

Reforma zdravotníctva odštartovala radikálne premeny

V Žiline sa konal workshop pre manažmenty lôžkových zariadení (6. máj 2005)

Na workshope Reforma zdravotníctva v praxi priblížil reformné kroky z hľadiska zdravotných poisťovní Ing. Peter Kalenčík, generálny riaditeľ Vzájomnej zdravotnej poisťovne Dôvera, ktorá má v Žilinskom kraji 16 000 poistencov.

Po pohľade do minulosti upozornil, že „časy, keď bola poisťovňa, fungujúca v mäkkých rozpočtových pravidlách len sprostredkovateľom úhrad, subjektom, ktorý prerozdeľoval zdroje, prenášal platby štátu a poistencov poskytovateľom starostlivosti, sa skončili". Transformačný proces sa začal schválením reformných zákonov, zriaďovatelia poisťovní rozhodli, že poisťovne sa budú meniť na akciové spoločnosti, boli vypracované transformačné projekty. Poisťovne čakajú na vydanie licencie Úradom pre dohľad, akciovými spoločnosťami by sa mali stať k 1. júlu. „**Nová poisťovňa musí mať transparentnú akcionársku štruktúru, jasnú sieť poskytovateľov starostlivosti, prípadne širšiu ako minimálna sieť, musí manažovať klientov na úrovni poskytovateľov i samotných poistencov. Na nových základoch bude účtovníctvo nových subjektov, budú mať povinný audit technickú rezervu, vnímanú z hľadiska poradcov. Segmentom, do ktorého môžeme vstupovať, je pripojenie, ale to je zatiaľ v štádiu rozpracovania,**“ uviedol Ing. P. Kalenčík. Pripomenul zmeny v prístupe k poistencom, nové služby a produkty, ako aj zmeny vo vzťahu k poskytovateľom. „**Krokmi k ekonomickej stabilite poskytovateľov z hľadiska poisťovne sú jednodňová ambulantná starostlivosť, štandardizácia terapeutických postupov, ďalším krokom je aj vyvážená zmluva medzi poskytovateľom a poisťovňou, ktorá umožňuje nevytvárať nadlimity a zaplatiť starostlivosť,**“ povedal riaditeľ VZP Dôvera. Pred transformáciou na akciovú spoločnosť chce poisťovňa uzatvárať nové zmluvy s poskytovateľmi a začína rokovať s asociáciami, úniami a komorami o ich obsahu. Zmluvy budú mať tri časti: • všeobecné zmluvné podmienky (čo vyplýva zo zákona, čo umožňuje systém poisťovne, liečba v zahraničí, neodkladná starostlivosť); • osobitné podmienky (zaraďovanie poistencov na dispenzarizáciu, neodkladná starostlivosť odsúhlasená do 24 hodín, zoznam poistencov, čakajúcich na starostlivosť, indikátory kvality, špecifické podmienky); • individuálne podmienky (napr. zmluvný objem). Pri uzatváraní zmlúv sa bude vyžadovať osvedčenie o systéme kvality, hodnotenie indikátorov kvality, kontrola kvality, bude rebríček poskytovateľov. V rámci Združenia zdravotných poisťovní SR i Kolégia zdravotných poisťovní si budú poisťovne vymieňať informácie o kontrole kvality i efektívnom využívaní zdrojov.

Kritické poznámky v diskusii sa zamerali najmä na tvorbu cien, problematiku určovania skutočných nákladov, pri ktorých si poisťovne určujú svoje kalkulácie systémom „o nás bez nás, bez ľudí z praxe“, požiadavky, aby niekto určil základnú cenu výkonov, kritika, že poisťovne zneužívajú bodovník na presadenie minimálnych cien. Zazneli obavy, či indikátory kvality nebudú bičom na poskytovateľov, kritika nefungujúceho centrálného registra poistencov, požiadavka na nové preukazy poistencov aj s fotografiami i nádej, že poisťovne ako akciové spoločnosti prežijú.

Poradca ministra zdravotníctva Ing. Peter Pažitný, MSc, v reakcii tiež zdôraznil, že mäkké rozpočtové pravidlá sa končia. „**Systém, keď štát znášal deficit subjektov v zdravotníctve a garantoval platobnú schopnosť poisťovní, sa reformou ruší, následky si bude každý znášať sám. Privátne ambulantné zariadenia fungujú v tvrdom rozpočtovom režime od roku 1996, teraz sa do tohto prostredia dostávajú aj zdravotnícke zariadenia, ktoré už nebudú mať žiadneho Veriteľa na oddĺženie,**“ upozornil. Ako dodal, pri rokovaniach cenovej komisie MZ SR rezort kritizovali na jednej strane poisťovne za vysoké ceny, na druhej poskytovatelia za nízke ceny. „**Vždy sme boli zlí, ale my nie sme sociálni inžinieri, aby sme vymýšľali pre každého cenu. Teraz majú poskytovatelia a poisťovne možnosť vzhľadom na kalkulačné vzorce dohodovať sa na cene tak, aby zodpovedala predstavám oboch strán,**“ povedal poradca a pripustil, že cenová regulácia ministerstva sa týka len drahých excelentných výkonov. Pripomenul aj úlohu a zodpovednosť manažérov nemocníc, ktorí majú zistiť, kde je strata a kde zisk. K preukazom poistencov uviedol, že od roku 2006 sa začnú vydávať nové európskeho formátu.

O praktických skúsenostiach z riadenia spoločenstva súkromných nemocníc hovoril MUDr. Marek Potyts, generálny riaditeľ spoločnosti Euromednet v Třinci, ktorá sa zameriava na miniinvazívnu chirurgiu, angiologiu, kardiochirurgiu a jednodňovú chirurgiu. V roku 1993 začala s jednou nemocnicou, z obratu 80

mil. Kč sa vypracovala na 800 mil. Kč a akciovú spoločnosť 30 firiem s obratom 3 mld. Kč a 100 mil. Kč zisku. Cieľom ambiciózneho Euromednetu je vybudovanie štruktúry zdravotníckych služieb pre milión klientov na severnej Morave.

„Závidím vám búrlivé pionierske obdobie a reformu, ktorá je príkladom pre strednú Európu. Výhodou zdravotníctva je vysoká etika podnikania, ale v jeho riadení platia princípy ako v iných odboroch, t.j. tvorba vízie, stratégie, podnikateľský a finančný plán, prepracovaný plán public relation a tvrdé pravidlá ekonomiky - kontrola nákladov, profitabilita úkonov a procesov, utilizácia aktív,“ povedal MUDr. M. Potysz. Návod pre manažérov podľa neho znie - nekradnúť, byť jednoduchý a zrozumiteľný, využívať výhodu množstva inteligentných ľudí, vyhodiť úradníkov, byť príkladom, dať sa zaplatiť a byť skromný. Zostavené a praxou overené má aj predpoklady na úspech: **„Vedieť, kto sú naši klienti a čo chcú, mať analýzu ich potrieb a našich možností, analýzu konkurencie, ďalej naša kvalita, reputácia, cieľ byť najlepšie,“** vysvetlil MUDr. M. Potysz, ktorý pripustil, že na štarte sa stretli s nedôverou, negatívnym vnímaním ľudí, ktorí mali pocit, že všetko si budú platiť a firme ide len o biznis.

Tému manažment zmeny v transformujúcej sa organizácii prezentovala Andrea Hagovská zo Semmelweis University, ktorá sa zamerala na procesy od boja o prežitie až k trvalo udržateľnému rozvoju i faktory úspechu a neúspechu zmeny, Ing. P. Pažitný, MSc, sa venoval problematike zdravotnej politiky na regionálnej úrovni.

Popoludňajšiu časť workshopu navštívil aj minister zdravotníctva Rudolf Zajac. Zamýšľal sa nad zdravotníctvom ako súborom dezintegrovanej činnosti. **„Klient ide k všeobecnému lekárovi, ktorý je zo zvyku dispečerom, pošle ho, často zbytočne, k špecialistovi. Ten nerieši problém jednoduchou metódou, pošle pacienta do nemocnice, kedysi prvého typu. Tam po niekoľkých dňoch zistia, že problém nevyriešia a chorý putuje do nemocnice druhého typu, ktorá patrí VÚC, ak ani to nestačí, dostane sa do bývalej najvyššej, krajskej či do Bratislavy. Integrátorom systému, obťažujúceho pacienta, je zdravotná poisťovňa, preto je reforma postavená na ich dominancii ako inštitúcií, ktoré zabezpečujú zdravotnú starostlivosť jej nákupom, aby neboli poškodzovaní pacienti tým, že poisťovňa nenakúpi starostlivosť, aj keď má zdroje,“** zdôraznil minister. Preto je zriadená druhá časť integrujúceho systému, Úrad pre dohľad ako najvyššia autorita, dohliadajúca na poisťovne, ich financie, solventnosť, na postup lége artis v starostlivosti. Stráži, aby neboli poškodzovaní poistenci, ale aby nebol systém zneužívaný. **„Zjednocujúcim faktorom je i správne stanovenie odmeny za vykonanú prácu, resp. ceny za služby. Používaný výkonový model je pre poskytovateľov pohodlný a pomerne dobre vyskúšaný. K výsledku dospejeme rým, že dáme dokopy súbor výkonov a poisťovňa sa tvári, že ich nemôže uhradiť. Deformácie vo financovaní systému odstránime, keď služba začne fungovať ako správna služba, ak to prežiením, tak napríklad ako autoservis. Tam tiež nemôžu robiť nadlimitne výkony, niečo, čo nie je zaplatené. S postupným priradovaním legitímnych výkonov by sme mali skôr či neskôr ku všetkým priradiť cenu, vytvoriť štandardizovaný postup, ktorý zjednoduší celý systém. Znamená to aj zvýšenie zodpovednosti poisťovní za starostlivosť o klienta, poskytovateľov za poskytnutú starostlivosť a poistenca, ktorý podľa toho, ako sa správa, môže byť zvýhodňovaný,“** zdôraznil R. Zajac. Ako dodal, **„15 percent klientov vyčerpá 85 % prostriedkov, zdravotnou starostlivosťou riešime 25 % problémov, teda za veľa peňazí poskytujeme relatívne málo pomoci. Je otázka, koľko treba do systému vložiť, aby bol v rovnováhe. Je to skoro nekonečné množstvo, lebo sa skoro nikdy nedá vybalansovať na ideálnu polohu, akú očakávajú poisťovne, poskytovatelia i občania“**.

V diskusii reagoval minister na otázky. Zdôraznil napríklad, že poisťovňa je povinná zákonom stanovené preventívne prehliadky hrať, charakterizoval neodkladnú starostlivosť, ktorej hradenie je tiež povinnosťou poisťovní, informoval o pripravovanom systéme 259 bodov rýchlej záchranej služby. Ako povedal, indikátory kvality sú ťažko prijímané, ale bez systému riadenia kvality a systému indikátorov medicínskej kvality sa zdravotníctvo nezaobíde, dotkol sa aj dlhovoči Sociálnej poisťovni, ktoré vo výške 3,4 mld. Sk vyrovnal Veriteľ, a. s., ale ona teraz začína predpisovať penále. R. Zajac pripustil, že mnohé „produkty“ 220 pracovníkov ministerstva majú chyby - **„ešte stále je to boj s veternými mlynmi, aby som z tých úradníkov aspoň niečo vymačkal“**. Informoval tiež, že MZ SR bude s riaditeľmi nemocníc vo svojej pôsobnosti podrobne preberať kroky transformácie, pripravuje sa aj zoznam výkonov ústavnej starostlivosti.