

Aký bol rok 2017?

(15. januára 2018, ZdN, Dušan Zachar)

Rok 2017 nemal v zdravotnej politike výrazné hviezdne okamihy, ale na druhej strane ani ťažké pády

Charakteristickým znakom minulého roku bolo, že boli prijímané viaceré operatívne manažérske opatrenia na čiastkové zlepšenie fungovania viacerých oblastí zdravotníctva, ktoré však neboli v rozsahu reformy (napríklad urgency, mobilná aplikácia pre záchranárov, ambulantné pohotovosti, čiastočné zmeny v kompetenciách zdravotníkov, poplatky u lekára, resp. doplnkové ordinačné hodiny).

Niektoré využijú svoj potenciál na zlepšenie, niektoré nie a pri niektorých ešte len uvidíme. Na mnohých projektoch, ako napr. DRG, ezdravie, výstavba novej UNB či oddlžovanie, sa počas roka pracovalo, avšak zatiaľ je ich implementácia rozpačitá.

Opatrením, ktoré azda najväčším rozsahom mení nejaký parciálny systém v sektore, je novela zákona o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, ktorou sa o. i. môžu v strednodobom horizonte výrazne zvýšiť verejné výdavky na lieky, keďže sa do kategorizácie dostanú aj mnohé lieky, ktoré doteraz nespĺňali podmienky nákladovej efektívnosti. Je veľmi otázne, či si momentálne môže Slovensko takýto skokovitý nárast dovoliť, resp. či na to použité prostriedky nebudú chýbať viac inde v zdravotníctve, alebo či to nepovedie k ďalšiemu nárastu dlhu najmä štátnych zariadení, ktorý sa za ostatné roky zatiaľ nedarí dostať pod kontrolu.

Potenciálne najprínosnejším opatrením súčasného vedenia rezortu zdravotníctva sa môže stať v budúcich rokoch stanovenie a implementovanie moderných štandardných diagnostických a terapeutických postupov, na ktorých sa už pracuje. Verme, že budú okrem iného aj presnejšie definovať nároky pacienta hrazené z verejného zdravotného poistenia, a tým sa vytvorí priestor pre reštart doplnkového zdravotného poistenia.

Dobrá komunikačná stratégia ministra zdravotníctva zatiaľ stačí obrusovať tie najostrejšie hrany v diskusiách s nespokojnými aktérmi v zdravotníctve, ktorí sa však pomaly začínajú ozývať. Istotne aj rastúca ekonomika, a z toho vyplývajúci nezanedbateľný rast príjmov v rezorte, ako aj vyčlenenie vyše pol miliardy eur na oddlženie nemocníc tlmia intenzitu kritiky zvnútra sektora.

Vo verejnej diskusii by sme sa však nemali uspokojiť len s akcentovaním potreby rastu zdrojov, ale mali by sme vyžadovať tiež vyššiu hodnotu za viac peňazí, vyššiu produktivitu práce, vyššiu efektívnosť využitia zdrojov. Tento aspekt v debata o rozdeľovaní koláča ťahá momentálne za kratší koniec. To by bolo treba do budúcnosti zmeniť.

Bol to jeden z tých lepších rokov

(15. januára 2018, ZdN, MUDr. Tomáš Szalay, PhD.)

Rok 2017 v zdravotníctve naozaj nebol zlý

Ekonomike sa darí, takže aj peňazí je dost' – a štát na jeseň doplatil poisťovniam 100 miliónov eur za poisťencov štátu.

Udalosťou roka (možno desaťročia) bolo oficiálne spustenie DRG. Áno, zatiaľ je to len „hra na DRG“, ale postupne sa zlepšuje reportovanie, skvalitňujú sa dáta. To je z dlhodobého pohľadu tá najcennejšia devíza DRG, ktorá uľahčí správne rozhodovanie nemocniciam, poisťovniam či ministerstvu zdravotníctva. Významne sa tým zvýši aj transparentnosť.

Všeobecných lekárov by mohli upokojiť riešenia LSPP a obhliadok mŕtvych. Povinnosť slúžiť sa ich bude týkať až po vyčerpaní všetkých iných možností, ku ktorým regulátor ponúka motivácie.

Medzi nádejné kroky patrí tvorba štandardných diagnostických a liečebných postupov, ktorá naberá na obrátkach. O potrebe štandardov sa hovorí desaťročia, ale doteraz tomu chýbal jasný pokyn na akciu. Prechod od slov k činom preto nabáda na optimizmus. Ten chcem trochu zbrzdiť upozornením, že najväčšou výzvou bude implementácia štandardov do praxe.

To, že raz príde k ďalšiemu (tentoraz piatemu) oddĺženiu nemocníc, bolo všetkým jasné. Dodávateľia s tým kalkulujú. Všetkým je jasné aj to, že piate oddĺženie nebude posledné. Zaujímavé je, že tentoraz sa doň môžu zapojiť aj neštátne nemocnice, a že sa pri tom využije elektronické trhovisko.

Zmeny v liekovej politike je predčasné hodnotiť. Uľahčenie vstupu inovatívnych liekov, dostupnejšia liečba zriedkavých ochorení – to znie ako dobrá správa pre pacientov. Ale, samozrejme, bude to niečo stáť. V odhadoch dosahov sa názor ministerstva líši od názorov poisťovní. Ale rozhodne hovoríme o desiatkach až stovkách miliónov eur ročne. Odkiaľ na to zoberú zdravotné poisťovne peniaze? Nech si na to odpoviete akokoľvek, neznie to už ako dobrá správa. Ani pre pacientov, ani pre poskytovateľov.

Vybudovanie novej univerzitnej nemocnice v Bratislave sa zase odsunulo. Rázsochy sa nedokončia, ale zbúrajú. A až potom sa bude (možno) môcť stavať. Oproti tomu stojí príbeh nemocnice novej generácie v Michalovciach, ktorú súkromný investor dokázal postaviť za rekordný čas. (A nepochybujem, že i podstatne lacnejšie, než keby také čosi staval štát.)

Mrzutými správami boli politické zásahy do sektora. Najzrozumiteľnejším príkladom je telefonické pokefovanie šéfa VŠZP, ktoré predseda vlády následne propagoval na Facebooku. A to len za to, že si Miroslav Kočan robil svoju prácu – zachraňoval štátnu poisťovňu z problémov spôsobených predošlým vedením.

Politika zasiahla aj do ďalších oblastí. Vznikol napríklad ideologicky motivovaný (ale inak vecne nezmyselný) návrh na bezplatné parkovanie pri nemocniciach. Politika zomlela aj pokusy o rehabilitáciu priamych platieb v zdravotníctve. Koaličným partnerom neprešiel návrh na legalizáciu platby za prednostné vyšetrenie. Návrh na doplnkové ordinačné hodiny, v ktorých lekár účtuje pacientovi cenu poskytnutých výkonov, parlament síce schválil, ale zrejme sa to celé bude revidovať ešte pred účinnosťou. Slovom klasika – minister mieni, ale premiér mení.

Svetlú výnimku tvorí schválenie 10-eurového poplatku na nemocničnom urgentnom príjme. Berúc do úvahy spomínané politické obmedzenia to pri tejto vláde možno brať ako úspech.

Splniť vysoké očakávania, ktoré po nástupe do funkcie minister Drucker vyvolal, sa nedá. Sú oblasti, v ktorých sa ani počas tohto volebného obdobia nepohneme z miesta. V iných sa hýbeme, ale pomaly. Stále je to však lepšie ako v predchádzajúcich rokoch.

Prevádzkovatelia záchraniek žiadajú viac... kto by nechcel!

(15. januára 2018, ZdN, MUDr. Peter Ottinger)

12. január 2018 - Prevádzkovatelia, alebo lepšie povedané majitelia cca 280 staníc záchranej zdravotnej služby žiadajú ministerstvo zdravotníctva o radikálne zvýšenie mesačných paušálnych úhrad na prevádzkovanie staníc záchranej zdravotnej služby

Záchranná zdravotná služba zabezpečuje neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobám pri náhlej zmene zdravotného stavu, pri náhle vzniknutej neznesiteľnej bolesti, pri náhlej zmene jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie, rodičke v súvislosti s pôrodom a pri neodkladnej preprave osoby. Financovanie záchranej zdravotnej služby sa riadi cenovým opatrením.

Poskytovateľ za jednu stanicu dostáva paušálnu úhradu za mesiac, konkrétne ambulancii rýchlej zdravotnej pomoci – 16 928,90 €, ambulancii rýchlej lekárskej pomoci – 27 882,98 €, ambulancii rýchlej lekárskej pomoci – mobilnej intenzívnej jednotke – 30 206,47 € a ambulancii vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby – 56 429,66 €. Pripočítateľnou položkou je pevná cena dopravy 0,70 € za 1 km alebo 33,19 € za 1 letovú minútu. Hradia sa náklady na lieky označené symbolom úhrady A.

Možno teda konštatovať, že financovanie staníc záchranej zdravotnej služby je v porovnaní s financovaním urgentných príjmov alebo ambulancií UPS vo všeobecných nemocniciach kráľovské a ak má byť zvýšené, tak najskôr treba dorovnať financovanie iných činností v nemocničnej starostlivosti alebo ambulantnej starostlivosti!

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby je financované v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších zmien. Zdravotné poisťovne poukazujú na účet ministerstva zdravotníctva príspevkov na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby, ktorý je 0,35 % zo sumy poisťného, na ktorú má zdravotná poisťovňa právo po prerozdelení poisťného za kalendárny rok.

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby vykonáva svoju činnosť nepretržite, pričom riadi, koordinuje a vyhodnocuje činnosť záchranej zdravotnej služby tak, aby sa zabezpečila jej plynulosť a nepretržitosť. Na území Slovenskej republiky je zriadených 8 sídel Krajských operačných stredísk záchranej zdravotnej služby, t. j. v každom krajskom meste.

Zo 70 je 273 staníc

Do roku 2004 pôsobila záchranná zdravotná služba s výnimkou Bratislavskej a Košickej záchranej zdravotnej služby vo všeobecných nemocniciach. Takto pôsobilo v systéme 70 staníc. Záchranky pôsobili v extrémne nízkom počte a ich výkony boli neskutočne mizerne hradené zdravotnými poisťovňami. Túto skutočnosť Zajac majstrovsky využil, zákonom zvýšil počet staníc na 273, nastavil na slovenské pomery pomerne štedrú úhradu a zákonom

ustanovil, že každé 4 roky budú výberovým konaním licencie záchrankám obnovované.

O jedno funkčné vládne obdobie neskôr bola povinnosť ministerstva organizovať výberové konanie predĺžená na 6-ročný cyklus. Zmenu vykonal minister Raši. Touto nezmyselnou zákonnou úpravou bola v podstate záchrana zabezpečujúca zdravotnú bezpečnosť všetkých občanov Slovenskej republiky privatizovaná.

Zneužívanie výberového konania podľa § 14 zákona 578/2004 Z. z. lobistickým vplyvom naprieč politickým spektrom je príčinou, že záchrana sa postupne zo všeobecných nemocníc vytrácala a stúpa podiel súkromných prevádzkovateľov záchranej zdravotnej služby, čo odzrkadľuje aj súčasné zloženie prevádzkovateľov záchrániek: Falck 107 staníc, (ZZS Bratislava 62 staníc a Záchranná služba Košice 47 staníc – ktovie, koho sú), LifeStar Emergency 30 staníc, ZaMED 14 staníc, Nemocnica Sv. Jakuba Bardejov, n. o., 2 stanice, NsP Brezno, n. o., 5 staníc, FNsP Skalica, a. s., 2 stanice, NsP Liptovský Mikuláš 1 stanica, NsP Čadca 1 stanica, NsP Trstená 1 stanica, NsP Dolný Kubín 1 stanica. Za konkrétnymi skupinami staníc alebo za jednotlivými stanicami sú silné privátne zoskupenia, významní podnikatelia alebo samosprávny kraj. Čoraz viac nadobúdam presvedčenie, že výberové konanie je sofistikovaný postup, ako zákonnou cestou zvíťazi vo výberovom konaní vopred určený víťaz. Na Slovensku je to tak!

Obsadzovanie staníc záchranej zdravotnej služby výberovým konaním nie je jedinou chybou zákona o poskytovateľoch, ale je chybou zásadnou a systémovou. Záchranná zdravotná služba, ako urgentná zdravotnícka pomoc, nemala nikdy skončiť v rukách biznisu so zdravím. Mala a má zostať v správe štátu, samosprávnych krajov v prevádzke všeobecných nemocníc v pevnej – minimálnej sieti, pretože je v celom rozsahu hrazená z verejného zdravotného poistenia, ktoré nie je určené na tvorbu zisku poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zdravotnými poisťovňami, ale ani podnikateľmi v zdravotníctve.

Na účely tvorby zisku v zdravotníctve má byť vytvorené individuálne súkromné zdravotné poistenie, ktoré de iure má v zákonoch podľa Zajaca naznačený základ, ale de facto neexistuje. Topíme sa v nezmysloch „veľkej reformy zdravotníctva“ z roku 2004.

Možnosti na nápravu

Chyby zabezpečovania prevádzky záchranej zdravotnej služby a možnosti zmeny:

a) operačné strediská tiesňového volania nemajú sídliť v krajskom meste spolu so zástupcami silových zložiek, ale majú sídliť v krajskej všeobecnej nemocnici a so silovými zložkami stačí dobré spojenie,

b) komplexy RLP – RZP nemajú byť vo vlastníctve podnikateľov so zdravím ľudí, ale majú byť predsunutou prednemocničnou zložkou oddelenia urgentného príjmu všeobecnej nemocnice v minimálnej (pevnej) sieti všeobecných nemocníc,

c) zásahovým územím záchranej zdravotnej služby je celé územie Slovenskej republiky; na celom území SR môže zasahovať ktorákoľvek stanica podľa toho, kde sa práve nachádza, a kraje sa môžu vzájomne zastupovať, dopĺňať, ale aj tak má mať každá stanica vymedzený svoj rajón,

d) stanice záchranej zdravotnej služby v súčasnosti vykonávajú odsun od seba – zbavujú sa pacienta miesto toho, aby pacienta odsúvali systémom k sebe na urgentný príjem, ktorý má byť ich zásahovým strediskom; touto zmenou je v podstate prijatý pacient na nemocničné lôžko už na jeho domácej adrese, alebo kdekoľvek v poli či na ceste,

e) zdravotnícki záchranári pracujú na záchranke v pozícii živnostníkov, čo je doslova zdieraním tých, ktorí nasadzujú svoje zdravie v prospech chorých alebo zranených, sú nútení presúvať sa medzi stanicami, aby nebolo možné zistiť, koľko hodín v skutočnosti odpracovali, a aj tak ich finančný príjem nezodpovedá ich reálnym zásluhám; tento postup možno hodnotiť takmer ako nútenú prácu; vidieť 2-, 3-krát v ambulancii rovnakého záchranára pri odovzdaní pacienta hraničí so sci-fi; taká je na záchranke fluktuácia záchranárov, taká je realita reformovanej záchranky po 10 rokoch existencie v nových podmienkach.

Všetky uvedené deformácie vniesol do systému vplyv biznisu so zdravím za každú cenu, ktorý bol umožnený bezhlavou snahou všetko privatizovať, a to počnúc sieťami lekární, sieťami laboratórií, sieťami ťažkej diagnostickej techniky, sieťami záchraničiek s cieľom nechať vykrváčať časť všeobecných nemocníc.

Zmenou systému, ktorá je naznačená vo vyššie uvedených bodoch a) až e), sa dosiahne slušné sfunkčnenie systému a v žiadnom prípade nebude nutné stanice záchraničiek dofinancovať, pretože drvivá väčšina všeobecných nemocníc investuje „prebytočné“ zdroje dovnútra, a nie von zo systému. A dofinancovať je potrebné najmä urgentné príjmy, ktoré v súčasnosti vo väčšine všeobecných nemocníc pôsobia za tzv. vatikánsku menu.

Sestry by právomoci chceli posilniť viac

(15. januára 2018, ZdN)

15. január 2018 - S MZ chcú o tom ešte diskutovať

Ministerstvo zdravotníctva (MZ) SR nedalo sestrám všetky kompetencie, ktoré sľúbilo. Poukazuje na to Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA).

Sestrám by sa mali upraviť právomoci od polovice februára, vyhláška, ktorá to určuje, je momentálne v medzirezortnom pripomienkovom konaní (MPK). Komora chce o úprave kompetencií ešte diskutovať, má k tomu viaceré zásadných pripomienok. Snahu rezortu upraviť kompetencie však víta, volá po tom dlhodobo.

SKSaPA je za to, aby sestry s pokročilou praxou dostali ešte právomoc vystavovať recepty niektorých druhov liekov a dietetických potravín pre vybrané skupiny pacientov. Mohlo by to podľa nej znížiť čakacie lehoty u lekárov. "A legalizovať tak činnosť, ktorú aj doposiaľ vykonávajú sestry v ambulanciách," povedala šéfkla sesterskej komory Iveta Lazorová.

Komora tiež tlačí na to, aby sestra na akútnych pracoviskách mohla odsávať sekréty u pacientov so zaistenými dolnými dýchacími cestami. "Pretože predtým to robiť mohla, z vyhlášky to ale teraz vypadlo," vysvetlil Milan Laurinc zo SKSaPA. Komora takisto navrhuje, aby sa sestry podieľali na realizácii výkonov v oblasti telemonitoringu a telemedicíny.

Komora si však napriek výhradám snahu rezortu o úpravu kompetencií váži. "Doterajšia prax bola taká, že mnohé vykonávané činnosti sestier boli často na hrane zákona pre nedostatočnú legislatívu," povedala Lazorová. Úprava právomocí môže podľa nej byť motiváciou pre

súčasné sestry ostať v systéme.

Rezort zdravotníctva si od zmeny kompetencií sľubuje vyššiu kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi. Po novom budú môcť sestry odporúčať voľnopredajné lieky, niektoré dietetické a zdravotnícke pomôcky. Tiež na základe indikácie lekára odstrániť stehy, zaviesť žalúdočné a dvanásnikové sondy či kanylu do periférnej žily. Podľa ich vlastného posúdenia budú môcť podávať lieky na tlmenie bolesti a lieky na zníženie telesnej teploty v dávke predpísanej lekárom.

MZ rozdelilo sestry do kategórií. Pôjde o základnú sestru (s bakalárskym vzdelaním), sestru so špecializáciou, sestru s pokročilou praxou a sestru manažérku. Kompetencie majú odstupňované podľa vzdelania a praxe.

Základná sestra bude robiť bežnú ošetrovateľskú činnosť. Napríklad orientačné vyšetrenia zraku či sluchu, zábaly a obklady, vystavovať potvrdenia a správy súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra špecialistka sa bude starať o pacientov na akútnych pracoviskách.

Sestra s pokročilou praxou bude musieť mať najmenej päť rokov praxe a vyššie vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo. Mala by byť vedúcou medzi sestrami v danej službe, rozhodovať o ošetrovateľskom pláne pacienta, po konzultácii s lekárom bude môcť indikovať odbery.

Sestra manažérka by mala byť na pracovisku plánovačom. Pod palcom bude mať napríklad rizikový manažment pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na úseku ošetrovateľstva, riešiť by mala aj spokojnosť pacientov.

MZ s termínom zlúčenia SZU a UK ešte čaká

(15. januára 2018, ZdN)

15. január 2018 - Rezort ho určí po vyhodnotení pripomienok

Termín zlúčenia Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) a Univerzity Komenského (UK) ešte nie je známy. Ministerstvo zdravotníctva (MZ) SR hovorí, že ho určí až po vyhodnotení zásadných pripomienok uplatnených v medzirezortnom pripomienkovom konaní (MPK).

Rezort dal materiál o zlúčení do MPK ešte v lete minulého roka s navrhovaným termínom zlúčenia január 2018. "Návrh zákona o zlúčení SZU a UK je aktuálne v legislatívnom procese, termín zlúčenia bude určený po vyhodnotení všetkých zásadných pripomienok," povedala tento týždeň hovorkyňa ministerstva zdravotníctva Zuzana Eliášová.

Návrh na zlúčenie SZU s UK sa nepáči ani jednej z univerzít. Obe školy sídlia v Bratislave. Vedenie SZU poukazuje, že predložený návrh je v rozpore so zákonom o vysokých školách pre nedodržanie zákonných podmienok a postupu pri zlúčení. UK zase žiada namiesto zlúčenia likvidáciu, zlúčenia sa obáva pre zadlženie SZU.

Rezort zdravotníctva návrh o zlúčení odôvodňuje optimalizáciou komplexného modelu vzdelávania zdravotníkov. Riešenie má reflektovať aj na prijatú zmenu koncepcie univerzitného vzdelávania lekárov v súlade s vybudovaním novej bratislavskej univerzitnej nemocnice v lokalite Rázsochy, ktorej súčasťou budú aj nové teoretické a vedecko-výskumné pracoviská Lekárskej fakulty.

Minister zdravotníctva Tomáš Drucker (nominant Smeru-SD) nedávno povedal, že chce vytvoriť podmienky, ktoré budú vyhovovať obom univerzitám. SZU nechce likvidovať.

**Zdravotníctvu by prospela stabilita, prehnela sa ním legislatívna smršť, tvrdia ZP
(15. januára 2018, ZdN)**

15. január 2018 - Neustále meniaci sa legislatíva totiž dokáže podľa poisťovní spôsobovať nemalé problémy.

Zdravotníctvu by prospela väčšia stabilita. Zhodujú sa na tom súkromné zdravotné poisťovne. Neustále meniaci sa legislatíva totiž dokáže spôsobovať nemalé problémy, upozorňuje zdravotná poisťovňa Union. Dôvera zmeny v uplynulom roku nazvala "legislatívnou smršťou".

Často sa meniace zákony v minulom roku boli problémom, pretože zdravotné poisťovne mali nastavené plány a uzatvorené dohody a zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na dlhšie obdobie. "Týka sa to najmä zmien, ktoré ovplyvňujú financie," povedala Elena Májeková z predstavenstva Union ZP. V tomto roku by si preto priala viac stability, ktorá umožňuje plánovanie a implementáciu dlhodobej stratégie.

Minister zdravotníctva Tomáš Drucker (nominant Smeru-SD) má snahu riešiť veľa tém naraz a často sa robia v zhone, myslí si generálny riaditeľ Dôvery Martin Kultán s tým, že nie vždy to pacient môže prijať dobre. "Musíme venovať množstvo energie neustálemu zosúladovaniu procesov, dokumentov a všetkého možného s prirýchlo sa meniacimi zákonmi," uviedol.

"Uplynulý rok bol náročný pre celý rezort zdravotníctva," povedal generálny riaditeľ štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP) Miroslav Kočan. VšZP by privítala, ak by sa určité administratívne a schvaľovacie procesy, ktoré na Slovensku predchádzajú uvádzaniu zmien do praxe, urýchlili a zefektívnil.

Zdravotné poisťovne oceňujú Druckerovu otvorenú komunikáciu so všetkými stranami v rezorte. "Neboli sme na to v minulosti zvyknutí," uviedol Kultán z Dôvery. Union ZP tiež pozitívne vníma rozbehnutie DRG systému, VšZP zase vlašajší vyšší výber na poistnom od ekonomicky aktívneho obyvateľstva. "Pretože sa tak mohlo dať viac peňazí do systému zdravotnej starostlivosti," povedal Kočan.
