

Projekty rezortu

Ide nám o efektívne využívanie zdrojov

Ministerstvo chce zabrániť nákupu predražených prístrojov a zdravotníckeho materiálu

Ak si do internetového prehliadača zadáme pojem efektivita v slovenskom zdravotníctve, systém nám vyhladá mnohé prípady obvinení z predražených nákupov zdravotníckej techniky, materiálu či liekov. Mnohé z týchto podozrení sa nepodarilo potvrdiť, a to napriek tomu, že sa na prvý pohľad môže zdať, že sa v časoch elektronizácie dá čokoľvek ľahko overiť.

Benchmarking má limitácie

Proces overovania optimálnych cenových relácií je v zdravotníctve veľmi zložitý. Variabilita modulov a modalít prístrojov, posun cien v čase, menové rozdiely či iné faktory spôsobujú, že každé „porovnávanie“ zaberie týždeň či už kontrolným orgánom, alebo najlepším znaleckým inštitúciám.

V rámci zmien, ktorých cieľom bolo zabrániť vzniku nákupu predražených či zbytočných prístrojov a materiálu, zaviedlo ministerstvo zdravotníctva za posledných 18 mesiacov dve opatrenia. Prvé sa týka procesu nákupu zdravotníckej techniky, kde sa zaviedol povinný benchmark cien. Druhé opatrenie sa týka novej formy stanovenia maximálnej úhradovej ceny špeciálne-



Foto: dreamstime

ho zdravotníckeho materiálu. Spoločne dosahujú obe opatrenia ročné úspory vo výške 40 – 45 mil. eur.

Prvé z opatrení bolo do pilotnej prevádzky zavedené ešte v decembri 2015. Ide o nové pravidlá nákupu zdravotníckej techniky v nemocniciach v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva. Kľúčovou novinkou nových pravidiel bola povinnosť nemocníc využívať

benchmarkované – priemerné ceny zdravotníckej techniky pri stanovovaní predpokladanej hodnoty zákazky a povinnosť ministerstva hodnotiť, či je vysúťažaná cena zdravotníckej techniky v rámci priemernu porovnateľných slovenských a českých nákupov, ako zachytáva diagram.

Samotný proces benchmarkovania vykonáva tím Inštitútu zdravotnej politiky

Ministerstva zdravotníctva SR. Inštitút zbiera údaje o všetkých zrealizovaných nákupoch v sektore z Česka a Slovenska, analyzuje ich s odborníkmi a spracúva ich do jedného excelovského súboru s unifikovanou nomenklatúrou, inflačnými prognózami, kurzovými rozdielmi či servisnými podmienkami. Tento súbor je poskytovaný nemocniciam a slúži ako základný kameň pri ur-

čovaní optimálnych cien pre danú nemocnicu.

Efektívny projekt

Projekt sa ukázal ako veľmi efektívny a viaceré krajiny V4 prejavili záujem o spoluprácu pri vytváraní tejto databázy. MZ SR často prijíma požiadavky na kontrolu cien aj mimo nemocníc v svojej pôsobnosti. Na druhej strane je nutné poznamenať, že aj benchmarking má svoje li-

NAJVYŠŠIE ÚSPORY SZM

- XB9 stenty a stentgrafy na úrovni 60,73 %
- XB3 defibrilátory 55,94 %
- XA2 systémy na intrakraniálny monitoring 45,70 %
- XB13 zdravotnícke pomôcky pre embolizáciu pri perkutánných rádiologických intervenciách 42,94 %
- XB2 kardiostimulátory 40,65 %

mitácie. Hlavným je nedostatok informácií o cenách či detailoch cien niektorých prístrojov. Najčastejšie sa táto situácia týka nákupu unikátnej či inovatívnej techniky. Druhá slabina tohto opatrenia je zvýšená administratívna náročnosť a predĺženie celého „kolotoča“ obstarávania medzi ministerstvom. Ak si však zrátame benefity opatrenia, sme toho názoru, že plusové body výrazne prevažujú nad týmito nedostatkami. Aj preto v tomto roku plánuje inštitút ďalej rozšíriť funkcionality databázy a pripraviť zverejniteľný formát databázy pre verejnosť.

Martin Smatana, MSc.,
riaditeľ IZP MZ SR

SUMÁRNE ÚDAJE O PROJEKTE ZA ROK 2016

MZ dostalo za rok 2016 celkom 136 žiadostí od nemocníc o spracovanie priemernej ceny.

Na tieto účely bolo analyzovaných 809 zmlúv v hodnote 190 mil. eur. Až 60,5 % celkového objemu benchmarkovanej techniky pochádzalo z ČR.

Z tohto zoznamu bolo v priebehu roku obstaraných 54 prístrojov v hodnote 5,5 mil. eur.

Odhadovaná reálna výška úspor je v rozpätí 20 – 25 %. Existujú skupiny, kde boli výrazné, až 25 % + úspory, ako napr. ultrazvukové prístroje, mamografy, elektrochirurgické

jednotky či oftalmologické mikroskopy.

Optimálne ceny pre náš trh

Druhé opatrenie sa týka zavedenia prísnejších cenových stropov pri preplácaní špeciálneho zdravotníckeho materiálu, ktoré VŠZP uviedla do praxe v troch vlnách od 1. októbra 2016, 1. novembra 2016 a 1. januára 2017.

Opatrenie realizovala v spolupráci s našim Inštitútom na základe vnútornej analýzy nákupných cien špeciálneho zdravotníckeho materiálu a externého porovnania s maximálnymi aj reálnymi úhradovými cenami špeciálneho zdravotníckeho materiálu v Česku. Výsledkom procesu bol nový cenník maximálnych úhradových cien špeciálneho zdravotníckeho materiálu, ktorý platí od 1. januára 2017 a pravidelne sa v rámci stanovených miernikov aktualizuje. Celková úspora oproti pôvodnému cenníku predstavuje ročne 30 – 35 mil. eur.

Proces bol rozdelený do troch kôl kvôli existujúcim kontraktom medzi dodávateľmi a poskytovateľmi, ako aj z dôvodu postupného zberu a analýz dát, potrebných pre nastavenie optimálnych cien. Referencovanie nebolo možné pri každej z položiek, keďže v Česku je už čiastočne zavedený DRG systém,

ktorý sčasti skrýva určité položky špeciálneho zdravotníckeho materiálu do ukončenej hospitalizácie.

Je možné, že existujú skupiny položiek, kde je cena nastavená príliš restriktívne, alebo na druhej strane položky, kde je ešte priestor na dodatočné zníženie cien. Referencovanie sa totiž realizovalo vždy na úrovni danej podskupiny špeciálneho zdravotníckeho materiálu. Ak sa však nejaká položka chybné zakategorizovala, či už kvôli nedbanlivosti, chybné farmakoekonomike či iným nedostatkom, mohlo sa stať, že po zreferencovaní nebola za nových podmienok predajná. Ide však o nedosta-

tok z minulosti, o ktorom daná firma či držiteľ registrácie určite vedeli. Tento problém nie je iba pri špeciálnom zdravotníckom materiáli, ale spolu s kolegami z ministerstva financií sme ho našli aj pri liekoch či zdravotníckych pomôckach. Ministerstvo zaviedlo viacero zmien, aby k nekvalitnej kategorizácii už nedochádzalo, napríklad založením HTA odboru na ministerstve či novými pravidlami pre kategorizačný proces. Aj so zreteľom na tieto nedostatky očakávame v priebehu roka opakované úpravy cien tak, aby sa dosiahla optimálna cena pre náš trh. Cenník sa preto bude každé tri mesiace dodatočne referencovať na základe nových

údajov, zmien v kategorizácii špeciálneho zdravotníckeho materiálu či nedostatočnej ponuke jednotlivých položiek.

Druhé kolo zlepšovania efektivity nákupu špeciálneho zdravotníckeho materiálu je jeho centrálny nákup. Tento krok však ešte potrebuje čas, a to kvôli spomínaným nedostatkom v kategorizácii či chýbajúcej definícii základného referenčného typu špeciálneho zdravotníckeho materiálu v každej kategórii. Tak či onak, obe opatrenia dokázali pomerne rýchlo a efektívne zlepšiť efektivitu využitia zdrojov, ktoré sa spätne realokujú v sektore, čo prináša benefit pre všetkých.

Hospitalizácie

Ako sa odkladá odkladná starostlivosť

Čakacie listiny a program schvaľovania hospitalizácií podľa štátnej VŠZP

Štátna poisťovňa zaviedla ešte od 1. júla 2014 nad rámec ministerskej vyhlášky 412/2009 z 12. októbra 2009, ktorou ustanovuje podrobnosti o zozname poistencov, čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, program schvaľovania hospitalizácií.

Všetky hospitalizácie, ktoré nie sú akútne, sa musia najprv oznámiť poisťovni. Až po schválení hospitalizácie poisťovňou môže nemocnica pacienta prijať. Dátum schválenia nemôžu ovplyvniť lekári všeobecnej nemocnice. V prípade, že nie je pacient s termínom spokojný, môže sa obrátiť so žiadosťou na poisťovňu. Zdôrazňujem, že program schvaľovania hospitalizá-

„Pacient hromzí na poskytovateľa a vinník odkladu sa za chrptom „smeje“.

cií nie je ošetrený vyhláškou ministerstva zdravotníctva.

V prípade, že predĺženie čakacej lehoty na poskytnutie zdravotnej starostlivosti je vinou poskytovateľa ústavnej starostlivosti, môže podľa § 8 vyššie spomenutej vyhlášky v záujme skrátenia lehoty na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti poisťovňa poistencovi navrhnúť jej

poskytnutie u iného poskytovateľa, s ktorým má uzatvorenú zmluvu.

Predĺženie čakacej lehoty u poskytovateľa vzniká prevažne z nedostatočných priestorových alebo personálnych kapacít. Spomenutá vyhláška vôbec neuvádza limitovanie poskytovania ústavnej starostlivosti, zapríčinené poisťovňou. Zmluvní poskytovatelia VŠZP sú povinní rešpektovať program schvaľovania hospitalizácií. Hlásia poisťovni plánovaný dátum hospitalizácie pacienta, poisťovňa pošle dátum možného nástupu poskytovateľovi. Kým poskytovateľ poistencovi plánovaný dátum v deň objednania priamo oznámi počas vyšetrenia, VŠZP si

z oznámenia odkladu žiadnu starosť nerobí. A tak pacient hromzí na poskytovateľa a vinník odkladu plánovanej hospitalizácie sa za chrptom „smeje“.

V prípade, že poskytovateľ nemá dostatočné kapacity, poisťovňa ponúka iného poskytovateľa, kde zabezpečí zdravotnú starostlivosť v lepšom termíne. To je v poriadku.

Čo má však urobiť poskytovateľ ústavnej starostlivosti, keď poisťovni chýbajú prostriedky, pre ktoré odkladá odkladnú hospitalizáciu? Môže ponúknuť poistencovi, aby sa dožadoval skrátenia termínu priamo v poisťovni, ale riskuje, že poisťovňa môže za tento počin poskytovateľa negatívne odmeniť. Stav má riešiť vyhláška. Limitovanie počtu hospi-

talizácií alebo limitovanie rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti nemá byť predmetom vzťahu poisťovňa – poskytovateľ. Limitovanie počtu hospitalizácií alebo limitovanie rozsahu poskytovania zdravotnej starostlivosti má byť predmetom vzťahu poisťovňa – poistenec.

MUDr. Peter Ottinger

REÁLNE PRÍKLADY ODKLADOV

plán hospitalizácie 21. 4. 2017	možný nástup 3. 5. 2017	odklad 13 dní
plán hospitalizácie 24. 4. 2017	možný nástup 5. 5. 2017	odklad 12 dní
plán hospitalizácie 25. 4. 2017	možný nástup 9. 5. 2017	odklad 15 dní
plán hospitalizácie 26. 4. 2017	možný nástup 15. 5. 2017	odklad 19 dní
plán hospitalizácie 28. 4. 2017	možný nástup 17. 5. 2017	odklad 19 dní
plán hospitalizácie 2. 5. 2017	možný nástup 1. 6. 2017	odklad 30 dní
plán hospitalizácie 4. 5. 2017	možný nástup 14. 6. 2017	odklad 41 dní
plán hospitalizácie 4. 5. 2017	možný nástup 6. 6. 2017	odklad 33 dní