

OBSAH

Nemocnice bez zmlúv

Výhľad makro-ekonomického vývoja v roku 2008

Vývoj indexov rizika v období od 2001 – 2008

Repitva ex lege

Výmenné lístky: výklad ministerstva nad rámec zákona

Plán zeeffektívnenia zdravotnej starostlivosti v USA



Foto:
www.rock-on-rock-on.com
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance
newsletter
o zdravotnej politike

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

Tel: +421 2 5464 3051
Fax: +421 2 5464 3053
E-mail: newsletter@hpi.sk

Nemocnice bez zmlúv

Všeobecná zdravotná poisťovňa neuzatvorí zmluvu so šiestimi zariadeniami ústavnej starostlivosti. S ďalšími šesťdesiatimi bude zmluvy prehodnocovať v lete. Vyzerá to na drámu. Vyzerá to, že konečne sa bude redukovať prebytok lôžok. Naozaj sa konečne čosi zmení?

To, že na Slovensku máme priveľa nemocničných lôžok je fakt, o ktorom odborníci i politici vedia minimálne dvadsať rokov. K činom sa však pristupuje len veľmi pomaly, keďže popularita sa na zatváraní nemocníc buduje len veľmi ťažko. Politici uprednostňujú krátkodobé ciele (úspech vo voľbách) pred dlhodobými (ekonomická udržateľnosť a kvalita).

30 ZBYTOČNÝCH NEMOCNÍČ?

Aj pre túto „antimotiváciu“ politikov redukovať lôžka reforma zdravotníctva ponechala túto „špiňavú prácu“ na trh. O zmluvy s poisťovňami sa majú poskytovatelia uchádzať v súťaži na základe kritérií kvality a efektivity. Poisťovne nakupujú zdravotnú starostlivosť podobne ako keď si v obchode vyberáte tovar podľa ceny a kvality. O tom, či má poisťovňa dobrú nákupnú politiku, potom rozhodujú jej poisťenci: napríklad tak, že sa prepoistia ku konkurencii, ak sú nespokojní.

Na Slovensku máme priveľa nemocničných lôžok. Odhad ministerstva zdravotníctva je veľmi podobný odhadu, ktorý urobil Health Policy Institute: **zo solidárnych zdrojov financujeme o 6- až 7-tisíc postelí viac než reálne potrebujeme.** To je asi 30 stredne veľkých nemocníc...

Dôležitá je i štruktúra – napríklad máme priveľa internistických postelí, ale ležia na nich zvyčajne geriatrickí pacienti. Ani dostupnosť lôžok nie je na celom Slovensku rovnaká – najhoršie s dostupnosťou sú na tom obyvatelia východného Slovenska, zato Bratislavčania si môžu vyberať z tučta zariadení priamo v meste.

Najväčší prebytok máme v akútnych lôžkoch. Chronické zasa nie sú rozložené rovnomerne. Dnes zostávajú v nemocniciach na drahších akútnych lôžkoch ležať pacienti, ktorí sice takúto hospitalizáciu nepotrebujú, no niet ich kam preložiť.

Z tohto pohľadu je redukcia navrhnutá Všeobecnou zdravotnou poisťovňou – zatiaľ je reč o šiestich ústavných zariadeniach – skôr symbolická. **Mala a mohla by byť podstatne radikál-**

nejšia – ale je to stále väčší krok, než aký urobili predchádzajúce vedenia poisťovne.

KRÁTKOZRAKOSŤ

Zdráhavý postoj VŠZP k uzatváraniu zmlúv však nie je začiatkom štandardizácie nástrojov zdravotnej politiky. A to najmä z dvoch dôvodov:

VŠZP mieni uprednostniť fakultné nemocnice s cieľom zabezpečiť ich vyrovnané hospodárenie bez toho, aby museli reštrukturalizovať svoje kapacity, zefektívniť svoje procesy a zlepšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Na to však potrebuje niekde zdroje ušetriť – najlepšie v malých nemocniciach a špecializovaných zariadeniach.

Zároveň sa vláda snaží naplňovať sľuby súvisiace so zvyšovaním plátov lekárov. Lenže už **v roku 2007 mzdy v zdravotníctve rástli o 17,3%. Najrýchlejšie v celej ekonomike.** V roku 2008 predpokladáme rast v rozmedzí 10 až 15%. Problém je, že s rastúcimi plátmi nerastie produktivita práce – pacienti tak dostávajú za viac peňazí menej kvalitnej starostlivosti.



Okrem zlého cieľa, ktorý dá fakultným nemocniciam viac peňazí bez toho, aby ony museli urobiť čokoľvek na zvýšenie svojej efektivity, je tu aj druhý problém. **Pri rozhodovaní o objeme a cene nákupu zdravotnej starostlivosti by mala rozhodovať kvalita a efektívnosť.** Súčasný postup VŠZP tomu však nenasvedčuje, čitateľná je skôr inšpirácia minimálnou sieťou, kde sú len štátne nemocnice. Pridelovanie zmlúv štýlom „štátna nemocnica má lepší kontrakt ako neštátna“ je krátkozraké. Ale spĺňa politické zadanie.

Škoda, že minister zdravotníctva Ivan Valentovič nepredložil správu o finančne náročnej liečbe a o spôsobe účtovníctva a výkazníctva v nemocniciach. Na rozhodovanie o zmluvách by boli aspoň nejaké dáta. A možno výsledky analýz nezodpovedali zadaniu, tak bolo jednoduchšie ich nezverejniť. Výsledok na seba nenechal čakať – **základným predpokladom uzatvorenia dobrej zmluvy nie je kvalita starostlivosti a spokojnosť pacienta, ale štátne vlastníctvo.** Je však otázka vlastníctva niečím, čo zaujíma pacienta v momente, keď potrebuje zdravotnú starostlivosť?

(dokončenie na nasledujúcej strane) ►

3. decembra zverejnila Sociálna poisťovňa informáciu o výške dlhu, ktorú eviduje voči štátnym zdravotníckym zariadeniam a transformovaným zdravotníckym zariadeniam. Tento dlh dosiahol k 30. júnu 2007 sumu takmer 1,133 mld. Sk (medziročný nárast pohľadávok o 407,670 mil. Sk). Pohľadávky voči štátnym zdravotníckym zariadeniam dosiahli k polroku výšku 692,463 mil. Sk, čo predstavuje 61,1 % z celkového objemu pohľadávok voči všetkým sledovaným zdravotníckym zariadeniam.

MONITORING DECEMBER 2007

4. decembra posunulo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania materiál, v ktorom žiada o zrušenie úlohy vytvorenia jednotnej osnovy výkazníctva a účtovníctva. Ministerstvá financií a zdravotníctva dospeli k názoru, že jednotné osnovy nie je možné vytvoriť, keďže jednotlivé subjekty v systéme zdravotníctva hospodária podľa rôznych právnych predpisov.

5. decembra schválila vláda návrh rozpočtu pre Spoločnú zdravotnú poisťovňu. V rozpočte SZP sú predpokladané príjmy na budúci rok vo výške 14,813 mld. Sk, z toho daňové príjmy tvoria viac ako 14,34 mld. Sk a nedaňové príjmy výše 23,2 mld. Sk.

Nemocnice bez zmlúv (dokončenie z titulnej strany)

MÝTUS O DOSTUPNOSTI

Medzi najčastejšie námietky voči redukcii patrí tá o zníženej dostupnosti. Slovensko je dnes mimoriadne husto posiate nemocnicami, medzi mnohými z nich nie je väčšia vzdialenosť než 10 alebo 20 kilometrov. Pri dnešnom systéme záchranej služby nie je problém včas dopraviť pacienta v akútnom stave i do krajskej nemocnice. Záchranári to tak často i robia – vedia, že pacientovi by skôr uškodilo, ak by ho dovezli do najbližšieho (ale nevyhovujúceho) zariadenia. A pre chronických pacientov je podstatná dostupnosť ambulancie starostlivosti.

Viacere menšie nemocnice dnes nemajú základné predpoklady na to, aby ponúkali plnohodnotnú ústavnu starostlivosť. Nemajú dostatok kvalifikovaného personálu, chýba im moderná technika. Mimo pracovného času je nemožné robiť konziliá, anesteziológ prichádza na dve predpoludnia týždenne... Tak veru nevyzerá nemocnica, v ktorej by chcel byť dobrovoľne hospitalizovaný ktokoľvek s vyvinutým pudom sebazáchovy. Tak vyzerá ideálny kandidát na „reprofilizáciu“, o ktorej hovorí minister Valentovič.

Proces redukcie pritom nemusí byť sprevádzaný negatívnymi emóciami. Pacienti ako živé štíty poskytovateľov pri vyjednávaní o zmluvách sú len nechutnou bodkou za nezvládnutou domácou

úlohou ministra zdravotníctva. Lebo jedna vec je rečnú o potrebe redukcie a reprofilizácie, druhá vec je dať poisťovníam do rúk potrebné argumenty.

ČO JE TO „NEMOCNICA“?

Je nevyhnutné, aby bola vydaná vyhláška, ktorá by stanovila, čo to vlastne je „nemocnica“. Má určiť, aké materiálne, technické a personálne požiadavky musí poskytovateľ spĺňať, ak chce prevádzkovať lôžkové zariadenie. Kým pre ambulancie predpis určuje aj rozmery záchoda, nemocnicou môže byť prakticky čokoľvek.

Je tiež potrebné stanoviť, aké typy výkonov môže poskytovateľ so svojim vybavením robiť. Inak sa o „veľkú“ medicínu pokúšajú aj dobrodruhovci, ktorí nemajú žiadne zázemie na riešenie komplikácií a chýba im potrebná zručnosť, keďže daný typ výkonu robia raz za uhorský rok.

S týmito predpismi v ruke by bolo možné hneď zajtra zatvoriť desiatky nemocníc – a bez strašenia pacientov. A navyše, bolo by možné nahlas a pravdivo povedať, že **také opatrenie zvyšuje bezpečnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti na Slovensku.**

PETER PAŽITNÝ
TOMÁŠ SZALAY

článok bol publikovaný v časopise *tyždeň* č. 4/2008

Krátko o aktuálnych tendenciách

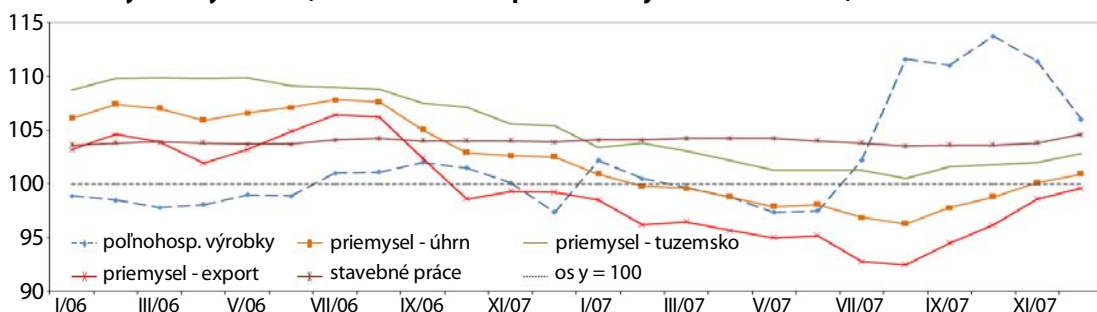
Rast cien priemyselných výrobcov vlní prudko spomalil. Spomalenie rastu spotrebiteľských cien v roku 2007 je už dávno známym faktom, v súčasnosti už možno zhodnotiť aj cenový vývoj za rok 2007 na úrovni výrobcov (Graf). Vývoj tu bol veľmi heterogénny (a vôbec nie taký jednoznačný ako v prípade spotrebiteľských cien). Ceny poľnohospodárskych výrobkov po poklese v roku 2006 (-0,2 %) v roku 2007 výraznejšie stúpili (5,4 %). Práve ceny poľnohospodárskych výrobkov rástli najsilnejšie z indexov cien výrobcov. Ceny stavebných prác mali v roku 2007 podobnú dynamiku (4 %) ako v predchádzajúcom roku (3,9 %). Podstatné spomalenie v porovnaní s predchádzajúcim rokom bolo zaznamenané u cien priemyselných výrobcov. Po raste cien priemyselných výrobcov o 5,7 % v roku 2006 bol v roku 2007 zaznamenaný ich pokles (-1,2 %). Ceny produkcie určené pre tuzemský trh

síce vzrástli o 2 %, ale pokles cien exportovanej produkcie o 4,1 % strhol hodnotu súhrnnú hodnotu tempa rastu cien do záporných čísel. Významnú rolu tu zohralo posilňovanie domácej meny: cena tovaru predávaného na svetových trhoch po prepočte na domácu menu klesla.

Evidovaná nezamestnanosť klesla o dva percentuálne body. Priemerná úroveň miery evidovanej nezamestnanosti (t.j. tej miery, ktorú udávajú úrady práce na základe svojej evidencie) dosiahla v roku 2007 hodnotu 8,4 %. Je to o dva percentuálne body menej, ako v predchádzajúcom roku (10,4 %). Miera nezamestnanosti za rok 2007 vykázaná podľa výberového zisťovania (tá ešte nebola publikovaná) zrejme takisto medziročne klesla o približne 2 percentuálne body, ale bude vykázaná skôr na úrovni okolo 11,3 %.

-km-

Graf: Indexy cien výrobcov (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR, 2008

Výhľad makroekonomického vývoja v roku 2008

Slovenská ekonomika bude v roku 2008 podporená dobrou základňou pre dlhodobý rast, a pritom bude konfrontovaná s finálnou fázou príprav na prijatie spoločnej európskej meny a s dosahom sprísnených regulačných opatrení vlády.

Priaznivý makroekonomický vývoj v uplynulých dvoch rokoch bol vyvolaný prevažne dlhodobými faktormi: **rozsiahlymi investíciami, zlepšeným podnikateľským a investorským prostredím v predchádzajúcich rokoch a celkovým priblížením sa modelu fungovania štandardných západoeurópskych ekonomik.** Kým v rokoch 2006 a 2007 bol makroekonomický vývoj do značnej miery predurčený, v roku 2008 je miera tejto predurčenosti nižšia. Takže kým v minulom roku bola ekonomika odsúdená na úspech, v roku 2008 už môžeme hovoriť „iba“ o dobrej šanci na úspešný vývoj, ale už s viacerými otáznikmi. Dôvodov je niekoľko:

(1) Nástup účinnosti viacerých opatrení vlády, ktoré môžu

znižiť atraktivitu prostredia. Hospodárska politika vlády spôsobila eróziu niektorých princípov, ktoré v uplynulých rokoch prispeli k úspešnému vývoju. Vplyv tejto erózie princípov sa však ešte nemohol plne prejavíť jednak kvôli termínu účinnosti nových opatrení a takisto kvôli tomu, že tu boli prítomné iné, silnejšie vplyvy, ktoré predurčovali vývoj. V roku 2008 možno očakávať prejavenie vplyvu viacerých hospodársko-politických opatrení pripravovaných v roku 2007.

(2) Absentuje štart nových mimoriadne veľkých podnikov (aký bol prítomný v rokoch 2006 a 2007). Nemožno v súčasnosti počítať s mimoriadnym rastovým stimulom pre ekonomiku v podobe spustenia prevádzky podniku, ktorý by mal mimoriadny (aspoň na slovenské pomery) význam na rast produkcie a zamestnanosti. Skôr sa prejaví nárast kapacity už existujúcich (aj nedávno spustených) podnikov, prílev menších investícií či rozmach domácej subdodávateľskej siete.

(3) Existujú obavy z recesie v svetovom hospodárstve. Možná globálna recesia vychádzajúca z ekonomiky USA nemusí mať na slovenskú ekonomiku priamy vplyv. Nedá sa však vylúčiť sprostredkovaný vplyv cez západoeurópske ekonomiky. Konjunkturálna citlivosť slovenskej ekonomiky však už nie je taká výrazná ako v 90. rokoch a preto očakávame skôr okrajový vplyv novej globálnej recesie.

(4) Pôjde o rok finálnej fázy príprav na euro. Z tejto skutočnosti môže vyplývať neistota a vyčká-

vacia taktika. Etapa čakania na euro môže podporiť dynamiku spotreby domácností (predzásobenie v obavách pred zdražením).

Slovenská ekonomika v roku 2007 dosahovala nielen silný, ale aj zdravý rast, sprevádzaný prijateľnou mierou stability (ustupujúci deficit bežného účtu platobnej bilancie, ustupujúci deficit verejných financií, zníženie miery inflácie, ústup nezamestnanosti). Naďalej existujú predpoklady na priaznivý vývoj makroekonomických parametrov. Vychádzajú zo značnej dynamiky investícií v predchádzajúcom období, z príchodu viacerých veľkých investorov, z konsolidácie verejných financií aj z efektu ekonomickej integrácie (menšie a ekonomicky slabšie krajiny majú tendenciu dobiehať tie väčšie a silnejšie). Veľmi vysoká porovnávací základňa z roku 2007 môže znamenať nižšiu dynamiku rastu ukazovateľov ekonomickej aktivity a výkonu ekonomiky.

Tempo reálneho rastu ekonomiky tak prav-

depodobne mierne poklesne (k hranici 7 %), aj tak však zostane veľmi priaznivé. Spomali sa aj rast zamestnanosti (pod 2 %). Pokles miery nezamestnanosti bude pokračovať, ale menej dramaticky: kým v roku 2007 klesla miera nezamestnanosti o 2 percentuálne body, v roku 2008 to bude skôr na úrovni niekoľkých desiatin percentuálneho bodu. Dôvodom bude vyčerpávanie rezervy ľahko zamestnateľných nezamestnaných osôb, pravdepodobná absencia otvárania nových mimoriadne veľkých podnikov, ale aj nárast prílevu pracovných síl zo zahraničia. Pravdepodobne pretrvá deflačná tendencia, podporená snahou o splnenie inflačného konvergenčného kritéria. Ďalší razantný ústup inflácie po ústupe inflácie v roku 2007 je však málo pravdepodobný, skôr pôjde o mierny pokles o jednu až dve desatiny percentuálneho bodu k hodnote priemernej miery inflácie okolo 2,5 % až 2,6 % (aj to však možno považovať za dostatočné). Ďalší mierny ústup inflácie spolu so zotrvačným charakterom vývoja nominálnej mzdy umožní pokračovanie významného rastu reálnej mzdy.

V priebehu roka 2008 sa začne druhá polovica volebného cyklu, pričom možno očakávať postupne rastúci tlak na plnenie politických sľubov, ktoré nebudú v súlade so zdravým ekonomickým rastom. Faktory dlhodobého zdravého rastu však ešte môžu stále zostať silnejšie ako rušivé elementy vychádzajúce z momentálnej hospodárskej politiky vlády.

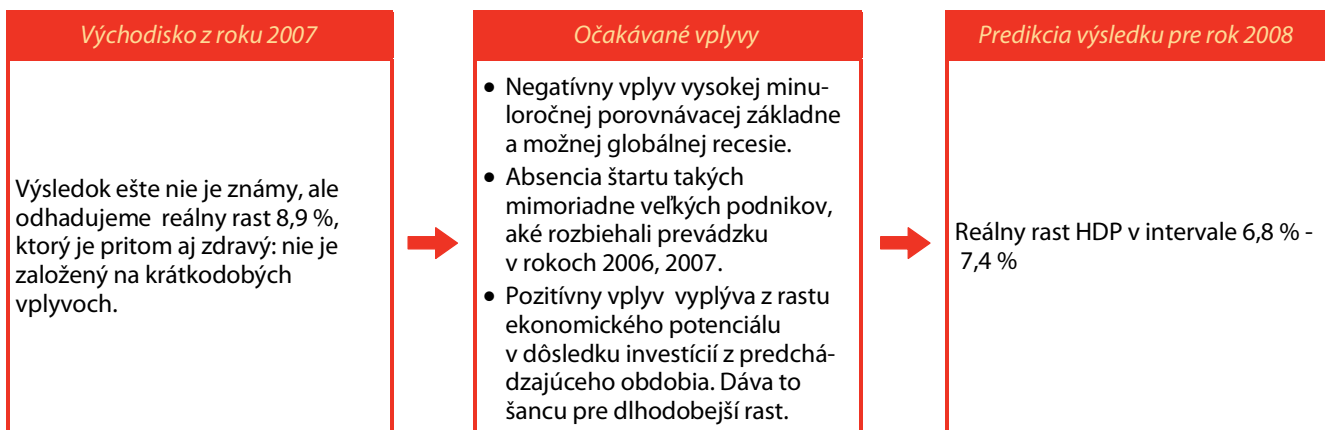
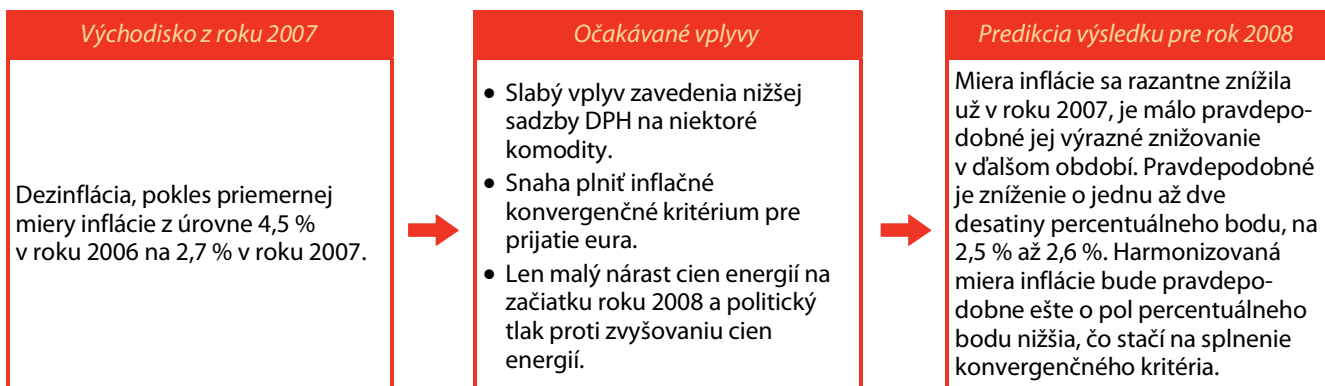
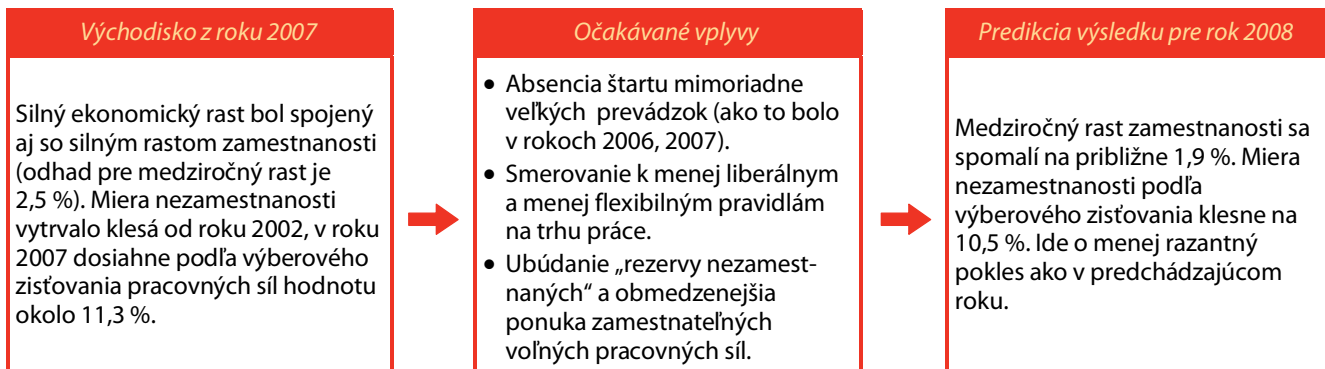
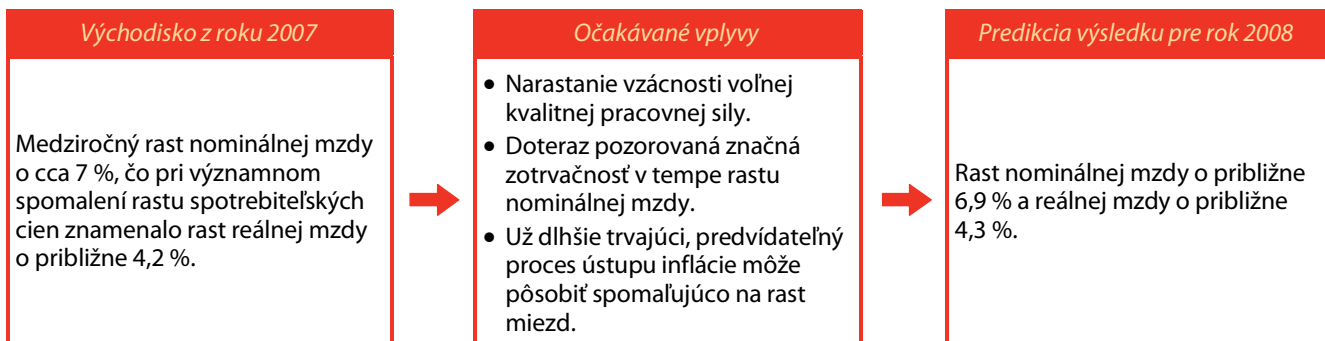
KAROL MORVAY

5. decembra uverejnilo ministerstvo zdravotníctva odhad, že zavedenie regresívnej obchodnej prirážky v liekovej politike prinesie v prvom roku úsporu 300 až 400 mil. Sk.

6. decembra schválil parlament vládny návrh novely zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorým sa zastavuje transformácia zdravotníckych zariadení. Touto novelou sa okrem iného rozčlenila Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov, asistentov, laborantov a technikov.

6. decembra parlament schválil aj návrh novely zákona o zdravotnej starostlivosti. Podľa tejto novely budú od marca opäť stanovené lekárske obvody pre praktických lekárov, gynekológov a zubných lekárov. Zákon zároveň od januára zavádza pre pacientov povinnosť navštíviť špecialistu len s odporúčaním lístkom od praktického lekára.

17. decembra vydala Slovenská lekárska únia špecialistov upozornenie pre poisťencov Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP), že ak poisťovňa nezvýši platby špecialistom aspoň o 40 %, budú si od 1. januára 2008 musieť špecializovanú ambulantnú starostlivosť vráťane predpísaných liekov financovať z vlastných zdrojov. „VŠZP svojimi poisťencom garantuje zabezpečenie bezplatnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom zákonom,“ reagovala hovorkyňa poisťovne Petra Balážová.

Schéma 1: Odhad reálneho rastu HDP**Schéma 2: Odhad vývoja inflácie****Schéma 3: Odhad vývoja zamestnanosti a nezamestnanosti****Schéma 4: Odhad vývoja miezd**

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Vývoj indexov rizika v období od 2001 – 2008

Legislatívny termín „prerozdelenie poistného“ pozná odborná literatúra pod názvom **kompensácia rizikovej štruktúry poistencov**. Tá sa vykonáva všade tam, kde existuje pluralita nákupu zdravotnej starostlivosti. **Cieľom prerozdelenia je presúvať zdroje medzi zdravotnými poisťovňami tak, aby výnosy určitej kategórie poistencov do istej miery pokrývali náklady na túto skupinu poistencov, vzhľadom nato, že existuje len jedna poistná sadzba platná pre každého poistenca v kmeni a zdravotná poisťovňa nemôže odmietnúť žiadneho poistenca a ani nijak inak jeho prijatie podmieňovať.**

Prerozdelenie poistného a indexy rizika nákladov predstavujú nástroje zabezpečovania solidarity a univerzality systému zdravotného poistenia. Ich úlohou je zabezpečiť, aby nedochádzalo k selekcii rizika (a poistencov) zdravotnými poisťovňami, a aby každá poisťovňa mala k dispozícii rovnaký objem zdrojov na poistenca s vybranými charakteristikami.

Úlohou zdravotnej politiky je preto definovať taký prerozdelený mechanizmus, aby príjmy zdravotných poisťovní z poistného na jednotlivca boli korigované o individuálne rozdiely vo variabilite nákladov. Prerozdelený mechanizmus teda slúži ako forma subvencovania poistného.

Individuálny príjem zdravotnej poisťovne na poistenca je na Slovensku daný ekonomickou aktivitou jednotlivca:

1. ekonomicky aktívni poistenci platia 14 % z vymeriavacieho základu, pričom u zamestnaných je vymeriavacím základom ich hrubý príjem a u živnostníkov je to polovica základu dane. V systéme zároveň existuje minimálna a maximálna výška vymeriavacieho základu a tým je minimálna mzda (pre minimálnu výšku) a trojnásobok priemernej mzdy (pre maximálnu výšku)
2. za ekonomicky neaktívnych poistencov platí poistné štát, a to vo výške 4,5 % z priemernej mzdy spred dvoch rokov (účinné od 1. 1. 2008).

Samozrejme, individuálne výdavky len málokedy zodpovedajú skutočne zaplatenému poistnému. Preto sa výška poistného vyrovnáva cez prerozdelený mechanizmus, ktorý poistné poistencov s vyšším rizikom dotuje zdrojmi od poistencov s nižším rizikom. Pri prerozdelenom systéme sú preto veľmi dôležité parametre, na základe ktorých sa poistné koriguje. **Základnými korigujúcimi parametrami na Slovensku sú vek a pohlavie.** Poistenci sú na základe vekových skupín (po piatich rokoch) a pohlavia rozdelení do 34 skupín (kohort), pričom na základe historických údajov (o skutočných nákladoch v predchádzajúcom období) sa stanovuje index rizika nákladov každej jednej skupiny. Váha poistenca pri prerozdelení zodpovedá indexu rizika jeho vekovo-pohlavnej skupiny. Poistné sa medzi poisťovňami prerozdelené tak, aby každej jednotke indexu rizika bol pridelaný rovnaký objem prostriedkov. Na Slovensku takémuto mechanizmu prerozdelenia podlieha 85,5 % poistného.

Index rizika nákladov sa vypočítava v každom kalendárnom roku na nasledujúci kalendárny rok z priemerných nákladov zdravotných poisťovní vynaložených najmenej na

95 % poistencov v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov. Od 1. 1. 2005 sa zmenilo obdobie, za ktoré sa vypočítava index rizika (z obdobia júl – jún na január – december).

Každý poistenec je tak zaradený práve do jednej skupiny, ktorá má priradený práve jeden stupeň rizika na základe historických údajov. Vývoj indexov rizika v rokoch 2001 – 2008 znázorňujú **Grafy 1 a 2** na nasledujúcej strane. Zvyšujúci sa index rizika spôsobuje viditeľné roztváranie kriviek u najmladších a najstarších poistencov v porovnaní k najlacnejšej skupine poistencov, čo svedčí o výraznejšom náraste nákladov na zdravotnú starostlivosť v daných vekovo-pohlavných skupinách. Tieto skupiny poistencov sú zároveň najväčšími spotrebiteľmi zdrojov. V dôsledku toho sa vo vývoji indexov rizika prejavuje princíp **roztvárania nožníc**.

V roku 2001 boli najdrahšou vekovo-pohlavnou skupinou muži od 70 do 74 rokov. Priemerné náklady na túto skupinu boli 5,26-násobne vyššie oproti nákladom v najlacnejšej vekovo-pohlavnej skupine (muži vo veku 20 až 24 rokov). V roku 2008 bol tento rozdiel už 7-násobný. Počas sledovaného obdobia sa zároveň zmenila aj najdrahšia kohorta u mužov zo 70 – 74 na 75 – 79. V tejto skupine došlo v rokoch 2001 až 2008 došlo až k 1,5-násobnému rastu indexu.

Najmenej nákladnou skupinou v priebehu celého pozorovaného obdobia ostáva vekovo-pohlavná skupina mužov vo veku od 20 do 24 rokov, ktorej hodnota indexu rizika sa tým pádom nezmenila (referenčná hodnota 1). U žien je najlacnejšou vekovo-pohlavnou skupinou kohorta od 5 – 9 rokov, kde index rizika v období 7 rokov vzrástol len o 4 %.

V sledovanom období možno pozorovať zaujímavý pokles indexu rizika vo vekovo-pohlavnej skupine u žien vo veku 40 až 44 rokov. Kým v roku 2003 bol zaznamenaný pokles až o 7 %, v roku 2005 sa index rizika znížil len o 5 %, čo sa prejavilo u 7 % poistencov.

Dôvodom vyššieho rastu nákladov v týchto vekových skupinách môže byť vyšší podiel liekov, ktoré rastú relatívne rýchlejšie než náklady na ostatné typy zdravotnej starostlivosti. Spotreba liekov u žien bola v roku 2006 najvyššia vo vekovej kohorte 70 – 74 rokov (53,5 % zo všetkých nákladov skupiny), u mužov 65 – 69 rokov (takmer 50 % zo všetkých nákladov skupiny). Platí pravidlo, že čím starší pacient, tým je vyššia spotreba liekov, a teda rastú aj výdavky v danej vekovo-pohlavnej skupine.

Z verejne dostupných zdrojov nie je zjavné, ktorý faktor vplyva na zvyšovanie nákladov v jednotlivých vekovo-pohlavných skupinách. Bolo by však prínosom pre odhalenie nákladovosti jednotlivých vekovo-pohlavných skupín zverejnenie údajov o obsahu nákladov, aké typy zdravotnej starostlivosti sa podieľajú v akej miere na nákladoch na zdravotnú starostlivosť vstupujúcich do výpočtu indexu rizika zo strany zdravotných poisťovní.

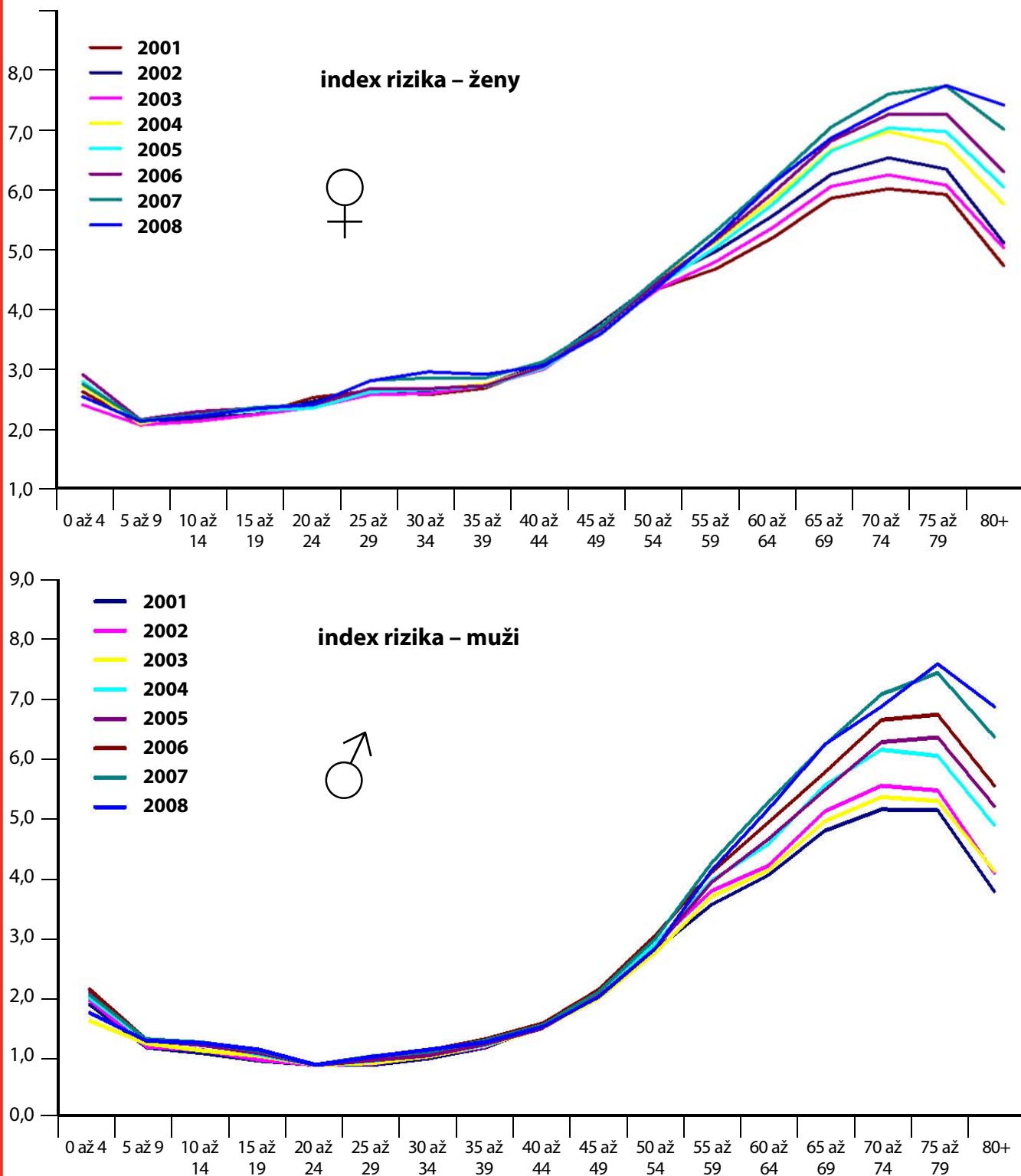
Prepočet indexu rizika podľa veku a pohlavia odzrkadľuje lepšie variabilitu nákladov, ako by to bolo bez prerozdelenia, avšak nemusí to dostatočne vysvetľovať celú variabilitu nákladov. Preto niektoré krajiny zavádzajú do prerozdelenia aj iné parametre, na základe ktorých sa snažia lepšie popísať

variabilitu nákladov a následne meniť systém prerozdelenia tak, aby upravená výška poistného po prerozdelení ešte lepšie odzrkadľovala variabilitu nákladov. Okrem veku a pohlavia sa prerozdeľovací mechanizmus môže rozšíriť o parametre zdravotného stavu na báze diagnóz, liekov, prítomnosti chronického ochorenia alebo zaradenia do programu manažmentu chorôb. Dodaním takýchto prediktorov sa zvýši relatívna váha tých skupín poistencov,

pri ktorých môžeme dlhodobo predvídať náklady vzhľadom na ich chorobu (napr. diabetes). Zavedenie takéhoto systému je však veľmi náročné na údaje a musí mu predchádzať testovacia fáza v zdravotných poisťovniach (cca 2 roky), v ktorej sa odladia dôležité technické parametre a až následne sa môže spustiť plnohodnotná implementácia.

LUCIA LENÁRTOVÁ

Grafy 1 a 2: Porovnanie indexu rizika, žien a muži, 2001 – 2008



Zdroj: Health Policy Institute, 2008 na základe výnosov Ministerstva zdravotníctva SR, ktorými sa vydáva každoročný index rizika

Repitva ex lege

Pri úmrtí človeka môže byť za istých okolností nariadená a vykonaná pitva. Pitvy možno vykonať buď podľa ustanovení zdravotníckych predpisov alebo podľa osobitných zákonov, ktorými sú Trestný poriadok a zákon o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch.

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej iba „zákon“) dôvody na vykonanie pitvy upravuje v § 48 ods. 3 písm. a) – l). Z dikcie citovaného ustanovenia „Úrad nariadi pitvu“ vyplýva povinnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v uvedených prípadoch pitvu nariadiť.

Osobitnú pozornosť si zasluhuje dôvod uvedený v § 48 ods. 3 pod písm. k) zákona. Tu sa ustanovuje povinnosť nariadiť pitvu „pri úmrtí v cudzine, ak je na území Slovenskej republiky privezené mŕtve telo, ktoré má byť na území Slovenskej republiky pochované.“ Myšlienka je to sama o sebe dobrá, avšak autor zákona zrejme nekonzultoval tento konkrétny dôvod vykonanie pitvy s patológmi a súdnymi lekármi.

Úmrtia v zahraničí bývajú najčastejšie spôsobené úrazmi alebo iným násilím, menej často k nim dochádza z chorobných príčin. Pri úmrtiach z chorobných príčin sa spravidla v zahraničí telo neodpitve. **V prípade násilnej smrti je ale takmer pravidlom, že orgány príslušného štátu nariaďia na zistenie príčiny úmrtia pitvu.** Pitva je svojím charakterom neopakovateľný a deštruktívny výkon, ktorý umožňuje vo väčšine prípadov zistiť skutočnú príčinu smrti. Vykonaním pitvy sa vždy narušia prirodzené anatomické pomery a tieto nie je možné neskôr žiadnym spôsobom rekonštruovať. V zahraničí, pokiaľ nejde o nejakú exotickú a zaostalú krajinu, pitvu vykoná súdny lekár alebo patológ, ktorý svoje závery uvedie do príslušnej dokumentácie.

Odpitvané telo zosnulého je následne nakonzervované a prepravené na Slovensko. Tu sa dostane na niektoré patologickoanatomické alebo súdnolekárske pracovisko Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kde musí byť v súlade s § 48 ods. 3 pod písm. k) zákona vykonaná „pitva“. **Technicky je ale táto pitva iba repitvou.** Svojím charakterom je repitva vo väčšine prípadov úplne zbytočný výkon, pri ktorom je pitvajúci lekár nútený vdychovať výpary toxických konzervačných roztokov a prepitvať rozkrájané a rozstrihané, často už hnilobou napadnuté orgány. Prínos tejto repitvy ex lege je minimálny až úplne nulový.

Repitva nesmie byť vykonaná iba v prípade, keď zosnulý ešte počas svojho života postupom ustanoveným v § 48 ods. 4 zákona pitvu odmietol. Zastávam názor, že ustanovenie § 48 ods. 3 pod písm. k) zákona je treba pri najbližšej príležitosti novelizovať a tento nezmysel nemajúci v okolitých krajinách obdobu odstrániť. Stačí, aby sa citované ustanovenie zmenilo nasledovne: „pri úmrtí v cudzine, ak je na území Slovenskej republiky privezené **nepitvané** mŕtve telo, ktoré má byť na území Slovenskej republiky pochované.“ Vložením jediného slova sa dá veľmi dobre zabezpečiť, aby neodpitvané telo bolo odpitvané a súčasne aby sa pitva bezdôvodne neopakovala. Pre prípad, že by boli o príčine smrti pochybnosti, môže úrad nariadiť repitvu a to aj na žiadosť blízkej osoby podľa § 48 ods. 2 posledná veta zákona. Okrem toho tu ešte vždy ostane možnosť vykonať pitvu podľa osobitných predpisov.

PETER KOVÁČ

*Katedra trestného práva a kriminológie,
Právnická fakulta Trnavskej univerzity, Trnava*

a

Ústav súdneho lekárstva

Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

Health Policy Institute si všimol: Výrok mesiaca

Rozhodnutie Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP) nepodpísať zmluvy so šiestimi zdravotníckymi zariadeniami zastihlo ich riaditeľov a zamestnancov nepripravených. Tvrdia to predstavitelia Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZ). Odborári vraj nie sú a priori proti redukcii nemocníc, malo by sa to však diať na základe jasných a transparentných kritérií.

Na vyjadrenia odborárov reagovala pre agentúru SITA hovorkyňa VŠZP Petra Balážová: „Kritériá sú zverejnené aj na internetovej stránke poisťovne.“ Podľa Balážovej „**zdravotná poisťovňa vie najlepšie posúdiť, akú zdravotnú starostlivosť si jej štruktúra poisťencov vyžaduje a tomto prispôbuje aj jej nákup.**“

„Pri uzatváraní zmluvných vzťahov vychádzame z doterajších skúseností a najmä z regionálnych potrieb tak, aby

bola každému nášmu poisťencovi zabezpečená dostupná a kvalitná zdravotná starostlivosť, v optimálnom dosahu stanice rýchlej zdravotnej pomoci a rýchlej lekárskej pomoci a potrebné spektrum oddelení na poskytnutie akútnej zdravotnej starostlivosti. VŠZP sústredila nákup zdravotnej starostlivosti najmä do zdravotníckych zariadení, ktoré dokážu zabezpečiť komplexnejšiu zdravotnú starostlivosť pre našich poisťencov,“ uzavrela Balážová.

Podľa Health Policy Institute (HPI) **vystihla hovorkyňa VŠZP podstatu funkcie zdravotnej poisťovne presne tak, ako ju nastavila reforma zdravotníctva ministra Zajaca.** Rozumie tomu aj stopercentný akcionár VŠZP, ktorým je ministerstvo zdravotníctva?

-red-

Výmenné lístky na vyšetrenie u špecialistov: výklad ministerstva nad rámec zákona

Na Nový rok nadobudla účinnosť novela zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá zavádza povinnosť odporúčania od všeobecného lekára na vyšetrenie u špecialistu. Kontroverzne prijímané ustanovenie je naformulované nedôsledne, takže už 10. januára uverejnilo ministerstvo zdravotníctva svoje vysvetlenie toho, čo si dalo v decembri parlamentom schváliť. Pripomínam, že oprávnenie na výklad zákona majú jedine súdy, článok publikovaný na webovej stránke ministerstva v rubrike „Na čo sa pýtate“ (pre vybrané body viď **Rámček 1**) nemá žiadnu právnu silu. Najmä keď **ministerský „výklad“ ide nad rámec textu, uvedeného v zákone.**

Najprv si pozrime ustanovenie § 12 ods. 13 zákona č. 576/2004 Z. z., ktorým sa zaviedli odporúčania všeobecných lekárov:

„(13) Špecializovaná ambulantná starostlivosť podľa § 7 ods. 1 písm. a) bodu 3 uhrádzaná zo zdrojov verejného zdravotného poistenia sa poskytuje na základe odporúčania všeobecného lekára. Odporúčanie všeobecného lekára sa nevyžaduje do 24 hodín od vzniku úrazu alebo inej náhle zmeny zdravotného stavu osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť, a v prípade dispenzarizácie.“



špecialistom obchádzať povinnosť odporúčaní. Stačí akúkoľvek zmenu v zdravotnom stave za posledných 24 hodín označiť za „náhlu“ a nech niekto prebrať dôkazné bremeno a preukáže, že to tak nebolo... Hoci ministerstvo sa pokúša ohraničiť náhlu zmenu zdravotného stavu pojmami ako neodkladná či urgentná starostlivosť, jasná odpoveď z toho nevyplýva.

Zákon uvádza jasne, že úhrada špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia je možná **len na základe odporúčania všeobecného lekára**. Nikde sa nezmieňuje o tom, že špecialisti môžu odporúčať pacienta k ďalším špecialistom a poisťovňa bude môcť poskytnuté výkony uhradiť. Ministerstvo však vo svojom usmerňujúcom stanovisku (**Rámček 1**) prisudzuje špecialistom kompetenciu písomne vyžadovať konziliárne služby iných špecialistom, hoci je takýto názor v rozpore so znením zákona: Podobne výklad, že pri rovnakej diagnóze nie je potrebný výmenný lístok, ide nad rámec toho, čo je v zákone napísané. **Ak by sa zdravotné poisťovne riadili názorom ministerstva zdravotníctva a takúto starostlivosť preplácali, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ich môže sankcionovať za porušenie zákona.**

V prvom rade **sa text zákona nezmieňuje o výmenných lístkoch**, ale o odporúčaní. Písomná forma odporúčania je akýsi zamĺčaný predpoklad zákonodarcu, ktorý to však zabudol explicitne uviesť. Vo svojom výklade ministerstvo automaticky predpokladá, že odporúčanie je písomný dokument. Domnievam sa, že **odporúčanie môže mať podľa platnej dikcie zákona aj inú, napr. ústnu či telefonickú formu** (tá sa však ťažšie dokazuje v prípade preukazovania opodstatnenosti nároku na úhradu poskytnutej starostlivosti v prípade revízie zo strany zdravotnej poisťovne).

Zákon o zdravotnej starostlivosti na žiadnom mieste **nedefinuje „náhlu zmenu zdravotného stavu“**. Ide o pojem, ktorý svojou arbitrárnosťou umožňuje pacientom i

Zákon nepredpisuje obsah ani rozsah odporúčania. Stanovisko ministerstva, že „*odporúčenie (výmenný lístok) špecialistu k inému špecialistovi nebude akceptované v prípadoch, ktoré priamo nesúvisia s ochorením, pre ktoré všeobecný lekár odporučil pacienta k špecialistovi.*“ len dokrešuje stav jeho právneho vedomia.

Na to, aby mohli byť odporúčania ministerstva zdravotníctva relevantné, je potrebné zmeniť zákon a znovelizovať ustanovenie o povinných odporúčaní k špecialistom. Ale najlepšie by bolo dané ustanovenie rovno vypustiť. Je zbytočné.

TOMÁŠ SZALAY

Rámček 1: Pohľad Ministerstva zdravotníctva SR na odporúčanie na vyšetrenie u špecialistu (vybrané body)

- Ak pacient navštívi špecialistu na základe **písomného odporúčania** všeobecného lekára, tento ho diagnostikuje (vrátane využitia konziliárnych služieb iných špecialistov a pomocných vyšetrovacích metód, **ktoré tiež písomne vyžiada**), lieči a aj ďalej manažuje pacienta - teda ním nariadené kontroly sú súčasťou diagnostiky a liečby až do uzdravenia alebo zlepšenia zdravotného stavu pacienta, termíny na kontrolu a kontrolné vyšetrenia sú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii – vtedy **nie je potrebné, aby pri tej istej diagnóze** bolo kontrolné vyšetrenie poskytnuté len na základe výmenného lístka od všeobecného lekára.
- Odporúčenie (výmenný lístok) špecialistu k inému špecialistovi **nebude akceptované v prípadoch, ktoré priamo nesúvisia s ochorením**, pre ktoré všeobecný lekár odporučil pacienta k špecialistovi.

Zdroj: webová stránka Ministerstva zdravotníctva SR

<http://www.health.gov.sk/redsyst/rsi.nsf/0/C682CFA0FF2779A4C12573CC0042288F?OpenDocument>

Plán zefektívnenia zdravotnej starostlivosti v Spojených štátoch amerických

Historicky charakteristickou črtou zdravotného systému v USA je **platba podľa vykonaných výkonov** (fee for service) a **vysoký stupeň autonómie lekárov v rozhodovaní**.

Tento model po 40 rokov podporoval aj najväčší líder v poskytovaní platieb – Medicare, federálna poisťovňa pre občanov starších ako 65 rokov, pokrývajúca aj niektoré chronické ochorenia ako napr. dialyzovaných pacientov. Podiel Medicare na trhu je veľký (celkovo pokrýva 11,8 % populácie, predstavuje 16 % federálneho rozpočtu USA, čo je takmer 440 miliárd USD za rok).¹⁾ Jeho rozhodnutia o tom, čo bude preplácané a koľko dramaticky ovplyvňujú zdravotnú starostlivosť a jeho kroky zvyčajne nasleduje väčšina súkromných poisťovní.

V poslednom desaťročí však čoraz viac narastala potreba nájsť spôsob ako zlepšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti, aby sa vyrovnali rozdiely medzi jednotlivými nemocnicami a jednotlivými ambulanciami.²⁾ Za týmto účelom sa používajú rôzne stratégie. Najčastejšie sa však používa **verejné publikovanie špecifických parametrov a platba podľa výsledkov** (pay for performance, P4P).

VEREJNÉ PUBLIKOVANIE ÚDAJOV

Zverejňovanie údajov o špecifických parametroch apeluje na profesionálnu česť a informovaný výber zdravotnej starostlivosti zo strany pacienta.

V decembri 2002 sa začal v USA celoštátny program Aliancia kvality v nemocniciach (Hospital Quality Alliance, HQA). Nemocnice boli vyzvané, aby začali zverejňovať vybrané parametre kvality starostlivosti. Zásadným prelomom bolo, keď sa k tomuto programu pridala zdravotná poisťovňa Medicare, čím sa dosiahla sa účasť viac ako 98 % nemocníc.

Nemocničné zariadenia sú povinné udávať aspoň 10 parametrov kvality, tzv. Core Measures, ktoré boli vybrané na základe medicíny založenej na dôkazoch (evidence based medicine) ako **parametre predlžujúce život, resp. zvyšujúce jeho kvalitu**. (Tabuľka 1)

Údaje sa začali zbierať v štvrtom kvartáli 2003. Výsledky jednotlivých nemocníc sú prístupné na internetovej stránke (www.hospitalcompare.hhs.gov)³⁾ a slúžia pacientom na informovaný výber nemocnice.

PAY FOR PERFORMANCE

Pay for performance alebo odmeňovanie podľa výsledkov apeluje na obchodnú stránku poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Podľa Rosenthalovej a kol.⁴⁾ odmeňovanie podľa výsledkov môžeme charakterizovať 5 základnými faktormi, ktoré ovplyvňujú úspech programu. Ide o:

- 1) **silu podporovateľa**, napríklad zdravotnej poisťovne (podiel na trhu),
- 2) **zvyšujúci sa obrat** (incremental revenue),
- 3) **hodnotenie kvality**, čo zahŕňa *štruktúru* (personál, budovu a materiál), *proces* (ukončenie špecifických výkonov alebo podanie lieku) a *výsledok starostlivosti* (zahrňujúci výsledný zdravotný stav pacienta a jeho spokojnosť so starostlivosťou)
- 4) prítomnosť **kompetitívneho modelu**, pri ktorom poskytovatelia súťažia medzi sebou
- 5) **kritérium, či sa odmeňujú výborné výsledky alebo aj zlepšenie**

Tabuľka 1: Základné indikátory kvality (Core Measures), udávané v percentách

Diagnóza	Poskytnutie intervencie
Akútny infarkt myokardu	Acylpyrín pri príchode do nemocnice
	Acylpyrín pri prepustení
	Betablokátor pri príchode
	Betablokátor pri prepustení
	Inhibitor ACE alebo blokátor angiotenzínového receptora pri dysfunkcii ľavej komory
Srdcové zlyhávanie	Vyhodnotenie systolickej funkcie ľavej komory – ejekčnej frakcie
	Inhibitor ACE alebo blokátor angiotenzínového receptora pri dysfunkcii ľavej komory
Pneumónia	Prvé ATB podané do 4 hodín od príchodu do nemocnice
	Meranie oxygenácie pri prijatí
	Očkovanie proti streptococcus pneumoniae

Zdroj: Lindenauer Peter K., et al (2007). "Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement". The New England Journal of Medicine **356** (3): 486-496

Tabuľka 2: Sledované parametre kvality v ústavnej starostlivosti

Ochorenie	Parameter v percentach	Stav hlásenia
Akútny infarkt myokardu	Acylypyrín pri príchode	Údaje hlásené od 2003 HQA- Hospital Quality Alliance; zahrnuté v platbe Medicare od 2005.
	Acylypyrín pri prepustení	
	Betablokátor pri príchode	
	Betablokátor pri prepustení	
	Inhibítor ACE alebo blokátor angiotenzínového receptora pri dysfunkcii ľavej komory	Údaje hlásené od 2004 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2007.
	Poradenstvo ohľadom nutnosti prestať fajčiť	
	Thrombolytická liečba do 30 minút od príchodu	
	Koronárna angioplastika do 90 minút od príchodu	
30-dňová mortalita	Údaje hlásené od 2007 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2008.	
Srdcové zlyhávanie	Vyhodnotenie systolickej funkcie ľavej komory – ejekčnej frakcie	Údaje hlásené od 2003 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2005
	Inhibítor ACE alebo blokátor angiotenzínového receptora pri dysfunkcii ľavej komory	Údaje hlásené od 2004 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2007.
	Poučenie pacienta o diéte a režime pri prepustení	
	Poradenstvo ohľadom nutnosti prestať fajčiť	Údaje hlásené od 2007 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2008.
	30-dňová mortalita	
Pneumónia	Prvé ATB podané do 4 hodín od príchodu do nemocnice	Údaje hlásené od 2003 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2005
	Meranie oxygenácie pri prijatí	Údaje hlásené od 2004 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2007.
	Očkovanie proti streptococcus pneumoniae	
	Odobranie krvnej kultivácie pred prvým ATB	
	Poradenstvo ohľadom nutnosti prestať fajčiť	Údaje hlásené od 2007 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2008.
	Správna voľba ATB	
	Očkovanie proti chrípke (v sezóne)	
Zlepšenie chirurgickej starostlivosti	Profylaktické ATB 1 hodinu pred operáciou	Údaje hlásené od 2004 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2007.
	Profylaktické ATB ukončené 24 hodín po operácii	Údaje hlásené od 2007 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2008.
	Správny výber ATB chirurgickým pacientom pri profylaxii	
	Profylaxia flebotrombózy naordinovaná	
	Profylaxia flebotrombózy podaná	
Spokojnosť pacienta	Dotazníkovou metódou sa sleduje pacientova interakcia s lekármi, sestrami a zamestnancami nemocnice, poriadok, kontrola bolesti, komunikácia o liekoch a prepúšťacia informácia pre pacienta	Údaje hlásené od Júla 2007 HQA; zahrnuté v platbe Medicare od 2008.

Zdroj: <http://www.hospitalqualityalliance.org/hospitalqualityalliance/qualitymeasures/qualitymeasures.html>

Rosenthalová a kol.⁴⁾ našli 37 programov v USA, ktoré využili pay for performance. Z celonárodného hľadiska je významom najdôležitejší **experimentálny program Perspective/Premier Hospital Quality Demonstration**. Tento program používa Medicare.

Začal sa v marci 2003 **s cieľom zistiť, či ekonomické stimuly majú skutočne vplyv na zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti**. Nemocnice sa do neho zapojili **na dobrovoľnej báze**. Okrem pôvodných 10 parametrov sa od účastníkov vyžaduje hlásenie ďalších 23 údajov o pneumónii, srdcovom zlyhávaní, akútnom infarkte myokardu, koronárnom bypasse a totálnej endoprotéze kolenného a bedrového kĺbu (Tabuľka 2).

Medicare používa tieto údaje na odmeňovanie podľa kvality. 10 % nemocníc s najlepšimi hodnoteniami dostali zaplatené za výkony o 2 % viac, a druhých 10 % (81. až 90. percentil) o 1 % viac. V treťom roku nemocnice s najhoršími výsledkami (ktoré neprekonali úroveň určenú ako dolných 10-20 % v prvom roku programu) dostali o 1, resp. 2 % menej zaplatené za svoje výkony.

Lindenauer a kol.⁵⁾ v porovnávacej štúdii zistili, že **zlepšenie sledovaných parametrov pri porovnaní nemocníc, ktoré boli platené metódou pay for performance a nemocníc, ktoré len verejne publikovali údaje, je iba mierne**, a to od 2,6 do 4,1 % počas dvojročného obdobia. Údaje z posledného (tretieho) roka nie sú zatiaľ známe.

Tabuľka 3: Ochorenia, za ktoré Medicare nebude platiť, ak ich pacient získal počas pobytu v nemocnici

Ochorenie	Počet prípadov v 2006 v populácii Medicare
Cudzie teleso zanechané v pacientovi počas operácie	764
Vzduchová embólia	45
Transfúzia s inkompatibilitou krvi	33
Infekcia močových ciest spôsobená cievkovaním	11 780
Preležaniny	322 946
Infekcia spôsobená venóznym katétrom	neznáma
Mediastinitída po koronárnom bypasse	108
Pád z postele	2 591

Zdroj: Rosenthal MB, *Nonpayment for Performance? Medicare's New Reimbursement Rule*, *New England Journal of Medicine* 357:1573, October 18, 2007 Perspective

Tabuľka 4: Vybrané parametre pre ambulantnú starostlivosť (vybrané z 26 parametrov)

Parameter	Definícia
Prevenia	
Cytológia krčka maternice	Percento žien, ktoré mali 1 alebo viac cytológií počas posledných 2 rokov
Fajčenie	Percento pacientov, ktorí boli oslovení v súvislosti s fajčením počas 2 rokov
Diabetes	
Glukóza	Percento diabetikov, ktorí mali jeden a viac vyšetrení na glykovaný hemoglobín počas jedného roka
Kontrola glykémie	Percento diabetikov, ktorých posledná hladina bola viac ako 9 % (zla kontrola glykémie)
Depresia	
Akútna fáza depresie	Percento nových pacientov, ktorí boli liečení antidepresívami súvisle 12 mesiacov
Kontinuálna liečba	Percento pacientov s exacerbáciou depresie, ktorí boli liečení antidepresívami súvisle 6 mesiacov
Parametre plytvania v zdravotníctve	
Liečba infekcie močových ciest	Percento pacientov s močovou infekciou, ktorí nedostali ATB do 3 dni
Faringitída u detí	Percento pacientov, s diagnózou faringitídy, ktorí dostali ATB a mali ordinovaný streptokokový test

Zdroj: Fisher ES, *Paying for Performance — Risks and Recommendations*, *New England Journal of Medicine* 355:1845, November 2, 2006 Perspective

NEPLATENIE ZA KOMPLIKÁCIE SPÔSOBENÉ ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU

Ďalšou novinkou s cieľom zvýšenia kvality práce, s ktorou prichádza Medicare od roku 2008, je neplatenie za určité skupiny diagnóz (DRG). Ide o tie stavy, ktoré sa považujú za vážne komplikácie hospitalizácie (Tabuľka 3). Doteraz totiž Medicare platil za tu istú diagnózu s komplikáciou viac ako bez komplikácie. Napríklad na Coloradskej univerzite za DRG pacienta s akútnym infarktomyokardu, ktorý bol prepustený bez komplikácii Medicare zaplatil 5436,66 USD, ak by však tento pacient mal súčasne infekciu močových ciest spôsobenú zacievkovaním, Medicare by zaplatil 6721,44 USD.⁶⁾ Takže nemocnice boli v niektorých prípadoch vlastne odmeňované za chyby. **Od 1. októbra 2008 bude Medicare platiť za tieto stavy tak isto, ako keby komplikácia neexistovala, takže zvýšené náklady za liečbu komplikácii poniesie nemocnica. Týmto spôsobom sa budú nemocnice stimulovať ku zníženiu takýchto komplikácií.**

AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Vyššieuvedené ukazovatele sa týkali nemocničnej starostlivosti. V ambulatnom sektore je zostavenie parametrov zložitejšie. Často diskutovanou otázkou je, či sú adekvátne (Tabuľka 4).

Ďalším problémom je, že v ambulantnej starostlivosti boli v pilotnom programe zahrnutí lekári primárnej starostlivosti, ktorí nemali vplyv na liečenie svojich pacientov, keď boli odoslaní špecialistovi alebo liečení v nemocnici. Napriek tomu boli penalizovaní za ich starostlivosť.⁷⁾ Okrem toho je problémom otázka financovania zberu údajov. Pre ambulancie s malým počtom lekárov môžu byť náklady neúnosné a odmena nedostatočná.⁸⁾

ZÁVER

Má verejné publikovanie špecifických parametrov a platba podľa výsledkov (pay for performance) vplyv na kvalitu zdravotnej starostlivosti v USA? Rozhodne áno, otázne je však, aký veľký.

Pomohli zmeny zlepšiť zdravotnú starostlivosť a spokojnosť pacienta? Zdá sa, že odpoveď je opatrné áno. Niektoré parametre z pôvodného zoznamu budú asi postupne vyňaté, keďže ich plnenie je takmer sto-percentné. U iných parametrov je zrejme zlepšenie v porovnaní s minulosťou.

Z týchto dôvodov je veľmi pravdepodobné, že trend hodnotenia zdravotnej starostlivosti a platby podľa kvality zostane, hoci na objektívne zhodnotenie si zatiaľ musíme počkať.

SILVIA HNILICOVÁ

- 1) Lisa Potetz, "Financing Medicare: an Issue Brief," the Kaiser Family Foundation, January 2008
- 2) Fisher ES, Paying for Performance — Risks and Recommendations, N Engl J Med 355:1845, November 2, 2006 *Perspective*
- 3) Hospital Compare — a quality tool for adults, including people with Medicare. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2006. (Accessed January 8, 2008, at <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>)
- 4) Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23:127-141.
- 5) Lindenauer Peter K., et al (2007). "Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement". *The New England Journal of Medicine* 356 (3): 486-496.
- 6) Heidi L. Wald, MD, MSPH; Andrew M. Kramer, MD, Nonpayment for Harms Resulting From Medical Care Catheter-Associated Urinary Tract Infections *JAMA*. 2007;298(23):2782-2784.
- 7) Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB, Care Patterns in Medicare and Their Implications for Pay for Performance, N Engl J Med 356:1130, March 15, 2007 *Special Article*
- 8) Fisher ES, Paying for Performance — Risks and Recommendations, N Engl J Med 355:1845, November 2, 2006 *Perspective*



Orientujete sa?

vzdelávacie programy LEKÁR a MANAŽÉR
o fungovaní a zmenách systému zdravotníctva

viac informácií: www.hma.sk

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako *.pdf súbor) si môžete v anglickej i slovenskej mutácii bezplatne objednať na e-mailovej adrese newsletter@hpi.sk, kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na www.hpi.sk.

Into Balance 1/2008

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: hpi@hpi.sk).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná