

## **Novou riaditeľkou VšZP má byť Ľubica Hlinková**

**(3. októbra 2018, ZdN)**

Ministerstvo ešte čaká na stanovisko úradu pre dohľad

Novou riaditeľkou Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP) by sa mala stať Ľubica Hlinková. Informovala o tom hovorkyňa Ministerstva zdravotníctva SR Zuzana Eliášová.

„Ministerstvo zdravotníctva je pripravené poveriť vedením VšZP doterajšiu riaditeľku odboru liekovej politiky a centrálnych nákupov Ľubicu Hlinkovú,“ oznámilo ministerstvo.

Rezort v súčasnosti ešte čaká na stanovisko Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, o ktoré v súvislosti s poverením Hlinkovej poisťovňa požiadala.

Kočan abdikoval minulý týždeň

Doterajší riaditeľ VšZP Miroslav Kočan sa vzdal svojej funkcie v piatok minulého týždňa. Dôvody, pre ktoré sa tak rozhodol, nezverejnil.

Zároveň poisťovňa informovala, že sa s ministerkou Andreou Kalavskou dohodli, že dôvody abdikácie nebudú komentovať.

Kočan nastúpil do funkcie generálneho riaditeľa VšZP 17. mája 2016, bol súčasne aj predsedom predstavenstva

---

## **Priniesla lieková novela sľubované benefity? Aj o tom sa diskutovalo na konferencii Slovenské zdravotníctvo 2018**

**(3. októbra 2018, SITA)**

3. október 2018 - Hlavnou témou prvého bloku konferencie Zdravotníckych novín Slovenské zdravotníctvo 2018 boli novely súvisiace s liekovou politikou. Počas prvého panelu sa tak diskutovalo o dopadoch novely noviel na liekovú politiku v praxi.

Odborníci rozoberali prínosy nosných legislatívnych zmien, ktoré mali zabezpečiť podľa rezortu príchod inovatívnych liekov do systému zdravotníctva, zámerom bolo aj zrušenie liekov na takzvané výnimky, pričom tieto lieky mali vstupovať do kategorizácie. Diskusiu neobišla ani lekárenská pohotovostná služba, ktorá ako jediná pohotovostná služba finančne nekompensuje poskytovateľov za jej vykonávanie.

Dva nosné zákony

V úvode generálny riaditeľ Sekcie farmácie a liekovej politiky MZ MUDr. Peter Musil, MSc., uviedol, ktoré kľúčové legislatívne zmeny boli prijaté. Spomedzi viacerých vybral dve, ktorým sa venoval rozsiahlejšie. Išlo o zákon 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín (zákon 363) a zákon 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach (zákon 362).

„Keď hovoríme o zákone 363, hlavné oblasti novely sú zvýšenie ochoty štátu platiť za nákladovo efektívnu liečbu. To znamená, boli zavedené nové pravidlá pre stanovenie prahovej hodnoty. Ďalej novela zmenila prístup k prevalencii, z 1:100 000 sme prešli na 1 k 50 000.

Zavedli sme multikritériálne hodnotenie, spresnili sme pravidlá podmienenej kategorizácie liekov a takisto sme spresnili podmienky na úhradu výnimiek,“ zhrnul P. Musil.

Ako ďalej uviedol, pevne stanovené obdobie podmienenej kategorizácie (24 mesiacov) sa ruší a ustanovuje sa, že liek je podmienene zaradený, pokiaľ trvá podmienka, že má významný vplyv na prostriedky verejného zdravotného poistenia. Pre liek podmienene zaradený sa ruší fixný doplatok, ak je ako jediný liek v referenčnej skupine a ak je doplatok vyšší ako 5 percent z priemernej mzdy v národnom hospodárstve za predošlý kalendárny rok.

„Toľko teória, keď sa pozrieme na proces kategorizácie, tak od januára po júl sme prijali na ministerstve 313 žiadostí, ktoré sa týkali 172 liekov. Z toho 96 liekov bolo zaradených do systému alebo sú pred zaradením, nezaradených bolo 17, neukončených konaní 41, zastavených konaní 13 a výzvou sa skončilo 9,“ uviedol P. Musil sumár všetkých typov žiadostí vrátane generických liekov.

Pri situácii bez generických liekov posudzovali už len 171 žiadostí, ktoré sa týkali 110 liekov, z toho 41 bolo zaradených, 17 nezaradených, zatiaľ prebieha 26 konaní, zastavených bolo 10 a výzvou sa skončilo 5. Podľa generálneho riaditeľa v roku 2017 bolo podaných 1 728 A3 žiadostí, pričom z toho reálne bolo dekategoriovaných 442 liekov, obdobná situácia je už v roku 2018, keď bolo podaných 1 210 žiadostí typu A3 a dekategoriovaných bolo 238. „Je určitý signál, že režim A3 žiadostí môže byť využívaný aj z iného dôvodu, ako je vyradenie liekov. Môžu to byť výrobné problémy, distribučné problémy, ako aj samotný reexport,“ povedal P. Musil.

Ďalej pripustil, že pri porovnávaní prvého polroku 2017 a prvého polroku 2018 vidno mierny nárast schválených liekov na výnimky od roku 2018. V závere k zákonu 363 zhrnul prvé zistenia po prvom polroku 2018. Zistilo sa, že je častejší vstup inovatívnych liekov v režime 1:50 000, minimálne sa využívajú Risk Sharing/Cost Sharing systémy medzi držiteľom registrácie a zdravotnými poisťovňami.

Pri zákone 362 generálny riaditeľ spomenul dôležité oblasti novely platnej od 1. 1. 2017. Prvá dôležitá oblasť je zabezpečiť dostupnosť liekov. Druhá dôležitá oblasť je regulácia nárastu vývozu, teda reexportu a tretia oblasť je zohľadnenie pripomienok Európskej komisie. Podľa P. Musila novela zákona 362 výraznou mierou prispela k zabezpečeniu dostupnosti liekov pre slovenských pacientov.

#### Legislatíva hrou

Prezident Slovenskej lekárskej komory PharmDr. Ondrej Sukeľ pred opisom nových povinností lekárníkov zhrnul počet noviel. „Zákon o liekoch platný od roku 1998 do roku 2011 mal napríklad 27 noviel. Pričom súčasný zákon, ktorý platí od roku 2011, mal ešte len do roku 2017 14 noviel a v tomto roku boli 3 – 4. Vidíme, že lieková legislatíva sa novelizuje približne každých 5 mesiacov,“ zhrnul prezident SleK. Ďalej hovoril o aktuálnych veciach, ktoré súvisia s legislatívou, ktorá nadobudla účinnosť tohto roku. Ako je napríklad sprísnenie podmienok pre činnosť odborného zástupcu vo verejných lekárnach, teda presun kompetencií, ktoré doposiaľ mal držiteľ povolenia priamo na fyzickú osobu farmaceuta.

Nová legislatívna definícia pohotovostnej služby zásadným spôsobom ovplyvňuje činnosť v takmer každej verejnej lekární. Činnosť lekárskej pohotovostnej služby sa podľa O. Sukeľa

dá zhrnúť do troch bodov. „Prvým bodom je časový limit, ktorý na rozdiel od doterajšej úpravy, keď čas poskytovania pohotovostnej služby určoval samosprávny kraj zohľadňujúc regionálne špecifiká a potreby, teraz je ten čas daný fixne od 7.00 do 22.30. Prvý návrh bol do 22.00, potom veselým pozmeňovákcom na výbore sa pohotovostná služba predĺžila o pol hodiny,“ povedal O. Sukeľ a dodal. „Čo je dôležité, pohotovostná služba sa na rozdiel od iných pohotovostných služieb, nielen zdravotníckych, poskytuje bezodplatne a už dnes vieme povedať, že zásadným spôsobom zasahuje do ekonomiky každého poskytovateľa lekárenskej starostlivosti.“

Podľa neho je pohotovostná služba zadefinovaná nešťastným spôsobom a už bola predmetom novelizácie ešte pred nadobudnutím účinnosti tohto zákona. Ako ďalej uviedol prezident komory, spádové územia a pevné body pohotovostnej služby sú nastavené mimoriadne štedro a zbytočne v niektorých regiónoch. „Túto novelu považujeme za zásadne protiústavnú. Už v roku 2011 Ústavný súd rozhodoval o pohotovostných službách lekárov, keď povedal, že nariadenie pohotovostnej služby je síce zásahom do práv lekárov, ktorí sú prinútení slúžiť, avšak tento zásah je kompenzovaný paušálnymi platbami. Analogicky môžeme konštatovať, že keď nariadenie pohotovostnej služby je zásahom, ale je v súlade s ústavou, pokiaľ je kompenzovaný finančným spôsobom, tak v prípade verejných lekární tento zásah, keďže nie je nejakým spôsobom kompenzovaný, možno považovať za zásadne protiústavný,“ zhrnul O. Sukeľ.

Ďalšie zmeny, ktoré nadobudli účinnosť v tomto roku a ktoré sú opäť predmetom ďalšej novelizácie cez zákon o zdravotných poisťovniach, súvisia hlavne s elektronickým zdravotníctvom a so systémom ezdravie. „Dnes máme nejaký hybridný stav, keď časť lekárov predpisuje lekárske predpisy klasickým starým spôsobom, časť nejakým dokombinovaným spôsobom, že aj vytlačia recept, aj je tam elektronický záznam, v ktorom však chýba kvalifikovaný elektronický podpis, a potom máme čisto elektronické lekárske predpisy,“ opísal prezident komory. Podľa neho to v praxi prináša rozličné výkladové problémy, hlavne zo strany zdravotných poisťovní, ako hradiť, ako triediť recepty a podobne, bude nevyhnutné tieto veci kvalifikovaným spôsobom riešiť.

#### (Ne)posledná novela

Generálny riaditeľ Dr. Max Slovensko Jan Žák nadviazal na prezidenta lekárskej komory a priblížil novú úpravu LPS a čo lekárnikom priniesla. Aj on uviedol, že nová právna úprava je významne prísnejšia, keďže štát ukladá poskytovateľom lekárenskej starostlivosti povinnosť zabezpečiť poskytovanie LPS a definuje jej rozsah. „Rozhodnutie už nie je na nás, samosprávny kraj rozhoduje, kto bude slúžiť, s tým, že zvýšené náklady spojené s poskytovaním služby nám nikto nekompenzuje,“ povedal J. Žák.

Riaditeľ predstavil aj výsledky z interného dotazníka, pričom zistili, že za obdobie júl do približne polovičky septembra odslúžili 7 350 hodín LPS, pričom viac ako 49 percent farmaceutov slúžiacich pohotovostnú službu má problém s dopravou po skončení služby. Plus treba spomenúť aj navýšenie mzdových nákladov.

A čo v praxi znamená pár minút v zákone? „Je ťažké pochopiť, prečo by tam farmaceuti mali byť ďalšiu pol hodinu, keď vlastne žiadneho pacienta nemajú. Za toho 2,5 mesiaca sme odslúžili 4 582 polhodín nočnej práce. Za tých 4 582 polhodín na všetkých nami odslúžených polhodinách sme vydali 188 receptov. Každých 12 hodín nadčas (22.00 – 22.30) sme vydali

1 recept,“ priblížil J. Žák a dodal: „Mimochodom, to sú pacienti, ktorí si prinášajú recepty z predchádzajúceho dňa. Vôbec nie je potreba, aby sme čakali pol hodinu a v realite gro pacientov i tak prichádza do prvých minút. Takže čakáme, kým nám pacient príde, trávime tam čas a myslím si, že úplne zbytočne.“

Ako uviedol, snažia sa hľadať východisko a na záver ponúkol možné riešenie stavu, čo zhrnul do dvoch bodov – prehodnotiť rozsah LPS a kompenzácia LPS zo strany štátu.

#### Praktické skúsenosti

Dagmar Yoder associate Partner a advokátka Deloitte Legal, Deloitte akoby nadviazala na prednášku z predchádzajúcej konferencie, v ktorej sa venovala v tom čase pripravovanej novele zákona o úhradách liekov v súvislosti so zmluvami liekov o úhradách liekov. Vtedy bolo tesne po prijatí hlavného návrhu novely, teda nebolo ešte jasné, v akom znení nakoniec prejde parlamentom. Novela bola napokon schválená a nadobudla účinnosť 1. januára 2018. „Dnes po takmer 9 mesiacoch môžeme rekapitulovať prvé praktické skúsenosti so zmluvou o zdieľaní úhrad vo vzťahu k liekom a aký je teda súčasný stav, aké sú aplikačné problémy.“

Podľa nej úprava, ako sa nakoniec dostala do zákona, je pomerne strohá, čo predstavuje hneď prvý problém, keďže neposkytuje subjektom širšiu predstavu o nastavení zmlúv o podmienkach úhrady lieku zdravotnou poisťovňou. „Úprava v zásade stanovuje, že pokiaľ ide o uzatváranie zmlúv v súvislosti s kategorizáciou, resp. podmienenou kategorizáciou liekov, zmluva musí byť uzatvorená s každou zdravotnou poisťovňou, pričom paragrafové znenie zároveň stanovuje veľmi stručne základné podmienky takejto zmluvy, a to je označenie príslušného lieku, preskripčné a indikačné obmedzenia, úpravu zdieľania terapeutického rizika medzi poisťovňou a farmaspoločnosťou a maximálnu výšku úhrady zo strany poisťovne za konkrétny liek,“ povedala D. Yoder a dodala: „Takisto sa zmluvne musí dohodnúť aj celková maximálna výška úhrady za celé obdobie trvania zmluvy, ale na rozdiel od predtým uvedených základných náležitostí toto nie je náležitosť, ktorá musí byť rovnakým spôsobom dohodnutá so všetkými poisťovňami.“

Pokračovala témami, ktoré sú v rámci tých základných náležitostí, resp. podmienok zmluvy, v zákone zakotvené, „a to je akési negatívne vymedzenie toho, čo si môžu strany určiť ako predmet dôverných informácií, resp. obchodného tajomstva, stanovenie najneskoršieho nadobudnutia účinnosti zmluvy na čas, keď nadobudne právoplatnosť rozhodnutie o kategorizácii a stručné ustanovenie o tom, že zľava pre príslušnú zdravotnú poisťovňu môže byť v tejto zmluve dohodnutá aj formou lieku.“ Ako uviedla, ďalšou prekážkou, ktorá v úvodnom období vznikla, bola skutočnosť, že nebola ešte prijatá vyhláška v súvislosti s definovaním významného vplyvu na zdroje verejného financovania, tá potom nadobudla účinnosť až k 1. 4. 2018, a preto zároveň chýbalo stanovenie kritérií pre určenie koeficientu prahovej hodnoty.

„S našimi klientmi sme riešili otázku a prebiehala živá diskusia s poisťovňami aj v tom smere, ako nastaviť prechod z režimu úhradovej zmluvy vo vzťahu k výnimkovým liekom už následne do režimu zmluvy v súvislosti s liekmi, ktoré budú zakategorizované. Ako to reálne bude, zatiaľ ešte nevieme, pretože, a to je ten stav, aký máme po 9 mesiacoch účinnosti novely, aspoň podľa nášho vedomia nie je žiadna takáto zmluva už priamo v súvislosti s úhradami liekov, ktoré majú ísť do kategorizácie, uzatvorená,“ uviedla na záver.

## Dostupnosť

Aj posledný prednášajú Mgr. Peter Kall z Asociácie dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok (ADL) sa venoval novele zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. Na úvod položil otázku, či je to novela ďalšej novely, alebo či ide o určitý zlomový moment, ktorý by sa dal nazvať aj reformou liekovej politiky. Potom zhrnul, že ministerstvo zdravotníctva novelou deklarovalo zvýšený prístup k väčšine najmodernejších inovatívnych liekov, že bude moderná inovatívna liečba pre pacientov výrazne dostupnejšia a že znižovanie cien prostredníctvom zliav od farmafiriem umožní, že pacienti dostanú viac moderných a účinnejších liekov.

„Zákon vo svojich úvodných ustanoveniach upravil definíciu pre originálny, generický, biologický a biologicky podobný liek, takisto zaviedol definíciu špeciálneho zdravotníckeho materiálu a dietetickej potraviny. Otvára však priestor na definíciu, resp. nedodefinoval, čo je orphan, hybridný liek a inovatívny liek,“ pripomenul P. Kall.

Ďalej uviedol, že na to, aby boli nové originálne lieky dostupnejšie, dochádza k momentu, keď sa zvyšuje limit dodatočných nákladov vynaložených z verejného zdravotného poistenia na jednotku zlepšenia zdravotného stavu pri použití posudzovaného lieku za jeden získaný rok života štandardizovanej kvality. Spomenul aj posudzovanie liekov, ktoré majú významný vplyv na prostriedky verejného zdravotného poistenia. Posudzovaný liek alebo spoločne posudzované lieky majú významný vplyv na prostriedky verejného zdravotného poistenia, ak je celková suma úhrad zdravotných poisťovní za posudzovaný liek alebo za spoločne posudzované lieky za obdobie 12 mesiacov najmenej 1 500 000 eur.

„Ďalší významný vplyv je umožnenie zakategorizovania liekov, kde je prevalencia 1:50 000, to je nejaká náhradná orphan definícia, ako ju pozná EMEA. Táto možnosť umožňuje vstúpiť liekom, ktoré celkom ani nemusia byť orphan, lebo orphan má širšiu definíciu. A obavy sú aj z mojej strany, že týmto spôsobom sa môžu dostať do kategorizácie lieky, ktoré v skutočnosti nie sú orphan, ale v čase zaradenia dosahujú povolenú hranicu, ktorú môžu dosahovať, preto môže dochádzať k narušeniu budgetu na lieky,“ upozornil P. Kall.

Spomenul aj trojprahové zníženie cien pre vstup generického/biologicky podobného lieku, keď sa zavádza trojprahový vstup -45 % pre prvé, -10 % pre druhé a -5 % pre tretie generikum.

„Generické lieky, ktoré sú do 31. decembra 2017 zaradené do zoznamu kategorizovaných liekov, sa od 1. januára 2018 považujú v príslušnej referenčnej skupine za prvý generický liek, čo vytvorilo dosť paradoxnú situáciu na trhu, čo bolo aj ilustrované predtým počtom vyradených liekov a počtom nových zaradených liekov. Došlo totiž k situácii, že mám generický liek a chcem ho zaradiť do kategorizačného zoznamu ten istý liek len s iným počtom DDD a ja som chápaný ako druhý generický a som povinný dať 10-percentnú zľavu z ceny, čo pre mňa ako výrobcu určitým spôsobom neviem si to vysvetliť, prečo by som mal,“ povedal P. Kall. Ako uviedol, samotný prvýkrát vstup -45 percent je dosť výrazný a môže mať za následok to, že aj veľké generické firmy, ktoré podliehajú európskemu referencovaniu, nebudú chcieť vstúpiť na trh za takú nízku cenu. Otvára to zároveň možnosť menším výrobcam preniknúť na náš trh, čo môže byť otázne, či dokážu saturovať slovenský trh svojimi výrobkami.

---

## Zamestnanci sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK si prílepšia

(3. októbra 2018, PSK)

Kraj im navýši platy, rozdelí im jeden milión eur

Tlačová správa

Zmena financovania sociálnych služieb, platná od 1. januára 2018, priniesla pozitívnu správu. Vďaka ušetreným finančným prostriedkom, sa vytvoril priestor na zvýšenie miezd pre zamestnancov zariadení sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK, ktorí sú v priamom kontakte s klientmi. Župa im do konca roka rozdelí milión eur.

Navýšenie miezd sa týka pracovných zaradení, ktorých pracovná pozícia vyžaduje vyšší stupeň vzdelania a náročnosti výkonu prác so zameraním na odborné činnosti, a zároveň ich funkčný plat je nižší ako 600 eur.

Ide o pracovné pozície – opatrovateľka, zdravotná sestra, zdravotnícka asistentka, sanitárka, fyzioterapeutka, ergoterapeutka, rehabilitačná asistentka, sociálna pracovníčka, psychologička, špeciálna pedagogička, vychovávateľka, pomocná vychovávateľka, kuchárka.

Tzv Agenda 600 sa dotýka 754 zamestnancov z celkového počtu 1473 zamestnancov v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK. Jednotlivec si tak mesačne prílepší o 172 eur, čo za štyri mesiace tohto roka znamená priemerné navýšenie o 688 eur na zamestnanca.

*„Vidíme potrebu motivovať zamestnancov v týchto zariadeniach, aby nám neutekali do zahraničia. V okresných mestách ako Prešov, Poprad, Kežmarok, Humenné, Bardejov je už problém získať záujemcov o tieto profesie. Najhmatateľnejšie je to v Prešove, kde je veľká fluktuácia pracovníkov, čo nie je určite dobré z pozície poskytovateľov. Toto opatrenie bude preto určite prvý krok k tomu, aby sme mali dostatok pracovníkov, ktorí našim klientom poskytnú kvalitné sociálne služby,“* priblížil vedúci odboru sociálnych vecí a rodiny Pavel Slaninka.

V druhej skupine sú zamestnanci, ktorí nie sú v priamom pracovnom kontakte s prijímateľmi služieb, ale vykonávajú tzv. obslužné činnosti, a rovnako nedosahujú výšku tarifného platu na úrovni 600 eur. Ide o pracovné pozície – upratovačka, údržbár, skladník, administratívny pracovník, pomocná sila v kuchyni, pracovná sila v práčovni, šička a pod.

Tieto pracovné pozície si paušálne prílepšia o 40 eur mesačne, teda za štyri mesiace o 160 eur na zamestnanca. Zvyšovanie sa týka ďalších 359 zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti PSK.

Aktuálne župa vyčlenila na zvýšenie plátov celkovo pre 1113 zamestnancov viac ako 600 tisíc eur. S koncoročnými odmenami za celoročnú odvedenú prácu by sa mala suma vyšplhať na jeden milión eur. Zachovanie kontinuity nárastu a udržateľnosti výšky miezd chce PSK zabezpečiť aj v roku 2019. A to vďaka navýšeniu tarifných plátov v priemere o 10% nariadením vlády.

V Prešove dňa 19. septembra 2018, Lea Heilová

---