

» obsah

Pred ďalšou
makroekonomickou
stabilizáciou (2)

Nový systém prerozdelenia
spravodlivejšie oceňuje
riziko poistencov

Ministerstvo schválilo, aby
polovicu nákladov na lieky
platili pacienti
z vlastného vrecka

Desatoro pre zlepšenie
trhu poskytovateľov
zdravotnej starostlivosti

Štát sa rozhodol VŠZP a SZP
zlúčiť priamo zákonom

Nemecko: z reformy
do reformy

Hodnotenie nemocníc
v Slovenskej republike

Klasická vs. alternatívna
medicína (HMA diskusia)

» tirage

Into Balance
mesačník
o zdravotnej politike

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

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

Vyšlo s podporou



editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

Nie je lepšie chybám predchádzať?

Pri pohľade na obsah novembrového newslettera konštatujeme, že neštandardné legislatívne postupy stále častejšie nahrádzajú riadne pripomienkové konanie. Zákony pri skrátenej ceste obchádzajú názor verejnosti, zásadné zmeny sa do legislatívy dostávajú až v parlamente cez poslancov a kvalita noriem ako i predvídateľnosť prostredia tým preukázateľne trpia.

V neštandardnom legislatívnom konaní je napríklad zákon, ktorý vracia nemocnice-neziskovky pod kontrolu štátu. Po námietkach ministerstva spravodlivosti o protiústavnosti sa aktivity ujali vládni poslanci a konfrontáciu s nepríjemnými pripomienkami obišli poslaneckým návrhom zákona.

Pripomienkovému konaniu sa vyhýba i zákon, ktorým sa má zlúčiť VŠZP a SZP. Zrejme by príliš zdržiavalo: dôvodom pre zhon je podľa ministerstva zdravotníctva hrozba značných hospodárskych škôd. Naozaj? Peter Pažitný venoval vo svojom článku pozornosť dôvodovej správe k tomuto zákonu.

Angelika Szalayová prináša svedectvo dôsledkov neštandardne prijímaných noriem. Novela vyhlášky č. 723/2004 Z.z. začala platiť od prvého novembra 2009. V pripomienkovaní bola presne pred rokom, a to v úplne inom znení. Po roku sa dostala do zbierky zákonov a čitateľ sa čuduje: naozaj chce

minister Raši zaviesť doplatok na každý liek aspoň vo výške 4,62 eura mesačne? Verejná oponentúra návrhov umožňuje vychytať chyby a predchádzať trápny situáciám, v akej sa teraz minister ocitol.

V článku o zmenách v prerozdeľovaní poistného modelujeme možné dopady na zdroje zdravotných poisťovní. Ukazuje sa, že súkromné zdravotné poisťovne (Union a Dôvera) majú rizikovejšiu kmeň, než sa dosiaľ predpokladalo. Nový parameter prerozdelenia (zohľadňovanie, či poistenec je alebo nie je poistencom štátu) je zraniteľný manipuláciou, no spravodlivejšie oceňuje riziko poistných kmeňov.

Desatoro pre poskytovateľov predstavuje desať oblastí pre zlepšenie konkurenčného prostredia poskytovateľov. Dokument je otvorený diskusií a Vaším pripomienkam.

Health Management Academy je zastupovaná v newsletteri dva razy: záverečnou HMA prácou Dr. Viery Lesákovéj o hodnotení slovenských nemocníc a zápisom z HMA diskusie o klasickej a alternatívnej medicíne, ktorá sa odohrala ako vždy pod moderátorskou taktovkou Štefana Hríba.

Príjemné čítanie a ďakujeme Vám, ak nám napíšete svoj názor.

HPI tím
newsletter@hpi.sk

Cieľové skupiny:

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

na Slovensku a v Českej republike

pharma**Outlook**
quarterly on pharmaceutical policy

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

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

pharmaOutlook je štvrťročník s ambíciou analyzovať a prognózovať vývoj v zdravotníctve na Slovensku so zameraním na liekovú politiku a zdravotnícke pomôcky. Je určený pre potreby farmaceutického priemyslu ako aj regulátorov pre potreby plánovania a tvorby stratégií v oblasti vývoja predajov liekov a zdravotníckych pomôcok.

Ročné predplatné (4 čísla): 2 380 eur s DPH
anglický jazyk, PDF formát, rozsah cca 32 strán

Uzávierka objednávok: 31. 12. 2009
Ďalšie informácie: hpi@hpi.sk

Pred ďalšou makroekonomickou stabilizáciou (2)

Oba piliere stabilizácie stoja zatiaľ na vratkých základoch: fiškálna konsolidácia bude skomplikovaná nesúladom s inými prioritami vlády. Nepriama podpora obnovy ekonomického rastu je atakovaná oživovaním prvkov neštandardnej hospodárskej politiky.

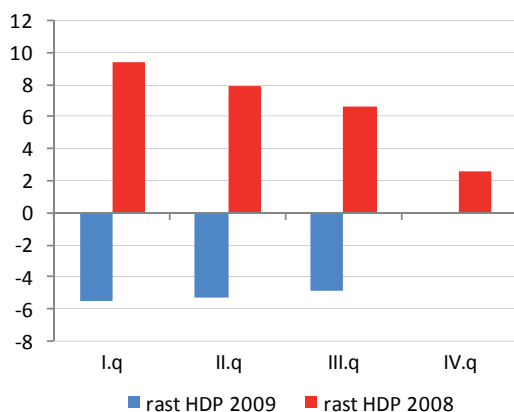
V predchádzajúcom čísle sme sa venovali doterajšej skúsenosti s makroekonomickou stabilizáciou v slovenskej ekonomike, vládnej predstave o budúcej fiškálnej konsolidácii aj bariéram stabilizácie, ktoré si sčasti sama vláda vytvorila. V tejto časti série článkov venovaných makroekonomickej stabilizácii sa venujeme jednému zdanlivo nenápadnému vnútornému stabilizátoru, žiaducej forme stabilizačnej politiky a chybám, ktorými tvorcovia politiky už vopred oslabujú vierohodnosť svojej stabilizačnej politiky.

RÝCHLY ODHAD NIČÍM NEPREKVAPIL

Práve v čase prípravy tohto textu zverejnil Štatistický úrad SR svoj tzv. rýchly odhad HDP za tretí štvrťrok 2009. Odhadovaný reálny medziročný pokles HDP o 4,9% nie je prekvapením, ide o nevýznamné zmiernenie doterajšieho poklesu (Graf 1). Zaujímavé bude skôr sledovať vývoj v poslednom štvrťroku. Keďže už v poslednom štvrťroku 2008 sa tempo rastu HDP výrazne znížilo, efekt porovnávacej bázy bude pomáhať dosiahnuť podstatne priaznivejšiu hodnotu tempa medziročnej zmeny HDP. K tomu sa môžu pridať aj niektoré prejavy oživenia. Takmer s istotou možno očakávať, že hodnota tempa rastu HDP v poslednom štvrťroku bude podstatne menej dramatická ako predchádzajúce tri hodnoty.

Nijako neprekvapuje ani to, že až v treťom štvrťroku sa radikálnejšie znížila zamestnanosť (podľa zmienenej rýchleho odhadu to bolo medziročne o 3,7%). Je v súlade s našimi očakávaniami, že negatívne tendencie sa trhu práce dotknú s oneskorením. Je pravdepodobné, že situácia na trhu práce sa bude vyvíjať nepriaznivo ešte dlho potom, ako sa parametre produkcie odrazia od dna recesie. Kým pre rok 2010 očakávame obnovenie rastu reálneho HDP (hoci s hodnotami len v intervale 1% - 2%), očakávame ešte ďalšie komplikovanie situácie na trhu práce.

Graf 1: Reálny rast HDP (%): prichádza zmena porovnávacej bázy



Zdroj: Štatistický úrad SR

VNÚTORNÝ PRIRODZENÝ STABILIZÁTOR

V ekonomike možno identifikovať niekoľko skrytých mechanizmov, ktoré môžu mať lepší ozdravujúci a stabilizačný vplyv ako nápadné vládne korekčné opatrenia. Tu predstavujeme jeden z nich.

Pokles tempa rastu produkcie sa spája s ešte výraznejším poklesom tempa rastu medzispotreby (vstupov, ktoré sa vo výrobe spotrebujú). A vo vzťahu týchto dvoch makroekonomických agregátov sa odráža skutočnosť, že recesia vedie k lepšej úrovni zhodnocovania vstupov.

Rozdielom medzi produkciou a medzispotrebou je pridaná hodnota (tá je zdrojom príjmov v spoločnosti). Pridaná hodnota je vďaka hyper-reakcii medzispotreby na spomalenie či úpadok produkcie (príklady na ňu pozri v **Grafoch 2 až 4**) do istej miery chránená pred šokmi. Preto hrubý domáci produkt (ukazovateľ na báze pridanej hodnoty) neupadá pri recesii tak dramaticky ako úroveň produkcie.

V každej sekvencii znázornenej v **Grafoch 2 až 4** došlo k javu, ktorý sa nazýva „zvýšenie miery zhodnotenia vstupov“ alebo „zvýšenie miery pridanej hodnoty“. Dôležité je, že po takomto zvýšení miery zhodnotenia vstupov počas spomalenia rastu už nedochádza k zvratu v iných fázach vývoja. Z toho vyplýva, že po prekonaní oslabenia rastu (či dokonca poklesu) produkcie prichádza fáza efektívnejšej produkcie v porovnaní s minulosťou! Niektoré teórie hospodárskych cyklov s tým oddávna počítajú, v súčasnosti je to už (s istými obmedzeniami) preukázateľné aj na dátach za ekonomiku SR. V 90.-tych rokoch ešte táto súvislosť nebola čitateľná. Zrejme muselo dôjsť k reštrukturalizácii a istému vyzretiu ekonomiky, aby táto zákonitosť začala dobre fungovať.

Bez toho, aby sme chceli propagovať ekonomickú recesiu, musíme pripustiť jej niektoré pozitívne vplyvy na štruktúrne charakteristiky ekonomiky. Zvýšenie úrovne zhodnocovania vstupov je príspevok k budúcej stabilite. Preto ani hospodárska politika v čase recesie nesmie blokovať tvorivú deštrukciu a brániť recesii vykonávať svoju ozdravnú funkciu. Stabilizácia nesmie viesť k stabilnej neefektívnosti.

OBA PILIERE STABILIZÁCIE SÚ NESTABILNÉ

Makroekonomická stabilizácia sa už v doterajšom vývoji slovenskej ekonomiky ukázala ako veľmi široký pojem. V každej etape stabilizácie (pozri v časti 1) bola samotná stabilizácia chápaná inak. Stabilizačná politika v súčasnosti už nemusí mať taký „široký záber“ ako v minulých obdobiach. Vláda si nemusí robiť starosti o čísla týkajúce sa obchodnej bilancie, platobnej bilancie, o vývoj výmenného kurzu, či o vývoj úrokovej miery. Keďže už nie sú prítomné také hrubé deformácie vo fungovaní ekonomiky, pozornosť tvorcov hospodárskej politiky nemusí byť rozptýlená toľkými smermi. Môže sa

sústrediť na konsolidáciu verejných financií a tvorbu atraktívneho prostredia. Práve to by mali byť podľa nášho názoru dva piliere budúcej fázy stabilizácie (Schéma 1).

Oba piliere stoja zatiaľ na vratkých základoch: fiškálna konsolidácia bude skomplikovaná nesúladosť s inými prioritami a postojmi vlády (posilnenie sociálnej súdržnosti, budovanie sociálneho štátu, snaha o nárast štátneho intervencionizmu a pod.). Druhý pilier – nepriama podpora obnovy ekonomického rastu – je atakovaný oživovaním prvkov neštandardnej hospodárskej politiky. **Konfliktná pozícia vlády voči podnikom (aspoň niektorým segmentom), snaha rozširovať regulačné pôsobenie štátu, slovné ataky voči niektorým investorom či pokusy dostať štát do polohy „liečiteľa“ vybraných podnikov¹⁾ môžu oslabiť pozíciu slovenskej podnikovej sféry pri hľadaní nových pozícií v tom reštrukturalizačnom pohybe, ktorý bude sprevádzať prekonanie globálnej recesie.**

(pokračovanie v budúcom čísle)

Schéma 1: Pilieri nadchádzajúcej stabilizácie



1) Aktuálnym príkladom neštandardnej politiky je prijatie zákona o strategických podnikoch. Selektívna podpora „strategickým podnikom“ je téma, ktorá bola už raz v popredí v druhej polovici 90-tych rokov. Vtedajší pokus o tzv. revitalizáciu vybraných podnikov je ideovo veľmi blízky súčasnému pokusu o akýsi štátny výkup vybraných problémových podnikov. Oba pokusy znamenajú zmäkčenie podmienok pre vybrané podniky v prípade nastania ťažkostí. Stabilizácia či konsolidácia nemá mať nič spoločné so selektívnou podporou.



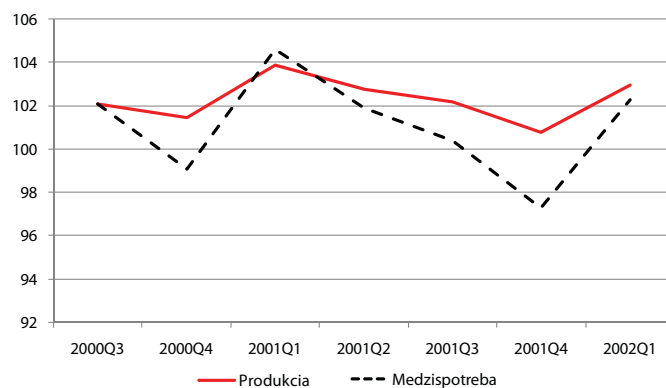
Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonomiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Graf 2: Nadproporcionálna reakcia medzispotreby na nepriaznivý vývoj produkcie (A)

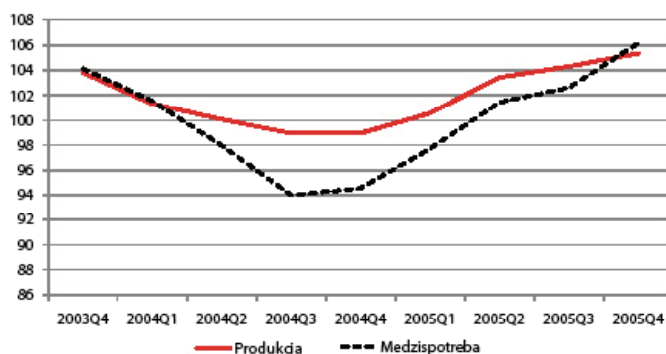
(indexy, rovnaké obdobie predch. roka = 100, zo stálych cien)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 3: Nadproporcionálna reakcia medzispotreby na nepriaznivý vývoj produkcie (B)

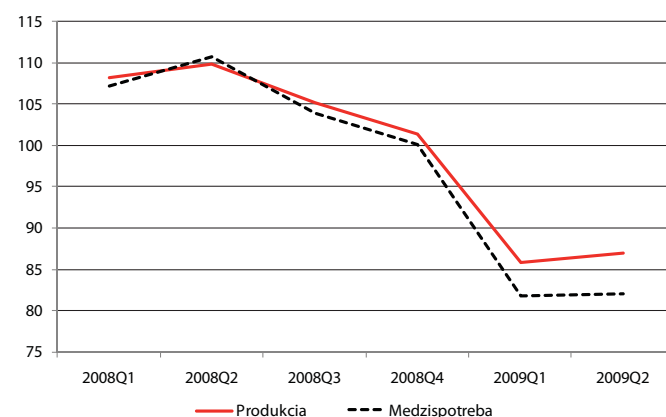
(indexy, rovnaké obdobie predch. roka = 100, zo stálych cien)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 4: Nadproporcionálna reakcia medzispotreby na nepriaznivý vývoj produkcie (C)

(indexy, rovnaké obdobie predch. roka = 100, zo stálych cien)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Nový systém prerozdelenia spravodlivejšie oceňuje riziko poistencov

Od januára 2010 k súčasným prediktorom prerozdelenia (vek, pohlavie) pribudne ekonomickej aktivity. Existujúci počet skupín poistencov sa tak zdvojnásobí z 34 na 68. Zámerom ministerstva je spravodlivejšie rizikovo oceňovať tie skupiny poistencov, ktorí sú v ekonomicke aktívnej fáze života (20 – 65 rokov) poistencami štátu. Rozdiely v nákladovosti týchto skupín sú významné. Náklady na ekonomicke neaktívneho päťdesiatročného muža sú takmer trojnásobné ako keby bol ekonomicke aktívny (Graf 1).

Výpočet nového prediktora sa však nerodil ľahko. MZ SR pri prvom nástrele indexov rizika určilo dve vekové kohorty, ktoré mali hodnotu 1,00. Bola to kategória dvadsaťročný muž ekonomicke aktívny a dvadsaťročný muž poistencov štátu (Graf 2). Tento postup však nebol korektný, lebo nevyjadroval relatívnu nákladovosť ekonomicke aktívnych a poistencov štátu navzájom, ale len relatívnu nákladovosť pre poistencov štátu zvlášť a pre ekonomicke aktívnych zvlášť. V rámci MPK sa táto metodologická chyba odstránila a schválený index rizika už veľmi správne definuje len jedinej kategóriu s váhou 1,00 (Graf 3). Táto zdanlivo technická chyba bola však podľa nás dost závažná a nevrhá priaznivé referencie na analytickú činnosť ministerstva.

PRÍNOSY: LEPŠIE OCEŇOVANIE RIZIKA

Ekonomickej aktivity je súčasťou systému kompenzácie rizika aj v Holandsku (ako PN), v Belgicku a v Nemecku (cez PN). **Vzhľadom na to, že nákladové rozdiely medzi ekonomicke aktívnymi a ekonomicke neaktívnymi poistencami sú výrazné, považujeme zaradenie tohto parametra do prerozdelenia za pozitívny krok.**

Rozdiely v jednotlivých vekových kohortách sú od 0,7 až po 2,8-násobok. Za povšimnutie stojí najmä rozdiel vo vekových

skupinách 45 do 59 rokov. Tento rozdiel si vieme relatívne dobre interpretovať. Sú to ľudia v aktívnom veku, ktorí by za normálnych okolností pracovali. Zrejme však majú chronické ochorenie, trvalé následky úrazov, alebo psychickú chorobu, ktorá ich diskvalifikuje z pracovného trhu. Kausalita však môže byť aj opačná, t.j. nezamestnanosť vedie k stresu, reaktívnej depresii, psychickej nepohode a z toho vyplývajúcim ochoreniam. Prípadne ako nezamestnaní majú viac času čerpať zdravotnú starostlivosť.

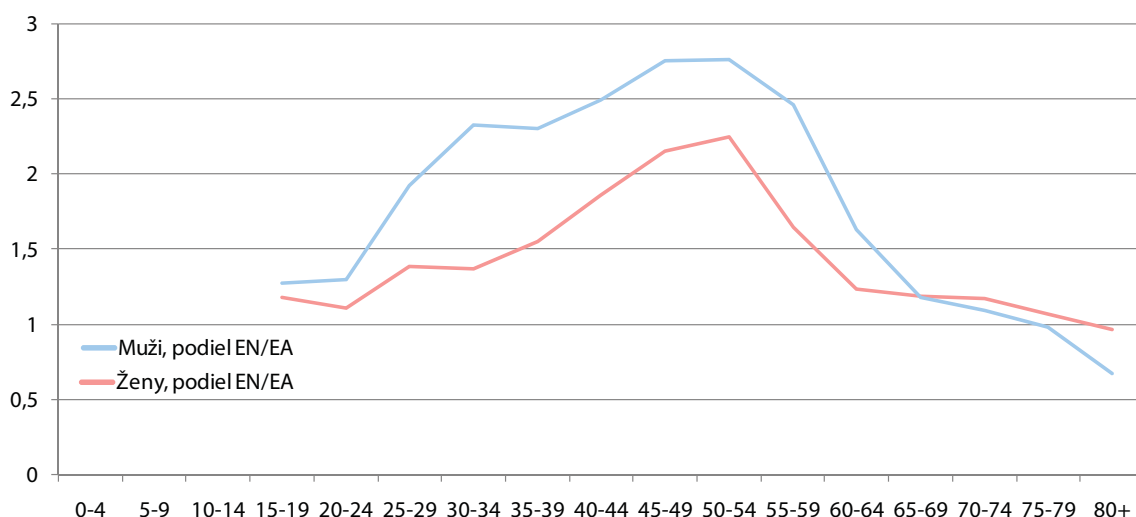
Menej však rozumieme tomu, prečo sú ekonomicke aktívni starí ľudia (80+) drahší ako tí, za ktorých poistné platí štát. Môže to súvisieť s veľmi malou vzorkou týchto ľudí – rádovo stovky a tisícky (Tabuľka 5). Z tohto hľadiska by možno stálo za zváženie, že ekonomickej aktivity by sa po 65 roku už nezohľadňovala, aby sme sa práve vyhlí chybe malých čísiel.

RIZIKÁ: MANIPULÁCIA S DÁTAMI

Kým vek a pohlavie sú vysoko nemanipulovateľné údaje, tak ekonomickej aktivity voči manipulácii až taká odolná nie je. Veľký rozdiel v nároku z prerozdelenia medzi poistencom a nepoistencom štátu môže poistovne zvädzať k úpravám poistného kmeňa smerom k poistencom štátu. Navyše celá situácia bude komplikovaná nahlasovaním PN a nezamestnanosti cez Sociálnu poisťovňu.

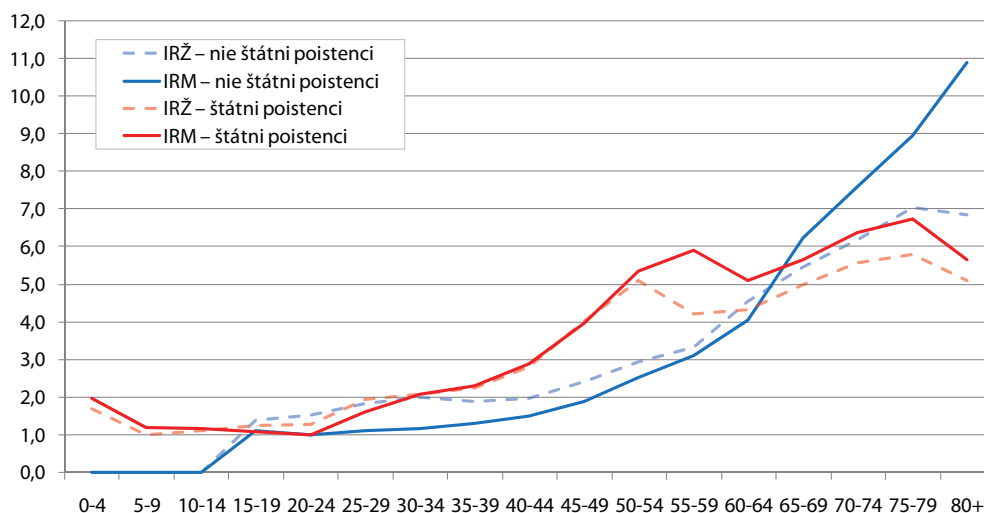
Druhou motiváciou môže byť istota získania celej výšky predpísaného poistného. Na rozdiel od ekonomicke aktívnych, kde existuje reálne riziko neplatenia (zamestnávateľ poistenca nahlásí, ale neplatí), a to je ešte krízou zvýšené – je pri poistencoch štátu toto riziko nulové. Pre zdravotnú poisťovňu je preto lákavé „preklasifikovať“ poistencov, za ktorých nedostáva reálne zaplatené na poistencov štátu.

Graf 1: Podiel nákladov ekonomicke aktívnych a ekonomicke neaktívnych poistencov podľa vekových kohort



Zdroj: Kalkulácie HPI na základe výnosu MZ SR z 30. 9. 2009

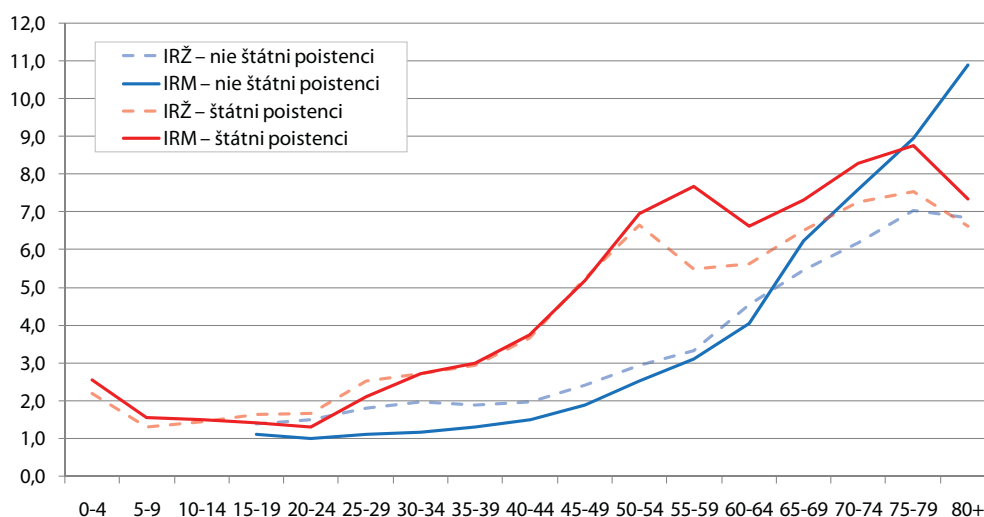
Graf 2: Index rizika nákladov pre rok 2010 – prvá verzia



Vysvetlivky: IRŽ = index rizika žien, IRM = index rizika mužov

Zdroj: MZ SR, návrh indexov rizika zaslaných do MPK, 2009

Graf 3: Index rizika nákladov pre rok 2010 – konečná verzia



Vysvetlivky: IRŽ = index rizika žien, IRM = index rizika mužov

Zdroj: MZ SR, schválená verzia indexov rizika, 2009

MODELOVANIE DOPADOV: KOMPLIKOVANÉ S VIACERÝMI OBMEDZENIAMÍ

Dopady nového systému prerozdelenia sme vypočítali na základe nasledovných predpokladov:

1. Index rizika nákladov pre jednotlivé skupiny poistencov podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity pre rok 2010 je z výnosu MZ SR, o ktorom vyšlo oznámenie v Zbierke zákonov dňa 11. 11. 2009 (Tabuľka 3). Model nadväzujúci na tieto dáta, ako aj jeho prepočty a výstupy budeme nazývať model pre rok 2010 (M2010).
2. Pre porovnanie dopadu systému prerozdelenia na jednotlivé poisťovne sme museli zostrojiť model indexu rizika pre rok 2010 podľa doteraz platných pravidiel – čiže len pre prediktory vek a pohlavie (Tabuľka 1). Tento model ako aj jeho prepočty a výstupy budeme nazývať nulový model (M0).
3. Údaje o poistencoch jednotlivých zdravotných poisťovní máme k 31. 7. 2009 z centrálného registra poistencov z UDZS (Tabuľka 1, 4 a 5 a Graf 4). Od nového roka zmení poisťovňu 125 723 poistencov (Tabuľka 7) a rast nezamestnaných medzi júlom a koncom roka sa odhadom zvýši o 30 000 ľudí. Keďže nemáme podrobné dáta o štruktúre prestupujúcich poistencov, v modeli predpokladáme zmenu na úrovni priemerných počtov poistencov v jednotlivých kohortách. Zmeny v zamestnanosti modelujeme presunom poistencov v jednotlivých poisťovniach z ekonomicke aktívnych kategórií medzi poistencov štátu na základe existujúcich podielov ekonomicke aktívnych poistencov v jednotlivých poisťovniach. Tento vstup je pre oba modely rovnaký.
4. Objem zdrojov na rok 2010 je z predikcie HPI na rok 2010, ktorú sme publikovali v októbrom newsletteri IntoBalance. Pri predpoklade, že ZP v budúcom roku vyberú 3,439 mld. EUR a miera prerozdelenia je zákonom daná na 95 %, sa bude v roku 2010 prerozdeľovať 3,267 mld. EUR. Počet prepočítaných poistencov (PPP) v modeli 0 je 16,388 milióna a suma pripadajúca na 1 prepočítaného poistenca bude 199,41 EUR (vypočítava sa ako objem prerozdeľovaných zdrojov/počet prepočítaných poistencov). V modeli M2010 je 16,450 milióna prepočítaných poistencov a suma pripadajúca na 1 prepočítaného poistenca je 198,65 EUR.
5. V oboch modeloch uvažujeme s tzv. mesačným prerozdeľovaním na báze disponibilných zdrojov a nie s ročným prerozdeľovaním na báze predpisu.

Tabuľka 1: Index rizika, počet poistencov a počet prepočítaných poistencov podľa vekových kohort v modeli M0

Por. číslo	Veková skupina	Index rizika		Počet poistencov			Počet prepočítaných poistencov		
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži + Ženy	Muži	Ženy	Muži + Ženy
1	0 - 4	2,56	2,21	135 927	128 768	264 695	347 942,4	284 548,6	632 491,0
2	5 - 9	1,56	1,32	133 202	126 435	259 637	207 770,2	166 867,8	374 638,0
3	10 - 14	1,50	1,46	150 206	143 018	293 224	225 277,5	208 777,1	434 054,6
4	15 - 19	1,40	1,65	191 503	182 861	374 364	266 177,6	300 897,2	567 074,8
5	20 - 24	1,30	1,69	207 673	195 941	403 614	239 639,5	319 943,2	559 582,7
6	25 - 29	2,11	2,54	211 214	193 623	404 837	279 397,4	412 834,8	692 232,2
7	30 - 34	2,72	2,73	223 518	208 659	432 177	318 146,9	480 173,8	798 320,7
8	35 - 39	2,99	2,94	196 356	189 169	385 525	310 339,9	422 132,8	732 472,7
9	40 - 44	3,73	3,67	177 882	174 590	352 472	340 308,2	421 487,8	761 796,0
10	45 - 49	5,17	5,24	185 961	185 255	371 216	476 383,5	580 882,4	1 057 266,0
11	50 - 54	6,95	6,66	193 633	199 125	392 758	700 869,8	803 976,7	1 504 846,5
12	55 - 59	7,67	5,50	178 210	193 910	372 120	821 512,3	881 753,4	1 703 265,6
13	60 - 64	6,62	5,64	125 812	150 697	276 509	726 164,4	831 732,0	1 557 896,4
14	65 - 69	7,33	6,52	91 805	124 837	216 642	662 081,9	807 963,5	1 470 045,4
15	70 - 74	8,28	7,27	64 868	102 108	166 976	534 854,2	740 428,7	1 275 282,9
16	75 - 79	8,76	7,54	51 423	91 369	142 792	450 717,9	688 650,1	1 139 368,0
17	80+	7,34	6,64	52 375	111 623	163 998	386 203,2	741 237,2	1 127 440,4
Spolu				2 571 568	2 701 988	5 273 556	7 293 786,6	9 094 286,9	16 388 073,6

Zdroj: Spättná kalkulácia HPI, 2009

Tabuľka 2: Výsledky modelu M0 pre jednotlivé zdravotné poisťovne

M0	PP	PPP	IR
VŠZP	2 887 989	9 771 214,49	3,38
SZP	624 869	1 840 848,40	2,95
Dôvera	863 546	2 390 095,44	2,77
Apollo	532 404	1 540 673,94	2,89
Union	364 748	845 241,34	2,32
Spolu	5 273 556	16 388 073,62	3,11

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 4: Výsledky modelu M2010 pre jednotlivé zdravotné poisťovne

M2010	PP	PPP	IR
VŠZP	2 887 989	9 788 581,65	3,39
SZP	624 869	1 783 956,09	2,85
Dôvera	863 546	2 453 919,68	2,84
Apollo	532 404	1 532 019,03	2,88
Union	364 748	891 891,49	2,45
Spolu	5 273 556	16 450 367,95	3,12

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 3: Index rizika pre rok 2010

Por. číslo	Veková skupina	Poistenci, za ktorých platiteľom poisťného nie je štát (EA)		Poistenci, za ktorých platiteľom poisťného je štát (EN)	
		Muži	Ženy	Muži	Ženy
1	0 - 4			2,56	2,21
2	5 - 9			1,56	1,32
3	10 - 14			1,50	1,46
4	15 - 19	1,10	1,40	1,40	1,65
5	20 - 24	1,00	1,52	1,30	1,69
6	25 - 29	1,10	1,83	2,11	2,54
7	30 - 34	1,17	1,99	2,72	2,73
8	35 - 39	1,30	1,89	2,99	2,94
9	40 - 44	1,50	1,97	3,73	3,67
10	45 - 49	1,88	2,43	5,17	5,24
11	50 - 54	2,52	2,96	6,95	6,66
12	55 - 59	3,12	3,33	7,67	5,50
13	60 - 64	4,06	4,56	6,62	5,64
14	65 - 69	6,24	5,48	7,33	6,52
15	70 - 74	7,60	6,19	8,28	7,27
16	75 - 79	8,96	7,06	8,76	7,54
17	80+	10,91	6,86	7,34	6,64

Zdroj: výnos MZ SR z 30. 9. 2009

Tabuľka 5: Počet poistencov v jednotlivých rizikových skupinách k 31. 7. 2009 v modeli M2010 + zohľadnený odhad prestupu poistencov a nových nezamestnaných

Por. číslo	Veková skupina	Sú poistenci štátu		Nie sú poistenci štátu		Spolu		
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži + Ženy
1	0 - 4	135 915	128 755	12	13	135 927	128 768	264 695
2	5 - 9	133 186	126 415	16	20	133 202	126 435	259 637
3	10 - 14	150 185	142 998	21	20	150 206	143 018	293 224
4	15 - 19	185 169	179 612	6 334	3 249	191 503	182 861	374 364
5	20 - 24	107 943	130 980	99 730	64 961	207 673	195 941	403 614
6	25 - 29	48 856	83 928	162 358	109 695	211 214	193 623	404 837
7	30 - 34	39 103	89 419	184 415	119 240	223 518	208 659	432 177
8	35 - 39	34 838	63 279	161 518	125 890	196 356	189 169	385 525
9	40 - 44	34 942	47 385	142 940	127 205	177 882	174 590	352 472
10	45 - 49	40 558	48 421	145 403	136 834	185 961	185 255	371 216
11	50 - 54	50 060	59 928	143 573	139 197	193 633	199 125	392 758
12	55 - 59	59 996	109 940	118 214	83 970	178 210	193 910	372 120
13	60 - 64	84 700	134 077	41 112	16 620	125 812	150 697	276 509
14	65 - 69	81 989	119 172	9 816	5 665	91 805	124 837	216 642
15	70 - 74	61 600	100 376	3 268	1 732	64 868	102 108	166 976
16	75 - 79	50 178	90 810	1 245	559	51 423	91 369	142 792
17	80+	51 886	111 352	489	271	52 375	111 623	163 998
Spolu		1 351 104	1 766 849	1 220 464	935 139	2 571 568	2 701 988	5 273 556

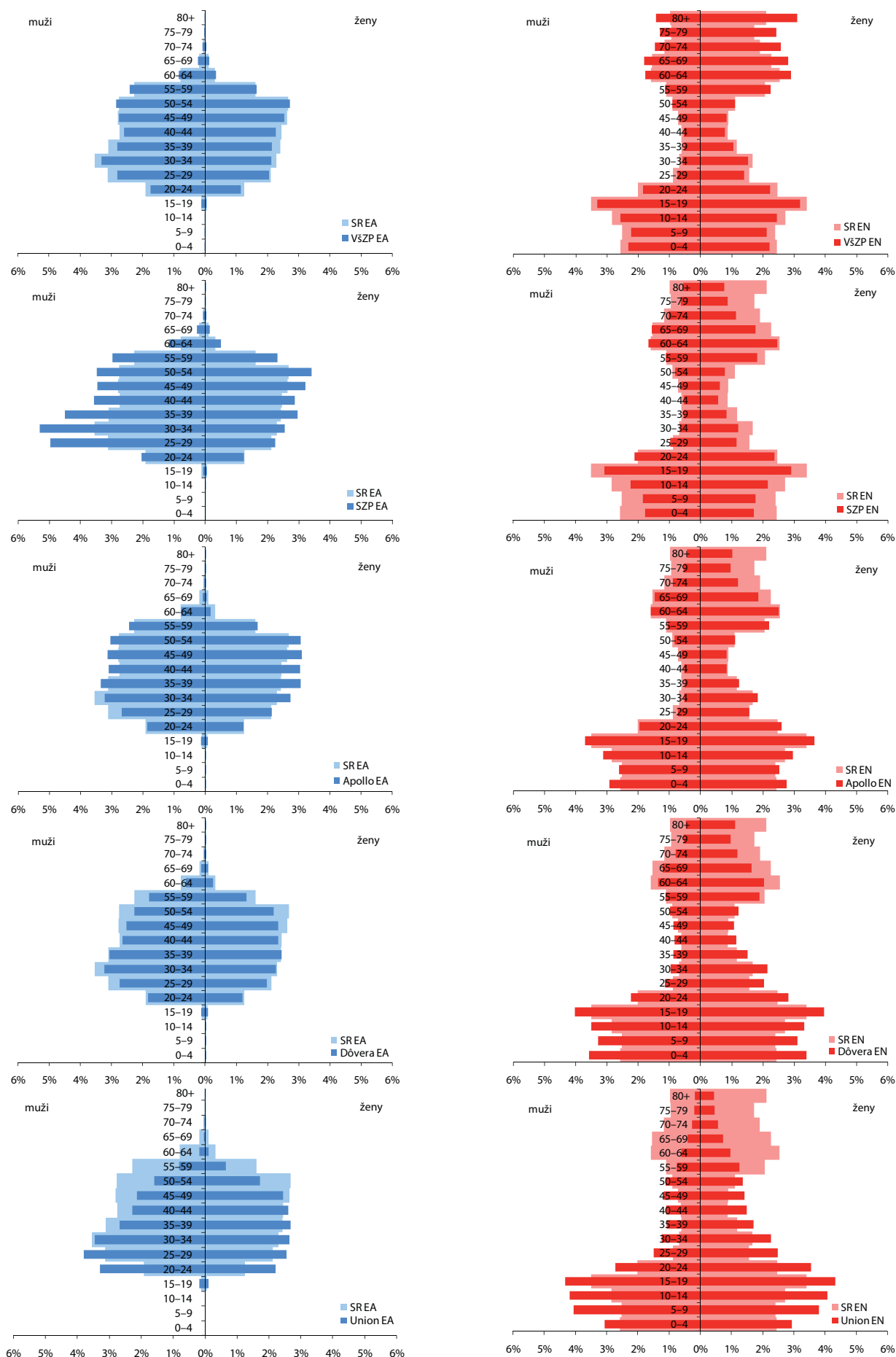
Zdroj: ÚDZS a Health Policy Institute, 2009

Tabuľka 6: Počet prepočítaných poistencov v jednotlivých vekových kohortách v modeli M2010

Por. číslo	Veková skupina	Sú poistenci štátu		Nie sú poistenci štátu		Spolu		
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži + Ženy
1	0 - 4	347 942,82	284 548,94	0	0	347 942,82	284 548,94	632 491,77
2	5 - 9	207 770,50	166 868,16	0	0	207 770,50	166 868,16	374 638,66
3	10 - 14	225 277,93	208 777,48	0	0	225 277,93	208 777,48	434 055,41
4	15 - 19	259 236,81	296 360,15	6 967	4 548	266 204,04	300 908,45	567 112,50
5	20 - 24	140 325,85	221 356,33	99 730	98 741	240 055,89	320 096,93	560 152,82
6	25 - 29	103 085,27	213 176,24	178 594	200 742	281 679,53	413 918,72	695 598,26
7	30 - 34	106 358,94	244 115,19	215 766	237 287	322 125,01	481 401,83	803 526,84
8	35 - 39	104 165,27	186 040,37	209 974	237 932	314 138,82	423 972,40	738 111,22
9	40 - 44	130 334,86	173 904,18	214 410	250 593	344 744,38	424 497,37	769 241,75
10	45 - 49	209 682,85	253 727,84	273 358	332 506	483 041,22	586 233,63	1 069 274,85
11	50 - 54	347 917,94	399 122,02	361 804	412 022	709 721,56	811 144,46	1 520 866,02
12	55 - 59	460 170,91	604 667,99	368 827	279 621	828 997,94	884 289,31	1 713 287,25
13	60 - 64	560 715,08	756 195,97	166 914	75 786	727 629,14	831 981,80	1 559 610,94
14	65 - 69	600 976,56	777 000,42	61 254	31 045	662 230,79	808 045,48	1 470 276,27
15	70 - 74	510 051,93	729 734,27	24 833	10 720	534 885,12	740 454,71	1 275 339,83
16	75 - 79	439 562,10	684 705,76	11 152	3 948	450 714,42	688 653,84	1 139 368,25
17	80+	380 841,83	739 375,78	5 337	1 861	386 178,91	741 236,39	1 127 415,30
Spolu		5 134 417,46	6 939 677,11	2 198 920,58	2 177 352,79	7 333 338,04	9 117 029,90	16 450 367,95

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Graf 4: Podiely kohort podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity (EA = nie sú poistenci štátu, EN = sú poistenci štátu) na celkovom kmeni jednotlivých zdravotných poisťovní v porovnaní s priemerom SR, dáta k júlu 2009



Zdroj: Health Policy Institute podľa ÚDZS, 2009

INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV: DÔVERA A UNION MAJÚ RIZIKOVEJŠÍ KMEŇ AKO SA DOTERAZ ZDALO

Index rizika VŠZP sa po zohľadnení nového systému prerozdelenie platného od januára budúceho roka takmer nezmení – stúpne len minimálne z 3,38 na 3,39. VŠZP má veľký podiel ekonomicky neaktívnych poistencov vo veku nad 65 rokov. Ide však o kohorty, pri ktorých sa ekonomicky aktívni poistenci v populácii už takmer nenachádzajú a rozdiely medzi indexmi rizika ekonomicky aktívnych a neaktívnych sú nízke (v kategórii nad 75 rokov u mužov a nad 80 rokov u žien sa dokonca obrátia v prospech vyššieho rizika pre ekonomicky aktívnych). Naopak, v kohortách, kde sú rozdiely medzi indexmi ekonomicky aktívnymi a neaktívnymi najvyššie (30 až 59 rokov), má VŠZP o čosi menší podiel ekonomicky aktívnych než neaktívnych poistencov, než aký je podiel v celej SR. Čistá pozícia voči prerozdeleniu sa však takmer nezmení.

Index rizika však poklesne u SZP a to z 2,95 na 2,85. Vyplyva to z vyššieho pomeru ekonomicky aktívnych poistencov v produktívnom veku. IR pre Apollo tiež mierne poklesne, ale výškou už predbehne SZP. Rizikovosť kmeňa poisťovní Apollo, SZP a Dôvera sa postupne zblíži a podľa nového systému prerozdelenia budú mať rizikovosť kmeňa dokonca veľmi blízko (2,88 – 2,85 – 2,84).

Index rizika ZP Dôvera sa mierne zvýši z 2,77 na už spomínaných 2,84. Dôvodom je väčší podiel poistencov štátu voči ekonomicky aktívnym poistencom v produktívnom veku než je ich podiel v celkovej populácii.

Ukazuje sa, že index rizika ZP Union sa zvýši, čo svedčí o tom, že rizikovosť kmeňa Union bola doteraz mierne podcenená. Dôvodom je fakt, že Union má takmer v každej vekovej kohorte (s výnimkou 15 až 24 rokov) výrazne vyšší podiel poistencov, ktorých platiteľom poisťného je štát, než je v celej populácii.

Aj napriek zavedeniu ďalšieho faktora oceňovania rizika do prerozdelenia má nový prerozdelený mechanizmus len relatívne malú vypovedaciu schopnosť o skutočnej nákladovosti kmeňa. Dôvodom je fakt, že v systéme prerozdelenia stále nepoužívame prediktory, ktoré by zohľadňovali zdravotný stav poistencov ako PCG, či DCG.

Rámček 1: HPI „wiki“ o prerozdelení

Počet poistencov – skutočný počet poistencov danej poisťovne

Počet prepočítaných poistencov – suma súčinov počtu poistencov danej vekovej kohorty príslušným indexom rizika pre SR

Veková kohorta – skupina poistencov usporiadaná podľa veku po 5 rokoch

Index rizika (IR) nákladov pre SR – index rizika jednotlivých vekových kohort, ktorý vydáva MZ SR pre každý rok zvlášť. Odráža relatívnu nákladovosť jednotlivých vekových kohort oproti kohorte s najnižšími nákladmi (20-ročný muž, podľa nového prerozdelenia to bude 20 ročný muž ekonomicky aktívny)

Index rizika (IR) nákladov pre konkrétnu poisťovňu – podiel počtu prepočítaných poistencov konkrétnej poisťovne a počtu poistencov konkrétnej poisťovne. Ak je IR pre ZP vyšší ako IR pre SR, tak má poisťovňa nákladovejšiu kmeň ako priemer a má nárok na prídel z prerozdelenia. Ak má IR nižší ako IR pre SR, tak do prerozdelenia musí zaplatiť.

Suma pripadajúca na 1 prepočítaného poistenca – vypočítava sa ako objem prerozdeľovaných zdrojov/počet prepočítaných poistencov

Prediktor – parameter, na základe ktorého sa vypočítava rizikovosť kmeňa

Predikčná sila (štatistická hodnota R^2) určuje podiel celkovej variability nákladov, ktorú môže vysvetliť daný prediktor. Čím viac sa hodnota R^2 blíži k 1, tým je predikčná sila nástroja lepšia. Ak sa napr. R^2 rovná 0,05 znamená to, že daný nástroj vyjadruje len 5 % z možnej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť v budúcnosti v danej populácii.

Miera prerozdelenia – objem zdrojov, ktorý slúži na prerozdelenie, aj pri mesačnom a aj pri ročnom prerozdelení je určená na 95 %

Základ prerozdelenia – pri mesačnom prerozdelení je to suma vybraného poisťného, pri ročnom prerozdelení je to suma tzv. predpísaného poisťného

PCG – pharmacy cost groups

DCG – diagnosis cost groups

Zdroj: www.hpi.sk – pojmy zdravotnej politiky v rubrike Wiki

Tabuľka 7: Počty odchádzajúcich a prichádzajúcich poistencov k 1. 1. 2010

Poisťovňa	podané prihlášky	prichádzajúci akceptovaní poistenci	prichádzajúci neakceptovaní poistenci	odchádzajúci akceptovaní poistenci	výsledný stav +/-
VŠZP	13 732	13 402	330	27 363	-13 961
SZP	1 901	1 876	25	19 299	-17 423
Apollo	56 173	54 706	1 467	13 985	40 721
Dôvera	42 559	36 707	5 852	40 966	-4 259
Union	22 474	19 032	3 442	24 110	-5 078
Celkovo	136 839	125 723	11 116	125 723	0

Zdroj: ÚDZS, 2009

FINANČNÉ DOPADY NOVÉHO PREROZDELENIA

Prognózovať finančné dopady nového prerozdelenia je skomplikované

- (1) neurčitou ekonomického vývoja,
- (2) neznámou štruktúrou dát o prestupoch poistencov a
- (3) neistotou na trhu práce.

Odhad dopadov sa preto môže odlišovať od skutočných príjmov jednotlivých zdravotných poisťovní v roku 2010, vyjadruje však vplyv zmeny systému prerozdelenia na jednotlivé zdravotné poisťovne s ohľadom na ich kmene. Aj keď dnes nepoznáme presnú štruktúru prestupujúcich poistencov, môžeme predpokladať, že prípadná nerovnomerná zmena kmeňa niektorej z poisťovní bude znamenať len miernu zmenu v pozícii poisťovne (vzhľadom na nízke percentá prestupujúcich poistencov) a táto zmena v objeme zdrojov by len zodpovedala presunu viac alebo menej rizikového kmeňa medzi poisťovňami.

Odhad dopadov vyjadrujeme ako tzv. čisté dopady nového prerozdelenia, pod ktorými rozumieme pozíciu jednotlivých poisťovní pri zmene systému prerozdelenia z modelu 0 na model 2010. Čisté finančné dopady teda nezohľadňujú výslednú pozíciu voči prerozdelenia, ale zmenu tejto pozície. Ak sa teda ukazuje, že Dôvera a Union majú rizikovejší kmeň ako sa predpokladalo, tak budú mať nárok aj na väčší podiel z prerozdelenia. Naopak, ak SZP a Apollo majú menej rizikový kmeň ako sa predpokladalo, tak budú mať nárok na menší podiel z prerozdelenia.

Podľa našich prepočtov bol z hľadiska rizika najviac podceňovaný kmeň ZP Union, ktorej výnosy sa zvýšia o približne 8,6 mil. EUR. Podobne na tom bude aj poisťovňa Dôvera, ktorá k dobru získa cca 10,9 mil. EUR. Spoločná ZP a Apollo, mali svoj kmeň z hľadiska dnešného prerozdelenia mierne nadhodnotený, takže z hľadiska čistého finančného dopadu sa ich pozícia mierne zhorší. VŠZP dostane menej asi o 3,9 mil. EUR, čo však nič nemení na fakte, že VŠZP je stále najväčším prijímateľom zdrojov z prerozdelenia. Nové prerozdelenie sa najviac dotkne SZP (-12,7 mil. EUR), ktorej kmeň má najvyššie zastúpenie ekonomicky aktívnych a tak logicky pri zavedení prerozdelenia, ktoré preferuje poistencov štátu, takýto kmeň aj najviac stráca. Táto skutočnosť len podčiarkuje fakt, že SZP je najväčším prispievateľom do systému prerozdelenia.

Tabuľka 8: Index rizika jednotlivých zdravotných poisťovní

	Model 0 (vek, pohlavie)*	Model 2010 (vek, pohlavie, ekon. aktivita)	Rozdiel
VŠZP	3,38	3,39	0,01
Apollo	2,89	2,88	-0,02
SZP	2,95	2,85	-0,09
Dôvera	2,77	2,84	0,07
Union	2,32	2,45	0,13
Spolu	3,11	3,12	0,01

* výpočet IR vznikol na základe spätného prepočtu IR pre rok 2010 z troch prediktorov na podmienky len dvoch prediktorov. Tieto údaje preto nie sú a ani nemôžu byť zhodné s IR pre rok 2009

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

ZÁVERY

V HPI zdieľame názor, že jedine korektný systém prerozdelenia je dobrým predpokladom konkurenčného prostredia v zdravotnom poistení. Preto vítame iniciatívu MZ SR na jeho zlepšovanie. Myslíme si, že nový systém má svoje príležitosti, ale aj riziká vyplývajúce z nižšej odolnosti nového prediktora voči manipuláciám. Tieto bude potrebné podrobne sledovať a postupne odstraňovať.

Nový systém taktiež odhalil, že súkromné poisťovne Union a Dôvera majú v skutočnosti rizikovejší kmeň, ako sa doteraz zdalo. Ich čistá finančná pozícia voči prerozdeleniu sa mierne zlepšila. Na druhej strane sa ukázalo aj preceňovanie rizika u SZP a Apollo. Zaujímavé je, že nový systém prerozdelenia prakticky v ničom nezmenil pozíciu voči prerozdeleniu u VŠZP.



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

Tabuľka 9: Dopady nového systému prerozdelenia na jednotlivé zdravotné poisťovne v EUR

2010	Model 0 (vek, pohlavie)	Model 2010 (vek, pohlavie, ekonomická aktivita)	Čistý dopad pri zmene systému prerozdelenia
VŠZP	1 948 461 509	1 944 533 108	-3 928 401
SZP	367 080 495	354 388 594	-12 691 902
Dôvera	476 604 928	487 479 007	10 874 079
Apollo	307 223 209	304 340 489	-2 882 720
Union	168 548 159	177 177 102	8 628 943
Spolu	3 267 918 300	3 267 918 300	0

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Ministerstvo schválilo, aby polovicu nákladov na lieky platili pacienti z vlastného vrecka

Od 1. 11. 2009 vstúpila do platnosti novela vyhlášky, ktorá upravuje postup určenia úhrady pri kategorizácii liekov. Chvályhodný zámer predkladateľa o zvýšenie transparentnosti a prediktability kategorizácie je však potopený nekompetentnosťou a neschopnosťou napísať konzistentný legislatívny dokument: vyhláška si na 2 a pol stranách niekoľkokrát odporuje. **Najzásadnejším dôsledkom jej znenia je zvýšenie podielu spoluúčasti na liekoch viac ako 3-násobne: z 13 na 44 %!** Pri neexistencii maximálneho limitu na spoluúčasť to môže mať katastrofické finančné dopady pre chronických pacientov.

TROCHA HISTÓRIE

História tejto vyhlášky bola trnistaná už od začiatku. Bola schválená ako súčasť balíka reformných zákonov a príslušných vykonávacích predpisov s účinnosťou od 1. 1. 2005 a stanovovala najmä postup, ktorým sa má kategorizačná komisia pre lieky riadiť pri kategorizácii a stanovovaní úhrad liekov. Zaviedla aj skórovací systém stanovenia hodnoty liečiva.

Kategorizované liečivo sa podľa tejto vyhlášky posudzuje samostatne z pohľadu jeho terapeutickú hodnotu (**Tabuľka 1**) a spoločenskej hodnoty (**Tabuľka 2**). Nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia tak majú len liečivá, ktoré majú nielen vysokú terapeutickú hodnotu (sú dostatočne účinné, bezpečné a nákladovo efektívne), ale považuje sa aj za spoločensky potrebné ich hradiť z verejných zdrojov. Takýmto spôsobom napríklad terapeuticky dostatočne účinné lieky s čisto kozmetickým efektom (napr. lieky na erektilnú dysfunkciu) nespĺnia podmienku pre úhradu (lebo spoločenská hodnota úhrady z verejných zdrojov je nízka). Rovnako ju nespĺnia ani lieky na závažné ochorenie, ktorých účinkov sa nepodarilo preukázať (vysoká spoločenská, ale žiadna terapeutická hodnota).

Výška úhrady sa mala stanoviť na základe výsledného skóre v oboch parametroch pomocou vzorca, ktorého vstupným parametrom bola cena lieku. Znamenalo to, že čím bola vyššia cena lieku, tým bola vyššia spoluúčasť pacienta, avšak pri liekoch s dostatočne vysokou hodnotou bola maximálna spoluúčasť do 100, 150 alebo 300 Sk mesačne (2,59, 3,89 a 7,77 EUR podľa kurzu v roku 2005) (**Tabuľka 3** a **Graf 1**).

Tabuľka 1: Terapeutická hodnota a jej hodnotenie podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z

postavenie v terapii	prvá voľba 3 b	ďalšia voľba 2 b	doplnková liečba 1 b
účinnosť	lepšia 4,5 b	porovnateľná 3 b	horšia 1,5 b
bezpečnosť	lepšia 4,5 b	porovnateľná 3 b	horšia 1,5 b
zásah do priebehu ochorenia	kauzálna/ profylaktická 3 b	symptomatická/paliatívna 2 b	podporná 1 b
farmakoekonomický prínos	s feamekoekonomickým benefitom 4,5 b	porovnateľný farmakoekonomický prínos 3 b	bez farmakoekonomického benefitu 1,5 b
	max. 19,5 b	stred 13 b	min. 6,5 b

Zdroj: HPI podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.

Tabuľka 2: Spoločenská hodnota a jej hodnotenie podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.

závažnosť ochorenia	život ohrozujúce 3 b od 1.11.2009: 4,5 b	chronické bez ohrozenia života 2 b od 1.11.2009: 3 b	iné 1 b od 1.11.2009: 1,5 b
spoločenská závažnosť ochorenia	riziko pre spoločnosť 3 b od 1.11.2009: 4,5 b	ostatné skupiny liečiv 2 b od 1.11.2009: 3 b	vplyv na životný štýl 1 b od 1.11.2009: 1,5 b
sociálna hodnota	veľmi vysoká 3 b		ostatné skupiny liečiv 2 b
riziko zneužívania od 1.11.2009: nehodnotí sa	veľmi nízke 3 b od 1.11.2009: nehodnotí sa	vysoké/prítomné 2 b od 1.11.2009: nehodnotí sa	veľmi vysoké 1 b od 1.11.2009: nehodnotí sa
celkové náklady ZP	nízke 3 b	primerané 2 b	veľmi vysoké 1 b
	max. 15 b	stred 10 b	min. 6 b

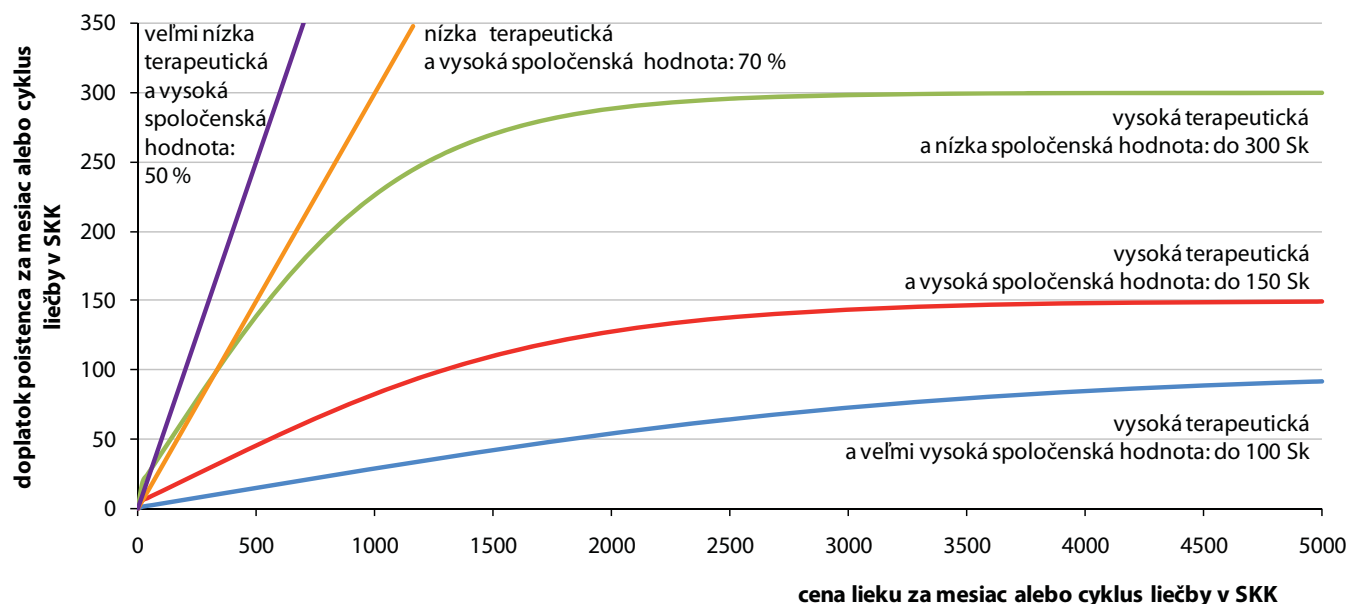
Zdroj: HPI podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z. a vyhlášky MZ SR č. 419/2009 Z. z.

Tabuľka 3: Výška úhrady zdravotnou poisťovňou alebo spoluúčasti poistenca podľa pôvodnej vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z

Spoločenská hodnota	veľmi vysoká 15-13 b	vysoká 12-10 b	nízka 9-7 b	veľmi nízka 6 b
Terapeutická hodnota				
vysoká 19,5-13 b	maximálny doplatok 0-100 Sk za mesiac/cyklus us podľa vzorca	maximálny doplatok 0-150 Sk za mesiac/cyklus podľa vzorca	maximálny doplatok 20-300 Sk za mesiac/cyklus podľa vzorca	bez úhrady
nízka 12,5-6,5 b s dokázaným účinkom	úhrada ZP 70 %		bez úhrady	
veľmi nízka 12,5-6,5 b bez dokázaného účinku	úhrada ZP 50 %			

Zdroj: HPI podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.

Graf 1: Spoluúčasť poistencov na liekoch podľa pôvodnej vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.



Zdroj: HPI podľa vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.

Tabuľka 4: Výška úhrady zdravotnou poisťovňou alebo spoluúčasti poistenca podľa prvej novely vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z.z.

Spoločenská hodnota	veľmi vysoká 15-13 b	vysoká 12-10 b	nízka 9-7 b	veľmi nízka 6 b
Terapeutická hodnota				
vysoká 19,5-13 b	maximálny doplatok 0-500 Sk za mesiac/cyklus a zároveň od 0-40 %, pričom nominálne stanovenie má prednosť	maximálny doplatok 20-900 Sk za mesiac/cyklus a zároveň od 20-80 % pričom nominálne stanovenie má prednosť	maximálny doplatok 50-1500 Sk za mesiac/cyklus a zároveň od 60-100 % pričom nominálne stanovenie má prednosť	bez úhrady
nízka 12,5-6,5 b s dokázaným účinkom	úhrada ZP 70 %		bez úhrady	
veľmi nízka 12,5-6,5 b bez dokázaného účinku	úhrada ZP 50 %			

Zdroj: HPI podľa vyhlášky MZ SR č. 446/2005 Z. z.

Tabuľka 5: Maximálny doplatok za mesiac liečby alebo za cyklus liečby v príslušnej referenčnej skupine podľa aktuálnej novely vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z

Dmax		Spoločenská hodnota referenčnej skupiny
IC	25 % minimálnej mzdy	Nízka (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 7)
IB	15 % minimálnej mzdy	Nízka (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 8)
IA	10 % minimálnej mzdy	Nízka (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 9)
IIC	5 % minimálnej mzdy	Vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 10)
IIB	3,5 % minimálnej mzdy	Vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 11)
IIA	3 % minimálnej mzdy	Vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 12)
IIIC	2,5 % minimálnej mzdy	Veľmi vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 13)
IIIB	2 % minimálnej mzdy	Veľmi vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 14)
IIIA	1,5% minimálnej mzdy	Veľmi vysoká (súčet bodov pre spoločenskú hodnotu referenčnej skupiny 15)

Vysvetlivky: Dmax – maximálny doplatok za mesiac liečby alebo za cyklus liečby

Zdroj: Vyhláška MZ SR č. 419/2009 Z. z.

Tabuľka 6: Maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za referenčný liek v závislosti od terapeutickej hodnoty a spoločenskej hodnoty referenčnej skupiny podľa aktuálnej novely vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z. z.

Spoločenská hodnota	Veľmi vysoká			Vysoká			Nízka			Veľmi nízka
	Počet bodov			Počet bodov			Počet bodov			Počet bodov
Terapeutická hodnota	15	14	13	12	11	10	9	8	7	Menej ako 6
Vysoká Počet bodov	Úhrada = C - Dmax									
19 – 19,5	IIIA	IIIB	IIIC	IIA	IIB	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady
17 – 18,5	IIIB	IIIC	IIA	IIB	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady	
15 – 16,5	IIIC	IIA	IIB	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady		
13 – 14,5	IIA	IIB	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady			
Nízka s potvrdenou účinnosťou Počet bodov	Úhrada = C - Dmax									
11 – 12,5	IIB	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady				
9 – 10,5	IIC	IA	IB	IC	Bez úhrady					
7 – 8,5	IA	IB	IC	Bez úhrady						
5 – 6,5	IB	IC	Bez úhrady							
Veľmi nízka bez potvrdenia účinnosti Počet bodov	Úhrada = C - Dmax									
3 – 4,5	IC	Bez úhrady								
Menej ako 3	Bez úhrady									

Vysvetlivky: Dmax – maximálny doplatok za mesiac liečby alebo za cyklus liečby; C – referenčná cena za mesiac liečby alebo za cyklus liečby za referenčný liek v príslušnej referenčnej skupine; úhrada – maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za referenčný liek

Zdroj: Vyhláška MZ SR č. 419/2009 Z. z.

Skôr, než sa táto vyhláška začala uplatňovať v praxi však vyšla jej prvá novela (446/2005 Z. z.). Zmenila spôsob stanovenia úhrady a doplatku tak, že nastavila široké pásma, v rámci ktorých si kategorizačná komisia mohla úhradu zvoliť ľubovoľne (Tabuľka 4). Pri intervaloch doplatkov od 50 do 1500 Sk – pričom len málo liekov má vôbec celkovú cenu vyššiu než 1500 Sk – sa kategorizačná komisia nemusela veľmi starať, aké skóre liečivo dostane, pretože do takéhoto širokého pásma nie je problém sa trafiť. Skórovací systém sa teda vôbec nepoužíval.

Po 4 rokoch prichádza MZ SR s ďalšou novelou, ktorou sa snaží vrátiť (aspoň deklaračne vo vyhláške) k presnejšiemu a teda aj transparentnejšiemu určovaniu úhrad na základe skórovania liečiv. Výšku spoluúčasti pritom určuje bez ohľadu na cenu lieku – jediným parametrom je výška dosiahnutého skóre. Doplatok pacienta za mesiac alebo cyklus liečby sa bude (v závislosti na hodnote liečiva) vypočítavať ako percento z minimálnej mzdy (Tabuľky 5 a 6).

TECHNICKÉ PROBLÉMY

Snáď to predkladateľ myslel dobre, ale technicky je táto na úrovni práce menej šikovného stredoškolača - až sa tlačí na jazyk otázka, či zodpovední legislatívci MZ SR neštudovali v Plzni.

Ponechaním niektorých pôvodných odsekov vyhlášky a doplnením nových dochádza k situácii, keď sa pre niektoré skupiny liečiv určujú úhrady dvoma rozdielnymi spôsobmi. V niektorých prípadoch to až tak neprekáča, pretože časť konfliktných liečiv rieši zákon, ktorý má vyššiu právnu silu (zoznam skupín, kde je povinnosť hradiť aspoň jeden liek plne). V iných skupinách to však bude problém – žiadateľ si iste bude nárokovať ten postup, ktorý mu zaručí lepšiu úhradu. To môže nastať aj pre lieky v rovnakej skupine liečiv: v jednom prípade sa úhrada stanovuje v závislosti od ceny lieku a v druhom nie. Ten istý liek v balení s dvojnásobným počtom tabliet môže mať vyššiu úhradu pri aplikácii nového systému, pre polovičné balenie môže byť výhodnejší pôvodný postup.

Ani matematika nie je silnou stránkou autora vyhlášky. V tabuľke, podľa ktorej sa stanovuje zaradenie do doplatkovej skupiny podľa dosiahnutého skóre (Tabuľka 6), chyba stĺpec pre prípady, keď dosiahne spoločenská hodnota 6 bodov, zato je tu naviac stĺpec pre spoločenskú hodnotu nižšiu ako 6 bodov. Takáto situácia však nemôže nastať, keďže minimálny počet bodov pri spoločenskej hodnote je 6 bodov.

Podobná situácia je aj pri riadkoch - terapeutickú hodnotu. Tabuľka obsahuje celú samostatne nazvanú časť venovanú liečivám, ktoré dosiahnu menej ako 5 bodov pri terapeutickú hodnotu – minimálny počet bodov v tomto prípade je však až 6,5 bodu, a teda aj riadok venovaný hodnotám 5-6,5 bodu je definovaný zbytočne široko. Opäť je však väčším problémom, že chyba celá časť prípadov, keď liečivo dosiahne menej ako 13 bodov a pritom nemá potvrdenú účinnosť na dostatočnej hladine dôkazov (teda v jednom z kritérií terapeutickú hodnotu liečivo dosiahlo najnižší počet bodov). Našťastie, v tomto prípade je táto skupina upravená v pôvodných odsekoch, ktoré autor vo vyhláške – zrejme však omylom – ponechal.

Ďalšou nezrovnalosťou je rozpor medzi tabuľkou v §6 ods. 9 (Tabuľka 5) a ods. 10 (Tabuľka 6). V odseku 9 sa napr. definuje skupina „IC“ ako taká, ktorá získala 7 bodov pri spoločenskej hodnote a jej maximálny doplatok je stanovený na 25 % minimálnej mzdy. V odseku 10 je však táto skupina „IC“ zaradená aj medzi iné dosiahnuté počty bodov v spoločenskej hodnote. Ak teda liečivo dosiahne v terapeutickú hodnotu 7 bodov a v spoločenskej hodnote 13 bodov, pričom pri takejto kombinácii je v Tabuľke 6 odkaz na skupinu „IC“ - aký bude mať doplatok? 25 % z minimálnej mzdy ako má „IC“ skupina alebo len 2,5 % ako majú liečivá so spoločenskou hodnotou 13 bodov?

Vyhláška tiež priamo nerieši, čo sa stane pri liekoch, ktorým vychádza doplatok napr. 25 % minimálnej mzdy na mesiac alebo cyklus (dnes cca 75 EUR), ale celková cena mesačnej liečby je nižšia. Podľa uvedených vzorcov by mal pacient zaplatiť plnú sumu spoluúčasti, teda viac ako je cena lieku. Dá sa ale predpokladať, že v takomto prípade bude lekárom alebo lekárnikom pacientovi odporučené „uhradiť si liek v plnej výške sám“, čo ho pochopiteľne vyjde lacnejšie. Rovnako sa dnes postupuje v prípade, ak lekár pacientovi predpisuje lieky, ktorých úhrada poisťovne je nižšia než poplatok za recept.

K OBSAHU VYHLÁŠKY

Snahu o striktné stanovenie podmienok treba veľmi oceniť, keďže zvyšuje transparentnosť a predvídateľnosť prostredia, ktoré sa v tejto oblasti v posledných rokoch veľmi znížilo. Vylúčenie parametra ceny lieku z výšky doplatku prenáša celé bremeno vysokých nákladov na verejné zdroje a môže spôsobiť situácie, keď pacienti budú prechádzať z nákladovo efektívnejšej (v ich konkrétnom prípade) a lacnejšej liečby na drahšiu len preto, že ich doplatok bude výhodnejší. Takýto efekt bude možné pozorovať pri viacerých modernejších molekúlách z rovnakej skupiny liečiv napr. len preto, že prinášajú určité zlepšenie pre niektorú skupinu pacientov. Aj pacienti s menej závažným ochorením budú motivovaní prechádzať z účinnej lacnejšej terapie, ktorá im dovedy plne vyhovovala, na drahšiu liečbu, aby ušetrili na doplatkoch. Ako príklad si môžeme uviesť skupinu statínov: mesačná liečba atorvastatínom je lacnejšia ako rosuvastatínom. Rosuvastatín je účinnejší v znižovaní hladiny LDL cholesterolu, ale už aj atorvastatín je dostatočne účinný pre väčšinu populácie. Pri hodnotení má komisia dôvod ohodnotiť rosuvastatín vyšším počtom bodov, čím bude jeho doplatok nižší ako atorvastatínu. Teda za rovnaké peniaze sa bude môcť liečiť menší počet pacientov. Výsledkom môže byť zmena v alokácii zdrojov, ktorá bude smerovať k nákladovo neefektívnym alternatívam na úkor dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Rozporupnejším dôsledkom však je, že MZ SR touto vyhláškou bez akejkoľvek komunikácie schválilo dramatické navýšenie spoluúčasti pacientov na liekoch. Urobiť presný odhad dopadov nie je možné, keďže nevieme, ako by kategorizačná komisia stanovila terapeutickú a spoločenskú hodnotu jednotlivých skupín liečiv. Pri našich výpočtoch preto rátame len s tým, ako by sa zvýšila spoluúčasť, ak by všetky lieky (ak nepatria medzi plne hrazené lieky podľa zákona o rozsahu) mali minimálne taký vysoký doplatok aký stanovuje vyhláška pre lieky s najvyšším skóre pre terapeutickú aj

Tabuľka 7: Kalkulácia dopadov zavedenia minimálnych doplatkov v novele vyhlášky MZ SR č. 723/2004 Z.z

	úhrada ZP za lieky v mil. EUR	spoluúčasť poistencov na liekoch v mil. EUR	celkové náklady na lieky v mil. EUR	% úhrady ZP na celkových nákladoch	% doplatkov poistencov na celkových nákladoch
skutočné náklady za obdobie od 1. 7. 2008 - 30. 6. 2009*	1 002,1	145,0	1 147,1	87,40 %	12,60 %
modelované náklady za obdobie od 1. 7. 2008 - 30. 6. 2009 pri súčasných cenách a úhradách liekov	942,6	151,6	1 094,2	86,10 %	13,90 %
modelované náklady za obdobie od 1. 7. 2008 - 30. 6. 2009 pri súčasných cenách liekov a navrhovaných úhradách podľa vyhlášky	609,6	484,7	1 094,2	55,70 %	44,30 %
podiel nákladov podľa vyhlášky k nákladom bez zmeny vyhlášky	0,65	3,2			

*Poznámky: * prepočet nákladov v Sk za obdobie od 1. 7. 2008 do 31. 12. 2008 bol vykonaný podľa konverzného kurzu 1 EUR=30,1260 Sk*

Zdroj: Health Policy Institute

spoločenskú hodnotu (t.j. 1,5 % minimálnej mzdy na mesiac alebo cyklus liečby – pre rok 2010 by šlo o sumu 4,61 EUR). Takáto situácia (všetky lieky majú maximálne hodnotenie) je veľmi nepravdepodobná, preto odhad navýšenia spoluúčasti je veľmi konzervatívny a v skutočnosti by podiel priamych platieb pacientov mal byť ešte vyšší.

Pri aplikácii tejto vyhlášky z dnes hradených 5 040 liekov až 690 (13,7 %) vypadne zo zoznamu hradených liekov, pretože ich cena za mesiac je nižšia než stanovený doplatok. Úhrada by sa znížila aj pri ďalších 49 % liekov. Úhrada zdravotných poisťovní by sa znížila na 65 % pôvodných nákladov a spoluúčasť poistencov by stúpila viac ako 3-násobne, čím by poistenci hradili až 44 % nákladov na lieky (Tabuľka 7).

Obrázok 1: Kampaň MZ SR „Lieky šetria“ vyznieva v kontexte novelizovanej vyhlášky č. 723/2004 bizarre

MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Aj lieky vedia ušetriť Vaše peniaze

Na každú chronickú chorobu je liek bez doplatku alebo s doplatkom 1 € (30,1260,- SK)

Informujte sa u svojho lekára alebo v lekárni.

www.health.gov.sk/liekysetria

Konverzný kurz 1 € = 30,1260,- Sk

Zdroj: webstránka MZ SR

Priemerná miera spoluúčasti pri hradených liekoch v EÚ je 20 %, Slovensko patrí s dnešnými 13 % ku krajinám s nízkym podielom priamych platieb. Aplikáciou vyhlášky sa dostaneme na opačný koniec rebríčka.

ZÁVER

MZ zavádza takéto navýšenie spoluúčasti bez diskusie, komunikácie a aj zavedenia bezpečnostnej siete pre sociálne slabšie skupiny pacientov. Chronicky chorým pacientom sa tak spoluúčasť môže vyšplhať nad únosnú hranicu a spôsobiť katastrofické finančné problémy. (Pritom návrh HPI na zavedenie horného limitu na spoluúčasť minister zdravotníctva odmietol s argumentom, že zdravotná starostlivosť je bezplatná).

Je odvahu, že vláda, ktorá sa prezentuje ako sociálna, si dovoľí dramaticky zvýšiť spoluúčasť dva mesiace pred voľbami (najbližšie zasadanie kategorizačnej komisie bude ku kategorizácii, ktorej účinnosť bude k 1. 4. 2010). Je pravda, že náklady na lieky na Slovensku predstavujú významný problém (najvyšší podiel výdavkov na lieky na celkových výdavkoch v zdravotníctve). Takouto zmenou sa podarilo uvoľniť veľký objem zdrojov pre iné sektory v zdravotníctve. Nedávno spustená kampaň ministerstva „Lieky šetria“ však nebude dlho pravdivá.

Oveľa pravdepodobnejším vysvetlením je, že na MZ si vlastne nikto nevšimol, čo sa schvaľuje. A že nás v krátkom čase čaká ďalšia novela tejto vyhlášky.



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

Spravodlivá súťaž

Slovenské zdravotníctvo prešlo od roku 1989 mnohými zmenami. Väčšina z nich bola nedôsledná, predstavovala čiastkové riešenia bez nadväzujúcich zmien v iných oblastiach. Neriešila kľúčový problém dlhodobej udržateľnosti systému, a tou boli nevyvážené motivácie jednotlivých hráčov.

Reforma zdravotníctva z r. 2004 mala ambíciu komplexne zmeniť postavenie i motivácie všetkých troch hráčov: zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako i poisťencov. Nie všetky z týchto cieľov sa podarilo dosiahnuť. Hoci potrebná legislatíva bola prijatá, nebola politická vôľa podľa nej postupovať. Po zmene vlády v r. 2006 sa v ďalšom doladovaní a zlepšovaní parametrov prostredia nepokračovalo; niektoré nástroje zdravotnej politiky sa dokonca začali používať v rozpore s ich pôvodným účelom.

V tomto článku chceme zdefinovať východiská pre zlepšovanie parametrov prostredia pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s cieľom dosiahnuť ich spravodlivú a transparentnú súťaž. Sme presvedčení, že konkurenčné prostredie vytvára predpoklady pre zlepšovanie kvality a efektivity poskytovaných služieb a prispieva tak k dosiahnutiu základných cieľov zdravotnej politiky.

Postavenie poskytovateľov neposudzujeme izolovane. Len systém s vyváženými právami a povinnosťami všetkých troch jeho hlavných účastníkov môže byť dlhodobou udržateľný.

Odporúčame súvisiaci článok [Desatoro pre zlepšenie trhu zdravotného poistenia na Slovensku | Prostredie pre konkurenciu](#) od Petra Pažitného, ktorý bol publikovaný v októbrom vydaní IntoBalance (č. 04/2009).

1. NEMOCNICE AKO AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI

Reforma zdravotníctva predpokladala transformáciu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti. Tie však zostali - až na 5 výnimiek - príspevkovými organizáciami, transformácia bola najprv pozastavená (2006), neskôr zrušená (2007). Medzi ďalšie opatrenia, ktoré zmäkli podmienky, patrí ochrana nemocníc pred exekúciami ako i odklad účinnosti zákonného ustanovenia, dokedy majú príspevkové organizácie dosiahnuť vyrovnané hospodárenie. Výsledkom je stagnácia týchto zariadení, chýbajúca motivácia k reštrukturalizácii, nedostatok investícií a v neposlednom rade i rastúci dlh.

Právna forma akciových spoločností nahrádza mäkké rozpočtové obmedzeniami tvrdými. Zvyšuje tak zodpovednosť manažmentu za hospodárenie ako i potrebu zavádzania princípov corporate governance. Štandardné účtovníctvo a povinnosť externého auditu sťažujú netransparentné nakladanie so zdrojmi nemocníc. Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti tak prispieva k vyrovnaniu šancí pre poskytovateľov a tak i zlepšeniu konkurenčného prostredia. Konkurencia je jedným z predpokladov pre rast kvality služieb a väčšiu orientáciu na klienta. Domnievame sa preto, že zmena právnej formy nemocníc na akciové spoločnosti je dôležitým predpokladom pre zlepšenie výkonnosti celého segmentu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Absolútna väčšina subjektov pôsobiacich v zdravotníctve legálne dosahuje zisk. Nevyváženosť motivácií medzi „neziskovou“ nemocnicou a jej komerčnými dodávateľmi podporuje neefektívne nakladanie so vzácnymi zdrojmi.

Akciová spoločnosť je podnikateľom podľa Obchodného

zákonníka, vytvoreným s cieľom dosahovania zisku. Zisk chápeme ako odmenu za investície. V prípade neziskového charakteru nemocníc nie je možné investície transparentne odmeniť a sú radšej alokované inde.

Osobitným problémom neziskových organizácií je ich právna úprava. Vlastnícke vzťahy sú nejasné, nakladanie s majetkom obmedzené. Transformáciou na neziskové organizácie štát, kraj či mesto stratili kontrolu nad zdravotníckym zariadením. Nadobúdateľom však táto právna forma komplikuje podnikanie a sťažuje vstup investorov. Vo väčšine prípadov stojí za neziskovou organizáciou aj tak riadna obchodná spoločnosť. Súčasná poslancská legislatívna iniciatíva (štát má retroaktívne vstúpiť do právnych vzťahov v neziskových organizáciách, ktoré (spolu)zakladali) podčiarkuje labilnosť tejto právnej formy. Štátna kontrola v kombinácii s nevýhodami neziskových organizácií sťažuje predvídateľnosť ich fungovania.

2. ZODPOVEDNÝ VLASTNÍK

Podkapitalizovanosť nemocníc, absencia investícií a chýbajúca koncepcia rozvoja sú hlavnými charakteristikami súčasnej siete zariadení ústavnej starostlivosti, štátnych i väčšiny krajských. Závislosť od volebných cyklov skracuje horizont uvažovania politicky nominovaných manažérov maximálne na 4 roky. Zodpovedný vlastník nepripustí, aby jeho aktíva upadali a investíciu posudzuje z dlhodobého pohľadu. Investuje preto do inovácií, aby nemocnicu zveladil. Je motivovaný k reštrukturalizácii, ku ktorej pri štátnom resp. samosprávnom vlastníctve zvyčajne chýba politická odvaha. Vstup investorov do slovenských nemocníc vytvorí podľa nášho názoru predpoklady pre ich zlepšovanie.

Ak štát alebo kraj nedokáže zabezpečiť investície do dlhodobého rozvoja svojich zariadení, mali by to umožniť súkromnému sektoru, pretože ošoh z toho budú mať tak pacienti ako i zdravotnícki pracovníci. Privatizácia v zdravotníctve predstavuje citlivú otázku, je preto dôležitý proces uskutočniť s maximálnou dávkou transparentnosti, verejnej kontroly a za podmienok garantujúcich bezpečnosť a dostupnosť zdravotnej starostlivosti; ideálne prostredníctvom medzinárodného tendra.

3. VOLNÝ VSTUP NA TRH

Voľný vstup na trh predstavuje základný predpoklad efektívnej konkurencie. V súčasnosti sú licencie a povolenia pre poskytovateľov nárokovateľné na základe splnenia vopred známych, transparentných podmienok. Tento prínos reformy považujeme za dôležité východisko pre budúce nastavenie.

4. PREDVÍDATEĽNOSŤ PROSTREDIA A ROVNOSŤ ŠANCI

Predvídateľnosť prostredia je pre investora dôležitou podmienkou, ovplyvňujúcou investičné rozhodnutie. Slovenské zdravotníctvo potrebuje stabilnú, transparentnú a dlhodobú víziu ako predpoklad pritiažnutia súkromných investícií.

Spravodlivú súťaž charakterizuje aj rovnocennosť právnych foriem a vlastníckych väzieb. Dnes štát, ako vlastník nemocníc, najväčšej poisťovne i regulátor mení nastavenia podmienok vo svoj prospech. Znevýhodňuje tým súkromných poskytovateľov namiesto toho, aby postupoval cestou zvyšovania kvality a efektívnosti.

Rovnosť šanci je dnes výrazne ovplyvnená nastavením verejnej minimálnej siete poskytovateľov, ale i napr. kontraktácnou politikou štátnej poisťovne, odlišným prístupom k zdrojom z oddĺženia či netransparentnými podmienkami výberových konaní.

5. MINIMÁLNA SIEŤ

Koncept minimálnej siete má zabezpečiť fyzickú dostupnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Nastavenie konkrétnych parametrov minimálnej siete však nepredstavuje garanciu dostupnosti, skôr petrifikáciu historického nastavenia siete poskytovateľov. Od roku 2007 je dokonca nástrojom na selektívne zvýhodnenie konkrétnych lôžkových zariadení, ktoré tak získali automatický nárok na zmluvu so zdravotnou poisťovňou, bez ohľadu na kvalitu a efektívnosť.

Zmena minimálnej siete je preto potrebná tak pre pacientov (na garanciu ich nároku) ako aj pre spravodlivú súťaž medzi poskytovateľmi.

Jej prekážkou je v prvom rade menná minimálna sieť. Pri nejestvujúcich kritériách na zaradenie/vyradenie zo zoznamu uprednostnených zdravotníckych zariadení sú riziká manipulácie s trhom príliš vysoké. Minimálna sieť má byť „anonymná“, aby umožňovala transparentnú súťaž pri uzatváraní zmlúv so zdravotnými poisťovňami.

Dostupnosť má byť stanovená ako maximálna prípustná veľkosť oka siete poskytovateľov. Musí teda vychádzať z hustoty osídlenia a z geografického kontextu, so zohľadnením dopravnej infraštruktúry (cestná sieť, sieť verejnej hromadnej dopravy). Povinnosť zdravotných poisťovní uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi aspoň v rozsahu minimálnej siete posilní najmä ambulatnú starostlivosť vo vidieckych oblastiach.

6. CENY A PLATOBNÉ MECHANIZMY

Ceny ako aj platobné mechanizmy majú kľúčový vplyv na motivácie v systéme. Napriek deregulácii platobných mechanizmov v r. 2003 sa v zmluvných vzťahoch medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami naďalej používajú prevažne nezmenené spôsoby úhrad za zdravotnú starostlivosť. Tie svojím charakterom preferujú liečenie pred vyliečením (platby za výkony, hospitalizácie) a existenciu pred aktivitou (kapitácia). Poskytovatelia znášajú riziko len v minimálnej miere, majú teda obmedzenú motiváciu postupovať nákladovo efektívne vo vzťahu k zdrojom zo zdravotného poistenia.

Keďže zdravotným poisťovňam chýba dostatočná motivácia k zavádzaniu inovatívnych platobných mechanizmov, zrejme to bude nakoniec tlak časti poskytovateľov, ktorá si presadí do zmlúv napr. DRG alebo rizikové kapitálne kontrakty. Väčšia zainteresovanosť na výsledkoch zdravotnej starostlivosti a objeme indukovaných nákladov prispievajú k budovaniu kvalitného a efektívneho zdravotníctva. Pre poskytovateľov je to priestor pre získanie lepšieho ohodnotenia svojich služieb.

7. INDIKÁTORY KVALITY

Kvalita sa podľa Donabedianu skladá z troch faktorov: štruktúry, procesu a výsledku. Vybrané ukazovatele týchto faktorov sa používajú na hodnotenie poskytovateľov a slúžia ako podklad pre selektívny kontraktng. Dobre nastavené indikátory dokážu poskytnúť dôveryhodný obraz o stave i trendoch v kvalite poskytovanej starostlivosti a prispievajú k efektívnejšej alokácii zdrojov a podpore kvality. Indikátory kvality sú regulované nariadením vlády.

Kým indikátory štruktúry (personálne obsadenie a materiálno-technické vybavenie) a procesov (systémy kvality) vypovedajú o predpokladoch poskytovateľov na kvalitné výsledky, indikátory výsledkov sú vizitkou ich každodennej praxe. Práve ukazovatele výsledkov predstavujú najcennejší parameter porovnávania a ich používanie je potrebné rozšíriť.

Na to, aby mali výpovednú schopnosť o poskytovateľoch, musia indikátory kvality pokrývať širokú oblasť zdravotnej starostlivosti. Pre veľkú časť odborností sa nedá použiť ani jeden z indikátorov v dnešnom zozname; indikátory sa sústreďujú len na zopár vybraných diagnostických skupín. Taktiež je otázna dôveryhodnosť vykazovaných dát, keďže nepodliehajú metodologickej kontrole. Podmienky selektívneho kontraktngu zdravotných poisťovní preto uprednostňujú indikátory štruktúry. Štrukturálne predpoklady kvality sú však súčasťou povoľovacích a licenčných konaní poskytovateľov, takže ide skôr o formálne kritérium.

Ak sú indikátory kvality definované centrálne, tak by aj dáta mali byť zbierané centrálne a mali by byť k dispozícii všetkým účastníkom - ostatným poskytovateľom, zdravotným poisťovním a v zrozumiteľnej podobe i pacientom. Vhodnou inštitúciou, vzhľadom na jej kompetencie na efektívne vymáhanie dát a prípadnú kontrolu ich dôveryhodnosti, je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Inšpiráciou mu môže byť maďarský EBF, obdoba nášho ÚDZS, ktorý zverejňuje interaktívne profily všetkých maďarských nemocníc na webe.

8. KOMUNIKÁCIA

Osobitnú pozornosť navrhujeme venovať komunikácii zdravotníckych pracovníkov s pacientmi. Táto oblasť patrí k najväčším rezervám zdravotníctva, ako potvrdzujú nezávislé prieskumy názorov pacientov. Technologizácia medicíny oslabuje osobný kontakt a redukuje kľúčové pôsobenie tejto zložky zdravotníckeho rituálu na úspešnosť terapeutického procesu. Výskumy účinku placebo potvrdzujú zásadný význam empatickej komunikácie zdravotníckeho pracovníka s pacientom. Placebo podávané zhovorčivým a z hľadiska prognózy ochorenia optimistickým lekárom je účinnejšie než placebo podávané bez slov či so strohou komunikáciou (Kaptchuk et al, 2008).

Podpora komunikácie prostredníctvom indikátorov, platobných mechanizmov, osvetu a vzdelávania má potenciál nielen zlepšiť dosahované výsledky zdravotnej starostlivosti, ale i spokojnosť pacientov. Zdravotníkom vytvorí priestor pre znovunadobudnutie verejného uznania, na ktorého stratu sa sťažujú.

Komunikácia znižuje informačnú asymetriu a zlepšuje podmienky pre súťaž.

9. NESTRANNÝ A SILNÝ DOHĽAD

Informačná asymetria vytvára priestor pre nežiaduce motivácie v systéme, rovnako ako ho vytvára platba treťou stranou. Správne rozhodnutia regulátora, ktorý vykonáva efektívny dohľad nad trhom, sú preto kľúčovým predpokladom úspešnosti zdravotného systému. Silné postavenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zakotvila reforma zdravotníctva v roku 2004. Po piatich rokoch jeho fungovania môžeme jeho fungovanie hodnotiť prevažne pozitívne. Prijímanie správnych rozhodnutí je však oslabené podriadením postu predsedu úradu pod rozhodovanie vlády. Tá ho môže kedykoľvek aj bez udania dôvodu odvolať (čo sa v januári 2007 i stalo). V kauzách, ktoré sa týkajú štátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, sa tak predseda úradu ocitá v neželanom konflikte záujmov.

Nestrannosť rozhodovania je možné zabezpečiť väčším personálnym odpojením úradu od reálnej politiky. Prípady, pre ktoré je možné odvolať vedenie úradu, musia byť explicitné a zúžené na mimoriadne situácie resp. vážne pochybenia. Úrad zostane i tak politicky citlivo vnímaný a s týmto tlakom sa môže vyrovnávať napr. rozložením zodpovednosti

pri rozhodovaní na kolektívny orgán. Ak by takýto orgán bol tvorený zástupcami rôznych častí sektora, prispelo by to i k zvýšeniu autority úradu. Mohol by tak svoje regulačné kompetencie uplatňovať väčšmi súčinnosťou než odstraňovaním.

Uvedenými zmenami sa zvýšia predpoklady pre dobrú reguláciu - primeranú, zodpovednú, konzistentnú, transparentnú a cieľnú (Better Regulation Task Force, 2005).

10. PRODUKT: ZÁKLADNÝ BALÍK A TZV. NADŠTANDARD

Stanovenie rozsahu, na ktorý sa vzťahuje nárok z verejného zdravotného poistenia, vytvára priestor pre zlepšenie financovania a zvyšuje vymáhateľnosť nároku poisťencov. Je nevyhnutným predpokladom pre vznik individuálneho zdravotného poistenia. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je takéto vymedzenie prínosom z viacerých dôvodov:

1. etický aspekt: nejasné ohraničenie bezplatnosti presúva dnes rozhodovanie, komu odopru liečbu z dôvodu nedostatku zdrojov, na bedrá poskytovateľov. Nahradenie implicitného rationingu explicitným zbaví poskytovateľov tejto dilemy.
2. finančný aspekt: vyčlenenie časti zdravotnej starostlivosti mimo základného balíka verejného zdravotného poistenia znamená priestor pre prílev dodatočných súkromných zdrojov. Či už v podobe priamych platieb alebo zdrojov súkromného zdravotného poistenia, ktoré takto získa priestor pre definovanie poistných produktov.

Poskytovatelia dostanú príležitosť rozšíriť ponuku služieb a za tzv. nadštandard získať dodatočné zdroje. Stanú sa menej závislými od verejných zdrojov a odolnejší voči prípadným otrasom vo verejnom zdravotnom poistení.

Explicitné stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia si vyžaduje vypracovať katalógy a zoznamy výkonov ako i uskutočniť kategorizáciu chorôb, ktorou sa stanovuje miera spoluúčasti. Inštrumentárium pre takéto rozhodnutie je legislatívne pripravené už 5 rokov.

Tento zoznam si nenárokujú na úplnosť. Jeho ambíciou je vyvolať diskusiu o ďalšom smerovaní zdravotnej politiky na Slovensku.



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

Tabuľka 1: Inštitucionálny rámec konkurenčného prostredia

Kritérium	Nastavenie „Zajac“	Nastavenie „Valentovič-Raši“	Želané budúce nastavenie
1 Právna forma nemocníc	Akciové spoločnosti (avšak transformácia sa nedokončila)	Príspevkové organizácie	Akciové spoločnosti
2 Zodpovedný vlastník	Nie Rast dlhu, absencia stratégie, chýbajúca vôľa k reštrukturalizácii, podkapitalizovanosť...	Nie Rast dlhu, absencia stratégie, chýbajúca vôľa k reštrukturalizácii, podkapitalizovanosť...	Áno Umožniť vstup súkromných investorov do podkapitalizovaných štátnych a krajských nemocníc
3 Voľný vstup na trh	Áno	Áno	Áno
4 Predvídateľnosť prostredia a rovnosť šancí	Čiastočne	Nie	Áno
5 Minimálna sieť	Norma orientovaná na poskytovateľa (a zďaleka nie dobre vypočítaná)	Protekcionalistické nastavenie pre štátne resp. vybrané nemocnice	Orientovaná na spotrebiteľa cez geografickú a časovú dostupnosť (poradovníky)
6 Platobné mechanizmy a cenotvorba	Liberalizácia cien a platobných mechanizmov viedla len k miernym inováciám v zmluvných podmienkach	Liberalizácia cien a platobných mechanizmov viedla len k miernym inováciám v zmluvných podmienkach	Inovatívne platobné mechanizmy, oceňujúce výsledky a náročnosť poskytovanej starostlivosti
7 Indikátory kvality	Zavedenie indikátorov kvality Ich konkrétne znenie nemalo výpovednú hodnotu o skutočnej kvalite poskytovateľov	Občasná aktualizácia indikátorov kvality, snaha o zlepšenie zoznamu; indikátory naďalej nevypovedajú o skutočnej kvalite poskytovateľov	Centrálne zbierané a zverejňované indikátory zamerané na výsledky zdravotnej starostlivosti v širokom spektre špecializácií
8 Komunikácia	Komunikácii medzi zdravotníkom a pacientom je v zdravotnej politike venovaná len minimálna pozornosť	Komunikácii medzi zdravotníkom a pacientom je v zdravotnej politike venovaná len minimálna pozornosť	Komunikácia medzi zdravotníkom a pacientom je ovplyvňovaná sériou nástrojov (vzdelávanie, indikátory kvality, platobné mechanizmy)
9 Nestranný a silný dohľad	Áno Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Čiastočne Nezávislosť predsedu úradu bola zrušená jeho podriadením vláde, kompetencie si úrad zatiaľ udržal	Áno Obmedziť personálnu kompetenciu vlády, vedenie úradu koncipovať ako kolektívny orgán
10 Produkt: základný balík a tzv. nadštandard	Nejasný. Neuskutočnila sa katalogizácia a kategorizácia chorôb.	Nejasný. Neuskutočnila sa katalogizácia a kategorizácia chorôb.	Vymedzenie rozsahu hradenej starostlivosti a umožnenie zavedenia spoluúčasti pre zdravotnú starostlivosť nad tento rámec
Prostredie podporujúce trh a férovú súťaž (zelená farba)	3	2	10
Prostredie, ktoré nie je trhovo nepriateľské, ale nie sú v ňom naplnené podmienky férovej súťaže (žltá farba)	4	2	0
Prostredie nepodporujúce trh a férovú súťaž (červená farba)	3	6	0

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Štát sa rozhodol VŠZP a SZP zlúčiť priamo zákonom

MZ SR pripravilo na rokovanie vlády dňa 18. 11. 2009 návrh zákona, v ktorom plánuje zlúčiť VŠZP a SZP zo zákona. Ide o novelu zákona o zdravotných poisťovniach č. 581/2004 Z. z. Takýto postup považujeme za mimoriadne neštandardný, lebo:

- Obchádza základné pravidlá hry pre fungovanie trhu zdravotných poisťovní
- Obchádza legislatívne pravidlá vlády

Projekt zlúčenia VŠZP a SZP schválila vláda 30. 9. 2009, pričom zlúčenie malo prebehnúť síce komplikovane, ale v súlade so zákonom. Na to vláda potrebovala získať súhlas Úradu pre dohľad a Protimonopolného úradu. Podľa vládneho materiálu však „Protimonopolný úrad prešetruje možnosť vzniku koncentrácie mimo správneho konania a nie je vôbec isté, kedy dôjde k záveru.“ Vláda sa preto uchýlila k neštandardnému kroku – nepočká na verdikt PMÚ, ale zlúči VŠZP a SZP zákonom.

Dôvodom tohto zvláštneho postupu má byť údajne skutočnosť, že štátu hrozia značné hospodárske škody v súvislosti s prebiehajúcou globálnou ekonomickou a finančnou krízou. Celkové „škody“ zo zmeškania termínu zlúčenia k 1. 1. 2010 totiž MZ SR odhaduje na 6 až 11 mil. eur – čo je 3 až 6 tisícín jej ročného rozpočtu.

Ešte bizarnejšie pôsobí argumentácia MZ SR, že „cieľom zlúčenia VŠZP a SZP je vytvorenie jednej štátnej zdravotnej poisťovne, ktorá bude garanciou stability a istoty pre poistencov i poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nástrojom realizácie sociálnej politiky štátu.“ Po prvé, ak má byť VŠZP garanciou stability, nemôžu ju ohroziť plánovaný výpadok vo výške 6 tisícín jej rozpočtu. A po druhé, VŠZP nikdy nebola, nie je a ani nemá byť nástrojom sociálnej politiky štátu. Úlohou VŠZP je pooling rizika a efektívny nákup zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov. Ideálne bez toho, aby sa zadlžovala.

Rámček: Návrh zákona na zlúčenie VŠZP a SZP

Zlúčenie Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. a Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

§ 86e

(1) Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. sa zlučuje so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a. s. 1. januára 2010.

(2) Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. sa stáva právnym nástupcom Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s.

(3) Platnosť povolenia Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. zaniká 1. januára 2010.

(4) Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. podá bezodkladne návrh na zápis zlúčenia Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a. s. do obchodného registra k 1. januáru 2010 a návrh na výmaz Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. z obchodného registra k 1. januáru 2010.

(5) Poistný kmeň Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. sa prevádza na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s. 1. januára 2010.

(6) Všetky práva a povinnosti vyplývajúce z pracovnoprávných vzťahov k zamestnancom Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. prechádzajú k 1. januáru 2010 na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s..

POCHYBNÁ ARGUMENTÁCIA HROZIACIMI ŠKODAMI

Výpočet škôd, ktoré podľa MZ SR nastanú, ak nedôjde k zlúčeniu poisťovní útočí na elementárnu mentálnu výbavu čitateľa. Podľa dôvodovej správy sa nebudú dať v roku 2010 realizovať úspory zo zlúčenia vo výške 7,81 milióna eur. Tie majú vzniknúť predovšetkým z prevádzkových nákladov. MZ SR tvrdí, že oddialenie zlúčenia bude mať za následok, že sa nezrealizujú úspory vo výške 2 mil. eur.

Po prvé, táto „úspora“ je z hľadiska VŠZP úplne zanedbateľná – tvorí jednu tisícinu jej ročného rozpočtu.

Po druhé, podľa návrhu nového § 86e, odsek 6 „všetky práva a povinnosti vyplývajúce z pracovnoprávných vzťahov k zamestnancom Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. prechádzajú k 1. januáru 2010 na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.“, čo znamená žiadnu redukciu zamestnancov.

Po tretie, podľa návrhu § 86e, odsek 7 „všetky práva a povinnosti zo vzťahov súvisiacich s vykonávaním verejného zdravotného poistenia prechádzajú k 1. januáru 2010 zo Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.“, čo znamená, že nedochádza ani k prehodnoteniu nákupnej politiky.

Ako druhý dôvod pre urýchlené konanie MZ SR uvádza možný pokles počtu poistencov a s tým súvisiaci výpadok príj-

(7) Všetky práva a povinnosti zo vzťahov súvisiacich s vykonávaním verejného zdravotného poistenia prechádzajú k 1. januáru 2010 zo Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s..

(8) Na zlúčenie sa nepoužijú ustanovenia § 13 ods. 1 písm. d) a e), § 61 tohto zákona, § 69 ods. 1, 4 až 10, § 218a až 218p Obchodného zákonníka a osobitný predpis.

§ 86f

(1) Jediným akcionárom Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. po zlúčení je Slovenská republika. Správu akcií od 1. januára 2010 vykonáva ministerstvo zdravotníctva.

(2) Pri zlúčení nebudú poskytnuté žiadne osobitné výhody audítorom, členom predstavenstva ani členom dozorných rád Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. a Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s..

(3) Pri výmene akcií Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. za akcie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. nebude vyplatený doplatok v peniazoch. Na bezodplatný prevod správy akcií, sa nepoužije osobitný predpis.“

Zdroj: vládny web www.rokovania.sk

mov. Podľa MZ SR z dôvodu neistoty odíde asi 10 000 poistencov a VŠZP bude mať výpadok príjmov vo výške 4,146 mil. eur. A MZ SR ešte dodáva, že ak to budú ekonomicky aktívni poistenci, výpadok bude viac ako 9 mil. eur.

Čo už MZ SR zabudlo pripomenúť, sú nasledujúce súvislosti:

- 10 000 poistencov predstavuje približne 3 tisícky kmeňa VŠZP. Pre porovnanie, trikrát viac jej poistencov každoročne zomrie.
- Výpadok na úrovni 4 mil. eur zodpovedá 2 tisícinám jej príjmu.
- V systéme existuje systém prerozdelenia, ktorý prerozdeľuje 95% zdrojov a poisťovníam prísudzuje peniaze na základe ich indexu rizika v príslušných vekových kohortách. Odchod ekonomicky aktívnych poistencov teda nemá zásadný vplyv na hotovostnú pozíciu VŠZP. Disponibilné zdroje pre VŠZP sa neodvíjajú od toho, koľko ekonomicky aktívnych poistencov má, ale aké sú parametre prerozdelenia. Navyše, táto suma (9 mil. eur) predstavuje 4 tisícky príjmov VŠZP.

Ako tretí dôvod MZ SR uvádza administratívu spojenú s ročným zúčtovaním, prerozdeľovaním a vplyvom na povinnosti daňovníka. Tieto obavy MZ SR sú chvályhodné, ale nehrozia

z nich žiadne škody – navyše MZ SR nemalo problém presunúť kmeň EZP na SZP v priebehu roka 2008 bez akýchkoľvek obáv voči „škodám“ vznikajúcich v „administratívne“.

KLON ZÁKONA O STRATEGICKÝCH PODNIKOCH

Argumentácia MZ SR pre obídienie „pravidiel hry“ ako aj štandardných „legislatívnych pravidiel“ je chabá. Hroziace škody neexistujú, čo však hrozí, je úspešnosť tvorcov zdravotnej politiky pri presadzovaní neštandardných nápadov. Mrazivé je, že celý návrh sa svojou povahou (nerespektuje pravidlá hry) ako aj legislatívnu technikou (bez MPK v skrátenom konaní) ako vaje vajcu podobá na katastrofálny zákon o strategických podnikoch.



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

Nemecko: z reformy do reformy

Nemecké zdravotníctvo žije neustálymi reformami, za posledných 20 rokov ich bolo štrnásť. Tento rok nadobudli účinnosť viaceré zmeny, ktoré v roku 2007 dohodla koalícia sociálnych a kresťanských demokratov. Zároveň sa chystá ich revízia, v neposlednom rade i v dôsledku septembrových spolkových parlamentných volieb.

Najvýraznejšou ako i najspornejšou zmenou „starej“ reformy je zjednotenie sadzby poistného, ktoré od januára 2009 vyberá jeden Spoločný fond. Zdravotné poisťovne, ak im nestačia zdroje, môžu od poistencov inkasovať doplatok k poistnému, maximálne však 37 eur mesačne. Naopak, ak skončia hospodárenie s prebytkom, môžu poistencom peniaze vracať. Zatiaľ zo 180 nemeckých poisťovní vyberá doplatok k poistnému len jedna (8 eur mesačne). Štyri poisťovne ponúkajú poistencom prémie od 50 do 100 eur ročne, čím im kompenzujú nárast sadzieb poistného.

Jednotná sadzba odvodov bola nastavená na 15,5 % z hrubej mzdy (v pomere 7,3:8,2 medzi zamestnávateľom a zamestnancom). V rámci protikrizových opatrení na odľahčenie nákladov práce sa od júla 2009 znížila na 14,9 %. Stále je to však viac, než vyberala väčšina zdravotných poisťovní pred reformou. Na budúci rok sadzba porastie, o pol percentného bodu. A ekonomické prognózy avizujú, že zdravotným poisťovníam bude i tak chýbať až 7,5 miliardy eur.

Kritika jednotného poistného i Spoločného fondu povedie k zmenám, ich podoba je však nejasná. Koaličná zmluva nových vládnych partnerov – kresťanských demokratov a liberálov – je v oblasti zdravotníctva sformulovaná veľmi všeobecne a umožňuje rôzne interpretácie.

Spomedzi najpravdepodobnejších možností zmien sa v Nemecku diskutuje o zvýšení limitu na mesačný doplatok

k poistnému, o opätovnej deregulácii sadzieb poistného či o zavedení nominálneho poistného (so sociálnymi kompenzáciami).

Zavedenie parametrov zdravotného stavu do prerozdelenia (Morbi-RSA) sa zrejme tiež dočká novelizácie. 106 skupín a 3 799 diagnostických parametrov sa ukazuje ako príliš zložitý systém, ktorý navyše nie je odolný voči manipuláciám. Počet diagnostických skupín, podľa ktorých sa budú prerozdeľovať zdroje medzi poisťovňami, sa asi zredukuje. Časť odborníkov navrhuje vypustiť spomedzi osobitne posudzovaných (a finančne zvýhodňovaných) skupín civilizačné choroby (diabetes, hypertenzia). Malo by to motivovať poisťovne k podpore prevencie týchto ochorení, kam v prvom rade patrí zmena životného štýlu.

Kým posledná reforma sťažila prestupy poistencov zo systému verejného zdravotného poistenia do súkromného, od liberálneho ministra zdravotníctva sa dá očakávať naopak uľahčenie prestupov. Súkromne poistených je približne 10,5 % Nemcov. Okrem podnikateľov a úradníkov sa medzi nich zaraďujú ľudia s vyššími príjmami. Súčasná hranica príjmu – 4 050 eur mesačne – by sa ako potrebná podmienka na prihlásenie do súkromného poistenia mohla znížiť o 10 %.

Otáznymi zostávajú štátne dotácie do systému verejného zdravotného poistenia, určené na zdravotnú starostlivosť pre verejne poistené deti. Súkromné zdravotné poisťovne namietajú, že túto dotáciu nedostávajú aj ony. Dane, z ktorých tieto zdroje pochádzajú, platia rovnako aj poistenci súkromných poisťovní, ktorých deti sú podľa nich takto diskriminované.

-tsz-

Hodnotenie nemocníc v Slovenskej republike

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

ZHRNUTIE

Všeobecná situácia v zdravotníctve je charakterizovaná obmedzenými zdrojmi, kým dopyt po zdravotníckych službách a výkonoch zdravotnej starostlivosti nie je v postate ničím limitovaný a poznatky v medicínskych technológiách rastú priam raketovým tempom. Z dôvodu efektívneho vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia je nevyhnutné financie alokovať tam, kde budú využívané najefektívnejšie s ohľadom na potreby pacienta a poznatky súčasnej vedy. Rozsah, úroveň a kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti v jednotlivých nemocniciach nie je odbornej ani laickej verejnosti dostatočne známa do takej miery, aby na základe poznania mohli robiť kvalifikované rozhodnutia.

Záverečná práca študijného programu HMA Manažér I. predkladá návrh komplexného hodnotenia nemocníc v Slovenskej republike, rozoberá jednotlivé oblasti hodnotenia, kritéria vo všetkých oblastiach, navrhuje inštitucionalizáciu hodnotenia poskytovania zdravotnej starostlivosti, upozorňuje pri tom na možné riziká a problémy pri zavádzaní a uplatňovaní hodnotenia, ale zdôrazňuje najmä prínosy tejto činnosti.

Zavedenie komplexného, objektívneho a nezávislého hodnotenia poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti sa stane v (bližšej či vzdialenejšej) budúcnosti nevyhnutnosťou.

1. ÚVOD

Už pred viac ako tridsiatimi rokmi upozorňovalo viacero odborníkov na skutočnosť, že dopyt po zdravotnej starostlivosti je potenciálne neobmedzený, kým zdroje sú a budú vždy limitované. V minulosti a čiastočne aj dodnes je snaha riešiť tento faktický rozdiel predovšetkým organizačnými zmenami a čiastočnými intervenciami do rôznych segmentov zdravotného systému.

Z hľadiska komplexného a dlhodobého riešenia je nevyhnutné ovplyvniť chovanie jednotlivých účastníkov procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti žiaducim smerom.

Obyvatelia by mali byť vedení k tomu, aby sa riadne starali o svoje zdravie, predchádzali rizikám vzniku vážnych chorôb, aby nezneužívali zdravotnú starostlivosť poskytovanú z verejných zdrojov.

Poskytovatelia by mali byť motivovaní k poskytovaniu starostlivosti kvalitnej, ale primeranej, zodpovedajúcej zdravot-

nému stavu pacientov; pri diagnostických a terapeutických rozhodnutiach je potrebné prihliadať aj na ekonomické aspekty.

Dôležitá je úloha manažérov pri zvyšovaní efektivity zdravotníckych zariadení, najmä pri zabezpečení efektívneho a racionálneho vynakladania finančných zdrojov, zvolení správnych priorit a cielenom smerovaní prostriedkov do oblastí a postupov, ktoré prinášajú najväčší benefit pre pacientov.

Významné poslanie v presadzovaní efektívnosti a kvality v zdravotníckych zariadeniach majú platcovia zdravotnej starostlivosti. V našom systéme zdravotníctva sú hlavným platcom zdravotné poisťovne, ktoré svojou politikou môžu výrazne ovplyvňovať efektívnosť využívania prostriedkov poskytovaných z verejných zdrojov.

Dostatok informácií je nevyhnutným predpokladom na splnenie stanoveného cieľa: ovplyvniť správanie a rozhodovanie všetkých účastníkov procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti. O činnosti nemocníc, konkrétnych výkonoch, výsledkoch poskytovania zdravotnej starostlivosti, komplikáciách súvisiacich s nemocničnými výkonmi, produktivite zariadení, finančnom hospodárení nemocníc nie je laická ani odborná verejnosť v súčasnosti oboznamovaná v dostatočnej miere.

2. HODNOTENIE NEMOCNÍC V SR

2.1. HISTÓRIA

Prvým dokladovaným a publikovaným hodnotením vybraných nemocníc akútnej starostlivosti (po zavedení systému verejného zdravotného poistenia) bola práca Svätopluka Hlavačka a kol. z roku 2001. Nešlo o klasické hodnotenie kvality či efektivity v dnešnom ponímaní, ale nemocnice boli hodnotené – na základe dotazníkového prieskumu – z hľadiska manažérskych postupov, reakcie na meniace sa prostredie v procese porevolučných reforiem a spôsob uplatnenia sa na trhu.

Druhým hodnotením kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti bol projekt MATRA medzi vládami Holandského kráľovstva (zastúpený firmou SENTER) a Slovenskej republiky. Cieľom projektu, realizovaného v roku 2004, bolo prispieť k vstupu Slovenskej republiky do EÚ a pomôcť vytvoriť vhodné podmienky k monitorovaniu kvality poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Projekt využíval nástroj hodnotenia PATH (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) vytvorený Svetovou zdravotníckou organizáciou.

Do projektu bolo zapojených 11 zdravotníckych zariadení. Na základe výsledkov, overení spôsobu získavania údajov, reálnej situácie v slovenskom zdravotníctve v uvedenom období, aplikovateľnosti jednotlivých kritérií a ukazovateľov v každej z oblastí hodnotenia pre naše pomery boli navrhnuté prvé indikátory kvality, zahrnuté do sledovania určeného Nariadením vlády SR.

Ďalším projektom, tentokrát Svetovej banky, bolo „Hodnotenie nemocníc na Slovensku“ spracované spoločnosťou Sanigest International v roku 2006. Cieľom hodnotenia bolo sledovanie finančnej situácie, technického prístrojového vybavenia nemocníc, infraštruktúry zdravotníckych zariadení, manažmentu ľudských zdrojov, výkonnosti zariadení. Výstupom projektu boli nielen súhrny získaných údajov a všeobecné závery, ale aj návrhy a odporúčania na zlepšovanie efektívnosti, výkonnosti, produktivity nemocníc.

V rokoch 2007 a 2008 sa Združenie zdravotných poisťovní pokúsilo vypracovať komplexnejší program hodnotenia ústavných zdravotných zariadení podľa kritérií efektivity a kvality, vychádzajúci z údajov troch neštátnych poisťovní. V roku 2007 bola realizovaná pilotná verzia, vo výstupoch ktorej bolo identifikovaných niekoľko chýb v spracovaní a nebolo možné jej zverejnenie a publikovanie. V roku 2008 pred finalizáciou spracovania údajov nedošlo k dohode vedenia všetkých poisťovní o spolupráci a spoločné hodnotenie nemocníc už nebolo realizované.

2.2. SÚČASNOSŤ

Komplexné a nezávislé hodnotenie nemocníc v SR v súčasnej dobe neexistuje a nie je vykonávané žiadnou inštitúciou.

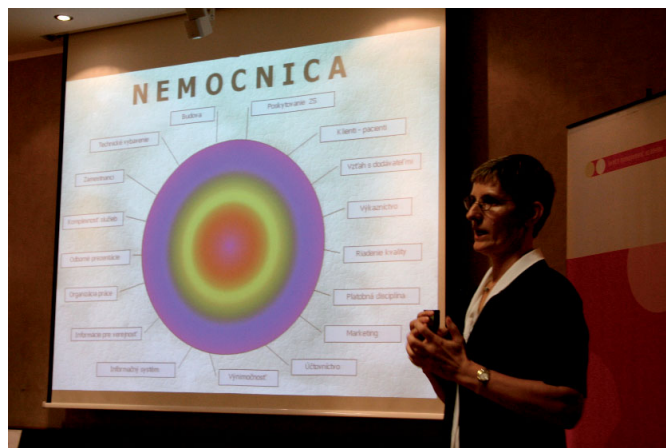
Jediným dnes verejne publikovaným hodnotením nemocníc s určením ich poradia na základe celkového indexu stanovového podľa výsledkov v jednotlivých sledovaných parametroch je porovnanie spracované spoločnosťou Dôvera, zdravotná poisťovňa, a. s. Je to však hodnotenie čiastkové, na základe údajov len o vlastných poistencoch a podľa dohodnutých zmluvných vzťahov.

3. LEGISLATÍVNE PODMIENKY

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov určuje zdravotnej poisťovni stanoviť a uverejňovať indikátory kvality, ktoré slúžia na monitoring vybraných oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa úspešnosti poskytovateľov pri plnení týchto kritérií poisťovňa stanovuje poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní ďalších zmlúv.

Indikátory vypracováva Ministerstvo zdravotníctva SR pre tieto oblasti:

- dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- efektívnosť využitia zdrojov,
- účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti,
- vnímanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje,
- výsledky zdravotnej starostlivosti.



Nariadenie vlády SR č. 752/2004 Z. z. (účinné od 01. 01. 2005) bolo prvým, ktorým sa vydali indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, od 01. 01. 2006 bola účinná novela Nariadením vlády SR č. 663/2005 Z. z. a od 1. 3. 2009 Nariadením vlády SR č. 51/2009 Z. z.

Ak by sme chceli vyhodnotiť jednotlivé indikátory v každej z hodnotených oblastí uvedených v platnom nariadení vlády pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, zisťujeme:

- pre dostupnosť zdravotnej starostlivosti: žiadny indikátor;
- pre efektívnosť využitia zdrojov: žiadny indikátor,
- pre účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti: jediný indikátor – operovanosť (na oddeleniach chirurgických odborov),
- pre vnímanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje: jediný indikátor – spokojnosť pacienta,
- pre výsledky zdravotnej starostlivosti: 15 indikátorov; z toho 9 sleduje úmrtnosť (celkovú a pri niektorých diagnózach, resp. výkonoch), 3 indikátory hodnotia potrebu opakovaných intervencií (rehospitalizácie a reoperácie), 2 indikátory hodnotia vznik komplikácií počas hospitalizácie (vznik dekubitov a nozokomiálnych nákaz).

Pre obmedzený priestor nie je možné hodnotiť a komentovať zber údajov, ich validitu a spôsob vyhodnotenia, uvedené Metodickým usmernením MZ SR (osobitné vydanie Vestníka MZ SR, máj 2009).

Z hľadiska komplexného hodnotenia nemocnice ako zariadenia poskytujúceho ústavnú zdravotnú starostlivosť, pre potreby zabezpečenia informovanosti pacientov a diferencovaný nákup zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami považujeme Nariadenie vlády SR č. 51/2009 Z. z. aj s vykonávacím predpisom za absolútne nedostačujúce.

Výlučne tieto indikátory majú v kritériách pre uzatváranie zmluvných vzťahov uvedené poisťovne: VŠZP, a. s. s váhou 10 %, SZP, a. s. s váhou 10 %, Union – ZP, a. s. s váhou 80 %. Jediné Apollo, ZP, a. s. a Dôvera, ZP, a. s. majú uvedené vlastné kritériá (indikátory, resp. parametre kvality a efektivity), Apollo s váhou 50 % a Dôvera s váhou 80 % [zdroj: www.vszp.sk, www.szp.sk, www.union-zp.sk, www.apollo.sk, www.dovera.sk].

4. NÁVRH PROJEKTU HODNOTENIA NEMOCNÍČ

Cieľom komplexného hodnotenia nemocnice ako poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti je získanie korektné spracovanie, správne vyhodnotenie a prezentovanie údajov o všetkých jej činnostiach, procesoch z hľadiska kvalitatívneho i kvantitatívneho, z hľadiska vstupov a výstupov, príjmov a výdajov, nákladov a výnosov. Vo väčšine vyspelých krajín existujú samostatné inštitúcie alebo aspoň projekty, ktoré sa takýmto hodnotením zaoberajú (napr. *JCAHO Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organisation, HCFA Health Care Financing Administration, ABHC Association for Benchmarking Health Care, HCUP (Qis) Helathcare Cost and Utilization Project (Quality Indicators), CPMs Clinical Performance Measures Project*).

Predkladaný návrh je osobnou predstavou autorky a príspevkom pre možný začiatok komplexného nezávislého hodnotenia slovenských nemocníc.

4.1. ČO HODNOTIŤ (ZÁKLADNÉ OBLASTI)

- Základným poslaním nemocnice je poskytovať ústavnú zdravotnú starostlivosť. Z tohto dôvodu je kľúčovým atribútom práve **hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti**, a to z hľadiska všetkých Donabedianových siedmich pilierov kvality (pôsobivosti, účinnosti, nákladovej efektivity, optimálnosti, prijateľnosti, opodstatnenosti, rovnosti).
- **Spokojnosť pacientov**, ktorým je zdravotná starostlivosť v nemocnici poskytovaná (resp. ich nespokojnosť) je nesmierne dôležitým zdrojom informácie a cennou formou spätnej väzby pre vedenie nemocníc. Umožňuje cielené skvalitňovanie komplexnej starostlivosti, odstraňovanie nedostatkov a príčin nespokojnosti. Je externým pohľadom klienta, konzumenta služieb. Zároveň je aj spôsobom posilňovania postavenia pacienta v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- **Spokojnosť zamestnancov** nemocnice je interným pohľadom poskytovateľa a zobrazením vnímania organizácie ľuďmi, ktorí v nej denne žijú a produkujú služby. Spokojný zamestnanec je nástrojom k dosiahnutiu spokojného pacienta. Rovnako ako v predchádzajúcom odseku, informácie o spokojnosti či nespokojnosti zamestnancov sú takisto dôležitou informáciou pre manažment nemocnice, zdrojom identifikácie problémových oblastí prevádzky zariadenia, formou motivácie zamestnancov.
- **Ekonomickú efektívnosť nemocnice** ako firmy či podniku zabezpečujúceho verejné služby. Ekonomická efektívnosť v najvšeobecnejšom ponímaní znamená vzťah medzi účinkom (efektom), poskytovaným daným subjektom a nákladmi na jeho dosiahnutie. Vzhľadom k tomu, že zdravotná starostlivosť je nehmotnou verejnou službou, najväčším problémom pri hodnotení efektívnosti zdravotníckeho zariadenia je kvantifikácia výstupov činnosti napr. nemocnice. Porovnávanie dosiahnutých výsledkov s vynaloženými nákladmi je podstatným znakom každého ekonomického rozhodovania.

Schéma 1: Súčasti hodnotenia nemocníc



Zdroj: autorka, prezentácia záverečnej práce

4.2. AKO HODNOTIŤ (KRITÉRIA A SPÔSOB)

Identifikáciu správnych kritérií hodnotenia v jednotlivých oblastiach, spôsob zberu údajov, ich spracovanie a šandardizáciu považujem v celom procese za najdôležitejší, ale zároveň aj najkomplikovanejší proces.

Hodnotenie spokojnosti pacientov a spokojnosti zamestnancov je vykonávané štruktúrovaným dotazníkovým prieskumom a výsledky sú spracovávané štandardnými štatistickými metódami. Rozhodujúce pre validitu získavaných informácií je zostavenie dotazníka s otázkami, ktoré musia zahŕňať celé spektrum sledovaných oblastí (napr. dotazník pre pacientov: spôsob prijatia a prepustenia v ústavnom zariadení, prostredie nemocnice, oddelenia, čistota, orientácia v zariadení, organizácia jednotlivých činností, koordinácia vyšetrení, strava, pitný režim, spôsob komunikácie s personálom nemocnice, ohľaduplnosť a úcta, informovanosť lekárom a sestrou o diagnostických a terapeutických výkonoch, rizikách liečby, informovanosť o následnej starostlivosti, bezpečnosť pacientov, umožnenie návštev príbuzných, atď.; dotazník pre zamestnancov: osobný vzťah k nemocnici, pracovné prostredie – čistota, vybavenosť, bezpečnosť pri práci, organizácia práce, hospodárnosť prevádzky, dodržiavanie pracovnej doby, nadčasy, vzťahy v kolektíve, vzťah s nadriadeným, formy odmeňovania, spokojnosť s ohodnotením, motivácie, možnosť ďalšieho vzdelávania, informovanosť o iných činnostiach nemocnice, atď.).

Ekonomické hodnotenie nemocníc nemá v Slovenskej republike žiadnu tradíciu a aj používanie metód podnikovej analýzy je v samotných nemocniciach skôr výnimkou než pravidlom. Napriek tomu považujem za nevyhnutné hodnotiť nemocnice aj z ekonomického hľadiska. Okrem budovania prestížneho postavenia nemocnice ako zariadenia vysoko humánneho charakteru je potrebné budovať aj povedomie fungovania nemocnice ako firmy, ktorej základnou úlohou je poskytovať svojim zákazníkom čo najlepšie služby a orientovať sa na uspokojovanie rastúcich potrieb zákazníkov. Objektívne stanovený pozitívny výsledok ekonomického hodnotenia zariadenia je predpokladom pre zabezpečenia dostatku zdrojov pre ďalší rozvoj a investície do

rozsahu a skvalitňovania zdravotnej starostlivosti. Finančno-ekonomická analýza môže byť vykonaná analýzou celkovej finančnej situácie nemocnice prostredníctvom pomerových ukazovateľov likvidity, aktivity, zadlženosti, rentability (ROA, ROE, ROS) a trhovej hodnoty. Aj keď zisk v nemocniciach nie je považovaný za najdôležitejší ukazovateľ, pre trvalú udržateľnosť nemocnice a jej rozvoj v kontexte progresívneho vývoja zdravotníckych služieb nadobúda otázka vyrovnania a následne aj rentabilného hospodárenia stále väčší význam. Analýzu celkového hospodárskeho výsledku je možné vykonať metodikou EBT, EBIT, EBITDA. Ďalej je možné pri hodnotení ekonomickej efektívnosti používať multikritériálne metódy hodnotenia (metóda váženého súčtu poradí, diskriminačná analýza, analýza obalu dát, analýza technickej efektivity, atď.). Využitie pri ekonomickom hodnotení nájdú aj analýzy a porovnania parciálnych výsledkov (porovnanie jednotlivých nákladových položiek – fixné a variabilné náklady, osobné náklady, energie, spotreba materiálu, odpisy, porovnanie produktivity práce), horizontálne, vertikálne alebo trendové analýzy finančných výkazov. Hodnotenie ekonomickej efektívnosti môže byť nástrojom napomáhajúcim k zvyšovaniu efektívnosti vynakladania finančných prostriedkov zdravotníckych zariadení, ktoré v prevažnej miere hospodária s verejnými finančnými prostriedkami.

Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti: definícia kvality v zdravotníctve prešla určitým vývojom. V roku 1996 ju WHO definovala ako súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, ktoré sú určované potrebami obyvateľstva na základe lekárskeho vied a praxe. Maxwell (1984) charakterizoval kvalitu týmito parametrami: dostupnosť, vzťah k potrebám z hľadiska celej komunity, účinnosť z hľadiska individuálneho pacienta, spravodlivosť a rovnoprávnosť, spoločenská prijateľnosť, ekonomickej efektívnosť. Donabedian (1982) popisuje kvalitu ako snahu o maximálny prospech pacienta, zohľadňujúc vyváženosť ziskov i strát. Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti teda znamená meranie výkonnosti, kvality, spotreby, úspešnosti. V literatúre je popisovaných viac ako 300 ukazovateľov kvality (projekt PATH Svetovej zdravotníckej organizácie). Z týchto indikátorov je možný výber na základe identifikácie dostupnosti údajov a subjektívnej potreby hodnotenia v krajine. V skupine sú zaradené všetky kvantitatívne ukazovatele (proces je možné kvantifikovať absolútne alebo pomerom): napr. počet hospitalizovaných pacientov, počet zomretých pacientov, % zomretých, počet ošetrovacích dní, priemerná dĺžka hospitalizácie, počet operácií, % operácií z celkového počtu hospitalizácií, počet komplikácií, počet akútnych a plánovaných hospitalizácií, počet rehospitalizácií pre rovnakú diagnózu, počet prekladov odchádzajúcich a prichádzajúcich, počet jednotlivých diagnóz, case-mix index, frekvencia prípadov, priemerný vek, podiel excesívnych prípadov časových, podiel excesívnych prípadov nákladových, priemerné náklady na hospitalizáciu, priemerné náklady na diagnózu, štruktúra nákladov na podielové súčasti hospitalizácie, atď. Do tejto skupiny ukazovateľov je možné zaradiť aj CDA (*Cost Drivers Analysis*) ako základ analýzy spotreby zdravotnej starostlivosti. Hlavnými „*cost drivers*“ procesu starostlivosti sú: čas (dĺžka pobytu v nemocnici vyjadrená počtom ošetrovacích dní), technológie – nákladné prevádzky (JIS, operačné sály) alebo nákladné procedúry (operácie, dialýzy), prostriedky – nákladné lieky (cytostatiká, antibiotiká, antimykotiká) alebo implantáty (defibrilátory, kĺbne protézy). Štatistickými metódami je možné napr. tieto náklady na *cost drivers* optimalizovať.

Komplexné hodnotenie nemocníc bude vyžadovať vypracovanie štandardizovanej metodiky zberu údajov, štandardizovanej metodiky výpočtu jednotlivých ukazovateľov a spôsob ich interpretácie, váhu týchto ukazovateľov pre sumárne vyhodnocovanie, pri porovnávaní určenie referenčnej hodnoty, vybudovanie dátového skladu, určenie oprávnení pre prezentáciu výsledkov hodnotenia. Pre spracovanie hodnotenia v jednotlivých oblastiach a podľa osobitných kritérií je využitie moderných informačných technológií samozrejmosťou. Podmienkou je však i fungujúci nemocničný informačný systém.

4.3. KTO MÁ HODNOTIŤ

Hodnotenie nemocníc, aby bolo akceptované všetkými zložkami spoločnosti, pre ktoré je určené, ako aj samotnými nemocnicami, musí spĺňať podmienku komplexnosti, objektivity a nezávislosti.

Na základe skúseností vo vyspelých krajinách Európskej únie, dlhodobosť vypracovania plne funkčného modelu hodnotenia nemocníc (ale aj ostatných segmentov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti), vzhľadom na rozsah údajov, očakávané výstupy **považujem za najvhodnejšie vytvorenie samostatnej inštitúcie, spoločnosti, ktorá by sa cielene venovala problematike kvality, efektivity a efektívnosti v zdravotníctve**. Dôležité pre získanie kreditu novej spoločnosti bude personálne zabezpečenie odborníkmi, ktorí sú nezávislí a všeobecne uznávaní v odborných kruhoch prostredia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

4.4. OČAKÁVANÉ PROBLÉMY

Pri uvádzaní navrhovaného modelu komplexného hodnotenia do reálneho života predpokladám vznik viacerých problémov, ťažkostí a samozrejme aj odmietanie. Aké problémy to môžu byť:

- **legislatívne:** hodnotenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v navrhovanej komplexnej forme nie je súčasťou žiadneho platného právneho predpisu a je predpoklad, že ešte veľmi dlho ani nebude;
- **inštitucionálne:** nie je možné očakávať, že niektorá z existujúcich organizácií (napr. Národné centrum zdravotníckej informatiky, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) začnú na modele hodnotenia nemocníc pracovať; spracovávanie pod gesciou Ministerstva zdravotníctva SR je iluzórne; vznik novej spoločnosti môže byť spojený s problémom personálneho zabezpečenia vhodnými schopnými pracovníkmi, nezanedbateľná je aj otázka financovania;
- **technologické:** prístrojové zabezpečenie prostriedkami IT a najmä softwarové vybavenie (programy na spracovávanie jednotlivých ukazovateľov), finančná stránka zabezpečenia tohto zariadenia;
- **odbornosť:** spracovanie navrhovaného projektu hodnotenia vyžaduje vytvoriť tím skúsených odborníkov z oblasti medicíny, systémov riadenia kvality v zdravotníctve, ekonómie, matematickej štatistiky, softwarového inžinierstva (programovanie);

- **nezávislosť:** skutočný záujem zúčastneného tímu odborníkov na objektívnom hodnotení zdravotníckych zariadení, bez snahy uplatňovať individuálny prospech;
- **zber údajov:** ochota všetkých subjektov (poskytovateľ, poisťovňa, MZ SR, NCZI) odovzdávať údaje potrebné pre spracovanie jednotlivých kritérií, vybudovanie priestoru na dátový sklad;
- **určenie vlastných kritérií hodnotenia, indikátorov posudzovania a porovnávania, určenie váhy jednotlivých kritérií:** dohoda v tíme odborníkov, ktorí systém hodnotenia budú pripravovať a spracovávať a akceptácia medzi tímom odborníkov a zástupcami nemocníc;
- **prijatie projektu hodnotenia nemocnicami:** poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietnu program ich hodnotenia, pokiaľ nie je legislatívne ustanovený, problém bude zrejme najvypuklejší v časti ekonomicko-finančného hodnotenia (súvisí aj s ochotou odovzdávania údajov).

4.5. PRÍNOSY KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NEMOCNÍC

Výsledky komplexného, pravidelného, objektívneho a nezávislého hodnotenia nemocníc budú mať význam pre všetkých účastníkov v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti:

- pacientov – konzumentov zdravotnej starostlivosti,
- nemocnice – poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- zdravotné poisťovne – platiteľov poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Zásadným prínosom komplexného hodnotenia je odstránenie informačnej asymetrie všetkých zúčastnených.

Pacient má zákonné právo na voľbu poskytovateľa. Aby toto právo mohlo byť naplnené, musí mať každý občan k dispozícii potrebné údaje o kvalite zdravotníckych zariadení, na základe ktorých sa môže kvalifikovane rozhodovať. Verejne dostupné informácie o kvalite a činnosti jednotlivých zdravotníckych zariadení v SR sú pre toto rozhodovanie zásadným predpokladom.

Nemocnica na základe výsledkov spozná svoje silné aj slabé stránky, hodnotenie umožní cielené odstraňovanie nedostatkov a bude viesť k neustálemu skvalitňovaniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Predpokladáme, že poznanie postavenia medzi rovnocennými partnermi bude motivačným faktorom k dosahovaniu lepších výsledkov.

Zdravotná poisťovňa komplexným hodnotením získa podrobné informácie o činnosti jednotlivých ústavných zdravotníckych zariadení, ich oddelení, výkonoch, výsledkoch, komplikáciách, efektívnosti, vzťahu k pacientom a z obmedzených zdrojov bude môcť diferencovaným nákupom zabezpečovať pre svojich poistencov čo najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť. Výsledky hodnotenia môžu mať v kritériách stanovených poisťovňou pre uzatváranie zmluvných vzťahov s poskytovateľmi (zákon č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov) rozhodujúcu váhu.

Výsledky hodnotenia by však mali byť prínosom aj pre Ministerstvo zdravotníctva SR ako orgánu zodpovedného za štátnu zdravotnú politiku.

Komplexnosť hodnotenia jednou inštitúciou, pri zabezpečení štandardizácie spracovania údajov, odstránení diferencie, ktoré vznikali pri izolovaných hodnoteniach rovnakých ukazovateľov jednotlivými poisťovňami, rovnako odstráni chybu malých čísel, ak podiel poistencov jednej poisťovne nedosiahne štatisticky významné hodnoty v niektorom regióne, resp. oddelení nemocnice. Jednotné softwarové spracovanie, možnosť opakovanej kontroly zabezpečí objektivitu a vylúči individuálne zásahy a možnosť deformácie výstupov hodnotenia.

V budúcnosti po zavedení pravidelného hodnotenia uvedených štyroch oblastí, je možné model rozširovať o ďalšie dimenzie, napr. osobitne vyčleniť problematiku hodnotenia bezpečnosti pacientov a predchádzaniu bezpečnostných incidentov, hodnotenie manažmentu nemocnice a hodnotenie nemocnice manažmentom, atď.

5. ZÁVER

V práci je predložený teoretický model komplexného hodnotenia nemocníc – poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike. Projekt je spracovaný pre štyri oblasti: hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, hodnotenie spokojnosti pacientov, hodnotenie spokojnosti zamestnancov a ekonomicko-finančné hodnotenie nemocníc. Prezentované prínosy hodnotenia nemocníc z hľadiska významu a dlhodobej perspektívy, napriek možným rizikám a problémom, sú jednoznačným dôvodom pre zavedenie modelu a jeho uplatnenia v praxi. Model je možné v budúcnosti dopĺňať o ďalšie, podrobnejšie dimenzie hodnotenia.

LITERATÚRA

1. Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov
2. Nariadenie vlády SR č. 51/2009 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády SR č. 663/2005 Z. z.
3. Hlavačka S., Bacharova L., Rusnáková V., Wágner R.: Výkon nemocníc na Slovensku vo vzťahu k uplatňovaným generickým stratégiám podľa Portera, Bratisl. Lek. Listy, 102, 2001, č. 2, s. 106-114
4. Murgaš M.: Ekonomika zdravotníckych služieb, Studia oeconomica 17, Ekonomická univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2004, s. 169
5. www.quality.healthnet.sk
6. www.hc-institute.org
7. www.health.gov.sk
8. Študijné materiály HMA



MUDr. Viera Lesáková pôsobila ako revízy lekár vo viacerých zdravotných poisťovniach, viedla odbor zdravotný a revízy VŠZP. V súčasnosti pracuje v OÚsA Bratislava.

» kontakt

lesakova@centrum.sk

Klasická vs. alternatívna medicína

Záznam z diskusie na HMA akadémii v rámci modulu Etika v zdravotníctve a základný balík zdravotnej starostlivosti

V rámci vzdelávacieho programu Manažér, ktorý už tretí rok pripravuje akadémia HMA, sa 4. 11. 2009 v Piešťanoch uskutočnila diskusia na tému: „Klasická vs. alternatívna medicína“. Moderátorom diskusie bol opäť Štefan Hríb (ďalej uvádzaný pod skratkou ŠH) a naše pozvanie do panelu prijali Peter Križan (PKr), Marián Šuch (MŠ), Peter Kováč (PKo) a Daniel Lipšic (DL). Diskusné príspevky divákov sú označené skratkou (A) – auditórium. Prepis obsahuje len časť dvaapohodinovej, miestami veľmi živej diskusie.

ŠH: Najprv sa zástancov klasickej medicíny opýtam: čo sa má na mysli pod pojmom klasická?

PKr: Ja to takto nedelím, ja by som túto otázku dal naopak. Pre mňa neexistuje alternatívna medicína, pre mňa existuje buď alternatívy v rámci medicíny alebo alternatíva k medicíne.

ŠH: Čiže buď je dobrá medicína alebo žiadna. Alternatívna medicína je však pojem, ktorý sa zaužíval. Používa „holistický princíp“, naším slovom, že zaoberá sa celým človekom. Vy klasici, sa nezaobráte celým človekom?

PKr: Zaoberáme, ale keby sme to takto chceli deliť, tak by sme museli povedať, že existuje určitý európsky model vývoja, vedy, osvietenstva a modernizmu atď., ktorý priniesol vedu a súčasťou toho je aj medicína, hovorí sa tomu medicína založená na dôkazoch. A to je tá medicína, ktorá je dnes u nás klasická bez ohľadu na to koľko to má rokov, je to štandard, je to norma, je to to, čo sa prijíma. Ja nechcem tie alternatívy typu 1000 rokov v Číne podceňovať, ale sú to iné kultúry,

iné zvyklosti, iný svet. Pre to, čo zažívame my, čomu rozumieme, čo sa učíme a za čo nás platia, tak voči tomu niet alternatívy, ktorá by sa nazývala medicína. Proste to je alternatíva, ktorá je mimo medicíny v tomto zmysle.

ŠH: Prvé, čo Ťa napadne, čo je to klasická medicína?

DL: To, čo ma učili rodičia, lekári doma.

ŠH: To je čo?

DL: Tradičné postupy ľudí, ktorí majú vzdelanie na lekárskej fakulte.

ŠH: A prvé čo ťa napadne čo je to alternatívna medicína?

DL: Napadne ma ako prvé akupunktúra, všelijaké také filipínske zázračne operácie.

ŠH: Teda napadne ťa niečo také, že je to šarlatánske?

DL: Napadne ma šarlatánstvo ale napadnú ma aj bylinky, čo je celkom fajn.



- ŠH: A posledná vec na teba v prvom kole, vieš o tom, že alternatívna medicína je staršia ako klasická?
- DL: No len my sa pozeráme na to z nášho pohľadu, našej civilizácie. Akupunktúra je vraj v Číne klasická. Alternatívna je podľa mojej mienky je relatívny pojem, akože k niečomu alternatívna. T.j. v Číne je možno operácia bypassu alternatívna medicína.
- ŠH: Ty si teda skôr zástancom klasickej medicíny?
- DL: Áno.
- ŠH: Tu zaznela takáto veta: že klasická medicína, postupuje na základe dôkazov vedy. Z toho mi hneď vyplýva, že vy, alternatívni, postupujete bez ohľadov na dôkazy. Prečo postupujete bez ohľadov na dôkazy?
- MŠ: Nepovedal by som, že nepostupujeme na základe dôkazov, pretože má to jeden fígel'. Každý človek je jedinečný a tá jedinečnosť sa veľmi ťažko opakuje. Na konci letáčiku k liekom máte vždy napísané asi dve stránky vedľajších účinkov alebo možných účinkov tohto lieku, ktorý je vedeckou medicínou považovaný za bezpečný, za správny, jedinečný. A on nefunguje, prípadne spôsobuje ďalší problém. Keď lekár pristupuje k pacientovi, nepremýšľa nad tým, či použije alternatívu alebo tzv. klasiku, ale či chce pacienta vyliečiť a hlavne či chce vyriešiť jeho problém, často bolestivý. Koľkokrát však lekár pacienta nevidí a rieši ho cez počítač, prístroje, MR, CT atď. Je to pre neho diagnóza, žiadny človek, duša. Dnes sme pacienta rozrezali, zhistologizovali, urobili mu nejaké merania v krvi, ale nevieme veľa vecí o ňom, čo pacienta k tej chorobe viedlo. Ten „klasický“ lekár nemá čas sa s pacientom rozprávať v ambulancii 30 min. a skúmať ako ku problému došlo. Nápor je obrovský a tí lekári sa stávajú klasickými v tom zmysle, že sa chcú toho pacienta zbaviť, nechcú ho ani vidieť.
- ŠH: No a teraz vy na tú moju otázku odpovedáte, že vy postupujete rovnako na základe dôkazov.
- MŠ: Skúseností. Povedzme, že dôkazu nie. Ťažko sa zopakuje ten istý prípad u ďalšieho človeka, pretože neexistuje u dvoch ľudí rovnaká hmota, rovnaké myslenie, rovnaké prostredie rodiny, životospráva, proste to neexistuje.
- ŠH: Vy klasici tvrdíte, vyostrujem to, že keď pacienti za alternatívnu medicínu zaplatia v nádeji, že ich to vylieči, tak to ich lieči tá nádej. Na druhej strane, vy alternatívci tvrdíte, že klasická medicína rieši iba maličkosti, druhotné veci. Nelieči príčinu, ale iba následky. Nezaobera sa celým človekom. Takže toto sú dva úplne sa nestretávajúce sa svety, či sú?
- A: Svojím spôsobom. My sa snažíme mať nejaký dôkaz, čiže ak má kolegyňa zaoberajúca sa homeopatiou presvedčiť, že existuje dvojité, zaslepený pokus, štatisticky významný a že pacient mal naozaj chrípku a naozaj mu ten liek nejaký pomohol a že on nevedel čo užíva a čo mu doktor dáva, všetky tie klasické pravidlá správnej klinickej praxe a všetko to funguje a potom sa to publikuje v nejakom british medical journal. Zajtra ten liek v momente píšem.
- PKo: Tu je trochu problém, ani klasická medicína nemá na všetko dvojité randomizované štúdie.
- A: Áno, ale klasická medicína sa snaží. Klasická medicína má limity čiže očakávanie pacienta sú nejaké, niečo síce viem diagnostikovať.
- MŠ: Bol som tiež obvodák. Určite vás nezaujímam, akú ma životosprávu ten pacient, čo jedáva, na rôzne návyky, ani stravu. Netestujete to. Ja to testujem.
- A: Ale u mňa nečaká pomoc týmto smerom. U mňa očakáva, že mu predpíšem recept. Samozrejme viem, že je to blbosť. U vás nejde pre ten recept, ale ide po ten rozhovor. Čo ja naozaj pri 70 ľuďoch v čakárni za deň nemám šancu urobiť.
- DL: Ja si myslím, že problém je ten, či je možné pokladať medicínu za vedu. Ja si myslím, že medicína veda je. Mne sa zdá, že alternatívna medicína sama seba za vedu nepovažuje. Skôr je tak trošku vec viery. Na druhej strane prečo to nie je veda, je že každá veda akceptuje, že má nejaké limity a jediné dve disciplíny, ktoré to neakceptovali boli marxizmus a psychoanalýza. A mne sa zdá, že alternatívna medicína tiež tvrdí, že žiadne limity nemá, že vlastne vyrieši v princípe všetko. A tým sa mi zdá, že to nie je moc vedecká disciplína, že je to skôr otázka viery.



- MŠ: To určite netvrdí. Sú stupne ochorenia u ľudí, ktoré sú liečiteľné. Existuje tabuľka, ktorá hovorí o postupe degenerácie alebo postihu tkanív až ku konečnému štádiu, čo je smrť bunky. V každej etape sa nájde riešenie. Či už to rieši človek čajom, tabletkou, diétou, akupunkturou, masážou, tancom. Všetko má svoje limity. Na konci sa uchýlime k chemoterapii. Podľa mňa tá živá bunka má určitú schopnosť sa posúvať v osi k zániku a môže sa aj zotaviť, zachrániť a môže ísť naspäť.
- ŠH: Čiže vy hovoríte, že neviete liečiť všetko, ale do nejakého štádia.
- A: Problémom tej klasickej medicíny je, že lekár sa enormne vzdialil pacientom. Medzi lekárom a pacientom je neprekonateľná vzdialenosť, obrovská anonymita, medicína sa stala veľmi technickou, aby mal doktor názor. Špecialista, ktorý operuje pravé koleno neoperuje ľavé, čiže došlo k obrovskej atomizácii medicíny. Diagnostik typu Dr. House existuje len vo filme, čiže stanoviť správnu diagnózu pacientovi je technicky nemožné.

- ŠH: Každá choroba má nejaký kontext príčiny a tak, napr. obličkové kamene, žlčníkové kamene majú nejaký emocionálny základ?
- A: Áno. Toto napríklad čínska medicína diagnostikuje ako základ, príčinu prečo tento problém nastal. Pokiaľ som už napríklad unavený a mám vnútorný pocit odstupu tak chrípku určite dostanem. Napr. ten žalúdok, ani jeden človek nepríde k žalúdočnému vredu len tak z ničoho nič, že by nemal v žalúdku doslova niekoho, že ho niečo tlačí, nemôže preglgnúť, jednoducho, že ho v tom živote nemôže prejsť. To je to, čo nemôžem vstrebať, čo sedí a tlačí. Pri sedeniach sa snažíme zmeniť emocionálne cítenie človeka v súvislosti so zmenou jeho postoja a vtedy keď je to takto celostné tak naozaj neexistuje choroba, ktorú nie je možné vyliečiť. Existujú iba nevyliečiteľní ľudia.
- ŠH: Iba mám takú trošku provokatívnu otázku na jednotlivú odpoveď. Ak by teda sme mali správne postoje a to všetko, tak by sme nezomreli?
- A: To nie je vôbec o tom. Samozrejme človek by zomrel na starobu. Pretože my vieme, že bunky majú schopnosť obnovy a dokonca je prepočítané, že do 130 rokov by naše bunky mali byť funkčné. Ak by sa človek dokázal vyladiť a zharmonizovať, určite by sa ten ľudský vek predĺžil.
- ŠH: Téza je teda taká, že alternatívna medicína rieši naše duševné prežívanie a nie samotné fyzické veci. Že tie fyzické veci sú len dôsledkom emócií, hodnôt, postojov, pocitov a tak. Súhlasíme alebo nesúhlasíme?
- PKr: Nie. Ja sa vrátim k tomu, že chcem nájsť taký spôsob zmiernu, že ja potrebujem najprv počuť, ktoré postupy toho, čo ste vy sa pokúsili nazvať alternatívnou medicínou sú alternatívou k čomu. To je otázka tej vedeckej skúsenosti. Povedzme, že máme hypotézu: preočkovaním nejakého % populácie proti chrípke zabránime epidémii alebo pandémie chrípky. Voči tomu môže existovať alternatíva, že namiesto toho, aby sme očkovali napr. deti v Piešťanoch, každému dieťaťu sme venovali polhodinu rozhovoru v alternatívnej ambulancii a deti nebudú mať chrípku. To je alternatíva, ešte to nie je alternatívna medicína, je to alternatíva voči očkovaniu. A potom môžeme porovnať Piešťany, kde je 936 detí a napr. Levice, kde je 938 detí, čo je približne rovnaký počet, pričom v Leviciach očkovali a v Piešťanoch sa s nimi rozprávali pol hodinu. V Leviciach všetci mali chrípku a v Piešťanoch nikto. Potom je to overené a môžeme pokračovať v tých rozhovoroch za predpokladu, že máme dostatok ľudí a peňazí na to, aby namiesto 3 sekúnd očkovania sa 30 min. s nimi rozprávali. To je potom metóda voľby, aj keď je ten dôkaz. Existuje v rámci klasickej medicíny problémy a medzery, ktoré tá tzv. alternatívna medicína využíva ako marketingovú diery. Využíva diery na trhu, lebo on má 70 pacientov v ambulancii a nerozpráva sa a robí to na Krankasu za 37,20 starých peňazí 1,3 € na mesiac paušál. A tak ten človek ide za 70 € vedľa a polhodinu sa s ním rozprávajú. No za takú cenu mongolský štátny rozpočet nestačí na naše zdravotníctvo.
- ŠH: Nie je to tak, že všetky choroby sú dôsledkom psychických, duševných a emocionálnych...



- PKr: Rakovina je to isté, ako keď ťa zrazí električka.
- DL: Keď sa dieťa narodí a má hemofíliu, tak je to genetické nie? Aby sme zas nešli do extrému, že všetko je psychicky determinované.
- PKo: Z môjho cynického pohľadu sme prišli k záveru, že základný problém klasickej medicíny je pacient. Keby nebolo pacienta, tak všetko dobre funguje. Jedni tú zastávajú názor, že medicína je veda, iní majú iný názor, v podstate v tej prapôvodnej histórii medicína bola považovaná za ars sciencia, v podstate my sme sa skôr odklonili od tohto chápania a išli sme tým vedecko-technickým smerom. Vyprázdnil sme to pole kvázi umenia, to umelecké predstavenie, že lekár príde s kufříkom obradne oblečený, ukloní sa, proste, ten krásny postoj k tej obradnosti niekde ušiel a vytvorili sme diery na trhu. Či tá alternatívna medicína nie je momentálne iba dočasný marketingový ťah.
- ŠH: Počkaj, ale alternatívna je tá čínska, ktorá má tisíc rokov a nie je komerčná.
- PKo: U nás je komerčná. Je fajn, že tam prídem a môžem sa objednať cez internet, to sa dá už aj do klasickej. Keď sa na to pozriem z môjho skeptického pohľadu, nájde si tam niekto na mňa čas, idem do nejakého krásneho privátneho centra. Všetko však má svoje limity, aj tá krásna obradnosť. Niekedy ten človek aj z tej alternatívy rád príde naspäť k tej klasike.
- ŠH: Otázka je, či pripúšťame tú alternatívu? Vlastne to je tá otázka? To je vlastne tá otázka, aby sa viac lekári venovali pacientom?
- PKo: Je klasickej medicíny, potom sú tu doktori, ktorí robia niečo, čo sa nazýva alternatívna medicína, potom tu máme ľudových liečiteľov. Proste liečiteľom sa stanete dôkazom úporným tvrdením. Vyhlásite sa za liečiteľa, dostatočne dlho to tvrdíte a ste liečiteľ. Ja uznávam, že medzi nimi sú ľudia, ktorí sa vyznajú v bylinkách, dokážu pomôcť, to je tá klasickej ľudová múdrosť, ale potom sú tam tí „hodte dvacku“.
- ŠH: Vieš tam dať nejakú líniu, taký deliaci pás, toto je úplná blbosť, toto nie je?
- PKo: Tak keď mi niekto za dvacku povie, že mám nejaký problém so slezinou a po úraze ju už mám 10 rokov vonku, si o ňom pomyslím svoje teda a tú dvacku si budem pýtať naspäť.



PKr: Ja by to skúsil ilustrovať, ten spor, na tom príklade *lege artis*, teda *podľa ducha umenia medicínskeho*. Keď sa rozštiepila medicína na medicínu diagnosticko-úvahovo-terapeutickú a lekárnictvo a lekárnik vyrábal tie liečebné látky, tak vtedy vznikol pojem recept. Ja ako lekár poviem tomu magistrovi farmácie, čo má spraviť. A recept je odvodený od toho, že vezmi „recipe“ a urob z toho to a to. Recipe et misce fiat unguentum, teda vezmi a miešaj, kým nevznikne masť. A ten lekárnik v zmysle tej inštrukcie sa nesmel od tej receptúry (od receptu vzniklo receptúra) odkloniť. On nesmel myslieť, on smel len konať. Dnes tomu hovoríme „guidelines“, on musel dodržiavať guidelines. To *lege artis* je v tom, je, že pravdepodobnosť, že nepoškodíš pacienta, keď dodržiavaš guidelines, je oveľa vyššia, ako keď robíš to, čo si práve vymyslíš. To je skúsenosť, to je prax, to nie len veda, to je tá tisícročná skúsenosť. Nad tým potom je to *lege artis*, že ten najvzdelanejší a najskúsenejší odborník môže povedať, že v tomto prípade, je možné prekročiť dávku alebo je možné použiť tú chemikáliu v inej indikácii, pretože moja skúsenosť mi dáva dostatok dôvodov tak urobiť. To je to, čo sa volá *lege artis*. Ale aby sa to mohlo stať guidelineom, musí sa to overiť a vyskúšať v nejakom kontrolovanom procese. Celá medicína je každý deň alternatívna, pretože stále vznikajú nové alternatívy liečebných postupov, ale alternatívy voči guidelinee, voči tomu, čo platí. Áno robíme chyby, nemáme čas na pacienta, robíme zlé diagnózy, CT robíme preto, aby sme zarobili, nie preto, aby sme diagnostikovali, magnetické rezonancie robíme preto, aby sme splatili magnet, ktorý sme si kúpili, keď sme v nemocnici tak aj vrátane korupčnej prirážky,

keď sme mimo nemocnice tak vrátane leasingovej prirážky, proste robíme tie vyšetrenia preto, aby sme vyprázdnilí čakáreň, aby sme splatili svoje záväzky, nielen preto, aby sme pomohli pacientovi. Tým vytvárame na trhu diery pre ľubovoľné alternatívy, ktoré nemusia byť alternatívy v zdravotníckom a medicínskom zmysle.

MŠ: Samotná podstata medicíny spočíva v bolesti. Čo privádza pacienta k lekárovi, že? Bolest', trápenie. Takže spôsob, ako tú bolesť odstrániť – je niekoľko, máte niekoľko možností. Guideliny, ktoré boli vytvorené dnes, sám povedal Peter Križan, že zajtra už neplatia. Modifikujú sa.

PKr: Platia, kým sa nenahradia novšími platnými.

MŠ: V minulosti, veľmi dávno boli šamani, ktorí si zakrývali tvár maskami, mali špeciálne oblečenie. Dnes lekár, keď je vysoko kvalifikovaný má masku, tiež má nejaký odev, tá symbolika tam ostáva, tá sa nezmenila. Čo sa zmenilo je to, že máme viac techniky, naozaj ten lekár dal ruky dole z pacienta. Môžem povedať, že 20 rokov dozadu lekár nemal toľko magnetov, CT, neviem, čo hovšetko možného, musel sa spoľahnúť na svoje zmysly, pacienta vypočuť, vyšetriť a potom zväziť nejaké vyšetrenia. Dnes laboratória chrlia takéto štósy papierov. Príde pacient s takýmto štósom a povie mi pán doktor, čo mi je. Nepovie mi, mňa toto bolí. Donesie papier, a povie čo mi je. Ja neviem, odpoviem. Pozrie sa na mňa: ako to, že to neviete, vy ste lekár, vy tu máte výsledky! Mne nemôžu povedať o funkcii pečene tri parametre, tri enzýmy, z množstva, ktorá tá pečeň produkuje. Ja nemôžem povedať o funkcii obličky päť parametrov, ktoré vyšetrujeme štandardne, to nehovorí o tom ako tá oblička naozaj funguje, to hovorí o guidelineoch, ktoré sa za tú éru do dnešného poznania vedecky vytvorili. Myslím si, že ten obvodný lekár z toho tlaku 70 ľudí pred ambulanciou nie je schopný absorbovať dnes to množstvo dát, ktoré dostáva, či je to CT, MR, labák, to je jedno čo, dokonca už nie schopný ani počúvať. Mne príde pacient a mi povie, viete, čo sa mi stalo, ja som prišiel do dverí, povedal som pán doktor dobrý deň, bolí ma tu a tu, to Vás nemôže bolieť. Proste ten lekár neguje pacienta, neguje do slova a do písma.

ŠH: Stále sme pri tom, že vy vlastne len hovoríte, že tá klasická medicína má príliš málo času a málo prostriedkov na ľudí. Riešením je nech majú lekári viac prostriedkov a času na ľudí, načo alternatívna medicína ?

HOMEOPATICKÝ KOMIX



ROZRIEDENÝ S BIELYMI BODKAMI 1 000 000-KRÁT
PRE VÄČŠIU ZÁBAVU

LUKESURL.COM

DL: Možno na doplnenie, nikto netvrdí asi, že klasická medicína je ideálna, že vie všetko vyliečiť, ale to dôkazné bremeno pri porovnaní klasickej alternatívnej je pomerne nízka podstata. Stačí, že je lepšia ako všetko ostatné, stačí, že je lepšia ako tá alternatívna, má lepšie výsledky. Ona ideálna byť teda nemusí. Ale však zlepšujeme ju samozrejme, alebo dôkazné bremeno je prekliate nízko.

ŠH: Ešte teraz k tomu teraz, teraz je dôležitá tá ekonomická otázka. V tejto miestnosti sú zástancovia alternatívnej, tak ako sme si ju definovali a tej klasickej. Ale v tejto miestnosti nie je nikto, kto zo svojho poistenia dal peniaze na tú alternatívnu, všetko ide na klasickú. Alternatívna nie je platená zo štátu. Má alebo nemá byť platená zo štátu?

DL: Nevie. Nevie na to odpovedať. V princípe ja si myslím fajn, každý by sa mohol rozhodnúť, či chce, aby jeho poistenie pôjde na klasickú alebo alternatívnu a tam sa budem liečiť. No problémová otázka by vznikla, že alternatívna by moc nepomohla, zrazu by prišiel v kolapsovom stave.

ŠH: Myslím to tak, že čo sa vyzbiera na zdravotníctvo, by sa dávalo aj na klasickú aj na alternatívnu.

DL: Potom by to podľa mňa malo byť založené na slobodnej voľbe toho človeka, že rozhodne kam pôjde. Keď sa môžu ľudia rozhodnúť, že ľudia dajú peniaze do druhého piliera, fajn, nech sa rozhodnú, že dajú peniaze zo zdravotného poistenia buď na klasickú alebo alternatívnu. A potom, keď budú mať nejaké problémy, pôjdu tam alebo tam.

ŠH: Ale to je iná vec, tú ide o zdravie, nemôžeš od laika chcieť, aby vedel rozlíšiť, či dá len na alternatívu a potom ho nebudú môcť operovať.

DL: Tak potom si ju mal zaplatiť. Existujú krajiny, v ktorých nie je povinné zdravotné poistenie. Tam riešia urgentné zdravotné prípady tak, že poskytnú život zachraňujúci úkon, ktorý si pacient musí zaplatiť, inak ide do konkurzu.

ŠH: Dobré, ale to si vymyslel ten model, že každý by sa rozhodoval. Existuje iný model a to, že to čo dávame na zdravotníctvo my z našich daní by sa dávalo aj na alternatívne kliniky. Prečo nie ?



DL: Kto by rozhodoval, v akom pomere?

ŠH: Aj dnes sa to rozhoduje medzi jednotlivými nemocnicami, tak by neboli len klasické ale aj alternatívne.

DL: V akom pomere by si to rozdelil, keby to nebolo slobodné rozhodnutie človeka platiaceho poistenie ?

ŠH: Štát by to musel rozdeliť.

A: Tajomstvo toho účinku je podľa mňa preto, že si to ľudia platia, že to nie je v balíku. Peniaze, cena tej zdravotnej starostlivosti alebo spoluúčasť pacienta má terapeutický účinok. Za úspechom alternatívnej medicíny je placebo efekt.

PKr: Dve námietky, k placebo a cenám. Najprv ceny. Existuje v bodovníku položka č. 1 je konzultácia po telefóne. Ak ja chcem osobne komunikovať s tým prostredím, ktoré pacienta navádza na tú trajektóriu, tak mu zatelefonujem, zatelefonujem jeho lekárovi, že ako genetik som zistil niečo, aby sme sa zase dali dokopy a pomohli tomu pacientovi. Ten bod č. 1 je cez poisťovňu hračený tak, že mi nekryje ani 50% nákladov na jeden telefonát mobilom, nieto 3, nieto ďalšie stretnutia s tými ľuďmi. To znamená, že mňa ten systém odmeňovania odrádza od toho, aby som sa venoval. Ja to robím zo zvyšku svojich peňazí, hlúpo, nezmyselne, netrhovo. Tu netreba platiť alternatívnu medicínu cez poisťovne. Stačí, aby sme tú starostlivosť, ktorú máme v bodovníku formálne, ocenili primeraným spôsobom, aby sme sa tým pacientom naozaj venovali.



Placebo nie je otázka náhrady ako technologickej náhrady psychického pôsobenia. Placebo je výskumná metóda, kedy sa skutočne účinný liek alebo predpokladane skutočne účinný liek porovnáva s neúčinným. To nie je testovanie ničoho alebo psychiky. Placebo je testovanie účinného lieku proti neúčinnému. Placebo nefunguje nikdy.

ŠH: Na záver vráťme sa k tomu: Aký rozdiel medzi alternatívnou a klasickou medicínou, potom, čo sme tu všetko povedali a počuli ?

DL: Klasická medicína je veda, ktorá pracuje s klasickým vedeckým inštrumentárium a alternatívna medicína je o viere, ktorá vyplýva z individualizovaných prípadov t.j. niečo čo je na hranici náboženstva.

PKr: Podľa doterajších známych skutočností/dôkazov, nepovažujem homeopatiu ani alternatívnu medicínu za alternatívu klasickej medicíny.

MŠ: Alternatívna medicína má svoje obmedzenia, napr. pri akútnych stavoch ako je zápal pľúc nám alternatívna medicína nepomôže.

ŠH: Išli by ste niekedy na alternatívnu medicínu ?

PKo: Prečo nie ?

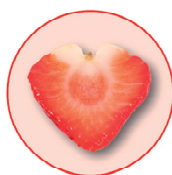
DL: Asi nie.

PKr: V rámci medicíny som ochotný uvažovať o akejkoľvek alternatíve. Absolvoval som Piešťany niekoľkokrát ako pacient a to považujem za istú formu alternatívy. Homeopatiká by som nezobral.

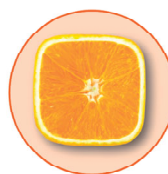
MŠ: Určite áno. V podstate na akúkoľvek.

ŠH: Ďakujem, že ste prišli.

zapísali: SIMONA FRISOVÁ a IVANA MORVAYOVÁ



Program **Lekár**



Program **Reformátor**



Program **Manažér**



Program **Lekárnik**



Program **Mix**

Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

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

www.hma.sk