

Diskusia

Rozpaky z ministra asi nezmiznú

Spečenie štátnej moci, poisťovne a Úradu pre dohľad do jedného balíčku možno najviac ohrozuje zdravotníctvo

Dvesto dní je dvojnásobná doba, ktorá sa štandardne dáva iným rezortom, aby sa dalo urobiť prvé hodnotenie. Som trochu rozpačitý, čo považujem za miernejší výraz ako sklamaný. Tomáš Drucker dostal veľkú podporu verejnosti, možno navonok aj svojho princípála Roberta Fica, asi preto, že R. Fico je majster mimikry. Jeho reči o voľných rukách a o pravom a ľavom zdravotníctve, ktoré sme počuli, boli už vtedy viac vtíp ako realita. Ministra dokonca podporila aj odborná verejnosť, i opozícia. I keď nápad nazvať ho krízovým manažérom znel dobre, nie je jasné, aké krízy predtým riešil. Ak mal niekto na mysli Slovenskú poštu, alebo spájanie dvoch poisťovní, či poradenstvo ktorému si riaditeľov nemocníc, tak to určite žiadne krízy neboli. Navyše išlo o lokálne riešenia na úrovni podniku a nie o riešenie problémov komplexného systému, akým zdravotníctvo je.

Kto sa bál odchodu poisťencov

Novinári sledovali niektoré nominácie do tímu. Dráždili R. Fica tým, že dokonca až dve mená vyhlásili za „Zajacových ľudí“. MUDr. Tomáš Szalay z HPI dnes robí nejakého čudného poradcu a moderátora, oficiálne tuším radí ktorému si štátnemu tajomníkovi. Na čo je dobré tam pricmŕdať, vie asi iba on sám. MUDr. Tomáš Haško, MPH, je na významnom poste predsedu úradu pre dohľad, ktorý je však plne podriadený vláde, určite nie je nezávislý ani úrad ani on. Tým vyčerpala údajná personálna revolúcia svoje možnosti.

Zdravotníctvo chronicky trápia problémy dlhu. Tie nie sú, ako sa domnievajú mnohí, dôsledkom nedostatku peňazí, ale najmä extrémne nízkou efektívnosťou systému. Dnes reálne máme signifikantne viac zdrojov na hlavu, či ako podiel na HDP ako napr. v Česku, avšak kvalita systému je výrazne horšia. Nehovoriac o tom, že nijakým spôsobom sa nevyrovnáme Čechom v excelentnosti. Problémy VŠZP boli po-



Ilustračné foto: dreamstime

merne podrobne opísané v médiách, hlavne tie, ktoré spôsobili manipulácie s tvorbou rezerv. Málo, ak vôbec, sa však hovorilo o dvoch ďalších faktoroch. Ten prvý je, že štátna poisťovňa v rámci ročného zúčtovania zdravotného poistenia bude musieť vracať občanom rádovo 60 až 70 mil. eur. Keď vláda začala výraznejšie zdvíhať minimálnu mzdu, dohodla kompromis s podnikateľmi, že nebudú zdvíhané aj zdravotné odvody. Plné ústa balíčkov, ktorými si vláda podkupuje voličov, viedlo k tomu, že zdravotné odvody začala používať ako nástroj svojej politiky rozdávania. Sama porušila základy solidarity, na ktorom je celý systém postavený, všetko v mene princípu po mne potopa.

Ďalším faktorom je, ako už bolo povedané, že Úrad pre dohľad je podriadený vláde. Ako môže nezávisle kontrolovať štátnu poisťovňu, ak nevyhovujúci výsledok kontroly môže viesť k likvidácii ľudí na Úrade a nie problému. Navyše aj Úrad aj akcionár poisťovne, teda ministerstvo zdravotníctva, hoci vedeli o probléme už niekedy v júni 2016, čakali do konca septembra s ich zverejnením, pretože vtedy je koniec prestupovým termínom do iných zdravotných poisťovní. Vari sa bá-

li, že by ľudia hromadne opustili štátnu poisťovňu? To by jej, mimochodom, iba pomohlo. Treba však povedať, že zabezpečenie zdravotnej starostlivosti občanom by nemalo byť nijako ohrozené za predpokladu, že budú aspoň ako-tak dodržiavané platné zákony. Samozrejme, že ďalším faktorom problému VŠZP boli viac menej neférové spôsoby nákupu zdravotnej starostlivosti, vyjadrené jednoducho Teta Anka a podobne. Tu milión, tam milión...

Neschopnosť aplikovať zákony

T. Drucker prezentoval niektoré svoje plány. Žiadne zmeny, iba drobné a možno aj zbytočné úpravy. Napr. novela zákona, týkajúca sa reexportu liekov. Reexport nie je výsledok chamtivosti firiem, ale necitlivého nastavenia cien. Takzvaným reexportovaním - porovnávaním cien sme dosiahli, že máme asi tretiu najnižšiu cenu liekov. Ale lieky nemáme, pretože sa ich oplatí spätne vyvážať. Novela zákona, ktorá ma tomu brániť, sa dá ľahšie obísť ako bežná bratislavská dopravná zápcha.

Alebo, minister chce urobiť zákon o lekárskej službe prvej pomoci. Nikde v reformných zákonoch, ktoré mimochodom Fico/Nefico na počudovanie pla-

tia vyše dvanásť rokov, nenájdete nikde zmienku, že zdravotné poisťovne zabezpečujú, presnejšie, nakupujú u poskytovateľov zdravotnú starostlivosť od 7.00 do 16.00 hod. Ak nezabezpečujú 24 hodín dostupnú zdravotnú starostlivosť pre svojich poistených, majú dostať po nose, a na to by tu mal byť Úrad pre dohľad. Takže problém nie je v neexistencii zákona, ale v neschopnosti aplikovať existujúce zákony. Na začiatku som mu poradil, že by mohol zaviesť princípy „corporate governance“ (kolektívne riadenie) do riadenia nemocníc. Alebo auditovateľné podvojné účtovníctvo nemocníc, na to netreba zmeniť ich právne postavenie, iba spolu s ministerstvom financií vydať vyhlášku. T. Drucker sľuboval aj plošné hromadné nákupy. To je výborný nástroj pre nákup možno aj 80 percent všetkých liekov, zdravotníckeho materiálu, textilu, jednoduchých prístrojov a všetkého možného. Prvé dva kroky však urobili úplne zle. Začal sa hromadný nákup CT prístrojov. To by možno bolo v poriadku, nakoľko na svete tieto stroje vyrábajú v podstate iba štyri firmy. Podmienky sa však vypisovali na dve z nich. A je poorané...

Štátna, ale aj ostatné poisťovne preplácajú drahý špecializo-

vaný materiál niektorým poskytovateľom. Tento materiál nakupujú nemocnice na základe tendrov u dodávateľov za vysúťažené ceny. Začiatkom októbra VŠZP oznámila nemocniciam, že mení ceny, ktoré im bude preplácať za tento materiál. Bum bác... Inak povedané, rozdiel medzi zmluvnou cenou, ktorú má nemocnica zaplatiť dodávateľom a tou, čo dostane od VŠZP, má znašať zo svojho. Iba pre ilustráciu - to by pre špecializovanú nemocnicu znamenalo zaplatiť za svojho rádovo 200 000 - 300 000 eur mesačne. Kde by na to zobrali? Spustila sa lavína problémov, niektoré dávky sa pozastavili. Nový, októbrový cenník, ktorý zverejnila štátna poisťovňa, bol tak chaoticky urobený, že dokonca jedna a tá istá vec mala úplne rôzne ceny. Navyše ceny, ktoré navrhli, boli často hlboko pod výrobné ceny. Argumenty, že sa porovnávali tri podobné krajiny neobstoja, pretože ceny boli niekedy aj 40 percent pod českými cenami. Treba vedieť, že v Česku sa ceny drahého materiálu dohovárajú s poisťovňou dopredu, aby bolo jasné, že sú ako-tak reálne. Po chaotickom mesiaci sa ukázali dve zaujímavé veci. Že VŠZP musela reparaovať cenník pre nemocnice, ale - a to je možno ešte dôležitejšie, že niektoré ceny vznikali na ministerstve. To však nie je nákupca služieb, tým je poisťovňa, ale je jej akcionárom. Spečenie štátnej moci, poisťovne a Úradu pre dohľad do jedného balíčku, je to, čo možno najviac ohrozuje zdravotníctvo. Ak k tomu gulášu pridáme horlivosť Miroslava Beblavého, máme všetky ingrediencie na bolesť brucha pokope. Pán poslanec má momentálne hlavnú agendu poukazovať na rozkrádanie systému. V tom ho treba podporovať. Ale nie všetko je tak, ako to vidí. Ak fanaticky vidí všade kradnutie, mal by sa napr. spýtať kardiochirurgov, či dokážu všiť do srdca každú chlopňu, veď chlopňa ako chlopňa. Roky sú tréningy povedzme na nejaký typ chlopne, stentgrafu a podobne. Platí

zásada nihil nocere. Aj pre pána poslancu.

Volovina za 300 mil. eur

Zdravotníctvo má pred sebou veľké výzvy. V prvom rade nie iba likvidovať dlh nemocníc, ktorý spolu so štátnou poisťovňou sa blíži ku 800 mil. eur, ale urobiť také systémové zmeny, ktoré budú brániť v jeho vznikani. V tejto veci sa neudialo už desať rokov nič, a ako sa zdá, ani neudeje.

Slovensko potrebuje dobudovať sieť komplexných kardiologických ústavov. Musí sa investovať do onkológie a vybudovať ústav v Banskej Bystrici. Potrebujeme jedno až dve spinálne centrá. Chýba nám komplexné centrum cievnych mozgových ochorení. Slovensko nebuduje excelentnosť a ak aj sa o niečo uvažuje, tak o volovine za 300 mil. eur, ktorú chceli postaviť na mieste bývalej vojenskej nemocnice na Patrónke. Pri tom Penta ide postaviť nemocnicu rovnakú, ak nie lepšiu nemocnicu, za tretinu ceny. Úvahy, že aj štát niečo urobí napr. s tým, že obnoví Rázsochy, sú naozaj scestné... Nemôžeme investovať do projektu, ktorý vznikol pred päťdesiatimi rokmi, samá chodba a schodisko, podobný nezmysel stojí v Košiciach. Zbytočne vynaložené peniaze na eHealth a PPP projekt nemocnice pacientom neposlúžili, iba pripravili systém o desiatky miliónov eur. Tie by sme napr. mohli investovať do centra excelentnosti, slúžiaceho na komplexnú liečbu mozgových cievnych príhod, vrátane neurochirurgie, rehabilitácie a doliečovania. A že k tomu netreba ani novú budú, môže vidieť každý, kto navštívi I. neurologickú kliniku v Bratislave na Mickiewiczovej ulici.

Hovorí sa, že šťastena praje pripraveným. Hovorí sa, že najviac sa dá urobiť v prvom roku vlády. Je to pravda. Môžeme držať palce ministrovi zdravotníctva, rozpaky z jeho pôsobenia však asi nezmiznú, skôr naopak.

MUDr. Rudolf Zajac,
exminister zdravotníctva

Polemika

Kedy bude DRG úhradovým mechanizmom?

V roku 2011 schválila vláda koncepciu na zavedenie DRG a Úrad pre dohľad na svojej stránke uvádza, že je to najtransparentnejší, najobjektívnejší a najspravodlivejší úhradový mechanizmus. Na druhej strane, aktuálny dlh štátnych nemocníc sa blíži k 600 mil. eur a ministerstvá financií a zdravotníctva v správe o revízií výdavkov v zdravotníctve tvrdia, že zavedenie DRG posilní priamu zodpovednosť nemocníc za náklady. Na mieste je potom otázka, prečo DRG na Slovensku stále nefunguje?

Detailnejší pohľad

Treba pripomenúť, že DRG nevyrieši všetky problémy nemocničnej starostlivosti, neprinesie viac peňazí do zdravotníctva a v prvých rokoch nezabezpečí rovnakú úhradu za operáciu žlčníka vo všeobecnej a univerzitnej nemocnici. Napriek tomu sa dá

povedať, že medzi zdravotníkmi vo vzťahu k DRG prevláda pozitívne naladenie. Prečo?

V súčasnosti je poskytované lôžkovej starostlivosti evidované ako počet hospitalizácií na jednotlivých oddeleniach, počet operačných a neoperačných hospitalizácií, prípadne počet pacientov s určitou diagnózou, často nepresne uvádzanou a bez informácie, aká zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytnutá. Medicínska náročnosť a kvalita zdravotnej starostlivosti je meraná len nepriamo a neexistuje na ich hodnotenie jednotný a všeobecne akceptovaný systém. Najväčší prínos DRG spočíva v tom, že pri naša detailnejší pohľad na zdravotnú starostlivosť v nemocnici. V novom systéme je každý pacient charakterizovaný ako hospitalizačný prípad od prijatia po prepustenie. Medicínska náročnosť hospitalizačného prípadu

je charakterizovaná vekom pacienta, jeho hlavnou diagnózou, vedľajšími diagnózami a všetkými zdravotnými výkonmi, ktoré mu boli poskytnuté počas pobytu v nemocnici. Tieto medicínske údaje sa zmotnia do relatívnej váhy. Relatívnu váhu na základe všetkých vstupných údajov stanovuje softvérový nástroj, ktorého logiku sme prevzali z nemeckého DRG. Čím medicínsky a nákladovo náročnejší pacient, tým vyššia relatívna váha. Konečná úhrada za hospitalizačný prípad sa potom vypočíta ako súčin relatívnej váhy a základnej sadzby. Metodika výpočtu základnej sadzby má byť zverejnená a odráža výšku disponibilných finančných zdrojov v systéme.

Prerozdelenie zdrojov

Takže DRG prináša informáciu nielen o počte hospitalizačných prípadov, ale zároveň vy-

“Nebude to jednoduché a netvrdím, že je všetko pripravené na sto percent.”

hodnocuje ich klinickú závažnosť. Umožňuje porovnávať nemocnice medzi sebou aj z hľadiska medicínskej náročnosti a je predpokladom pre objektívnejšie financovanie. Preto je DRG považovaný za transparentnejší a spravodlivejší úhradový mechanizmus. Neprinesie do systému viac peňazí, ale spravodlivejšie prerozdelí zdroje, ktoré sú k dispozícii.

Teraz by nebol problém pokračovať v analyzovaní problémov, ktoré súvisia so zavádza-

ním nového úhradového mechanizmu a ktoré by mohli byť dôvodom na ďalší odklad. Na strane nemocníc ide o zásadnú zmenu procesov, ktorá súvisí so zmenou vykazovania, potrebná je úprava informačných systémov, zapracovanie nového dátového rozhrania, mení sa účtovanie výnosov nákladových stredísk a bude sa meniť aj manažment pacienta spolu s organizáciou laboratórnych vyšetrení. Regulator by sa mal, okrem už zverejnených dokumentov a prijatej legislatívy, vyrovnáť s metodikou výpočtu základnej sadzby a certifikáciou softvérových nástrojov, určujúcich relatívnu váhu. Systém bude vyžadovať kontinuálne analýzy vykazovanej zdravotnej starostlivosti a ekonomických parametrov. Predpokladá sa každoročná aktualizácia súvisiacej dokumentácie, relatívnych váh, definíčnej príručky, kódo-

vacích pravidiel a očakávajú sa pravidlá pre konvergenciu základnej sadzby. Zdravotné poisťovne musia pripraviť nové zmluvy, nový úhradový mechanizmus a kompletne zmeniť prístup k revíziím činnosti. A mohli by sme pokračovať, aké je to ťažké, komplikované a náročné...

Alebo splníme, čo sme sľúbili. Nebude to jednoduché a netvrdím, že je všetko pripravené na sto percent. To nebude ani o rok. Ale ak všetci zainteresovaní ozaj chcú a nejde len o politické deklarácie, kongresové prezentácie, diskusie a workshopy, tak DRG bude v ostrej prevádzke ako úhradový mechanizmus už v roku 2017. Podporiť by ho mal každý, kto chce spravodlivejší, transparentnejší a objektívnejší úhradový mechanizmus do slovenských nemocníc.

MUDr. Marian Faktor