitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Koľko stoja Slovenskú republiku arbitráže?

Náklady štátu na vedenie arbitráží s akcionármi súkromných zdravotných poisťovní doteraz presiahli 11 mil. eur. Na základe zákona o slobodnom prístupe k informáciám sme z Ministerstva financií SR získali informáciu o dosiaľ vyplatených úhradách slovenským a zahraničným právnickým kanceláriám, ktoré zastupujú Slovenskú republiku v arbitrá-

žach o zisku zdravotných poisťovní s vlastníkmi ZP Union a ZP Dôvera. Za necelé dva roky (2009 – september 2010) bolo na právne služby vynaložených **11 292 931,28 €** (cca 340 mil. Sk) – vid' Tabuľka. **Paradoxne, táto suma je vyššia ako zisk súkromných zdravotných poisťovní v roku 2009.**

-pp-

Tabuľka: Doterajšie náklady právneho zastupovania SR v arbitrážach o zisk zdravotných poisťovní

Poisťovňa (vlastník)	2009	2010
ZP Union (EUREKO)	5 517 301,39 €	2 968 665,61 €
ZP Dôvera (HICEE)	937 884,98 €	1 869 079,30 €

Zdroj: Ministerstvo financií SR, 2010

Legislatívny monitoring: navrhované zmeny zákonov

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do legislatívneho procesu prvé povolené návrhy noviel právnych predpisov. Analytici HPI Angelika Szalayová (č. 577/2004) a Tomáš Szalay (č. 581/2004) sa podieľali na technickej asistencii pri formulovaní niektorých z nich. Na tomto mieste prinášame zhrnutie základných zmien, ktoré obsahujú.

NOVELA ZÁKONA Č. 580/2004 Z. Z. O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

Návrh schválila vláda 22. septembra. V prvom čítaní bude na októbrovej schôdzi NR SR, druhé a tretie čítanie bude v decembri. Predpokladaná účinnosť zákona je od 1. 1. 2011.

Zákon smeruje k synchronizácii odvodového a daňového systému. V legislatívnom procese ho sprevádza novela zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a novela zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov. Synchronizácia je potrebným predpokladom pre jednotný výber daní, odvodov a ciel.

Hoci návrh zákona v aktuálnom znení počíta so sadzbou odvodov za poistencov štátu vo výške 4 % z priemernej mzdy, návrh zákona o štátnom rozpočte predpokladá sadzbu 4,32 %. Táto zmena sa do zákona premietne v druhom čítaní v NR SR.

I. NAVRHOVANÉ ZMENY V OBLASTI OKRUHU POISTENCOV

a) zamestnanec

- okruh zamestnancov sa rozšíri na všetky fyzické osoby, ktorých príjem je zdaňovaný ako príjem zo závislej činnosti (podľa § 5 zákona č. 595/2003 Z. z.), nebude tam patriť príjem z dohôd vykonávaných mimo pracovného pomeru,

b) zamestnávateľ

- okruh zamestnávateľov na účely zdravotného poistenia sa rozšíril o osoby vyplácajúce príjmy zamestnancom uvedeným v bode a) a je prispôsobený požiadavkám európskeho práva a medzinárodným zmluvám,

c) samostatne zárobkovo činná osoba

- okruh samostatne zárobkovo činných osôb sa rozširuje podľa definície § 6 zákona č. 595/2003 Z. z. aj o osoby, ktoré majú príjem z prenájmu, naopak nebude tam patriť príjem osobných asistentov,

d) osoba dobrovoľne nezamestnaná

- okruh osôb sa nemení, vždy pôjde o osobu, ktorá nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou a nie je poistencom štátu,

e) osoba, ktorej sa vypláca dividendy

- zavádza sa nový platiteľ poistného: subjekt, ktorý vypláca dividendy poistencom Slovenskej republiky podľa § 3 ods. 2 zákona o dani z príjmov,

f) osoby, ktoré majú príjem z kapitálového majetku a príležitostné príjmy

- ide o príjem z § 7 a 8 zákona o dani z príjmov, okrem príjmu zrážaného zrážkovou daňou.

II. NAVRHOVANÉ ZMENY V OBLASTI VYMERIAVACIEHO ZÁKLADU

- Zjednotenie s daňovým zákonom a sociálnymi zákonmi vo vymeriavacích základoch,
- vymeriavacím základom na platenie odvodov u zamestnanca sa stane jeho príjem zdaňovaný ako príjem zo závislej činnosti teda aj napr. odchodné, odstupné, suma zdaňovaná v súvislosti s používaním motorového vozidla zamestnávateľa, časť zamestnaneckej opcie poskytnutej zamestnancovi a pod., naopak, ak niečo v daňovom zákone nebude zdaňované alebo bude oslobodené od dane, nebude sa z toho platiť poistné na zdravotné poistenie, okrem príjmu z dividend,
- vymeriavací základ samostatne zárobkovo činných osôb ostáva bez zmeny, bude sa počítať tak ako doteraz ako podiel čiastkového základu dane podľa § 6 zákona o dani z príjmov neznižovaného o zdravotné poistenie a koeficientu 2,14,
- zavedenie rovnakého minimálneho základu pre samostatne zárobkovo činné osoby a tzv. dobrovoľne nezamestnané osoby; minimálna platba preddavkov na poistné dobrovoľne nezamestnaných osôb bude 14 % zo 44,2 % z priemernej mesačnej mzdy,
- maximálny vymeriavací základ ostáva na 3-násobku priemernej mesačnej mzdy z pred dvoch rokov.

III. NAVRHOVANÉ ZMENY V OBLASTI ROČNÉHO ZÚČTOVANIA POISTNÉHO

Oproti súčasnému stavu sa pridávajú kategórie poistencov, ktorí nie sú povinní vykonávať ročné zúčtovanie poistného. Povinnosť vykonať ročné zúčtovanie poistného oproti terajšiemu stavu sa nebude vzťahovať na poistenca,

- a) ktorý počas predchádzajúceho kalendárneho roka bol len samostatne zárobkovo činnou osobou a jeho vymeriavací základ nepresiahol úhrn minimálnych základov; ak živnostníkov čiastkový základ dane (príjmy mínus výdavky) bude suma nižšia ako $(12 \times (44,2 \% \text{ zo sumy } 744,50 - \text{priemerná mesačná mzda za rok } 2009)) = 3948,72$, nie je povinný robiť ročné zúčtovanie poistného, pretože už v priebehu roka zaplatil minimálne preddavky.
- b) ktorému nevznikla povinnosť podať za rozhodujúce obdobie daňové priznanie okrem osôb, ktoré majú príjem z dividend vyšší ako minimálny mesačný vymeriavací základ.

NOVELA ZÁKONA Č. 581/2004 Z. Z. O ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNIACH

Návrh schválila vláda 22. septembra. V prvom čítaní bude na októbrovej schôdzi NR SR, druhé a tretie čítanie bude v decembri. Predpokladaná účinnosť zákona je od 1. 1. 2011. Zákon novelizuje aj ďalšie súvisiace právne predpisy (zákon o zdravotnej starostlivosti, zákon o rozsahu, zákon o poskytovateľoch, zákon o liekoch). Novela upravuje tieto oblasti:

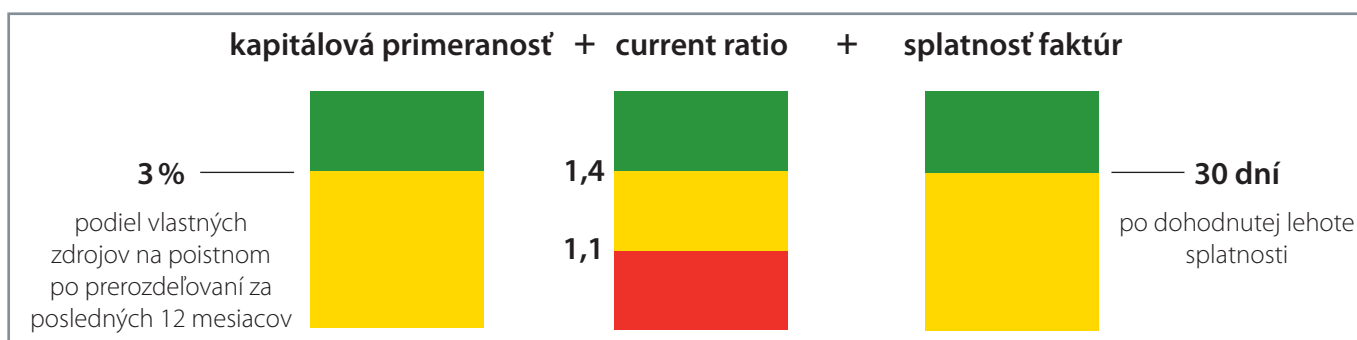
1) PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Namiesto súčasného „mäkkého“ kritéria solventnosti (splatnosť faktúr poskytovateľom do 30 dní od dohodnutého termínu splatnosti) sa navrhuje postupné sprísnenie posudzovania, či je zdravotná poisťovňa finančne zdravá. Ku kritériu splatnosti faktúr sa od 1. júna 2011 pridávajú dve kritériá.

Jedno „staré“, ktoré bolo v roku 2008 zo zákona vypustené: podiel vlastných zdrojov na poistnom za posledných 12 mesiacov musí dosahovať najmenej 3%. A jedno nové kritérium: current ratio (podiel krátkodobých aktív ku neuhradeným záväzkom), ktoré umožňuje rozlišovať sankcie podľa miery jeho plnenia resp. neplnenia. Ak je current ratio $\geq 1,4$, zdravotná poisťovňa je v zelenom, bezpečnom pásme. Ak current ratio klesne pod 1,4, ale stále nie je menšie než 1,1, zdravotná poisťovňa je v oranžovom, výstražnom pásme. Tri mesiace neplnenia týchto kritérií v priebehu uplynulých 12 mesiacov bude viesť ÚDZS k nariadeniu ozdravného plánu. Ak by current ratio kleslo pod 1,1, poisťovňa sa ocitá v červenom pásme. ÚDZS jej môže nariadiť nútenú správu a v prípade, ak takýto stav trvá tri mesiace za sebou je dokonca povinný zaviesť v poisťovni nútenú správu.

Ak zdravotná poisťovňa päť mesiacov za sebou neplní kritériá solventnosti, ÚDZS jej zruší povolenie.

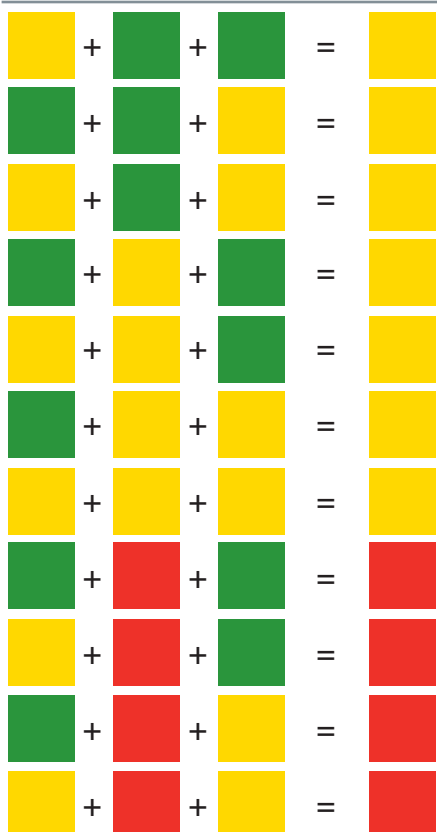
Schéma: Kritériá solventnosti podľa návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z.



kapitálová primeranosť + current ratio + splatnosť faktúr = platobná schopnosť



Zdravotná poisťovňa je platobne schopná plniť záväzky vyplývajúce z verejného zdravotného poistenia.



Úrad pre dohľad nariadi vypracovať **ozdravný plán**, ak za uplynulých 12 mesiacov boli tri mesiace (nielen po sebe idúce), keď poisťovňa nespĺňala niektoré z troch kritérií.



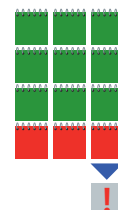
Ak úrad ozdravný plán neschváli alebo zdravotná poisťovňa nespĺnila opatrenia ozdravného plánu, **môže** nad poisťovňou zaviesť **nútenú správu**.

Ak nespĺňanie kumulatívnych troch kritérií platobnej schopnosti trvá viac ako 5 mesiacov za sebou, úrad **zruší** zdravotnej poisťovni **povolenie** na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.



Úrad pre dohľad **môže** zaviesť **nútenú správu**.

Ak je zdravotná poisťovňa v tomto pásme tri mesiace za sebou, úrad **musí** zaviesť nútenú správu.



Tabuľka 1: Parametre limitu spoluúčasti podľa návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z. schváleného vládou SR

Parametre limitu spoluúčasti	Návrh novely
cieľová skupina	A) invalidi a držiteľia preukazu ZŤP B) starobní dôchodcovia
čo sa do limitu zahŕňa	doplatok za generikum s najnižším doplatkom
čo sa do limitu nezahŕňa	lieky, pri ktorých doplatok za generikum s najnižším doplatkom prevyšuje 25 % ceny lieku
rozhodujúce obdobie	kalendárny štvrtrok
výška limitu	pre skupinu A) 30 €/štvrtročne pre skupinu B) 45 €/štvrtročne
proces refundácie	zdravotná poisťovňa automaticky zašle poistencovi preplatky, ktoré prevyšujú 3 €
informácie	lekárne budú od 1. 4. 2011 povinné uvádzať na doklade z registračnej pokladne údaj o doplatku za generikum s najnižším doplatkom rovnaké informácie budú povinné sprístupniť zdravotné poisťovne na účte poistenca od 1. 1. 2011

2) LIMIT SPOLUÚČASTI NA DOPLATKOCH ZA LIEKY

Návrh zákona zavádza horný limit spoluúčasti na doplatkoch za lieky ako opatrenie na zvýšenie solidárnosti systému. Poistenci, ktorí na doplatkoch za lieky, čiastočne hradených z verejného zdravotného poistenia, zaplatia štvrtročne viac ako príslušný limit, dostanú zo zdravotnej poisťovne refundované tieto „nadbytočné“ doplatky. Nastavenia limitu sú v Tabuľke 1.

3) KOMPETENCIA PRE ZAVÁDZANIE DRG

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou získava kompetenciu prípravy DRG ako „centrum pre klasifikačný systém“. Bude zbierať ekonomické údaje o štruktúre zdravotníckeho zariadenia, nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť a rozsahu poskytnutej starostlivosti od poskytovateľov.

4) NEZÁVISLOSŤ ÚDZS

Zo zákona sa navrhuje vypustiť ustanovenie, umožňujúce bezdôvodné odvolanie predsedu ÚDZS a členov Správnej rady ÚDZS vládou.

5) ZVEREJŇOVANIE ZMLÚV S POSKYTOVATEĽMI

Všetky zdravotné poisťovne sú povinné najneskôr do 31. 3. 2011 zverejniť na svojich webstránkach všetky platné zmluvy uzatvorené s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, vrátane príloh a dodatkov. Všetky novozatvárané zmluvy je poisťovňa povinná zverejňovať už od 1. 1. 2011. Cieľom opatrenia je zvýšenie transparentnosti v zdravotníctve.

6) ZRUŠENIE POVINNOSTI ODPORÚČACÍCH LÍSTKOV

Odporúčacie lístky prestanú byť podmienkou úhrady zdravotnej starostlivosti u ambulantného špecialistu z verejného zdravotného poistenia. Vystavenie odporúčania zostáva naďalej v kompetencii lekára, návrh zákona predpisuje jeho náležitosti.

7) ZRUŠENIE PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY NA HELICOBACTER PYLORI

Ruší sa preventívna prehliadka pre 19- a 20-ročných poistencov spojená s dychovým testom na *H. pylori*, ktorá nemá klinické ani ekonomické opodstatnenie (viď Kmečová: *Preventívne prehliadky po novom, IntoBalance 7/2008*).

8) TRANSFORMÁCIA ŠTÁTNYCH NEMOCNÍC

Do zákona o poskytovateľoch sa vracia pasáž o povinnosti transformácie štátnych zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti. Termín transformácie je stanovený na 31. 12. 2011. Zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva obrany (1) a ministerstva vnútra (3) majú lehotu transformácie posunutú do 30. 6. 2012.

NOVELA ZÁKONA Č. 577/2004 Z. Z. O ROZSAHU

Novela zákona o rozsahu, ktorá upravuje procesy súvisiace s kategorizáciou liečiv, bola 23. septembra 2010 predložená do pripomienkového konania. Termín pre zasielanie pripomienok je 13. 10. 2010. Navrhovaný termín účinnosti zákona je 1. 4. 2011.

Návrh má podľa predkladateľa za cieľ **zvýšiť transparentnosť procesu kategorizácie liečiv** a zjednodušiť podávanie žiadostí do kategorizácie, ako aj ich spracovanie a rozhodovanie o nich v súlade so správnym poriadkom. Zvyšuje **elektronizáciu procesu kategorizácie liečiv a dostupnosť informácií** pre širokú verejnosť na internetovej stránke ministerstva zdravotníctva.

Návrh zároveň zavádza inštitút **dočasnej úhrady liekov** a ich následné povinné prehodnotenie po získaní dostatku údajov o používaní liekov v klinickej praxi. Zavádza aj povinnosť pre ministerstvo zdravotníctva pravidelne (aspoň raz za 2 roky) prehodnotiť všetky kategorizované lieky.

Návrh zákona tiež rieši existujúce problémy s možnými výpadkami liekov s najnižšími doplatkami na trhu tým, že vyžaduje od držiteľov rozhodnutia o registrácii lieku zabezpečiť dostupnosť takýchto liekov v definovanom množstve

v deň účinnosti opatrenia, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne hrađených alebo čiastočne hrađených z verejného zdravotného poistenia.

Zmeniť sa má aj regulácia úradného určenia cien liekov: **cena výrobcu nesmie prekročiť druhú najnižšiu cenu v Európskej únii** (dnes to je priemer šiestich najnižších cien v EÚ). Týmto opatrením budú patriť ceny liekov na Slovensku medzi najnižšie v EÚ.

Návrh umožňuje podanie žiadosti o kategorizáciu aj generickým liekom, ktorým ešte nebolo vydané rozhodnutie

o registrácii lieku, takže **proces registrácie a kategorizácie bude môcť prebiehať súčasne**. Tým sa urýchli vstup lacnejších generických liekov na trh a znížia sa náklady na lieky pre zdravotné poisťovne aj pacientov. Umožnená má byť aj **podmienená kategorizácia liečiva**, pri ktorej sa riziko ohľadom nedostatku skúseností s novými liekmi prenáša na držiteľa rozhodnutia o registrácii lieku, ktorý sa zaručuje za kvalitu liekov.

na základe materiálov MZ SR spracoval

TOMÁŠ SZALAY

Účet za štátne zdravotníctvo: **-382 mil. €**

Vláda Roberta Fica prostredníctvom svojich ministrov Ivana Valentoviča a Richarda Rašiho nastolila trend štátneho zdravotníctva. Výsledkom je finančná strata vo výške 382 mil. €, ktorú budú musieť zaplatiť všetci občania SR, či už vo vyšších daniach alebo vyšších odvodoch.

Všeobecná zdravotná poisťovňa vytvorila v roku 2009 rekordnú stratu – až 27 mil. €. Ak by od januára 2009 nebol zmäknutý spôsob vykazovania platobnej schopnosti a ÚDZS by nebol politicky ovládaný, tak by VŠZP mala už dávno povinnosť vypracovať ozdravný plán. Kritická situácia vo VŠZP sa riešila navýšením základného imania o 65 mil. € a zmocnením sa vlastného imania Spoločnej ZP v objeme približne 30 mil. €. Štátom vlastnená a manažovaná Spoločná ZP vytvorila stratu 11 mil. €. Ku koncu prvého polroka 2010 hospodárila VŠZP s odhadovanou stratou 50 mil. €. Finančná situácia bude zrejme ku koncu roka ešte horšia, podobne ako v nemocniciach.

Štátne zdravotnícke zariadenia vytvorili dlh 271 mil. €, pričom opticky bol dlh znížený poskytnutím návratnej finančnej výpomoci (119 mil. €) na 152 mil. €. Len pripomíname, že štátne zdravotnícke zariadenia, ktoré boli transformované na akciové spoločnosti, sú bez dlhov.

Právne služby spojené s arbitrážami, ktoré vznikli ako dôsledok Ficovou vládou presadeného zákazu zisku, zatažujú štátny rozpočet 11 miliónmi eur (viď na str. 2 *Kolko stoja Slovenskú republiku arbitráže?*).

Aj z týchto čísel vyplýva, že angažovanosť štátu v zdravotných poisťovniach a nemocniciach nevedie k ich lepšiemu hospodáreniu. Pre štát by bolo oveľa efektívnejšie ponechať trh zdravotného poistenia a trh lôžkovej starostlivosti súkromným vlastníkom a sústrediť sa na dôsledné vykonávanie regulačnej funkcie. Prípadné straty zo zlého hospodárenia súkromných vlastníkov totiž neznáša štát, ale samotní vlastníci. Navyše, okrem tlaku na ekonomickú zodpovednosť sú súkromní vlastníci vystavení aj oveľa vyššiemu riziku straty reputácie, ktorá je v zdravotníctve mimoriadne dôležitá.

Na ilustráciu štátneho plytvania ešte pripomíname predražený nákup sanitiek štátnou záchrannou službou s finančnou stratou 11 mil. € alebo skutočnosť, že bývalý predseda ÚDZS uzavrel nevýhodné zmluvy, ktoré pripravili ÚDZS o takmer 1 mil. €.

Uplynulé štyri roky v zdravotníctve ukázali, že štát nevie hospodáriť. Po jeho krokoch nám zostane finančná strata najmenej vo výške 382 mil. € (t. j. 11,5 miliardy korún). Účet totiž rozhodne nie je konečný.

**PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY**

Tabuľka: Výsledok hospodárenia štátu v zdravotníctve

Angažovanosť štátu v zdravotnom systéme	Finančná strata
Všeobecná zdravotná poisťovňa (odhad HPI k 30. 6. 2010)	-50 mil. €
Všeobecná zdravotná poisťovňa (HV 2009)	-27 mil. €
Spoločná zdravotná poisťovňa (HV 2009)	-11 mil. €
Štátne lôžkové zdravotnícke zariadenia (k 30. 6. 2010)	-152 mil. €
Návratná finančná výpomoc poskytnutá štátnym LZZ (2009)	-119 mil. €
Náklady na arbitráže (2009 a 2010)	-11 mil. €
Nevýhodné zmluvy ÚDZS (2010)	-1 mil. €
Predražené sanitky (2009)	-11 mil. €
Spolu	-382 mil. €

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Dopad recesie na segmenty trhu práce: posun k väčšej diferenciacii

Ekonomická recesia dopadla na jednotlivé segmenty trhu práce v SR s rôznou razanciou. Segment vysokoškolsky vzdelanej pracovnej sily bol zasiahnutý podstatne miernejšie ako ostatné. Potvrďuje sa, že recesia má značný podporný vplyv na reštrukturalizáciu. Menil sa podiel segmentov na celkovej zamestnanosti a diferencovane sa vyvíjala aj cena práce či miera nezamestnanosti. Prispieva to k vyššej miere diferenciácie na trhu práce. V recesii sa najviac zvyrazňuje výhoda vysokého stupňa vzdelania.

ÚVOD

Ekonomická recesia obyčajne zvyšuje tlak na štruktúrne zmeny. Práve cez tieto štruktúrne zmeny sa ekonomiky dostávajú „von z recesie“. Tu sa zaoberáme len malou výsečou takýchto štruktúrnych zmien. V článku Morvay (2010) sme poukázali na niektoré štruktúrne zmeny na trhu práce vyvolané dopadmi ekonomickej recesie. Hoci išlo iba o zhodnotenie tzv. raných prejavov štruktúrnych zmien, vyplynula z neho jednoznačne výhodnejšia pozícia pracovníkov s vysokým stupňom vzdelania. Pravdaže, tento jav je vysvetliteľný tým, že zamestnávateľ v čase recesie v prvom rade uvoľňuje menej kvalifikovanú pracovnú silu a odkladá uvoľňovanie kvalifikovanejšej. A to zvlášť vtedy, ak už v predrecesnom období sa objavili známky nedostatku kvalifikovanej pracovnej sily (čo bol prípad niektorých regiónov SR).

VÝRAZNÉ DIFERENCIE VO VÝVOJI ZAMESTNANOSTI

K segmentácii na trhu práce možno pristupovať z rôznych strán a s použitím rôznych kritérií. Tu pracujeme so segmentáciou podľa úrovne vzdelania pracovnej sily. Využívame pritom štandardné štatistické kategórie dosiahnutého stupňa vzdelania.

V tomto príspevku pracujeme s údajmi po druhý štvrťrok 2010. Kým počet pracujúcich s nižším stupňom vzdelania klesol medzi II. štvrťrokom 2008 a II. štvrťrokom 2010 o približne 110 tis. osôb, v rovnakom období vzrástol počet pracujúcich s vysokoškolským vzdelaním o viac ako 60 tisíc. V súlade s tým sa skokovito zmenili podiely jednotlivých kategórií na celkovej zamestnanosti (Tabuľka 1).

V roku 2009 kleslo tempo rastu priemernej nominálnej mzdy na dovtedajšie minimum od vzniku SR (na 3%). Aj toto – na dovtedajšie pomery veľmi nízke číslo skrýva v sebe značnú rôznorodosť v kategóriách podľa stupňa vzdelania. V kategóriách pracovníkov s nižším stupňom vzdelania došlo dokonca aj k medziročnému poklesu priemernej nominálnej mzdy (konkrétne v kategórii pracovníkov s učňovským vzdelaním bez maturity to bolo -0,3 %, pozri Graf 1). Pritom v kategórii pracovníkov s dosiahnutým druhým stupňom vysokoškolského vzdelania došlo aj v „krízovom“ roku k nárastu priemernej mzdy o 4,2 %. Možno teda očakávať, že v priebehu recesie aj z tohto dôvodu (a samozrejme, nielen z tohto) vzrastie mzdová aj celková príjmová diferenciácia.

V RECESII NAJVIAC VYNIKNE VÝHODA VYSOKEJ ÚROVNE VZDELANOSTI

Výrazne diferencovane sa vyvíjala aj miera nezamestnanosti. Na rozdiel od počtu pracujúcich či priemernej mzdy tu konštatujeme aspoň rovnaký smer pohybu hodnôt ukazovateľa: došlo k zvýšeniu miery nezamestnanosti vo všetkých sledovaných kategóriách. Ale intenzita a čas tohto zvýšenia boli značne odlišné. V kategórii osôb s druhým stupňom vysokoškolského vzdelania badáme, že k nárastu miery nezamestnanosti dochádza neskôr a v podstatne menšej miere ako v iných kategóriách.

Tabuľka 1: Počty pracujúcich podľa dosiahnutého stupňa vzdelania na trhu práce v SR

Kategória pracujúcich podľa vzdelania	II.2006	II.2007	II.2008	II.2009	II.2010
Pracujúci s nižším stupňom vzdelania(*) – celkový počet osôb	1026,2	1045,9	1046,9	1003,2	934,5
Pracujúci s nižším stupňom vzdelania(*) – podiel na celkovom počte pracujúcich v %	44,7	44,7	43,5	42,2	40,4
Vysokoškolsky vzdelaní pracujúci – celkový počet osôb	360,7	361,8	378,5	402,5	441,2
Vysokoškolsky vzdelaní pracujúci – podiel na celkovom počte pracujúcich v %	15,7	15,5	15,7	16,9	19,1

Poznámka: () Ide o súčet pracujúcich so základným vzdelaním, učňovským bez maturity, stredným bez maturity a učňovským s maturitou.*

Podľa metodológie Výberového zisťovania pracovných síl.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR (databázy Slovstat)

Miera nezamestnanosti v segmente osôb so základným vzdelaním akoby len mierne reagovala na nástup a priebeh recesie. Po prudkom poklese miery nezamestnanosti v II. a III. štvrtroku 2008 sa neskôr síce miera nezamestnanosti začala znovu zvyšovať, ale dostala sa tu len mierne nad úroveň východiskového obdobia (Graf 2). Zrejme sa to dá vysvetliť tým, že v tomto segmente je miera nezamestnanosti mimoriadne vysoká (v podstate bez ohľadu na celkový makroekonomický vývoj) a je závislá skôr od aplikácie podporných politík na tzv. medzitrhu práce ako od fázy hospodárskeho cyklu či miery ekonomického rastu.

V kategóriách osôb s nižšími formami stredného vzdelania (Graf 3) vidno nápadný zlom v priebehu roku 2009. Miera nezamestnanosti sa dostala výrazne nad úroveň obdobia pred nástupom recesie. Miera nezamestnanosti sa zvýšila aj v segmente pracovníkov s druhým stupňom VŠ vzdelania. Relatívna miera zvýšenia je vysoká: zvýšenie z 3,5 % v II. štvrtroku 2008 na 5,1 % v II. štvrtroku 2010 predstavuje index 1,46. Je to však nepodstatné, keďže ide o zvýšenie iba o 1,6 percentuálneho bodu.

Na recesiu tak najcitlivejšie reaguje segment pracovnej sily s nižším stredným vzdelaním. Krajné segmenty – t.j. segment so základným a vysokoškolským vzdelaním (druhého stupňa) reagoval nevýrazne. Dôvody tejto nevýraznej reakcie však neboli rovnaké – ako sme to už vyššie naznačili.

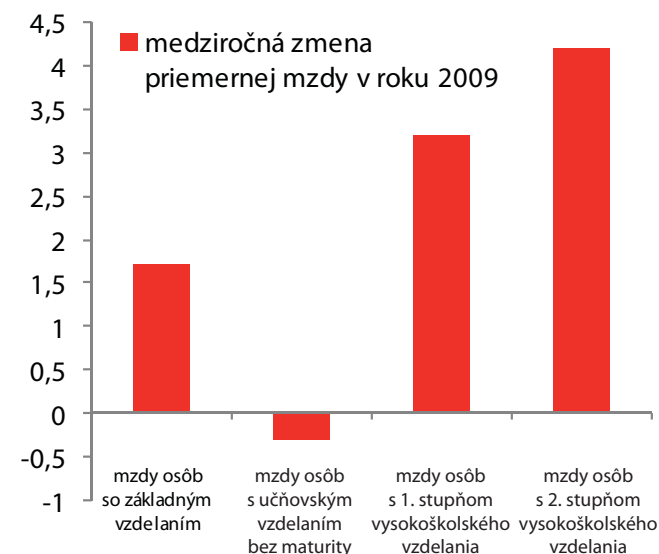
Ukazovatele trhu práce zareagovali na nástup ekonomickej recesie oneskorene (minimálne dva štvrtroky po prejavení sa recesie v ukazovateľoch produkcie – k tomu napr. Morvaj a kol., 2010). Pri ukazovateľoch trhu práce vidíme heterogenosť vývoja v segmentoch podľa stupňa vzdelania. A môžeme predpokladať, že pri inak definovaných kategóriách (podľa ekonomickej činnosti, klasifikácie zamestnaní a pod.) by sme dospeli k podobným záverom. Dopad recesie na segmenty trhu práce v SR (podľa stupňa vzdelania pracovníkov) možno podľa empirickej skúsenosti z obdobia 2008-2010 rozfázovať nasledovne:

Fáza prvá: recesia sa prejavila v ukazovateľoch produkcie, nie však v ukazovateľoch trhu práce. Trh práce sa vyvíja skôr ako funkcia predchádzajúceho úspešného makroekonomického vývoja (mimoriadne silného ekonomického rastu). Zamestnávateľia mohli mylne predpokladať krátkodobý či nevýrazný charakter prichádzajúcej recesie. Okamžitému zníženiu počtu pracovníkov v závislosti od vývoja produkcie bránila aj pracovná legislatíva.

Fáza druhá: Približne dva štvrtroky po objavení sa prepady v indikátoroch produkcie vidno aj dopad na ukazovatele trhu práce. V prvom rade sa to v tejto fáze týkalo pracovníkov s nízkym stupňom vzdelania a nízkou kvalifikáciou. Zamestnávateľia sa v očakávaní blízkeho konca recesie nezbavujú kvalifikovanej pracovnej sily, keďže oprávnené predpokladajú jej ťažké opätovné získavanie po opätovnom oživení produkcie. V tejto fáze narastá segment neúplne využívaných pracovnej sily (odklad prepúšťania neúplne využitých pracovníkov s výhľadom ich opätovného plného využitia pri oživení).

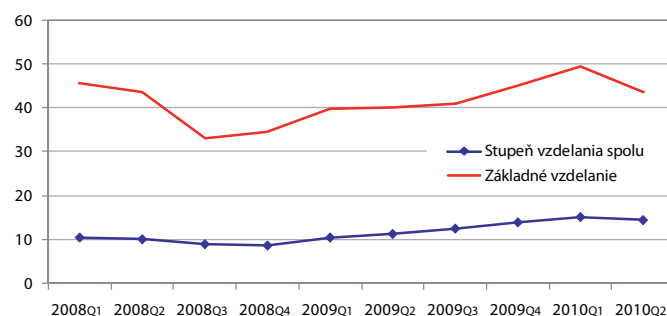
Fáza tretia: Zhoršenie indikátorov trhu práce sa týka už všetkých segmentov – t.j. aj pracovníkov s vysokým stupňom vzdelania a vysokou úrovňou kvalifikácie. Zamestnávateľia už vnímajú značnú hĺbku recesie aj jej komplikované prekonávanie a uvoľňujú aj vzdelanejšiu a kvalifikovanejšiu

Graf 1: Medziročná zmena priemernej nominálnej mzdy v roku 2009 (v %) vo vybraných kategóriách podľa dosiahnutého stupňa vzdelania



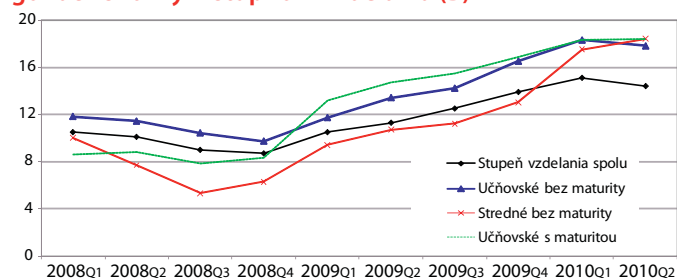
Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR

Graf 2: Miera nezamestnanosti v priebehu recesie v kategóriách s rôznym stupňom vzdelania (A)



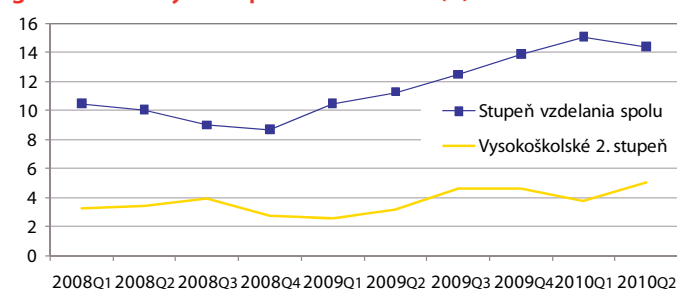
Zdroj: Štatistický úrad SR, databáza Slovstat

Graf 3: Miera nezamestnanosti v priebehu recesie v kategóriách s rôznym stupňom vzdelania (B)



Zdroj: Štatistický úrad SR, databáza Slovstat

Graf 4: Miera nezamestnanosti v priebehu recesie v kategóriách s rôznym stupňom vzdelania (C)



Zdroj: Štatistický úrad SR, databáza Slovstat

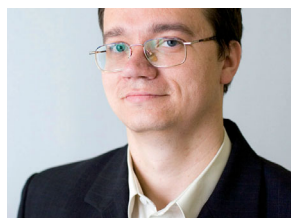
pracovnú silu. Klesá aj tolerancia zamestnávateľov voči neúplnému využívaniu pracovnej sily a tak sa ukazovatele trhu práce zhoršujú veľmi citelne.

Fáza štvrtá: Hoci sa objavuje opätovné zlepšenie vývoja ukazovateľov produkcie, ukazovatele trhu práce sa vyvíjajú naďalej nepriaznivo. Zamestnávatelia opatrne vnímajú prejavy oživenia dopytu, nereagujú na prvé pozitívne známky v dopyte prijímaním nových pracovníkov. Prijímanie pracovníkov sa realizuje až po stabilizácii prejavov oživenia, resp. po prekročení ich kritickej úrovne.

Fáza piata (zatiaľ vo vývoji reálnej ekonomiky iba naznačená): Dlhšiu dobu trvajúce zlepšenie v ukazovateľoch produkcie je sprevádzané stabilizáciou až miernym zlepšením parametrov (ne-)zamestnanosti.

* * * *

Možno zhrnúť, že relatívna výhoda pracovníkov s vysokým stupňom vzdelania sa v čase recesie zvýšila. V recesii sa ukazuje jednoznačne vyššia „odolnosť“ vysokovzdelanej pracovnej sily voči negatívnym ekonomickým šokom. Pravda, tým nevyslovujeme nejaký nepredvídaný záver. Skôr tu ide o empirickú verifikáciu predpokladu o výhodnejšom postavení vzdelanejšej pracovnej sily pri konfrontácii s dopadmi recesie.



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

POUŽITÁ LITERATÚRA

- MORVAY, K.: *Vplyv ekonomickej recesie na štruktúrne zmeny zamestnanosti na Slovensku*. Ekonomický časopis, Vol. 58, číslo 2/ 2010. ISSN 0013- 3035.
- MORVAY, K. a kol: *Hospodársky vývoj Slovenska v roku 2009*. Ekonomický ústav SAV, Bratislava 2010. ISBN 978-80-7144-177-9.
- Štatistický úrad SR: Databáza *Slovstat*
- Príspevok bol prezentovaný na medzinárodnej vedeckej konferencii *Hospodárska politika SR po vstupe Slovenska do HMÚ* na pôde Ekonomickej univerzity v Bratislave (30. 9. 2010) a v upravenej forme bude pravdepodobne súčasťou zborníka z tejto konferencie.

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo



Health Policy Institute publikoval v apríli 2010 *policy paper*, ktorého cieľom je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Autori v ňom používajú konceptuálny rámec, ktorý sa na zdravotný systém pozerá z pohľadu cieľov a nástrojov.

Za tri kľúčové ciele považujú **zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi**.

Príspevok je tak rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve je záver *policy paperu* venovaný potrebe zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa.

**Celé znenie dokumentu nájdete
na www.hpi.sk**

„Kto dnes nie je na Facebooku, neexistuje!“



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

Čo znamená generická preskripcia?

V roku 2005 bola v slovenskej legislatíve zakotvená generická substitúcia. Jej cieľom bolo umožniť poistencom dostať sa ku generickým liekom s nižším doplatkom aj v prípade, ak im lekár predpísal niektorý z drahších liekov na trhu. Keďže na Slovensku existuje referenčný systém úhrad, zdravotná poisťovňa hradí rovnakú sumu za všetky generické lieky (teda lieky s rovnakým počtom a množstvom rovnakej účinnej látky v rovnakej liekovej forme) a celý rozdiel v cenách týchto liekov znáša pacient. Napriek jej zavedeniu sa generická substitúcia v praxi často nevyužíva, čo je jedným z dôvodov pre zbytočne vysoké doplatky pacientov. Dôvodom je o. i. závislosť na informovaní pacienta o tejto možnosti.

Generická preskripcia znamená predpisovanie liekov generickými názvami na rozdiel od súčasnosti, kedy sa lieky predpisujú podľa názvov konkrétnych produktov. Lekárnik potom v lekárni na základe receptu vydá pacientovi liek s najnižším doplatkom.

Generická preskripcia prináša nasledujúce výhody:

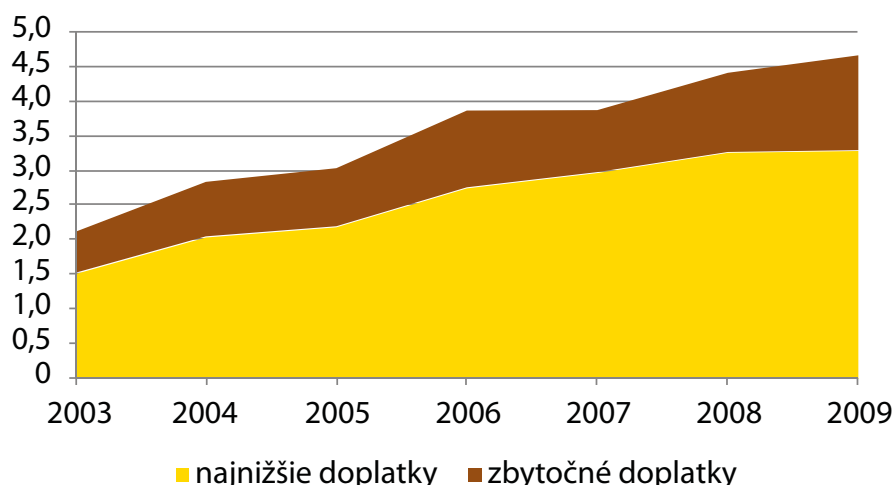
- **ochrana spotrebiteľa** – nižšie doplatky, pacienti platia na doplatkoch za lieky stále viac, spoluúčasť pacientov rastie rýchlejšie než náklady na lieky z verejných zdrojov, pričom až 30 % týchto výdavkov by nemuseli platiť, ak by dostali vždy ten najlacnejší liek
- **pozitívny dopad na ceny liekov** – podpora konkurenčného znižovania cien medzi výrobcami generických liekov (výrobca s najnižšou cenou generika získava veľký podiel na trhu); vo Švédsku po zavedení povinnej generickej substitúcie došlo k 15%-nému poklesu cien liekov za 3 roky po zavedení povinnej generickej substitúcie, ktorý možno pripísať generickej substitúcii (celkový pokles cien bol 40 %, zvyšok tvorili iné vplyvy)
- **zjednodušenie pre predpisujúcich lekárov** – predpisujúci lekári nemusia sledovať každú kategorizáciu - ktoré lieky sú práve najlacnejšie, aké nové generické prípravky sú na trhu, nemusia venovať čas poučeniu pacienta o tom, aké sú ceny a ktorý liek si majú vybrať

- **zníženie efektu marketingových aktivít farmaceutických firiem u predpisujúcich lekárov**
- **zvýšenie bezpečnosti pacientov** – predchádzanie predpisovaniu rovnakých liečiv pod rôznymi názvami
- **zvýšenie dôvery verejnosti voči generickým liekom** – zavedenie generickej preskripcie je potvrdením deklarácie, že generické lieky sú rovnako dobré a kvalitné ako originálne lieky; štát alebo EÚ toto dnes deklarujú vydaním registrácie pre generické lieky, v odbornej aj laickej verejnosti však existuje nedôvera voči generickým liekom (pričom aj táto samotná neadresovaná nedôvera môže viesť k zníženiu účinku lieku)

Zavedenie generickej preskripcie so sebou prináša aj určité skutočné, ale aj fiktívne riziká, na ktoré je sa potrebné pripraviť:

- **presun marketingových aktivít farmaceutických firiem do lekární** – je potrebné nastaviť vopred pravidlá, aby sa Slovensko vyhlo rozvoju marketingových aktivít smerovaných na lekárnikov; tieto vzťahy je však jednoduchšie regulovať, keďže ešte nevznikali (na rozdiel od už existujúcich neprimeraných vzťahov medzi farmaceutickými firmami a predpisujúcimi lekármi); riešením je samozrejme aj povinnosť lekárnika vydať najlacnejší liek
- **lekári „motivovaní“ farmaceutickým priemyslom prestanú predpisovať lieky, ktoré majú generické náhrady a začnú predpisovať alternatívne (drahšie) lieky, ktorým neskončila patentová ochrana** – toto je problém aj dnes, keď je lekármi liečivo označené za „zastarané“ v deň vstupu prvého generika, aj keď dotedy išlo o kvalitný a potrebný liek a masové presuny na iné originály (a nie na generiká) sú dobre zdokumentované vo viacerých liekových skupinách. Generická preskripcia tento problém nijako nerieši, ale ani ho nepodporuje. V rámci tvorby liekovej politiky bude potrebné sa špeciálne zamerať na riešenie tohto problému bez ohľadu na to, či sa generická preskrip-

Graf: Vývoj doplatkov za receptové lieky v rokoch 2003-2009, ako zbytočné doplatky je vyznačená tá časť doplatkov, ktoré by pacienti nemuseli zaplatiť, ak by vždy dostali najlacnejší liek v skupine



Zdroj: dáta NCZI, kalkulácie HPI, 2010

cia zavedie alebo nie. (Medzi riešenia adresujúce tento problém patria presnejšie indikačné obmedzenia, klinické protokoly, dôsledná kontrola dodržiavania indikačných obmedzení, zavedenie indikátorov kvality posudzujúcich efektívnosť a dodržiavanie indikačných obmedzení, ale aj zavedenie tzv. jumbo-clusterov v kategorizácii liekov, pri ktorých sa terapeuticky zameniteľné lieky hradia v rovnakej výške.)

- **riziko komplikácií pri liečbe liekov s úzkym terapeutickým spektrom** – lieky ako warfarín, digoxín a niektoré antiepileptiká majú úzke terapeutické spektrum a pre pacienta je veľmi dôležité, aby u neho hladina liečiva v organizme významne nekolísala.

» Napriek tomu, že štúdie bioekvivalencie pre generické lieky povoľujú mieru variability hladiny liečiva v organizme za celé obdobie sledovania liečiva v organizme (plocha pod krivkou) od 80 % do 125 %, nedávna štúdia FDA hodnotila 2070 štúdií vykonaných medzi rokmi 1996 až 2007, ktoré porovnávali absorpciu originálnych a generických liekov ako podklad pre rozhodnutie o registrácii generického lieku. Priemerný rozdiel v absorpcii medzi generickým a originálnym liekom bol 3,5 %.¹⁾ Pozorované rozdiely v absorpcii zodpovedajú rozdielom v absorpcii medzi jednotlivými šaržami toho istého lieku. Neexistuje žiaden dôkaz o tom, že by generiká alebo generická substitúcia neboli vhodné pre lieky s úzkym terapeutickým spektrom.

» Pre tieto prípady by mohol existovať mechanizmus, ako lekár odmietne generickú preskripciu a predpíše konkrétny liek; tento mechanizmus by však mal byť natoľko zložitý alebo kontrolovaný, aby sa to lekárovi „nechcelo“ alebo neoplatilo robiť často.

- **„generiká nie sú také účinné ako originály“** – výskum dokazuje, že generické lieky sú rovnako účinné ako originálne. Nedávna metaanalýza 38 publikovaných klinických štúdií porovnávala účinnosť originálnych a generických kardiovaskulárnych liekov, pričom sa nezistil žiaden rozdiel medzi účinnosťou liekov.²⁾
- **„generiká sú zastaralé“** – generické lieky sú na trhu už dostatočne dlhé obdobie, preto máme o nich ďaleko viac informácií ako o nových liekoch. V skutočnosti je ďaleko rizikovejšie užívať nové, menej overené lieky. Skúsenosti za posledných 25 rokov hovoria, že až jeden z piatich liekov prinesených na trh bol neskôr stiahnutý z predaja alebo dostal neskoršie varovanie pre používanie, pričom polovica týchto zmien sa udeje do dvoch rokov od registrácie lieku.³⁾
- **„generiká nie sú také dobré ako originály, sú vyrábané podozrivými indickými firmami“** – všetky výrobné miesta a procesy musia spĺňať rovnaké kritériá kvality ako pri výrobe originálnych liekov a takisto

samotné generické lieky musia spĺňať rovnako prísne podmienky ako originálne. V skutočnosti sú mnohé generiká vyrábané presne v tých istých továrňach ako originálne lieky. Celosvetovo asi 50 % objemu generík je vyrábaných originálnymi firmami.

- **„originálne lieky sú bezpečnejšie ako generiká“** – systém hlásenia nežiaducich účinkov na Slovensku prakticky nefunguje, ale napr. podľa štatistík FDA v USA sú hlásené nežiaduce účinky na špecifické generické prípravky veľmi zriedkavé. Vo väčšine prípadov ide o nežiaduci účinok, ktorý je známou reakciou na danú účinnú látku.
- **„pacient môže mať alergiu na prídavné látky“** – alergia na prídavné látky naozaj existuje a väčšinou sa týka kontaktnej alergie na pomocné látky a vehikulá v dermatologických prípravkoch; táto alergia sa pritom rovnako môže vyskytnúť na pomocné látky v originálnom ako generickom prípravku. Alergia na pomocné látky je však nesmierne zriedkavá a vyskytuje sa významne menej často než alergia na účinné látky, ktorá je tiež (až na niektoré výnimky ako alergie na penicilíny) zriedkavá a napriek tomu sa pacientom nové lieky podávajú a nerobí sa to ani v prísne kontrolovaných podmienkach. Ako pomocné látky sa výrobca a priori snaží použiť inertné a nealergénne látky a v literatúre existuje len málo popísaných prípadov alergie na pomocné látky v systémovo podávaných liekoch.
- **nijaký z vyššiepopísaných fiktívnych problémov nie je problémom v mnohých európskych aj svetových krajinách, kde je generická substitúcia alebo generická preskripcia povinná alebo bežná!**

PRÍKLADY SYSTÉMOV GENERICKEJ SUBSTITÚCIE A PRESKRIPCIE

KRAJINY S POVINNOU GENERICKOU PRESKRIPCIOU

LITVA

V Litve bola povinná generická preskripcia zavedená 1. júla 2004. V nevyhnutných prípadoch môže predpisujúci lekár uviesť v zátvorke aj názov konkrétneho produktu, ktorý má lekárnik vydať. V takýchto prípadoch je lekár povinný vysvetliť dôvod (napr. že pacient je citlivý na iný produkt) a informovať o tomto prípade SMCA (národnú agentúru pre kontrolu liečiv), s uvedením pacientovej anamnézy. Ak lekár na predpis napíše len názov produktu, predpis je neplatný.

Lekárne majú povinnosť informovať pacientov o konečnej cene liekov, výške úhrady a spoluúčasti rôznych liekov s predpísanou účinnou látkou. Lekárne sú povinné mať na sklade najlacnejší produkt z každého liečiva, ktoré predávajú. Ak sa pacient rozhodne pre produkt s vyššou konečnou cenou, zaplatí vyššiu spoluúčasť.

1) Davit et al. Comparing generic and innovator drugs: a review of 12 years of bioequivalence data from the United States Food and Drug Administration. Ann Pharmacother. 2009;43(10):1583-97
2) Kesselheim et al. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2008;300(21):2514-2526
3) Lasser et al JAMA 2002;287(17):2215

PORTUGALSKO

V Portugalsku bola povinná generická preskripcia zavedená v roku 2002 (vyhláška č 271/2002, z 2. decembra 2002). Lekár má zároveň možnosť povoliť alebo nepovoliť generickú substitúciu:

- ak lekár napíše na recept len generický názov liečiva (podľa INN) a nezaškrtnie žiadnu z možností na recepte, lekárnik môže vydať akékoľvek generikum, ktoré obsahuje uvedenú účinnú látku, silu a liekovú formu;
- ak lekár predpíše na recept okrem generického názvu aj názov produktu a zaškrtnie na predpise, že zakazuje substitúciu, lekárnik nemôže liek zameniť;
- ak lekár predpíše na recept okrem generického názvu aj názov produktu a zaškrtnie, že povoľuje generickú substitúciu, alebo nezaškrtnie žiadnu z možností, lekárnik môže pacientovi vydať generikum.

KRAJINY S PODPOROVANOU GENERICKOU PRESKRIPCIU

VEĽKÁ BRITÁNIA

Generická preskripcia vo Veľkej Británii nie je povinná, avšak jej používanie je významne podporované (podiel liekov predpisovaných generickým názvom je jedným z hodnotených kritérií kvality). V súčasnosti sú generickými názvami predpisované lieky na cca 80% všetkých receptov. Generická preskripcia je predpisujúcimi lekármi vnímaná pozitívne, za výhody generickej preskripcie sa považuje šetrenie zdrojov (v Británii nie je referenčný systém úhrad liekov) ako aj bezpečnosť pacienta (znížené riziko predpisania dvoch liekov s rovnakou účinnou látkou).

Generická substitúcia nie je vo Veľkej Británii zatiaľ povolená, jej zavedenie sa predpokladá v tomto roku. V prípade, že lekár predpíše liek názvom konkrétneho produktu, lekárnik je povinný vydať len tento liek. Generická substitúcia je dnes povolená len na úrovni nemocníc a nemocničných lekární.

KRAJINY S POVINNOU GENERICKOU SUBSTITÚCIOU

ŠVÉDSKO

Povinná generická substitúcia bola vo Švédsku zavedená 1. októbra 2002. Znamená to, že lekárnik je povinný nahradiť predpísaný liek najlacnejším dostupným generikom s rovnakým liečivom, ktoré má na sklade.

• *Konkurencia medzi dodávateľmi generických liekov*

Farmaceutické spoločnosti musia žiadať o zmenu ceny agentúru pre úhrady liekov (LFN). Pre zvýšenie konkurencie medzi spoločnosťami je zavedený zjednodušený postup pre prijímanie rozhodnutí týkajúcich sa generických liekov. Ak je nová cena nižšia alebo rovnaká ako najvyššia cena v rámci skupiny nahraditeľných liekov, LFN zníži alebo zvýši cenu bez ďalšieho skúmania. LFN vydalo v roku 2006 viac ako 9000 rozhodnutí, z ktorých asi 70 percent tvorili zníženia cien.

LFN rozhoduje o cenových zmenách raz za mesiac, pričom žiadatelia nevedia, akú cenu podali ich konkurenti. Vzhľadom na existenciu generickej substitúcie firma, ktorá požiadala o najnižšiu cenu, získava väčšinu objemu trhu počas celého nasledujúceho mesiaca. Tento postup vytvára silnú cenovú konkurenciu.

• *Lekárne nahradí predpísaný liek najlacnejším generikom*

Lekárne nahradí predpísaný liek najlacnejším generikom, pričom môže vydať aj inú veľkosť balenia, ak je počet dávok skoro rovnaký (napr. 28 za 30-tabletové balenie).

Pri objednávaní liekov sú lekárne vnútornými predpismi (vo Švédsku sú všetky lekárne štátne) povinné zásobiť sklady najlacnejšími liekmi v skupine nahraditeľných liekov. Keď sa generická substitúcia zavádzala, lekárne boli vybavené špeciálnym softvérom, ktorý im pomáha naplňať tento predpis.

• *Lekári nemajú námietky voči substitúcii*

Liek nesmie byť v lekárni zamenený, ak s tým lekár nesúhlasí. Lekár vyjadruje svoj nesúhlas zaškrtnutím políčka na recep-

Tabuľka: Prehľad používania generickej substitúcie a generickej preskripcie v krajinách EÚ, údaje za roku 2006-07

	Generická substitúcia	Generická preskripcia ***
Povinná	6 krajín EÚ Nemecko, Dánsko, Lotyšsko, Fínsko, Švédsko, (Cyprus)*	2 krajiny EÚ Litva, Portugalsko
Povolená	14 krajín EÚ ČR, Estónsko, Francúzsko, Maďarsko, Taliansko, Litva, Holandsko, Portugalsko, Poľsko, Slovensko, Slovinsko, Turecko, Nórsko, Malta	12 krajín EÚ Belgicko, Česká republika, Nemecko, Francúzsko, Maďarsko, Írsko, Lotyšsko, Holandsko, Poľsko, Slovinsko, Veľká Británia, Nórsko
Nie je povolená	8 krajín EÚ Belgicko, Bulharsko, Grécko, Rakúsko, (Cyprus)*, Írsko, Luxembursko, Veľká Británia**	6 krajín EÚ Rakúsko, Cyprus, Dánsko, Slovensko, Švédsko, Turecko

* Generická substitúcia nie je povolená v súkromnom sektore, ale je povinná vo verejnom sektore.

** Vo Veľkej Británii bude zavedená generická substitúcia v tomto roku.

*** Pre 3 krajiny EÚ neboli informácie o generickej preskripcii dostupné.

Zdroj: autorka

te. Takýto zákaz generickej substitúcie je veľmi zriedkavý. V roku 2006 predstavovali recepty s nepovolenou generickou substitúciou len 2,5 % z celkového počtu prípadov.

Generická substitúcia sa nevykonáva ani vtedy, ak pacient chce drahší liek, pričom v takomto prípade musí uhradiť rozdiel v cene drahšieho a lacnejšieho lieku. Takúto možnosť využilo v roku 2006 len 6,5 % pacientov. Tento doplatok sa pritom pacientovi nezapočítava do maximálneho limitu na spoluúčasť a pacient ho platí aj v prípade, ak prekročil maximálny strop a jeho spoluúčasť by mala byť nulová.

• Pokles cien po zavedení generickej substitúcie

Podľa analýzy LFN ceny liekov vo Švédsku klesli cca o 15 % medzi októbrom 2002, kedy bola zavedená generická substitúcia, a decembrom 2005 (LFN 2006), z dôvodu generickej substitúcie (celkový pokles cien bol 40 %).

NEMECKO

Do roku 2002 mohol v Nemecku farmaceut nahradiť lieky za generické len v prípade, že to lekár výslovne uviedol na predpise. V auguste 2002, nemecká vláda zaviedla systém pre generickú substitúciu formou aut-idem. Lekárnici dostali povinnosť nahradiť nepatentované lieky nad určitou cenovou hladinou lacnejšími generickými liekmi. Lekári mohli zakázať substitúciu, len ak to špeciálne označili na recepte. Reakciou na toto opatrenie bol vstup drahých fantómových liekov na trh, ktoré umelo zdvihli cenovú hladinu pre generickú substitúciu. Tento aut-idem systém bol preto v roku 2004 nahradený povinnosťou pre lekárnikov nahradiť originálny liek generickým liekom vždy v prípade, ak bol liek predpísaný generickým názvom alebo lekár špeciálne generickú preskripciu nezakázal. Od roku 2007 môže každá zdravotná poisťovňa uzatvárať dodatočné zmluvy s lekárňami, ktoré generikum má lekár vydať ich poisťencovi v závislosti od špeciálnych zmlúv uzatvorených medzi poisťovňou a dodávateľmi.

DÁNSKO

Dobrovoľná generická substitúcia bola povolená v Dánsku od novembra 1991 (zavedenie takzvanej „G-Schémy“) a stala sa povinnou v roku 1997. Povinná generická substitúcia v Dánsku znamená, že lekárnik musí vždy vydať najlacnejší dostupný výrobok - generický alebo z paralelného dovozu – v rovnakej veľkosti balenia, atď., s výnimkou prípadov, keď to lekár výslovne zakáže alebo ak pacient odmieta substitúciu.

Dánska agentúra pre lieky (DKMA) rozhoduje, či liek je možné substituovať. Lieky sú zoskupené do substitučných/úhradových skupín podľa anatomicko-terapeuticko-chemickej (ATC) klasifikácie (podľa 5. úrovne ATC), ich liekovej formy a bioekvivalencie (prvý krok) a následne sú jednotlivé balenia klastrované podľa veľkosti balenia a dávkovania (druhý krok).

Väčšina liekov spĺňa podmienku bioekvivalencie podľa DKMA v prípade splnenia bežných podmienok pre bioekvivalenciu pri registrácii lieku (AUC koncentrácie liečiva je od 80 do 125 %). Lieky s úzkym terapeutickým indexom sú považované za bioekvivalentné pre generickú substitúciu v prípade, že sa hodnoty koncentrácie liečiva pohybujú v užšom rozmedzí (medzi 90 až 111 %). Tieto prísnejšie podmienky

boli aplikované aj pre niektoré iné lieky (napr. imunosupresíva), aby sa predišlo akýmkoľvek terapeutickým problémom v súvislosti s generickou substitúciou.

Substitúcia určitých balení s balením s inou veľkosťou balenia je možná len vtedy, ak je rozdiel medzi novým a pôvodným balením v rozmedzí do 10-25 % podľa kategórií liekov (napr. pre narkotiká je to len 10 %).

Hoci generická substitúcia je povinná, lekári aj pacienti ju môžu odmietnuť. Lekár môže zabrániť substitúcii jasným označením predpisu s „ej S“ („ne-S“, t.j. nesubstituovať) bez udania dôvodu zamietnutia. Pacient môže tiež odmietnuť výmenu lieku.

Úhrada (pre hradené substitučné skupiny) sa vždy vypočíta z úhrady najlacnejšieho produktu a pacient je povinný zaplatiť rozdiel medzi cenou lieku a úhradou. Táto dodatočná platba sa nezapočítava do 12-mesačného maximálneho limitu pre spoluúčasť. Preto je pacient silne finančne motivovaný dostať najlacnejší generický liek zo svojej vlastnej vôle.

Ak pacient netoleruje lacnejší generický liek, môže lekár požiadať DKMA o zvýšenú úhradu za drahší liek.

Generická substitúcia nie je povinná v prípadoch, keď je cenový rozdiel medzi predpísaným liekom a lacnejšou alternatívou minimálny. Ak je rozdiel medzi cenou predpísaného lieku a výškou úhrady minimálny, t.j. je menší ako 5-20 DKK / € 0,67-2,68, môže lekárnik vydať predpísaný liek. Tento „triviálny limit“ bol zavedený v roku 1996.

Za účelom pomôcť lekárňam vydať správny generický liek v závislosti na jeho cene, každé balenie v substitučnej skupine je označené jedným z písmen A, B alebo C. „A“ znamená, že toto balenie je prvou voľbou, „B“ znamená, že cena balenia je v prijateľnom cenovom limite, takže výdaj je možný, nie však povinný, a „C“ označuje balenie, ktoré nespĺňa kritérium triviálneho limitu a nemá byť vydaný podľa predpisu. Tieto pravidlá spoločne s pravidlom pre lekárne, na základe ktorého majú povinnosť informovať pacienta, ak existuje niekoľko menších balení, ktorých celková cena je menšia ako cena predpísaného väčšieho balenia, sú uvedené v Metodickom pokyne o povinnostiach lekárni o náhrade a informovaní o lacnejších kombináciách podobných menších balení (č. 45 z 29. mája 2006).

LOTYŠSKO

Generická substitúcia je v Lotyšsku vo všeobecnosti povolená a pri hradených liekoch je povinná pre lekárnika a dobrovoľná pre pacienta. To znamená, že lekárnik je povinný informovať pacienta a vydať mu lacnejší liek, pričom pacient ju môže odmietnuť.

Lekárne majú dovolené nahradiť originálny liek generickým v nasledujúcich prípadoch:

1. ak lekár napísal na recept generický názov liečiva (INN)
2. ak lekár neuviedol na recepte, že liek nesmie byť substituovaný; v tomto prípade sa na výmenu lieku vyžaduje súhlas pacienta

Rovnaké pravidlá pre substitúciu liekov platia pre paralelne dovážané lieky.

Lekári sú motivovaní predpisovať lacnejšie lieky na základe

limitov v rámci systému hradených liekov a nemôžu obhájiť prekročenie limitu v prípade, ak nepredpísali len najlacnejšie lieky.

Ak je predpísaný liek hradený z verejných zdrojov, ak sa pacient rozhodne pre drahší liek, je povinný uhradiť rozdiel medzi cenou tohto lieku a výškou úhrady.

Generická substitúcia je podporovaná nasledujúcimi opatreniami:

- degresívna obchodná prirážka pre lekárne
- limity na lieky pre lekárov
- referenčný systém úhrad, kedy pacient platí rozdiel v cene lieku.

FÍNSKO

Povinná generická substitúcia bola vo Fínsku zavedená 1. apríla 2003. Na základe nej sú lekárnici povinní nahradiť predpísaný liek jeho najlacnejším alebo takmer najlacnejším generickým alebo paralelne dovážaným liekom, ak je rozdiel v cene medzi predpísaným a najlacnejším liekom

- € 2 alebo viac v prípade, že konečná cena lieku je menej ako € 40
- € 3 alebo viac v prípade, ak je konečná cena lieku € 40 alebo vyššia

Aj predpisujúci lekár aj pacient majú právo odmietnuť substitúciu bez sankcií. Avšak lekár musí dokumentovať vedecké alebo terapeutické dôvody zamietnutia. Odmietnutie náhrady neznižuje výšku úhrady pôvodne predpísaného lieku, t.j. pacienti nemusia platiť cenový rozdiel za drahší liek.

Zoznam vzájomne nahraditeľných („substituovateľných“) liekov je zostavovaný a spravovaný Fínskou liekovou agentúrou (NAM) a aktualizovaný štvrťročne. Farmaceutické spoločnosti sú povinné reportovať ceny substituovateľných výrobkov najmenej 21 dní pred prvým dňom každého kalendárneho štvrťroka.

Základné kritériá pre zaradenie do zoznamu liekov, ktoré sú nahraditeľné, sú:

- lieky obsahujú rovnakú účinnú látku,
- lieky obsahujú rovnaké množstvo účinnej látky,
- lieky majú rovnakú liekovú formu, aj keď tablety a kapsuly sú vzájomne nahraditeľné,
- bolo spoľahlivo preukázané, že lieky sú biologicky ekvivalentné,
- lieky patria do ATC skupiny, v ktorej je substitúcia liekov bezpečná

Zoznam substituovateľných liekov nemusí obsahovať

- lieky používané len v nemocniciach
- lieky podávané v náplastiach, parenterálne alebo inhalačne
- lieky patriace do ATC skupín, kde generická substitúcia nie je vhodná pre farmakologické alebo klinické dôvody, medzi ne patrí inzulín a inzulínové analógy, hematologické lieky, srdcové glykozidy, antiarytmiká, antiséra, imunoglobulíny, vakcíny, antiepileptiká a inhalačné lieky pre obštrukčnú chorobu pľúc
- lieky chránené procesným patentom vo Fínsku (v súčasnosti sa to vzťahuje iba na šesť liekov: Proscar®, Amaryl®, Cozaar®, Efexor®, Imigran® a Risperdal®)

Systém povinnej generickej substitúcie je vo Fínsku považovaný za obrovský úspech pretože za prvých 12 mesiacov (apríl 2003 – apríl 2004) priniesol úspory 49,1 miliónov EUR pre verejné zdroje a 39,2 miliónov EUR pre pacientov.

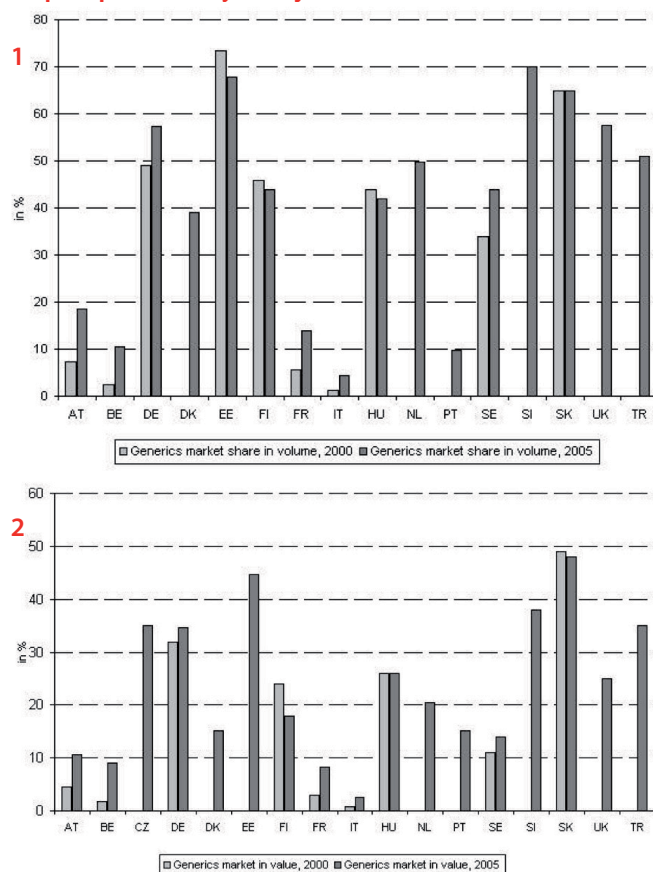
Generická preskripcia bola vo Fínsku povolená od roku 1996, ale používa sa len veľmi zriedka, najmä od zavedenia povinnej generickej substitúcie od 1. apríla 2003.

Keď bola vo Fínsku v roku 2003 zavedená generická substitúcia, spustila sa verejná debata o používaní generík. Inštitúcie ako Ministerstvo sociálnych vecí a zdravotníctva, ale aj Asociácia fínskych lekární vydali viaceré materiály pre pacientov na podporu používania generík.

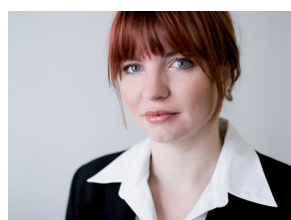
Lekárnikom boli poskytnuté zľavy, aby vybrali konkrétne generické prípravky pri substitúcii. Táto možnosť bola však zrušená od 1. januára 2006 zmenou zákona o liekoch. Odvtedy majú lekárne zakázané prijať akúkoľvek zľavu od farmaceutického priemyslu.

POUŽÍVANIE GENERÍK V EÚ

Grafy 1 a 2: Podiel generických liekov na celkovej spotrebe liekov (1) v objeme predpísaných liekov a (2) v nákladoch na predpísané lieky v krajinách EÚ v rokoch 2000 a 2005



Zdroj: <http://ppri.oebig.at>



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

zdravotnáPolitika 7/2010

Súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

V Piešťanoch sa 17. júna 2010 skončil tretí ročník študijného programu Manažér na Health Management Academy. V rámci Dňa otvorených dverí prezentovali absolventi programu svoje ročníkové práce. Ich výsledné hodnotenie je kombináciou hodnotenia samotných študentov ako aj lektorov. Podobne ako po minulé roky budeme najlepšie práce zverejňovať v našom mesačníku. A začneme rovno víťazom: prémiu pre najlepšiu prácu si odniesla LUCIA HLINKOVÁ, právnička zo ZP Dôvera.

Motto:

„Paušálne odmietanie trhu v zdravotníctve je chybou...“

INEKO

ZHRNUTIE

Cieľom nasledujúcej úvahy je poskytnúť môj osobný názor na existenciu súťažného prostredia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či ide o ambulantnú alebo nemocničnú sféru poskytovania zdravotných služieb.

Od úvodu až po záver som zachytila prúd myšlienok, ktoré sú postavené na dostupnej literatúre, záveroch publikovaných autorov, odborníkov na zdravotný systém, platnej právnej úprave, z nej vychádzajúcej kazuistiky príslušných kontrolných orgánov a v neposlednom rade z vlastných skúseností prameňiacich z praxe v oblasti zdravotného poistenia.

Po zachytení viacerých relevantných faktov nie je možné skonštatovať iné, než skutočnosť, že súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je realitou, ktorá sa postupne zdokonaľuje tým, ako si jej jednotliví aktéri začínajú uvedomovať jej dôležitosť a dôležitosť svojho vlastného správania pre „zdravé“ fungovanie zdravotného systému.

ÚVOD

Akoby na zavolanie, práve v momente, keď sa rozhodujem, ako a čím začať túto úvahu, odznieva v televíznom spravodajstve jednej súkromnej televízie príspevok s názvom „Zdravie je tovar“. Ťažko povedať, aký dojem mal vlastne príspevok zanechať, hovorilo sa v ňom o aktívnom prístupe lekárov, keďže mnohí z nich začínajú vnímať pacienta ako klienta, voči ktorému sa potrebujú odlíšiť od iných lekárov a zdravotníckych zariadení tak, aby sa aj v budúcnosti pacient – klient vrátil práve k nemu. V prípade tohto príspevku išlo o zdôraznenie odlíšenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti formou rôznej a čoraz častejšej ponuky balíčkov nadštandardnej starostlivosti, resp. balíčkov, ktoré zahŕňajú poskytnutie síce štandardnej starostlivosti (jednoducho povedané tej, ktorá je hrazená zdravotnou poisťovňou), ale nadštandardným spôsobom. Na záver príspevku, zrejme pre zabezpečenie vyváženého spravodajstva, odznel oponent-ský názor, ktorý podľa môjho názoru vychádzal skôr z nedostatočnej informovanosti respondenta o riešenej otázke, než z objektívneho posúdenia účelu poskytovania nadštandardných produktov súťažne zmyšľajúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

A práve z dôvodu rôzneho vnímania vzťahu pacient – lekár, ku ktorému sa v rámci úhradového trojuholníka pridáva aj zdravotná poisťovňa, som sa rozhodla poskytnúť prierezovú úvahu o existencii súťažného vzťahu týchto neodmysliteľných účastníkov zdravotného systému.



SÚŤAŽ V ZDRAVOTNÍCTVE JE REALITA A MALA BY BYŤ SAMOZREJMOSŤ

Pred piatimi rokmi som zdravotníctvo a súvislosti vnímala iba z pohľadu pacienta, prípadne rodinného príslušníka zamestnanca v zdravotníctve. Práve z pohľadu pacienta som v prípade zdravotných problémov vyhľadávala lekárov, o ktorých boli dostupné referencie týkajúce sa starostlivosti o pacientov, zodpovednosti za vykonané úkony a samozrejme, v neposlednom rade, odbornosti vykonanej práce. Zatiaľčo k prvej oblasti som získavala informácie od známych či bývalých pacientov daného lekára, v otázke odbornosti som sa snažila získať aj pohľad, ako môjho potenciálneho ošetrojúceho lekára vnímajú jeho kolegovia z medicínskeho prostredia.

Pre každého z nás je totiž automatické a prirodzené, že keď ide o zdravie, hľadá to, čo považuje na základe dostupných informácií za najlepšie. Pritom si ani neuvedomujeme, že svojím správaním selektujeme medzi rôznymi poskytovateľmi, ktorí súťažia o nás – svojho klienta.

Keď sa po prvýkrát objavilo v odbornej verejnosti prirovnávanie zdravia a zdravotnej starostlivosti k tovaru, akým sú akékoľvek iné produkty bežnej spotreby, napríklad plastové okná a konkurujúci si trh výrobcov a dodávateľov plastových okien, zdvihla sa vlna nevôle až pohoršenia nad takýmto spôsobom vnímania poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Isto treba uznať, že vybrať si plastové okná nebolo správnym strategickým a najšťastnejším marketingovým ťahom, ako vysvetliť večným zástancom „bezplatného zdravotníctva“ podstatu existencie konkurencie aj medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, na druhej strane je podstatné si uvedomiť, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti rôznymi poskytovateľmi pôsobia obdobné mechanizmy, ako pri poskytovaní iných tovarov a služieb.

O tom, že existuje selekcia zo strany dopytu voči ponuke aj v zdravotníctve, nás pravidelne presviedčajú výsledky prieskumov inštitúcií priamo kooperujúcich v systéme zdravotníctva.

Zdravotná poisťovňa Dôvera už druhý rok uskutočnila hodnotenie zariadení poskytujúcich kúpeľnú starostlivosť jej klientom. Najdôležitejším parametrom pri vyhodnotení tých najlepších bola spokojnosť jej poistencov, ktorí za posledný rok absolvovali v kúpeľných zariadeniach po celom Slovensku kúpeľnú liečbu typu „A“, zisťovanú na vzorke 1200 poistencov formou dotazníkov. Aj výsledky tohto prieskumu predstavujú dôležitú informáciu, ktorým smerom sa má ďalej kontraktčná činnosť tejto zdravotnej poisťovne uberať, kam má smerovať svojich poistencov, a to všetko z dôvodu udržania a zvýšenia spokojnosti jej klientov.

Prieskum Združenia zdravotných poisťovní Slovenskej republiky realizovaný v roku 2008 zase objasnil zaujímavé správanie sa pacientov – spotrebiteľov. Spotrebiteľ sa pri výbere poskytovateľa – nemocnice v najväčšej miere rozhoduje podľa odporúčania ošetrojúceho lekára (53,2 %), na základe vlastnej skúsenosti (37,2 %) a na základe odporúčaní známych (28,8 %). Ak by si mal slovenský pacient v roku 2008 vybrať nemocnicu na základe kvality alebo dostupnosti, priklonil by sa k poskytovanej kvalite, aj keď by mal za ňou docestovať (72,9 %)¹⁾.

A práve uvedené percento poukazuje na vplyv konkurencie iných nemocníc mimo spádového územia, pretože pacienti často uprednostnia pred nemocnicou, ktorú majú „po ruke“, nemocnicu z nepríslušného spádového územia. Dôvodov je isto viacero, počnúc tým, že miestna nemocnica nezabezpečuje príslušnú odbornosť, alebo preto, že tam pacienti jednoducho nechcú byť hospitalizovaní, či už pre nevenovanie dostatočnej pozornosti pacientovi lekármi, pre kvalitu základného vybavenia nemocnice, pre spôsob komunikácie s poistencom, v neposlednom rade pre povesť a referencie nemocnice.

Správanie sa pacienta, poistenca a v konečnom dôsledku spotrebiteľa svedčí o tom, že si zdravotnú starostlivosť vyberá tak, ako každý iný tovar, či službu, dokonca oveľa precíznejšie.

Zaujímavosťou je, ako môže rozsah spoluúčasti pacienta na financovaní poskytnutej zdravotnej starostlivosti vplyvať na vnímanie existencie konkurenčného prostredia poskytovateľov. Poskytovatelia, u ktorých sa len v minimálnej miere prejavuje priama spoluúčasť pacienta na financovaní poskytnutej zdravotnej starostlivosti, z veľkej časti (česť výnimkám) odmietajú pripustiť, že medzi nimi existuje súťažné prostredie. Úhrada od zdravotnej poisťovne príde, najmä tá kapitálna, pacient nič priamo neplatí a z veľkej časti nevie posúdiť, či sa mu dostala dostatočná zdravotná starostlivosť.

Na druhej strane u poskytovateľov, kde pacient priamo finančne pociťuje hodnotu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, verejnosť a aj samotní poskytovatelia úplne prirodzene vnímajú možnosť výberu, napríklad na základe parametra ceny, vybavenia ambulancie, spôsobu objednávanie a všeobecne, pro-klientského prístupu.

Napríklad taká stomatológia už dávno nie je len o výbere „farby plomby“, ale o súťaži o priazeň pacienta a jeho ochote zaplatiť spoluúčasť práve vybranému stomatológovi.

K prvej skupine, ktorá si existenciu súťaže v zdravotníctve zatiaľ nedeľuje len veľmi skreslene, ak vôbec, sa núka jedna otázka. Čo to je, keď nie súťaž, ak sa pacient slobodne rozhodne zmeniť všeobecného lekára, napríklad preto, že u toho druhého sa môže objednať telefonicky na konkrétny termín aj bez priamej platby a kedykoľvek? Pacient, klient, spotrebiteľ len uplatní svoje právo slobodného výberu v širokej ponuke vzájomne si konkurujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Áno, súťaž tu je, keby nebola, neusmieval by sa na nás pri jazde po Prístavnom moste z pútača americký úsmev č. 5 a siete polikliník by nesúťažili o priazeň pacientov ponukou rôznych balíkov nadštandardnej starostlivosti, resp. ako som už uviedla vyššie, s ponukou siete štandardnej starostlivosti, ale poskytovanej nadštandardným spôsobom.

Čo sú teda základné body, ktoré možno jednoznačne označiť ako spoločné pre tak zdanlivo neporovnateľné trhy ako sú trh tovarov a služieb bežnej spotreby a trh poskytovania zdravotnej starostlivosti? Jednoznačne ide o porovnávanie úrovne kvality, orientáciu na spokojnosť klienta, dostupnosť služieb, dobrú povesť poskytovateľa a cenovú súťaž vo vzťahu k poistencovi či zdravotnej poisťovni.

INFORMAČNÁ ASYMETRIA

„Neinformovaný pacient sa nevie správne rozhodovať. Preto treba zverejňovať objektívne rebríčky poisťovní aj poskytovateľov a zrozumiteľné databázy liekov.“²⁾ Takéto a podobné názory rezonujú v poslednom čase v každom relevantnom článku či príspevku zaoberajúcom sa informovanosťou obyvateľstva o kvalite, dostupnosti zdravotnej starostlivosti, jej cene a možnostiach voľby medzi rôznymi alternatívami.

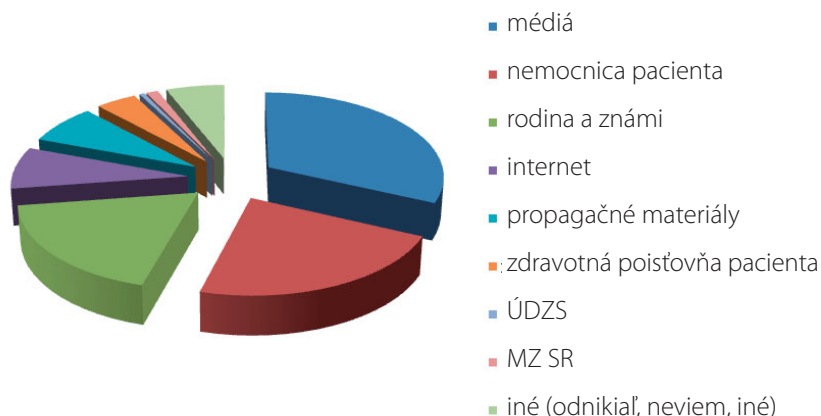
Za špecifikum zdravotného trhu väčšina odbornej verejnosti považuje nedostatok informácií o tom, čo vlastne pacient má dostať a aké zlepšenie zdravotného stavu môže objektívne očakávať. Je samozrejmé, že nový účes a farbu vlasov zrejme posúdime lepšie, než kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, rovnako tak jej cenu, či primeranosť ceny ku kvalite dodaných služieb. Súčasný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, najmä tej hradenej zdravotnou poisťovňou, len v minimálnej miere vťahuje pacienta do porovnávania cien starostlivosti, ktorá sa mu dostala. Málokto z nás naozaj vie, koľko zaplatila zdravotná poisťovňa za výkony, akými sú vyšetrenia na neurológii či vyoperovanie slepého čreva. Na druhej strane stojí otázka, či aj v prípade, že by pacient poznal hodnotu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, by vedel posúdiť jej primeranosť, vzhľadom na kvalitu odvedenej „práce“ lekára, použité materiálo-technologické prostriedky, aplikované lieky a zdravotnícke pomôcky.

Opäť sa vrátim k prieskumu vykonanom Združením zdravotných poisťovní, podľa ktorého najväčšie množstvo informácií získavajú respondenti z médií, zo svojej nemocnice, od rodiny a známych. V roku 2008 by ich však chceli získavať približne rovnakou mierou aj od zdravotnej poisťovne.

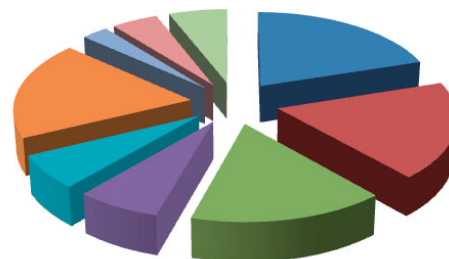
1) Zdroj: www.hpi.sk; www.zzp-sr.sk

2) P. Goliaš: Súťaž v zdravotníctve nie je jediný liek, INEKO, 2009.

Graf 1: Odkiaľ pacient dostáva informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytnutej jeho nemocnicou?



Graf 2: Odkiaľ by pacient chcel dostávať informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytnutej jeho nemocnicou?



Zdroj: Prieskum agentúry Polis Slovakia s.r.o., www.hpi.sk, www.zzp-sr.sk, 2008

Zdravotná poisťovňa, ako subjekt uhrádzajúci poskytnutú zdravotnú starostlivosť za veľkú časť obyvateľstvom čerpanej zdravotnej starostlivosti, sa teda stáva nielen neodmysliteľným hráčom vo svete financovania zdravotníctva, ale priamo jej klienti, teda spoloční klienti poskytovateľa a zdravotnej poisťovne, sa dožadujú, aby poskytovatelia súťažili nielen o ich priazeň ako konečných spotrebiteľov, ale zároveň aj o odborné ohodnotenie činnosti poskytovateľov zdravotnou poisťovňou, ktorú si vybrali. Zdravotná poisťovňa Dôvera už od roku 2008 pravidelne zverejňuje rebríček nemocníc. Ide o vyhodnotenie, ktorá nemocnica v rámci koncepčných parametrov obstála v očiach tejto zdravotnej poisťovne najlepšie. Samozrejme, neodmysliteľným parametrom je aj samotná spokojnosť poistencov, zisťovaná dotazníkovou formou medzi poistencami. A aké znaky vykazuje najúspešnejšia nemocnica za rok 2009? Napríklad dokáže poskytnúť komplexnú starostlivosť, má všetky oddelenia, má skúsenosti aj s liečbou komplikovaných a náročných prípadov, vyberajú si ju pacienti aj zo vzdialenejších oblastí a v minimálnej miere realizuje preloženia pacientov k iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Takéto meranie „výkonu“ jednotlivých poskytovateľov významne prispieva k rozhodovaniu všetkých účastníkov zdravotného systému. Len pacient, ktorý má k dispozícii zrozumiteľné a relevantné informácie, môže realizovať svoje práva, a tým aj prevziať zodpovednosť za rozhodnutia týkajúce sa vlastného zdravia.

PRÁVNÝ ZÁKLAD SÚŤAŽE

Pre zadefinovanie právneho rámca súťažného prostredia možno ako základ použiť jednu zo zásad hospodárskej súťaže, ktorú vyjadril Ústavný súd Slovenskej republiky vo svojej judikatúre:

„Základom trhového hospodárstva a s ním spätéj hospodárskej súťaže je voľnosť vstupu na trh a rovnosť pravidiel správania na trhu pre všetkých účastníkov hospodárskej súťaže.“⁽³⁾

Popri tom Ústava Slovenskej republiky v čl. 35 ods. 1 zaručuje každému právo podnikat' a vykonávať inú zárobkovú činnosť, pričom Ústavný súd zároveň konštatuje, že právom podnikat' „sa zabezpečuje verejný záujem na rozvoji podnikania ako dôležitého prvku trhového hospodárstva“⁽⁴⁾

V rámci úvah o existencii hospodárskej súťaže medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vyvstala teda otázka, či je vôbec možné poskytovateľa zdravotnej starostlivosti považovať za „podnikateľa“, a preto je potrebné sa aspoň v krátkosti zaoberať definíciou podnikateľa tak v komunitárnom, ako i slovenskom práve.

V európskom priestore pojem podnikateľ používa v súvislosti s hospodárskou súťažou Zmluva o založení Európskeho spoločenstva. Komunitárne právo však neobsahuje bližšiu, či podrobnú definíciu pojmu podnikateľ. Na druhej strane sú však tieto pojmy zadefinované v obsiahlej judikatúre Európskeho súdneho dvora, z ktorej vyplýva, že *akákoľvek činnosť, ktorá spočíva v poskytovaní či už tovarov alebo služieb na určitom, presne vymedzenom, relevantnom trhu, je podnikateľskou činnosťou*.

Slovenská súťažná právna úprava vo svojej podstate so základnými zásadami stanovenými Ústavou nadväzuje na komunitárnu úpravu, a to konkrétne zákonom o ochrane hospodárskej súťaže. Definícia podnikateľa ustanovená v Obchodnom zákonníku je na účely hospodárskej súťaže bližšie ďalej špecifikovaná práve v zákone o ochrane hospodárskej súťaže, a to tak, že „podnikateľom (v spojení s definíciou podľa Obchodného zákonníka) je aj fyzická a právnická osoba, ich združenia a združenia týchto združení, ak ide o ich činnosti a konania, ktoré súvisia alebo môžu súvisieť so súťažou, bez ohľadu na to, či tieto činnosti a konania sú alebo nie sú zamerané na dosiahnutie zisku“⁽⁵⁾.

Nie je to tak dávno, čo Protimonopolný úrad Slovenskej republiky prešetroval správanie sa združenia podnikateľov, konkrétne združenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na relevantnom trhu poskytovaní ústavnej zdravotnej sta-

3) Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky sp. zn. I. ÚS 54/2000, Zbierka zákonov Slovenskej republiky, čiastka 194, č. 487/2001.

4) Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky sp. zn. PL. ÚS 37/99, Zbierka zákonov Slovenskej republiky, čiastka 59, pod č. 122/1999.

5) § 3 ods. 2 zákona č. 136/2001 Z.z. o ochrane hospodárskej súťaže v platnom znení.

roztivosti. Tí sa na základe podnetov zdravotných poisťovní mali správať „netrhovým“ spôsobom, ktorý obmedzoval hospodársku súťaž na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti, a to v štádiu rokovaní o uzatvorení zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami.

Na tomto mieste treba upozorniť, že účelom tejto úvahy nie je hodnotiť výsledky prešetrovania Protimonopolného úradu ani závery správneho konania, ktoré vzhľadom na predbežné zistenia za prešetrovaním prirodzene nasledovalo. Podstatnou je úvaha posúdenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako vzájomných súťažiteľov v zmysle súťažného, tak európskeho, ako i slovenského právneho stavu.

Protimonopolný úrad totiž v rámci správneho konania skúmal, pred samotnou otázkou potenciálneho narušenia hospodárskej súťaže, či je vôbec možné poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti považovať za osoby, na ktorých konanie sa zákon o ochrane hospodárskej súťaže vzťahuje, nakoľko túto skutočnosť namietalo samotné združenie.

Ako jeden z prostriedkov obrany voči postupu Protimonopolného úradu bol totiž použitý aj argument postavený na právnej forme dotknutých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to, že tieto príspevkové organizácie „boli zriadené na plnenie úloh štátu a charakterom činnosti plnia jeho základné funkcie alebo verejnoprospešné činnosti dané im zákonom alebo rozhodnutiami štátnych orgánov.“⁶⁾

Z definície podnikateľa uvádzanej vyššie však jednoznačne vyplýva, že motív zisku či verejnoprospešný charakter správania nie je pri posudzovaní činnosti právnických osôb s dôrazom na ochranu hospodárskej súťaže rozhodujúcim. Esenciálnym je posúdenie skutočnosti, či činnosť danej osoby môže, aj keď len potenciálne súvisieť so súťažou. Navyše, podľa Európskeho súdneho dvora pojem podnikateľ zahŕňa „akýkoľvek subjekt vykonávajúci podnikateľskú činnosť, bez ohľadu na jeho právnu formu a spôsob financovania“⁷⁾ Z tohto záveru vyplýva, že aj verejnoprávny subjekt vykonávajúci neziskovú činnosť môže byť považovaný za podnikateľa. Pre určenie, či sa subjekt pre potreby ochrany hospodárskej súťaže považuje za podnikateľa alebo nie, je potrebné zistiť či vykonáva podnikateľskú činnosť. Samotná právna forma a spôsob financovania činnosti nie sú podstatné.

Protimonopolný úrad vo svojom rozhodnutí týkajúcom sa danej veci konštatoval, cit.: „*uplatňovanie zákona o hospodárskej súťaži v žiadnom prípade neznamená fakticky alebo právne plniť úlohy fakultných nemocníc v oblasti poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti ...*“⁸⁾.

Medzi nezávislými podnikateľmi poskytujúcimi rôznu úroveň služieb nie je prípustná spolupráca, ktorá zabraňuje alebo obmedzuje hospodársku súťaž. Z rozhodovacej praxe Protimonopolného úradu odvíjajúcej sa od platnej legislatívy jednoznačne vyplýva záver, že takými podnikateľmi, súťažiteľmi na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti, sú aj samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, bez ohľadu na ich právnu formu.

Súťaž medzi poskytovateľmi sa na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti prejavuje nielen vo vzťahu k adresátom zdravotnej starostlivosti, jej konečným spotrebiteľom, teda pacientom, ale aj vo vzťahu k zdravotným poisťovňám, teda smerom, ktorým posudzoval Protimonopolný úrad správne združenie. „*Žiadny zákon negarantuje žiadnej fakultnej nemocnici istú, resp. minimálnu, cenu za poskytovanie týchto zdravotníckych výkonov a jednotliví členovia Asociácie sú povinní viesť rokovania so zdravotnými poisťovňami o zmluvách o poskytovaní zdravotnej starostlivosti individuálne, bez využívania vyjednávacej sily Asociácie*“⁹⁾. Záleží teda len na konkrétnom poskytovateľovi, či dodržiavaním pravidiel transparentnej súťaže, ktorej rámec je jasne stanovený platnou legislatívou, dokáže efektívne využiť vlastné zdroje, personálne, prístrojové vybavenie a vhodným riadením celého podniku dosiahnuť vyrovnané, resp. ziskové hospodárenie.

POTREBA REGULÁCIE VS. JEJ PRIMERANOSŤ

Priestor pre hospodársku súťaž medzi poskytovateľmi je tak daný jednak Ústavou, ako aj zákonom o ochrane hospodárskej súťaže, komunitárnou úpravou a prislúchajúcou rozhodovacou činnosťou Protimonopolného úradu a judikatúrou Európskeho súdneho dvora. Praktická realizácia v podmienkach zdravotníctva bola s účinnosťou od roku 2005 postavená na viacerých právnych predpisoch, ktorých účelom bolo okrem iného liberalizovať trh poskytovania zdravotnej starostlivosti a vykonávania verejného zdravotného poistenia. Základnými atribútmi tejto právnej úpravy mala byť hlavne existencia súťaže poskytovateľov o zmluvy so zdravotnými poisťovňami, podpora vzniku nových, aj súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, slobodná voľba lekára zo strany pacienta, voľná cenotvorba za zdravotné výkony a v neposlednom rade pružné stanovenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Je prirodzené a opodstatnené, že za súčasného stavu zdravotného systému (neúnosný systém financovania z verejných zdrojov, rastúce očakávania spotrebiteľov, ale aj zdravotných pracovníkov, nekoncepcná štruktúra siete poskytovateľov a pod.) sa javí ako nevyhnutné, aby boli zo strany zákonodarcu do právneho systému zakomponované prvky administratívnej regulácie, ktorá v nevyhnutnom rozsahu a z dôvodu verejného záujmu obmedzí aj hospodársku súťaž. Použitie prostriedky zásahov do súťažného prostredia by však v záujme dosiahnutia vytýčeného cieľa mali v čo najmenšej možnej miere obmedzovať súťažné práva a záujmy dotknutých účastníkov systému, prijatá regulácia by mala byť výsledkom ich konsenzu tak, aby regulovala prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti v nevyhnutnej miere a v súlade s princípmi koncepcnosti a transparentnosti.

Hlavným cieľom regulácie v zdravotníctve je zabezpečenie *efektívnej, dostupnej, plynulej, sústavnej a odbornej zdravotnej starostlivosti pre obyvateľov krajiny*¹⁰⁾.

Regulácia dostupnosti je v našich súčasných legislatívnych podmienkach rozsiahla, pričom sa dotýka takmer všetkých foriem poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ako príklad možno uviesť všeobecnú ambulantnú starostlivosť – podľa

6) Námiety účastníka konania vedenom na Protimonopolnom úrade Slovenskej republiky, v konaní č. 0031/ODOS/2008; zdroj: Rozhodnutie Rady PMÚ SR č. 2009/KH/R/2/029 zo dňa 05.06.2009, www.antimon.gov.sk

7) Rozhodnutia Európskeho súdneho dvora č. C 159/91, C 244/94, C 55/96, C 180/98, C 309/99.

8) Rozhodnutie Rady PMÚ SR č. 2009/KH/R/2/029 zo dňa 05.06.2009, konanie č. 0031/ODOS/2009, www.antimon.gov.sk

9) Rozhodnutie Rady PMÚ SR č. 2009/KH/R/2/029 zo dňa 05.06.2009, konanie č. 0031/ODOS/2009, www.antimon.gov.sk

10) M. Kultán: Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a možnosti jej regulácie, IntoBalance 06/2008, www.hpi.sk

zákona o zdravotných poisťovniach je každá zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ak má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti najmenej s jedným jej poistencom, zároveň je nariadením vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti definovaná minimálna sieť tejto formy zdravotnej starostlivosti.

Právna úprava minimálnej siete týchto foriem zdravotnej starostlivosti vykazuje mierne známky nekonzistentnosti, aj s poukazom na terminologické nepresnosti medzi vykonávacím predpisom a zákonom, na ktorého vykonanie bolo nariadenie vydané.

Pokiaľ ide o ústavnú zdravotnú starostlivosť, regulácia jej nevyhnutného rozsahu v súčasnosti najvypuklejšie poukazuje na prvky netransparentnosti vnesených do súťažného prostredia poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Nariadenie vlády o minimálnej sieti určuje zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rámci koncovej minimálnej siete ústavnej zdravotnej starostlivosti a zoznam špecializovaných ústavných pracovísk týchto poskytovateľov. Vymenúva teda tie zariadenia, ktoré majú automatický nárok na kontrakt so zdravotnou poisťovňou bez ohľadu na dostupnosť, efektívnosť a najmä kvalitu. Takéto nastavenie výrazne zužuje zdravotným poisťovňám priestor na efektívne selektívne zazmluvňovanie, výber kvalitných poskytovateľov pre svojich klientov. Minimálna sieť by však mala fungovať ako garancia ochrany spotrebiteľa z hľadiska zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti, nie znižovať jeho postavenie v systéme. V súčasnosti je žiaľ minimálna sieť orientovaná viac na vstupy ako na kvalitu výsledných služieb.

Zakotvením pevného zoznamu poskytovateľov bol výrazne obmedzený priestor pre hospodársku súťaž ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zaradení do zoznamu nie sú totiž výlučnými poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale pôsobia na trhu poskytovania tohto druhu zdravotnej starostlivosti popri ďalších poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, teda iných subjektov inštitucionalizovaných v rôznej právnej forme s charakterom vlastníctva tak štátneho, ako i súkromného. Všetky tieto subjekty sú rovnako účastníkmi a tvorcami súťaže, pričom v súťaži o poistenca a úhrady od zdravotných poisťovní by mali bojovať kvalitou poskytovaných služieb, a teda by mali mať pred zdravotnými poisťovňami rovnakú štartovaciu pozíciu. V neposlednom rade je kruciálne pripomenúť, že aj samotný súťažný regulátor, Protimonopolný úrad, osobitne v rámci medzirezortného pripomienkového konania upozornil, že koncová sieť nemocníc je v rozpore s trhovou súťažou. Možno neželaným, zato fatálnym dôsledkom úpravy takejto regulácie pre súťažné prostredie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti je skutočnosť, že poskytovatelia, ktorí sa ocitli v zozname, dosiahli istotu zazmluvnenia zdravotnými poisťovňami, a teda prišli o dôležitú motiváciu usilovať sa o zlepšenie svojho postavenia v konkurenčnom prostredí na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Priamym dôsledkom tejto situácie je neodôvodnené zhoršenie postavenia ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým sa výrazne znižuje šanca byť zaradení do koncovej siete tvoriacej súčasť minimálnej siete a súťažiť s porovnateľnými poskytovateľmi.

Hospodárska súťaž existuje aj medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Spočíva nielen v cenovej konkurencii medzi poskytovateľmi, ale aj v ich necenovej konkurencii pozostávajúcej v rozdielnej kvalite, efektívite dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a širokého diapazónu súvisiacich služieb, ktoré dokážu osloviť konečného spotrebiteľa tak, že si aj v dôsledku ich ponuky vyberie konkrétneho poskytovateľa spomedzi mnohých. Na tom nič nemení ani skutočnosť, že veľká časť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nie je prioritne podnikateľsky orientovaná na zisk.

Pestovanie súťažného prostredia a ochota poskytovateľov v ňom existovať a trhovo sa správať je určite jednou z ciest, ktorá napomôže efektívnemu a hospodárnemu nakladaniu so zdrojmi verejného zdravotného poistenia.

Existujúca hospodárska súťaž v sektore poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je faktom, svedčí o tom napokon nielen právna úprava či rozhodnutia regulátora hospodárskej súťaže, ale aj správanie sa spotrebiteľa - pacienta pri výbere poskytovateľa či prax zmluvného vyjednávania medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami. Zachovanie transparentnej súťaže medzi poskytovateľmi neodmysliteľne napomáha zdravotným poisťovňám pri výbere kvalitného a efektívneho poskytovateľa pre ich poisťencov, ako i k napĺňaniu jedného z najpodstatnejších cieľov zdravotnej politiky – spokojnosti koncových spotrebiteľov.



Lucia Hlinková pôsobila do novembra 2006 v advokácii, odvtedy pracuje v Dôvere. Od apríla 2009 je na pozícii manažér odboru právnych služieb.

» kontakt

hlinkova.lucia@dovera.sk

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- M. Filko, P. Pažitný, T. Szalay, A. Szalayová: 2 Cesty k lepšiemu zdravotníctvu. Niekoľko návrhov na zvýšenie kvality a efektívnosti slovenského zdravotníctva, SGI - ADIN, s.r.o., 2010
- Miroslav Beblavý, Emília Sičáková: Ekonomické a sociálne reformy na Slovensku: Niektoré aspekty tvorby verejnej politiky a presadzovanie záujmov, INEKO, 2001
- T. Sedláček: Ekonomie dobra a zla, 65.pole, 2009
- T. Szalay: Desatoro pre poistenca, IntoBalance 6/2009, www.hpi.sk
- T. Szalay: Spravodlivá súťaž, IntoBalance 5/2009, www.hpi.sk
- M. Voleková: Fond postelí v sieti nemocničných zariadení Slovenskej republiky, 2007, www.hpi.sk
- M. Kultán: Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a možnosti jej regulácie, IntoBalance 06/2008, www.hpi.sk
- E. Jurzyca: Rola verejnej mienky v reformách: Ponuka a dopyt, www.ineko.sk
- Prieskum verejnej mienky agentúry POLIS Slovakia s.r.o. pre Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, www.hpi.sk, www.zzp-sr.sk, 2008
- P. Golias: Súťaž v zdravotníctve nie je jediný liek, INEKO, 2009
- T. Julínek, R. Zajac: Diskusia na pôde HMA, 2009

- Hodnotenie nemocníc: DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., 2008, 2009
- Hodnotenie kúpeľov: časopis Kúpele a DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., 2010
- Rozhodnutia Európskeho súdneho dvora č. C 159/91, C 244/94, C 30/96, C 55/96, C 18/98, C 118/98, C 180/98, C 309/99.
- Rozhodnutie Rady Protimonopolného úradu Slovenskej republiky č. 2009/KH/R/2/029 zo dňa 05.06.2009, konanie č. 0031/ODOS/2009, www.antimon.gov.sk
- Rozhodnutie Protimonopolného úradu Slovenskej republiky č. 2008/KH/1/1/107 zo dňa 16.12.2008, konanie č. 0031/ODOS/2009, www.antimon.gov.sk
- Platná právna komunitárna a slovenská úprava:
 - Články 81 až 89 Zmluvy o založení EHS
 - Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky
 - Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov
 - Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, v stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov
 - Nariadenie Vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
 - Zákon č. 136/2001 Z. z. o ochrane hospodárskej súťaže v znení neskorších predpisov
 - Zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov



Program Master of Science už aj na Slovensku

Štart MSc. za účasti prominentov

Slávnostné otvorenie nového študijného programu Master of Science in Health Services Management si nemohlo želať reprezentatívnejších svedkov. Do areálu hotela Ponteo v bratislavských Rusovciach sa v piatok večer (3. septembra 2010) zišla bezmála stovka prominentných hostí: ministri a poslanci, topmanažéri zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní, reprezentanti ambulantných lekárov, lekárníkov, predstavitelia farmaceutických spoločností ako aj mnohí ďalší, ktorí majú blízko k zdravotníctvu.

A samozrejme, priatelia, spolupracovníci a podporovatelia Health Management Academy, ako aj bývalí absolventi vzdelávacích programov HMA. Krstným otcom programu bol bývalý minister zdravotníctva Rudolf Zajac.

Program MSc. vznikol v spolupráci Health Management Academy a Semmelweis University. Delegáciu maďarských kolegov viedol Miklós Szócska, maďarský „minister zdravotníctva“ (štátny tajomník „superministerstva“ ľudských zdrojov zodpovedný za zdravotníctvo), ktorý je zároveň riaditeľom centra pre vzdelávanie zdravotníckych manažérov Semmelweis University.

Medzi hosťami nechýbala ani europoslankyňa Anna Záborská, predseda parlamentného výboru pre zdravotníctvo Viliam Novotný, predseda Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Ján Gajdoš, vedúci úradu vlády Viktor Nižňanský či štátny tajomník ministerstva zdravotníctva Ján Porubský.

Moderátorom večera bol Robert Žitňanský.

Peter Pažitný, riaditeľ Health Management Academy, poďakoval vo svojom príhovore ľuďom, ktorí pomohli Health Management Academy a ktorí akadémiu podporili pri jej zrode.

Miklós Szócska, maďarský minister zdravotníctva, vyjadril potešenie nad stredoeurópskym rozmerom manažérskeho vzdelávania. Ocenil, že HMA vkladá do vzdelávania aj biznisový uhol pohľadu, ktorý považuje za potrebný.

Slovenský minister financií Ivan Mikloš spomenul začiatky Petra Pažitného v M.E.S.A. 10. Vyzdvihol jeho prácu na reforme zdravotníctva i na založení akadémie vzdelávania



v zdravotníctve. Ivan Mikloš patrí medzi hosťujúcich prednášajúcich a študenti sa s ním v priebehu štúdia stretnú a budú s ním môcť diskutovať.

Príhovor Ivana Uhliarika, ministra zdravotníctva, vychádzal z vlastných skúseností: Uhliarik v uplynulom akademickom roku navštevoval program HMA Manažér. Odborné vzdelanie v oblasti zdravotnej politiky by odporúčal každému, kto sa hodlá v zdravotníctve angažovať.

Krstný otec študijného programu, exminister zdravotníctva Rudolf Zajac, svojím príhovorom potvrdil svoju povesť. Celú sálu ľudí dokázal postaviť do pozornosti, účasť niektorých ľudí na podujatí (nemenoval nikoho) označil za konjunktúrnú a adresoval zopár cielených bonmotov. Nakoniec červeným vínom pokrstil materiály HMA a programu zaželal všetko najlepšie.

Slávnostné otvorenie pokračovalo rautom, ktorý sa premenil na desiatky debatných krúžkov. Najvytrvalejší hostia odchádzali z Pontea až po polnoci.

Štúdium MSc. na HMA sa začalo 2. septembra 2010 a v ročníku je 27 študentov z rôznych odvetví zdravotníctva.

TOMÁŠ SZALAY

foto: MIROSLAV HUDÁK



Spoločná fotografia hlavných aktérov večera: zľava **Peter Pažitný**, riaditeľ Health Management Academy, **Miklós Szócska**, maďarský minister zdravotníctva, **Rudolf Zajac**, bývalý minister zdravotníctva SR, **Ivan Uhliarik**, súčasný minister zdravotníctva SR a **Ivan Mikloš**, minister financií SR.



Moderná nemocnica

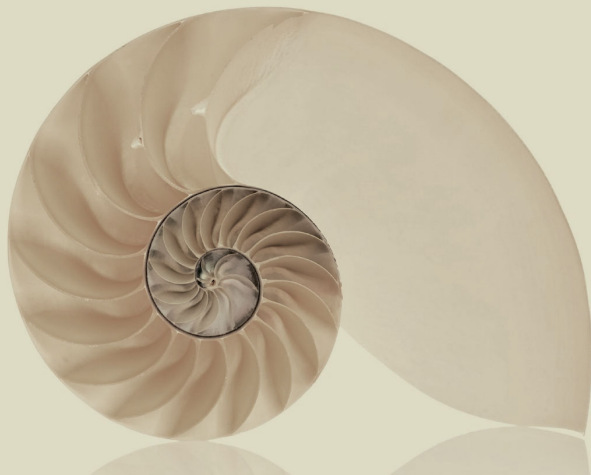
Investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov.

EUREGIO III project

2nd Master Class Programme

24. – 26. 11. 2010

Kongresová sála Ministerstva zdravotníctva
Slovenskej republiky, Bratislava



PROGRAM

www.hpi.sk



24. 11. FINANCOVANIE

08.30 – 09.00

Registrácia

09.00 – 09.15

Privítanie

MUDr. Ivan Uhlírik, minister zdravotníctva Slovenskej republiky

09.15 – 10.45

Skúsenosti s PPP projektami na Slovensku

Ján Azud, právnik, advokátska kancelária Ružička Csekcs, s.r.o., člen Asociácie PPP

Karel Kolář, senior manažér, PricewaterhouseCoopers

10.45 – 11.15

Prestávka na občerstvenie

11.15 – 12.45

Kapitálové vybavenie a investície

Barrie Dowdeswell, riaditeľ, Research at the European Centre for Health Aspects and Architecture (ECHA)

12.45 – 14.00

Obed

14.00 – 16.00

Štrukturálne fondy sa minuli. Ako financovať budúce kapitálové potreby nemocníc?

Jaroslav Habo, riaditeľ odboru štruktúrované financovanie a veľké spoločnosti, UniCredit Bank

Peter Kalencič, riaditeľ, Nemocnica Malacky, a.s.

Radomír Vereš, finančný riaditeľ, Dóvera zdravotná poisťovňa, a.s.

Maroš Sokolovský, riaditeľ oddelenia finančného poradenstva, Deloitte Advisory



25. 11. PREVÁDZKA

08.30 – 09.00

Registrácia

09.00 – 09.15

Úvodné slovo

Peter Pažitný, výkonný riaditeľ, Health Policy Institute

09.15 – 10.15

Udržateľnosť zariadení zdravotnej starostlivosti

Kunibert Lennerts, University of Karlsruhe

10.15 – 10.45

Prestávka na občerstvenie

10.45 – 11.45

Brownfield investície a udržateľnosť

Phil Nedin, generálny riaditeľ, Healthcare Development, ARUP International

11.45 – 12.45

Projekt rekonštrukcie nemocnice vo východnom Nemecku a Maďarsku

Michael Krämer, architekt, Krämer & Partner GmbH, **Zsolt István Kiss**, architekt, Maďarská asociácia architektov

12.45 – 14.00

Obed

14.00 – 17.00

Prehliadka nemocnice Medissimo

Katarína Kafková, riaditeľka, Nemocnica Medissimo

Martin Horváth, námestník pre obchod a administratívu, Nemocnica Medissimo

19.00 – 22.00

Master Class večera



26. 11. DIZAJN

08.30 – 09.00

Registrácia

09.00 – 09.15

Úvodné slovo

Peter Pažitný, výkonný riaditeľ, Health Policy Institute

09.15 – 10.15

Sila architektúry

Hennu Kjisik, architekt, víťaz Netherlands Board for Healthcare Institutions (Bouwcollege) Healthcare Design Competition z roku 2007

10.15 – 10.45

Prestávka na občerstvenie

10.45 – 11.45

Nová budúcnosť pre staré nemocnice

Edzard Schultz, architekt, Heinle, Wischer und Partner Freie Architekten GbR

11.45 – 12.45

Dizajn New Karolinska Solna Hospital

Bengt Svensson, vedúci projektu New Karolinska Solna Hospital, White Arkitekter AB

12.45 – 14.00

Obed

14.00 – 16.00

Trendy v dizajne nemocníc v Slovenskej republike

Alexander Kuchár, architekt, rekonštrukcia SÚSCCH

Banská Bystrica

Lubomír Holejšovský, architekt, Kardiocentrum Nitra, projekt získal cenu CEZAAR 2008 v kategórii interier Slovenskej komory architektov

Martin Matunák, architekt, Avelane, klinika plastickej chirurgie v Nitre

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava

Viac informácií ohládnom konferencie nájdete na www.hpi.sk
alebo Vám ich poskytne **Ivana Morvayová**
e-mail: morvayova@hpi.sk
tel: +421 911 596 555.

www.hpi.sk

Moderná nemocnica

Investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov.

Konferencia **pod záštitou ministra zdravotníctva SR Ivana Uhliarika** sa koná v dňoch **24. – 26. 11. 2010** v priestoroch kongresovej sály Ministerstva zdravotníctva SR v Bratislave.

Konferencia je súčasťou cyklu „**Regional Master Class Programme on Health Investments in Structural Funds 2000-2006: Learning lessons to inform regions in the 2007-2013 period**“ v rámci projektu EUREGIO III.



Pozvánka na konferenciu

www.hpi.sk



24. 11. FINANCOVANIE

Ako udržateľne financovať modernú nemocnicu.

■ KONFERENČNÝ POPLATOK:

- 99 €** Cena za tri dni účasti na konferencii pri registrácii po 15. októbri 2010
- 49 €** Cena za jeden deň účasti na konferencii pri registrácii po 15. októbri 2010



25. 11. PREVÁDZKA

Ako efektívne prevádzkovať modernú nemocnicu pri rešpektovaní jej životného cyklu.

■ VYUŽITE ZĽAVU PRI VČASNEJ REGISTRÁCII:

- 59 €** Cena za tri dni účasti na konferencii pri registrácii do 15. októbra 2010
- 29 €** Cena za jeden deň účasti na konferencii pri registrácii do 15. októbra 2010

■ ŠTUDENTI A ABSOLVENTI HEALTH MANAGEMENT ACADEMY MÔŽU VYUŽIŤ ZĽAVENÉ VSTUPNÉ:

- 39 €** Cena za tri dni účasti na konferencii pri registrácii do 15. októbra 2010
- 19 €** Cena za jeden deň účasti na konferencii pri registrácii do 15. októbra 2010

Spôsoby prihlásenia:

- **mailom** na adresu: **konferencie@hpi.sk** (scan vyplneného registračného formulára)
- **poštou** na adresu: **Health Policy Institute Hviezdoslavovo nám. 14 811 02 Bratislava**
- **online** na **www.hpi.sk**

Viac informácií ohľadom konferencie nájdete na **www.hpi.sk** alebo Vám ich poskytne **Ivana Morvayová** e-mail: **morvayova@hpi.sk** tel: **+421 911 596 555**.



26. 11. DIZAJN

Ako by mal vyzerať funkčný dizajn modernej nemocnice.

www.hpi.sk

Moderná nemocnica

Investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov.

Konferencia **pod záštitou ministra zdravotníctva SR Ivana Uhliarika** sa koná v dňoch **24. – 26. 11. 2010** v priestoroch kongresovej sály Ministerstva zdravotníctva SR v Bratislave.



24. 11. FINANCOVANIE
25. 11. PREVÁDZKA
26. 11. DIZAJN

www.hpi.sk

Konferencia je súčasťou cyklu „Regional Master Class Programme on Health Investments in Structural Funds 2000-2006: Learning lessons to inform regions in the 2007-2013 period“ v rámci projektu EUREGIO III.

