

ZAP verí, že sa dohodne s Dôverou

(18. júla 2017, SITA)

Ambulantní poskytovatelia nepodpísali so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou dodatky k zmluvám, ktoré platili do 30. júna. Dostali sa tak do dohodovacieho konania.

Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP) verí v dohodu so zdravotnou poisťovňou Dôvera. Povedala to v utorok na tlačovej konferencii predsedníčka predstavenstva ZAP Edita Hlaváčková.

Od 1. júla zväz vypovedal spomínanej poisťovni zmluvu, pričom začala plynúť trojmesačná výpovedná lehota. “Dôvera nám napísala, že očakáva, že zostavíme pracovné skupiny a budeme rokovať,” dodala Hlaváčková. “My sme sa s Dôverou dohodli, aj keď sme s ňou boli vo výpovediach pred dvomi rokmi. Takže ja verím, že sa dohodneme,” konštatovala.

VŠZP ich na rokovania zatiaľ nepozvala

Okrem toho ambulantní poskytovatelia nepodpísali so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (VŠZP) dodatky k zmluvám, ktoré platili do 30. júna. Dostali sa tak do dohodovacieho konania.

Ak sa ani po 60 dňoch rokovania obe strany na výške cien nedohodnú, ambulantní poskytovatelia sú pripravení, že zmluva s VŠZP skončí 30. septembra. Ako povedala Hlaváčková, zatiaľ zväz nebol prizvaný na rokovania.

Zdravotná poisťovňa Union má so ZAP uzatvorené zmluvy s dohodnutými podmienkami do 31. marca 2018. “Spoločne so ZAP vytvárame pracovné skupiny, aby sme spolupracovali na príprave možných úprav pre ďalšie obdobie,” informovala nedávno hovorkyňa Beáta Dupal'ová Ksenzsigová.

ZAP požaduje v zmluvách s poisťovňami zadefinovať rozsah zdravotnej starostlivosti, a tiež navýšenie financií. Všeobecní lekári požadujú zvýšenie kapitácie na jedného pacienta o jedno euro mesačne, pri špecialistoch je to navýšenie ceny bodu vo VŠZP o 14 % a vo ostatných poisťovniach o 10 %.

Pomôžu zistenia NKÚ nemocniciam?

(18. júla 2017, ZdN, MUDr. Viliam Novotný, MPH, poradca predsedu NKÚ pre zdravotníctvo)

18. júl 2017 - Najvyšší kontrolný úrad (NKÚ) ukončil kontrolu v ďalších 13 nemocniciach. V rámci kontroly bola vykonaná analýza hospodárenia, stavu a vývoja pohľadávok a záväzkov, investovania do stavieb a zdravotníckej techniky v období rokov 2011 –2015. NKÚ skontroloval 3 detské fakultné nemocnice – štátne príspevkové organizácie, 5 nemocníc (Dolný Kubín, Považská Bystrica, Prievidza, Zlaté Moravce, Topoľčany – Levice) v zriaďovateľskej pôsobnosti samospráv a 5 transformovaných zdravotníckych zariadení – tri kardiocentrá, nemocnice Poprad a Piešťany, ktorých zakladateľom je MZ SR.

Keďže v prvej etape kontroly zdravotníckych zariadení ukončenej v októbri 2016 bola kontrola uskutočnená v 7 fakultných a 2 univerzitných nemocniciach a v druhej etape v

d'alších 3 detských fakultných nemocniciach, kontrolou boli preverené rôzne stránky hospodárenia a nakladania s majetkom v 12 štátnych príspevkových nemocniciach, ktoré predstavujú 75 percent celkového obratu 33 príspevkových nemocníc zriadených MZ SR. Výsledkom sú teda zistenia, ktoré je možné zovšeobecniť pre všetky štátne príspevkové nemocnice.

V oblasti rozpočtu sú takmer rovnaké zistenia v štátnych príspevkových a samosprávnych nemocniciach. Rozpočty v oboch skupinách nemocníc sú v rozhodujúcej miere schodkové. Kontrola zistila značné nedostatky v riadení rozpočtov.

Vyvodzovanie zodpovednosti za neplnenie rozpočtu a rastúcu zadlženosť je minimálna a NKÚ to považuje za jeden z hlavných problémov týchto nemocníc, ktorý sa prenáša do celého systému zdravotníctva. NKÚ preto odporúča MZ SR, ale aj jednotlivým samosprávam posilniť zodpovednosť manažmentov za dosahované výsledky.

Priemerné náklady na 100 eur uhradenej zdravotnej starostlivosti boli v štátnych príspevkových nemocniciach vo výške 133,50 eura a v samosprávnych nemocniciach 111,28 eura. Ministerstvo zdravotníctva aj samosprávy by mali venovať tomuto ukazovateľu mimoriadnu pozornosť, analyzovať objektívne (štruktúra zdravotníckych služieb) a subjektívne príčiny (neefektívny manažment) tohto stavu.

Charakteristickým znakom hospodárenia všetkých kontrolovaných nemocníc bola vysoká hodnota neuhradených záväzkov voči dodávateľom. V roku 2015 bola hodnota záväzkov priemerne o 1/4 vyššia ako hodnota majetku nemocníc. Medzi nemocnicami však existujú vo výške záväzkov výrazne rozdiely.

V minulosti sa napriek tomu prijalo v princípe plošné oddlžovanie, ktoré neprinieslo očakávané efekty. NKÚ preto odporúča, aby prípadný program oddlžovania bol pre jednotlivé nemocnice diferencovaný a bol podmienený dosahovaním cieľov, ktoré proces zadlžovania zastavia.

Zlé hospodárenie nemocníc sa podpisuje pod modernizačný dlh prejavujúci sa zlým stavom budov, ale aj vekovou štruktúrou zdravotníckej techniky. Plán investícií nemocníc sa pritom javí ako formálny a nedodržiava sa. Naopak, výstavba, rekonštrukcia a nákup novej techniky neboli v súlade s plánom investícií.

Kontrola verejného obstarávania tovarov a služieb v nemocniciach indikovala viaceré podozrenia z predrazenia nákupov. Podmienky verejného obstarávania boli často diskriminačné a viaceré indície viedli k podozreniam z konania v zhode.

Tieto postupy znamenali riziko možného zvýšenia ceny zákazky. NKÚ zistil podozrenia z predrazenia pri nákupoch zdravotníckej techniky od 40 percent až do 124 percent. Oblasť obstarávania teda predstavuje veľký priestor na efektívnejšie vynakladanie verejných zdrojov, napr. formou centrálnych nákupov alebo formou lízingu.

Iný prístup k hospodáreniu, plánovaniu nákladov a výnosov preukázala kontrola v transformovaných nemocniciach – štátnych akciových spoločnostiach, ktoré väčšinu kontrolovaného obdobia dosahovali zisk. Úroveň riadenia rozpočtu akciových spoločností dosahovala vyššiu kvalitu a mala rozhodujúci vplyv na dosahované výsledky hospodárenia.

NKÚ preto odporúča, aby dobrú prax v riadení a kontrole štátnych akciových spoločností v rámci zákonných možností využíval aj manažment príspevkových organizácií. Zároveň kontrola ukázala, že aj v týchto nemocniciach sú obdobné problémy v oblasti investičnej činnosti, modernizačného dlhu alebo obstarávania a sú tak všeobecným problémom verejného zdravotníctva.

Či tieto nedávno zverejnené zistenia NKÚ po skončení druhej etapy kontroly nemocniciam aj skutočne pomôžu, ukáže už najbližšie obdobie a hlavne prístup ministerstva zdravotníctva k riadeniu štátnych nemocníc pred plánovaným oddĺžením a po ňom.

Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život

(18. júla 2017, ZdN)

18. júl 2017 - Chceme doceliť ochranu pacienta pred predčasným úmrtím a zbytočným trápením

Pomyselnému rebríčku ukazovateľov kvality starostlivosti roky kraľujú dekubity. Nečudo, nemilosrdne zrkadlia nedostatky v starostlivosti. Tento ukazovateľ má však obrovskú nevýhodu – možnosť „utajenia“. Príbuzní dekubity často ani nevidia – málokedy sa zaujímajú o obsah pod úhladným štvorcom gázy.

Prepúšťajúce pracoviská ich často „pozabudnú“ dokumentovať a zodpovednosť za vznik dekubitu si oddelenia prehadzujú ako horúci zemiak. Akoby nebolo dôležité, či dekubit vznikol, ale to, ako to utajiť. A o to predsa nejde...

Tak pre istotu, zhrňme si to teda ešte raz – o čo nám sestram v dlhodobej starostlivosti vlastne ide? O čo sa chceme usilovať predovšetkým? Myslím si, že chceme doceliť ochranu pacienta pred predčasným úmrtím a zbytočným trápením. V prvom rade nám ide o život samotný, a v ďalšom o jeho kvalitu. Život krehkého seniora neustále visí na vlásku.

Starí a bezvládni seniori predsa neumierajú iba v súvislosti s dekubitmi...

Neustále v ohrození...

V slovenských zariadeniach dlhodobej starostlivosti (ďalej len LTC – long-term care) sú čoraz častejšie umiestnené osoby s významným rizikom zhoršenia zdravotného stavu – rizikovní seniori s ranami, dekubitmi, podvyživení, ohrození infekciou, rozvojom kontraktúr atď.

Dôvodom je stúpajúci vek, demografický vývoj, pribúdanie seniorov vo fáze imobility, nesebestačnosti, s početnými vážnymi ochoreniami. Séria prítomných chorôb, rizík v kombinácii s neschopnosťou nielen samostatne uspokojovať, ale často aj dožadovať sa uspokojovania najzákladnejších potrieb často prináša zhoršovanie zdravotného stavu.

Približne 30 % seniorov je indikovaných pre dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o krehkých a úplne závislých seniorov. Medzi faktory krehkosti patrí veľmi vysoký vek, pokles mobility, disabilita, slabé fyzické zdravie, multisystémové zhoršenie či pokles kognitívnych

funkcií.

Stabilizácia a zlepšenie kvality života rizikových seniorov predpokladá realizáciu celého radu aktivít, v prvom rade na zvládnutie akútnych, život ohrozujúcich rizík. Tieto a mnohé ďalšie intervencie je potrebné dennodenne plánovať, realizovať, hodnotiť ich efekt.

Prečo je to naliehavé

Ošetrovatelstvo je zamerané predovšetkým na zdravie a plní funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia. Sestry sa svojou činnosťou, konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej a terciárnej. Terciárna intervencia sa pritom uplatňuje v situácii, keď sa už ochorenie prejavilo. Jej cieľom je obnoviť zdravie, prípadne zmierniť následky chorôb.

Tento druh prevencie je pre LTC pracoviská kľúčový. Včasný a kontinuálny poskytnutie primeranej zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.

Kompetentné a komplexné poskytovanie adekvátnej starostlivosti v tejto skupine chorých sa odvíja od prítomnosti zdravotných sestier každý deň, 24 hodín denne. V LTC starostlivosti vzhľadom na sporadickú prítomnosť lekárov a vysoké nároky na ošetrovateľskú starostlivosť je poskytované ošetrovateľskej starostlivosti sestrami kľúčovým nástrojom zabezpečenia primeranej kvality poskytovaných služieb.

Z uvedených dôvodov by mal byť potenciál sestier v LTC zariadeniach neustále zvyšovaný, rozvíjaný, s cieľom maximalizovať benefity pre ošetrovaných klientov v súlade s poslaním ošetrovatelstva ako vedy. Sestry sú nosné piliere kvalitnej starostlivosti, preto by mali byť systematicky trénované a koučované pre optimálny manažment zdravia, prevenciu zhoršovania a očakávaných komplikácií.

Čo nám chýba

V súčasnosti v zariadeniach sociálnych služieb úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie nie je posudzovaná alebo kontrolovaná žiadnou externou inštitúciou. Dôležité aspekty starostlivosti o zdravie, napr. bezpečnosť spôsobu zabezpečenia liečiv, predchádzanie dekubitom a pádom, dehydratácii, liečba rán, podvýživy, úroveň zmieňovania utrpenia a bolesti sú otázkou uvedomelého prístupu vedenia a personálu zariadení. Nie sú definované štandardy či výstupné kvalitatívne kritériá pre LTC.

Pri súčasne postavenej legislatíve sa javí, akoby táto časť starostlivosti nebola vôbec podstatná pre ďalšiu kvalitu života chronicky chorého, zvlášť ak sa stal prijímateľom sociálnej služby, umiestneným v sociálnom zariadení. Z praktických skúseností našich pracovísk pritom vyplýva, že je to dôležitá a zložitá agenda, ktorá celkom určite zásadne ovplyvňuje kvalitu a dĺžku života týchto občanov.

Merajme a pracujme s výsledkom

Žiaduca je realizácia koncepcie prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, vytvorenie a naplnenie modelu organizovanej nepretržitej sesterskej starostlivosti ako nástroja kvality.

Na našich pracoviskách je zavedený systém manažerstva kvality podľa ISO 9001:2006 a pracoviská pracujú tiež v súlade s princípmi totálneho manažerstva kvality (TQM), konkrétne modelu výnimočnosti EFQM.

Ako jeden z kľúčových procesov v mape procesov je od r. 2009 definovaný hlavný proces Komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť.

Jedným z cieľových ukazovateľov výkonnosti procesu vo vzťahu k cieľom a rizikám procesu je zvládnutie rizika destabilizácie. Naším kritériom je maximálne 20 prípadov zhoršenia zdravotného stavu za 6 mesiacov, ktoré ústi do hospitalizácie alebo smrti. Zároveň je potrebné zachovať maximálne 2 prípady zhoršenia za týždeň.

Merania majú priame využitie v rámci inovácií: pri nedodržaní kritéria v prvej fáze prebieha doposúdenie, teda krížová kontrola sesterským pracoviskom. Prostredníctvom checklistu sa spätne posúdi komplexná starostlivosť o zdravie pred zhoršením zdravotného stavu. Checklisty pre objektívnu kontrolu správnosti ošetrovateľských intervencií pred zhoršením zdravotného stavu sa používajú pri všetkých prípadoch zhoršenia.

Informácie zo spätnej analýzy výrazne prispievajú ku kontinuálnemu vývoju prístupov v rámci celého systému riadenia vo všetkých organizáciách. Na základe tejto analýzy vznikli a ďalej sa vyvíjajú desiatky inovácií v starostlivosti s dôrazom na prevenciu.

K tomuto kritériu sa zároveň viaže náš návrh na tvorbu koncepcie posudzovania kvality poskytovateľov v prepojení na úspech v predchádzaní fatálnej destabilizácii.

Riadenie rizika pokračujúceho zhoršenia zdravotného stavu (18. júla 2017, ZdN, Zuzana Fabianová, Riaditeľka pre odborné a personálne činnosti, Ošetrovateľské centrum, s. r. o., Humenné)

Destabilizácie meriame od roku 2015 a v tomto čase sme tiež začali vyvíjať metodiku k destabilizácii, ktorá sa neustále aktualizuje a v súčasnosti obsahuje celý rad opatrení, ktoré oddiaľujú predčasné úmrtie. Naša interná metodika podchytáva najproblémovejšie oblasti starostlivosti, slabé miesta, ktoré často v minulosti spôsobili destabilizáciu, pretože v praxi sa na ne zvyklo zabúdať.

Zároveň definuje nové mechanizmy, ktoré nám pomáhajú účinne kompenzovať nedostatky celého systému zdravotnej starostlivosti. Samozrejme, ide predovšetkým o prácu sestier, ktoré dokážu zodpovednou, perfektne organizovanou starostlivosťou nezabudnúť na žiaden kľúčový aspekt starostlivosti 24 hodín denne.

Možnosti úspešného riadenia rizík – príklady z metodiky Manažerstvo rizík zhoršenia zdravotného stavu:

- pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím klienta
- príjem TOP sestrami pracovísk
- angažovanosť manažéra sesterskej starostlivosti pri každom prijíme
- príjem orientovaný na podchytenie typických rizík v LTC starostlivosti
- checklist pri každom zhoršení (spätne posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií)

pred zhoršením) – akčné plány zlepšenia

– motivačné prepojenie vedúcich sestier na výsledky v dosahovaní kritérií

Metodika hodnotenia kvality poskytovateľa v riadení ošetrovateľského rizika NQRM

V súlade s PDCA cyklom bola metodika hodnotenia riadenia rizika prehodnotená a aktualizovaná. V novom meraní hodnotíme iba fatálne destabilizácie, teda také zhoršenia, ktoré vyústia do smrti pacienta. Na druhej strane sme naše hodnotenia rozšírili o sledovanie počtu dní hospitalizácií v nemocnici a výskyt lazarovského syndrómu.

Tieto tri výsledky hodnotené vždy vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie, nižšie, môžu pomôcť merať a objektivizovať skutočný potenciál poskytovateľa poskytovať kvalitné služby bez podcenenia kľúčových aspektov starostlivosti.

Cieľom bolo objektivizovať merania tak, aby riadenie rizika destabilizácie bolo hodnotené vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Riziko destabilizácie sme objektivizovali sumárnym použitím troch známych škál hodnotenia rizika v ošetrovateľstve: ADL skóre (sebestačnosť), Northonova škála (riziko dekubitov) a MMS (kognitívne funkcie).

Ktorákoľvek z týchto škál pacienta môže indikovať do skupiny rizikových z hľadiska fatálnej destabilizácie. Pacienti s najvyšším stupňom rizika tvoria v hodnotení osobitnú skupinu.

Zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené vo vzťahu k prítomnému riziku, platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií!

Riziko destabilizácie sa u konkrétneho poskytovateľa ráta ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov.

Kvalita poskytovateľa v oblasti zvládnutia rizika destabilizácie, vyjadrená skratkou NQRM je hodnotená podľa troch oblastí destabilizácie vo vzťahu k prítomnému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely =

- 1. M NQRM – mortalita, pomer/percento fatálnych destabilizácií vo vzťahu k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely*
- 2. H NQRM – počet dní hospitalizácie v nemocnici vo vzťahu k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely*
- 3. L NQRM – počet prípadov lazarovského syndrómu (výrazného zlepšenia stavu) k prítomnému priemernému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely*

V rámci kritického posudzovania kvality starostlivosti je potrebné rozšíriť kontext hodnotenia a sústrediť sa na ciele, ktoré sú kľúčové. Navrhujeme v omnoho väčšej miere orientovať sa na ukazovateľ súvisiaci s úspešným oddialením predčasnej smrti.

Fatálnu destabilizáciu nemožno nepriznať. Naša prax – analýza všetkých faktorov zhoršenia poukazuje na celý rad možných prírodných súvislostí. Mnohé z nich priamo súvisia s nedostatočne nastavenými procesmi, podcenením dobrej organizácie všetkých činností, za ďalšími sa skrývajú defekty v komunikácii, informačných tokoch medzi jednotlivými prvkami v rámci komplexného zabezpečenia starostlivosti – fenomén chýbajúcej integrity starostlivosti

o zdravie, javy presúvania zodpovednosti, nízka úroveň kontroly komplexnosti starostlivosti o zdravie, chýbanie zastrešujúceho prvku, ktorý zodpovedne zastreší celý zložitý komplex úkonov v prospech zdravia pacienta.

Podceňujú sa aj psychosociálne riziká. To je len niekoľko z príčinných faktorov zbytočnej fatálnej destabilizácie. Prax dokazuje, že tieto faktory možno významne ovplyvniť bez výrazného zvýšenia zdrojov.

Hodnotenie má byť objektívne

Včasné a kontinuálne poskytnutie zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.

S odstupom dvoch rokov sa pokúšame o ďalší rozvoj hodnotení s cieľom objektivizovať hodnotenie riadenia rizika destabilizácie. Pôvodné počítanie destabilizácií bez ohľadu na skutočné spektrum rizikovosti ošetrovaných pacientov v zariadení po prehodnotení rozširujeme o vstupné individuálne hodnotenie rizika u každého pacienta/klienta a následne prepočítavame objektívnu úspešnosť vo vzťahu k reálnemu riziku destabilizácie.

Pri nastavovaní NQRM kritéria je potrebné byť realistický, no zároveň primerane kritický. Naša skúsenosť hovorí, že výnimočné je pod 5, výborné po 10 % z vysoko rizikových pacientov. Zvládnutie rizika destabilizácie, teda minimalizácia prípadov fatálnej destabilizácie/mortality a minimalizácia počtu dní hospitalizácií v nemocnici, môžu byť kľúčovými ukazovateľmi kvality dlhodobej starostlivosti u poskytovateľov LTC.

Všeobecne uznávanou zásadou úspešného manažmentu je meranie oblastí, ktoré chceme zlepšovať, vyvíjať. Predpokladáme, že každé ambiciózne LTC pracovisko, ktoré bude meranie úspešnosti vyjadrené NQRM skóre realizovať, bude zároveň cieľavedome hľadať také spôsoby v organizácii práce, ktoré budú viesť k dosahovaniu výborných čísel.

Vyhodnocovanie oddialenia predčasného úmrtia a počtu dní hospitalizácie, a tiež syndrómu Lazara, prináša v konečnom dôsledku profit všetkým zainteresovaným stranám. Kľúčovým úspechom je pacient v stabilizovanom stave, ktorý je pod trvalou kontrolou pozorného ošetrojúceho personálu. Ďalším žiaducim efektom je už spomínaný tlak na analýzy, kritické sebahodnotenie, rozvoj inovácií vnútri každej zapojenej organizácie.

V súlade s princípmi totálneho manažerstva kvality sa zameriavame predovšetkým na výsledky, nie na procesy, činnosti ako také. Tu je veľký rozdiel oproti doterajšiemu vnímaniu kvality. Sme presvedčení, že štandardy kvality budú naďalej účinným nástrojom dosiahnutia vysokého stupňa kvality, orientácia na výsledky však bude viesť každú organizáciu k motivácii štandardy korigovať, tvorivo prehodnocovať a v konečnom dôsledku prísne sledovať ich dodržiavanie v praxi, no zároveň vytvárať podmienky na ich používanie.

Proeurópska cesta

Sme presvedčení, že náš námet koncepcie má reálnu budúcnosť ako moderná, proeurópska cesta k objektivizácii výsledkov/kvality ošetrovateľskej starostlivosti u poskytovateľov LTC (s výnimkou zariadení paliatívnej starostlivosti). Výhodou je jednoduchosť, orientácia na kľúčové, želateľné výsledky starostlivosti. Takéto meranie môže byť efektívnym nástrojom

cieľavedomého rozvoja kvality služieb, prístupov i procesov poskytovateľov LTC.

Motivácia používať tento nástroj a minimalizovať destabilizácie pritom môže byť vnútri organizácie (vysoký morálny kredit zariadenia, presvedčenie vodcov, že je nevyhnutné hľadať cesty zlepšovania starostlivosti), no tiež zvonka (napríklad podpora tých zariadení, ktoré dosahujú veľmi dobré výsledky starostlivosti zo strany štátu, prípadne zdravotných poisťovní).

Preto prichádzame s naším riešením

Sesterská starostlivosť je o komplexnom prístupe, myslení, posudzovaní, plánovaní starostlivosti, ak tento aspekt starostlivosti chýba, krehký pacient zomiera. Napriek tomu vo väčšine zariadení sociálnych služieb v SR tento kľúčový aspekt nefunguje, pretože nie je legislatívnou požiadavkou. Nik nenesie zodpovednosť za úroveň kvality starostlivosti o zdravie a táto časť starostlivosti zatiaľ nie je systémovo financovaná.

Sme presvedčení, že našej krajine v blízkej budúcnosti hrozí kríza v zabezpečení adekvátnej starostlivosti a ak sa na daný problém nebude intenzívne upozorňovať dnes, už tejto generácii reálne hrozí predčasné umieranie. Mali by sme podporovať také koncepcie, ktoré podporujú tvorivé budovanie a zdokonaľovanie najlepšieho modelu starostlivosti o chronicky chorých a starých klientov. Pretože táto skupina občanov v našej spoločnosti nielen existuje a narastá.

Overené inovácie v rámci dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti pri globálnom uplatnení môžu byť účinným nástrojom pre systémovú ochranu práv a záujmov jednej z najzraniteľnejších skupín obyvateľstva. Veríme, že nájdeme spojencov a nasledovníkov.

NKÚ zistil veľké nedostatky

(18. júla 2017, Zuzana Andelová, ZdN)

18. júl 2017 - Bol ukončený druhý úsek kontroly v 13 zdravotníckych zariadeniach. Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky (NKÚ SR) ukončil druhú etapu komplexnej prierezovej kontroly slovenského zdravotníctva. Úrad sa v 13 vybraných zdravotníckych zariadeniach zameril na ich hospodárenie, stav a vývoj pohľadávok a záväzkov, investovanie do stavieb a zdravotníckej techniky.

Íšlo o 3 príspevkové organizácie zriadené Ministerstvom zdravotníctva SR, 5 samosprávnych nemocníc a 5 transformovaných zdravotníckych zariadení, zakladateľom ktorých je MZ SR.

Kontrolná akcia bola do plánu kontrolnej činnosti NKÚ zaradená po vyhodnotení rizík v zdravotníctve, súvisiacich so stratovým hospodárením zdravotníckych zariadení, neehospodárnosťou pri zabezpečovaní tovarov a služieb, ako aj plnením povinností pri správe majetku štátu. NKÚ sa zameril na kontrolu obdobia rokov 2011 až 2015.

Zistenia kontroly

Výsledky dvoch etáp zatiaľ uskutočnenej kontroly nemocníc sú vo veľkej miere identické pre všetky kontrolované príspevkové organizácie. Vzhľadom na podiel kontrolovaných zariadení z celkového počtu príspevkových organizácií, 12 z 33 organizácií tohto typu, údaj z roku 2015, a s prihliadnutím na objem nakladania s verejnými financiami a majetkom možno

predpokladať, že podobné problémy sa objavujú aj v ďalších príspevkových organizáciách spadajúcich pod ministerstvo zdravotníctva.

Všeobecne sa dá vyjadriť aj stav rozpočtov príspevkových a samosprávnych nemocníc. Rozpočty oboch skupín sú v rozhodujúcej miere schodkové, kumulovaná strata kontrolovaných nemocníc MZ SR dosiahla za kontrolované obdobie výšku takmer 87 miliónov eur, v samosprávnych organizáciách 17 miliónov eur. Kontrola zistila značné nedostatky v riadení rozpočtov a ostatných parametrov hospodárenia väčšiny kontrolovaných subjektov.

Jedným z poznatkov kontroly je zistenie, že zodpovednosť za neplnenie rozpočtu a za celý systém hospodárenia sa líšila podľa zariadení. Príkladom môže byť vývoj mzdových nákladov. Kým niektoré nemocnice ich vývoj držali v miere zákonných nárokov, iné ich prekračovali bez ohľadu na dosahované hospodárske výsledky a zadlženosť.

Hospodárenie zariadení

Osobné náklady rástli najviac v košickej detskej fakultnej nemocnici – o 42,57 percenta, čo je absolútne najvyšší nárast osobných nákladov zo všetkých kontrolovaných nemocníc. Na druhej strane najmenej rástli v Bratislave – o 30,32 percenta. Celkový najnižší nárast osobných nákladov bol dosiahnutý v košickej univerzitnej nemocnici, a to o 13,03 percenta. Za rastom týchto nákladov sú najmä zákonné nároky priznané lekárom a sestram.

Zistili sa aj rozdiely vo vývoji nákladov na lieky a materiál. Vyvodzovanie zodpovednosti za neplnenie rozpočtu, za rastúcu zadlženosť či za neodvážanie sociálnych odvodov je minimálne alebo takmer žiadne. NKÚ to považuje za jeden z vážnych trvalých problémov týchto organizácií, ktorý sa následne prenáša do celého systému zdravotníctva.

Úrad preto ministerstvu, a aj jednotlivým samosprávam, ktoré sú zriaďovateľmi zdravotníckych zariadení, odporúča, aby hľadali všetky zákonné možnosti, ktoré posilnia zodpovednosť manažmentu za dosahované výsledky. Zlé hospodárenie nemocníc sa podpisuje aj pod modernizačný dlh prejavujúci sa zlým stavom budov, ale aj zastaranosťou zdravotnej techniky.

Nehovoriac o tom, že minimálna výstavba, rekonštrukcia či nákup novej techniky neboli v súlade s plánom investícií.

Ako sa uvádza v správe NKÚ, problémom nemocníc je, že výška nákladov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť vysoko prekračuje hodnotu jej úhrad zo zdravotných poisťovní. Priemerné náklady na 100 eur uhradenej zdravotnej starostlivosti v príspevkových organizáciách predstavovali sumu 133,50 eura, v samosprávach 111,28 eura.

Znamená to, že hlavná činnosť nemocníc dosahuje náklady, ktoré nie sú v plnej miere hrazené. Výnimku tvoria srdcovo-cievne ústavy, ktorých priemerné náklady na 100 eur poskytnutej zdravotnej starostlivosti predstavovali 99,18 eura, čiže na každých 100 eur poskytnutej starostlivosti bol dosiahnutý zisk v sume 0,82 eura.

Verejné obstarávanie

Pri kontrole verejného obstarávania tovarov a služieb sa zistili viaceré znaky nedodržania princípov a zásad verejného obstarávania. Podozrenie z predrazenia zdravotnej techniky kontrolóri identifikovali vo viacerých prípadoch.

Napríklad pri nákupe operačných stolov v košickej detskej fakultnej nemocnici o takmer 125 percent, pri mobilnom RTG prístroji v nemocnici v Považskej Bystrici o viac ako 80 percent, pri parnom sterilizátore nitrianskej nemocnici, čo bolo o 71 percent viac, ako za podobný prístroj zaplatila kysucká nemocnica v Čadci, pri uroskope Omnia v popradskej nemocnici o takmer 41 percent, pri mapovacom systéme elektro-anatomického CARTO v srdcovo-cievnom ústave v Banskej Bystrici o takmer 83 percent a pri mimotelovom obehu PERFORMER o viac ako 77 percent.

Nehospodárnosť kontrola zistila aj v prípade USG prístroja v cene takmer 100-tisíc eur v nemocnici v Považskej Bystrici, ktorý bol využitý iba čiastočne a funkcionality tohto prístroja v hodnote takmer 30-tisíc eur sa nevyužívali vôbec.

Kontrolou sa preukázalo, že formálne sa zákon o verejnom obstarávaní vo väčšine prípadov dodržiava, ale je predovšetkým na manažmente nemocníc, či sa naplní aj zámer obstarania.

Manažmenty viacerých kontrolovaných zariadení pristúpili k zmene poskytovateľa stravovacích služieb. Ide fakultnú nemocnicu v Banskej Bystrici, a fakultné nemocnice v Trnave a Trenčíne. Znamená to, že plnením koncesionárskych zmlúv sa zabezpečuje stravovanie pacientov a zamestnancov. Tento typ zmluvy na zabezpečenie služieb nevyužila žiadna z detských fakultných nemocníc.

Pri prvej kontrole NKÚ upozorňoval na problémy a riziká spojené s využívaním koncesionárskych zmlúv. Okrem iného, vo všetkých kontrolovaných zariadeniach, ktoré uzatvorili koncesionárske zmluvy, došlo k výraznému rastu nákladov na služby. Napríklad v trnavskej fakultnej nemocnici a vo fakultnej nemocnici v Banskej Bystrici približne o 60 percent. NKÚ zdôrazňuje, že posudzovaniu vhodnosti a výhodnosti uzatvárania koncesionárskych zmlúv je potrebné venovať mimoriadnu pozornosť.

Neuhradené záväzky

Typickým znakom hospodárenia všetkých kontrolovaných nemocníc bola vysoká hodnota neuhradených záväzkov voči dodávateľom, často už po lehote splatnosti, a v mnohých prípadoch aj voči Sociálnej poisťovni. V roku 2015 bola hodnota záväzkov o štvrtinu vyššia ako hodnota majetku. Dokonca v prípade žilinskej fakultnej nemocnice až 174-percentné prekročenie hodnoty majetku.

Výrazné rozdiely sú aj v prípade detskej banskobystrickej fakultnej nemocnice, v ktorej ide o 71-percentné prekročenie, a v bratislavskej detskej fakultnej nemocnici ide o 152-percentné prekročenie. Záväzky troch nemocníc bratislavskej univerzitnej nemocnice, košickej univerzitnej nemocnice a prešovskej fakultnej nemocnice tvorili v roku 2015 až 60 percent záväzkov všetkých kontrolovaných príspevkových organizácií.

Medzi nemocnicami existujú výrazne rozdielne výsledky hospodárenia. V minulosti sa napriek týmto rozdielom prijalo v princípe plošné oddlžovanie, ktoré neprineslo očakávaný efekt.

Preto NKÚ ministerstvu odporučil, aby bol prípadný program oddlžovania pre jednotlivé nemocnice rozdielny v čase a v miere oddlženia, a zároveň ho podmienil dosahovaním cieľov, ktoré zabezpečia zastavenie zadlžovania nemocníc.

Kontrolóri v súčasnosti realizujú už tretiu etapu kontroly, v rámci ktorej preverujú zdravotnícke zariadenia s rôznymi formami hospodárenia a nakladania s majetkom. Po ukončení tejto etapy plánujú zamerať sa na samotný rezort zdravotníctva a všetky tri zdravotné poisťovne.

Reakcia ministerstva

Aj rezort zdravotníctva identifikovalo podobné problémové oblasti a prijalo opatrenia, ktoré postupne realizuje.

„Prijali sme program zmien, ktorý pozostáva z 26 projektov pre lepšie zdravotníctvo. Pred viac ako rokom (k 15. 6. 2016) vznikol na ministerstve zdravotníctva Úrad pre riadenie podriadených organizácií, ktorého poslaním je efektívne a koordinované riadenie podriadených organizácií s cieľom dosahovať úspory tam, kde to je možné, ako aj porovnávanie aktivít v prevádzkovej a medicínskej činnosti, obstarávania nemocníc, eliminácia neefektívnych nákupov a nevýhodných zmlúv vrátane vyhodnocovania parametrov dodávateľských zmlúv na služby, dôraz na efektívne zmluvy. Zámerom je dostať nemocnice postupne do vyrovnaného hospodárenia,“ reagovala hovorkyňa ministerstva zdravotníctva Zuzana Eliášová.

Ďalej dodala, že do nákupov ministerstvo zavádza efektívnosť a transparentnosť. „Zrealizovali sme centrálnu verejnú obstarávanie na CT prístroje a pripravujeme ďalšie na ťažkú techniku a posteľe,“ doplnila Z. Eliášová.

Ďalším opatrením bolo, že ministerstvo zriadilo v zdravotníckych zariadeniach vo svojej pôsobnosti napríklad dozorné orgány či rady riaditeľov so zámerom vytvorenia kontrolných a riadiacich mechanizmov s cieľom maximálnej transparentnosti. Tieto kroky posilňujú zodpovednosť, prinášajú vyššiu mieru kontroly, a teda aj lepšie hospodárenie v nemocniciach.

„Prinášanie transparentných a efektívnych opatrení je pre nás základnou podmienkou ďalšieho kvalitatívneho fungovania v rezorte tak pre pacientov, ako aj pre zdravotníckych pracovníkov,“ dodala Z. Eliášová.

Zoznam kontrolovaných 13 zdravotníckych zariadení:

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica
Detská fakultná nemocnica Košice
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín
Mestská nemocnica prof. MUDr. Rudolfa Korca, DrSc., Zlaté Moravce
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava
Nemocnica Alexandra Wintera, n. o., Piešťany
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica

Nemocnica s poliklinikou Prievidza
 Nemocnica Poprad, a. s.
 Nemocnice s poliklinikami Nitra – prevádzky v Topoľčanoch a Leviciach
 Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Banská Bystrica
 Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Košice

Vybrané ukazovatele príspevkových organizácií zriadených MZ SR k 31. 12. 2015 (hodnoty v tis. eur)

	<i>Majetok</i>	<i>Náklady</i>	<i>Výnosy</i>	<i>Objem poskytnutej ZS</i>	<i>Platby od ZP</i>
<i>Priemer. prep. počet zamestnancov</i>					
<i>UN BA</i>	142 353 5 859,60	212 617	170 108	161 571	156 602
<i>FNsP BB</i>	55 221 2 038,76	82 766	78 835	64 964	63 839
<i>UN KE</i>	77 878 3 300,50	110 795	97 207	82 728	80 921
<i>FN NR</i>	54 542 1 190,00	40 407	43 252	40 222	39 431
<i>FNsP NZ</i>	22 524 1 195,96	35 003	34 065	32 913	32 059
<i>FNsP ZA</i>	20 078 1 532,78	48 557	44 840	41 051	40 362
<i>FN TT</i>	32 572 1 056,42	38 154	35 514	31 483	30 993
<i>FN TN</i>	22 567 1 336,28	47 006	42 405	41 505	39 647
<i>FNsP PO</i>	49 734 2 174,38	74 318	61 380	60 437	56 427
<i>DFNsP BB</i>	10 530 298,64	10 665	10 676	10 300	9 512
<i>DFNsP BA</i>	29 554 1 146,90	44 951	39 784	36 126	35 668
<i>DFN KE</i>	19 487 581,24	15 128	15 250	11 556	12 996
<i>Spolu</i>	537 040 21 711,46	760 367	673 316	614 856	598 457

Zdroj: NKÚ SR

Rôzne – Výber z tlače (18. júla 2017 – TASR)

Denník HOSPODÁRSKE NOVINY na titulnej strane v článku "Beljajev a Strnad budujú česko-slovenské impérium" píše o spoločnom biznis modeli českého strojára Jaroslava Strnada a slovenských železničných magnátov Alexeja Beljajeva s Michalom Lazarom. Tí nakupujú spravidla lacno firmy, topiace sa v problémoch a keď ich oživia a získajú pre ňu výrobný program, postupne ju dovedú k zisku. V pokračovaní na strane 10 pod názvom "Beljajev a Strnad..." sa spomína jedna z ich investícií, letecká opravovňa Job Air Technic.

"Gašpar dostane posilu" je názov článku na strane štyri denníka PLUS JEDEN DEŇ. Policajný prezident dostane do konca letných prázdnin posilu. Podľa denníka pribudne na

policajnom prezídiu ďalší funkcionár, tretí viceprezident. Nový človek by mal mať na starosti ekonomiku a vzdelávanie. V hre je údajne aj zástupca riaditeľa Národnej kriminálnej agentúry Martin Krčmárik.

Hlavné mesto Slovenska Bratislava sa na rebríčku španielskej štúdie IESE Cities in Motion Index posunula, no stále je na chvoste. Zostavovateľom rebríčka najviac klala oči bratislavská doprava a mobilita. V územnom plánovaní však mesto na prekvapenie zabodovalo. Bratislava je na 77. mieste, oproti vlaňajšku sa posunula o 6 miest, uvádza sa v denníku NOVÝ ČAS v článku "Za metropolami V4 zaostávame o desiatky miest!" na strane sedem.

Medveďov a vlkov je vraj v slovenských lesoch čoraz viac a údajne spôsobujú škody. Ministerstvo pôdohospodárstva volá po ich regulácii. Štátni ochranári a envirorezort zdôrazňujú, že šeliem je v našich lesoch oveľa menej, uvádza sa v článku "Počítanie zvierat sa zmenilo na chaos" na titulnej strane denníka PRAVDA s pokračovaním na strane dva, kde sa nachádza aj tabuľka počtu medveďov a vlkov a mapa ich rozšírenia na Slovensku.

Denník SME na titulnej strane píše o tom, že obeť sexuálneho násillia útoky takmer vôbec nenahlasujú. Zmeniť by to mohla nová legislatíva, uvádza sa v článku "Znásilneným pomôže zákon". Podľa pokračovania článku na strane tri pod názvom "Nový zákon má podporiť znásilnené" obeť sexuálneho násillia by mali mať po novom nárok na odbornú pomoc financovanú zo štátneho rozpočtu.

Súťaž na automobilové evidenčné čísla v Česku ukazuje, že na Slovensku máme drahé značky, avizuje na titulnej strane DENNÍK N pod názvom "Monopol na značky". Ich výrobca si patentoval ich dizajn a štát mu dal zmluvy na roky vopred, teraz ho nemôže nik nahradiť. Tému sa denník venuje na strane tri v článku "Monopol na značky tu má roky jedna firma". Automobilové evidenčné čísla – značky slovenské ministerstvo vnútra kupuje po takmer deväť eur za kus. Štátu ich dodáva firma Turčan Delta od roku 1996. V susednom Česku vďaka zmene dodávateľa ušetria na značkách v českej mene viac ako 100 miliónov korún (ne celé štyri milióny eur).
