

» obsah

Hmla okolo priamych
platieb domácností
v zdravotníctve

Výsledok výberových
konaní na poskytovateľov
záchranné zdr. služby

Prijmy zdravotných
poisťovní za tri kvartály
2009

Brief description
of the Slovak health
insurance market in 2010

Očami študentov HMA:
1. Zúženie
základného balíka
2. Programové
vyhlásenie vlády

Indikátory kvality
poskytovateľa
laboratórnej diagnostiky

eHealth je v sklze a návrh
novely zákona jeho
budovanie neurýchli

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

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

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou



editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sívá, Tomáš Szalay

ISSN 1338-1172

Budúcnosť zdravotníctva a zdravotnej politiky

Pozvánka na dve podujatia

Na úvod februárového vydania nášho mesačníka Vás chceme pozvať na dve podujatia, ktoré sa v apríli budú zaoberať budúcnosťou zdravotnej politiky.

Pod týmto textom je uverejnená pozvánka na jubilejný **5. ročník konferencie International Health Summit**, ktorá sa od **25. do 27. apríla 2010** uskutoční v Prahe v hoteli Marriott. Organizátori zo združenia Reforma zdravotníctví – forum.cz Tomáš Macháček, Tomáš Julínek a Pavel Hroboň veria, že pridete načerpať informácie o nových trendoch v zdravotníctve.



Na str. 12 a 13 tohto časopisu je uverejnená pozvánka na **verejnú diskusiu o volebných programoch** pred nadchádzajúcimi slovenskými parlamentnými voľbami. Na podujatie, ktoré **13. apríla 2010** organizuje Health Policy Institute sme pozvali zástupcov všetkých relevantných politických strán, ktorí sa zaoberajú zdravotníctvom, aby predstavili svoj zdravotnícky program. Predpokladáme, že o diskusiu s potenciálnymi budúcimi ministrami zdravotníctva bude veľký záujem – vzhľadom na obmedzenú kapacitu priestorov Vám preto odporúčame včasnú registráciu. Účast' na diskusii je bezplatná. Už sa na ňu tešíme.



HPI tím



Najvýznamnejšia medzinárodná zdravotnícka konferencia v strednej Európe venovaná zdravotnej politike a zdravotným systémom bude venovaná téme:

Finačná hrozba starnutia populácie a chronických ochorení: výzva k zdravotným reformám

Oblasti:

- manažment chronických chorôb
- financovanie a organizácia dlhodobej (ošetrovateľskej) starostlivosti

Jazykom konferencie je angličtina a čeština, zabezpečené je simultánne tlmočenie.

Ďalšie informácie a registrácia: www.ihsummit.eu

Registračný poplatok: 720 eur s DPH

NEPREHLIADNITE! Využite zľavu a zúčastnite sa na konferencii za zvýhodnený registračný poplatok.

Zľavnená cena

- **pre čitateľov elektronického mesačníka HPI Zdravotná politika:** 600 eur s DPH
- **pre študentov a absolventov kurzov Health Management Academy:** 400 eur s DPH

Postup pri uplatnení zľavy: kontaktujte nás na szalayova@hpi.sk. Po overení Vášho nároku na zľavu Vám zašleme e-mailom kód, ktorý pri registrácii na www.ihsummit.eu uvediete do poľa „Poznámka“ pri Kontaktných údajoch spoločnosti.

Hmla okolo priamych platieb domácností v zdravotníctve



Priame platby domácností v zdravotníctve sú kategóriou vzbudzujúcou rešpekt ekonóma. Nie pre ich „analytickú atraktivnosť“, skôr pre ich neštandardné zákonitosti, ťažko predvídateľný vývoj a zahmlenosť celkového objemu. Publikované čísla o priamych platiach sú ťažko interpretovateľné a vzájomne veľmi odlišné.

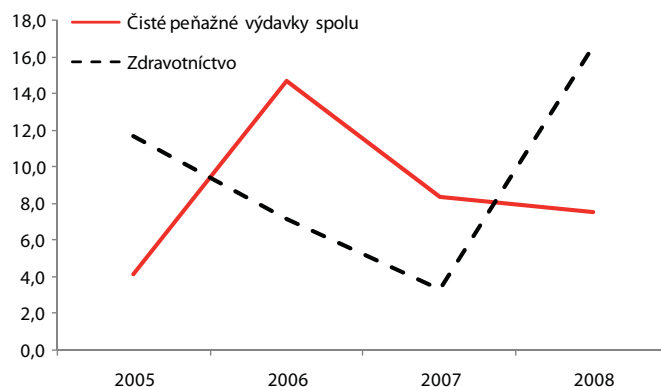
LUXUSNÝ, ČI AKÝ STATOK?

V prvom kroku vychádzame z rodinných účtov, ktoré zobrazujú mesačné čisté peňažné výdavky (v prepočte na jednu osobu). Cieľom je posúdiť charakter peňažných výdavkov domácností na zdravotníctvo. Pri esenciálnych komoditách, ktoré sú na spodku pyramídy potrieb (hlavne potraviny) možno očakávať, že tempo rastu výdavkov na ne zaostane za tempom rastu celkových výdavkov. Ako postupujeme do vyšších úrovní pyramídy potrieb, stretávame sa s tzv. luxusnými statkami. Tempo rastu výdavkov na ne by malo byť vyššie ako je dynamika rastu celkových výdavkov a podiel výdavkov na luxusné statky na celkových výdavkoch potom stúpa. Pravda, nemusí sa to odzrkadľovať v údajoch za každý jednotlivý rok, preto v ďalšom texte pracujeme aj s kumulatívnymi zmenami za niekoľko rokov.

Hodnotené obdobie 2004 až 2008 je obdobím so značným kontinuálnym reálnym rastom úrovne príjmov aj výdavkov a je teda vhodné na posúdenie charakteru výdavkov. Čisté peňažné výdavky domácností na zdravotníctvo rástli veľmi nerovnomerne (Graf 1) a bez známkov súladu s vývojom celkového objemu výdavkov domácností. Zmena za obdobie 2004 – 2008 (nárast výdavkov na zdravotníctvo približne o 44 %) je mierne vyššia ako zmena celkových výdavkov domácností (nárast cca o 39 %). Výdavky na zdravotníctvo sa tak iba v obmedzenej miere správali ako výdavky na luxusný statok. Podstatne výraznejšie tak pôsobili výdavky na hotely, kaviarne a reštaurácie, pošty a telekomunikácie či nábytok, bytové vybavenie a bežnú údržbu bytu (Graf 2). Výdavky na tri komoditné skupiny súvisiace s „rozvojom človeka“ sa vyvíjali podobne, a všetky sa prejavili ako prevažne luxusné: výdavky na zdravotníctvo aj vzdelanie rástli takmer rovnakým tempom, výdavky na rekreáciu a kultúru rástli trochu rýchlejšie. V rámci výdavkov na zdravotníctvo podstatne rýchlejšie rástli výdavky na zdravotnícke služby poskytované mimo nemocníc (táto kategória sa jednoznačne prejavila ako luxusný statok). Podstatne miernejšie rástla položka výdavkov na zdravotnícke a farmaceutické výrobky a terapeutické prístroje (Graf 3). Tretia zložka výdavkov na zdravotníctvo – výdavky na nemocničné služby – dosahovala takú malú sumu, že vyjadrovanie medziročných zmien tu nie je vhodné.

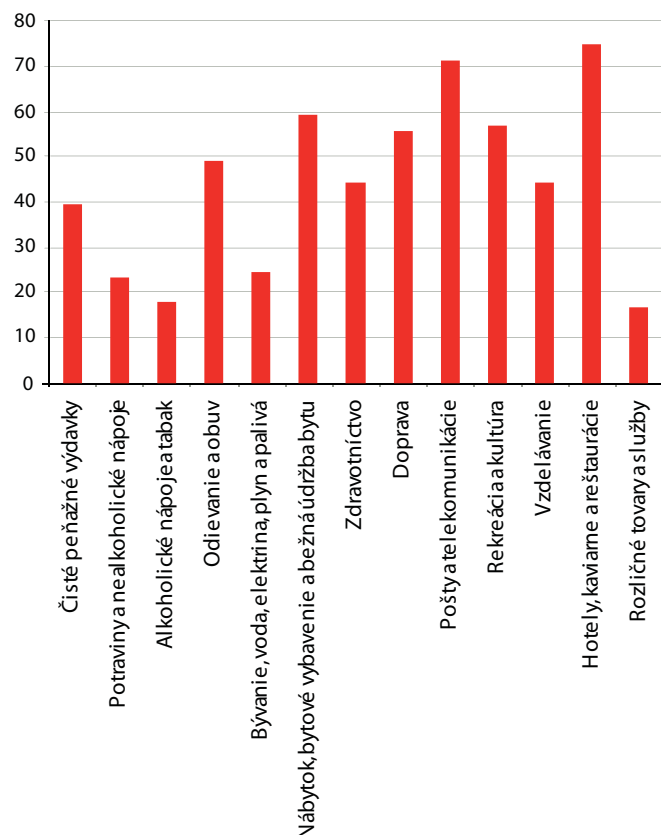
Výdavky na zdravotníctvo zareagovali na ekonomickú recesiю oneskorene za reakciou celkového objemu peňažných výdavkov domácností. Kým objem celkových výdavkov začal medziročne klesať už v poslednom štvrtroku 2008 (teda súčasne s prvými prejavmi recesie), tak výdavky na zdravotníctvo prvýkrát medziročne klesli až v treťom štvrtroku 2009. Podstatne citlivejšie (opäť v rámci kategórie zdravotníctvo) na nástup recesie zareagovali výdavky na zdravotnícke a farmaceutické výrobky a terapeutické prístroje. Ich objem medziročne klesal už od štvrtého štvrtroku 2008, v súlade

Graf 1: Medziročná zmena čistých peňažných výdavkov domácností (výdavkov spolu a výdavkov na zdravotníctvo) v %



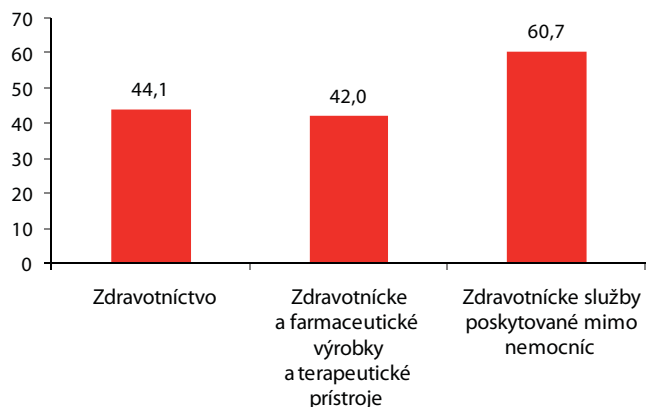
Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR, metodika rodinných účtov

Graf 2: Strednodobé tempá rastu (2008/2004) čistých peňažných výdavkov domácností podľa účelu (v %)



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR, metodika rodinných účtov

Graf 3: Strednodobé tempá rastu (2008/2004) čistých peňažných výdavkov domácností v rámci kategórie zdravotníctvo (v %)



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR, metodika rodinných účtov

s vývojom celkových výdavkov domácností. Odlišne sa však vyvíjali výdavky na zdravotnícke služby poskytované mimo nemocníc. Ich objem ešte aj v prvých dvoch štvrtrokoch 2009 silno rástol a pokles sa dostavil až v treťom štvrtroku.

Sumárne z toho vyplýva, že peňažné výdavky domácností na zdravotníctvo sa vyvíjajú skôr ako výdavky na luxusný statok, ale s výhradami. Výdavky na typický luxusný statok nadproporcionálne (vzhľadom na celkové výdavky) rastú v čase expanzie a takisto nadproporcionálne klesajú v čase recesie. Výdavky na zdravotníctvo síce nadproporcionálne rastú v čase expanzie (hlavne ich segment výdavky na zdravotnícke služby poskytované mimo nemocníc), v čase recesie však klesajú podproporcionálne. Ide teda o kombináciu luxusného a esenciálneho statku: v čase expanzie sa významnejšie prejavil prvok luxusného statku, v čase recesie prvok esenciálneho.

Pre výdavky na zdravotníctvo je však typické, že nie sú usmerňované iba vývojom celkových príjmov a výdavkov či

Graf 4: Reakcia na recesiú: Medziročná zmena čistých peňažných výdavkov domácností (výdavkov spolu a výdavkov na zdravotníctvo) podľa štvrtrokov v %



Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR, metodika rodinných účtov

zmenami životného štýlu. V porovnaní s inými kategóriami peňažných výdavkov tu hrajú značnú rolu aj zásahy regulačných autorít. Tým sa komplikuje ich charakter.

AKÝ JE VLASTNE ICH OBJEM?

Ak údaje z rodinných účtov, ktoré sme vyššie využívali, využijeme na vytvorenie agregovanej hodnoty za celú ekonomiku, vychádza objem peňažných výdavkov domácností na zdravotníctvo na cca 562 mil. eur v roku 2008 (údaj za celý rok 2009 v čase spracovania tohto textu ešte nebol k dispozícii). Ak však konfrontujeme tento údaj s priamymi platbami, opierajúcimi sa o metodiku národného účtovníctva (a z neho vychádzajúcich tzv. zdravotných účtov), dostávame približne dvojnásobnú hodnotu. Vzniká tak dilema, ktoré číslo lepšie zobrazuje skutočnosť a ktoré sa viac hodí na ekonomickú analýzu.

Pri oboch metódach sú identifikovateľné slabiny (Tabuľka 1).

Tabuľka 1: Niektoré silné a slabé miesta získavania dát podľa dvoch metódik

Hodnota získaná využitím rodinných účtov	Hodnota získaná využitím národných účtov
Výhody	
- Jasný pôvod dát (výberovým zisťovaním) - Dáta členené podľa zloženia domácností	- Údaje konformné s celou sústavou makroekonomického výkazníctva - Medzinárodná porovnateľnosť (využívanie v databázach nadnárodných inštitúcií)
Slabé miesta	
- Odkázanosť na vzorku a ochotu aj schopnosť respondentov správne zobrazit skutočnosť - Nevypovedá dobre o domácnostiach s najvyššími príjmami - Nepostihuje peňažné výdavky nerezidentov (priamu platbu uskutoční osoba, ktorá nie je občan SR a k výkonu dôjde na území SR) - Problém agregácie na makroúrovni (vykazované sú hodnoty na jednu osobu, v tomto článku použitý postup získania agregovaného čísla násobením počtom obyvateľov je zjednodušením)	- Pre outsiders ťažko uchopiteľný výsledok dobilancovania v systéme národných účtov - Sektor domácností niekedy slúži ako zberný kôš: môžu sa tu ocitnúť niektoré položky preto, že boli z iných sektorov vyľúčené - Bez možnosti porovnania podľa typu a štruktúry domácností

Schéma 1: Bilančný vzťah v národnom účtovníctve



Pozn.: platí rovnosť medzi zdrojmi a ich použitím

Tabuľka 2: Objem priamych platieb domácností v rôznych metodikách (mil. eur)

Parameter	Metodika	2005	2006	2007	2008	2009
Čisté peňažné výdavky domácností na zdravotníctvo	Metodika rodinných účtov	433,9	465,4	481,6	562,4	
Priame výdavky súkromných domácností na zdravotnú starostlivosť	Metodika národných účtov, input-output tabuliek a Systému zdravotných účtov	784,1	1 048,7	1 249,5		
Priame platby obyvateľstva	Rozpočty verejnej správy (MF SR)				992,5	1 165, 1
Priame platby súkromných domácností	Eurostat (Private household out-of-pocket expenditure)	785,3	1 026,6			

Zdroj: Štatistický úrad SR, MF SR a Eurostat, prepočty Health Policy Institute

Rozhodujúci pre výber metodiky bude asi účel vykonávanej analýzy. Pri pohľade cez optiku hospodárenia domácností je výhodný pohľad cez rodinné účty (umožňuje dokonca porovnávanie u rôznych typov a rôzne štruktúrovaných domácností).

Ak má byť objem priamych platieb konfrontovaný s inými makroekonomickými parametrami, vhodnejšie je postupovať cez hodnoty získané metodikou národných účtov a input-output tabuliek. Problémom však je, že táto hodnota má v sebe ťažko interpretovateľný prvok, ktorý je výsledkom dobilancovania v zložitej metodike. Vzhľadom na techniku výpočtu je potom toto číslo „ťažšie uchopiteľné“.

Pri tvorbe údajov metodikou rodinných účtov sme odkázali na výpovede obyvateľov zahrnutých vo vzorke. Respondenti nemusia správne chápať kategórie výdavkov, nemusia byť ochotní poskytnúť dáta (osoby s mimoriadne vysokými príjmami). Navyše táto metóda nezobrazí tie priame platby, ktoré zaplatia cudzinci (tzv. nerezidenti). Hodnota získaná metódou rodinných účtov tak zjavne nepokrýva celé spektrum priamych platieb. Okrem toho rodinné účty poskytujú dáta za členov súkromných domácností v prepočte na osobu. Získanie makroekonomického agregátu je problematické. Údaj uvedený v **Tabuľke 2** (čisté peňažné výdavky domácností) treba brať ako orientačný, vznikol zjednodušeným prepočtom podľa stavu obyvateľstva.

Čísla získané metódou rodinných účtov sú jedným zo vstupov pre systém národných účtov. Hodnota podľa metodiky národných účtov vzniká zložitejšie. Makroekonomické bilancovanie v systéme národných účtov a input-output tabuliek vychádza z princípu uvedeného v **Schéme 1**.

Pri nutnej rovnosti zdrojov s ich použitím možno vyjadriť rovnicu pre domáce použitie (t.j. použitie v ekonomike SR) takto:

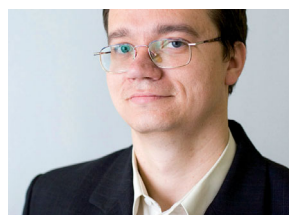
$$\text{domáce použitie} = \text{domáca produkcia} + \text{dovoz} - \text{vývoz}$$

Ak vzniká situácia, že v sektore zdravotníctva pravá strana tejto rovnice prevyšuje ľavú, je nutné doplniť objem do-

máceho použitia. Zrejme sa to dosiahne zvýšením objemu odhadnutých priamych platieb domácností. Pri tvorbe štatistiky financovania zdravotníctva môžu tvoriť domácnosti akúsi kompenzujúcu položku. Jedine domácnosti nevedú formalizovanú štatistiku či účtovníctvo a pre tvorcu štatistiky tak tvoria jediný sektor, pomocou ktorého môžu bilančnú rovnicu „dobilancovať“. Ak teda treba zvýšiť hodnotu na ľavej strane rovnice (kvôli dosiahnutiu rovnosti), zrejme to povedie k navýšeniu použitia v sektore domácností, krytému priamymi platbami. Všetky položky na pravej strane rovnice sú relatívne pevne dané systémom formalizovaného štatistického výkazníctva alebo účtovníctva, výraznejšie hýbať sa dá skôr položkou domáce použitie na ľavej strane rovnice. A v rámci tejto položky sa dá najlepšie prispôbovať domáce použitie v sektore domácností.

Hodnota získaná podľa rodinných účtov zjavne nepokrýva všetko, hodnota podľa národných účtov však zahŕňa aj niečo, čo je ťažko uchopiteľné. Keďže ide o zjavne „problémovú“ kategóriu, je pravdepodobne najvhodnejšie v súlade s účelom analýzy získať presnejšie dáta o tom segmente priamych platieb, ktoré sú pre príslušnú analýzu relevantné. Tak sa možno vyhnúť ťažko uchopiteľným číslam, ktoré vznikli makroekonomickým bilancovaním zdrojov a použitia.

Tento téme sa plánujeme venovať opätovne, vítame prejavenú ochotu pracovníkov Štatistického úradu SR aj Infostatu diskutovať o spôsobe tvorby ekonomických údajov za sektor zdravotníctva. Ide o sektor, v ktorom má kvantita aj kvalita ekonomickej štatistiky značné rezervy.



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonomiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Výsledok výberových konaní na poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby

29. januára 2010 zverejnilo Ministerstvo zdravotníctva SR výsledky posledného – tretieho – kola výberového konania na vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancií záchrannej zdravotnej služby na nasledujúce štyri roky. Výsledky kopírujú trend z prvých dvoch kôl, keď najúspešnejšími subjektami boli štátne záchranné služby z Bratislavy a Košíc a súkromná spoločnosť Falck Záchranná, a.s. Súhrnný zoznam úspešných súťažiacich je uvedený v **Tabuľke 1**.

Tabuľka 1: Zoznam víťazov jednotlivých kôl výberového konania na poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby

Poskytovateľ	1. kolo	2. kolo	3. kolo	Spolu
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ladislava Nádaši Jégeho		1		1
Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana Prešov			3	3
Fakultná nemocnica Nové Zámky		1	1	2
Fakultná nemocnica Nitra		2		2
Fakultná nemocnica Trenčín			2	2
Fakultná nemocnica Trnava		1	1	2
Falck Záchranná, a.s. Košice	18	44	28	90
FORLIFE, n.o. Komárno	2	2		4
Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	1	1		2
Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	1	1		2
Liptovská nemocnica s poliklinikou Liptovský Mikuláš		1		1
LSE – Life Star Emergency, spol. s.r.o. Limbach	12	7	1	20
Martinská fakultná nemocnica, Martin		2		2
Nemocnica Krompachy, člen skupiny AGEL		1		1
Nemocnica Poprad, a.s.	2	5		7
Nemocnica s poliklinikou Brezno, n.o.	2	2	1	5
Nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.			1	1
Nemocnica s poliklinikou Myjava	1			1
Nemocnica s poliklinikou Partizánske, n.o.	1			1
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	2			2
Nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.		1		1
Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.	1	1		2
Nemocnica s poliklinikou sv. Jakuba, n.o. Bardejov	2	1		3
Oravská poliklinika Námestovo	1			1
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Levoča, a.s.		2		2
Záchranná a dopravná zdravotnícka služba Bratislava	18	17	18	53
Záchranná služba Košice	10	16	12	38
ZaMED, s.r.o. Komárno	3	10	6	19
Spolu	77	119	74	270

Zdroj: webstránka Ministerstva zdravotníctva SR www.health.gov.sk

Príjmy zdravotných poisťovní za tri kvartály 2009

Výsledky hospodárenia zdravotných poisťovní za tri kvartály roka 2009 potvrdzujú, že:

1. **Príjmy od ekonomicky aktívnych** sú mimoriadne **citlivé na vývoj** zamestnanosti a priemerných miezd.
2. **Platba štátu má anticyklický charakter** a v roku 2009 významne stabilizuje výšku celkových príjmov.
3. **Pružné ceny** majú dôležitý **tlmiaci charakter** a umožňujú poisťovniam flexibilne sa vyrovnávať s externými šokmi.
4. **Zdravotné poisťovne nedokážu účinne kontrolovať** výdavky na SvaLZy a zdravotnícke pomôcky.

Príjmy od zamestnancov za prvé tri kvartály nedosiahli úroveň rovnakého obdobia predchádzajúceho roka (-1 %) a výpadok príjmov od SZČO je až 23 %! Významnú stabilizačnú funkciu zohráva platba štátu (+16 %) a len vďaka nej sú celkové príjmy o 5 % vyššie ako v roku 2008 (**Tabuľka 1**). Kým v prvých dvoch kvartáloch boli príjmy od zamestnancov približne na úrovni roka 2008, tak od tretieho kvartálu došlo k prudkému poklesu až o 15 mil. eur. Na druhej strane, platba štátu je v každom kvartáli vyššia o 40 mil. eur oproti roku 2008 (**Graf 1**).

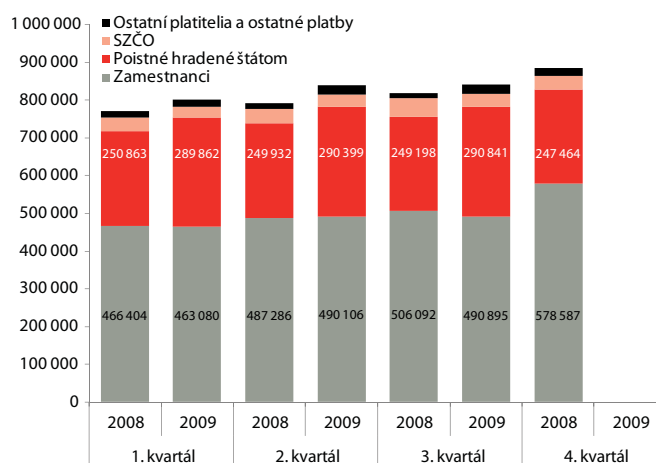
Vďaka referencovaniu cien sú výdavky na lieky nižšie o 2 % (**Tabuľka 2**), pričom získané úspory sa rozpustili v raste výdavkov na nemocnice (+6 %), výdavkov na SvaLZy (+12 %) a na zdravotnícke pomôcky (+12 %). Zároveň dochádzalo

k miernemu rastu primárnej sféry (+3 %) na úkor špecialistov (-3 %). Celkové výdavky rástli o 3 %, čo je mierne nižšie ako príjmy (5 %).

PETER PAŽITNÝ

Poznámka: Použité údaje sú zo zdrojov Štatistického úradu SR, ktoré sú uvádzané v inom členení ako údaje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý už zverejnil príjmy zdravotných poisťovní za celý rok 2009.

Graf 1: Príjmy zdravotných poisťovní podľa kategórií platiteľov (v tis. eur)



Zdroj: Kalkulácie HPI na základe údajov ŠÚ SR, 2010

Tabuľka 1: Príjmy zdravotných poisťovní

Príjmy	1.–3. q 2008	1.–3. q 2009	rozdiel	%
Zamestnanci	1 459 782	1 444 081	-15 701	-1 %
Poistné hradené štátom	749 992	871 102	121 110	16 %
SZČO	123 727	94 926	-28 801	-23 %
Ostatní platitelia a ostatné platby	44 914	68 906	23 992	53 %
Spolu	2 209 774	2 315 183	105 409	5 %

Zdroj: Kalkulácie HPI na základe údajov ŠÚ SR, 2010

Tabuľka 2: Výdavky zdravotných poisťovní

Úhrady	1.–3. q 2008	1.–3. q 2009	rozdiel	%
Lôžková starostlivosť (nemocnice)	808 930	861 460	52 530	6 %
Liečivá na recepty	755 883	742 240	-13 643	-2 %
Ambulantná špecializovaná starostlivosť	314 726	304 417	-10 309	-3 %
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	114 692	128 706	14 014	12 %
Ambulantná primárna zdravotná starostlivosť	96 283	98 942	2 659	3 %
Zdravotnícke pomôcky	76 946	86 535	9 589	12 %
Kúpeľná starostlivosť	23 507	28 069	4 562	19 %
Úhrady ostatné	116 335	125 196	8 861	8 %
Spolu	2 307 301	2 375 565	68 264	3 %

Zdroj: Kalkulácie HPI na základe údajov ŠÚ SR, 2010

Brief description of the Slovak health insurance market in 2010

The following text was written for *The Insurer*, a Moscow-based publication covering key developments in the insurance markets of Russia, CIS, Central and Eastern Europe.



Since 1. 1. 2010 there are only 3 health insurance companies (HIC) in Slovakia providing mandatory public health insurance. The end of 2009 witnessed a merger of 2 state owned HIC (VšZP and SZP) and two privately owned HIC (Dôvera and Apollo). The merged state owned VšZP will provide coverage for 66% of all policy holders and dispose of 71% of total health care resources. Dôvera, the biggest private HIC, will control 23% of the financial sources and give coverage to 27% of the policy holders. The smallest health insurance company Union, will be in a very complicated situation and its strategy for next years must lean on new products for a very specific target groups. Unlike the two big HIC, who can rely on massive market share, huge purchasing power and economies of scale.

Until half of January, both mergers went smoothly and no critical situations were reported. Potential problems may occur in March, when the first healthcare providers' invoices fall due. In case the data migration was not fully correct, there may be complications with paying for the services. These potential technical complications will surely not negatively affect the health care provision.

After the pro-market reform in 2004, new stakeholders entered the market and in 2006 already 7 health insurance companies competed on the market. However, the new government in 2006 – 2008 enforced policy against investors in health insurance (ban on profit, ban on direct marketing activities, limits on administrative costs). In consequence, one health insurance company left the market and others merged. With the

mergers, the concentration on the market is higher and the choice for policy holders is narrower. In 2006 more than 716 thousands people changed their health insurance company – in 2009 it was only 125 thousands. Without profound strategic differentiations of private HIC we can expect also in this year only a low level of migration between HIC.

The last two mergers put providers under pressure of an asymmetric duopoly. The two largest players (VšZP and Dôvera) will control 94% of sources, leaving providers only little space for revenue diversification. This will leave also narrower space for price differentiations between VšZP and Dôvera. VšZP will proceed acting as the marketleader and Dôvera and Union will have to follow the price levels set by VšZP. The only way for the private HIC to emancipate from this trend – within current legislative framework – is to introduce new types of payment mechanisms (e.g. like full risk capitation, or DRG) so the prices between HIC will not be comparable, as they use another payment technique.



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) is the Director, Partner and Senior Analyst of Health Policy Institute. His fields of interest include Health Policy, Health Economics and Macroeconomics.

» contact

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Table 1: Planned policy holders and revenues after risk adjustment in 2010

Year 2010 Health Insurance Company	Planned policy holders		Planned revenues after risk adjustment	
	persons	%	million EUR	%
VšZP	3 495 026	66%	2 415	71%
Dôvera	1 406 934	27%	785	23%
Union	369 771	7%	181	5%
Total	5 271 731	100%	3 381	100%

Source: Calculations of Health Policy Institute based on planned budgets of HIC for 2010

Zúženie základného balíka očami študentov HMA

Študenti programu Manažér na **Health Management Academy** dostali na module o regulácii zdravotníctva úlohu zamyslieť sa nad možnosťami zúženia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti. Politické náklady spojené s realizáciou týchto možností sa pritom nebrali do úvahy.

Zadanie úlohy:

- ***Ste ministrom zdravotníctva a potrebujete ušetriť 5 % nákladov. Ktorú starostlivosť by ste vylúčili z úhrady z verejného zdravotného poistenia?***

V tabuľke sú uvedené vybrané riešenia štrnástich študentov HMA.



Študent Riešenie

- | Študent | Riešenie |
|---------|--|
| #1 | Vylúčiť všetky bezplatné preventívne zdravotne prehliadky nad 18 rokov |
| #2 | Vylúčiť: <ul style="list-style-type: none"> • reprodukčné služby, manažment antikoncepcie, vasektómia • akútne nefatálne, liečba vedie k obnoveniu predchádzajúceho zdravotného stavu (liečba vaginitídy, oprava zubných kazov) • akútne nefatálne, liečba urýchli úpravu obmedzujúceho zdravotného stavu liečba akútneho zápalu spojiviek, „plienkové vyrážky“ • služby pri neplodnosti in-vitro fertilizácia, mikrochirurgia pri chorobách vajcovodov • menej efektívna preventívna starostlivosť u dospelých sigmoidoskopia pod 40 r., analýza moču na hematúriu pod 60 r. |
| #3 | <ul style="list-style-type: none"> • Zazmluvňovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – nezvýhodňovať štátne zdravotnícke zariadenia, ušetrené zdroje použiť tam, kde kvalita pre poistencov naozaj je. • Priamy nákup liekov a zdravotníckych pomôcok zdravotníkmi poisťovňami priamo pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. • Lieková politika <ul style="list-style-type: none"> – sú lieky a diagnózy, pri ktorých úhrade by poistenci mali spolupôsobiť na ich úhrade, aby bol regulovaný aj dopyt po nich – flexibilnejšie zaraďovanie lacnejších generík – kontrolu poskytovateľov pri dodržiavaní IO a PO a legislatívy, s následnou možnosťou výrazného postihu za ich porušovanie, využiť pri tom podnety pacientov – podpora predpisovania generík – mierna legislatívna úprava reklamy liekov, v rozsahu, aby bolo bez rozporov možné aj plošne informovať pacientov o existencii generika, ako i jeho porovnateľnej účinnosti – osвета zameraná na dodržiavanie životosprávy a zdravého životného štýlu, prípade aj prenesenie nákladov na pacientov, v prípade jej jasného porušovania, napr. fajčiari • Vylúčiť kúpeľnú starostlivosť a povinnú prevenciu |
| #4 | Sprísiť finančnú kontrolu nad nemocnicami – všetky nákupy služieb, pomôcok a prístrojov by boli zverejnené do 30 dní na internete. |
| #5 | Vylúčiť zdravotné výkony spojené s opakovaným liečením z dôvodu nedodržania liečebného režimu. |
| #6 | Vylúčiť (poradie podľa postupu vyradenia zo zoznamu): <ol style="list-style-type: none"> 1. reprodukčné služby – napr. manažment antikoncepcie 2. služby pri neplodnosti – napr. fertilizácia, choroby vajcovodov 3. menej efektívna preventívna starostlivosť u dospelých 4. akútne nefatálne, liečba vedie k obnoveniu predchádzajúceho zdravotného stavu – napr. vaginitída, oprava zubných kazov 5. akútne nefatálne, liečba urýchli úpravu obmedzujúceho zdravotného stavu – napr. akútna konjunktivitída |

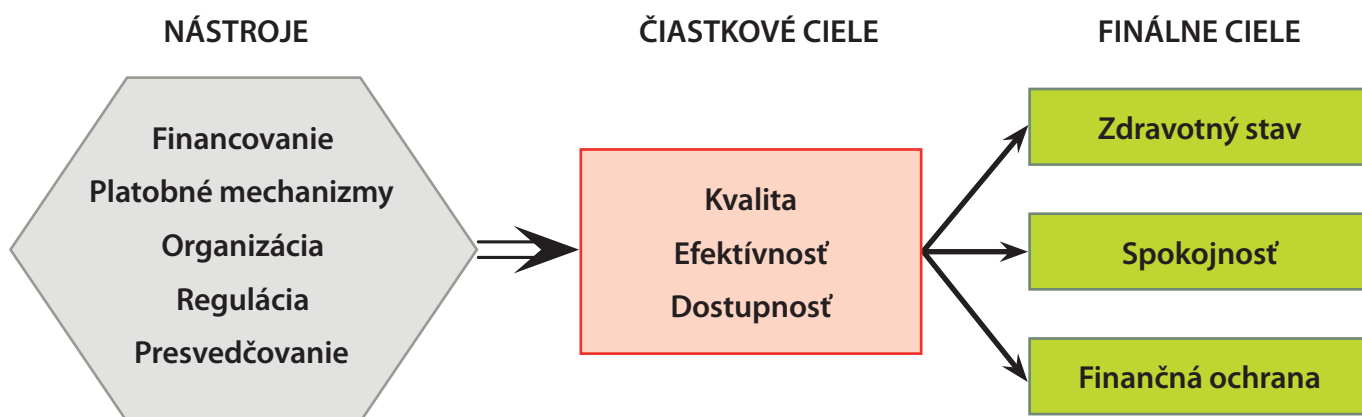
Študent Riešenie

- #7
- Sieť poskytovateľov – dostupnosť by mala zohľadňovať hustotu osídlenia, geografického rozloženie dopravnú infraštruktúru čiže hromadnú dopravu, cestnú sieť.
 - Zmena odmeňovanie poskytovateľov ZS a náklady na pacienta, optimalizácia liečby resp. odstránenie duplicitných vyšetrení na 1 diagnózu, správanie znižujúce účinnosť liečby (napriek svojej chorobe pacient fajčí, pije alkohol) – stanoviť, aby liečba bola hrazená buď ako určité % spoluúčasti príp. platiť celú z vlastných nákladov pacienta.
 - Zdravotnícke zariadenia a ich manažment – nemocnice ako podnikateľské subjekty – akciové spoločnosti, outsourcované činnosti robiť vo vlastnej réžii (napr. upratovanie).
- #8
- Vylúčiť všetky stomatologické výkony ktoré súvisia so zubným kazom, ale aj liečba a ošetrovanie komplikácií ktoré toto ochorenie chrupu spôsobuje. U detí napríklad perioritis.
 - Lieky , úprava kategorizácie: všetky liekové skupiny rozdeliť na hrazené z pohľadu diagnózy.
 - Revízny systém - niečo ako revízna služba, pričom by to boli súkromné firmy, ktoré by vykonávali na základe objednávky služby pre poisťovne a to by bola kontrola liekov a svalzov. Ich kontrola by bola oveľa efektívnejšia ako je to teraz.
 - Chýbajú usmernenia v zmysle štandardných postupov, chýba racionalizácia a efektívna edukácia lekárov, pričom systém nie je motivačný, ale len regresívny. Namiesto snáh o zavedenie nezmyselných systémov kvality (typu ISO).
- #9
- Niektorá ZS by mala byť financovaná zásadnou formou spoluúčasti.
 - Zaviesť štandard (základnú zdravotnú starostlivosť), podľa vopred zadaných pravidiel – len základné diagnostické a liečebné postupy, podľa vopred stanovených transparentných pravidiel a kritérií, zvyšok by bol hrazený.
 - Prepracovať zoznam prioritných chorôb, indikačný zoznam pre kúpeľnú starostlivosť (napr. opätovné zavedenie indikačnej skupiny „C“, kde by bola kúpeľná liečba hrazená na priamu platbu.); prepracovať Zoznam výkonov a ich bodové hodnoty – príloha 4c k Cenovému opatreniu.
- #10
- Opätovné zavedenie paušálneho poplatku (bývalé 20- a 50-korunáčky).
 - Zracionalizovať vyšetrenia pri odbere krvi – z jedného odberu krvi zabezpečiť potrebné celoplošné vyšetrenia.
 - Zefektívnenie vyšetrovacích procesov.
- #11
- Doošetrovať pacientov v domácom prostredí (ADOS, licencované sestry).
 - Vedomé poškodzovanie svojho zdravia – presunúť finančnú zodpovednosť do nejakej miery na pacienta.
 - Zamedzenie polypragmázie (nezmyselných kombinácií liečiv) cez kvalifikovaných revíznych lekárov.
 - Kúpeľná liečba – prísny ale rýchly schvaľovací proces – nechať iba pre chorých, ktorým je kúpeľná liečba prínosom.
 - Zaviesť spôsob hodnotenia kvality zdravotníckeho zariadenia u všeobecných lekárov – variabilná kapitácia podľa stupňa hodnotenia – príp. zrušenie kapitácie a zavedenie inej formy financovania podľa kvality, náročnosti výkonov a veku pacientov.
 - Znovuzavedenie poplatkov podľa „Zajacovej“ reformy 1 EUR, 2 EUR.
- #12
- Zrušenie úhrad perorálnych ATB pri prvom podaní.
 - Zavedenie plnej generickej substitúcie na úrovni molekúl.
 - Zrušenie úhrady pri liečbe neplodnosti (1. a 2. cyklus).
 - Zrušenie úhrady na okuliare a optické pomôcky s výnimkou ZŤP (zrakovo postihnutí).
 - Zrušenie úhrady služieb klinického psychológa.
 - Znovuzavedenie poplatkov za Rp a hospitalizáciu pri stanovení maximálnej hranice spoluúčasti.
 - Znovuzavedenie regresívnej marže na lieky v NsP.
- #13
- Zavedenie regresívnej marže na lieky pre nemocnice a centrálnu tendre: okamžitý efekt.
 - Zjednotenie úhrad na úrovni molekúl: zabráneniu získaniu vyššej úhrady pre evergreeny.
 - Včasný uvedenie generického lieku na trh, okamžite po vydaní licencie.
 - Lekárnik (preskribujúci farmaceut): ako odborný poradca pre pacientov. (minimalizovať negatívne účinky farmakoterapie; Lekárnik by mal mať status zdravotníckeho pracovníka, ktorý poskytuje pacientom aj zdravotnícke služby a môže na základe vlastného rozhodnutia vydať aj istý obmedzený sortiment Rx liekov pacientom; očkovanie proti chrípke priamo v lekárnach; rozbaľovanie klinických balení liekov.
 - Alternatívna medicína: lekári, ktorí poskytujú tento servis by boli zaradení do siete.
- #14
- Vylúčiť položky, ktoré nesúvisia so zdravotnou starostlivosťou – napr. úhrada bežnej stravy v nemocnici pri hospitalizácii a pod.
 - Pridelenie/vytvorenie kontrolnej kompetencie voči zdravotníckym zariadeniam (a dodávateľom).
 - Zmena prístupu ku kúpeľnej starostlivosti.

Programové vyhlásenie vlády očami študentov HMA

V rámci modulu **Ciele a nástroje zdravotnej politiky** dostali študenti HMA zadanie zhodnotiť programové vyhlásenie vlády (PVV) z roku 2006 z pohľadu cieľov a nástrojov. Úloha znela tak, aby ku každému bodu PVV (zverejnenému na webovskej stránke MZ SR) priradili finálny cieľ, čiastkový cieľ, nástroj, alebo parameter zdravotnej politiky (Schéma 1). Výsledky priniesli zaujímavé výsledky. Podľa študentov HMA v PVV z roku 2006 prevažujú nástroje (47 %) a parametre (35 %) nad finálnymi (5 %) a čiastkovými cieľmi (14 %).

Schéma 1: Ciele a nástroje zdravotnej politiky



Zdroj: Hsiao, 2007

Bod programového vyhlásenia vlády, časť Zdravotníctvo

	Finálny cieľ	Čiastkový cieľ	Nástroj	Parameter
1 Vláda považuje zdravotníctvo za jednu zo svojich priorit. Poslaním zdravotníctva je poskytovanie zdravotnej starostlivosti verejnosti za verejné peniaze, a preto musí byť pod verejnou kontrolou.	43 %	14 %	39 %	4 %
2 Vláda zabezpečí princíp solidarnosti v zdravotníctve. Sociálne orientovaný štát sa nesmie zbaviť zodpovednosti za zabezpečenie prístupu k adekvátnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Rozsah tejto starostlivosti musí definovať zákon a v tomto rozsahu musí byť zdravotná starostlivosť financovaná zo zdravotného poistenia.	20 %	40 %	35 %	5 %
3 Vláda zruší ešte v roku 2006 niektoré poplatky nemajúce priamo súvis s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zabezpečí pre poskytovateľov kompenzáciu. Vláda si je vedomá, že rozpor v nedostatku finančných zdrojov a očakávaniami obyvateľstva je možné riešiť zachovaním ekonomicky a sociálne udržateľnej spoluúčasti na vybrané typy zdravotnej starostlivosti.	10 %	2 %	52 %	36 %
4 Vláda považuje podporu nepovinného zdravotného poistenia za rozhodujúcu pri umožnení prístupu k zdravotnej starostlivosti nehradenej zo zdravotného poistenia a k zníženiu bezprostredného finančného dopadu spoluúčasti. Vláda zváži možnosť daňového zvýhodnenia platby na nepovinné zdravotné poistenie.	0 %	12 %	62 %	26 %
5 Pre vládu bude dôležitou úlohou obnovenie dôvery občanov k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, humanizácia prístupu zdravotníkov k pacientom, čo však predpokladá aj adekvátne zlepšenie ohodnotenia práce zdravotníckych pracovníkov.	18 %	4 %	32 %	46 %
6 a 7 Vláda zabezpečí navýšenie finančných prostriedkov pre zdravotníctvo v roku 2007 cestou zvýšených platieb poistného za skupiny občanov, kde je platiteľom štát zo 4 % priemernej mzdy na 5 % priemernej mzdy. Vláda zabezpečí, aby verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z HDP mali <u>rastúcu</u> tendenciu a rešpektovali princíp približovania sa k vyspelým štátom Európskej únie.	2 %	0 %	56 %	42 %
8 Vláda bude podporovať viaczdrojové financovanie zdravotníctva. Prispieje do fondu na úhradu finančne zvlášť náročných výkonov.	0 %	0 %	71 %	29 %
9 Za základ financovania zdravotníctva považuje vláda ústavou garantovaný systém solidarneho zdravotného poistenia. Vláda vráti Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni verejnoprávny charakter. Vláda presadí také právne prostredie, v ktorom všetky zdravotné poisťovne budú mať rovnocenné podmienky bez ohľadu na ich právnu formu a ktoré zabráni poisťovníam v ne hospodárnom nakladaní s finančnými prostriedkami poistencov. Vláda presadí, aby výška nákladov na prevádzku zdravotných poisťovní od roku 2007 bola zákonom obmedzená najviac do výšky 4 % z výberu povinného zdravotného poistného.	0 %	0 %	68 %	32 %
10 Vláda nepripustí také legislatívne zmeny zdravotníckych zákonov, ktoré by mohli viesť k poškodeniu dobrého mena SR tým, že nebude zabezpečená primeraná ochrana domácich i zahraničných investícií.	0 %	0 %	43 %	57 %

Bod programového vyhlásenia vlády, časť Zdravotníctvo

	Finálny cieľ	Čiastkový cieľ	Nástroj	Parameter
11 Vláda akceptuje všetky formy vlastníctva zdravotníckych zariadení a vytvorí podmienky pre ich viaczdru- jové financovanie.	0 %	0 %	39 %	61 %
12 Vláda zruší súčasnú podobu ročného zúčtovania poistného.	0 %	0 %	36 %	64 %
13 Vláda bude venovať maximálnu pozornosť využitiu všetkých možností na financovanie investičných aktivít v zdravotníctve, vrátane fondov EÚ.	0 %	0 %	68 %	32 %
14 Za základný prvok v zdravotníctve považuje vláda lekárov prvého kontaktu, preto sa zasadí za zlepšenie podmienok pre ich prácu a sústavné vzdelávanie.	0 %	0 %	64 %	36 %
15 Vláda presadí v roku 2007 obnovenie rajonizácie pediatriov, všeobecných lekárov, gynekológov a stomato- ológov, so zachovaním slobodného výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti občanom.	0 %	39 %	39 %	21 %
16 Vláda bude presadzovať orientáciu zdravotníctva na prevenciu a včasnú diagnostiku ochorení, podporí realizáciu celospoločensky najdôležitejších preventívnych programov a presadí komplexný program sta- rostlivosti o deti a starších občanov.	29 %	0 %	57 %	14 %
17 Vláda prijme opatrenia, ktoré umožnia absolvovať kúpeľnú liečbu tým, ktorí ju najviac potrebujú a nemôžu si ju dovoliť.	0 %	43 %	36 %	21 %
18 Vláda podporuje decentralizáciu v riadení zdravotníctva, pri zavedení metodickéj, regulačnej a kontrolnej úlohy štátu voči všetkým zdravotníckym zariadeniam.	0 %	0 %	57 %	43 %
19 V nemocničnej starostlivosti bude presadzovať, aby štát zostal vlastníkom fakultných zdravotníckych zaria- dení, zariadení s celonárodnou pôsobnosťou a tých, ktoré plnia osobitné úlohy v mimoriadnych situáciách.	0 %	0 %	79 %	21 %
20 Vláda zabezpečí zachovanie dostupnosti a kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti pre všetkých ob- čanov a zamedzí nekontrolovanému a neefektívnemu rozširovaniu siete zdravotníckych kapacít. Súčasne podporí reštrukturalizáciu siete zdravotníckych zariadení s preferovaním presunu činností do ambulantnej sféry vrátane jednoduchovej starostlivosti tak, aby došlo k účelnej špecializácii a tým rastu kvality a produkti- vity poskytovaných služieb.	0 %	79 %	14 %	7 %
21 Medicínsky a finančne vysoko náročné výkony zdravotnej starostlivosti sa budú poskytovať len na akredi- tovaných pracoviskách vybraných zariadení.	0 %	21 %	54 %	25 %
22 Vláda podporí vytvorenie podmienok pre transparentnú súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.	0 %	7 %	32 %	61 %
23 Zároveň podporí vytvorenie systému diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa kritérií efektivity a kvality posky- tovanej zdravotnej starostlivosti.	0 %	25 %	25 %	50 %
24 Vláda pokladá bezpečnosť pacientov za mimoriadne dôležitú súčasť zdravotného systému, preto bude podporovať zavádzanie systémov kvality a efektivity vo všetkých oblastiach poskytovania zdravotnej sta- rostlivosti, s cieľom dosiahnutia medicínskeho ale aj hygienicko-epidemiologického štandardu, ktoré zod- povedajú normám EÚ.	0 %	54 %	18 %	29 %
25 Vláda bude presadzovať taký rozvoj zdravotníckeho školstva, ktorý zabezpečí primeraný počet kvalítne prípravených odborníkov pre všetky zdravotnícke činnosti.	0 %	25 %	39 %	36 %
26 Prehodnotí počet fakultných nemocníc tak, aby sa týmto inštitúciám vrátila vážnosť zodpovedajúca ich významu a kvalite.	0 %	4 %	46 %	50 %
27 Vláda rešpektuje stavovské, profesijné a odborové organizácie v zdravotníctve a garantuje spoluprácu s nimi predovšetkým pri tvorbe legislatívy a koncepcných materiálov.	0 %	4 %	50 %	46 %
28 Hlavným cieľom v oblasti liekovej politiky je zabezpečenie účinných, bezpečných a kvalitných liekov pre celú populáciu v objektívne potrebnom množstve a za primeranú cenu. Vláda bude presadzovať zásadu, aby na každé závažnejšie ochorenie bol aspoň jeden liek plne hrađený zo zdravotného poistenia a zasadí sa o výrazné zníženie doplatkov obyvateľstva na lieky a zdravotnícke pomôcky. Vláda uplatní transparentný systém pre liekovú politiku, založený na platných direktívach EÚ.	7 %	21 %	29 %	43 %
29 Vláda presadí zvýšenie významu verejného zdravotníctva pre zachovanie zdravia občanov. Inštitúcie verej- ného zdravotníctva musia svojimi aktivitami a komplexnou odbornou činnosťou minimalizovať pôsobenie rizikových faktorov na zdravie obyvateľov, čím možno dosiahnuť skvalitnenie života a predĺženie ľudského veku.	14 %	7 %	61 %	18 %
30 Rozhodujúcim zámerom vlády bude rozvoj informatizácie systému zdravotníctva na všetkých úrovniach. Vláda zabezpečí legislatívne a inštitucionálne podmienky na realizáciu informačných a komunikačných sys- témov, ktoré zásadným spôsobom napomôžu zlepšovať kvalitu, nákladovú efektivitu a časovú dostupnosť služieb. V tejto oblasti bude vláda podporovať projekt informatizácie zdravotníctva a postupne realizovať ciele národnej eHealth stratégie.	0 %	17 %	45 %	38 %
31 Dôležitým zámerom vlády bude podpora nových, objektívnejších úhradových mechanizmov za výkony v zdravotníctve.	0 %	0 %	57 %	43 %
32 Vláda presadí zásadné odbyrokratizovanie zdravotníctva, zruší všetky zbytočné administratívne úkony a duplicitu v činnostiach MZ SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a ďalších inštitúcií. V tých- to inštitúciách sa vykoná v roku 2007 dôkladný audit činností s následným prehodnotením počtu pracov- níkov iba na tie činnosti, ktoré sú nevyhnutné, celospoločensky potrebné a budú vyplývať zo zákona.	0 %	4 %	58 %	38 %
Spolu	5 %	14 %	47 %	35 %

Pozvánka na diskusiu

13. apríla 2010

o zdravotníckych programoch politických strán



Život je ako bonboniéra,
vravievala mama Forresta Gumpa.
Nikdy vraj neviete, aký kúsok si z nej vyberiete.
Je však dobré vedieť, **z čoho** si vyberáte.

Foto: Yuichi Sakuraba

Slovensko čakajú v júni 2010 **parlamentné voľby**, ktoré na ďalšie roky ovplyvnia hospodárske a spoločenské smerovanie krajiny. Keďže **zdravotníctvo** patrí k rezortom, ktoré sú najväčšmi závislé od politických rozhodnutí, výsledok volieb bude mať podstatný vplyv aj na budúce smerovanie zdravotnej politiky.

Health Policy Institute Vás srdečne pozýva na **odbornú diskusiu** o zdravotnej politike s jej (možnými) budúcimi tvorcami. Spoločne s Vami budeme hľadať odpoveď na otázku:

ČO ČAKÁ SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO PO VOĽBÁCH?

Volebné programy v oblasti zdravotníctva prídu predstaviť zástupcovia jednotlivých politických strán. V diskusii s verejnosťou budú mať vyčlenený priestor na ich obhajobu.

Pozvaní sú (spolu)tvorcovia zdravotníckych programov z týchto politických strán a hnutí:

Smer – sociálna demokracia

Slovenská demokratická a kresťanská únia – Demokratická strana

Kresťanskodemokratické hnutie

Sloboda a Solidarita

Most – Híd / Občianska konzervatívna strana

Slovenská národná strana

Strana maďarskej koalície

Ľudová strana – Hnutie za demokratické Slovensko

Diskusia o zdravotníckych programoch politických strán

Kedy: utorok **13. apríla 2010** od **17:00**

Kde: v priestoroch SFPA na **Hviezdoslavovom nám. 14**, 2. poschodie

Záväzná rezervácia: vzhľadom na obmedzenú kapacitu priestorov Vám odporúčame **včas potvrdiť účasť** na 0911 596 555 resp. **morvayova@hpi.sk**

Cena: **vstup voľný**

Indikátory kvality poskytovateľa laboratórnej diagnostiky

V júni 2009 sa úspešne skončil druhý ročník vzdelávacieho programu Manažér na Health Academy Management (HMA, viac informácií vid' www.hma.sk). Desať vyučovacích modulov bolo zavŕšených prezentáciou záverečnej práce. V nich mali študenti HMA za úlohu spracovať zdravotnícku tému a využiť pritom poznatky zo vzdelávania. Záverečné práce odprezentovali študenti v rámci Dňa otvorených dverí 18. júna 2009 v penzióne Diana v Piešťanoch. Celkové hodnotenie prác zohľadňuje hodnotenie spolužiakmi, ako aj hodnotenie akadémie. V tomto čísle mesačníka o zdravotnej politike prinášame ďalšiu z úspešne hodnotených záverečných prác, jej autorom je VIERA ZBOŇÁKOVÁ zo spoločnosti Alpha medical a. s., poskytujúcej zdravotnú starostlivosť v odbore laboratórnej diagnostiky.

1. ZHRNUTIE A ZÁVERY

Pojem kvalita a potreba jej zvyšovania rezonuje v poslednom období vo sfére zdravotníctva stále výraznejšie. Poskytovateľ laboratórnej diagnostiky, ktorý sa snaží uspieť v konkurenčnom prostredí sa stále viac musí sústrediť na zvyšovanie kvality. Predpokladá, že tým získa výhodnejšie postavenie v porovnaní s konkurenciou, čo sa prejaví v zdravotných poisťovniach pri zazmluvňovaní, dojednávani objemov poskytovanej ZS a ceny. Združenie ZP aj poskytovateľa ZS deklarovali potrebu a spoločný záujem na realizovaní diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi ZP a poskytovateľmi podľa kritérií efektivity a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Z reprezentatívneho prieskumu verejnej mienky vyplýva, že pacienti jednoznačne uprednostňujú kvalitu zdravotnej starostlivosti pred jej dostupnosťou. Okrem indikátorov kvality (IK) patria ku kritériám na uzatváranie zmlúv aj personálne zabezpečenie, dostupnosť a materiálno-technické vybavenie.

Cieľom tejto práce je:

- 1) Pokúsiť sa odpovedať na otázky, čo je kvalita poskytovateľa laboratórnej diagnostiky, ako by sa dala hodnotiť, merať a zlepšovať.
- 2) Ukázať snahy o zvyšovanie kvality a návrh špeciálnych indikátorov kvality pre poskytovateľa laboratórnej diagnostiky spoločnosti Alpha medical a.s. (AM) poskytujúcej spolu so svojimi dcérskymi spoločnosťami laboratórne služby vo všetkých odboroch: klinická biochémia, hematológia, mikrobiológia, patológia, genetika a imunológia.
- 3) Na základe teoretických poznatkov, vychádzajúc z návrhov a praktických skúseností AM, nájsť možné indikátory kvality pre poskytovateľa laboratórnej diagnostiky. Z nich vytypovať najvhodnejšie a najdôležitejšie.
- 4) Posúdiť vhodnosť výberu indikátorov kvality navrhnutých AM.
- 5) Uviesť skúsenosti so zavádzaním vybraných IK do praxe ZP, poukázať na chyby, nedostatky a nepochopenie.

Svoju prácu opieram o dlhoročné skúsenosti AM s hľadaním spôsobov ako zvyšovať kvalitu svojich služieb. Postupne boli v AM vypracovávané hlavné kritériá kvality, ktoré sa vplyvom akreditácie niekoľkých pracovísk dopracovali podľa noriem

ISO. V čase, keď sa v SR zavádzali indikátory kvality do praxe zdravotníctva, začala AM hľadať indikátory kvality pre PLD. Koncom minulého roku bola v AM pripravená prezentácia štyroch indikátorov kvality, so zdôvodnením ich výberu a so spôsobom ich vyhodnocovania. Boli to indikátory: akreditácia, zmennosť, externá kontrola kvality a spektrum vyšetrení. Posúdila som výber uvedených indikátorov aj spôsob ich hodnotenia. Namiesto indikátora zmennosť by som navrhovala vyhodnocovať a porovnávať výsledky internej kontroly kvality. Zmennosť resp. nepretržitá prevádzka je veľmi dôležitá v nemocničných laboratóriách, ale v laboratóriách pre všeobecné a odborné ambulancie, ktoré neposkytujú svoje služby celodenne, nemá význam. AM v súčasnosti prezentuje v zdravotných poisťovniach pôvodné štyri navrhnuté indikátory s cieľom zavedenia do praxe a ich využívania pri selekcii PLD. Zatiaľ sa podarilo dosiahnuť čiastkové výsledky v ZP UNION. Návrh indikátorov kvality bol pripravený kvalitne, ale UNION ho nevyužila dostatočne. Rozhodla sa pozmeniť filozofiu, pri diferencovaní poskytovateľov ZS chce využívať motivačné kritériá. Ich vyhodnocovanie nie je stanovené jednoznačne a niektoré neslúžia na zvyšovanie kvality. Ale aj tak tento krok ZP UNION hodnotím pozitívne, pretože sa začína zaujímať o kvalitu poskytovateľov, jej meranie, vyhodnocovanie a diferencované odmeňovanie podľa kvality. V ostatných ZP zatiaľ implementácia IK PLD nebola zavŕšená, rokovania ďalej prebiehajú.

Na efektívnejšie využívanie zdrojov boli od 1. 4. 2009 zavedené indikátory kvality pre všeobecné a špecializované ambulancie, ktoré vyhodnocujú indukované výkony SValZ týmito ambulanciami. Porovnávajú priemerné indukované výkony konkrétnej ambulancie na pacienta s priemernými indikovanými výkonmi na pacienta ambulancií rovnakej odbornosti. Čím vyšší je tento pomer, tým je ambulancia hodnotená horšie. Sú to jediné dva zatiaľ schválené indikátory, ktoré sa dotýkajú PLD, aj to nepriamo, stimulujú k znižovaniu nákladov na výkony SValZ.

POUŽITÉ SKRATKY

IK – indikátor(y) kvality, PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, PLD – poskytovateľ laboratórnej diagnostiky, ZP – zdravotná(é) poisťovňa(ne), ZS – zdravotná starostlivosť, AM – Alpha medical a.s., EQA – externá kontrola kvality, ISO – medzinárodná organizácia pre štandardizáciu, LIS – laboratórny informačný systém, WHO – svetová zdravotnícka organizácia, SR – Slovenská republika

2. TEORETICKÉ VYMEDZENIE

2.1 KVALITA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

„Kvalita zdravotnej starostlivosti je miera, akou ZS pre jednotlivca alebo populáciu zvyšuje pravdepodobnosť želaných zdravotných prínosov a ktorá je konzistentná so súčasnými odbornými poznatkami.“⁽¹⁾

V ponímaní WHO je kvalita:

- najvyššia možná úroveň odbornosti
- efektívne využívanie zdrojov
- minimálne riziko pre pacienta
- vysoká úroveň spokojnosti pacienta
- včasnosť poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

„Kvalita je kategória, ktorá v kvantitatívnych i kvalitatívnych pojmoch popisuje úroveň poskytovanej starostlivosti či poskytovaných služieb. Kvalita sa teda skladá z dvoch častí – jedna časť je kvantitatívna, merateľná, druhá je kvalitatívna a vychádza z hodnotového systému. Kvalita je relatívna, nie absolútna kategória.“⁽²⁾

Podľa Medzinárodnej organizácie pre štandardizáciu (ISO) je pojem „kvalita“ definovaný ako „súhrn takých vlastností predmetu (služby), ktoré zabezpečujú plnú funkčnosť predmetu (služby) podľa deklarovaných resp. zamýšľaných potrieb.“⁽³⁾ V našom ponímaní môžeme k tejto definícii pridať ešte tieto atribúty, s ktorými sa kvalita spája: spoľahlivosť, stálosť, zodpovednosť, reprodukovateľnosť, vývoj, pochopenie.

Súčasti kvality sú **klinická kvalita**, ktorá má dve dimenzie – správnosť poskytnutej ZS (rozhodovanie) a správne vykonanie ZS (zručnosť), **kvalita služieb** (hotelové služby, strava, interpersonálne vzťahy, pohodlnosť (cestovanie do nemocnice, čakacie listiny, ordinačné hodiny,...), **kvantita** – či je ZS poskytovaná v dostatočnom množstve.

Reguláciou kvality sa zabezpečuje ochrana populácie pred nevhodnou, nedostatočnou alebo škodlivou ZS, so zreteľom na množstvo použitých zdrojov a zabezpečením dostupnosti potrebnej starostlivosti.

Kvalita sa dá regulovať tak, že sa budú regulovať vstupy, procesy a výstupy.

Regulácia vstupov je najjednoduchšia, preto najpoužívanejšia. Vychádza z toho, že dobré východiskové podmienky vedú ku kvalitným procesom a výsledkom s väčšou pravdepodobnosťou ako zlé východiskové podmienky. Realizuje sa porovnávaním štruktúry vstupov so štandardnými.

Regulácia procesov vychádza z predpokladu, že ak je vo všetkých fázach aplikovaná najlepšia dostupná úroveň zdravotnej starostlivosti, že budú výsledky lepšie, než ak sa to nestane.

Protokoly – definujú optimálny proces, postupnosť a časovanie intervencií podľa zdravotných profesionálov pre určité diagnostické postupy.

Regulácia výstupov sleduje dosahovanie hlavného cieľa – zlepšovanie zdravotného stavu alebo spokojnosti pacienta (vnútorný audit, externá kontrola kvality, hodnotenie spokojnosti lekárov – dotazníky – zrozumiteľnosť, rýchlosť, včasnosť)

Dimenzie kvality sú definované a merateľné vlastnosti systému, ktoré majú vzťah k schopnosti zachovávať, obnovovať alebo zlepšovať zdravie.“⁽⁴⁾

Patria sem: účinnosť ZS, bezpečnosť ZS, orientácia na pacienta, dostupnosť, rovnosť, efektívnosť, primeranosť, kompetencia, kontinuita, včasnosť.

2.2 HODNOTENIE KVALITY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI INDIKÁTORMI KVALITY

„Kvalita sa meria formou nepriamych ukazovateľov – indikátorov kvality, ktoré majú byť:

- jednoducho merateľné
- presne definované
- senzitívne na zmenu
- mal by existovať dôkaz o tom, že korelujú s kvalitou a lepšími zdravotnými výsledkami
- odrážať dôležité klinické oblasti
- zahŕňať rôzne dimenzie starostlivosti o pacienta“⁽⁵⁾

Indikátory kvality môžu byť všeobecné, špecifické, zamerané na problémové oblasti, ktoré je cieľom zlepšiť.

- interné – monitorovanie a vyhodnocovanie výsledkov poskytovanej zdravotnej starostlivosti (hľadanie problémov, návrhy riešení, neustále zvyšovanie kvality),
- externé – hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti poskytovateľa, porovnávanie s ostatnými poskytovateľmi.

Jednotlivým indikátorom sa majú stanoviť váhy a musí byť zabezpečená ich validita a spoľahlivosť, čo závisí od techniky zberu, ktorá má byť odolná voči manipulácii.

Musia byť stanovené stupne hodnotenia, podľa ktorých sa budú vyhodnocovať výsledky u jednotlivých poskytovateľov ZS. Minimálny štandard je taká hodnota kritéria, ktorá indikuje hranicu medzi akceptovateľnou a neakceptovateľnou kvalitou (Heller). Ideálny štandard je najlepší výkon, ktorý môžeme dosiahnuť pri najlepších možných podmienkach.

Pri meraní výstupov je potrebné zohľadniť demografiu a chorobnosť pacientov, typ, odbornosť a úroveň poskytovateľa ZS a merať nielen priemerné hodnoty ale aj distribúciu kvality.⁽⁶⁾

Indikátory sa vypracúvajú na hodnotenie týchto oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti:

- dostupnosti zdravotnej starostlivosti,
- efektívnosti využitia zdrojov,
- účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti,
- vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje,
- výsledkov zdravotnej starostlivosti.

2.3 OSTATNÉ POJMY

Poskytovateľ laboratórnej diagnostiky je v tejto práci chápaný ako poskytovateľ, ktorý zabezpečuje laboratórne činnosti v odboroch biochémia, hematológia, mikrobiológia, genetika, imunológia a patológia.



3. STAV ZAVEDENIA INDIKÁTOROV KVALITY V SR

Zákonom 581/2004 Z. z. v októbri 2004 boli v §7 vymedzené indikátory kvality ako prvok na vyhodnocovanie PZS a stanovovanie ich poradia podľa splnenia indikátorov na diferencovaný prístup pri uzatváraní zmluvných vzťahov. Nariadeniami vlády č. 752/2004 Z. z., č. 663/2005 Z. z. a č. 51/2009 Z. z. boli vydané zoznamy indikátorov s popisom, spôsobom hodnotenia, vymedzením druhu poskytovateľa, hodnotenej oblasti poskytovania ZS, hodnoteného obdobia a spôsobu zberu údajov. Indikátory kvality sa týkajú ústavnej, všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Zámerom niekoľkých nových ekonomických indikátorov je získavať údaje o efektívnosti využívania SValZ a dopravnej služby, o pohybe a frekvencii pacientov na ambulanciách a o vynaložených nákladoch na lieky a zdravotnícke pomôcky.

Na efektívnejšie využívanie zdrojov boli zavedené indikátory kvality pre všeobecné a špecializované ambulancie, ktoré vyhodnocujú indukované výkony SValZ týmito ambulanciami. Porovnávajú priemerné indukované výkony konkrétnej ambulancie na pacienta s priemernými indukovanými výkonmi na pacienta ambulancií rovnakej odbornosti. Čím vyšší je tento pomer, tým je ambulancia hodnotená horšie. Sú to jediné dva zatiaľ schválené indikátory, ktoré sa dotýkajú poskytovateľa laboratórnej diagnostiky, aj to nepriamo.

Indikátory kvality mal pôvodne vypracovať každoročne k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka rezort zdravotníctva. Vzhľadom na neplnenie tejto povinnosti a pripomienky z praxe, že je vhodnejšie sledovať indikátory v dlhšom časovom období, bola táto povinnosť zrušená.

Zdravotné poisťovne majú povinnosti zverejňovať kritéria na uzatváranie zmlúv vzťahujúce sa na:

- materiálno-technické a personálne vybavenie poskytovateľa
- indikátory kvality
- vytvoriť poradie poskytovateľov podľa plnení kritérií
- zohľadniť poradie poskytovateľov pri uzatváraní zmlúv.

Zdravotné poisťovne však majú pri uzatváraní zmlúv rozdielne priority. Súkromné ZP prikladajú vyššiu váhu indikátorom kvality ako štátne. Indikátory kvality vychádzajú z platnej legislatívy, ale mali by ich začať vo vyššej miere využívať všetky ZP pre výber kvalitnejších PZS, nielen súkromné. Niektorí poskytovatelia ZS v nich vidia nástroj, ktorým môžu verejne

vyhodnotiť a zdokumentovať svoju kvalitu. Iní, najmä menší poskytovatelia ZS (napr. ambulancie), považujú zavedenie indikátorov za ďalšiu administratívnu záťaž.

Doteraz existujúce problémové oblasti pri hodnotení externých indikátorov kvality z pohľadu ZP sú:

- univerzálny súbor indikátorov kvality – neovplyvnený špecifikami poisťného kmeňa,
- metodika zberu a hodnotenia – chyba malých čísiel,
- stanovenie jednoznačných kritérií zohľadňovania úrovne indikátora kvality pri uzatváraní zmlúv – efektívnosť, kvalita.

Problémové oblasti pri hodnotení externých indikátorov kvality z pohľadu PZS

- validita údajov pri zvyšujúcej sa administratívnej záťaži PZS
- hodnotenie „nemerateľnej“ časti kvality zdravotnej starostlivosti
- spätná väzba pri zhodnotení výsledkov vo vzťahu k neustále sa zvyšujúcej úrovne kvality PZS
- nemožnosť zhodnotiť – vysvetliť výsledky a obhajovať sa.

Prax ukázala, že indikátory nie je možné hodnotiť samostatne a že je potrebné ich opatrne interpretovať a hľadať súvislosti medzi nimi. Ukazovatele odhaľujú oblasti, kde je možné zvyšovať kvalitu ZS, ale nedávajú návod, ako to uskutočniť. Dá sa nimi sledovať vývoj kvality v priebehu mesiacov a rokov. Ak budú indikátory správne zadefinované, vyhodnocované a výsledky z nich vyplývajúce zohľadnené v praxi, môže to byť základ pre zvýšenie kvality poskytovania ZS. Na tom však treba ešte pracovať.

4. INDIKÁTORY KVALITY POSKYTOVATEĽA LABORATORNEJ DIAGNOSTIKY

Myslím, že bude zaujímavé v tejto časti ukázať môj pohľad na vývoj nazerania na kvalitu a skvalitňovanie služieb konkrétneho poskytovateľa laboratórnej diagnostiky – spoločnosti Alpha medical a.s., v ktorej pracujem. Táto spoločnosť spolu so svojimi dcérami dnes zabezpečuje všetky odbory laboratórnej diagnostiky: klinickú biochémiu, hematológiu, klinickú mikrobiológiu, patológiu, genetiku a imunológiu.

4.1 PROCES SKVALITŇOVANIA ZS A NAZERANIA NA KVALITU ZS POSKYTOVATEĽA LABORATORNEJ DIAGNOSTIKY

Od začiatku existencie laboratórií Alpha medical v roku 1997 sa spoločnosť sústreďovala na kvalitu poskytovaných laboratórnych služieb. Pritom vychádzala z poznania praxe a odozvy svojich klientov lekárov, polikliník a nemocníc. Prvé laboratórium bolo biochemické a hematologické. Do roka k nemu pribudlo mikrobiologické laboratórium.

Ako prvé kritérium kvality si AM stanovila poskytovať svoje služby klientom tak, aby sa vedeli orientovať v poskytnutom výsledku, aby si ho vedeli správne prečítať, aby tieto výsledky boli správne a doručené včas. Poradenská telefónna linka funguje od začiatku.

Bola snaha úplne eliminovať chybovosť výsledku. Preto sa ihneď zaviedla interná kontrola. Niektoré vyšetrenia sa vyko-

návali viacnásobne, aby sa zodpovedný personál presvedčil o správnosti nameraných hodnôt. Takmer vzápätí sa začala spolupráca so zahraničnými aj domácimi organizáciami na pravidelnom posudzovaní správnosti výsledkov – vonkajšia kontrola kvality.

Na dopravu biologickej vzorky sa od začiatku využívala vlastná dopravná služba. Tým sa zabezpečovala kvalita predanalytickej fázy – kvalita doručenej biologickej vzorky. Dispečer dopravy úzko spolupracoval s mladým ambicióznym personálom laboratória, ktorý si dával požiadavky na rýchlosť zvozu vzoriek. Vznikali, monitorovali sa a prehodnocovali zvozoové trasy. Kritériá na určovanie zvozoových trás boli – minimalizovať čas od odberu biologického materiálu po spracovanie, počet obsluhujúcich klientov na trase a napokon nákladovosť zvozovej trasy, teda počet prejazdených km na trase. Nákladovosť bola riešená prebudovaním automobilov na plynový pohon. Dopravné služby od začiatku existencie poskytuje AM na vlastné náklady.

Postupne začali pribúdať snahy o rýchlejšie doručenie výsledku lekárom, elektronizáciu, o poskytnutie historicky nameraných údajov a rôzne podporné služby pre lekárov. Neskôr bol stanovený cieľ – akreditovať laboratórne vyšetrenia. Bol vytvorený tím pracovníkov laboratórií na čele s manažérom kvality, ktorý spolupracoval najmä s manažmentom, úsekom informačných technológií, personalistiky, BOZP, dopravy a vedeckou radou spoločnosti. Za ich súčinnosti sa vypracovala príručka kvality, v ktorej boli presne zapracované ciele a postupy na zvýšenie kvality, popísané procesy potrebné na jednotlivé akreditované vyšetrenia začínajúc dopravou vzorky, príjmom, spracovaním, odovzdaním výsledku a končiac likvidáciou biologického odpadu. Pri vypracovávaní príručky kvality sa väčšina zamestnancov oboznámila s normami ISO a získala teoretické poznatky o kvalite zdravotnej starostlivosti.

Vypracovali sa aj ďalšie normy – na podmienky skladovania materiálu, podmienky na priestory, vybavenie, vzdelávanie, riešenie problémov, vybavovanie sťažností. Zamestnanci museli dokonale zvládnuť časový harmonogram, posun vzorky, atď. Osobitná kapitola sa venovala hodnoteniu výsledku lekárom a jeho popisu tak, aby bol jasný, výstižný a zrozumiteľný. K tomu všetkému podstatnou mierou pomáhal laboratórny informačný systém, ktorý sa výrazne upravoval podľa požiadaviek AM – nakoniec bol vypracovaný na mieru.

Pred samotnou akreditáciou bolo potrebné doriešiť priestory, doplniť teplomery, tlakomery a rôzny iný laboratórny materiál podľa prísnych požiadaviek na kvalitu.

Všetka táto snaha vyústila do získania osvedčenia o akreditácii v júni 2006 podľa normy ISO 15 189 pre medicínske laboratória v odboroch biochémie a mikrobiológie.

Medzitým sa rozširovala paleta poskytovaných služieb. Zvyšovalo sa spektrum ponúkaných vyšetrení a zaviedli sa nové odbory laboratórnej diagnostiky: molekulárna biológia, patológia, genetika a imunológia. Postupne akreditovali aj ďalšie pracoviská.

Kvalita práce je zabezpečovaná na všetkých úrovniach činností spoločnosti Alpha medical a.s. tak, aby výsledky laboratórnych testov boli maximálne spoľahlivé a aby sa ošetrujúci lekár mohol na ich základe zodpovedne rozhodovať o ďal-

šom postupe v liečbe pacienta. Najdôležitejším je v tomto systéme pacient. Dlhodobým a trvalým cieľom jednotlivých laboratórií a celej spoločnosti Alpha medical a.s. je vedúca pozícia v oblasti poskytovania kvalitných laboratórnych diagnostických služieb na Slovensku.

Zdravotné poisťovne len nevýznamne zohľadňujú vyššiu kvalitu služieb AM – skôr iba deklaratívne. Zatiaľ iba ZP Apolo od apríla 2007 ocenila našu akreditáciu aj finančne zvýšením ceny bodu o 1 halier pre akreditované pracoviská.

4.2 KRITÉRIÁ KVALITY PODĽA POSKYTOVATEĽA LABORÁTORNEJ DIAGNOSTIKY

Od schválenia indikátorov kvality platných pre rok 2006 sa Alpha medical a.s. začala zaoberať myšlienkou vyjsť s iniciatívou a ponúknuť ZP návrhy indikátorov kvality, ktorými by boli ohodnocovaní PLD.

Definícia kvality poskytovanej ZS laboratóriom bola v roku 2006 v AM už vyhranená. Riešeniu kvality bolo venované významné postavenie. Manažérom kvality boli definované konkrétne kritériá kvality vychádzajúce z normy ISO 15 189, ktoré sú pre AM internými parametrami kvality. Niektoré by sa mohli nazvať internými indikátormi kvality, niektoré nespĺňajú vlastnosti indikátorov.

„Kvalitu, ako vlastnosť, nemôžeme v laboratórnej diagnostike redukovať na vybrané zložky a chápať ju iba v zmysle analytickej kvality presnosti a správnosti výsledkov, ale definovať ju musíme v celej šírke vzájomných vzťahov, ktoré tvoria zdravotnú starostlivosť. Potenciálne indikátory kvality by mali túto komplexnosť pohľadu na kvalitu jednoznačne odrážať a ich zavedenie do praxe by mal pocítiť predovšetkým pacient a ošetrujúci personál. Za potenciálne indikátory kvality, o ktorých je potrebné diskutovať môžeme považovať nasledujúce:

- **Akreditácia laboratória**
- **Analytická kvalita vo vyjadrení chyby resp. neistoty merania pre každé relevantné vyšetrenie (vyžaduje sa však dohoda resp. zhoda odborníkov)**
- **Spektrum vyšetrení, ich dostupnosť a čas odozvy**
- **Podiel vykazovaných akreditovaných výkonov**
- **Personálne zázemie pre odborné vedenie pre jednotlivé odbory a dokladovateľné kontinuálne vzdelávanie**
- **Účast v cykloch externej kontroly kvality na poskytované vyšetrenia**
- **Zavedený a vyhodnocovaný systém internej kontroly kvality**
- **Schopnosť zabezpečiť maximálnu možnú kontrolu nad predanalytickou fázou už od momentu odberu v ambulancii resp. pri lôžku pacienta**
- **Kvalita a dostupnosť všetkých informácií o poskytovateľovi prostredníctvom webového rozhrania. Dostupnosť potrebných dokumentov (napr. laboratórne minimum, zoznamy vyšetrení, ref. hodnoty, oznamy, tel. čísla, zodpovednosti, certifikáty, kontinuálne vzdelávanie, primerané odborné texty dostupné pre pacienta o jednotlivých vyšetreniach, a pod.)**

- **Dostupnosť histórie výsledkov pre daného pacienta od jeho prvého vyšetrenia u daného poskytovateľa, t.j. kvalita uchovávaní laboratórnych vyšetrení v databázach. Dostupnosť tejto histórie cez webové rozhranie 24 hodín denne.**
- **Poskytovanie služieb s pridanou hodnotou (napr. kumulatívne výsledky, štatistiky, rozpočtovanie lekárov, expertné systémy)**
- **Jednoduchosť revíznej kontroly na základe kvality laboratórnych informačných systémov**
- **Komentovanie výsledkov, doporučenia, interpretácie.**
- **Obsahová a grafická stránka výsledkového listu, čitateľnosť, trvácnosť.**
- **Spokojnosť ordinujúcich lekárov a pacientov, vyhodnocovaná na základe anonymného dotazníka, ktorý vyhodnotí ZP**
- **Počet relevantných sťažností na nekvalitnú prácu**
- **Vedecká, publikačná a edukačná činnosť poskytovateľa**
- **Ponúkaná cena za vyšetrenia⁽⁷⁾**

Okrem vyššie spomínaných kritérií kvality boli v AM považované za dôležité kritériá kvality aj:

- **Dostupnosť vybraných vyšetrení v danom regióne 24 hodín denne, pokiaľ je to potrebné (nemocnice nutne, ambulancie nie)**
- **Schopnosť poskytovať výsledky vyšetrení prostredníctvom zabezpečených webových služieb.**

4.3 TEORETICKÉ POSÚDENIE NAVRHOVANÝCH KRITÉRIÍ KVALITY POSKYTOVATEĽA LABORÁTORNEJ DIAGNOSTIKY

Všetky kritériá kvality plnia definíciu kvality. Možnosť manipulácie zberu údajov je len v prípade dotazníkov spokojnosti, počtu sťažností a čiastočne v technickom vybavení. (Tabuľka 6 sa nachádza na konci práce.)

4.4 NÁVRH EXTERNÝCH INDIKÁTOROV KVALITY POSKYTOVATEĽA LABORÁTORNEJ DIAGNOSTIKY

V spolupráci so Slovenskou spoločnosťou laboratórnej medicíny a Alpha medical a.s. bol vypracovaný a koncom februára prezentovaný návrh externých indikátorov kvality, pričom sa vychádzalo z používaných interných kritérií kvality AM. Vybrané indikátory majú slúžiť ako meradlo kvality PLD.

Cieľom návrhu indikátorov kvality je zvýšiť kvalitu a efektivitu laboratórnej diagnostiky, umožniť porovnávanie jednotlivých laboratórií podľa kvality a efektivity, zaviesť diferencované odmeňovanie laboratórií podľa kvality. Vchádzalo sa z myšlienky, že predpokladom presadenia indikátorov kvality v praxi je jednoduchosť a transparentnosť.

Podľa tejto požiadavky boli vybraté nasledovné indikátory:

- **spektrum vyšetrení**
- **zmennosť prevádzky**
- **EQA (externá kontrola kvality)**
- **akreditácia**

Popis vybraných indikátorov a zdôvodnenie ich výberu:

Spektrum vyšetrení je významným indikátorom kvality. Čím širšie spektrum laboratórium dokáže zabezpečiť, tým sú väčšie jeho diagnostické možnosti, čo sa viaže na zvýšenie možnosti výberu parametrov vyšetrenia a tým na zvýšenie kvality výsledku.

Hodnotenie: Rozhodujúcim kritériom je počet poskytovaných analytov / parametrov. Nie je rozhodujúce v koľkých materiáloch sa parameter stanovuje, resp. koľkými metodikami sa realizujú.

Zmennosť – rovnako významným indikátorom ako spektrum vyšetrení je zmennosť prevádzky laboratória, ktorá zabezpečuje dostupnosť diagnostiky – čím väčšia zmennosť, tým väčšia dostupnosť diagnostiky, a tým väčšia kvalita diagnostiky.

Hodnotenie: Laboratórium sa hodnotí podľa typov prevádzky.

- 1 zmena
- 1 zmena + pohotovosť (pracovné dni / dni pracovného voľna)
- 1 zmena + služba (pracovné dni / dni pracovného voľna)
- 2 zmeny
- 2 zmeny + pohotovosť (pracovné dni / dni pracovného voľna)
- 2 zmeny + služba (pracovné dni / dni pracovného voľna)
- 3 zmeny

Hodnota stúpa vo vyššie uvedenom poradí.

EQA – výsledky externej kontroly kvality sú vlastným kritériom kvality laboratórnej diagnostiky.

Hodnotenie:

- pomer metodík zaradených do EQA k celkovému počtu metodík (čím vyšší, tým lepší)
- priemer zistených odchýliek / chýb (čím nižší, tým lepší).

EQA nie je na poprednom mieste preto, lebo jednak je súčasťou akreditácie, a potom – najskôr musí byť zabezpečená diagnostika (rozsah) a jej dostupnosť (zmennosť) a až potom sa môže hodnotiť vlastná analytická kvalita.

Akreditácia – akreditáciu považujeme za najvýznamnejší indikátor kvality.

Akreditovať možno podľa:

- ISO 15 189 / GLP (pre tých, ktorí robia klinické štúdie s liekmi)
- ISO 17 025
- ISO 9000:2000

Hodnotenie: Kritériom je vlastníctvo dokumentu o akreditácii (certifikácii).

Návrh spôsobu vyhodnocovania navrhnutých indikátorov s príslušnými váhami je uvedený v **Tabuľke 1**.

Tabuľka 1

Indikátor	Hodnotenie	Vyjadrenie	Váha
spektrum vyšetrení			25 %
absolútny počet	n		
počet vyšetrení zaradených v EQA	n		
pomer zaradených k absolútnemu počtu	%		
výsledky EQA			20 %
priemer dosiahnutých odchýliek (chýb)	%		
zmennosť			25 %
1 zmena (8 hod)	1		
2 zmeny (16 hod)	2		
3 zmeny (24 hod)	3		
služba (16 hod)	2		
pohotovosť (16 hod)	1		
služba (S, N, sviatky)	2		
pohotovosť (S, N, sviatky)	1		
akreditácia			30 %
žiadna	0		
certifikácia 9002	1		
akreditácia 17 021	2		
akreditácia 15 189	3		

Pri hodnotení indikátorov kvality je potrebné vyplniť nižšie uvedenú tabuľku:

Tabuľka 2

PARAMETER	Ako vyplniť	Hodnota
Počet metódik, ktoré pracovisko vyšetruje	(absolútne číslo)	
Počet metódik zaradených do systému EQA	(absolútne číslo)	
EQA %	(aritmetický priemer chýb metódik zaradených do EQA)	
Pracovný čas	(uviesť v hodinách: od do)	
Pohotovosť v pracovný deň	(uviesť v hodinách: od do)	
Služba v pracovný deň	(uviesť v hodinách: od do)	
Pohotovosť v dni pracovného pokoja	(uviesť v hodinách: od do)	
Služba v dni pracovného pokoja	(uviesť v hodinách: od do)	
Certifikácia ISO 9000	áno – 1 / nie – 0	
Akreditácia 17 021	áno – 1 / nie – 0	
Akreditácia 15 189	áno – 1 / nie – 0	

V rámci každého kritéria sa vytvorí poradie účastníkov – každý účastník dostane v rámci poradia priradené číslo. Takto získané hodnoty poradia sa vynásobia príslušnými váhami

pre jednotlivé kritériá. Priradené poradie pre jednotlivých účastníkov spočítajú sa a vytvorí sa konečné poradie. Čím nižšia hodnota, tým lepší výsledok.⁸⁾

4.5 VYHODNOTENIE NAVRHNUTÝCH EXTERNÝCH INDIKÁTOROV KVALITY POSKYTOVATEĽA LABORATÓRNEJ DIAGNOSTIKY

Navrhnuté štyri externé indikátory kvality sú z pohľadu regulácie kvality navrhnuté veľmi dobre, pretože sú kombináciou regulácie vstupov, procesov aj výstupov. Je to skupina indikátorov pokrývajúca iba oblasť laboratórnych služieb, ktorej indikátory kvality v SR zatiaľ nie sú legislatívne stanovené. Majú dosah na zvyšovanie kvality analytickej fázy pri stanovovaní diagnózy pacienta a dostupnosť. Kvalitná laboratórna diagnostika zvyšuje predpoklad celkovej kvality poskytnutej ZS pacientovi. Navrhované indikátory majú stanovené váhy. Váhy boli stanovené odborníkmi v tejto oblasti a vychádzajú zo skúseností v praxi. Dajú sa spoľahlivo validovať. Technika zberu údajov je jednoduchá. Nie je náchylná na manipuláciu. Získanie a kontrola údajov nie je príliš administratívne náročné. Je poskytnutá vyhodnocovacia tabuľka ako návod na určenie poradia posudzovaných PZS.

Niekoľko chýb vidím v spôsobe vyhodnocovania. V rámci vyhodnocovania indikátora „spektrum vyšetrení“ je zahrnutá časť vyhodnocovania EQA, pričom nie je presne určené, ako sa má stanoviť poradie vyhodnocovaných parametrov. Ak má vychádzať poradie so súčtu nameraných hodnôt, potom pomer vyšetrení zaradených v EQA k celkovému počtu nemá význam – je zanedbateľný. Ostatné indikátory sú vyhodnocované správne. Nevýhodou takéhoto spôsobu porovnávania jednotlivých PLD je skutočnosť, že pre správne porovnanie a určenie poradia je nutné najprv zabezpečiť údaje od všetkých PLD a až potom začať vyhodnocovať poradie PLD, pričom poradie nie vždy odráža stupeň kvality. Výhodou je, že sú dané jednoduché spôsoby vyhodnocovania, ktoré sú transparentné, objektívne a nemanipulovateľné.

Podľa môjho názoru zmennosť by nemala patriť medzi základné indikátory kvality PLD, pretože vo väčšine laboratórií pre ambulantnú sféru nie je potrebné spracovávať výsledky okamžite. Táto nutnosť je v nemocničných laboratóriách. Laboratóriu, ktoré je povinné viesť 24-hodinovú prevádzku, služby, pohotovosť, by mala byť finančne vynahradená časť nákladov súvisiaca s nepretržitou prevádzkou (mzdy, energie, zvýšené náklady na reagenty) formou zvýšenia ceny za statimové vyšetrenia a nie ohodnocovaním cez indikátory kvality.

Návrhy alternatívnych riešení:

1) Prvé riešenie vychádza z vyššie uvedeného návrhu, pričom je potrebné odstrániť formálne nedostatky. Na vyhodnotenie indikátora spektrum vyšetrení treba ponechať iba počet vyšetrení a znížiť váhu tohto indikátora na 20 %. Počet zaradených vyšetrení do EQA, jeho pomer k celkovému spektru vyšetrení a priemerná chybovosť, by sa mali vyhodnocovať spolu v rámci indikátora EQA, ktorému by som pridelila váhu 25 %. Vzhľadom na rozdielnosť úmernosti hodnotenia v rámci kritéria EQA sa bude ťažšie stanovovať poradie hodnotených. Treba stanoviť váhy jednotlivých kritérií a spresniť vyhodnocovanie. Za predpokladu, že priemer dosiahnutých odchýliek býva číslo cca 10-krát menšie ako pomer zaradených vy-

šetrení do EQA k celkovému počtu, stanovila som váhy 90:10 a výsledok v rámci vyhodnocovania indikátora EQA navrhujem získať výpočtom:

**(pomer zaradených vyšetrení do EQA * váha 10 %) –
(priemer dosiahnutých odchýliek * váha 90 %)**

Poradie v rámci kritéria EQA sa určí: čím vyššia hodnota, tým lepšie umiestnenie. Názorná ukážka sa nachádza v **Tabuľke 3**. Poskytovatelia sú označení A, B, C, D, údaje sú vymyslené (len ilustratívne).

- 2) **Indikátor zmennosť aj s jeho váhou by som nahradila indikátorom interná kontrola kvality**, vzhľadom na to, že internou kontrolou sa sledujú aj vyšetrenia, ktoré nie sú zaradené do externej kontroly kvality. Interná kontrola prebieha častejšie a u väčšiny PLD na širšom spektre vyšetrení ako EQA. Aby sa zamedzilo nožnej manipulácii poskytovaných údajov, museli by sa stanoviť požiadavky na výstupy priamo z LIS-ov. Vyhodnocovanie by bolo rovnaké, ako pre indikátor EQA.
- 3) Veľmi zaujímavým návrhom na vyhodnocovanie kvality PLD je návrh RNDr. Marka Kapallu, manažéra kvality AM, ktorý zverejnil v článku Komplexnosť a kvalita – pohľad na indikátory kvality pre klinické laboratória v časopise Laboratórna diagnostika v roku 2007: „*Téma indikátorov kvality pre klinické laboratória rezonuje na Slovensku už viac ako rok. Doteraz sa však nedospelo ku všeobecne prijateľnému riešeniu resp. konceptu, na základe ktorého by bolo možné takéto indikátory kvality definovať a zmysluplne a ku prospechu pacienta aj používať. Jedným z problémov je aj fakt, že chýba jasne definovaný cieľ zavedenia takýchto indikátorov a definovanie profilu „ideálneho“ laboratória resp. takého profilu, ku ktorému by sa mali všetky laboratória v Slovenskej republike maximálne priblížiť.*“

Tabuľka 3: Návrh alternatívneho riešenia č. 1

Indikátor	Hodnotenie	A	B	C	D	Váha
spektrum vyšetrení						20 %
absolútny počet	n	50	100	120	150	
poradie		4	3	2	1	
EQA						25 %
priemer dosiahnutých odchýliek (chýb)	%	0,5	1	0,8	0,7	90
pomer zaradených vyšetrení do EQA k celkovému počtu	%	15	17	10	25	10
spolu		1,05	0,8	0,28	1,87	
poradie		2	3	4	1	
zmennosť						25 %
1 zmena (8 hod)	1	1	1		1	
2 zmeny (16 hod)	2					
3 zmeny (24 hod)	3			3		
služba (16 hod)	2					
pohotovosť (16 hod)	1	1			1	
služba (S, N, sviatky)	2			2		
pohotovosť (S, N, sviatky)	1	1			1	
spolu		3	1	5	3	
poradie		2	3	1	2	
akreditácia						30 %
žiadna	0			0		
certifikácia 9002	1		1			
akreditácia 17 021	2	2				
akreditácia 15 189	3				3	
poradie		2	3	4	1	
celkové ohodnotenie		2,4	3	2,85	1,25	
celkové poradie		2	4	3	1	

Tabuľka 4

indikátor kvality	spektrum vyšetrení	externá kontrola kvality	smennosť	akreditácia	odbornosť personálu, kontinuálne vzdelávanie	zavedený a vyhodnocovaný systém internej kontroly kvality	geografická dostupnosť - doprava vzoriek	výsledky cez WEB	informácie, dokumenty cez WEB	dostupnosť histórie výsledkov	služby s pridanou hodnotou	kvalita LIS a jednoduchá revízia	komentovanie a interpretácia výsledkov	obsahová a grafická stránka výsledkového listu, čitateľnosť, trvácnosť	dotazníky spokojnosti lekárov	počet sťažností	vedecká, publikačná a edukačná činnosť PZS	ponúkaná cena za vyšetrenia	technické vybavenie	Spolu v %
Váha	10	10	5	20	4	7	6	5	4	1	1	4	2	1	3	3	2	10	2	100
Hodnotenie	75	80	100	100	95	80	50	0	30	0	0	90	90	50	60	70	70	90	95	
Výsledok	7,5	8	5	20	3,8	5,6	3	0	1,2	0	0	3,6	1,8	0,5	1,8	2,1	1,4	9	1,9	76,2

Podľa neho základom pre komplexný pohľad na kvalitu a jej posudzovanie je medzinárodná norma ISO 15 189, ktorá sa snaží definovať štandard kvality s ohľadom na pacienta a jeho potreby. Návrh definovania profilu „ideálneho“ laboratória nebol zatiaľ dopodrobna prepracovaný ani v AM. Boli vybrané kritériá kvality, niektorým však zatiaľ nebol priradený spôsob hodnotenia, ani váha. Princíp vyhodnocovania kvality PLD pri tomto modeli by bol ten, že by sa PLD porovnával s ideálom. Ten zatiaľ nie je zadefinovaný. Každý indikátor kvality by sa vyhodnotil oproti ideálnemu stavu v percentách. Celkové hodnotenie by bolo výsledné percento získané ako súčet súčinov hodnotení jednotlivých indikátorov kvality a ich váh. Poradie PLD by sa stanovovalo jednoducho podľa výšky dosiahnutých percent. Čím vyššie by bolo výsledné percento hodnotenia, tým viac by sa laboratórium približovalo k ideálnemu stavu. Výhodou tohto spôsobu hodnotenia by bolo, že sa môže každý PLD posudzovať samostatne, nezávisle od ostatných PLD a ZP si môže stanoviť jednoduché hranice, od ktorých bude s PLD uzatvárať zmluvu resp. hranice pre zmenu ceny bodu. Tento model by v prvom rade hodnotil kvalitu daného PLD v porovnaní s ideálom a až v druhom rade poradie PLD.

V **Tabuľke 4** uvádzam príklad použitia tejto metódy hodnotenia PLD, pričom som stanovila váhy jednotlivým indikátorom podľa svojho uváženia bez odborného poradenstva. Chcem poukázať hlavne na jednoduchosť tohto riešenia, ak budú správne stanovené hodnotiace kritériá jednotlivým indikátorom. Je možné, že z uvádzaného množstva indikátorov sa vyberú najrelevantnejšie pre zníženie administratívnej náročnosti vyhodnocovania.

4.6 POHĽAD NA KVALITU POSKYTOVATEĽA LABORÁTORNEJ DIAGNOSTIKY ZO STRANY KLIENTOV

Rôzni klienti PLD majú na kvalitu PLD rôzne pohľady a požiadavky:

Požiadavky ZP – laboratórne vyšetrenia vykonávať iba v opodstatnených prípadoch v efektívnom spektre, nekombinovať nevýznamné vyšetrenia, v primeraných frekvenciách u toho istého pacienta, rýchlo, správne a lacno.

Požiadavky pacienta – rýchle, bezbolestné vyšetrenie u lekára s rýchlym odborným výsledkom a rýchlym zahájením adekvátnej liečby, ktorá bude účinná vďaka laboratórnemu vyšetreniu, čo najmenej návštev u lekára a odberov.

Požiadavky lekára – v prvom rade správny výsledok – preto volí PLD, ktorý sa preukazuje kvalitou – nerobí chyby, zabez-

pečuje včasné doručenie vzorky do laboratória v správnych podmienkach tak, aby sa vzorka pred spracovaním neznehodnotila, poskytuje výsledky čo najrýchlejšie, najlepšie elektronicky, jasne formulované, čitateľné, je zabezpečená telefonická alebo elektronická konzultácia, možnosť porovnávania starších výsledkov, v prípade nemocníc je požadovaná nepretržitá prevádzka.

5. IMPLEMENTÁCIA NAVRHNUTÝCH EXTERNÝCH INDIKÁTOROV KVALITY V ZP

V súčasnosti ešte prebieha implementácia externých IK popísaných v časti 4.4. do praxe. Zatiaľ sa podarilo dosiahnuť v ZP UNION selekciu PLD podľa kritérií, ktoré ZP zverejnila vychádzajúc z navrhovaných IK (**Tabuľka 5**).

Pokiaľ Union zdravotná poisťovňa, a. s. nevie vyhodnotiť alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevie preukázať splnenie indikátorov kvality, kritérium sa považuje za splnené.

Okrem toho zaviedla UNION ZP motivačné kritériá pre zdravotnícke zariadenia SValZ:

„Union zdravotná poisťovňa, a. s. vypracovala motivačné kritériá spoločne so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a so zástupcami odborných spoločností Slovenskej lekárskej spoločnosti pre jednotlivé špecializačné odbory.

Union zdravotná poisťovňa, a. s. zverejňuje nasledujúce motivačné kritériá pre zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť v odboroch SVLZ v laboratórnej medicíne za účelom diferencovaných úhrad poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Základné podmienky pre uzatvorenie zmluvy – cena bodu 0,006307 €

1. Čestné vyhlásenie o tom, že má zavedený interný systém kontroly kvality
2. Kópiu zmluvy s organizátorom externej kontroly kvality v danom roku
3. Kópiu objednávky jednotlivých testov externej kontroly kvality

1. motivačné kritérium + cena bodu 0,000332 €

1. Schválené ordinačné hodiny – zdokladovanie nepretržitej prevádzky
2. Zoznam zdravotných výkonov označených číselnými kódmi, ktoré poskytuje počas nočnej prevádzky

Tabuľka 5: Kritériá ZP na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – zmena od 1. 4. 2009

Kritérium	V Á H Y V %					
	VŠZP	SZP	Dôvera	UNION pre ostatných PZS	UNION pre SValZ	Apollo
Dostupnosť ZS	30 %	30 %	20 %	0 %	0 %	20 %
Personálne zabezpečenie	30 %	30 %	20 %	10 %	10 %	20 %
Materiálno – technické vybavenie	30 %	30 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Indikátory kvality MZ SR	10 %	10 %	50 %	80 %	10 %	50 %
Interná a externá kontrola kvality PSValZ					70 %	
Minimálna váha všetkých kritérií	90 %	90 %	75 %	nezverejnené	90 %	75 %

3. Zoznam takých zdravotných výkonov označených číselnými kódmi, ktoré spĺňajú kritérium manuálnej náročnosti pri ich vykonávaní

2. motivačné kritérium + cena bodu 0,000332 €

1. Čestné vyhlásenie o tom, že prepravu biologického materiálu poskytuje na vlastné náklady
2. Kópiu povolenia na výkon činnosti prepravcu biologického materiálu
3. Kópiu zmluvy, ktorú má uzatvorenú s prepravcom biologického materiálu, ak túto službu zabezpečuje dodávateľsky

3. motivačné kritérium + cena bodu 0,000332 €

1. Kópiu inštaláčného protokolu o nainštalovaní laboratórneho informačného systému (ďalej len „LIS“)
2. Kópiu zmluvy s dodávateľskou firmou LIS
3. Kópiu osvedčenia, že LIS spĺňa podmienky zákona o ochrane osobných údajov
4. Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým poskytuje výsledky analýz

4. motivačné kritérium + cena bodu 0,000332 €

1. Zoznam všetkých používaných metód
2. Kópiu potvrdenia o akreditácii
3. Zoznam akreditovaných metód podľa ISO noriem 15189 a /alebo 17 025
4. Zoznam, ktoré zdravotné výkony akreditovanými metódami a v akom počte poskytol poisťovcom ÚZP – 2x ročne⁽⁹⁾

Vyhodnotenie: ZP UNION nevyužila jednoduchosť a presný návod na vyhodnocovanie PLD podľa navrhovaných externých indikátorov kvality. Namiesto toho vypracovala motivačné kritériá, z ktorých niektoré nie sú indikátormi kvality a ich plnenie nezvyšuje kvalitu – napr. kritérium 1.3. o manuálnej náročnosti vyšetrenia. Nie je jednoznačné vyhodnocovanie jednotlivých kritérií. Nie je zrejmé, či pre splnenie kritériá je nevyhnutné splniť všetky podkritériá. Dokladovanie niektorých kritérií je administratívne náročné. A napokon, základná výška ceny bodu nebola z pohľadu poskytovateľa spravodlivo stanovená, pretože až pri splnení všetkých motivačných kritérií je možné dosiahnuť cenu bodu platnú v roku 2008. Napriek tomu hodnotím zapracovanie určitých kritérií kvality do zmluvy s PLD pozitívne. Je to zvýšenie snahy o diferencovaný prístup k PLD, ktorý sa bude postupne vylepšovať k spokojnosti ZP, PLD ale hlavne umožní zvýšiť kvalitu poskytovanej ZP pacientovi.



RNDr. Viera Zboňáková (1964) pracuje ako finančná riaditeľka v spoločnosti Alpha medical a.s., poskytujúcej zdravotnú starostlivosť v oblasti laboratórnej diagnostiky.

6. POUŽITÁ LITERATÚRA A INÉ ZDROJE INFORMÁCIÍ

- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Metodický pokyn č. 20406/2007 zo 12. 4. 2007 pre zber indikátorov kvality na hodnotenie PZS
- Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 18. februára 2009, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 663/2005 Z. z.
- Príloha nariadenia vlády o indikátoroch kvality č. 663/2005 Z. z.
- Regulácia kvality, Angelika Szalayová, HPI
- Kapalla M., Komplexnosť a kvalita – pohľad na indikátory kvality pre klinické laboratória. Laboratórna diagnostika, 1:2007, p. 64-65, ISSN 1335-2644
- Indikátory kvality pre výber poskytovateľa laboratórnych diagnostických služieb, RNDr. Marko Kapalla
- Indikátory kvality laboratórnej diagnostiky, vypracovali: Gustáv Kováč, Michal Farkaš, Juraj Kadnár, Peter Ondříšek, Beáta Hvozdičová, Anna Porubenová
- PRÍRUČKA KVALITY podľa ČSN EN ISO 15189 spoločnosti Alpha medical a. s., M. Kapalla
- Vplyv akreditácie v zdravotníctve na kvalitu zdravia a kvalitu života, Autor: Ing. Dušan Kompiš – tajomník Technického výboru pre akreditáciu v zdravotníctve (SNAS) – článok
- Kritériá Union zdravotnej poisťovne, a. s. na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 1. apríla 2009
- Motivačné kritériá (indikátory kvality) pre zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť vo vybraných odboroch spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, UNION ZP
- Skúsenosti získané z programov kvality v zdravotníctve v európskych krajinách, Jaap Koot MD, MBA, článok
- Indikátory výkonnosti v zdravotníckej starostlivosti, Jaap Koot MD MBA, PHC, Amsterdam
- Ukazovatele výkonnosti nemocníc, Viera Rusnáková, Martin Rusnák a Lucia Lenártová
- http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=715&Itemid=33
- http://www.quality.healthnet.sk/docs/final/europske_skusenosti.doc
- http://www.unionzp.sk/index.php?www=sp_file&id_item=306

POZNÁMKY POD ČIAROU

- 1) Institute of Medicine, 1990
- 2) Dr. Marx, JCR/JCI, WHO, Bratislava 2005
- 3) príručka kvality Alpha medical a.s.
- 4) JCAHO, 1971
- 5) McColl A. 1998
- 6) „Regulácia kvality“ Angelika Szalayová, HPI
- 7) Komplexnosť a kvalita – pohľad na indikátory kvality pre klinické laboratória. Laboratórna diagnostika, 1:2007, p. 64-65, ISSN 1335-2644., RNDr. Marko Kapalla
- 8) Indikátory kvality laboratórnej diagnostiky, G. Kováč, M. Farkaš, J. Kadnár, P. Ondříšek, B. Hvozdičová, A. Porubenová
- 9) Motivačné kritériá (indikátory kvality) pre zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť vo vybraných odboroch spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, UNION ZP

Tabuľka 6: Teoretické posúdenie navrhovaných kritérií kvality poskytovateľa laboratórnej diagnostiky

kritérium kvality = indikátor kvality	vplyv na kvalitu	spôsob regulácie kvality	merateľnosť	jednoduchosť alebo jednoznačnosť definície	senzitivita na zmenu	dôkaz, že koreluje s kvalitou	hodnotená oblasť poskytovania ZS	váha	boli stanovené hranice alebo iné ohodnotenie?	zavedenie do praxe k 30. 5. 2009
spektrum vyšetrení	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	rozsah, kompetencia, efektívnosť	stanovená	počet	UNION-čiasťočne
externá kontrola kvality	klinická kvalita	výstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	výsledky, kompetencia, bezpečnosť	stanovená	pomer a priemer odchýliek	UNION-čiasťočne
zmennosť	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	včasnosť, dostupnosť	stanovená	bodovanie	UNION-čiasťočne
akreditácia	klinická kvalita	procesy	jednoduchá	áno	áno	áno	výsledky, kompetencia, bezpečnosť	stanovená	bodovanie	UNION-čiasťočne
odbornosť personálu, kontinuálne vzdelávania	klinická kvalita	vstupy	zložitejšia	nie	nízka	áno	kompetencia	podľa ZP od 15 %-45 %	nie	čiasť. všetky ZP
zavedený a vyhodnocovaný systém internej kontroly kvality	klinická kvalita	výstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	výsledky, kompetencia, bezpečnosť	nestanovená	pomer a priemer odchýliek	UNION-čiasťočne
geografická dostupnosť – doprava vzoriek	kvalita služieb	procesy	jednoduchá	áno	áno	áno	dostupnosť	nestanovená	nie	UNION-čiasťočne
výsledky cez WEB	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	včasnosť, dostupnosť, efektívnosť	nestanovená	nie	
informácie, dokumenty cez WEB	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	včasnosť, efektívnosť	nestanovená	nie	
dostupnosť histórie výsledkov	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	orientovanosť na pacienta, kontinuita	nestanovená	nie	
služby s pridanou hodnotou	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	efektívnosť	nestanovená	nie	
kvalita LIS a jednoduchá revízia	kvalita služieb	vstupy	jednoduchá	nie	áno	áno	efektívnosť	nestanovená	nie	UNION - čiasťočne
komentovanie a interpretácia výsledkov	klinická kvalita	procesy	jednoduchá	áno	áno	áno	výsledky	nestanovená	nie	
obsahová a grafická stránka výsledkového listu, čiasťateľnosť, trvácnosť	kvalita služieb	procesy	jednoduchá	áno	áno	áno	výsledky	nestanovená	nie	
dotazníky spokojnosti lekárov	kvalita služieb	výstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	vnímanie spokojnosti lekára	nestanovená	nie	
počet sťažností	kvalita služieb	výstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	vnímanie spokojnosti lekára alebo pacienta	nestanovená	nie	
vedecká, publikačná a edukačná čiasťinnosť PZS	klinická kvalita	vstupy	jednoduchá	nie	áno	áno	kompetencia	nestanovená	nie	
ponúkaná cena za vyšetrenia	kvantita	výstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	efektívnosť	nestanovená	nie	
technické vybavenie	klinická kvalita	vstupy	jednoduchá	áno	áno	áno	kompetencia	podľa ZP od 15 %-45 %	minimálne	všetky ZP

eHealth je v sklze a návrh novely zákona jeho budovanie neurýchli

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkového konania návrh novely zákona o zdravotnej starostlivosti a ďalších deviatich zákonov v súvislosti s projektom elektronizácie zdravotníctva eHealth. Pripomienkové konanie trvá do 5. marca 2010.

Zákon definuje **Národný zdravotný portál** ako jednotné rozhranie pre prístup k zdravotníckym informáciám (pre laickú i odbornú verejnosť) so zabezpečením evidencie, autentizácie, autorizácie, riadenia toku informácií a elektronickej podateľne. Návrh sa zatiaľ nezmieňuje o šifrovaní informácií (ktoré by sa mali o.i. šíriť cestou elektronickej pošty).

Národný zdravotný portál má ambíciu sústrediť a sprístupňovať okrem zdravotníckych informácií a zdravotnej dokumentácie aj publikácie z oblasti lekárskeho vied a zdravotníctva. Má sa tak stať prostredníctvom nepriamej novelizácie Autorského zákona a vloženia novej zákonnej licencie pre Národné centrum zdravotníckych informácií na zverejnenie takýchto diel. Táto zákonná licencia je neodôvodneným a neprimeraným zásahom do práv autorov, má diskriminačný charakter a dá sa očakávať zásadná pripomienka rezortu kultúry.

Lekárov zaväzuje návrh novely zdigitalizovať zdravotnú dokumentáciu pacientov do roku 2013 (na požiadanie pacienta) resp. do roku 2017 (všetci pacienti). Zákon im to ukladá ako povinnosť bez toho, že by za to stanovoval akúkoľvek finančnú kompenzáciu. Dátový obsah eHealthu sa má zrejme budovať na náklady poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tí s takýmto riešením asi nebudú súhlasiť.

Program eHealth má pritom do roku 2013 stáť vyše 250 miliónov eur, na ktoré si robia záľusk predovšetkým dodávateľia technológií. No bez nevyhnutnej legislatívnej opory je nemožné sa pohnúť vpred.

Dnes je zrejmé, že ambiciózný plán budovania eHealthu má značný sklz. Zo štyroch strategických cieľov eHealth, ktoré schválila v júli 2008 slovenská vláda (**Rámček 1**), sa zatiaľ nenaplnil ani jeden. Prvé služby pre pacientov (elektronická

preskripcia, elektronický objednávkový systém k lekárovi) mali byť pritom podľa ministra zdravotníctva R. Rašiho dostupné už v druhom alebo treťom štvrtroku 2010. Zatiaľ však nebola prijatá ani len základná legislatíva. Vyhlášky o štandardoch pre zdravotnícku informatiku a o štandardoch pre zdravotnícku štatistiku meškajú už rok (pripomienkové konanie bolo vlani vo februári). Ani návrh zákona nebude tak skoro prijatý: vzhľadom na trvanie legislatívneho procesu je zrejmé, že sa na rokovanie parlamentu dostane až v nasledujúcom volebnom období. A aj to len v prípade, že ho nezastavia zásadné pripomienky ostatných rezortov a ďalších pripomienkujúcich subjektov. Kľúčovou otázkou totiž zostáva: kto zaplatí digitalizáciu zdravotných záznamov pacientov?

Podľa ministerstva zdravotníctva je návratnosť investícií do eHealthu 5 rokov. Pri súčasnom tempe implementácie je táto lehota až priveľmi optimistická.

**TOMÁŠ SZALAY
PETER KOVÁČ**

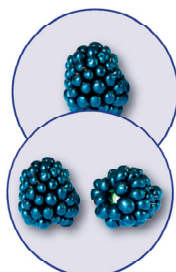
Rámček 1: Strategické ciele eHealth

- C1: Vytvorenie legislatívneho, normatívneho a architektonického rámca eHealth.
- C2: Vytvorenie bezpečnej infraštruktúry pre realizáciu vízie a poslania eHealth.
- C3: Informatizácia procesov a služieb v systéme zdravotníctva z verejných zdrojov.
- C4: Podpora nových procesov a foriem zdravotníckych služieb a zdravotnej starostlivosti prostredníctvom eHealth.

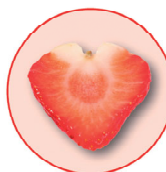
Zdroj: uznesenie vlády SR č. 497/2008 zo 16. 7. 2008



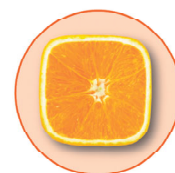
Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.



Program **Manažér**



Program **Lekár**



Program **Reformátor**



Program **Lekárnik**



Program **Mix**



Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

e-mail: frisova@hma.sk
tel: +421 (0)911 596 050

www.hma.sk