

» obsah

**Odmeňovanie
nemocníc na základe
DRG v Nemecku**

**Ekonomický rast sa
prehodnocuje.
Ale s rôznymi závermi**

**Pevná a koncová
(minimálna) sieť**

**Hodnotenie
konkurencie nemocníc**

**Transparentnosť
kategorizácie v novele
577/2004 Z. z.**

**Optimalizace
spotřeby léčiv**

» 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

Zhrnutie októbrového vydania

Októbrové vydanie *Zdravotnej politiky* prináša **pohľad na zavádzanie DRG v Nemecku**. Keďže podľa programového vyhlásenia vlády Ivety Radičovej sa so zavedením DRG počíta i na Slovensku, podobná skúsenosť môže byť pre nás cenná.

Rýchly ekonomický rast v roku 2010 viedol viaceré inštitúcie k prehodnoteniu prognóz: rok 2010 bude silnejší, než sa čakalo a rok 2011 zasa slabší. Iný, zatiaľ rovnocenný scenár hovorí, že tempo rastu sa v roku 2011 udrží, prípadne zvýši. **Isté však je, že zamestnanosť bude zaostávať za ekonomickým rastom.**

Minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa v rokoch 2007/8 rozšírila o koncept pevnej siete a koncovej siete nemocníc. Nemocnice, ktoré získali vďaka tomu nárok na zmluvu s každou zdravotnou poisťovňou, nemusia súťažiť o kontrakt na základe kritérií kvality a efektivity. Sú tak zvýhodňované oproti iným poskytovateľom a nie sú motivované k zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb. **Koncová i pevná sieť by sa mali zrušiť.**

Časová dostupnosť je kritériom, ktoré pomáha posúdiť mieru konkurencie/nahradiť nemocníc. Uvádza sa to v holandskej štúdii o časovej elasticite poskytovateľov. Časová elasticita poskytovateľa podľa autorov meria ochotu pacienta prejsť k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pri znížení časovej dostupnosti daného poskytovateľa.

Návrh novely zákona 577/2004 Z. z. prináša **zmeny v transparentnosti procesu kategorizácie liečiv**. Umožňuje vykonateľnosť ustanovenia, podľa ktorého sa proces má riadiť pravidlami správneho konania. „Zverejňovanie žiadostí, možnosť podať vyjadrenie k návrhom, povinnosť pre poisťovne, odborné spoločnosti a ministerstvo podávať návrhy vopred ako aj možnosť sledovania

celého procesu môžu významne zvýšiť transparentnosť kategorizácie,“ píše Angelika Szalayová, ktorá pomáhala formulovať návrh zákona.

Aj v tomto čísle nájdete jednu zo záverečných prác na akadémii HMA. Petr Schindler z Českej priemyselnej zdravotnej poisťovne analyzoval vplyv rôznych opatrení na výdavky na lieky. Porovnal (1) elektronickú zdravotnú knižku IZIP, (2) liekovú knižku, (3) riadenú starostlivosť a (4) regulačné poplatky a doplatky. **Najvyššiu úspešnosť zníženia (optimalizácie) spotreby liekov vykázalo zavedenie regulačných poplatkov a doplatkov.** Ako uvádza autor, „úspech je založený na výraznej motivácii koncovej spotrebiteľa (pacienta) k řízení své poptávky a k důkladnějšímu zvažování, zda službu nebo produkt opravdu spotřebuje.“



V novembri nás čaká konferencia **Moderná nemocnica: Investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov** (24. – 26. 11. 2011), ktorá sa uskutoční pod záštitou ministra zdravotníctva v kongresovej sále MZ SR. O financovaní, prevádzke a dizajne nemocníc príde prednášať renomovaný domáci aj zahraničný odborník.

Veríme, že si v sychravých jesenných dňoch nájdete čas na náš mesačník a dáte nám spätnú väzbu k publikovaným materiálom.



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

Odmeňovanie nemocníc na báze DRG v Nemecku: **systém G-DRG**

Originálny článok „DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system“, ktorého autormi sú Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen a Reinhard Busse bol uverejnený na jeseň 2010 v čísle 3 v bulletine o zdravotnej politike Euro Observer, ktorý vydáva European Observatory on Health Systems and Policies. Do slovenčiny preložil Peter Pažitný.

Od prvého použitia diagnosis related groups (DRG) pre odmeňovanie nemocníc v USA zo začiatku 80. rokov minulého storočia sa platobné systémy na báze DRG stali hlavnou metódou odmeňovania vo väčšine krajín OECD. V Nemecku bol národný German-DRG (G-DRG) postupne zavedený v priebehu 10 rokov po legislatívnom rozhodnutí v roku 2000.

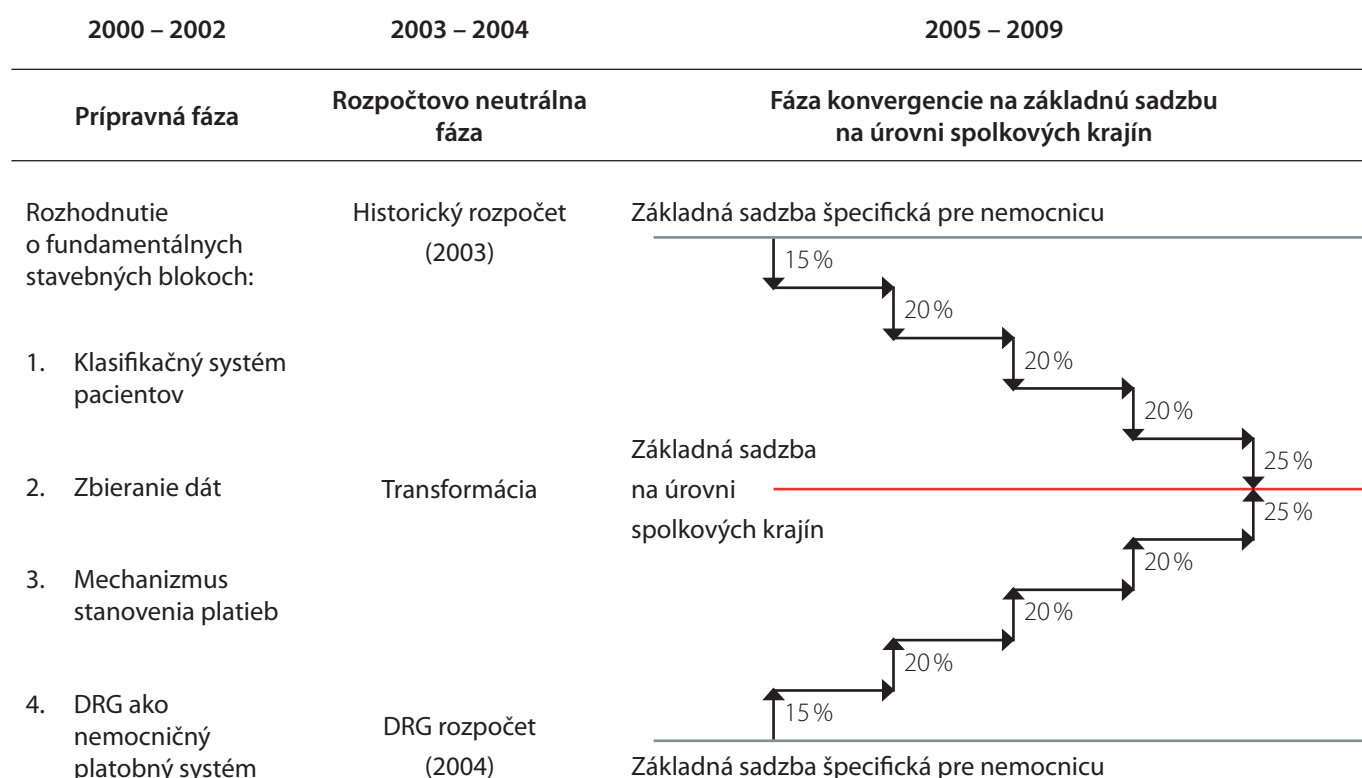
G-DRG SYSTÉM

V Nemecku je približne 2 100 nemocníc, ktoré poskytujú starostlivosť pre 17 miliónov hospitalizačných prípadov za rok. Nemocnice sú financované „duálnym spôsobom“, čo znamená, že dostávajú financie z dvoch rôznych zdrojov: infraštruktúrne investície sú kryté priamo z daní štátneho rozpočtu, prevádzkové náklady sú platené zdravotnými poisťovňami (gesetzliche Krankenkassen) a súkromnými poisťovňami (private Krankenkassen). Zavedenie odmeňovania nemocníc na báze DRG sa datuje do roku 2000, keď bol prijatý zákon o reforme zdravotného poistenia, ktorý zreformoval odmeňovanie nemocníc v oblasti prevádzkových nákladov. Hlavným cieľom reformy bolo nahradenie predchádzajúceho odmeňovania na báze historických rozpočtov (jednotkou odmeňovania bol lôžkodeň) systémom orientovaným na aktivitu pri predpoklade, že bude podporovať efektívnosť, kvalitu a transparentnosť v nemocničnom sektore.

Reformná legislatíva navrhla rámec základných charakteristík nového platobného systému ale delegovala zodpovednosť pre rozvoj a riadenie budúceho G-DRG systému samosprávnym korporatívnym orgánom (federálnej asociácii zdravotných poisťovní, asociácii súkromných zdravotných poisťovní a nemeckej asociácii nemocníc). Legislatíva tak tiež špecifikovala, že systém by sa mal vzťahovať na všetky nemocnice bez ohľadu na vlastníku štruktúru. Psychiatrické nemocnice boli spod tejto povinnosti vylúčené z dôvodu vtedajšej neadekvátnosti DRG systému pre tento typ starostlivosti. Pre technické riadenie systému samosprávne orgány založili Inštitút pre platobný systém v nemocniciach (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK). V súčasnosti je približne 1 700 nemocníc (80 % zo všetkých nemocníc, ktoré ale disponujú 97 % hospitalizácií) odmeňovaných na základe DRG.

Obrázok 1 ilustruje tri fázy implementačného procesu odmeňovania nemocníc na báze DRG v Nemecku. Počas prípravnej fázy boli definované fundamentálne charakteristiky systému. Nasledovala fáza rozpočtovej neutrality, počas ktorej sa platby v rámci rozpočtov menili z lôžkodní na DRG. Vo „fáze konverencie“ sa dôležitosť rozpočtov redukovala krok za krokom v prospech jednotného cenového systému pre DRG na úrovni spolkových krajín.

Obrázok 1: Tri fázy zavedenia odmeňovania nemocníc na báze DRG v Nemecku



KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM PACIENTOV

V júni 2000 sa samosprávne orgány rozhodli používať Australian Refined DRGs (AR-DRGs) ako štartovací bod pre rozvoj systému G-DRG. Aby sa AR-DRGs mohlo adaptovať do nemeckého kontextu, tak sa museli austrálske kódy pre procedúry a diagnózy transformovať do nemeckého klasifikačného kódu procedúr (OPS) a ICD-10-GM (German Modification) kódov pre diagnózy. Po pilotnom testovaní systému v nemocniciach v roku 2001 bola do konca roka 2002 pripravená prvá verzia 664 skupín DRG. Podľa kódovacích pravidiel G-DRG sú všetci prepustení nemocniční pacienti priradení do špecifickej DRG skupiny na základe grupovacieho algoritmu používajúceho nemocničný výstupný dataset. Pri veľmi vysokých nákladoch na prípad ako transplantácia alebo predĺžená intenzívna starostlivosť je DRG určená priamo procedúrou. Vo všetkých ostatných prípadoch algoritmus na určenie DRG skupiny berie do úvahy hlavnú diagnózu, procedúru, sekundárnu diagnózu a pacientove charakteristiky (vek, pohlavie a váha novorodenca). Od prvej verzie pre rok 2003 bol katalóg G-DRG každoročne dopĺňovaný na základe dátových analýz (klinické a nákladové dáta) a pri zohľadnení návrhov od nemocníc a profesionálnych lekárskeho asociácií. Počet DRG skupín sa postupne rozrástol na 1200 v roku 2010. Nemocničné ambulantné služby nie sú v systéme zahrnuté.

ZBIERANIE DÁT

Klinické patientske dáta výstupného nemocničného datasetu zgrupované do DRG sú zbierané zo všetkých nemeckých nemocníc a zasielané do zdravotných poisťovní a súkromných zdravotných poisťovní ako podklad pre platby nemocniciam. Predtým, než zdravotné poisťovne vykonajú platbu, ich revízne oddelenie skontroluje obdržané dáta s cieľom odhaliť akékoľvek podvodné aktivity zo strany nemocníc, ako sú nevhodné prepustenie pacienta alebo klasifikácia pacienta do vyššie platenej DRG skupiny. Navyše, klinické dáta zo všetkých nemocníc, doplnené štrukturálnymi dátami nemocnice (napr. počet postelí, počet personálu a celkové náklady) sú posielané do Data Centra (ktoré prevádzkuje 3M Medica), ktoré vykonáva kontrolu dát pred ich preposlaním do InEK pre účely rozvoja nového katalógu G-DRG.

Nákladové dáta sú zbierané zo vzorky približne 250 nemocníc, ktoré vyhovujú štandardizovanému účtovnému systému nákladov vytvoreného a rozvíjaného cez InEK. Zúčastnené nemocnice musia byť schopné kalkulovať náklady na úrovni pacienta zbieraním informácií o individuálnych službách dodaných každému pacientovi. Podobne ako klinické a štrukturálne dáta z nemocníc, tak aj nákladové dáta sú najprv poslané do Data Centra predtým, než sú preposlané do InEK pre kalkuláciu nákladových váh a rozvoj nového katalógu G-DRG. Nakoniec, no nie v poslednom rade, informácie o technologických inováciách sú potrebné pre aktualizáciu klasifikačného systému diagnóz a procedúr (ktorý je vykonávaný Nemeckým inštitútom pre medicínsku dokumentáciu a informácie – DIMDI) a pre podporovanie zavedenia nových technológií do nemocníc cez dodatočné platby.

Nemecký systém odmeňovania nemocníc na báze DRG sa spolieha na prístup cez nákladové váhy, ktorý znamená, že odmeňovanie nemocníc za odličeného pacienta je vypočítané ako súčin nákladovej váhy pacientovej DRG skupiny a základnej sadzby. Nákladové váhy pre každú DRG skupinu aktualizuje InEK raz ročne používaním nákladových dát na úrovni pacienta z vyššie uvedenej vzorky nemocníc. S cieľom kalkulovať nákladové váhy pre každú DRG skupinu, tzv. „in-lier“ prípady sú definované vyňatím prípadov s extrémne dlhou (viac ako 2 štandardné odchýlky od strednej dĺžky hospitalizácie) alebo krátkou (menej ako jedna tretina priemerné dĺžky hospitalizácie v nemocnici. Priemerné náklady zostávajúci „in-lier“ prípadov sú vydelené referenčnou hodnotou, ktorá sa konceptuálne vzťahuje na priemerné náklady liečenia všetkých prípadov v nemeckých nemocniciach. Výsledná nákladová váha ktorejkoľvek DRG skupiny sa rovná 1, keď sa jej náklady rovnajú priemerným nákladom všetkých prípadov v nemeckých nemocniciach. Nákladová váha bude oveľa vyššia (napríklad, maximálna nákladová váha v roku 2010 je 74 pre transplantáciu pečene a intenzívnu starostlivosť trvajúcu dlhšie ako 999 hodín), alebo oveľa nižšia (minimum: 0,13 pre maternicové kontrakcie bez pôrodu), ak sú prípady oveľa viac alebo oveľa menej nákladovo náročné ako priemer. V systéme je vždy časový posun dvoch rokov medzi rokom, z ktorého pochádzajú dáta na výpočet nákladových váh a rokom, pre ktorý bol katalóg G-DRG pripravený. Napríklad verzia G-DRG pre rok 2010 je založená na dátach z roku 2008, aj keď údaje z roku 2009 boli použité pre kontrolu údajov a rozvoj DRG katalógu.

ODMEŇOVANIE NEMOCNÍC NA BÁZE DRG

Cieľom G-DRG je kryť medicínsku starostlivosť, opatrovateľskú starostlivosť, poskytovanie farmaceutík a terapeutických pomôcok ako aj stravu a ubytovanie. Od roku 2010 je nákladová váha DRG skupiny každého pacienta vynásobená jednotnou základnou sadzbou na úrovni spolkových krajín s cieľom vypočítať platbu nemocnici. Pre prípady dlhodobej hospitalizácie (tzv. „outliers“), nemocnice dostávajú príplatok podľa DRG skupiny za každý deň, ktorý pacient zostáva hospitalizovaný nad hornú hranicu dĺžky hospitalizácie. Podobne, ak je pacient prepustený skôr ako je spodná hranica dĺžky hospitalizácie, DRG platba je redukovaná o zrážky na dennej báze. Platby nemocniciam na báze DRG predstavujú 80 % ich príjmov. Zvyšok je tvorený dodatočnými platbami za určité procedúry, dodatočnými príjmami za technologické inovácie, výučbu a prírážkami za zabezpečenie kvality, atď.

ROZPOČTOVO NEUTRÁLNA FÁZA

Keď bol platobný mechanizmus na báze DRG v Nemecku predstavený po prvýkrát, stalo sa tak na rozpočtovo neutrálnej báze. Nemocnice stále dostávali historicky podložené rozpočty ako v predchádzajúcich rokoch, ale začali pacientov klasifikovať do DRG skupín. V roku 2003, nemocnice mohli dobrovoľne zoskupiť svojich pacientov do DRG skupín, s motiváciou vyjednať vyššie rozpočty. V roku 2004 už tak museli urobiť všetky nemocnice. Na základe informácií o DRG skupinách pacientov liečených v každej nemocnici

bolo možné vypočítať „case-mix“ index nemocníc. Case mix nemocnice je suma všetkých DRG nákladových váh pacientov v danej nemocnici. Case mix index môže byť použitý ako indikátor merania aktivity nemocnice. Odvodený case mix index (case mix vydelený počtom pacientov) je indikátor priemernej náročnosti liečených pacientov.

Pred rokom 2002 boli nemocničné rozpočty vydelené vyrokovým počtom ročných lôžkodní s cieľom vypočítať sadzbu za lôžkodeň. Počas rozpočtovo neutrálnej transformačnej fázy vyrokované nemocničné rozpočty boli vydelené nemocničným case mixom s cieľom vypočítať každej nemocnici pre ňu špecifickú základnú sadzbu. Používanie základnej sadzby pre DRG platby špecifickej pre každú nemocnicu zabezpečovalo, že suma všetkých DRG platieb sa bude rovnať rovnakému rozpočtu, ktorý bol vyrokovaný v predchádzajúcich rokoch. Spočiatku sa pre každú nemocnicu špecifické základné sadzby podstatne líšili, od približne 2200 € (najmä v malých vidieckych nemocniciach) až po približne 3200 € (pre veľké nemocnice v mestských oblastiach), čo odzrkadľovalo historické rozdiely v rozpočtových rokovaníach a taktiež to, že dátová základňa pre kalkuláciu nákladových váh nebola v prvých verziách G-DRG dostatočne reprezentatívna.

KONVERGENČNÁ FÁZA

Počas konvergenčnej fázy od roku 2005 do roku 2010 boli individuálne základné sadzby nemocníc postupne upravované smerom k základnej sadzbe (jednej pre každú zo 16 spolkových krajín). Základné sadzby na úrovni spolkových krajín boli negocievané po prvýkrát v roku 2005 a boli používané ako porovnávacia báza pre nemocničné základné sadzby v každej spolkovej krajine. Vyrokované nemocničné rozpočty boli stále používané na výpočet základnej sadzby špecificky pre každú nemocnicu, ale každý rok sa aktuálna základná sadzba progresívne približovala k základnej sadzbe na úrovni spolkových krajín. V roku 2005, aktuálne základné sadzby boli stanovené na 15 % z rozdielu medzi základnou sadzbou špecifickou pre danú nemocnicu a základnou sadzbou na úrovni príslušnej spolkovej krajiny. V roku 2006 stúpili na 35 % (15 % plus 20 %), atď – až do roku 2009, keď aktuálne základné sadzby boli naprogramované konvergovať k základnej sadzbe na úrovni spolkových krajín (**Obrázok 1**).

S cieľom, aby bola reforma politicky viac akceptovateľná, nemocnice boli kryté pred neúmernými rozpočtovými redukciami limitovaním ich straty v roku 2005 na 1 % (pri porovnaní s rozpočtom na rok 2004) a zvyšovaním tohto percenta na 3 % v roku 2009 (pri porovnaní s rokom 2008). V roku 2010, rozpočtové straty nie sú nijako limitované a všetky ne-

mocnice sú platené používaním základnej sadzby na úrovni spolkových krajín. Nemocničné rozpočty sú však aj naďalej negocievané pre každý rok na základe predpokladaného objemu case mixu. Ak nemocnica odlieči viac prípadov ako má vyrokované, tak je DRG platba redukovaná určitým percentom (a naopak, je zvýšená, ak je počet odliečených prípadov nižší).

ZÁVERY: SÚČASNÝ VÝVOJ A VÝSLEDKY

Reformný zákon financovania nemocníc z roku 2009 ďalej mení odmeňovanie nemocníc v Nemecku:

1. Základné sadzby na úrovni spolkových krajín sú naprogramované na konvergenciu na celonárodnú základnú sadzbu do roku 2015.
2. Samosprávne orgány sú poverené rozvojom a predstavením platobného systému podobného DRG pre psychiatrickú starostlivosť do roku 2013, ktorý bude špeciálny v tom, že bude založený na platbe za lôžkodeň upravenej o pacientove charakteristiky a liečebné úsilie.
3. Počnúc rokom 2012 majú spolkové krajiny možnosť zrušiť existujúci systém duálneho financovania pre miestický (jeden typ zdroja) systém prispôbením nemocničnej platby na báze DRG použitím investičných nákladových váh.

Všetky tri perspektívy ukazujú, že dôležitosť odmeňovania nemocníc na báze DRG v Nemecku rastie. Na konci desaťročného procesu starostlivého zavádzania G-DRG je systém široko akceptovaný a všeobecne považovaný za úspešný.

Zhodnotenie dopadov systému G-DRG konštatuje, že systém zvýšil transparentnosť v nemocničnom sektore. Platenie nemocníc na báze DRG je vnímané tak, že prispelo k vyššej efektívnosti pri udržaní, alebo zlepšení kvality zdravotnej starostlivosti. Každoročná aktualizácia G-DRG založená na robustných dátových analýzách, ktoré vykonáva InEK v tesnej kooperácii s kľúčovými stakeholdermi je vnímaná ako silná stránka systému. Avšak dostupné údaje ešte stále nie sú dostatočné na to, aby odpovedali na otázku, či zmeny v kvalite a efektívnosti nemocničného sektora môžu byť pripisované zavedeniu odmeňovania nemocníc na báze DRG.

Originál článku je dostupný na webe:

[http://www.euro.who.int/
__data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/121743/EuroObserver_Autumn2010.pdf)

Zaujímavé číslo

25



**Počet odporúčaní HPI pre zdravotnú politiku,
ktoré sa objavili v programovom vyhlásení vlády (z celkového počtu 52).**

(viď HPI policy paper na www.hpi.sk)

Ekonomický rast sa prehodnocuje.

Ale s rôznymi závermi.

Niekoľko relevantných inštitúcií prognózujúcich makroekonomický vývoj za uplynulý mesiac (približne od stredy septembra do stredy októbra) významnejšie zmenilo svoje prognózy ekonomického rastu (či už Slovenska alebo EÚ). Pri pátraní po dôvodoch korekcií sme dospeli k poznatku, že korekcie vedú k rôznorodým záverom. Máme pred sebou dva (zatiaľ ešte) rovnocenné scenáre pre ekonomický rast Slovenska v najbližšom období.

SCENÁR 1:

Rast v roku 2010 zostane silný, v ďalšom roku sa však citelnejšie oslabí.

Aktuálna prognóza MF SR zvýšila odhadované tempo rastu reálneho HDP na rok 2010 a znížila odhad tempa rastu na rok 2011. Obdobne sa posunula prognóza bánk, zverejňovaná NBS (**Graf 1**). Znamenalo by to značne rozkolísané prekonávanie recesie: po hlbokom prepade v roku 2009 prichádza relatívne výrazný rast v roku 2010, následne opätovné oslabenie rastu v 2011 (a už mimo pozornosti tohto článku znovu zosilnenie rastu v roku 2012). Pravda, tu hrá významnú rolu aj efekt porovnávacej bázy: rast v roku 2010 môže byť silný preto, lebo v predchádzajúcom roku bol pokles veľmi hlboký a tempo rastu v roku 2011 môže byť nízke – aj preto, že v roku 2010 je relatívne vysoké.

Ešte výraznejšie sa odráža tento scenár v prognóze Institut für Weltwirtschaft¹⁾. Aktuálna prognóza tohto inštitútu predpovedá Slovensku po dosiahnutí tempa rastu 4,1 % v roku 2010 spomalenie až na 2,0 % v roku 2011.

1) http://www.ifw-kiel.de/wirtschaftspolitik/konjunkturprognosen/konjunkt/2010/konjunkturprognose_welt_3_10.pdf

Existujú tri hlavné dôvody pre očakávanie spomalenia tempa ekonomického rastu v roku 2011:

1. **Opätovné oslabenie vonkajšieho dopytu.** Známkyslabenia ekonomického rastu sa pravdepodobne objavujú kvôli vyprchaniu efektu vládnych stimulačných (protikrízových) opatrení. Pravdepodobne nepôjde o opätovnú recesiú, len o spomalenie v oživení. Zakolísania a neistoty v dynamike oživenia však boli a sú v tomto prípade očakávanými javmi.
2. **Reštriktívne pôsobenie vládneho balíčka úsporných opatrení.** Slovenská ekonomika má skúsenosti s radikálnymi – od tých súčasných aj radikálnejšími – balíčkami korekčných opatrení. Balíček opatrení vlády (ak bude postačovať a nebude ho potrebné doplniť) nezahŕňa v sebe opatrenia, ktoré by znamenali veľký šok pre ekonomiku. V minulosti podobné balíčky zahŕňali „šokujúcejšie“ opatrenia: pripomíname zmenu kurzového režimu a prudké znehodnotenie meny, dovozné prirážky či skokovité úpravy regulovaných cien v minulých korekčných balíčkoch (hlavne 1999 – 2000). Preto neočakávame dramatický, krátkodobý „umŕtvujúci“ dopad súčasných korekčných opatrení. Predpokladáme, že reštriktívny vplyv úsporných opatrení vlády bude už aj v krátkodobom horizonte trochu zmiernený skvalitnením podnikateľského prostredia.

Graf 1: Reálny rast HDP (%) podľa predikcií vybraných domácich inštitúcií



Pozn: 2008 a 2009 – skutočné údaje, 2010 odhad, 2011 prognóza

IFP – Inštitút finančnej politiky pri MF SR

KB max – horný limit hodnôt v prognózach komerčných bánk

KB min – dolný limit hodnôt v prognózach komerčných bánk

(V prípade IFP aj KB ide o prognózy zo septembra 2010)

Zdroj: Inštitút finančnej politiky (MF SR) a NBS (makroekonomické predikcie vybraných bánk)

3. **Už spomínaný efekt porovnávacej základne.** Možno až prekvapujúco vysoké tempá ekonomického rastu v prvých dvoch štvrtrokoch 2010 sú aj efektom mimoriadne hlbokého poklesu práve v prvých dvoch štvrtrokoch 2009. Zmiernenie prepadu, ktoré nastalo v druhom polroku 2009, zmení porovnávaciu základňu pre vývoj reálneho HDP počnúc tretím štvrtrokom 2010. Preto treba počítať s nižšími tempami medziročnej zmeny reálneho HDP. V roku 2011 už tempám ekonomického rastu nebude pomáhať bázický efekt ako v roku 2010.

Dôležité je, že v tomto scenári nemožno počítať s podstatným zlepšením situácie na trhu práce. Podľa poznatkov o pružnosti reakcie zamestnanosti na ekonomický rast v SR, rast ekonomiky okolo 2 – 3 % sa ľahko pokrýva zlepšením produktivity práce a nezvyšuje sa celková zamestnanosť (samozrejme, tento vzťah je výrazne odvetvovo diferencovaný).

SCENÁR 2:

Dosiahnuté tempo rastu z roku 2010 sa udrží, možno aj posilní v ďalšom roku.

Tento scenár mal jasnú prevahu v priebehu jari 2010. Držali sa ho aj inštitúcie uvedené pri scenári 1. Pôvodná predstava o slabšom raste v roku 2010, ktorý zosilnie v roku 2011 narazila na dva spochybňujúce faktory: Jednak sa ukázal rast v prvých dvoch štvrtrokoch 2010 ako silný až nad očakávania (tým bol spochybnený slabý rast v 2010), okrem toho sa objavili známky opätovného oslabenia rastu vo vonkajšom prostredí od tretieho štvrtroka 2011 (tým je spochybnené zosilnenie rastu v 2011).

Tento scenár však ani vplyvom nových poznatkov nezaničil, ale sa modifikoval. Upravili sa numerické hodnoty, aby sa zohľadnil silnejší rast ekonomiky SR v roku 2010 a možné oslabenie vonkajšieho dopytu v roku 2011. Rakúsky inštitút WIIW vo svojej prognóze (z júla 2010 – ide teda o relatívne

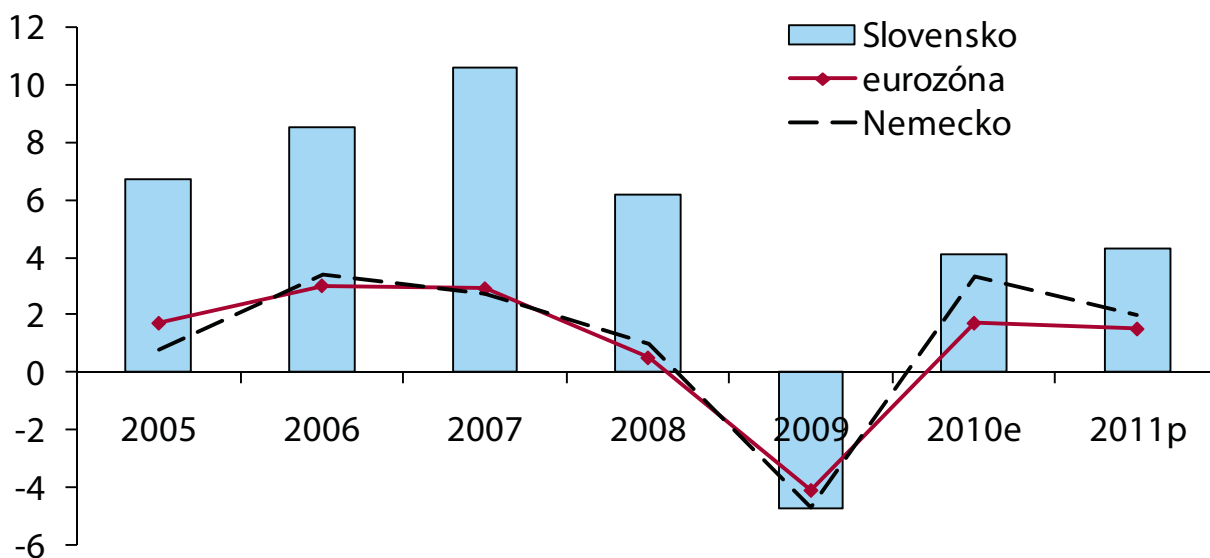
staršiu prognózu) predpovedal Slovensku zrýchlenie ekonomického rastu z 3,0 % v roku 2010 na 4,0 % v roku 2011²⁾. Podobné očakávania vyplývajú napr. z októbrovej aktualizácie World Economic Outlook³⁾ z dielne MMF. Táto prognóza takisto počíta so spomalením vonkajšieho dopytu (spomalenie ekonomického rastu v eurozóne či v Nemecku, ktoré je hlavným obchodným partnerom SR), ale slovenská ekonomika na toto oslabenie významnejšie nezareaguje a zostane na svojej rastovej trajektórii, s miernym zvýšením tempa rastu oproti roku 2010. Prognóza MMF stavia do dobrého svetla celú skupinu stredo- a východoeurópskych nových členských krajín EÚ: Kým eurozóne predpovedá spomalenie rastu v roku 2011 oproti predchádzajúcemu roku, tak stredoa východoeurópskym krajinám predpovedá posilnenie rastu.

Pri úvahe, ako na základe týchto skutočností upravovať naše vlastné prognózy, vychádzame z konfrontácie týchto faktorov:

1. Pravdepodobný lepší výsledok ekonomického rastu eurozóny v porovnaní s očakávaniami. Európska komisia v septembri výrazne upravila svoj odhad tempa rastu európskej ekonomiky. Takmer zdvojnásobila svoj odhad rastu HDP eurozóny (z 0,9 % na 1,7 %). Po letnom zakolísaní sa v septembri opäť zlepšil indikátor podnikateľskej klímy v Nemecku a tzv. hodiny podnikateľského cyklu (Ifo Business Cycle Clock) v septembri ukazoval do fázy „boom“ (bližšie CESifo⁴⁾). Problémom však je očakávané oslabenie rastu v roku 2011 a miera jeho vplyvu na ekonomiku SR.
2. Možno očakávať spomalenie rastu v eurozóne v roku 2011. Dobré to vidno tak z prognóz spomínaného Institut für Weltwirtschaft alebo MMF (odkazy vid' vyššie), ale aj z vývoja OECD Composite Leading Indicator⁵⁾ (CLI

- 2) publications.wiiw.ac.at/modPubl/download.php?publ=FC6_PPT
- 3) <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/pdf/text.pdf>
- 4) <http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/ifoHome/a-winfo/d1index/10indexgsk>
- 5) http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=MEI_CLI

Graf 2: Reálny rast HDP podľa prognózy MMF



Pozn. e – odhad (estimate), p – prognóza

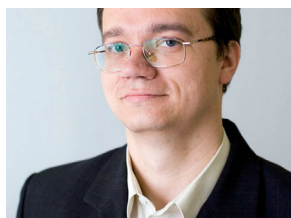
Zdroj: IMF World Economic Outlook, October 2010

vypovedá o tom, aký by mal byť vývoj o približne dva štvrtroky). Hodnoty CLI sa na začiatku roka 2010 zlepšovali (konkrétne napr. podindex CLI OECD Europe) do začiatku druhého štvrtroka, odvtedy skôr stagnujú. Väčšinou nejde o vážnejší pokles CLI, iba o stagnáciu úrovne. V prípade CLI za Slovensko však vidno aj pokles hodnoty v letných mesiacoch 2010. To by zvyšovalo váhu očakávaní spomalenia rastu v roku 2011.

3. Vývoj objednávok v priemysle SR (ktorý možno považovať za veľmi vhodný indikátor budúcej dynamiky hospodárstva) je priaznivý. Nápadné spomalenie medziročného rastu objednávok od augusta 2010 (napr. z medziročného indexu 122,9 v júli na „iba“ 112,8 v auguste) je logickým prejavom toho, že práve v auguste predchádzajúceho roka došlo k citeľnému zlepšeniu vo vývoji tohto ukazovateľa a prejavuje sa efekt zmenenej porovnávacej bázy.
4. Úsporne orientovaná hospodárska politika zrejme obmedzí rast domáceho dopytu. To znamená krátkodobé zabrzdenie ekonomického rastu. Navrhnuté opatrenia však (ako už bolo vyššie spomenuté) nemajú charakter náročného ekonomického šoku.

Očakávania spomalenia ekonomického rastu v roku 2011 majú svoj dobre čitateľný základ, predpokladáme však, že toto spomalenie nebude výrazné. V našich očakávaniach má k sebe blízko dolná hranica očakávaní pre reálny rast HDP v roku 2010 a horná hranica očakávaní pre rok 2011.

Zatiaľ predpokladáme, že tempo ekonomického rastu v roku 2010 bude v intervale 3,8 – 4,1 % a v roku 2011 v intervale 3,5 – 3,8 %. Zatiaľ platí aj predpoklad, že v roku 2012 sa ekonomika vráti na predrecesnú úroveň svojho výkonu, nie však na predrecesnú úroveň zamestnanosti.



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

Pevná a koncová (minimálna) sieť

Vláda sa v programovom vyhlásení zaviazala k revízii minimálnej siete poskytovateľov. Do nej zasiahla predchádzajúca vláda v r. 2007/2008 konceptom pevnej a koncovej siete nemocníc. Deformácie, ktoré priniesla koncová sieť, narušujú dnes rovnováhu v sektore. Pevná sieť prináša podobné riziká. Nemocnice, ktoré majú automatický nárok na zmluvu so zdravotnou poisťovňou, svoju výhodu náležite využívajú – na úkor ostatných poskytovateľov.

KONCOVÁ SIEŤ NEMOCNÍC

Nariadenie vlády (č. 504/2007) zaviedlo do legislatívy menný zoznam nemocníc s nárokom na zmluvu so zdravotnými poisťovňami. Jediné kritérium pre zaradenie na zoznam privilegovaných zariadení bolo ich štátne vlastníctvo.

Tento zoznam dostal neskôr označenie koncová sieť. Bez ohľadu na dosahované indikátory kvality a efektivity môžu tieto zariadenia vyžadovať uzatvorenie zmluvného vzťahu so zdravotnou poisťovňou. Kým poisťovňa má povinnosť zazmluvňovať najmenej v rozsahu minimálnej siete, nemocnice recipročnú povinnosť nemajú.

Štátne (predovšetkým fakultné) nemocnice túto príležitosť v nasledujúcich rokoch plne využili. Viedlo to k deformácii cien ústavnej starostlivosti, fakultným nemocniciam bolo dokonca Protimonopolným úradom preukázané zneužívanie postavenia na trhu.

Menná sieť je chybným konceptom. Popiera princíp selektívneho kontraktingu a preto treba koncovú sieť z legislatívy vypustiť.

PEVNÁ SIEŤ NEMOCNÍC

Pevná sieť nemocníc je definovaná inak. Jej cieľom má byť zabezpečenie dostupnosti neodkladnej starostlivosti. Používa dve kritériá: rozsah poskytovanej starostlivosti a spádové územie.

Rámček: Definícia koncovej a pevnej siete

Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.

Pevná sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila neodkladná zdravotná starostlivosť.

Zdroj: §5 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch

Do pevnej siete sú zaradené nemocnice, ktoré poskytujú nepretržitú zdravotnú starostlivosť v rozsahu týchto pracovísk:

- a) urgentný príjem,
- b) anesteziológia a intenzívna medicína,
- c) chirurgia,
- d) vnútorné lekárstvo alebo kardiológia,
- e) neurológia,
- f) gynekológia a pôrodníctvo,
- g) neonatológia,
- h) pediatria,
- i) nemocničná lekáreň

a zabezpečujú nepretržitú dostupnosť spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch rádiodiagnostika (CT nevyhnutné), klinická biochémia, hematológia a transfuziológia.

Nariadenie vlády zároveň stanovuje 37 spádových území pre pevnú sieť (**Mapa**). Spádové územia sa skladajú z jedného až štyroch okresov. Jednookresové spádové územia tvoria takmer 1/3 všetkých území (12). Pri nich je úplne zjavné, že hoci sa regulátor vyhol mennému zoznamu nemocníc s nárokom na zmluvu, kritériá zadefinoval dostatočne špecificky na to, aby im vyhovovali konkrétne nemocnice. Podobne to platí i pri niektorých clustroch viacerých okresov: na ich území nejestvuje alternatívny poskytovateľ s potrebným rozsahom pracovísk. Nárokovateľnosť zmluvy znižuje motiváciu k efektívnosti.

Spádové územia pevnej siete majú rozdielne veľkosti i rozdielny počet obyvateľov. Kým v najväčšom clustri je celý bratislavský kraj so 600 tisíc trvalými obyvateľmi, tak najmenší cluster zahŕňa len okres Rožňava s približne 10-krát menším počtom obyvateľov. Ak boli spádové územia stanovované s cieľom dosiahnuť porovnateľnú dostupnosť, zadanie sa nepodarilo splniť. Vzdialenosť „hlavnej“ nemocnice k najvzdialenejším obyvateľom spádového územia kolíše od 30 do 60 minút dojazdovej vzdialenosti.

Na reguláciu neodkladnej starostlivosti je pevná sieť jeden z legitímnych nástrojov. V prípade aktuálnej pevnej siete pri-

jatiu rozhodnutia nepredchádzala dohoda na koncepcii neodkladnej starostlivosti. Riešenie je preto nedotiahnuté: minimalisticky zadefinované urgentné príjmy nekorešpondujú s LSPP, chýba komunikácia a prepojenie s Operačnými strediskom ZZS; zrejme bude potrebné zadefinovať viac druhov urgentných príjmov, nielen minimalistický.

Pevná sieť v súčasnej podobe nijako nerieši problematiku neodkladnej starostlivosti a predstavuje priestor pre deformáciu selektívneho kontraktingu. Administratívna ochrana pred dôsledkami súťaže trestá ostatných účastníkov systému a vedie k neefektívnemu používaniu zdrojov.

Pred dosiahnutím dohody o koncepcii neodkladnej starostlivosti a o metodike minimálnej siete by takáto pevná sieť nemala platiť.

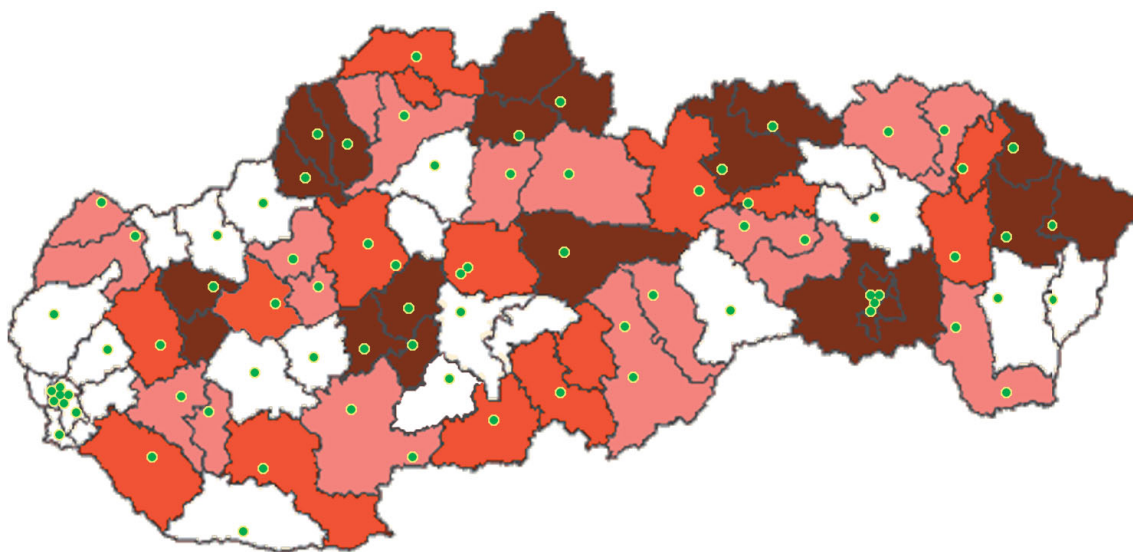


MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt

szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Mapa: Spádové územia pevnej siete nemocníc podľa nariadenia vlády o minimálnej sieti



Pozn.: Rovnakou farbou vyfarbené susediace okresy sú súčasťou rovnakého spádového územia. Zelené krúžky označujú sídla všeobecných nemocníc.

Zdroj: vizualizácia Health Policy Institute, 2008, podľa nariadenia vlády č. 640/2008 Z. z.

„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.

Hodnotenie konkurencie nemocníc, keď ceny nie sú pre pacientov dôležité: použitie časovej elasticity

Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities

Marco Varkevisser, Stéphanie A. van der Geest, Friderik T. Schut

International Journal of Health Care, Finance and Economics, Volume 10, 2010, Number 1, P. 43-60.

Množstvo európskych vlád, po rokoch centrálneho stanovovania cien a kapacít, momentálne reformuje svoje systémy zdravotnej starostlivosti a zavádza do nich konkurenciu. Selektívne a diferencované zazmluvňovanie poskytovateľov má prispieť k ich motivácii ku zvyšovaniu kvality, znižovaniu cien a k priblíženiu sa potrebám pacientov.

Dôležitým prvkom pri dosahovaní spomenutých cieľov sú zdravotné poisťovne so silnou vyjednávacou pozíciou. Ako upozorňujú autori štúdie, empirické dôkazy potvrdzujú, že vyjednávacía pozícia zdravotných poisťovní je silno závislá od ochoty pacientov zmeniť svojho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Ako na akomkoľvek inom trhu je teda intenzita konkurencie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti poháňaná preferenciami pacientov. Prvé zamyslenie autorov sa tak týka merania cenovej elasticity, ktorá je bežným nástrojom pri posudzovaní konkurenčného prostredia. **Čo všakrobiť v situácii, kedy ceny pre spotrebiteľov nehrajú žiadnu rolu pri ich rozhodovaní sa na trhu?** Za takýchto podmienok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti sťažuje o pacientov výlučne na základe necenových faktorov; časová dostupnosť, resp. čas potrebný na presun k poskytovateľovi je jedným z týchto faktorov.

Časová elasticita konkrétneho poskytovateľa meria ochotu pacienta prejsť k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pri znížení časovej dostupnosti daného poskytovateľa (zvýšení času potrebného na presun k poskytovateľovi). Relatívne nízka časová elasticita znamená, že v porovnaní s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, len málo pacientov by bolo ochotných zmeniť daného poskytovateľa v prípade zvýšenia časových nákladov (ceny). Tento stav zároveň indikuje absenciu časovo blízkych substitútov – dostupných poskytovateľov. Pri takto danej časovej elasticite má poskytovateľ silnú vyjednávaciu pozíciu voči zdravotným poisťovniam, čo znižuje ich schopnosť vyjednaní nižších cien a/alebo zvýšenej kvality. Pre zdravotnú poisťovňu je ťažšie presmerovať pacienta smerom od poskytovateľa s časovo neelastickým dopytom ako smerom od poskytovateľa s časovo elastickým dopytom.

V popisovanej štúdii autori použili dáta od veľkej holandskej zdravotnej poisťovne týkajúce sa neakútnych ambulantných návštev na neurochirurgickom oddelení v roku 2003.

Pre účely štúdie autori predpokladali, že pacienti navštevujú takú nemocnicu, ktorá maximalizuje ich vlastný úžitok na základe ich vlastných charakteristík/preferencií ako aj charakteristík preferovanej nemocnice. Časová elasticita nemocnice bola vypočítaná na základe simulácie nárastu časovej dostupnosti poskytovateľa o 10 %, pričom všetky ostatné faktory ostali nezmenené. (Detailný popis modelu a výpočtu časových elasticít jednotlivých holandských nemocníc viď originálny text.)

Výsledky popisovanej štúdie ukazujú, že dopyt pacientov po neurochirurgii je skôr časovo elastický, avšak výška nameranej elasticity sa významne líši medzi jednotlivými nemocnicami. Na neurochirurgickom trhu v Holandsku majú teda niektoré nemocnice menej časovo dostupných substitútov (konkurenčných nemocníc) ako iné nemocnice a ich pozícia na trhu je z tohto dôvodu silnejšia. Autori však súčasne upozorňujú, že štúdia je úzko zameraná na jeden konkrétny výsek celkového trhu a nie je tak reprezentatívna pre iné výseky trhu. Ich štúdia však ukazuje, že na trhoch, kde rozhodnutie pacientov o návšteve konkrétneho poskytovateľa je riadené necenovými faktormi, môže byť model časovej elasticity užitočným inštrumentom hodnotenia nahraditeľnosti poskytovateľov a teda hodnotenia stavu konkurencie na danom trhu.

Štúdia na záver konštatuje, že **informácie ohľadne nahraditeľnosti nemocníc založené na časovej elasticite sú relevantné jednak pre zdravotné poisťovne pri uplatňovaní selektívneho kontraktu ako aj pre protimonopolné authority pri posudzovaní zlučovania nemocníc**. Časová elasticita taktiež pomáha určiť, ktoré nemocnice na trhu si na jej základe vzájomne konkurujú.

zhrnutie štúdie: MÁRIA POUROVÁ
pourova@hpi.sk

Originál článku je dostupný na webe:

<http://www.springerlink.com/content/6681w7p35724q400/fulltext.pdf>



Moderná nemocnica

Investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov.

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

O tretine zdrojov v zdravotníctve sa rozhoduje v kategorizácii liečiv: rozhodovacie procesy majú byť preto maximálne transparentné

Transparentnosť kategorizácie v novele 577/2004 Z. z.

Ministerstvo zdravotníctva predložilo v septembri do medzirezortného pripomienkového konania návrh novely zákona 577/2004 o rozsahu. Predmetom tejto novely sú zmeny v kategorizácii liečiv. O niektorých sme vás informovali v minulomesačnom vydaní Zdravotnej politiky. Dnes prinášame podrobnosti o ďalších navrhovaných úpravách v kategorizácii. Autorka článku Angelika Szalayová sa aktívne zúčastnila prípravy návrhu, ktorý je dnes v legislatívnom procese.

PROCES KATEGORIZÁCIE LIEČIV

Hlavnou zmenou je zmena procesu, ktorým sa kategorizácia liečiv vykonáva. Pôvodný zákon 577/2004 technicky odlišoval kategorizáciu liečiv od procesu zaradovania a vyradovania liekov zo zoznamu liekov. Pokým kategorizácia liečiv bola považovaná za reguláciu štátneho orgánu a riadila sa vnútornými pravidlami ministerstva, proces zaradovania a vyradovania liekov zo zoznamu liekov sa riadil upraveným správnym konaním, v priebehu ktorého ministerstvo (v prípade potreby) iniciovalo kategorizačný proces, teda zvolalo zasadanie kategorizačnej komisie. Tento model bol zvolený preto, aby sa predišlo dlhodobému blokovaniu procesu kategorizácie a vydania zoznamu liekov niektorým z výrobcov, ku ktorému by mohlo dôjsť, ak by celý proces bežal ako správne konanie.

Ďalším problémom procesu kategorizácie a správneho konania je rozsah záujmov, ktoré kategorizácia ovplyvňuje. Ministerstvo by muselo pri spustení informovať a dať možnosť vyjadriť sa veľkému počtu strán – od výrobcov konkurenčných liekov, cez lekárov, ktorí dané lieky predpisujú až po pacientov, ktorí tieto lieky teraz alebo v budúcnosti môžu užívať. Všetci títo by mali mať zároveň možnosť vyjadrovať sa k rozhodnutiu ministerstva, odvolať sa voči nemu a získať odklad vo vydaní zoznamu liekov. Keďže len málo rozhodnutí pri kategorizácii uspokojí a poteší všetkých, postupný nesúhlas všetkých zúčastnených by mohol viesť k úspešnému blokovaniu kategorizácie ako takej. To by okrem nevykonateľnosti rozhodnutí MZ viedlo aj k nemožnosti priniesť nové lieky na trh.

Pred rokom však došlo k zmene zákona, pri ktorej sa ponechali všetky ustanovenia popisujúce pôvodný model, ale pridali sa jeden odsek, ktorý hovorí o tom, že všetky rozhodovania pri kategorizácii liečiv sa vykonávajú podľa zákona o Správnom poriadku. Zákon v tejto verzii si vo viacerých ustanoveniach odporuje, čím sa stáva nevykonateľným. A skutočnosť, že konanie musí spĺňať všetky podmienky podľa Správneho poriadku bez upravenia na špecifickú situáciu pri kategorizácii, tomu tiež moc nepomohlo. Ministerstvo tak napriek zmene zákona spôsob vykonávania kategorizácie nezmenilo.

ZMENY V PROCESSE KATEGORIZÁCIE, KTORÉ PRINÁŠA NAVRHOVANÁ NOVELA

Na základe nevykonateľnosti existujúcej legislatívy bola po príchode nového ministra navrhnutá novela, ktorá má všetky tieto problémy riešiť a zároveň prináša nové moderné postupy do rozhodovania o kategorizácii.

V rámci postupu pri kategorizácii **novela mení pôvodný model oddelených procesov kategorizácie liečiv a zaradovania a vyradovania liekov a spája ich do jedného procesu, ktorý sa má riadiť upraveným správnym procesom.** Tieto zmeny sú realizovateľné najmä vďaka rozšíreniu informačných technológií, vďaka ktorým sa veľká administratívna záťaž môže presunúť na dobre fungujúci informačný systém, podobný existujúcemu systému medzirezortných pripomienkových konaní na <http://lt.justice.gov.sk>.

Proces kategorizácie je navrhnutý tak, že ministerstvo začína konanie na základe všetkých návrhov, ktoré prídu v období kalendárneho štvrtroka. Toto začatie by sa uskutočnilo **verejnou vyhláškou**, ktorá by bola zároveň zverejnená aj na internetovej stránke ministerstva, kde by mal k nej ktokoľvek jednoduchý prístup.

Pre zjednodušenie administratívy by sa všetky žiadosti podávali zároveň aj elektronicky. Na rozdiel od dnes existujúceho zasielania e-mailom by návrhy žiadateľ nahral priamo cez webový portál do informačného systému. Ak žiadateľ návrh podá podpísaný zaručeným elektronickým podpisom, MZ po overení elektronického podpisu žiadosť zaeviduje. Ak žiadosť nebude podpísaná elektronicky, systém pre žiadateľa vygeneruje identifikačné číslo žiadosti a krycí list, ktoré si žiadateľ vytlačí a podá v písomnej forme spolu s kompletnou žiadosťou na ministerstvo. Úradníci na MZ by potom len prekontrolovali, či ku každej elektronicky podanej žiadosti bez elektronického podpisu prišla aj kompletná písomná dokumentácia.

Po autorizácii všetkých žiadostí ich ministerstvo zverejní a vyhlási obdobie 15 dní, počas ktorého má každý možnosť sa k zverejneným návrhom vyjadriť. **Na rozdiel od súčasného stavu by takéto návrhy nepodávali len výrobcovia liekov, ale mohli by tak urobiť aj zdravotné poisťovne, odborné spoločnosti a pacientske organizácie. Ministerstvo zverejní všetky podané návrhy, a to aj také, ktoré chce vykonať samo v rámci konania z vlastného podnetu.** Rovnako ako pôvodné žiadosti, aj vyjadrenia sa majú podávať elektronicky cez webový portál, čím by došlo k ich automatickému spracovaniu a triedeniu. Portál by zároveň automaticky e-mailom informoval pôvodného navrhovateľa, výrobcov ostatných liekov v skupine ako aj každého, kto by o to prejavil cez portál záujem o akejkoľvek zmene v procese hodnotenia danej žiadosti (pridanie nového vyjadrenia, či neskôr vydanie rozhodnutia alebo podanie rozkladu voči rozhodnutiu).

Návrhy sa ďalej majú spracovávať súčasným spôsobom, teda **posúdením v odborných pracovných skupinách** a následne **kategorizačnou komisiou**. Na základe týchto odborných posúdení ministerstvo vydá k jednotlivým konaniam

Schéma: Časový prehľad jednotlivých etáp kategorizácie podľa návrhu novely zákona č. 577/2004 Z. z.

etapa	min. čas trvania etapy	dni	KATEGORIZÁCIA			
			k 1.1.	k 1.4.	k 1.7.	k 1.10.
1 obdobie na zasielanie návrhov	3 mesiace		30.6.	30.9.	31.12.	31.3.
2 spracovanie návrhov	7-14 dní	15	15.7.	15.10.	15.1.	15.4.
3 začatie konania, zverejnenie návrhov	-	0	15.7.	15.10.	15.1.	15.4.
4 obdobie na zasielanie dôkazov a vyjadrení	14 dní	15	30.7.	30.10.	30.1.	30.4.
5 spracovanie dôkazov a vyjadrení	7 dní	15	14.8.	7.11.	14.2.	15.5.
6 zverejnenie dôkazov	-	0	14.8.	7.11.	14.2.	15.5.
7 príprava odborných posudkov	14 dní	21	4.9.	28.11.	7.3.	5.6.
8 zverejnenie posudkov	-	0	4.9.	28.11.	7.3.	5.6.
9 príprava na zasadanie KK	7 dní	10	14.9.	8.12.	17.3.	15.6.
10 zasadanie KK	7 dní	14	28.9.	15.12.	31.3.	29.6.
11 spracovanie výstupov z KK	7 dní	7	5.10.	22.12.	7.4.	6.7.
12 zverejnenie zápisníc z KK	-	0	5.10.	22.12.	7.4.	6.7.
13 spracovanie rozhodnutí z prvostupňového konania a návrhu opatrenia do MPK	7 dní	14	19.10.	19.1.	21.4.	20.7.
14 zverejnenie rozhodnutí z KK, zverejnenie návrhu zoznamu liekov na MPK	-	0	19.10.	19.1.	21.4.	20.7.
15 obdobie na zasielanie rozkladov a pripomienok	14 dní	15	3.11.	3.2.	6.5.	4.8.
16 zverejnenie rozkladov a pripomienok	-	0	12.11.	12.2.	15.5.	13.8.
17 spracovanie rozkladov a pripomienok	7 dní	9	12.11.	12.2.	15.5.	13.8.
18 zasadnutie KR, rozporové konania k MPK	7 dní	9	21.11.	21.2.	24.5.	22.8.
19 spracovanie výstupov z KR a MPK	7 dní	13	4.12.	6.3.	6.6.	4.9.
20 zverejnenie zápisníc z KR, rozhodnutí o rozkladoch, vyhodnotenia MPK	-	0	4.12.	6.3.	6.6.	4.9.
21 schválenie návrhu opatrenia na LRV	14 dní	12	16.12.	18.3.	18.6.	16.9.
22 zverejnenie opatrenia	-	0	16.12.	18.3.	18.6.	16.9.
23 účinnosť opatrenia	14 dní	12	28.12.	30.3.	30.6.	28.9.

Pozn.: KK – kategorizačná komisia, KR – kategorizačná rada, MPK – medirezortné pripomienkové konanie, LRV – legislatívna rada vlády

Zdroj: autorka na základe návrhu novely zákona č. 577/2004 Z. z.

rozhodnutia, ktoré by sa pre zjednodušenie administratívy vydávali elektronicky (podpísané zaručeným elektronickým podpisom) a okrem ich odoslania by sa zverejnili aj na portáli.

V ďalšom období sa môžu navrhovatelia a dotknuté osoby voči rozhodnutiam odvolať (tiež elektronicky prostredníctvom portálu) a minister po posúdení vydá rozhodnutie druhého stupňa. Aby sa predišlo vyššiepopísanému blokovaniu celého procesu, návrh umožňuje podanie odvolania len v prípade, ak sa od skončenia obdobia na podávanie vyjadrení vyskytla nová skutočnosť, ktorú odvolávajúci sa nemohol podať vo svojom návrhu alebo počas obdobia na podávanie vyjadrení, teda ako v prípade konania súdov. To by malo obmedziť množstvo odvolaní, pričom sa ale neberie možnosť nespokojným navrhovateľom lepšie formulovať svoj návrh a podať ho v ďalšom kole kategorizácie.

Celý proces kategorizácie by – tak ako dnes – mal prebiehať tak, aby bolo možné nový zoznam liekov vydať vždy k začiatku nového štvrťroka, čo znamená prekrývanie sa viacerých kategorizačných procesov v rôznych fázach (**Schéma**). **Zverejňovanie žiadostí, možnosť podať vyjadrenie k návrhom, povinnosť pre poisťovne, odborné spoločnosti a ministerstvo podávať návrhy vopred ako aj možnosť sledovania celého procesu môžu významne zvýšiť transparentnosť kategorizácie.**

ĎALŠIE NAVRHOVANÉ ZMENY

Okrem zmien v procese kategorizácie novela prináša aj legislatívne ukotvenie vo vyhláškach pre viaceré procesy, ktoré dodnes boli upravované len nižšími legislatívnymi normami, čo by malo tiež viesť k transparentnosti a lepšej predvídateľnosti prostredia.

Novela zároveň zavádza **dočasnú kategorizáciu liečiv**. Ministerstvo pri prvom zaradení nového liečiva do kategorizácie určí kategorizáciu len na 24 mesiacov, pričom pred vypršaním tohto obdobia na základe podkladov z praxe od farmaceutickej firmy rozhodne o tom, či liečivo má naďalej zostať hradené z verejných zdrojov, resp. či podmienky kategorizácie majú zostať rovnaké.

Ďalšou novinkou je zavedenie prvkov zdieľania rizika a nákladov medzi ministerstvom a zdravotnými poisťovňami na jednej strane a farmaceutickou firmou na strane druhej. Novela prináša **podmienenú kategorizáciu liečiva**, pri ktorej ministerstvo rozhodne o kategorizácii lieku alebo liečiva so stanovením podmienok, ktoré musí výrobca splniť. Ide o podmienky najmä v zmysle dosiahnutia deklarovanej účinnosti a bezpečnosti v reálnej praxi, neprekročenia navrhovaného počtu pacientov alebo objemu zdrojov.

Návrh prináša aj viaceré ďalšie zmeny (viď článok v septembrovom vydaní *Zdravotnej politiky*), medzi inými sprísňuje reguláciu cien liekov, umožňuje paralelný proces registrácie a kategorizácie generických liekov a kladie dôraz na transparentnosť aj pri deklarácii konfliktu záujmov členov kategorizačných komisií a rád a navrhuje ich verejné zasadania.



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

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

Optimalizace spotřeby léčiv

Medzi najlepšie hodnotené absolventské práce programu Manažér na Health Management Academy v akademickom roku 2009/2010 patrila aj analýza liekovej politiky od PETRA SCHINDLERA z Českej priemyselnej zdravotnej poisťovne (ČPZP). Odprezentoval ju v rámci Dňa otvoreného dverí akadémie HMA v Piešťanoch.

VÝVOJ NÁKLADŮ NA LÉKY V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice stejně jako v ostatních vyspělých státech spolu se zvyšující se životní úrovní a průměrnou délkou života se zvyšují náklady na zdravotnictví. Tento růst je způsoben zejména vývojem nových drahých technologií, schopných diagnostikovat nebo přímo ovlivnit zdravotní stav s vyšší úspěšností, než technologie současné.

Tabulka 1 představuje spotřebu léčiv na území ČR v letech 1992 – 2009 dle podkladů.

Tento trend se týká i nákladů na léky, konkrétně hromadně vyráběných léčivých přípravků.

Růst nákladů na léky vede ve světě i v ČR ke snaze získat kontrolu nad růstem výdajů veřejných financí. Tato práce zachycuje čtyři projekty, které se různými metodami a cestami pokoušejí až už získat kontrolu nebo jen snížit meziroční progresi v nákladech. Tyto projekty byly postaveny pro ovlivnění pouze preskripce nebo ovlivnění preskripce je vedlejším efektem hlavního zaměření projektu.

PROJEKTY S MOŽNÝM PŘÍNOSEM OPTIMALIZACE NÁKLADŮ

1. PROJEKT IZIP

V roce 2001 začala společnost IZIP ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou vyvíjet internetový projekt IZIP – elektronické zdravotní knížky. Jedná se o myšlenku mít přístupné veškeré zdravotnické informace (evidované běžně ve zdravotnické dokumentaci) 24 hodin denně formou elektronických záznamů na internetu.

Myšlenka vychází z předpokladu, že pacient si založí vlastní elektronickou zdravotní knížku. Poté bude pohyb tohoto pacienta po síti zdravotnických zařízení evidován v této knížce formou záznamů o vyšetření, která absolvoval, výsledků těchto vyšetření, předepsaných léčivých přípravků tomuto pacientovi. Každý lékař, kterému to pacient umožní, bude mít k této dokumentaci přístup a bude moci tam doplnit údaje o svém zákroku.

Tabulka 1: Náklady na léky, počty balení v ČR v letech 1992-2009

Rok	Kč [mld]	Změna [%]	Balení [mld]	Změna [%]
1992	9,326	33,92	271,55	0,12
1993	13,960	49,70	277,94	2,35
1994	21,189	51,79	331,10	19,13
1995	25,636	20,98	332,16	0,32
1996	28,184	9,94	325,60	-1,98
1997	30,061	6,66	317,86	-2,38
1998	33,318	10,83	320,37	0,79
1999	36,445	9,38	339,31	5,91
2000	38,392	5,34	331,56	-2,28
2001	44,242	15,24	342,91	3,42
2002	48,032	8,57	338,30	-1,35
2003	52,216	8,71	346,03	2,29
2004	56,996	9,15	338,78	-2,09
2005	64,569	13,29	368,94	8,90
2006	58,971	-8,67	320,03	-13,26
2007	67,164	13,89	343,15	7,22
2008	72,747	8,31	317,67	-7,43
2009	79,745	9,62	311,93	-1,81

Zdroj: SUKL, 2010

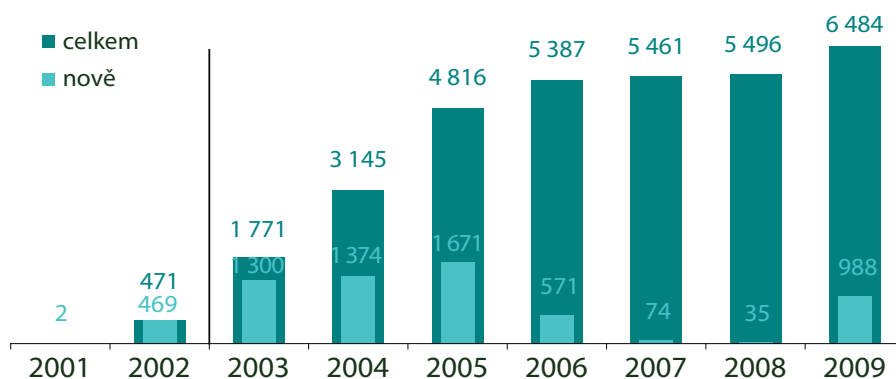
Projekt předpokládá maximální ochotu ošetřujících lékařů elektronické záznamy provádět v plném rozsahu a také maximální ochotu pacienta umožnit všem svým lékařům přístup k těmto záznamům. Zároveň je zde předpokládána počítačová gramotnost na obou stranách.

Záznamy jsou ukládány šifrovaně a společnost IZIP deklaruje dostatečné zabezpečení záznamů a soulad se zákonem 101/2000 Sb.

K 31. 12. 2009 bylo v systému registrováno 6 484 zdravotnických zařízení, což je přibližně 24 % podíl trhu a 1 274 288 pacientů, což je 13 % obyvatel ČR.

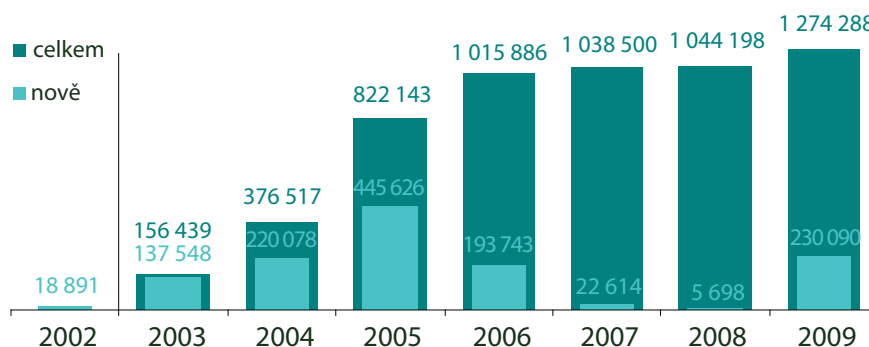
Základním přínosem projektu z pohledu úspor výdajů je možnost pacienta dát všem svým ošetřujícím lékařům k dispozici elektronický záznam o svém pohybu po síti, absolvovaných vyšetřeních, jejich výsledcích, předepsaných léčivech. Z tohoto důvodu je předpokládáno odstranění duplicit a zbytných vyšetření.

Graf 1: Počty registrovaných zdravotnických zařízení v systému IZIP k 31. 12. daného roku



Zdroj: IZIP, a.s. a ČSÚ; 2010

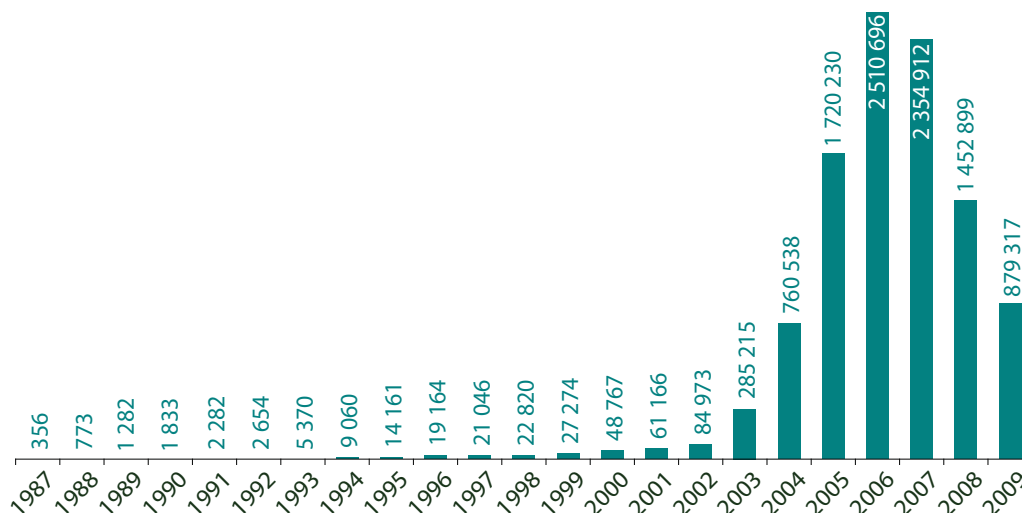
Graf 2: Počty zaregistrovaných pacientů v systému IZIP k 31. 12. daného roku



Zdroj: IZIP, a.s. a ČSÚ; 2010

Graf 3: Počty nově zaevidovaných zdravotnických informací v systému IZIP

(příslušnost k danému roku značí rok vzniku informace, ne rok jejího zápisu do systému)



Zdroj: IZIP, a.s. a ČSÚ; 2010

2. LÉKOVÉ KNÍŽKY HZP

Projekt Lékové kníčky HZP vychází ze zkušeností slovenské zdravotní pojišťovny SIDERIA-ISTOTA. Přípravné práce byly v HZP realizovány v září roku 2004.

Tento projekt vychází z potřeby umožnit všem lékařům přístup k informaci o pohybu pacienta po síti zdravotnických zařízení, absolvovaných vyšetřeních a předepsaných léčích. Jedním z cílů bylo snížení počtu ročních kontaktů pacienta s lékařem na míru obvyklou v ekonomicky vyspělých zemích (1996: ČR 15,5 kontaktů, Japonsko 12,9 kontaktů, Německo 11,5 kontaktů, Francie 7,2 kontaktů, Velká Británie 5,7 kontaktů, USA 5,5 kontaktů).

Tento projekt není plošný, zaměřuje se na polypragmatické pacienty a na oblasti s vysokou koncentrací pojistného kmene.

Na počátku byly vytipovány geograficky skupiny praktických lékařů, u kterých eviduje ZP u registrovaných pacientů statisticky významný počet pojištěnců HZP a zároveň větší počet z registrovaných pojištěnců ve sledovaném čtvrtletí odebral více jak 6 různých preparátů (jiná ATC skupina a více předepisujících zdravotnických zařízení). V průměru byli vytipováni pojištěnci s minimálně 10 (typicky 20) různými preparáty (nikoliv balení) ve sledovaném kalendářním čtvrtletí.

V první fázi projektu (konec roku 2004) bylo osloveno 77 praktických lékařů v několika skupinách dle geografické polohy (Ostrava, Třinec, Frýdek-Místek, Jeseník). Těmto lékařům

Tabulka 2: Roční množství (balení) léků všech pojištěnců registrovaných u PL v projektu (údaje v tis.)

ATC	Název ATC skupiny	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Trávicí trakt a metabolismus	112,2	114,9	118,6	119,9	109,4	116,1
B	Krev a krvetvorné orgány	38,4	42,2	44,5	47,0	47,9	55,0
C	Kardiovaskulární systém	276,2	292,2	307,3	312,5	309,8	342,6
D	Dermatologika	45,8	45,9	45,2	44,1	39,4	40,9
G	Urogenitální trakt a pohlavní hormony	22,1	21,4	21,6	21,0	18,4	19,3
H	Systémová hormonální léčiva kromě pohlavních hormonů a inzulinů	10,0	10,3	11,1	11,3	10,9	11,9
J	Antiinfektiva pro systémovou aplikaci	42,0	45,4	41,1	45,9	45,2	46,9
L	Cytostatika a imunomodulační léčiva	8,4	9,8	9,5	9,5	8,6	10,5
M	Muskuloskeletární systém	93,4	94,1	93,4	88,6	72,8	75,1
N	Nervový systém	109,8	114,7	115,2	117,7	103,3	109,2
P	Antiparazitika, insekticidy a repelenty	2,7	2,3	2,1	1,3	1,2	1,2
R	Respirační systém	76,2	80,3	67,8	77,0	63,7	62,9
S	Smyslové orgány	20,5	22,4	22,8	22,5	20,9	21,5
V	Různé přípravky	2,9	3,4	3,6	3,7	4,0	4,8

Zdroj: ČPZP, 2010

Tabulka 3: Roční množství (balení) léků pojištěnců v projektu u PL v projektu (údaje v tis.)

ATC	Název ATC skupiny	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	Trávicí trakt a metabolismus	6,0	7,1	8,2	8,2	7,0	7,0
B	Krev a krvetvorné orgány	1,7	2,0	2,8	2,5	2,4	3,1
C	Kardiovaskulární systém	15,8	18,3	20,5	19,8	18,5	20,4
D	Dermatologika	1,8	2,0	2,2	1,8	1,6	1,5
G	Urogenitální trakt a pohlavní hormony	0,7	0,8	0,9	0,8	0,6	0,8
H	Systémová hormonální léčiva kromě pohlavních hormonů a inzulinů	0,3	0,4	0,4	0,6	0,4	0,5
J	Antiinfektiva pro systémovou aplikaci	1,3	1,5	1,6	1,5	1,5	1,8
L	Cytostatika a imunomodulační léčiva	0,2	0,2	0,4	0,5	0,4	0,3
M	Muskuloskeletární systém	4,7	5,3	5,8	5,3	4,4	4,1
N	Nervový systém	5,5	6,4	7,7	7,4	6,4	6,3
P	Antiparazitika, insekticidy a repelenty	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
R	Respirační systém	2,8	3,3	3,2	3,2	2,8	3,0
S	Smyslové orgány	0,7	0,7	1,0	1,0	0,9	1,0
V	Různé přípravky	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2

Zdroj: ČPZP, 2010

byly předány seznamy vytipovaných polypragmatických pacientů, kteří dle názoru HZP by účasti v projektu lékových knížek HZP mohli ovlivnit svůj pohyb po síti, respektive evidenci základních údajů v lékové knížce by u těchto pacientů mohlo vést zejména ke zlepšení komunikace mezi praktickým lékařem a ambulantním specialistou. Z toho vyplývá i pokus o předcházení lékové závislosti pacientů při nadměrném užívání léků předepsaných různými lékaři.

Vzhledem k tomu, že léková knížka HZP je koncipována jako papírová knížečka formátu A5 vhodná především pro starší občany, slouží mimo jiné jako aktuální a komplexní informace o medikamentózní léčbě, množství léků a časovém období, ve kterém se léky užívají.

Tabulka 2 představuje vývoj počtu balení u lékařů zapojených do projektu lékových knížek HZP a to u všech pacientů registrovaných u těchto praktických lékařů. Jsou zde tedy náklady i od jiných zdravotnických zařízení, která danému pacientovi lék předepsala.

Tabulka 3 představuje stejné údaje jako **Tabulka 2**, ukazuje ale spotřebu balení pouze klientů, kteří vlastní lékovou knížku.

Prostým porovnáním obou tabulek lze jednoduše zjistit, že v prvním roce fungování projektu, tedy v roce 2005 došlo u pacientů s lékovou knížkou k výraznějšímu meziročnímu nárůstu pouze u Systémové hormonální léčby kromě pohlavních hormonů a inzulinů a u Cytostatik. To je zapříčiněno nárůstem u Hydrokortisonu (H02AB09) u dvou nákladných pacientů, Fluorouracilu (L01BC02) a Gemcitabinu (L01BC05) u jediného nákladného pacienta.



V ostatních ATC skupinách k nárůstům nedocházelo nebo naopak byl zřejmý pokles spotřeby.

Součástí projektu je i kontrola lékových interakcí. Plošné hodnocení lékových interakcí a dokonce i kontraindikací přineslo alarmující výsledky. Při spolupráci s lékaři v projektu byly prováděny konkrétní rozborů na pacienty s vyzdvížením zjištěných skutečností a možných zdravotních dopadů na pacienta a z toho vyplývajících sekundárních vícenákladů. Spolupráce přinesla snížení rizikových interakcí nejen vyšší koordinovaností předepisujících lékařů, ale i spoluprací s ambulantními specialisty.

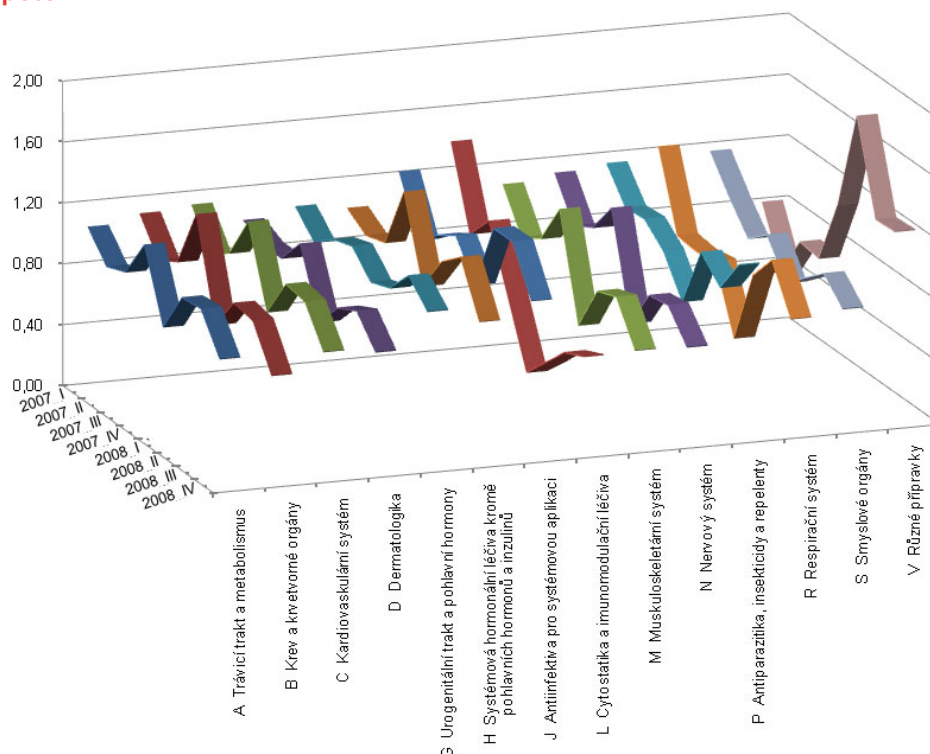
Mnohými lékaři je tento projekt nesprávně chápán jako konkurence projektu IZIP. Projekt lékové knížky primárně nevyhledává pacienty a lékaře se zájmem vést dokumentaci elektronicky ale pacienty, kteří dle záznamů své zdravotní pojišťovny užívají značné množství léků předepsané různými lékaři.

Tabulka 4: Meziroční indexy počtu balení HVLP u všech lékařů HZP (bíle) a lékařů v řízené péči (zeleně)

ATC	Název	2007/2006	2007/2006 *	2008/2007	2008/2007*
A	Trávicí trakt a metabolismus	1,06	1,04	0,86	0,91
B	Krev a krevetvorné orgány	1,11	1,10	0,75	0,83
C	Kardiovaskulární systém	1,09	1,10	0,82	0,92
D	Dermatologika	1,04	1,02	0,75	0,82
G	Urogenitální trakt a pohlavní hormony	1,04	1,03	0,90	1,02
H	Systémová hormonální léčiva kromě pohlavních hormonů a inzulinů	1,13	1,10	0,90	1,02
J	Antiinfektiva pro systémovou aplikaci	1,08	1,08	0,96	1,06
L	Cytostatika a imunomodulační léčiva	0,90	0,98	0,64	0,42
M	Muskuloskeletární systém	1,02	1,02	0,66	0,70
N	Nervový systém	1,06	1,05	0,72	0,66
P	Antiparazitika, insekticidy a repelenty	1,00	1,00	0,70	0,89
R	Respirační systém	0,97	0,91	0,67	0,63
S	Smyslové orgány	1,02	0,97	0,78	0,78
V	Různé přípravky	1,42	0,67	1,56	1,33

Zdroj: ČPZP, 2010

Graf 4: Vývoj meziročního čtvrtletního indexu počtu balení HVLP u pojištěnců HZP registrovaných u praktických lékařů v projektu řízené péče



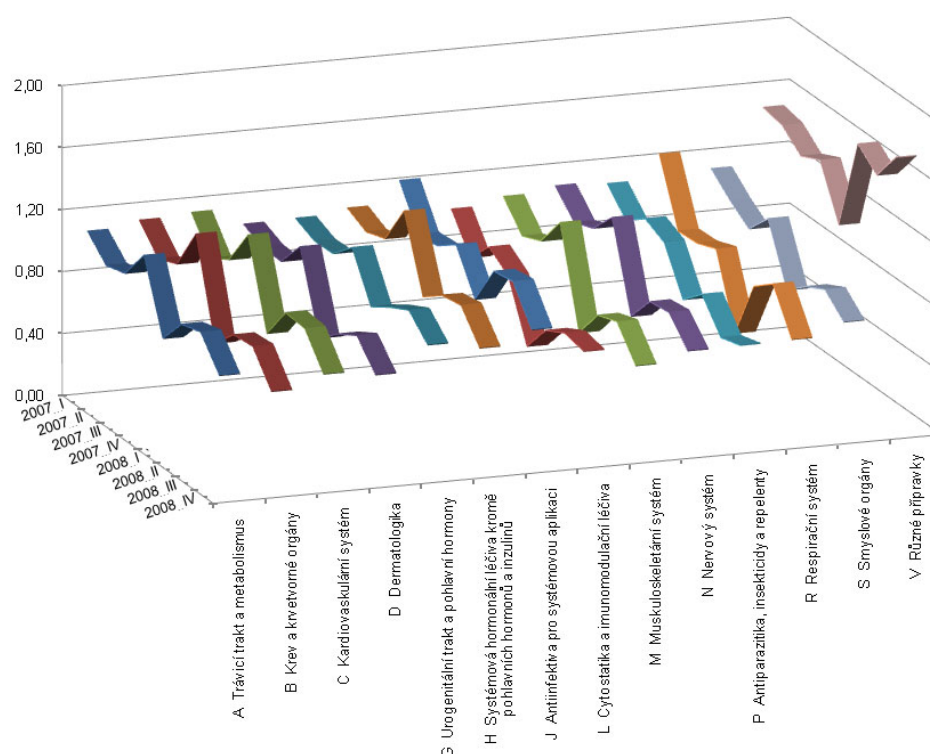
Zdroj: ČPZP, 2010

3. PROJEKT ŘÍZENÉ PÉČE (HZP)

Cílem programů řízené a integrované péče je vyšší účelnost a účinnost při vynakládání prostředků na zajištění kvalitní zdravotní péče. Jejich principem je finanční motivace ve prospěch zdravotnických zařízení zapojených do těchto programů. Zároveň slouží jako zdroj informací o struktuře a nákladech na zdravotní péči. Programy jsou projektovány nejen pro praktické lékaře, zdravotnická zařízení, ale i pojištěnce ČPZP.

V uplynulých letech (od roku 2001) ČPZP iniciovala pro praktické lékaře v rámci programů řízené péče (HZP) vznik Sdružení nezávislých lékařských praxí (SNLP) na Moravě (v Třinci, Ostravě, Frydku-Místku, Bohumíně) a v rámci systému integrované péče (SIP) v Čechách (ČNZP). Základem projektu je moderní způsob kontraktu mezi zdravotní pojišťovnou a skupinou praktických lékařů, na jehož základě skupina lékařů přebírá kontrolu nad významnou částí prostředků zdravotního pojištění těch pojištěnců, kteří jsou u nich registrováni (65 000). Praktičtí lékaři získávají

Graf 5: Graf vývoje meziročního čtvrtletního indexu počtu balení HVLP u pojištěnců HZP



Zdroj: ČPZP, 2010

systematicky podrobné a cílené informace porovnávající strukturu nákladů čerpané zdravotní péče za registrované pojištěnce. Na základě získaných informací mohou činit kvalifikovaná rozhodnutí vedoucí k účelnému poskytování zdravotní péče.

4. REGULAČNÍ POPLATKY A DOPLATKY

Regulační poplatky ve zdravotnictví byly v České republice zavedeny na začátku roku 2008 za účelem zamezení plýtvání a nadužívání zdravotnických služeb. Z důvodu ochrany chronicky nemocných pacientů před nadměrnou kumulací poplatků a doplateků za léky byl zaveden ochranný limit ve výši 5 tis. Kč, od 1. 4. 2009 u dětí a důchodců byl snížen na polovinu. Ochranný limit se týká poplatků a doplateků započitatelných do limitu.

Regulační poplatek ve výši 30 Kč je vybírán za položku na receptu při výdeji léku, který je plně nebo částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. V případě, že doplatek za lék je nižší než 30 Kč, hradí se pouze regulační poplatek 30 Kč. V případě, že regulační doplatek za lék je vyšší než 30 Kč, hradí se tento doplatek snížený o 30 Kč (regulační poplatek). Ve svém důsledku pacient zaplatí minimálně 30 Kč poplatek, případně se k tomuto poplatku připočítává doplatek za lék snížený právě o zaplacený poplatek za položku na receptu.

Jak je patrné z **Grafu 5** i z **Grafu 6**, bylo před zavedením regulačních poplatků, především v listopadu a prosinci 2007, zaznamenáno předzásobení trhu s finančním nárůstem v uvedených dvou měsících až o 20 %. Následně došlo k přechodnému razantnímu snížení spotřeby po dobu prvních tří měsíců roku 2008, následně se celková spotřeba roku 2008 u pojištěnců HZP stabilizovala na 96 % nákladů roku 2007.

V době aplikace regulačních poplatků a doplateků byl nejvyšší meziroční pokles počtu balení zaznamenán zejména u Cytostatik a imunomodulačních léčiv (65 % roku 2007), Muskuloskeletárního systému (66 % roku 2007) a u Respiračního systému (68 % roku 2007).

Druhý nejčteněji předepisovaný preparát v roce 2007 – Ibuprofen – v roce 2008 zaznamenal pokles počtu balení hrazeného z veřejného systému o 75 % oproti roku 2007. Nejvyšší počet balení zaznamenala pojišťovna v roce 2007 u kyseliny acetylsalicylové, v roce 2008 byl zde zaznamenán pokles o 35 % v počtu balení.

Naopak růst byl zaznamenán pouze ve skupině V – různé přípravky (158 % roku 2007). Ze skupiny 20 preparátů s nejvyšším počtem balení v roce 2007 byl pouze u přípravku Metformin zaznamenán 3 % meziroční růst v počtu balení hrazených ZP. Ostatní preparáty zaznamenaly pokles.

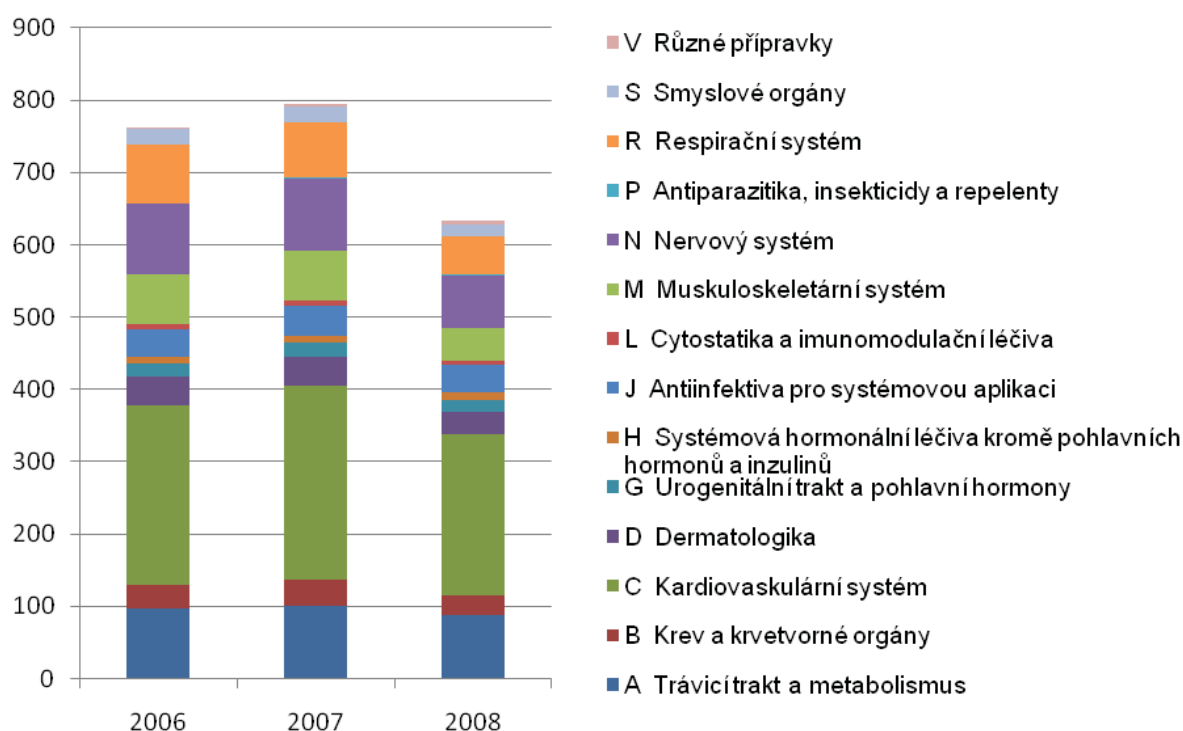
ZÁVĚR

Ve všech vyspělých státech neustále rostou výdaje na zdravotnictví ať už z důvodu zvyšující se průměrné délky života, kvalitnější diagnostice, novým drahým technologiím. Z tohoto důvodu jsou neustále hledány nástroje, které by vhodným způsobem dokázaly chování trhu ovlivnit dle možností veřejných financí.

V ČR bylo realizováno několik záměrů vedoucích k ovlivnění výdajů, ať už celorepublikových nebo jen lokálních formou pilotního projektu. Tyto projekty byly realizovány jednak zdravotní pojišťovnou, jednak soukromou společností spojenou se zdravotní pojišťovnou, jednak vládou ČR.

Mezi první projekty se řadí IZIP, jehož primárním posláním je zavedení elektronické dokumentace. Sdílení informací

Graf 6: Graf vývoje průměrného počtu balení (na preskribujícího lékaře) v jednotlivých ATC skupinách HVLP



Zdroj: ČPZP, 2010

vedených touto formou mezi lékaři povede primárně k zamezení provádění duplicitních vyšetření. Jedním z dalších efektů je přehled o preskripci daného vlastníka elektronické dokumentace. Nevýhodou systému je nutná dostupnost internetové konektivity, ochota vlastníka – pacienta stejně jako lékaře zapisovat záznamy do elektronické dokumentace. Srovnávací studie vlivu projektu IZIP na snížení preskripce nebyly v době zpracování této práce k dispozici.

Lékové knížky HZP vycházejí z projektu pojišťovny Sideria-Istota, vlastní pilotní projekt na omezeném počtu ZZ byl zprovozněn HZP v polovině roku 2004. Tento projekt byl směřován na polypragmatické pacienty soustředěné u vytipovaných lékařů primární péče (mající ve své registraci významnější podíl těchto pacientů). Projekt je charakterizován vedením záznamů ve speciální papírové knížce, kterou má pacient u sebe a do které se provádí záznamy. Projekt také závisí na ochotě pacienta i lékaře tyto záznamy provádět. Výhodou je, že tyto záznamy mohly být vedeny i u osob počítačově negramotných a v případě nestandardní události a při nekomunikaci pacienta jsou tyto záznamy ihned k dispozici. Jak vyplývá z údajů, v letech 2005 a 2006 byla u pacientů s lékovou knížkou zaznamenána stagnace nebo i dokonce mírný pokles počtu předepsaných balení oproti kontrolní skupině.

Mnohými lékaři je tento projekt nesprávně chápán jako přímá konkurence projektu IZIP. Projekt lékové knížky primárně nevyhledává pacienty a lékaře se zájmem vést dokumentaci elektronicky ale pacienty, kteří dle záznamů své zdravotní pojišťovny užívají značné až nadměrné množství léků (nad 10 různých preparátů, typicky 20 za čtvrtletí) předepsané různými lékaři.

Projekt řízené péče není primárně postaven pro snížení nákladů na léky, je to pouze jedna jeho část. Lékaři, účastníci se řízené péče, získávají od pojišťovny komplexní a ucelené ukazatele o vývoji svých nákladů a pohybu pacienta po síti zdravotnických zařízení. Jak vyplývá z podkladů, zatímco v roce 2007 vykazují lékaři angažovaní v projektu řízené péči nižší meziroční náklady na HVLP, než kontrolní skupina (všichni lékaři HZP), v roce 2008 tomu tak není. Jedním z hlavních důvodů je náběh zdravotnických poplatků a doplateků za léky od 1. 1. 2008, které v roce 2008 vedly ke snížení nákladů na léky na 96 % roku 2007 u všech lékařů v ČR, tedy celé porovnávací kontrolní skupiny.

Regulační poplatky a doplatky za léky zavedené legislativně na území ČR od 1. 1. 2008 vedly v posledních dvou měsících roku 2007 k předzásobením trhu (pacientů) léky a k následnému rapidnímu poklesu spotřeby na počátku roku 2008. Celkové náklady na léky v roce 2008 evidované HZP poklesly oproti roku 2007 o 4 % a počet balení o 21 %. Přestože od 1. 4. 2009 došlo ke zmírnění dopadu na pacienty především snížením limitu pro vrácení vynaložených financí na 2500 Kč u osob do 18 let věku a u důchodců, pozitivní dopad na výdaje zdravotní pojišťovny na léky byl zachován.

Na základě srovnání vlastností a výsledků v rámci jedné zdravotní pojišťovny lze konstatovat, že nejvyšší úspěšnost snížení (optimalizace) spotřeby léčiv vykazuje zavedení regulačních poplatků a doplateků. Úspěch je založen na výrazné motivaci koncového spotřebitele (pacienta) k řízení své poptávky a k důkladnějšímu zvažování, zda službu nebo produkt opravdu spotřebuje. Toto se projevilo zejména v případech léčiv, která v lékárně při hrazení pomocí zdravotního pojištění byla díky regulačním poplatkům dražší (30 Kč za položku na receptu), než nákup pacientem za plnou cenu bez receptu a tedy bez účasti systému veřejného zdravotního pojištění.

SEZNAM LITERATURY

- [1] SUKL [online]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz> [cit. 31.5.2010].
- [2] Český statistický úřad [online]. Dostupné z: <http://www.czso.cz> [cit. 31.5.2010].
- [3] IZIP [online]. Dostupné z: <http://www.izip.cz> [cit. 31.5.2010].
- [4] Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz> [cit. 31.5.2010].
- [5] ČPZP [online]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz> [cit. 31.5.2010].



Ing. Petr Schindler, PhD.
pracuje jako vedúci odboru
metodiky a kontroly zdravotnej
starostlivosti v Českej
priemyselovej zdravotnej
poistovni.

» kontakt

Petr.Schindler@cpzp.cz



Master of Science in Health Services Management

Health Management Academy
a Semmelweis University
vám přinášají studijní program
Master of Science
in Health Services Management

www.hma.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.

