

105 x LEPŠIE



105 x LEPŠIE

ZDRAVOTNÍCTVO

105 x lepšie zdravotníctvo | Marec 2018

Janka Cigániková | Iveta Pospíšilová | Martin Barto | Martin Pilník | Richard Sulík
Odborní poradcovia: Ľuboš Lopatka | Rudolf Zajac

Zoznam použitých skratiek

ADOS - Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti | **CT** - Počítačová tomografia | **ČR** - Česká republika
CMI - Case Mix Index | **DRG** - Diagnoses Related Groups | **EIS** - Ekonomický informačný systém
EKG – Elektrokardiografia | **EMA** - Európska agentúra pre lieky | **EÚ** - Európska únia | **FN** - Fakultná nemocnica
HDP - Hrubý domáci produkt | **HPI** - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku
ICND - Medzinárodná klasifikácia sesterských diagnóz | **ICNP** - Medzinárodnej klasifikácie ošetrovateľských intervencií
ID - Identifikačný doklad | **LSPP** - Lekárska služba prvej pomoci | **MPK** - Medzirezortné pripomienkové konanie
MR - Magnetická rezonancia | **MV SR** - Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
MZ SR - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | **NCZI** - Národné centrum zdravotníckych informácií
NIS - Nemocničný informačný systém | **NO** - Nezisková organizácia
OECD - Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj | **OLO** - Odvoz a likvidácia odpadu
PA - Pôrodná asistentka | **PPS** – Purchasing Power Standard, Parita kúpnej sily
PZS – Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti | **QALY** - Quality-adjusted life year
RLP/RZP - Rýchla lekárska pomoc/Rýchla zdravotná pomoc | **RRZ** - Rada pre Rozpočtovú zodpovednosť
SR - Slovenská republika | **SRN** - Spolková republika Nemecko | **SVaLZ** - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SZU - Slovenská zdravotnícka univerzita | **ŠÚKL** - Štátny ústav pre kontrolu liečiv
ŠÚ SR - Štatistický úrad Slovenskej republiky | **ŠZM** - Špeciálny zdravotnícky materiál | **UN** - Univerzitná nemocnica
ÚDZS - Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou | **VŠZP** - Všeobecná zdravotná poisťovňa
VÚC - Vyšší územný celok | **ZP** - zdravotná poisťovňa | **ZS** - Zdravotná starostlivosť

Obsah

	ÚVOD	7
1.	Zhodnotenie súčasného stavu slovenského zdravotníctva	8
2.	Zdravotnícke desatoro	18
3.	Definovanie nároku na úhradu zdravotnej starostlivosti	20
4.	Financovanie zdravotníctva	28
5.	Ľudské zdroje	38
6	Vymedzenie úloh a zodpovednosť inštitúcií	48
7.	Ekonomika zdravotníckych zariadení	64
8	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)	68
9	Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)	72
10.	Lieková politika	74

Úvod

S úrovňou slovenského zdravotníctva panuje všeobecná nespokojnosť. Nespokojní sú pacienti, sťažujú sa na zbytočné čakanie v čakárňach, na dezolátny stav nemocníc, na správanie sa lekárov a sestier. Nespokojní sú zdravotníci i nezdravotnícki pracovníci, nespokojné sú sestry a aj lekári. Sťažujú sa na zlé finančné ocenenie, na preťaženosť, na nevhodné pracovné prostredie.

Objektívne údaje, ktoré uvádzajú renomované medzinárodne inštitúcie, hodnotia naše zdravotníctvo skôr na konci európskeho pelotónu. Zaostávame v riešení odvrátiteľných úmrtí, v dostupnosti onkologickej liečby, v excelentnosti sa ani nepribližujeme Českej republike, hoci máme spoločné korene a dnes aj rovnaké zdroje.

Zákony z čias veľkej reformy zdravotníctva z rokov 2002 – 2006 boli koncipované v duchu pravidla „čo nie je zakázané, je dovolené“. Za posledných 12 rokov dokázali jednotlivé vedenia MZ SR vyprodukovať iba novely, ktorými sa liberálne zákony nedajú zmeniť, len pokaziť. V každej ďalšej a ďalšej novele vidieť snahu začať dirigovať systém zákazmi. Vládnuca strana si na svoje dlhé obdobie vlády nedokázala pripraviť svoju víziu a už vôbec nie ju pretaviť do „svojich zákonov“. Len deformuje tie, ktoré platia z čias reformy.

Neplatia žiadne, ani základné ekonomické kategórie. Napríklad pojmy ako trh, cena, voľná súťaž a konkurencia, zisk a strata. Akékoľvek navrhované zmeny sú len kamuflážou a dôkazom neschopnosti realizovať model ekonomicky úspešného a najmä občanom plne slúžiaceho solidárneho zdravotníctva.

Strana Sloboda a Solidarita má ambíciu prevziať zodpovednosť za Slovensko a pripraviť sa na obdobie „Deň potom“. Predkladáme verejnosti náš pohľad na zdravotníctvo, na jeho chyby, nedostatky, ale aj náš pohľad na to, čo považujeme za podstatné, teda princípy jeho fungovania. Aj v tak nepopulárnej a náročnej oblasti akou je zdravotníctvo, chceme byť pripravení, aby sme vedeli čo, kedy a ako treba spraviť. Aby sme nehládali riešenia až „za jazdy“.



ZHODNOTENIE SÚČASNÉHO STAVU SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA

Ak porovnávame rôzne štáty z hľadiska rokov života prežitých v zdraví pri narodení (Tab. 1 a 2), vidíme, že oproti roku 2005 sa stav na Slovensku zhoršil. Slovenskí občania sa dnes dožívajú menej rokov v zdraví než v roku 2005. Je to najmenej v porovnaní s ostatnými štátmi V4. Pritom v Českej republike i Maďarsku sa roky života prežité v zdraví zvyšujú, čo signalizuje významný pokrok aj v oblasti zdravotnej starostlivosti.

	2005	2015	Rozdiel 2005 – 2015
Maďarsko	54,3	60,1	5,8
ČR	60,0	63,7	3,7
Slovensko	56,6	55,1	-1,5
Poľsko	66,9	63,2	-3,7

Tab. 1 Roky prežité v zdraví pri narodení - ženy, Eurostat, 2016

	2005	2015	Rozdiel 2005 - 2015
Maďarsko	52,2	58,2	6,0
ČR	58,0	62,4	4,4
Slovensko	55,2	54,8	-0,4
Poľsko	61,2	60,1	-1,1

Tab. 2 Roky prežité v zdraví pri narodení - muži, Eurostat, 2016

Dôležitým indikátorom efektívnosti zdravotníctva sú odvrátiteľné úmrtia (Tab. 3). Tento pojem predstavuje úmrtia, ktorým by bolo možné zabrániť pri optimálne fungujúcom zdravotnom systéme. Pojem predíditeľná úmrtnosť je širší koncept, ktorý zahŕňa aj životný štýl, návyky a zlovyky. Slovensko patrí v tomto indikátore do skupiny horších nových členských štátov EÚ, tento výsledok naznačuje podstatne slabšiu efektívnosť nášho zdravotníctva nielen oproti ČR a Poľsku.

	Odvratiteľná úmrtnosť		Predíditeľná úmrtnosť	
	2012	2014	2012	2014
ČR	175,6	175,6	277,0	276,9
SRN	106,6	106,8	195,1	199,2
Maďarsko	255,8	245,0	403,9	384,9
Rakúsko	101,5	101,3	210,9	205,9
Poľsko	174,5	166,8	277,3	270,1
Slovensko	236,6	237,3	345	339,5
Slovinsko	122,0	118,2	261,9	252,7

Tab. 3 Odvratiteľné a predíditeľné úmrtia na 100 tisíc obyvateľov, Eurostat, 2016

Ďalší príklad sú štatistiky vývoja úmrtnosti na civilizačné ochorenia, napríklad nádorové ochorenia (Tab. 4). Tu vidíme, že na rozdiel od iných štátov, kde úmrtnosť na ne klesá, Slovensko stagnuje. V oblasti úmrtí na nádorové ochorenia patrí Slovensko spolu s Maďarskom k špičke EÚ, pričom od roku 2005 úmrtnosť nádorových ochorení u nás klesol len o necelé 1 %, kým v Poľsku a ČR o 11, resp. 18,7 %.

na 100 tis. obyv.	2005	2015	Pokles 2015/2005
ČR	277,9	225,8	18,7 %
Poľsko	263	234	11,0 %
Rakúsko	217,1	197,2	9,2 %
SRN	217,5	200,9	7,6 %
Slovinsko	252,7	235,1	7,0 %
Maďarsko	288,6	282,7	2,0 %
Slovensko	260,9	258,6	0,9 %

Tab. 4 Úmrtnosť na nádorové ochorenia v SR a EÚ, OECD

Slovensko pritom vydáva na zdravotníctvo obdobné čiastky ako ostatné štáty V4 a v parite kúpnej sily sa jeho výdavky na zdravotníctvo a obyvateľa od roku 2000 viac než stonásobili (Tab. 5 a 6).

	Celkové	Povinné schémy	Dobrovoľné	Priame platby
ČR	7,2	6		1,2
SRN	11,3	9,5	0,3	1,5
Maďarsko	7,6	6,2		2,4
Rakúsko	10,4	7,8		2,5
Poľsko	6,4	4,4	0,5	1,5
Slovinsko	8,6	6,1	1,3	1,1
Slovensko	7	5,5		1,5

Tab. 5 Výdavky na ZS v % HDP, OECD, 2016

	Podiel výdavkov na ZS v % HDP		Výdavky na obyvateľa, v PPS, (USD)	
	SR	ČR	SR	ČR
2000	5,3	5,7	603	925
2004	6,5	6,4	985	1329
2008	7,0	6,4	1651	1771
2012	7,6	7,0	2034	2042
2016	7,0	7,2	2150	2525

Tab. 6 Porovnanie výdavkov na zdravotníctvo v rokoch 2000 - 2016, OECD

Celkovo možno konštatovať, že napriek tomu, že zdroje v zdravotníctve sa od roku 2000 viac než stonásobili, zdravotný stav občanov sa adekvátne nezlepšil.

V oblasti materiálneho vybavenia a ľudských zdrojov sa slovenské zdravotníctvo významne neodlišuje od pomerov vo V4 i EÚ. V oblasti počtu nemocničných postelí a lekárov na 1000 obyvateľov dosahuje Slovensko hodnoty porovnateľné s priemerom EÚ, rovnako ani v počte dní strávených na lôžku. Ako problém možno vidieť nižší počet sestier na 1000 obyvateľov oproti ostatným štátom V4, čo prispieva k nižšej efektívnosti nášho zdravotníctva. Napríklad, oproti ČR máme dnes zhruba o 13,5 tis. sestier menej, no v roku 2000 sme boli v počte sestier (na 1000 obyvateľov) na tom približne rovnako, čo znamená, že zdravotný sektor odvtedy opustilo takmer 10 tis. sestier.

Jedným z dôvodov nižšej efektívnosti je príliš vysoký podiel výdavkov na lieky a zdravotné pomôcky, ktorý je najvyšší spomedzi štátov V4 a medzi najvyššími v EÚ (Tab. 7). Slovensko vydáva až 19 % zo zdrojov povinného poistenia na lieky, čo je o 8,5 percentuálneho bodu viac ako ČR a dvakrát viac, než je priemer OECD. To je približne 350 – 450 miliónov € ročne navyše za lieky a zdravotné pomôcky. Na druhej strane má Slovensko veľmi podfinancovanú oblasť dlhodobej starostlivosti, na ktorú sa venuje len asi tretina percenta všetkých zdrojov v zdravotníctve (v ČR asi 13 %).

v %	Zdravotné pomôcky	Lieky	Lieky z verejného ZP
ČR	2,7	17,3	10,5
SRN	5,5	14,3	12
Maďarsko	2,9	29,2	14,8
Rakúsko	4,4	12,4	8,5
Poľsko	2,4	21	7,1
Slovinsko	4,1	18,3	9,1
Slovensko	8,5	26,9	19

Tab. 7 Výdavky na lieky a zdravotné pomôcky ako podiel na celkových výdavkoch na ZS, OECD, 2015

1.1 Aké sú príčiny zaostávania výsledkov nášho zdravotníctva?

Z ideologického pohľadu v slovenskom zdravotníctve dlhodobo súperia dve koncepcie, dva rozdielne pohľady videnia sveta:

- silná úloha štátu,
- slobodný výber a súťaž postavená na decentralizácii.

1.1.1 Silný štát v permanentnom konflikte záujmov

Prvá koncepcia, ktorá je typická pre súčasnú vládnu garnitúru, predpokladá silnú rolu štátu. Silný štát vystupuje nielen v úlohe regulátora, ale aj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nákupcu zdravotnej starostlivosti a nakoniec aj v úlohe dohliadača prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS).

1.1.2 Slobodný výber a súťaž postavenú na decentralizácii

Druhá koncepcia, ktorú presadzuje strana SaS, hlása slobodný výber a súťaž postavenú na decentralizácii zdravotníctva. Štát určuje nárok pacienta na úplnú či čiastočnú úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného poistenia a pravidlá fungovania všetkých aktérov trhu. Tým preberá rolu regulátora a tiež aj dôsledného dohliadača prostredníctvom ÚDZS. Predpokladá sa súťaž zdravotných poisťovní o poistenca. Zásadnou je súťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o zmluvy so zdravotnými poisťovňami, ponukou medicínskych schopností a ceny.

Pri podrobnejšom pohľade na súčasné slovenské zdravotníctvo môžeme konštatovať, že za predchádzajúce obdobie vzniklo niečo ako hybridný systém. Prelína sa štátne i súkromné vlastníctvo vo všetkých článkoch zdravotníckeho reťazca, mimo úlohy regulátora a dohliadača.

Na zdravotníckom trhu je časť subjektov zreformovaných, správajúcich sa trhovo a vystavených tvrdým rozpočtovým obmedzeniam a časť nezreformovaných, ktoré nemusia dodržiavať rozpočtové obmedzenia.

Celý trh sa takto deformuje a vzhľadom na neexistenciu jasných pravidiel vznikol dopytom riadený systém, ktorý v sebe zakonzervoval negatívne črty zdravotníctva spred roku 1989.

Obrovskou záťažou pre celý systém je stav štátom vlastnených nemocníc a ich permanentná strata. Historické fakty ukazujú, že napriek každoročnému nárastu zdrojov vkladanych do zdravotníctva vrátane oddĺženia verejných nemocníc, aké nemá obdobu v iných rezortoch, nedošlo k zastaveniu, dokonca ani k spomaleniu ich zadlžovania.

Na oddlžovaní je nebezpečné to, že ide o drahé a nesystémové riešenie a súčasne predstavuje de facto „odmenu“ pre neplatičov a „trest“ pre všetkých s dobrou platobnou morálkou.

Na základe doterajších skúseností možno konštatovať, že samotné oddĺženie ako nástroj na zastavenie ďalšieho zadlžovania nefunguje. Platí, že ak v nemocniciach nedôjde k zásadným štrukturálno-organizačným zmenám, začnú sa znovu zadlžovať.

1.2 Nízka kvalita údajov

Veľkým problémom súčasnosti je veľmi nízka kvalita údajov v slovenskom zdravotníctve a úplne ignorovanie indikátorov kvality zdravotnej starostlivosti. Zberom, triedením a analýzou dát je poverené Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) ako podriadená organizácia MZ SR. Aj v zdravotníctve platí zásada, že: „Čo sa nemeria, to sa nedá ani riadiť.“

MZ SR dlhodobo zbiera prostredníctvom NCZI dáta z nemocníc, problémom však je, že sa kvalite takto získaných dát prikladá malá vážnosť. NCZI neprekáža, že čísla, ktoré dostávajú, nie sú realistické, pravdivé, častokrát zisťované v rôznych nemocniciach rozdielnou metodikou. Štátne nemocnice doteraz nemajú jednotný nemocničný informačný systém (NIS) a ani jednotný ekonomický informačný systém (EIS).¹

Indikátory kvality síce existujú, ale v skutočnosti im málokto verí a riadi sa nimi. Mali by podľa správnosti pozostávať z troch druhov ukazovateľov zameraných na čo najlepší medicínsky výsledok v kategóriách:

- klinické postupy,
- bezpečnosť pacienta,
- spokojnosť pacienta.

Klinické postupy a bezpečnosť pacienta predstavujú odborné medicínske ukazovatele, spokojnosť pacienta sa získava z dotazníkov spokojnosti získavanými zdravotnými poisťovňami.

1.3 Neexistencia definície nároku pacienta

Za najväčšiu slabinu súčasného systému sa dá považovať absencia definície nároku pacienta na úplnú či čiastočnú úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného poistenia. Tvrdím, že pacient má nárok na všetko a zadarmo dochádza k svojvoľnému definovaniu nároku pacienta zo strany PZS. Ten je často odlišný u rozdielnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Nezriedka je založený len na subjektívnom rozhodnutí lekára a prípadne platbe zo strany pacienta v tzv. šedej zóne.

Stav nejasne definovaného nároku nevyhovuje nielen pacientom, ale ani podstatnej časti zdravotníckych pracovníkov z dôvodu nemožnosti získať za svoju prácu legálne adekvátnu finančnú odmenu. V nefungujúcom systéme je vždy niekoľko málo víťazov a veľa porazených, medzi porazenými sú, žiaľ, najmä bežní pacienti a sestry.

Súčasná vláda sa z rôznych nejasných dôvodov bráni legálnym príspevkom do systému. Prejavuje sa to napríklad aj zakazovaním zavádzania poplatkov, dokonca i takých, ktorých sa pacienti priamo dožadujú (napríklad za prednostné vyšetrenie).

Deje sa tak v zmysle už dávno nepravdivého tvrdenia: „Na Slovensku je zdravotníctvo zadarmo.“ Pre ilustráciu je dobré uviesť, že ročný rozpočet slovenského zdravotníctva bol na rok 2016 z verejných zdrojov 810 € na občana, no každý občan si v priemere priplatil ešte 206 € z vlastného vrecka. Treba zdôrazniť, že uvedená čiastka priamych platieb vôbec neobsahuje rôzne platby mimo systém v podobe korupcie. Dá sa konštatovať, že boj proti poplatkom predstavuje de facto nepriamu podporu korupcie v zdravotníctve.

1.4 Korupcia

Vo všeobecnosti sa korupcia v zdravotníctve týka troch okruhov problémov, kde vzniká nedostatkový, dopytom riadený systém:

- pacient a poskytovateľ,
- poskytovateľ a poisťovňa (za uzavretie zmluvy, zvýšenie limitov, nové výkony),
- dodávateľa a PZS (za to, aby jednak odoberali, a potom platili).

Občania sa najčastejšie stretávajú s prvým typom korupcie. Motívov je viac. V princípe je však generovaná tzv. „bezplatným zdravotníctvom“, bez existencie záväzných postupov a bez sledovania a vyhodnocovania kvality a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Korupčné správanie má obvykle medzi pacientom a PZS jeden z troch dôvodov:

- získanie liečby, na ktorú má síce pacient nárok štandardne, ale z dôvodu zlého motivačného systému či platobných mechanizmov je uvedenej liečby nedostatok,
- získanie dodatočnej výhody, napríklad urýchlenie liečby, skrátenie čakania, výber operátora, či pôrodníka atď.,
- z pocitu vďačnosti, resp. „pre istotu“.

¹ Najlepším ilustračným príkladom je vykazovaný podiel nozokomiálnych infekcií, čo je popredným odborným medicínskym indikátorom kvality. Na Slovensku je vykazovaná priemerná hodnota 0,2 %, najlepšie nemocnice vo svete dosahujú okolo 3 %. Je úplne jasné, a všetci to vedia, že hodnota okolo 0,2 % je nepravda. Problémom však je, že takáto situácia pretrváva už príliš dlho a nikto sa ju nesnaží zmeniť.

Treba uviesť, že korupcia je často spôsobom, ako si lekári snažia vylepšiť platbami mimo systém svoju finančnú situáciu. Dôsledkom toho je, že kvôli neexistencii jasne definovaného nároku aj dostupná zdravotná starostlivosť sa postupne stáva nedostupnou ako stimulácia pacienta ku korupcii.

Skutočnú hrozbu efektívnosti a štandardnému fungovaniu zdravotníctva však predstavujú druhé dva typy korupcie, ktoré sú často zakrývané politickými nominantmi v štátnych inštitúciách. Typickými príkladmi sú neobvykle výhodné zmluvy príbuznej riaditeľa VŠZP alebo opakované pokusy o nákupy predraženého prístrojového vybavenia do nemocníc.²



² Príkladmi sú nákupy prístrojov pre nemocnice v Piešťanoch či v Žilinskom samosprávnom kraji.

ZDRAVOTNÍCKE DESATORO

V kapitole 1 sme zhrnuli hlavné problémy slovenského zdravotníctva. V nasledujúcich kapitolách ponúkame konkrétne návrhy riešení. Pri ich tvorbe sme sa snažili myslieť na plošne platné zásady, ktoré by nemali byť vynechané zo žiadneho rozhodovania, zdravotníctvo nevynímajúc. Všetky tieto zásady boli v minulosti hrubo porušované alebo úplne ignorované.

- 1)** *Pacient aj zdravotník sú ľudská bytosť, myslí na to.*
- 2)** *Slušná mzda je lepšia motivácia ako sankcia alebo korupcia*
- 3)** *Kontroluj, meraj a porovnávaj sa s najlepšími.*
- 4)** *Vyžaduj efektívnosť a zodpovednosť.*
- 5)** *Pravdivo verejne informuj.*
- 6)** *Daj pacientovi na výber (využívaj prednosti súťaže) a buď férový.*
- 7)** *Zdravotníctvo nie je zadarmo.*
- 8)** *Dodržuj stanovené pravidlá a nemeň ich len preto, že sa ti to práve hodí.*
- 9)** *Akceptuj zisk ako odmenu za dobrú prácu.*
- 10)** *Rob tak, aby sa na Slovensku aj v zdravotníctve oplatilo pracovať, podnikáť a žiť tebe aj tvojim deťom a vnúčatám.*

DEFINOVANIE NÁROKU NA ÚHRADU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotná starostlivosť na Slovensku je v súčasnosti na 80 % finančne pokrytá zdrojmi z povinného verejného zdravotného poistenia, kde hlavná ťarcha nákladov spočíva na ekonomicky aktívnych subjektoch. Systém má solidárny charakter, kvalita a rozsah zdravotnej starostlivosti teda nezávisí od príspevkov do systému. Na rozdiel od iných solidárnych systémov, kde je rozsah podpory jasne definovaný (typický príklad - dôchodkové či invalidné poistenie), doteraz žiadna vládna garnitúra nebola schopná stanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej na základe povinného verejného zdravotného poistenia.

Čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky hovorí: Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.

Problémom bola do roku 2004 interpretácia článku 40. Takzvaný gramatický výklad tohto článku hovorí, že ak je zdravotná starostlivosť hradená zo zdravotného poistenia, tak je pre občana bezplatná! I keď je to očividná nepravda, táto interpretácia má veľa zástancov. Teleologický výklad³ tohto článku však hovorí, že to, čo bude hradené z verejného zdravotného poistenia, musí byť ustanovené v zákone.

V rámci veľkej reformy sa nakoniec podarilo schváliť Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti č. 577/2004 Z.z. Tento zákon ústavne konformným spôsobom vyriešil výklad článku 40 Ústavy SR, o čom rozhodol Ústavný súd SR v roku 2008.

Zákon o rozsahu 577/2004 Z.z. definoval dve skupiny chorôb. V takzvanom prioritnom balíku sú prakticky všetky kritické riziká, úrazy, onkologické ochorenia, chronické choroby atď. V podstate dve tretiny všetkých známych ochorení. Tu neprichádza do úvahy spoluúčasť občana. Zvyšok, asi tretina chorôb zo všetkých známych, je v takzvanom neprioritnom balíku, kde je možná spoluúčasť občana. O tom, ktoré konkrétne ochorenia by to mohli byť, aká môže byť výška spoluúčasti, má rozhodnúť nariadenie vlády. Definovanie nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti teda nie je

³ Teleologický výklad (e ratione legis) je výklad účelový, ktorý má zabezpečiť nájdenie účelu a zmyslu právnej normy. Teleologický výklad teda skúma, aký bol úmysel zákonodarcu a aký je účel rozoberanej právnej normy.

problém interpretácie Ústavy SR, ako tomu bolo do roku 2004, ale problém politickej nezodpovednosti.

Vlády pod vedením Roberta Fica to vyriešili politicky veľmi pohodlne. Za neprioritný balík má podľa nich občan doplácať nula eur. Áno, to sa môže niekomu páčiť. Ale nula eur znamená menej peňazí na vážne ochorenia v prioritnom balíku, nulovú spoluzodpovednosť za vlastné zdravie a životný štýl a minimálne uvedomenie si hodnoty zdravotnej starostlivosti, čo vedie k jej nadmernému čerpaniu.

Dlhodobá chýbajúca definícia nároku je jednou z príčin nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva. V občanoch sa pritom vypestoval mylný dojem, že každý má nárok na všetko, okamžite a v mieste svojho bydliska. Neexistencia nároku viedla k zlej alokácii zdrojov v zdravotníctve, zanedbaní investícií do moderných spôsobov liečby a k zakonzervovaniu stavu pred dvoch či troch desaťročí. Súčasne prispela k zväčšovaniu rozdielov v dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre rôzne skupiny občanov, pričom znevýhodnil najmä ľahko zraniteľné skupiny obyvateľov, t. j. jeho neexistencia definície nároku pôsobila antisolidárne.

3.1 Princípy definovania nároku pacienta

Verejné solidárne zdravotné poistenie prednostne pokrýva finančné a zdravotné riziká, ktoré veľká väčšina občanov reálne nie je schopná uhradiť. Tým, že nie je definovaný nárok poistenca, nie je zároveň možné uvažovať o individuálnom alebo komerčnom poistení, pretože nie je definované riziko individuálnych nákladov, teda nákladov mimo hradený nárok.

Na druhej strane z verejného solidárneho systému by sa nemala platiť taká zdravotná starostlivosť, ktorú možno poistiť ako napr. úrazy pri športových aktivitách, škoda spôsobená druhým pri dopravných nehodách (majú byť súčasťou povinného zmluvného poistenia a havarijného poistenia), alebo nepredstavuje finančné riziko nad rámec bežných výdavkov domácností.

Definícia a vymedzenie zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia je nevyhnutná z dvoch dôvodov:

- snaha obmedziť finančnú náročnosť systémov verejného zdravotného poistenia,
- snaha zabezpečiť reálnu dostupnosť služieb.

Reálne zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti je absolútne kľúčovou podmienkou zlepšenia efektívnosti zdravotných systémov. Pokiaľ nie je vymedzené, na akú starostlivosť má poistenec nárok, nie je možná ich reálna vymožitelnosť. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti i nákupcov je jednoduchšie obmedziť rozsah, dostupnosť a kvalitu poskytovanej starostlivosti, než sa pokúšať o reštrukturalizáciu, zvyšovanie efektívnosti alebo ďalšie aktivity smerujúce k zníženiu nákladov. Dochádza teda k pravému opaku žiadaného vývoja, a to k zníženiu efektívnosti - zamestnanci, budovy, procesy zostávajú bez zmeny, len sa poskytuje menej starostlivosti pacientom.

Riešenia SaS:

1. Definujeme nárok poistenca, teda rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia, ktorý bude:
 - 1.1 vhodným spôsobom vymedzený, teda popísaný;
 - 1.2 stanoví primeranú časovú dostupnosť;
 - 1.3 zrozumiteľný pre občanov;
 - 1.4 zrejмый, akým spôsobom sa do hradenej starostlivosti zahŕňajú nové technológie;
 - 1.5 vymáhateľný konkrétnymi administratívnymi a právnymi mechanizmami.
2. Definujeme všeobecné princípy nároku zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia nasledujúcim spôsobom:⁴
 - 2.1 musí ísť o zdravotnú starostlivosť (alebo vymedzený druh iných služieb podporujúcich zdravie);
 - 2.2 musí byť preukázaná jej medicínska účinnosť vo všeobecnosti (medicína založená na dôkazoch);⁵
 - 2.3 táto ZS musí byť vhodná pre daného poistenca v jeho konkrétnej situácii;

⁴ Základným motívom pre tieto princípy boli odporúčania Dekkerovej komisie, ktorá v roku 1987 podrobila kritike existujúci holandský systém zdravotníctva, ako málo efektívny. Navrhla súčasne vznik systému, kde by v podmienkach regulovanej súťaže zdravotné poisťovne nakupovali zdravotnú starostlivosť od súťažiacich poskytovateľov, a tak bojovali o poistencov. Ďalším motívom bol český Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, najmä jeho články 11, 11a a 12.

⁵ Basic Medical Evidence.

2.4 musí ísť o ZS, pri ktorej existuje spoločenská zhoda, že má byť solidárne hradená z verejného zdravotného poistenia;

2.5 významným kritériom je nákladová efektívnosť poskytovanej ZS.

3. Sfunkčníme Kategorizačnú radu pre choroby⁶ ako poradný orgán a prehodnotíme jej zloženie.

Nehradí sa starostlivosť, u ktorej vyššie uvedené neplatí, napríklad výkony kozmetickej chirurgie. Ďalej je prípadne z úhrady vylúčená aj starostlivosť, ktorej cena je taká nízka, že nezataží rozpočet priemerného jednotlivca alebo rodiny, a preto nemusí byť krytá poistením. Rovnako sa neuhradí ani starostlivosť, ktorú je možné kryť komerčným poistením (napr. úrazy pri športe).

Uplatnenie nákladovej efektívnosti je jednoznačne eticky najzložitejšou otázkou. Využitie tzv. relatívnej nákladovej efektivity je najpriateľnejšou voľbou. Znamená to, že v prípade existencie viacerých postupov vedúcich k porovnateľným zdravotným výsledkom, sa z verejného zdravotného poistenia uhradí ten najlacnejší. Je teda potrebné najprv zhodnotiť, či sú výsledky rôznych postupov porovnateľné. Ak áno, je následne potrebné spočítať, ktorý z porovnateľných postupov je z celospoločenského hľadiska najlacnejší. Výsledky sa, samozrejme, môžu líšiť pre rôzne podskupiny pacientov. Daný prístup vedie k efektívnejšiemu vynakladaniu prostriedkov verejného zdravotného poistenia bez toho, aby komukoľvek odopieral prístup k potrebnej ZS. Cena samotného výkonu je často len jedným z množstva nákladov potrebných na vyliečenie danej choroby. Drahší výkon (napr. laparoskopický) môže viesť k podstatne kratšej rehabilitácii a nižším celkovým nákladom na liečbu daného ochorenia a navyše z celospoločenského hľadiska skoršiemu návratu občana do pracovného a spoločenského života.

Pre presnosť treba povedať, že okrem spoluúčasti občana na hradení zdravotnej starostlivosti poznáme ešte dve ďalšie možnosti:

■ príspevok na služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, najmä na stravu, ubytovanie, na dopravu, kde tiež musí byť definované, aká štandardná služba⁷ sa uhrádza z verejného zdravotného poistenia, príspevok pacienta na rozdiel ceny medzi plne hrazenou pomôckou, liečebným postupom, náhradou a medzi jeho požiadavkami. Ide o takzvaný nadštandard,⁸ treba si

však uviesť, že táto možnosť je značne obmedzená vzhľadom na informačnú asymetriu medzi pacientom a lekárom a aj zásadným kritériom, že je možný len u plánovaných výkonov, a aj to iba v obmedzenom množstve. Ako príklad posluží vlak s prvou a druhou triedou. Cestujúci prvej triedy cestujú komfortnejšie ako v druhej triede, ale do cieľa dorazia všetci a rovnako rýchlo.

3.2 Vytvorenie záväzných diagnostických a liečebných postupov

Definovanie nároku poistenca z verejného zdravotného poistenia bude vyžadovať vytvorenie guidelines, teda záväzných diagnostických a liečebných postupov.

Striktné guidelines sú bežné v rôznych oblastiach života spoločnosti (napríklad vo finančnom sektore, leteckej doprave a pod.) a v zdravotníctve sa využívajú v mnohých štátoch. Ich využitie zvýši istotu pacientov, ešte presnejšie definuje ich nárok a ponechá oveľa menší priestor pre subjektívne a svojvoľné rozhodovanie, ktoré často vedie ku korupcii. Ich implementácia do každodennej praxe bude najťažším krokom a rozhodujúcimi hráčmi budú zdravotné poisťovne a ich revízne postupy, ako aj ÚDZS.

Riešenia SaS:

4. Katalóg zdravotných výkonov opäť zavedieme a aktualizujeme.

5. Následne z katalógu výkonov vytvoríme guidelines,⁹ doteraz vytvorené guidelines podľa možnosti použijeme.

6. Tieto budú v patientskej verzii dostupné verejnosti, príkladov zo zahraničia je dost.¹⁰

3.3 Meranie kvality ako predpoklad správneho definovania nároku pacienta

Správne definovanie nároku a jeho pravidelné prehodnocovanie bude vyžadovať meranie kvality a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a pravidelné zverejňovanie výsledkov. Hodnotenie kvality a efektívnosti jednotlivých PZS budú významnou orientáciou pre poisťovne ako nákupcov zdravotnej starostlivosti. Skutočné rebríčky kvality budú aj veľmi dobrým nástrojom pre poistencov pri výbere lekára či nemocnice.

Sledovanie, zabezpečenie a vynucovanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti je možné len pri presnej definícii toho, čo dostupnosť znamená a ako sa meria. Transparentnosť čakacích listín znamená, že poistenci si môžu overiť svoje miesto na zozname a tiež, že je možné nájsť uskutočnené zmeny a ich zdôvodnenie, napríklad zaradenie nového poistenca, ktorý z objektívnych dôvodov potrebuje zákrok skôr.

⁶ § 9 zákona 577/2004.

⁷ Napríklad u ubytovania, stravy a prepravy.

⁸ Ide o lepšie pomôcky a postupy, ako sú hrazené v rámci nároku (štandard), napríklad odlahčená sádra.

⁹ Štandardizované liečebné postupy.

¹⁰ Napríklad Holandsko – <https://www.guidelinecentral.com>.

Riešenia SaS:

7. Budeme vyžadovať meranie produktivity, kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti.
8. Budeme zverejňovať výsledky hodnotenia.
9. Zavedieme jednotný spôsob vedenia transparentných čakacích listín.¹¹

3.4 Vymožiteľnosť nároku poistencov

Kľúčovým nástrojom na strane klienta je možnosť čerpať zdravotnú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa alebo v zahraničí, ktorú je poisťovňa povinná uhradiť, ak ju nedokáže v stanovenom čase a v stanovenej kvalite zabezpečiť u svojho zmluvného poskytovateľa ZS. Je predovšetkým úlohou a povinnosťou poisťovní, aby svojim poistencom zabezpečili včasnú, kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť.

Ak bude jasne definovaný nárok poistenca, komerčné a zdravotné poisťovne budú mať priestor na ponuku individuálneho zdravotného (komerčného) pripoistenia, ktoré bude pokrývať riziká nezahrnuté v nároku.¹² Pripoistenie bude čiastočne pokrývať tie prvky zdravotnej starostlivosti, ktoré sú dnes nedostatkové a o ktoré sa preto občania usilujú aj cestou úplatkov, osobných vzťahov a známostí.

Definovanie nároku na úhradu z verejného zdravotného poistenia prispeje k väčšej solidarite a zároveň k vyššej slobode poistencov zvoliť si za svoje peniaze pre seba a svoju rodinu optimálne pripoistenie rizík, ktoré nie sú pokryté z verejného zdravotného poistenia, avšak ich považuje pre seba za kľúčové.

Riešenia SaS:

10. Určíme jasné časové limity na vybavenie prípadných sťažností klienta a zodpovednosť inštitúcií.
11. Zriadime linku pomoci na ministerstve zdravotníctva, ktorá bude mať za úlohu riešiť všetky otázky a nejasnosti občanov ohľadom poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci nároku.
12. Umožníme podávať sťažnosti aj telefonicky a anonymne.

¹¹ V súlade s pravidlami o ochrane osobných údajov.

¹² Doplatky za lieky či zdravotné pomôcky, širšia sieť špecialistov, dlhšia rehabilitácia po operácii, možnosť použiť nákladnejší spôsob liečby, preplatenie liečby v cudzine nad rámec verejného poistenia, druhý názor, kúpeľná liečba, rozšírená zubná starostlivosť.

FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA

Článok 40 Ústavy SR hovorí, že zdravotná starostlivosť má byť riešená cez zdravotné poistenie. V skutočnosti sa však jedná o zdravotnú daň, keďže nárok má každý, z verejných zdrojov dostávajú všetci rovnakú ZS a kto má väčší príjem, platí spravidla vyššie odvody.

Nevyhnutné je stanoviť nárok, teda rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý bude financovaná z verejných zdrojov. Zdroje potrebné na financovanie nároku pochádzajú vo forme (vynútených) zdravotných odvodov od zamestnávateľov a zamestnanca, živnostníkov, dobrovoľne poistených a zo štátneho rozpočtu v podobe takzvaného odvodu štátu za „svojich“ poistencov. Tu dochádza k masívnemu porušovaniu princípu horizontálnej a vertikálnej spravodlivosti, ktorý hovorí, že dvaja daňovníci s rovnakým príjmom majú platiť rovnako (horizontálna spravodlivosť) a daňovník s vyšším príjmom má platiť viac (vertikálna spravodlivosť).

4.1 Odvodový bonus

Koncepcia odvodového bonusu vychádza (1) zo základného príjmu a (2) z negatívnej dane z príjmu. Výsledkom je (základná a prípadne mimoriadna) štátna dávka, ktorá klesá s rastúcim príjmom daňovníka – Odvodový bonus. To dovoľuje mať jediný „vzorec“ od nulového príjmu až po najvyššie príjmy, podľa ktorého sa vypočíta sociálna dávka (Odvodový bonus), sociálny a zdravotný odvod a daň z príjmu.

V odvodovom bonuse sa vychádza z takzvanej superhrubej mzdy, čo je dnešná hrubá mzda navýšená o odvody zamestnávateľa. Okrem nej sa do základu pre výpočet daní a odvodov zahŕňajú všetky ostatné príjmy daňovníka, ako napríklad príjmy zo živnosti, podiely na zisku a dividendy, nájmy, honoráre. Pre sociálny odvod je stanovený strop vo výške desaťnásobku životného minima, dnes cca 2 tisíc eur.

Po zavedení odvodového bonusu bude verejná, solidárna časť zdravotníctva financovaná cez zdravotný odvod v predpokladanej výške 9 percent zo všetkých príjmov. To by malo vygenerovať objem zdrojov potrebný po realizácii tu uvedenej reformy zdravotníctva.

Avšak, výdavky na zdravotníctvo patria medzi tie, ktoré sú citlivé na demografický vývoj. Súčasný demografický trend prinesie rast podielu občanov s vysokými zdravotnými nákladmi na jednej strane (polymorbidita, chronické ochorenia) a súčasne pokles podielu občanov v aktívnom veku. Podiel výdavkov na zdravotníctvo (vrátane dlhodobej starostlivosti) na HDP bude v najbližších rokoch i desaťročiach

rásť. Úlohou vlád bude zaistiť podstatne vyššiu efektívnosť ich použitia. Podľa nás existuje päť základných ciest, ako to dosiahnuť:

- definovaním nároku na ZS hradenú z verejného zdravotného poistenia,
- úlohou štátu bude predovšetkým stanovovať pravidlá a vymáhať ich dodržiavanie,
- vznikom rozsiahlej ponuky individuálneho zdravotného pripoistenia a konkurencie medzi poisťovňami a aj medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (PZS),
- zberom, vyhodnocovaním a zverejňovaním komplexných informácií o kvalite a efektívnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej jednotlivými PZS,
- postupným zavádzaním nových poznatkov, technológií a prístupov (telemedicína,¹³ robotizácia, umelá inteligencia).

4.2 Výhľad financovania slovenského zdravotníctva

Podľa RRZ bude podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo rásť z dnešných 5,5 % HDP (4,4 mld. €) na 5,8 % HDP v roku 2024 (7,3 mld. €) a 6,5 % HDP v roku 2050. Rásť budú aj náklady na dlhodobú starostlivosť, z dnešných zhruba 0,3 % HDP (240 mil. €) na 0,6 % HDP (1,8 mld. €)¹⁴ v roku 2050. Súčasný spôsob financovania ZS, ktorý je vlastne zdravotnou daňou s nejasnými benefitmi pre platiteľov, sa bude preto musieť zmeniť. Rast výdavkov spôsobený najmä demografickými zmenami už nebude možné pokryť len rastom HDP. Na to, aby sa do systému dôveryhodným a transparentným spôsobom dostalo viac zdrojov, bude nutné vysvetliť občanom, akú zdravotnú starostlivosť a za koľko poisťovne nakupujú. Aj to je jeden z dôvodov, prečo je potrebné definovať nárok.

Na Slovensku platby domácností za ZS dosahujú oficiálne asi 1,5 % HDP (1,2 mld. €), čiže asi 21 % celkových výdavkov na ZS (zdravotné pomôcky, platby a doplatky za lieky a poplatky v ambulanciách). Odhad neoficiálnych platieb (rozumej korupcia) v oblasti zdravotníctva sa odhaduje až na neuveriteľných 1,8 % HDP (1,44 mld. €).¹⁵

¹³ Telemedicína umožní nielen sledovať zdravotný stav na diaľku, ale aj poskytovať niektoré typy zdravotnej starostlivosti vzdialeným pacientom. Stáva sa významnou tiež v kritických situáciách a pri záchrane života. Podstatnou zložkou je možnosť vymieňať si veľké množstvo informácií vo veľmi krátkom čase (obraz, zvuk, riadiace príkazy pre prístroje).

¹⁴ http://www.rozpoctovarada.sk/download2/data_2017_udrzatelnost_01.xlsx

¹⁵ To je približne 265 eur na každého obyvateľa vrátane detí, zdroj: ŠÚ SR.

Celkovo by tak mohlo prichádzať do zdravotníctva 8,8 % HDP (cca 7 mld. €).¹⁶ Možno preto ďalej odhadnúť, že individuálne zdravotné poistenie by prinášalo do systému približne v prvých rokoch po zavedení 1,2 - 1,5 % HDP ročne (50 % dnešných oficiálnych a tretinu neoficiálnych priamych platieb) a jeho objem by postupne rástol na zhruba 2 % HDP ročne. Existujúca legislatíva už aj dnes umožňuje predaj individuálneho zdravotného poistenia, no nejasnosti ohľadne rizík, ktoré je treba poistiť, bránia tvorbe nových produktov. Príkladom dobre definovaného, a teda poistiteľného rizika je poistenie liečebných nákladov v zahraničí, čo je produkt, ktorý ponúkajú poisťovne už dlhé roky. V tomto prípade ZP pri akútnej zmene zdravotného stavu preplatia náklady liečby do výšky ceny, ktorú obvykle hradia u nás.

4.3 Efektívnosť využitia zdrojov v zdravotníctve

4.3.1 Štátna poisťovňa deformuje trh

Ľuďom sa zo strany populistických politikov často vraví, že zisk ZP je zlý a že by mali byť poisťencami štátnej VŠZP. Dokonca, že by mala byť jediná na trhu. Niektorí politici robia všetko pre to, aby zo Slovenska súkromné poisťovne vyhnali. To považujeme za nesprávne, pretože to znemožňuje slobodný výber a znižuje to motiváciu štátnej poisťovne bojovať o poistenca lepšími službami, ako má konkurencia.

Spochybňovanie možnosti tvorby zisku v ZP považujeme za populizmus a farizejstvo. Pokiaľ najväčšia poisťovňa je v strate, berie sa to normálne, hoci strata nie je nič iné iba negatívny zisk. Prítom sa zabúda na tieto dva faktory:

- zisk iných účastníkov trhu (dodávatelia liekov, zdravotníckych pomôcok, nemocníc, dokonca aj štátnych) neprekáža,
- slabá kontrola ÚDZS, ktorý doteraz nevysvetlil niektoré udalosti, akými boli likvidácia Európskej zdravotnej poisťovne alebo výber peňazí vlastníckmi z poisťovne Dôvera. Problémom je, že relevantné informácie nie sú k dispozícii, no jediné, čo sa spoľahlivo vie, je, že obidve udalosti nastali v čase, keď sa dovtedy nezávislý úrad podriadil vláde.

¹⁶ Zdroj: konzultácie s RRZ.

Ďalším problémom je opakované zlé hospodárenie štátnej poisťovne. Tá bola už niekoľkokrát v strate a štát jej vždy prispôboval legislatívu tak, aby prežila svoje enormné zadlženie. Bohužiaľ, vždy na úkor peňazí ľudí. Tieto mohli byť použité na iné oblasti zdravotníctva namiesto sanovania manažérskej neschopnosti vedenia štátnej poisťovne, ktorá s najväčším kmeňom (rozumej s najväčšou vyjednávacou silou) platí za svoje služby aj o tretinu viac ako dve menšie poisťovne. To je, samozrejme, jednak nepochopiteľné a jednak to deformuje trh. Ťažko môže ponúknuť iná poisťovňa PZS oveľa menšiu sumu ako najväčšia poisťovňa. PZS s ňou totiž jednoducho zmluvu nepodpíše s odôvodnením, že najväčšia poisťovňa mu ponúka viac a jej poistenci mu na prežitie stačia.

Laická verejnosť sa často domnieva, že štátna zdravotná poisťovňa je stratová preto, lebo má najstarší a najchorejší poistný kmeň a má i takých poistencov, ktorých súkromné zdravotné poisťovne nechcú. Uvedené tvrdenie je nepravdivé z nasledovných dôvodov:

Medzi ZP existuje zo zákona princíp zohľadnenia chorobnosti poistného kmeňa formou prerozdelenia mechanizmu.¹⁷ Jedná sa tu o štyri posudzované parametre:

- pohlavie,
- vek,
- sociálno-ekonomický status,
- parametre definujúce chorobnosť kmeňa.¹⁸

Na základe uvedeného dostáva každoročne VŠZP od zdravotných poisťovní Union a Dôvera približne 171 mil. eur, čo predstavuje asi 10 % poistného vybraného poisťovňou Dôvera a 16 % poistného vybraného poisťovňou Union. Napriek tomu však VŠZP pri rovnakých pravidlách hospodári opakovane horšie než súkromné poisťovne. Ako vidíme, dôvodom však nie je klamlivé tvrdenie, že súkromné zdravotné poisťovne si vyberajú pacientov a odmietajú starých, chorých či ekonomicky neaktívnych.

To, že VŠZP dáva na jedného poistenca viac, je pri vyššie opísanom financovaní a kauzách ako teta Anka, masér Kostka, pochopiteľné. Samozrejme, PZS sa tento trend páči, my to však nepovažujeme za dobré hospodárenie. Najväčším problémom je podľa nás prirodzená motivácia väčšiny štátnych manažérov myslieť na svoj momentálny osobný prospech a nie na budúci hospodársky výsledok poisťovne. Zároveň im nehrozí v podstate žiadne riziko za pochybenie a je takmer isté, že dlhy, ktoré spôsobia, opäť zasahuje štát.

Samozrejme, sa môže stať, že štát dotiahne do štátneho sektora kvalitného manažéra. Problémom štátneho vlastníctva ale je, že akokoľvek sa snažíte a ušetríte, všetko čo sa podarilo po vás prešustruje najbližší ľahkovážny nástupca. Stalo sa to napr. aj Richardovi Sulíkovi v OLO a. s. alebo Ľubošovi Lopatkovi v Sociálnej poisťovni.

Príliš veľký podiel VŠZP (toho času 65 %) považujeme za nezdravý a v záujme zlepšenia konkurenčného prostredia ho chceme cieľovými krokmi znížiť. Dominantné postavenie VŠZP bude možné oslabiť (bez jej rozdelenia) cestou rastu konkurencie na trhu zdravotného poistenia. SaS bude preto presadzovať zníženie bariér pre vstup nových subjektov na trh.

Ďalším problémom je nestabilná legislatíva. V posledných dvoch rokoch ide priam o legislatívnu smršť, kde množstvo zmien nastáva doslova po niekoľkých týždňoch platnosti pravidla len na základe mediálneho tlaku. Existujú dokonca zmeny zákonov, ktoré prestali platiť ešte skôr, ako nadobudli účinnosť. Deje sa tak preto, že ministerstvo množstvo zmien dostáva cez legislatívny proces mimo MPK,¹⁹ kde má možnosť verejnosť zákon nielen pripomienkovať, ale sa s ním aj podrobne oboznámiť a vydiskutovať si prípadné nejasnosti. Vládnutie metódou pokus - omyl znemožňuje nielen dôležité plánovanie v rezorte zdravotníctva, ale bráni vstupu nových investorov na trh.

Riešenia SaS:

13. Minimálnu kapitálovú požiadavku, dnes 16,6 mil. eur navrhujeme stanoviť na 1 mil. eur, pričom táto kapitálová požiadavka sa bude zvyšovať postupne s rastom počtu poistencov danej poisťovne.

¹⁷ Naše zdravotné odvody sa dajú akoby do jedného veľkého kotla, a tam sa prerozdedia tak, že poisťovňa za viac chorých a starších poistencov dostane rádomo viac peňazí ako za mladých a zdravých. Robí sa to preto, aby sa jej neoplatilo vyberať si poistencov, vyberať si hrozienka z koláča.

¹⁸ Napríklad posudzovanie nákladovosti liekov na kmeň poistencov (PCG) alebo nemocničné náklady (HCG).

¹⁹ Medzirezortné pripomienkové konanie.

14. Zrušíme tiež požiadavku na minimálny počet klientov a povinnosť zdravotnej poisťovne uzavrieť zmluvy so všetkými PZS tvoriacimi minimálnu sieť na území Slovenskej republiky, avšak ZP budú mať povinnosť zabezpečiť pre svojich poistencov časovú a priestorovú dostupnosť zdravotnej starostlivosti.
15. Zároveň sprísňime odborné kritériá na vedenie poisťovní.
16. Zákony budeme predkladať výlučne štandardným legislatívnym procesom.
17. Zabezpečíme, aby ÚDZS v súlade s platným zákonom zasiahol v prípade pochybení a nečestností v rovine trestnoprávnej.
18. Vznik skutočného trhu zdravotného poistenia a vstup ďalších súkromných (pravdepodobne zahraničných) investorov do zdravotného poistenia vytvoria podmienky na podstatne efektívnejšie využívanie verejných i súkromných zdrojov v zdravotníctve. Zdravotné poisťovne sa ujmú svojich základných úloh, ako je tvorba siete, či tlak na kvalitu a efektívnosť poskytovania ZS.

4.3.2 Štátne nemocnice

Štátom vlastnené nemocnice, ktoré sú dnes formálne príspevkovými organizáciami, v súčasnej podobe najviac deformujú prostredie a prinášajú podstatne vyššie náklady na rovnakú ZS,²⁰ ktoré si dokážu vynútiť vďaka svojmu vlastníkovi.

Nevyhnutnou podmienkou vyššej efektívnosti využívania zdrojov v zdravotníctve je transformácia štátnych nemocníc na subjekty s tvrdými rozpočtovými obmedzeniami (najlepšie akciové spoločnosti) a vstup súkromných investorov do nich, napríklad formou navýšenia ich základného imania. Právna forma akciovej spoločnosti sa javí ako optimálna, pretože tu jednak existujú tvrdé rozpočtové obmedzenia (vyššie výdavky bez príjmov nie sú dlhodobo možné), okrem toho jednoduchým spôsobom možno získať investorov s dodatočným kapitálom na posilnenie spoločnosti (zvýšenie základného imania) a v prípade, že spoločnosť svoje záväzky nespláca, je transparentne definovaný spôsob, ako s ňou naložiť.

Súčasná situácia nepodporuje napríklad ani potrebnú koncentráciu komplikovaných a náročných výkonov v niekoľkých špičkových nemocniciach vrátane budovania centier excelentnosti pre určité typy výkonov. Centrum excelentnosti je špičkové pracovisko, kde sú sústredené najlepšie odborné ľudské a materiálne zdroje.²¹ Takéto centrá môžu prirodzene vzniknúť len v nezadlžených inštitúciách, kde investor nebude mať obavu investovať, pretože sa dodržiavajú pravidlá hospodárenia.

Zlý stav kľúčových nemocníc je tiež jednou z príčin rastúceho investičného deficitu v slovenskom zdravotníctve. Práve zavádzanie inovácií a nových technológií, ako aj budovanie centier excelentnosti si vyžaduje úzku spoluprácu viacerých dôveryhodných partnerov. Univerzitné a štátne nemocnice, dnes zadlžené, zanedbané inštitúcie, takýmto partnerom rozhodne byť nemôžu.

Silnejšia konkurencia medzi PZS prispeje tiež k rastu efektívnosti využívania zdrojov v zdravotníctve. K rastu konkurencie významne prispeje aj možnosť využívania zdravotnej starostlivosti v cudzine na základe voľného cezhraničného využívania služieb. Väčšia konkurencia transformuje systém z drahého administratívno-byrokratického, kde je pacient iba kolieskom v súkolí, na efektívny proklientský systém, v ktorom je pacient v stredobode pozornosti.

Riešenia SaS:

18. Transformujeme štátne nemocnice na akciové spoločnosti.
19. Umožníme vstup nového kapitálu do zadlžených nemocníc.
20. Zjednodušíme možnosť využívania ZS v cudzine.²²

Nezastupiteľnú úlohu pri tlaku na efektívnosť využívania zdrojov v zdravotnom systéme majú zdravotné poisťovne, ktoré v súčasnosti takmer rezignovali na manažovanie svojich poistencov. Preto SaS presadí, aby poisťovne boli prostredníctvom svojich kontaktných centier a funkcionality eZdravia schopné svojim poistencom na požiadanie vybaviť termín a miesto vyšetrenia či hospitalizácie.

²⁰ Jasným dôkazom tvrdenia je materiál ÚDZS Metodika výpočtu a konverencie základnej sadzby pre roky 2017-2022 a Základné sadzby pre 2018, ktoré legitimizujú nerovnosť cenových podmienok pre rôzne skupiny PZS.

²¹ Jeho úlohou je koncentrovať také výkony, kde je nutná vyššia špecializácia lekárov, či špecializovaná technika. Na Slovensku sa robí malý počet takýchto výkonov na to, aby na roztrúsených pracoviskách lekári získali dostatočnú prax. Príkladom môžu byť rekonštrukčné operácie karcinómu močového mechúra.

²² Vyňatím z vyhlášky 341/2013, a tým zo schvaľovania poisťovňou všetkých výkonov, ktoré nepodliehajú schvaľovaniu na domácom trhu.

V rámci zvýšenia efektívnosti využívania zdrojov bude musieť prísť k zmene štruktúry výdavkov,²³ pretože v súčasnosti 19 % zo zdrojov verejného poistenia pohlcujú výdavky na lieky, čo je o viac než 8 percentuálnych bodov viac, než je priemer OECD. Pokles tohto podielu na 11 % (porovnateľné s ČR) by znamenal úsporu 0,44 % HDP, (357 mil. €). Na Slovensku sa predpisuje priveľa liekov často bez toho, aby predpisujúci lekár presne vedel, aké ďalšie lieky daný pacient užíva. Tento problém mal čiastočne riešiť projekt eZdravia, ktorého podstatné fázy ale neboli napriek vynaloženým peniazom a desaťročnému obdobiu príprav do dnešného dňa spustené.

Najväčšiu zodpovednosť za zmenu prístupu a šetrenie v oblasti liekov budú mať zdravotné poisťovne, a takto uvoľnené zdroje by sa mali postupne presmerovať najmä do transformovaných nemocníc, napríklad aj na financovanie inovácií a nových liečebných a vyšetrovacích technológií a postupov. Podobná situácia je aj v oblasti zdravotných pomôcok, kde by sa dali pravdepodobne usporiť približne 2 %, (114 mil. €), celkových zdrojov v zdravotníctve.²⁴

Riešenia SaS:

21. Zabezpečíme, aby poisťovne boli garantom časového manažmentu²⁵ pacienta. To znamená, budú zodpovedať za to, aby objednávanie pacientov prebiehalo v súlade s nárokom pacienta.
22. Zasadíme sa o to, aby sa náklady ZP na manažment pacientov vrátane mobilných aplikácií (ako napr. Symptom Checker) stali súčasťou nákladov na zdravotnú starostlivosť.²⁶
23. V prípade, ak ešte nebude realizované, zabezpečíme fungovanie potvrdenia prítomnosti pacienta vlastným elektronickým ID pri vyšetrení, predpise liekov, aj pri ich vyberaní, čím zamedzíme fiktívnemu predpisovaniu liekov a vyšetrení.
24. V prípade pacientov, ktorý nebudú disponovať elektronickým ID alebo sú imobilní, zavedieme prostredníctvom ZP zasielanie (poštou, mailom) pravidelnej účtenky, kde bude poistenec jasne vidieť, aká zdravotná starostlivosť bola na neho čerpaná, kým, kde a koľko stála.

4.4 Financovanie inovácií liečebných postupov a nových technológií v zdravotníctve - investičný deficit

V súčasnosti sú kapitálové výdavky vo verejnom zdravotníctve na neprimerane nízkej úrovni, približne 0,25 % HDP a asi tri štvrtiny pochádzajú zo súkromného sektora. Otázna je tiež štruktúra týchto výdavkov. Priemer OECD je 0,55 % HDP a v porovnateľnej ČR sa investuje v zdravotníctve približne 0,38 % HDP. Slovensko tak potrebuje zvýšiť kapitálové výdavky²⁷ v zdravotníctve približne o 100 mil. eur ročne, aby sa dostalo na úroveň priemeru OECD.

Podmienkou pre zavádzanie inovácií bude použitie metodiky Health Technology Assessment, ktorá poskytne údaje na stanovenie prípadného doplatku pacienta. Pacient bude mať možnosť využiť novú, pravdepodobne drahšiu, ale napríklad šetrnejšiu diagnostiku či liečbu s doplatkom, ktorý si bude môcť nechať preplatiť na základe individuálneho komerčného zdravotného pripoistenia.

Pri rozhodovaní, či sa nové lieky, zdravotnícke technológie a spôsoby liečby majú úplne alebo čiastočne uhrádzať z verejného zdravotného poistenia, bude pre nás hlavným kritériom cena za získanie jedného roku života (QALY)²⁸ pri použití daného lieku, technológie či postupu.

Riešenie SaS:

25. Zavedieme posudzovanie nákladovosti formou ceny za získanie roku života QALY (najčastejšie referencovaním) nových diagnostických a liečebných metód metodikou Health Technology Assessment nezávislou agentúrou, ktorá bude predkladať svoje posudky ministerstvu zdravotníctva a tieto budú verejne dostupné.

23 Pozri kapitolu 10 – Lieky.

24 Vid' štatistika OECD, Tab. 7 tohto materiálu.

25 Napr. kontaktné centrá, objednávanie pacientov, sankcie za nedodržanie podmienok končiace zákazom výberu zisku alebo až odobratím licencie.

26 V súčasnosti spadajú do prevádzkových nákladov.

27 Najväčšou brzdou vyšších investícií v zdravotníctve je súčasný stav najvýznamnejších všeobecných nemocníc na Slovensku, t. j. štátom vlastných UN a FN. Ich premena na akciové spoločnosti a následný vstup investorov cestou zvýšenia kapitálu prinesie nielen nové zdroje, ktoré bude možné využiť na investície do zanedbaných budov i zastaraného zariadenia, ale najmä pravidlá do ich hospodárenia, ktoré umožnia jednoznačne rozhodnúť o návratnosti všetkých ďalších investícií a na základe toho získať financovanie, napr. i úverom.

28 QALY - Quality-adjusted life year. 1 QALY znamená rok života pri úplnom zdraví alebo napr. dva roky pri zdraví oslabenom na polovicu.

ĽUDSKÉ ZDROJE

Investície do ľudí sa u nás dlhodobo zanedbávajú. Všade v Európe je dlhodobo zaznamenávaný nedostatok zdravotníckych pracovníkov. Do roku 2020 podľa štatistík Európskej komisie bude chýbať na trhu práce takmer 1,5 milióna zdravotníckych pracovníkov, z toho takmer 500 tisíc sestier. Súvisí to so starnutím obyvateľstva a dožívaním sa vyššieho veku, ale aj s útlmom záujmu o prácu v zdravotníctve.

na tis. obyv.	Slovensko	ČR
2000	7,44	7,61
2005	6,02	8,73
2010	6,07	8,1
2015	5,70	8,01

Tab. 8 Porovnanie počtu sestier na Slovensku a v ČR, 2000 - 2015, OECD, 2017

Tab. 8 ukazuje, že v súčasnosti u nás pripadá na 1000 obyvateľov 5,7 sestry, pričom priemer celej EÚ je podľa OECD 8,7 sestry na 1000 obyvateľov, v Nemecku 13, Rakúsku 8, Českej republike 7,9, a v Maďarsku 6,47. Podľa NCZI u nás v roku 2014 pracovalo 31 166 sestier. Ich vekový priemer je 47 rokov. Z týchto štatistík je zjavné, že chýba niekoľko tisíc sestier, včítane pôrodných asistentiek. Najväčší problém vidíme u sestier, preto im venujeme najväčší priestor.

Pre zjednodušenie, keď hovoríme o sestrách, v princípe máme na mysli aj pôrodné asistentky, fyzioterapeutov a rádiologických laborantov. Ak hovoríme o zdravotných asistentoch máme na mysli aj laborantov, asistentov hygienickej služby a podobne. A keď hovoríme o sestrách a laborantoch nehovoríme o mužoch a ženách, pretože máme veľa mužov sestier a veľa žien laborantov.

5.1 Kto je kto

V zásade poznáme dva typy pracovníkov:

- pracovníci v zdravotníctve nemajú špeciálne vzdelanie, vykonávajú činnosti, ktoré zdravotníctvo potrebuje, ale nie sú poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sem patria údržbári, kuriči, pomocný personál v kuchyni, upratovačky, pracovníci v práčovni, šičky atď.,

- zdravotníckí pracovníci pre výkon svojho povolania potrebujú mať istú úroveň odborného vzdelania. Sem patria sanitári (povinný dvojročný kurz ukončený skúškou), vodiči rýchlej pomoci, zdravotnícki asistenti a laboranti (štvorročná stredná škola ukončená maturitou), sestry a pôrodné asistentky, záchranári, farmaceutickí laboranti, fyzioterapeuti, kde sa vyžaduje vysoká škola I. stupňa alebo nadstavbové stredoškolské vzdelanie v dĺžke troch rokov.

Pre všetky tieto kategórie je typické, že nedosahujú ani priemerné príjmy podobných profesií v národnom hospodárstve. Je to sčasti zapríčinené tým, že najmä v chudobnejších oblastiach východného Slovenska je nemocnica najväčším zamestnávateľom a sčasti tým, že zdravotnícki pracovníci svoju profesiu vnímajú ako poslanie. To je mimoriadne dôležitý prvok, typický pre Slovensko. Ak stratia túto vlastnosť bude na Slovensku veľký problém.

5.1.1 Zdravotníckí asistenti

Z hierarchického hľadiska všade vo svete platí, že zdravotníckí asistenti sú podriadení sestrám, pretože sestra je zodpovedná za koordináciu ošetrovateľskej starostlivosti. Dnes, po rozšírení ich kompetencií, čo sa ukazuje ako efektívna zmena, pretože sestry môžu delegovať až 35 % základných činností na zdravotníckych asistentov a tým sa viac venovať výkonom svojich odborných činností, môžu asistenti na základe ordinácie lekára samostatne odoberať vzorky na laboratórne vyšetrenia, asistujú sestrám a lekárom pri odborných výkonoch. Z tohto dôvodu vidíme ich širšie uplatnenie v ambulantnej sfére. V praxi však evidujeme ich výrazný nedostatok, čím v ošetrovateľskom procese dochádza k preťažovaniu jednotlivých kategórií a k zhoršeniu kvality ošetrovateľskej činnosti. Vidíme ako nevyhnutnosť prehodnotiť počet zdravotníckych asistentov v zdravotníckych zariadeniach a tým minimalizovať psychickú a fyzickú záťaž sester, pôrodných asistentiek, ale aj samotných zdravotníckych asistentov a sanitárov.

5.1.2 Sestry a pôrodné asistentky

Na základe požiadaviek praxe sme za to, aby rozsah praxe sester bol rozčlenený /aj na základe odporúčaní Európskej federácie sester - EFN/ do troch úrovní podľa stupňa dosiahnutého vzdelania:

- **registrovaná sestra** - sestra s dosiahnutým vzdelaním SZŠ plus vyššie odborné vzdelanie alebo VŠ prvého stupňa (ošetrovateľstvo),
- **sestry špecialistky** – registrovaná sestra, ktorá nadobudla odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných činností,
- **sestry s pokročilou praxou** - sestra II. st. VŠ vzdelania v odbore ošetrovateľstvo, špecializácia v niektorom zo špecializovaných odborov plus 5 ročná prax v danom odbore.

V rámci pregraduálneho vzdelávania budeme trvať na potrebnom obsahu a rozsahu štúdia ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, ktorý je nastavený jednotne pre všetky krajiny EÚ, Slovensko nevynímajúc. Aj my hovoríme o potrebe univerzitného vzdelávania sester ako zábezpeky dosiahnuť ich vyššiu vzdelanostnú úroveň.²⁹ Máme za to, že len kvalifikovaná vysokoškolsky vzdelaná sestra dokáže identifikovať osoby s odvrátiteľnými rizikami chorôb rôznych systémov, ktorí si zaslúžia okamžitú pozornosť a intervenciu. Niektoré členské štáty už čelia konaniam pre porušenie tejto povinnosti, pretože chceli vzdelanie registrovanej sestry degradovať.

Rozšírením a zadefinovaním kompetencií sester s vyššie uvedenou rôznou úrovňou vzdelania predpokladáme, že sestry legálne preberú viaceré lekárske výkony, čím ušetria nemalé finančné prostriedky a „prinavrátia“ lekárov viac k pacientom. Myslíme si, že sestry dokážu uspieť v poskytovaní udržateľnejšej a nákladovo efektívnej starostlivosti.

Je potrebné, aby sestry po získaní vysokoškolského vzdelania I. stupňa, sa ďalej pripravovali na výkon pracovných činností v špecializovaných odboroch. V súčasnej dobe je 9 špecializovaných odborov. Zo skúseností a potrieb praxe je nutná ich redukcia na päť.³⁰

Ďalším faktorom je absencia Medzinárodnej klasifikácie sesterských diagnóz ICND³¹ a Medzinárodnej klasifikácie ošetrovateľských intervencií ICNP³² v elektronickej podobe, ktorou disponuje väčšina zdravotníckych systémov v EÚ.

29 Smernica 2013/55/EÚ, ktorá je záväzná pre všetky členské štáty Európskej únie, vrátane Slovenskej republiky (SR). Definuje minimálne požiadavky k začatiu odbornej prípravy sester (ukončenie všeobecného vzdelania trvajúceho aspoň 10 alebo 12 rokov, štúdium trvá najmenej 3 roky a obsahuje aspoň 4 600 hodín teoretickej a klinickej odbornej prípravy.

30 Navrhujeme, aby sa špecializácie sester zredukovali na: 1. Intenzívna starostlivosť pre dospelých, 2. Intenzívna starostlivosť v pediatrii a neonatológii, 3. Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, 4. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť, 5. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť. Na všetky špecializácie budú naďalej naviazané certifikované pracovné činnosti.

V zdravotníckych zariadeniach ústavnej alebo ambulantnej starostlivosti pôrodné asistentky pracujú najmä v zamestnaneckom pomere, kde je ich autonómia v rozhodovaní značne obmedzená aj napriek skutočnosti, že niektoré výkony realizujú samostatne. Úplne absentuje návštevná služba v domácom prostredí, ktorá by priniesla pozitíva tak pre pacientky, ako aj pre zdravotníctvo.

5.1.3 Ohodnotenie sestier, pôrodných asistentiek a zdravotných asistentov

V súčasnosti majú sestry základnú zložku mzdy, ktorá je o 14 % a zdravotnícky asistenti o 25 % nižšia, ako je priemer v národnom hospodárstve. Výsledkom je, že na Slovensku v posledných rokoch klesá záujem mladých ľudí o povolanie sestra a pôrodná asistentka. Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek za posledných päť rokov klesol počet novo prijatých žiadostí o registráciu v nadväznosti na výkon povolania o vyše polovicu. Mnoho sestier odchádza za lepšími pracovnými podmienkami do zahraničia. Uvedomujeme si, že sestry musia užiť svoje rodiny a len z lásky k povolaniu nevyžijú. Preto urobíme opatrenia, ktoré výrazne zvýšia tlak na rast miezd sestier.

	MZDA (€)	% z priemernej mzdy v NH
Sestra	738	81
Sestra s certifikátom	775	85
Sestra špecialistka	875	96
Sestra s pokročilou praxou (od 1.7.)	912	100
Zdravotnícky asistent	684	75
Zdravotnícky asistent so špecializáciou	766	84
Lekár	1 140	125
Lekár so špecializáciou	2 097	230

Tab. 9 Priemerné mzdy pracovníkov zdravotníctve, Zdroj: Komora sestier a pôrodných asistentiek

Riešenia SaS:

26. Rozšírime kompetencie³³ sestier a upravíme ich podľa úrovne vzdelania tak, aby mohli prebrať viaceré výkony, ktoré v súčasnosti vykonávajú lekári. Tým sledujeme zníženie nárokov na čas lekára, zlepší sa prístup pacientov k starostlivosti.

31 International nursing diagnoses definitions and classification.
32 International classification for nursing practice.
33 v prípadoch diagnostiky, liečby, vzdelávania a prevencie chronických ochorení, indikácií, laboratórnych vyšetrení, predpis diietetických potravín a iné.

27. Umožníme širšie uplatnenie zdravotníckych asistentov v ambulantnej sfére.
28. Zavedieme elektronickú podobu ICND a ICNP, čím výrazne zjednodušíme a sprehladníme vedenie ošetrovateľskej dokumentácie sestrám a pôrodným asistentkám.
29. Po prehodnotení Výnosu MZ SR č. 09812/2008 - OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno–technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení budeme dbať na jeho dodržiavanie.
30. U PZS, ktoré (zatiaľ) vlastní štát, vytvoríme zásluhový mzdový systém s fixnou a variabilnou zložkou, kde variabilná časť bude odrážať kvalitu práce, počet pacientov a ich spokojnosť.
31. Presadíme meranie a zverejňovanie efektívnosti domácej starostlivosti a telemedicíny. Tým chceme podporiť sestry a PA ako samostatných PZS.

5.1.4 Lekári

Na slovenských lekárskech fakultách končí ročne viac ako 700 absolventov s trvalým pobytom na území SR. Odhaduje sa, že minimálne 20% absolventov slovenských lekárskech fakúlt so slovenským občianstvom sa nikdy v slovenskom zdravotníctve neobjaví.

S výnimkou rezidenčného programu sa pre všeobecných lekárov nevytvárajú štipendijné ani iné podporné grantové programy, ktoré by stabilizovali odliv absolventov. Výsledkom je plytvanie ľudskými zdrojmi a tiež zdrojmi na vzdelávanie. Vynaložené verejné zdroje na vzdelávanie nakoniec slúžia pacientom v zahraničí.

Neskôr u lekárov prebieha tradičný spôsob v podstate povinne postgraduálnej prípravy zameranej na získanie atestácie v niektorom z medicínskych odborov. Postupne sa zavádzajú študijné programy pre všetky odbory, od roku 2004 je možné pluralitné vzdelávanie, bol zrušený monopol SZU. Toto vzdelávanie môžeme nazvať aj inštitucionálne.

Po vyštudovaní sa lekár buď zamestná v nemocnici, alebo si (po získaní atestácie) otvorí ambulantnú prax.

U lekárov zamestnaných v nemocniciach bol zavedený takzvaný platový automat, ktorý definuje plat lekára naviazaný na priemerný plat v národnom hospodárstve pred dvoch rokov.³⁴ Mzda sa teda nevypláca podľa zásluh a kvality práce. Platový automat sa však netýka súkromných lekárov, ktorí nemajú garantovaný rast príjmu od poisťovne. Po atestácii platový automat vedie iba k tomu, že lekári nemajú chuť presunúť sa do ambulantnej sféry – bližšie k pacientovi. V konečnom dôsledku to vytvára neférovú situáciu v systéme a vedie k priemernosti.

Práve ambulantná sféra však dokáže odbremeniť nákladnú nemocničnú starostlivosť.³⁵ Zvýšením kompetencií všeobecných lekárov dokážeme odbremeniť navyše aj špecializované ambulancie a zabezpečiť integrovanú zdravotnú starostlivosť. Za súčasného zverejňovania preskripcie³⁶ a čakacích listín u jednotlivých poskytovateľov, vieme pomôcť tlaku na vyššie ohodnotenie dokázateľné lepších lekárov, a tým podnietiť tlak na celkovú kvalitu v zdravotníctve. Namiesto podpory sa ale ambulantnej sfére dostáva stále väčšej byrokratickej záťaže. Je načase podporiť ambulantných lekárov a zjednodušiť im život.

Navyše tým, že ambulantní lekári sú oddelení od nemocničnej praxe, stagnuje ich odborná pripravenosť. Keby mohli pôsobiť ako takzvaní zmluvní lekári lôžkového zariadenia, ktorí nie sú zamestnaní, ale hradení „na faktúru“, znížilo by to potrebu zamestnávať vysoké počty lekárov. Súčasne by sa ambulantní lekári zúčastňovali na najmodernejšej liečbe v nemocniciach, čo zvýši kvalitu ZS.

Riešenia SaS:

- 32.** Vykonáme inventúru všetkých dát požadovaných od lekárov verejnými organizáciami alebo poisťovňami. Vystopujeme cestu každej informácie od lekára až po jej konečného užívateľa.
- 33.** V spolupráci s poisťovňami zamedzíme zbytočne duplicitnému vykazovaniu (štatistické hlásenia) v zdravotníctve.

³⁴ Tento bol zavedený u všetkých zdravotníckych pracovníkov, ale u lekára spôsobil reálne navýšenie „trhovej“ mzdy, zatiaľ čo pri ostatných zdravotníckych pracovníkoch vyslovil ÚS predpoklad, že na navýšenie nie sú finančné prostriedky.

³⁵ Jednodňová chirurgia, liečenie na ambulancii...

³⁶ Koľko lekárov predpisuje akých liekov, či používa tzv. generickú preskripciu alebo odporúča konkrétne liečivo,...

- 34.** Spravíme inventúru poplatkov v zdravotníctve a budeme pravdivo vysvetľovať ľuďom, že zdravotníctvo nie je zadarmo.
- 35.** Umožníme priame platby za konkrétne nadštandardné výkony (v hotovosti alebo cez pripoistenie).
- 36.** V spolupráci s poisťovňami vytvoríme väčší priestor na uplatnenie bonusov, ako formu odmeny za starostlivosť o vlastné zdravie.
- 37.** Platový automat ako škodlivú formu odmeňovania nahradíme mzdovým, zásluhovým, motivačným systémom na základe množstva a kvality vykonanej práce.

5.2 Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Tým, že pred pár rokmi si niektoré štátne nemocnice vylobovali, aby priamo v zákone o poskytovateľoch boli určené na praktickú výučbu, buď ako fakultné, pre sestry a iných zdravotníckych pracovníkov, alebo ako univerzitné pre vzdelávanie budúcich lekárov, sme dosiahli, že iné kvalitné pracoviská nevieme pre praktickú výučbu využiť. Je príznačné, že samotní študenti nie sú spokojní s úrovňou praktickej výučby, pritom v podstate dve tretiny z ich šesťročného štúdia zaberajú práve klinické disciplíny.

V súčasnosti je v UN a FN dvojkoľajové riadenie, kde za pedagogickú časť zodpovedá prednosta kliniky a za medicínsku jej primár. V praxi sa však tieto činnosti prelínajú a záleží na osobnostiach primárov a prednostov ako dokážu zvládnuť trecie plochy. Spory vznikajú najmä kvôli kompetenciám a spôsobom odmeňovania.³⁷

Riešenia SaS:

- 38.** Školám, ktoré vzdelávajú zdravotníckych pracovníkov, umožníme si cez verejné súťaže na zabezpečenie praktickej výučby svojich študentov vyberať z viacerých uchádzačov, spĺňajúcich vopred dané kritériá.
- 39.** Školy vzdelávajúce zdravotníckych pracovníkov budú môcť nakupovať praktickú výučbu od všetkých nemocníc, ktoré spĺňajú kvalitatívne personálne a technické ukazovatele, bez ohľadu na ich názov a prevádzkovateľa.

³⁷ V UN Bratislava sa preto momentálne rozhodli "dorovnať" platy školským pracovníkom na úroveň zdravotníckych. Školskí pracovníci tak budú vykazovať celý úväzok na škole a zároveň na 80 % (predtým len 50 %) v nemocnici. UN BA to bude stať takmer 3 mil. eur ročne navyše. Školskí a zdravotníckí pracovníci sa tiež odlišujú pri odmeňovaní za nočné a celodenné služby, kde sú školskí pracovníci tiež zvýhodnení.

- 40.** Určíme cenu každého študijného odboru. Absolvent bude mať povinnosť odvieť daň z príjmu v tejto výške z jeho príjmov po skončení štúdia. Nepôjde o žiadnu dodatočnú daň. Týmto chceme zabrániť masovému odchodu absolventov VŠ.
- 41.** Jasne definujeme a oddelíme kompetencie a financovanie školských a zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach.
- 42.** Navrhujeme namiesto kreditov zaviesť preskúšanie odbornej spôsobilosti všetkých zdravotníckych pracovníkov najneskôr každých päť rokov.

Týmto spôsobom bude jednak zabezpečená kontrola zákonnej povinnosti celoživotného vzdelávania, navyše to spraví bezpredmetným kredity a ich divoké naháňanie. Vedomosti potrebné pre absolvovanie skúšky nadobudne zdravotnícky pracovník podľa svojho vlastného uváženia. Môže sa napríklad zúčastniť vzdelávacích aktivít, môže ísť o školenia organizované zamestnávateľom, príslušnou komorou, e-learning a pod. Docielime oveľa vyššiu mieru slobody a zároveň prejdeme od kontroly účasti na vzdelávacích aktivitách ku kontrole skutočných vedomostí.

5.3 Komory

Zákon ukladá povinnosť komorám zabezpečovať celoživotné vzdelávanie zdravotníkov. Tie sa však v niektorých prípadoch zmenili skôr na odborové organizácie, vyberajúce poplatky a vzdelávaniu sa venujú naozaj iba formálne. U niektorých je otázna aj forma hospodárenia s vybratými poplatkami. Samozrejme, dobrovoľnú účasť v akejkoľvek komore, ktorá je motivovaná jej kvalitnými službami (právne zastupovanie, odborné vzdelávanie...) podporujeme. Nepodporujeme však kompetencie komôr, ktoré robia z nepovinného členstva v podstate povinné, čoho výsledkom je slabá motivácia získať a udržať si svojich členov na základe praktického prínosu, nedostatočné, resp. formálne vzdelávanie.

Riešenia SaS:

- 43.** Uložíme NCZI povinnosť viesť register licencií a v spolupráci s MZ, príp. ÚDZS rozhodovať o vydaní, dočasnom pozastavení a zrušení licencie.³⁸
- 44.** O spôsobe preukázania celoživotného vzdelávania rozhodne MZ SR pomocou medzinárodne uznávaných metód.

- 45.** Každý zdravotnícky pracovník bude povinný každých päť rokov preukázať odborné vedomosti v rámci celoživotného vzdelávania.
- 46.** Preskúšavanie budú vykonávať subjekty, ktorým ÚDZS udelí na túto činnosť licenciu. Licencia bude nárokovateľná po splnení jasne definovaných požiadaviek.

³⁸ Dnes to je úloha príslušných komôr, zákon č. 578/2004 par. 68-72.

VYMEDZENIE ÚLOH A ZODPOVEDNOSŤ INŠTITÚCIÍ

Pre efektívne zabezpečenie zdravotnej starostlivosti a naplnenie cieľov zdravotných systémov je kľúčové správne vymedzenie rolí jednotlivých inštitúcií, zabezpečenie ich funkčnej a transparentnej správy a zamedzenie konfliktu záujmov. Štát na Slovensku dnes neopodstatnene zasahuje do nakupovania a poskytovania zdravotných služieb. V dôsledku vlastníctva najväčších nemocníc a najväčšej zdravotnej poisťovne sa ocitá v hlbokom konflikte záujmov, ktorý vedie k popretiu role nestranného tvorca pravidiel a regulátora a vedie k vytvoreniu nespravodlivých trhových podmienok, ktorých dôsledkom je znižovanie efektívnosti slovenského zdravotníctva.

6.1 Verejná sieť poskytovateľov

6.1.1 Pojem sieť

Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má zabezpečovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Definícia dostupnosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie hovorí, že ide o možnosť získať zdravotnú starostlivosť v prípade, ak ju človek potrebuje. Podľa HPI (2006)³⁹ poznáme 3 typy dostupnosti:

- *geografickú, kde parametrom je vzdialenosť, a teda časová dostupnosť,*
- *finančnú, aby si človek pri svojich príjmoch dokázal zabezpečiť zdravotnú starostlivosť,*
- *sociálnu, aby bola zdravotná starostlivosť dostupná pre všetky vrstvy a kategórie obyvateľstva.*

Dôležitým pojmom je verejná „minimálna sieť poskytovateľov“. Ide o usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov v takom zložení, aby bola zabezpečená efektívne dostupná, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť.

Pri jej definovaní sa má prihliadať na počet obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam. Ďalšími parametrami sú chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov

39 <http://www.hpi.sk/2006/06/zakladne-ramce-zdravotnej-politiky-2006-2010-publikacia/>, str. 46.

príslušného územia, migrácia obyvateľov a bezpečnosť štátu. Veľkým problémom je určenie počtu ľudí v regióne, čo je dané nechutou obyvateľov sa prihlasovať k trvalému pobytu v mieste svojho prevažného výskytu.

Minimálna sieť sa nevzťahuje na poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulancie záchrannej zdravotnej služby, poskytovateľov, ktorí poskytujú lekárenskú starostlivosť podľa zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach a najnovšie aj na poskytovateľov lekárskej služby prvej pomoci. Títo majú definovanú vlastnú sieť celkovo 280-imi stanicami záchrannej zdravotnej služby v rámci celého územia SR.

Riešenia SaS:

- 47.** Na základe vyššie uvedených kritérií aj so zohľadnením reálneho počtu obyvateľov podľa informácií od mobilných operátorov, nahradíme minimálnu sieť poskytovateľov časovou dostupnosťou.

6.1.2. Hlavné problémy v sieti

Za 12 rokov existencie zákonov sa postupne objavili ešte iní účastníci siete, napríklad takzvaný „koncový poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“, ktorý má byť finálnym poskytovateľom určeným pre nejaké územie. Dnes je to vždy štátna nemocnica. Často v nej prebieha praktická výučba sestier, lekárov a iných a vtedy sa v názve objaví ešte „fakultná“ alebo „univerzitná“.

S takouto nemocnicou musí potom každá poisťovňa podpísať zmluvu, a teda nemocnica má garantované úhrady bez ohľadu na kvalitu starostlivosti. Inak povedané, ak by boli poistenci zdravotnej poisťovne nespokojní s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, poisťovňa nemá možnosť s dotknutým poskytovateľom vypovedať zmluvu a vymeniť ho za takého, s ktorým sú jej poistenci spokojnejší. Vedenie nemocnice zase nepocituje pri vyjednávaní s poisťovňou o cene potrebu ústupkov, keďže zmluvu, a teda úhrady má isté.

Obhajcovia zlého hospodárenia štátnych nemocníc opätovne argumentujú tvrdením: „Štátne nemocnice sú stratové preto, lebo majú najdrahších a najkomplikovanejších pacientov.“ Uvedené tvrdenie je falošné, keďže nezohľadňuje skutočnosť, že takzvaný Case Mix Index (CMI),⁴⁰ síce je u štátnych nemocníc vyšší, zároveň však majú štátne univerzitné a fakultné

nemocnice v porovnaní so všeobecnými nemocnicami regionálneho typu o 40 až 60 % vyššie ceny za rovnaký výkon. Preto v priemere platí, že súkromné nemocnice sú výrazne lepšie spravované ako štátne.⁴¹

Zvláštne formy ambulantnej starostlivosti, akými sú jednoduchá medicína a stacionárne,⁴² dokážu vo veľkom počte prípadov spoľahlivo nahradiť hospitalizáciu.

Tu je potrebné zdôrazniť, že v ambulantnom systéme máme ešte sestry a ADOS⁴³ ako samostatné subjekty poskytovania zdravotnej starostlivosti. Obidva sú dôležité pre ošetrovateľské procedúry, rozdiel je iba v tom, že náklady na sestru sú iba náklady na ňu samu, pri ADOS vznikajú aj náklady na administratívu. Platí, že obidve zložky sú využívané extrémne málo, hoci môžu významne skrátiť napríklad dĺžku hospitalizácie, a teda aj náklady na liečbu.

Nesmieme zabúdať, že v systéme pôsobia aj iné subjekty, ktoré nie sú ani ambulantné, ani ústavné. V prvom rade sem patria takzvané SValZ.⁴⁴ Zahŕňajú laboratória, röntgeny včítane CT a MR, ale aj rehabilitácia a fyzioterapie. V súčasnosti ich výkony priamo hradia zdravotné poisťovne, hoci ich činnosť objednávajú lekári v ambulantnej aj ústavnej zložke. Je to niečo podobné, ako keby pekárovi cenu múky hradil niekto iný než ten, kto výrobok kupuje. Priama úhrada poisťovňami sa dnes zdôvodňuje potrebou zabezpečenia dostupnosti týchto vyšetrení, čo nie je skutočný dôvod, pretože inak by sa nečakalo na MR, CT alebo mamografické vyšetrenia, čo je mimochodom v rozpore so zákonom.⁴⁵ Už v roku 2006 bola VŠZP zaviazaná svojím akcionárom, aby vypracovala spôsob objednávaní a hradenia týchto vyšetrení poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Po komplexnom zavedení DRG sa tak či tak predpokladá, že poskytovatelia budú SValZ výkony objednávať a hradiť zo svojho (a vyúčtujú si to u poisťovne).

Riešenia SaS:

- 48.** Odštátňime dlhodobu stratové všeobecné nemocnice (univerzitné, fakultné) verejnou súťažou o najlepších prevádzkovateľov.
- 49.** Koncovú sieť nemocníc nahradíme povinnosťou poisťovní zabezpečiť konkrétnu starostlivosť v definovanej kvalite a v stanovenom čase.

⁴¹ <https://www.etrend.sk/trend-archiv/rok-2016/cislo-43/hospodarenie-nemocnic.html>

⁴² Denný stacionár je sociálna služba pre fyzickú osobu odkázanú na pomoc inej fyzickej osoby v zariadení na určitý čas počas dňa. Cieľom denného stacionára je zabezpečiť odbornú službu ktorá zodpovedá potrebám fyzickej osoby so zohľadnením jej potrieb, prirodzených vzťahov a rodiny.

⁴³ Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

⁴⁴ Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky.

⁴⁵ V tých prípadoch, kedy ide o neodkladnú starostlivosť.

⁴⁰ Pomer komplikovaných a nekomplikovaných pacientov, Všeobecne. reg. nemocnice CMI = 0,89; FN CMI = 1,03; UN CMI = 1,43; špecializované ústavy CMI = 2,17.

- 50. Navrhujeme, aby ADOS a aj sestry ako samostatné subjekty mohli byť priamo zazmluvnené aj v prípadoch dlhodobu a chronicky chorých.
- 51. SValZ budú platené PZS, následne si PZS vyúčtuje výkony, ktoré obsahujú aj subdodávky SValZ.

6.1.3. Urgentná starostlivosť

Ak náhla zmena zdravotného stavu ohrozuje život občana, potrebuje urgentnú starostlivosť. Zásah musí byť v čo najkratšom čase a odborný. Urgentnú starostlivosť delíme na prednemocničnú a nemocničnú.

6.1.3.1. Prednemocničná urgentná starostlivosť

Zákon 579/2004 o záchranej službe bol revolúciou v prednemocničnej urgentnej starostlivosti. Stanovil zhruba 280 pevných bodov staníc záchranej služby, povinnosť výjazdu do jednej minúty od nahlásenia udalosti, koordináciu medzi jednotlivými bodmi s dôrazom na účasť v integrovanom systéme (plus hasiči a policajti). V otázke financovania zákon stanovil povinnosť hradiť stanice podielom, podľa počtu poistencov v kmeňoch, a potom podľa jednotlivých konkrétnych výjazdov pre konkrétneho poistenca, za najazdený kilometer. Takéto financovanie malo pokrývať predpokladané náklady na posádku podľa vzorca lekár 40.000 Sk, záchranár 30.000 Sk a šofér 20.000 Sk netto príjem v korunách, pri počte 4,2 posádky na jeden bod/trojzmená prevádzka. Príjem mal zabezpečiť aj dostatok zdrojov na obnovu vozidiel a techniky po 4 rokov (dĺžka odpisov), pokrytie nákladov na poistné, náhradné diely, komunikáciu medzi bodom a integrovaným, centrom a bodom a vlastnými vozidlami a, samozrejme, aj primeraný zisk pre poskytovateľov.

Je na mieste otázka, či by prevádzkovatelia nemali pri dodržaní požiadaviek na kvalitu medzi sebou súťažiť aj cenou, za ktorú sú schopní záchranársky bod prevádzkovať. Takáto súťaž by umožnila ďalšiu úsporu verejných zdrojov.

Po roku 2006 miesto rozvoja RLP/RZP došlo k viacerým katastrofálnym krokom. Napríklad v roku 2008, pri obnovovaní

licencií, ktoré boli vydávané na 4 roky došlo z veľkej časti k de facto znárodneniu tejto služby tým, že osvedčeným poskytovateľom,⁴⁶ neboli nové licencie vydané. Nezvolil sa princíp referencií a skúsenosti za prvé 4 roky, ale princíp vlastníctva, štátni poskytovatelia boli nehanebne uprednostnení. Odvdáčili sa tým, že nakúpili, ako to už býva zvykom u štátu, najdrahšiu a najhoršiu techniku. Obrazom nepochopenia významu prednemocničnej urgentnej starostlivosti je trvalá snaha, aby RZP/RLP nahradzovali LSPP (lekársku službu prvej pomoci).

Záchranná služba dosiahne pacienta neskôr a v čase do 15 minút na menšom území. Najčastejšie spomínaný dôvod zhoršenia času dojazdu je zneužívanie sanitiek. Pre operátora je od telefónu skoro nemožné rozoznať opodstatnenosť volania pacienta a následne vyslaná záchranka, ak nahlási zneužitie a pacienta nechá na mieste, nedostane uhradenú druhú časť výjazdu.

O čom sa už hovorí menej, je používanie záchraniiek na sekundárne⁴⁷ prevozy. Podľa rozhovorov s operátormi ide približne o tretinu výjazdov, ktorých trvanie je niekoľkonásobne dlhšie, keďže ide o prevoz medzi vzdialenejšími mestami. Ak záchranka zo Žiliny vieze pacienta do Bratislavy a musí sa vrátiť späť, môže jej celý výjazd trvať dlhšie ako 4 hodiny. Každá takto vyslaná záchranka logicky chýba v mieste svojho pôsobenia a v prípade potreby musia operátori volať záchranky zo vzdialenejších miest. Tento spôsob nielen plytvá verejnými zdrojmi, ale doslova ohrozuje zdravie a život občanov. Pritom existuje dopravná zdravotná služba, ktorá by sa mohla na časť sekundárnych prevozov využívať už dnes.

V dobe modernizácie a elektronizácie, ako aj povinnosti viesť elektronickú dokumentáciu, záchranná služba funguje horšie ako pred 12 rokmi. Operačné stredisko disponuje zastaraným systémom, ktorý nevie identifikovať volajúceho, jeho polohu a výmena informácií o pacientovi prebieha hovorom prostredníctvom mobilného telefónu.

Novovzniknutá letecká služba obsluhuje 6 bodov (vrtuľníky), čo je dostatočný počet. Heliporty a spevnené plochy však nie sú vybavené na nočné lety, preto vrtuľníky nemôžeme v noci využívať. Napriek tomu za ne platíme standby režim 24 hodín denne, 7 dní v týždni.

⁴⁶ Ako boli napríklad IRS alebo EMS.

⁴⁷ Primárny výjazd – na urgentné volanie, sekundárny výjazd – na vopred plánovaný prevoz medzi jednotlivými nemocnicami.

V budúcnosti sa dôraz musí klásť na výchovu záchranárov, pretože moderný systém predpokladá zavedenie tzv. „rendez-vous“ systému. Bude menej posádok RLP (lekár + záchranár + vodič) v prospech rýchlej záchranej služby RZP (záchranár + vodič). Tento systém spočíva v individuálnej mobilite lekárov v samostatných autách, ktoré sa budú pripájať k záchranskej posádke len tam, kde to je potrebné.

Riešenia SaS:

52. Prevádzkovatelia pevných bodov záchranej siete pri dodržaní stanovenej kvality budú o jednotlivé body súťažiť aj cenou, táto teda nebude pevne stanovená.
53. V prípade zneužitia záchranej služby, prevádzkovateľ obdrží plnú úhradu od ZP, ktorá si následne bude vymáhať škodu u svojho poistenca.
54. Stanovíme jasné pravidlá súťaže na vydávanie povolení s ohľadom na referencie a skúsenosti poskytovateľov bez ohľadu na druh vlastníka.
55. Zabezpečíme komplexnú prevádzku integrovaného záchranného systému v plnej funkcii tým, že celý integrovaný záchranný systém podriadime ministerstvu vnútra.
56. Zavedieme tzv. „rendez-vous“ systém, v mestách s vysokou hustotou obyvateľov.
57. Zrušíme nočný „stand-by“ režim v tých bodoch leteckej záchranej služby, ktoré nespĺňajú podmienky pre nočné lety.

6.1.3.2 Nemocničná urgentná starostlivosť

Záchranári by mohli hodiny rozprávať historky, ako na sirénach a majákoch dovezli urgentný stav do nemocnice a po vyložení akútneho pacienta sa nič nedialo. Pacienti ešte aj teraz čakajú niekedy hodiny na centrálnych prístrojoch, diagnostické prístroje (CT, MR) sú nelogicky na rôznych oddeleniach, rozdielnych poschodiach, špecialisti musia byť privolaní z oddelení, a to trvá istý čas. Traduje

sa, že najviac zbytočných a odvrátiteľných úmrtí pri urgentných zásahoch nie je pri dovoze pacientov do nemocníc, ale v samotných nemocniciach. Je to dané tým, že v nemocniciach chýbajú oddelenia urgentnej medicíny. Ideálny stav je, že RZP/RLP vzie pacienta priamo na urgentné oddelenie, kde o ňom vedia a čakajú ho. Z auta alebo vrtuľníka po vytlačení nosidiel sa tieto automaticky menia na pojazdný stôl (netreba prekladať) a pacient ide ihneď do diagnostického procesu včítane CT a MR, ktoré sa nachádzajú na tom istom mieste. Súčasne s diagnostikou sa zahajuje aj urgentná liečba, stabilizácia, krv, infúzie prípadne aj urgentná operácia. Samozrejme, vybudovanie takýchto oddelení stojí značné prostriedky. No zavedením urgentných oddelení klesne počet hospitalizácií, pretože časť pacientov bude vyriešená na mieste, prípadne po krátkodobom pobyte na expektačnom lôžku.

Riešenia SaS:

58. Presadíme aby poisťovne financovali urgency na základe definovaných indikátorov kvality tak, aby nemocnica neštrácala financie v dôsledku toho, že sa postará o pacienta bez hospitalizácie.

6.1.4. Kombinovaná (integrovaná) starostlivosť

Množstvo ľudí potrebuje dlhodobú starostlivosť spadajúcu dnes pod sociálny systém, najmä sociálne odkázaní a tiež pod zdravotný systém pretože sú súčasne chorí, najčastejšie chronicky. Pojem sociálne odkázaní si ľudia často zamieňajú s chudobou, pravdou je, že ide o ľudí, ktorí bez pomoci iného nemôžu plnohodnotne existovať. Ako názorný príklad si predstavme miliónára, ktorý pokiaľ bude ochrnutý, bez asistencie sa ťažko pohne čo len z bytu, nehovoriac o základných hygienických potrebách. Druhým omylom je, že si myslíme, že sem patria iba seniori. Existuje veľká skupina ľudí, ktorí sú sociálne odkázaní v podstate od narodenia, napríklad deti po detskej mozgovej obrne, mentálne retardovaní, psychicky chorí, ľudia s obmedzením mobility po úrazoch napríklad chrčtice a pod. Ďalšou charakteristikou je, že majú zdravotné problémy a potrebujú sústavnú zdravotnú starostlivosť.⁴⁸ Príčin je množstvo, výsledok je rovnaký, človek potrebuje pomoc oboch systémov, sociálneho aj zdravotného.

⁴⁸ Napríklad vodičára, ktorý však častokrát trpí spasticitami, vyžadujúcimi liečbu a rehabilitáciu dieťa s DMO s problémami spojenými s deriváciou moču či stolice, ale aj senior, ktorý je vzhľadom na vek čiastočne imobilný v dôsledku množstva chronických chorôb.

Riešenia SaS:

59. Prijmeme zákonnú normu, ktorá bude orientovaná na klienta, to znamená, že peniaze idú za klientom, teda klient rozhodne, kam peniaze pôjdu a dostane ich ten, kto sa o neho postará. Umožníme, aby peniaze mohla dostať aj rodina odkázaného, ktorá sa o neho postará.
60. Po zavedení Odvodového bonusu spojíme rezorty zdravotníctva a sociálnych vecí.

6.2 Súhra poskytovateľov v sieti

Stanovenie správnej diagnózy a naplánovanie správnej liečby, v správny čas, na správnom mieste a v požadovanej kvalite, vyžaduje súčinnosť medzi jednotlivými poskytovateľmi. Stmelujúci prvok, ktorý by mal mať prehľad o celej sieti rôznych poskytovateľov, ako aj o pacientoch, sú zdravotné poisťovne. Ony v súlade s platnými zákonmi nakupujú zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov. Zdravotné poisťovne musia krok za krokom manažovať svojich klientov, musia im navrhovať, ktorý poskytovateľ v čase a priestore im poskytne starostlivosť. Nie iba vinou poisťovní, tak tomu dnes nie je.

6.3 Zmluvné vzťahy v sieti

Bolestivým bodom pre poskytovateľov je uzatváranie zmlúv medzi poisťovňami a poskytovateľmi. Zákony nepredpokladajú žiadne platobné mechanizmy ani nepredpisujú spôsob nákupu zdravotnej starostlivosti. Z tohto pohľadu sú zmluvy dôležité pre poskytovateľov, pretože im v nejakej forme zabezpečujú úhradu z verejného zdravotného poistenia.

Na druhej strane sa význam zmlúv preceňuje. Vychádzajme z predpokladu, že neodkladnú starostlivosť musí poskytnúť každý, kto ma oprávnenie k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, bez toho, aby mal uzavretú zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Za takúto starostlivosť má právo na úhradu z verejného zdravotného poistenia od zdravotnej poisťovne, ktorá ma v svojom kmeni ošetrovaného pacienta. Zákon predpokladá inštitút obvyklej ceny, ktorú poisťovňa hradí svojim zmluvným poskytovateľom. Háčik je v tom, že poisťovne uzatvárajú so svojimi poskytovateľmi zmluvy na celú starostlivosť, plánovanú aj neodkladnú a miesto ceny za jednotlivé udalosti financuje nákup objemom peňazí, bez toho, aby bolo už zo zmluvy jasné, čo si poisťovňa objednáva. Hovorí sa im aj limity.

Primárna starostlivosť má dve špecifiká:

- so všeobecnými lekármi musia poisťovne povinne uzavrieť zmluvu,
- títo sú odmeňovaní kombinovaným spôsobom, kapitáciou (na poistenca) a čiastočne za výkony.⁴⁹

6.3.1 Formy platieb za zdravotnú starostlivosť a problém limitov

Kapitácia motivuje lekárov mať zdravých pacientov, zároveň ich nemotivuje liečiť. Platba za výkony motivuje lekárov liečiť (aby si lekári mohli účtovať čím viac výkonov), zároveň však nie je v ich záujme, aby ich pacienti boli zdraví. Je na poisťovni, aký si zvolí pomer medzi platbami za kapitáciu a za výkony.

V špecializovanom ambulantnom sektore poisťovne definujú limit. Ide o objem peňazí, ktorý mesačne uhradia lekárovi. Je na poskytovateľovi, na akú starostlivosť a pre ktorého pacienta peniaze minie. Samozrejme, pre poisťovňu musí rozúčtovať svoju činnosť cez jednotlivé výkony.

Ak lekár v ambulantnom sektore vyčerpal limit od poisťovne (alebo ho vôbec nedostal) pacient si u neho musí zaplatiť za poskytnutú odkladnú starostlivosť alebo lekár môže pacienta ošetriť takzvané nadlimitne. V praxi sa stáva, že lekár si nechá pacientom zaplatiť ošetrovanie napriek tomu, že limit nevyčerpal, ale použije argument o vyčerpanom limite pri vyžadovaní platby od pacienta. Vytvára sa tak umelý nedostatok kapacít.

Samozrejme, nie všetko sa dá hneď urobiť, preto je prípustné (ak nejde o akútne ochorenia), že pacient na odkladnú starostlivosť počká v znesiteľnej miere. Musí však byť transparentne informovaný o svojom poradí na čakacej listine a približnom termíne.

Pokiaľ občan čakať nechce, nie je žiadnym problémom, aby bol po dohode s lekárom vyšetrený a liečený aj skôr, pokiaľ si uhradí zo svojho cenu, ktorú si dohodne s lekárom. Tým mu nezanikne právo na to, aby mu z verejného zdravotného poistenia bola v čase, keď príde naň rad a v cene, ktorá je obvyklá, uhradená spotrebovaná zdravotná starostlivosť.

⁴⁹ Platené výkony všeobecných lekárov (príklady): preventívne prehliadky, predoperačné vyšetrenia, EKG vyšetrenia počiatočné a priebežné vyšetrenia (každého polroka) pacientov s arteriálnou hypertenziou, vyšetrenia krvi v stolici.

V podstate sú dva dôvody neliečenia – chýba kapacita (ale peniaze sú) alebo chýbajú peniaze (výkon nad limit). V prípade nedostatku financií má mať pacient možnosť zaplatiť si vyšetrenie (je jedno či doma alebo v zahraničí) a poisťovňa mu ho preplatí (v prípade zahraničia vo výške úhrady obvyklej v SR), keď sa pacient dostane na rad. V tomto prípade je nevyhnutné postupne zaviesť transparentné čakacie listiny.

U nemocničných poskytovateľov je situácia v princípe podobná. Takisto majú uzavreté zmluvy na objem peňazí a nie na neodkladnú a zvlášť na plánovanú starostlivosť. Sumu, ktorú dostanú, mňajú na všetko. Nesleduje sa, či liečili akútnych pacientov, u ktorých nie je možné liečbu odkladať, alebo hospitalizovali pacientov, v prípadoch, keď liečba nebola akútna. Odhaduje sa, že plánovaných, odložiteľných pacientov je asi 20 – 25 % všetkých hospitalizácií.

Klasifikačný systém DRG, ktorý mal predstavovať transparentný a efektívny spôsob úhrad pre zdravotné poisťovne, sa na Slovensku vyvíja už 7 rokov. Dodnes však svoj účel nenaplní, pretože zainteresované strany pripustili jeho zdeformovanie prostredníctvom tzv. konverencie základnej sadzby,⁵⁰ čo sú rôzne platby za rovnaký výkon pre rôzne typy PZS v snahe podporovať zadĺžené UN a FN. Tým sa nenaplní jeho základná funkcia.

Riešenia SaS:

61. Zrušíme možnosť zmluvy zahrňujúce tzv. limity na neodkladnú starostlivosť, pretože táto má byť preplatená vždy.
62. Zavedieme povinnosť poisťovne zabezpečiť objednávanie pacientov u špecialistov na presný čas.
63. Uzákoniť možnosť úhrady pacientom vopred v prípade vyčerpaných limitov a následné preplatenie poisťovňou, keď pacient príde na rad.
64. Dohliadneme na zverejňovanie obvyklých cien výkonov.
65. Zavedieme povinnosť zverejňovať na internete čakacie lehoty a poradie na čakacích listinách.

66. Stanovíme povinnosť poisťovni neprekročiť určitú čakaciu dobu definovanú v nároku, po jej prekročení bude poisťovňa povinná uhradiť plnú cenu liečby i v EÚ zahraničí.
67. Znížime administratívne bariéry⁵¹ pri preplatení liečebných a diagnostických nákladov v EÚ do výšky nákladov na liečbu obvyklých na Slovensku.

Postupne zbavíme systém DRG všetkých deformácií tým, že skrátime obdobie konverencie základnej sadzby.

6.4 Úloha štátu

Úlohou štátu je zákonmi garantovať dostupnú, kvalitnú a efektívnu zdravotnú starostlivosť všetkým občanom. Žiada sa dodať, že rola štátu je nie len v definovaní pravidiel, dohlade nad ich dodržiavaním, ale aj v podpore transparentnosti.

Obmedzenie úlohy štátu v oblasti poskytovania a nakupovania zdravotných služieb nie je samoučelné. Ide o zamedzenie konfliktu záujmov, ku ktorému inak nevyhnutne dochádza. Pokiaľ má byť štát regulátorom systému, dbajúcim na dostupnosť a efektívnosť zdravotnej starostlivosti, nemôže byť súčasne zodpovedný za hospodársky výsledok jednotlivých poskytovateľov zdravotných služieb alebo zdravotnej poisťovne. V opačnom prípade neodvratne podlieha pokušeniu zabezpečiť výhodnejšie podmienky pre svoje organizácie, ktorých manažment, samozrejme, takéto konanie požaduje. Štát sa tak zákonite spreneveruje svojej úlohe správcu systému, ktorého cieľom by mala byť maximalizácia úžitku občanov.

6.5 Zdravotné poisťovne

Počet zdravotných poisťovní sa ustálil z pôvodného počtu 13 na v súčasnosti jednu štátnu VŠZP (65 % podiel na trhu) a dve súkromné: Dôveru (27 %) a Union (8 %). Súčasná situácia je taká, že dominantná VŠZP deformuje trh nielen nízkou efektívnosťou,⁵² ktorú umožňujú mäkké rozpočtové obmedzenia, ale aj diskriminačným a pravdepodobne aj korupčným prístupom ku súkromným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.⁵³

⁵⁰ http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/24311/Metodika_konverencie_zakladnej_sadzby_dohodnuta_na_RV_20170125.pdf/43ed2221-4fd0-4410-8131-98235f88e389

⁵¹ Novelizujeme Vyhlášku MZ SR 341/2013 tak, aby všetky výkony, ktoré u nás nepodliehajú predchádzajúcemu schváleniu ZP, nepotrebovali takéto schválenie ani v rámci EÚ.

⁵² VŠZP ako dominantný hráč znižuje efektívnosť využitia zdrojov tým, že platí štátom vlastneným PZS podstatne vyššie ceny než je nutné či obvyklé. Príkladom sú UN a FN, ktoré navyše musia zazmluvniť aj ostatné poisťovne, nakoľko sú súčasťou minimálnej siete. UN a FN pritom pôsobia v prostredí mäkkých rozpočtových obmedzení.

⁵³ Pozri kapitolu 4.3.1 štátna poisťovňa deformuje trh.

Najväčší zdroj nespokojnosti s činnosťou ZP:

- nie sú reálnym nákupcom zdravotnej starostlivosti a služieb s ňou spojených, nedostatočné sústredenie sa na kvalitu ZS a bezpečnosť pacienta,
- neponúkajú efektívne zdravotné plány,
- slabá motivácia znižovať náklady na zdravotnú starostlivosť, to sa týka predovšetkým VŠZP.

Zdravotné poisťovne na Slovensku boli transformované do zodpovedajúcej právnej formy akciových spoločností. Rovnako tak boli definované ich povinnosti a mali by byť podrobené dohľadu špecializovaného úradu. Sú zodpovedné svojim poistencom za dostupnosť kvalitných zdravotníckych služieb a svojim akcionárom za vyrovnané hospodárenie. Doteraz však nedošlo k dostatočnému naplneniu ich úlohy nákupcov zdravotných služieb.

Zisk predstavuje vo všeobecnosti hlavnú motiváciu podnikania. Aj preto zakazovať zisk administratívne, ad hoc rozhodnutiami, v ktorejkoľvek oblasti podnikania, zdravotníctvo nevynímajúc, je nesprávne. Avšak považujeme za správne zisk zdravotných poisťovní obmedziť, ako pevné percento predpísaného poistného po prerozdelení, z ktorého by zároveň hradili administratívne náklady.

Veľmi dôležitým aspektom správneho a želateľného podnikania zdravotných poisťovní je prerozdelenie vybraného poistného. Pri povinnom verejnom a solidárnom zdravotnom poistení musí byť základným a nemenným princípom, že na rovnakú zdravotnú potrebu je rovnaká starostlivosť, a teda rovnaké zdroje. Vybrané poistné sa musí transparentným a jasne definovaným spôsobom prerozdeľovať. Prerozdelenie poistného je zásadné pre zachovanie princípu solidarity vo verejnom zdravotnom poistení.

Riešenia SaS:

- 69.** Podmienime výber zisku (viď kapitola 4.3.1) plnením základného nároku a konkrétnych vopred jasne definovaných požiadaviek. Navrhujeme presné pravidlá tvorby zisku pre verejné zdravotné poistenie v zdravotných poisťovniach, kde budú kľúčové tieto kritéria likvidity a solventnosti:

69.1 všetky záväzky voči poskytovateľom ZS sú uhradené v lehote splatnosti,

69.2 na spracovávané výkony sú vytvorené dostatočné technické rezervy,

69.3 všetky čakacie listiny sú len z dôvodu chýbajúcich kapacít poskytovateľov ZS a sú tiež plne pokryté technickými rezervami,

69.4 poisťovňa bude musieť preukázať neustále plnenie kritérií likvidity aj solventnosti.

70. Zisk ZP vrátane nákladov na ich správu obmedzíme pevným percentom.

6.6 Čakacie listiny

Čakacie listiny sú okrem iného nesmierne dôležité pre určenie zisku zdravotných poisťovní. Poisťovne sú povinné zriaďovať takzvané technické rezervy na liečbu, na ktorú sa čaká. Z účtovného hľadiska ide o položky, o ktoré sa znižuje zisk. Platí jednoduchá úvaha, pokiaľ je čo len jeden pacient na čakacej listine dlhšie, ako dovoľuje stanovený nárok, poisťovňa nemôže čerpať zisk.

V súčasnosti čakacie listiny najčastejšie tvoria poskytovatelia, o ich transparentnosti sa dá naozaj pochybovať a predvolávanie pacientov na plánované výkony je často spojené s korupciou. Právo na úhradu zdravotnej starostlivosti je viazané na občana, nie na poskytovateľa. Poisťovňa má právo manažovať pacienta na základe ceny a kvality, ale nemôže obmedzovať slobodnú voľbu poskytovateľa.

Iným problémom sú čakania, na ktoré sa ani nevytvárajú čakacie listiny a to najmä v špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Netransparentný spôsob vytvárania limitov úhrad od zdravotných poisťovní lekárom špecialistom nedáva možnosť žiadnej kontroly pacientom a je zdrojom naozaj oprávnenej nespokojnosti občanov.

Riešenia SaS:

71. V prípade nedostatku zdrojov v poisťovni (prekročenie tzv. limitu u PZS) vytvorí čakaciu listinu ZP.

72. V prípade nedostatku kapacít u PZS (veľa pacientov) zabezpečí ZP termín tak, aby bol dodržaná čakacia lehota stanovená v nároku.

6.7 Technické rezervy

Dôležitým faktorom je aj správne účtovanie technických rezerv. V roku 2016 vypukol škandál s ich nesprávnym zaúčtovaním vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, čím si manažment upravil zisk za rok 2015 (17,6mil. eur), aby získal prémie. Ročnú závierku schválila vtedy bez výhrad audítorská firma Rentabil Bratislava, s.r.o.. O rok neskôr bola audítorom firma PWC, ktorá overila závierku, kde bola výška technických rezerv asi o 60 mil. eur vyššia než ku koncu roka 2015, a súčasne VŠZP bola nútená dotvoriť opravné položky k pohľadávkam zo zdravotného poistenia, približne vo výške 30 mil. eur. Vina okrem manažmentu a audítora padá aj na ÚDZS, ktorý reálne nekontroloval ročné závierky a solventnosť zdravotných poisťovní, inak by nemohli tak ľahko manipulovať s tvorbou a použitím technických rezerv.

Riešenia SaS:

- 73. Zákon 581/2004 novelizujeme tak, aby sa sprísnila kritériá obozretného podnikania ZP.
- 74. Súčasne v tomto zákone zavedieme náhodný výber externého audítora losovaním. Náhodný výber zabezpečí ÚDZS spomedzi všetkých audítorov, ktorí spĺňajú kritériá.



EKONOMIKA ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENÍ

Neefektívnosť štátnych nemocníc výrazne súvisí s už skôr uvedenou skutočnosťou, že okrem iného nie sú riadené holdingovo ako sieť nemocníc. Túto požiadavku je možné zabezpečiť okamžite, ešte pred prípadným vstupom súkromného kapitálu. Predpokladáme, že štátom vlastnené nemocnice aj napriek terajšiemu oddĺženiu začnú znova vytvárať dlh. SaS bude preto musieť urobiť bodku za takýmto neudržateľným stavom. Na správne manažérske nastavenie verejných nemocníc netreba robiť žiadne legislatívne zmeny, ale je nutná politická odvaha a dôslednosť na ich rýchlu transformáciu na akciové spoločnosti s tvrdými rozpočtovými obmedzeniami.

Pri riadení štátnych nemocníc pred a počas odstátneňa sa budeme riadiť týmito šiestimi základnými princípmi:

Riešenia SaS:

- 75.** Do vedenia štátnych nemocníc dosadíme ľudí s prebratím plnej zodpovednosti za ich výsledky a správanie. Riaditeľ nemocnice bude mať za sebou preukázateľné manažérske skúsenosti a úspešný profesionálny príbeh.
- 76.** Centralizujeme nákupy, vrátane liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
- 77.** Zavedením plávajúcich lôžok (to znamená, že lôžka prestanú byť pridelené konkrétnym oddeleniam) zvýšime ich obložnosť.⁵⁴ Nemocnice by tak boli rozdelené na zdravotnícku a na hotelovú časť.
- 78.** Budeme riadiť štátne nemocnice holdingovo ako sieť kooperujúcich nemocníc s centrálnym manažmentom, back officom na zabezpečenie podporných činností, jednotným EIS a NIS.
- 79.** Vypracujeme jednotný systém prezentácie výsledkov, ich pravidelného zverejňovania a jednoznačne nastavíme hlavné ukazovatele hospodárnosti a kvality – KPI.⁵⁵ Na základe nich bude možné jednoducho posudzovať skutočnú výkonnosť jednotlivých zariadení.

⁵⁴ Obložnosť lôžok na Slovensku je dnes 62 %, takzvané plávajúce lôžka môžu zvýšiť obložnosť na 75 až 90 %.

⁵⁵ Tu odporúčame zamerať sa na tri oblasti s 12 indikátormi kvality zdravotnej starostlivosti:

- 1/ klinické výstupy: celková mortalita, mortalita po operácii, úmrtnosť po mŕtvici, mortalita na jednotkách intenzívnej starostlivosti, mortalita po akútnom koronárnom syndróme, re-hospitalizácia, reoperácia,
- 2/ bezpečnosť pacienta: dekubity, pády pacientov, nozokomiálne infekcie, komplikácie po anestézii,
- 3/ spokojnosť pacienta: meranie patientskej spokojnosti (laický pohľad pacienta, priebežne získavaný z dotazníkov spokojnosti).

- 80.** *Skontrolujeme objem a ceny nákupov v nemocniciach po tom, čo došlo k oznámeniu, že štát bude pristupovať k opätovnému oddĺženiu. Zameriame sa na opodstatnenosť a primeranosť týchto nákupov a v prípade nezrovnalostí vyvodíme jasnú zodpovednosť.*
- 81.** *Oddĺženie bude možné len ako predpoklad odštátnenia.*

Zásadným kritériom je, aby po oddĺžení začali nemocnice splácať svoje bežné výdavky riadne v termíne a negenerovali ďalšie dlhy. To sa dá doceliť transformáciou, ktorá zavedie okrem iného disciplínu, povinne auditované podvojné účtovníctvo a jednoznačne zadefinované zodpovednosti.

ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU (ÚDZS)

Úrad pre dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Úrad“) má viacero nenahraditeľných funkcií:

- dohliadať na to, či zdravotná poisťovňa nakupuje tú zdravotnú starostlivosť, ktorá je definovaná v zákone o rozsahu,
- dohliadať nad solventnosťou a likviditou zdravotných poisťovní a v prípade, že zaznamená zhoršenie parametrov zasiahnuť načas a razantne, aby sa prípadné škody eliminovali na minimum,
- dohliadať, či poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť „lege artis“.

K tomu aby mohol tieto funkcie plniť, musí byť Úrad nezávislý od politickej moci, v žiadnom prípade nesmie priamo podliehať vláde. Od roku 2006 do roku 2010 bol Úrad podriadený vláde, počas tohto obdobia došlo k veľkým chybám a zlyhaniu, ako príklad môže slúžiť likvidácia Európskej zdravotnej poisťovne. V rokoch 2011 až 2012 za vlády Ivety Radičovej bol Úrad oficiálne znova nezávislý, žiaľ, vláda naliehala na Úrad, aby zjemnil zákonom predpísané kroky pri zlej finančnej situácii Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Táto chyba mala nesmierny negatívny dosah na autoritu úradu. Následne, od roku 2012 je Úrad znova podriadený vláde. Jednoznačne do budúcnosti musí Úrad znova nadobudnúť nezávislosť, kľúčová však bude aj voľba vhodného človeka na funkciu predsedu.

Riešenia SaS:

- 82.** Voľba predsedu ÚDZS prebehne nasledovným spôsobom:⁵⁶
- 82.1** ustanoviť okruh voliteľov (rôzne inštitúcie navrhnú po jednom voliteľovi),
 - 82.2** volitelia vyhlásia výberové konanie, uskutočnia sa verejné vypočutia,
 - 82.3** kandidáti musia splňať odborné predpoklady,⁵⁷
 - 82.4** volitelia zostavia poradie kandidátov podľa vhodnosti,

⁵⁶ Poznámka: tento spôsob voľby sa bude uplatňovať pri voľbe riaditeľa Úradu na ochranu oznamovateľov korupcie.

⁵⁷ Vzdelanie, prax, bezúhonnosť atď.

82.5 *NR SR zvolí jedného z prvých dvoch alebo troch najlepších kandidátov verejným hlasovaním,*

82.6 *zvoleného kandidáta vymenuje prezident za predsedu ÚDZS,*

82.7 *funkčné obdobie bude 7 rokov,*

82.8 *predčasné odvolanie z funkcie prezidentom v prípade taxatívne vymenovaných dôvodov na návrh NR SR.*

83. *ÚDZS bude dohliadať nad plnením podmienok na výber zisku ZP.*

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ (NCZI)

NCZI je štátna príspevková organizácia, ktorej zriaďovateľom je Ministerstvo zdravotníctva SR. Jednou z hlavných úloh NCZI je realizácia informatizácie a elektronizácie zdravotníctva prostredníctvom systému eZdravie. Spustenie systému eZdravie začiatkom roku 2018 znamená historicky najväčšiu kvalitatívnu zmenu v oblasti zdravotníctva. Systém je centrálnym úložiskom zdravotných záznamov pacienta a je zdrojom dôležitých informácií o pacientovom zdravotnom stave, ktoré mu môžu zachrániť život. Napriek tomu, že sa spustenie systému pripravovalo dlhé roky a stálo okolo 100 mil. eur, nevyhlo sa veľkým ťažkostiam a čelí oprávnenej kritike zo strany lekárov i verejnosti.

Zo strany NCZI je nevyhnutné v čo najkratšom čase zásadne zlepšiť kvalitu všetkých údajov, ktoré sa získavajú v zdravotníctve, pretože sú nevyhnutné pre rozhodovacie procesy. Dáta týkajúce sa kvality zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacienta by mali byť zásadné pri rozhodovaniach zdravotných poisťovní a tiež nástrojom pacienta pri rozhodovaní sa, do ktorej nemocnice, či na ktoré oddelenie pri plánovanej zdravotnej starostlivosti sa rozhodne ísť.

NCZI vedie aj Národný register zdravotníckych pracovníkov.⁵⁸ Jedná sa o systém, ktorý obsahuje údaje fyzických osôb – zdravotníckych pracovníkov, tzn. odborne spôsobilých osôb vykonávajúcich zdravotnícke povolanie. V rámci správy a prevádzky Národného registra zdravotníckych pracovníkov sa za účelom jeho aktualizácie v súčasnosti pripravuje integrácia na Register fyzických osôb MV SR.

Riešenia SaS:

- 84.** Navrhujeme zjednotiť všetky registre zdravotníckych pracovníkov do jediného registra v NCZI. Registrácia zdravotníckeho pracovníka v NCZI bude súčasne nahrádzať licenciu, ktorú vydávajú dnes profesionálne komory (pozri opatrenie číslo 43).
- 85.** Postupne prejdeme od vytvárania štatistických tabuliek k tvorbe databáz, ktoré budú (anonymizovane) verejne prístupné.
- 86.** V eZdraví zlepšíme komunikáciu medzi NCZI a zdravotníkmi a NZCI a dodávateľmi ambulantných softvérov (horúca linka, často kladené otázky,...).
- 87.** Vyčleníme prostriedky na zaplatenie tých aktivít v rámci projektu eZdravie, ktoré sú mimo rámca bežných povinností zdravotníkov (napr. jednorazové vkladanie údajov do zdravotných kariet pacientov).
- 88.** Zabezpečíme funkčnosť objednávkového modulu ako plánovanú súčasť eZdravia.

58 Zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme.

LIEKOVÁ POLITIKA

10.1 Lieky a cenotvorba

Dnes tvoria náklady na lieky v rámci celkového rozpočtu slovenského zdravotníctva skoro 27 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Tieto peniaze potom chýbajú pri financovaní iných segmentov zdravotnej starostlivosti.

Zmena prístupu ku kategorizácii liekov a zdravotného materiálu je teda jednou z kľúčových úloh, ktoré systém slovenského zdravotníctva musí veľmi rýchlo absolvovať.

Zo zdrojov solidárneho zdravotného poistenia budú financované lieky a materiál v rámci štandardnej liečby. Teda liečby schválenej v štandardných všeobecne záväzných právnych predpisoch definovaných procedúrach na pôde oprávnených autorít. Takáto liečba je potom za jasných podmienok nárokovo dostupná pre každého poistenca, opiera sa o aktuálne poznatky vedy a je v súlade s "medicínou založenou na dôkazoch".

Zásadnou úlohou je potom len pravidelné prehodnocovanie a zapracovanie nových poznatkov vedy a výskumu. Vráťane štandardného procesu kategorizácie nových molekúl, a tým ich zaradenie alebo vyradenie z transparentného systému cenovej regulácie.

Ceny zdravotného materiálu dnes podliehajú základnej cenovej regulácii. V prípade kategorizácie liekov prebieha cenová regulácia len formálne a štát sa spolieha na správnosť podkladov dodávaných výrobcami a dovozcami. Dnešný systém až ex post kontroluje a prípadne sankcionuje za nepresné či nesprávne dáta. Prostriedky zo solidárneho zdravotného poistenia však už boli vydané. Sankcie sú navyše v porovnaní so ziskami z neseriózneho konania zanedbateľné.

Kategorizačnú komisiu s 11-timi členmi (dnes je päť zástupcov poisťovní, vrátane VŠZP; traja členovia zastupujú ministerstvo a traja odborné spoločnosti) je potrebné posilniť tak, aby bola odolnejšia voči tlaku farmaceutických spoločností. Kategorizačná komisia musí vytvárať svojim zložením predpoklady na vyvažovanie protichodných motivácií jej členov a subjektov, ktoré zastupujú.

Riešenia SaS:

- 89.** Navrhujeme, aby päť členov komisie menovali súkromné zdravotné poisťovne a ďalších päť členov menovali VŠZP (dvaja členovia), samosprávne stavovské organizácie (traja členovia) a predsedu komisie menoval minister. Každý člen komisie má jeden hlas.
- 90.** Zmeníme spôsob stanovovania pokút za neskoré alebo nesprávne podklady výrobcov pre kategorizáciu tak, aby tvorili minimálne dvojnásobnú hodnotu neoprávnených ziskov.

Očakávame, že posilnenie súkromných poisťovní v kategorizačnej komisii povedie k zvýšenému sledovaniu efektivity, kde sa kladie dôraz nielen na odborné medicínske otázky, účelnú farmakoterapiu, ale aj na cenu za získanie jedného QALY. Zároveň sa definujú indikačné aj preskripčné obmedzenia a percentá úhrady z verejného poistenia. Zaradením lieku do kategorizácie sa stáva liek súčasťou nároku pacienta v súlade s preskripčnými pravidlami určenými v procese kategorizácie.

Dôležitým pilierom, na ktorom stavia nový spôsob prístupu k cenovej regulácii, je transparentnosť konania, čím sa umožňuje plná verejná kontrola nad prácou cenového regulátora. Rovnako transparentným spôsobom je potrebné pracovať aj na úrovni odvolacích orgánov, aby sa nestávalo, že komplexné zhodnotenie a rozhodnutie následne zmení personálne a odborne nedostatočne vybavený odvolací orgán.

Riešenia SaS:

- 91.** Zabezpečíme zverejnenie zápisníc zo zasadaní na webovej stránke v prehľadateľnej podobe.
- 92.** Presadíme verejnú formu zasadania komisií a subkomisií s prihliadnutím na dodržiavanie pravidiel obchodného tajomstva.
- 93.** Nastavíme pevnú periódu kategorizácie liekov, ŠZM a zdravotných pomôcok 4x ročne.
- 94.** Zaviazeme kategorizačnú komisiu pravidelne zhotoviť a zverejniť výročné správy.

95. Predmetom cenovej regulácie budú aj:

- 95.1** lieky expedované na žiadanky nemocníc (A - skupina),
- 95.2** typy zdravotných pomôcok (a nie konkrétne výrobky) vydaných na zdravotné poukazy, ako napr. barle, obvazy, domáce kyslíkové prístroje,
- 95.3** špeciálny zdravotný materiál - kĺbové náhrady, stenty, šitie.

96. Pre transparentné konanie o cenách liekov a materiálu bude kategorizačná komisia využívať kombináciu dnes definovaných, ale aj nových postupov:

- 96.1** referencovanie cien v rámci referenčnej skupiny (s vyššou ako doterajšou citlivosťou u nových liekov a liekov často spadajúcich do emergentného⁵⁹ systému objednávaní),
- 96.2** informačné a dátové podklady z NCZI:
- 96.2.1** štatistické dáta o spotrebe liekov,
- 96.2.2** údaje o nákladovosti liečby,
- 96.2.3** indikátory kvality liečby, produktivity a nákladovosti
- 96.3** podklady z minulých verejných súťaží jednotlivých ZP a poskytovateľov,
- 96.4** výmenu dát v rámci kategorizačných autorít krajín EÚ, OECD a spoluprácu v EMA,
- 96.5** pravidiel pre posudzovanie cenovej efektivity vo vzťahu k ekonomickým možnostiam solidárneho zdravotného systému vyjadrenou hraničnou cenou za QALY a s dôrazom na pravidlo "medicína založená na dôkazoch",
- 96.6** pravidiel pre definovanie spoluúčasti solidárneho zdravotného systému na financovaní farmakoterapie súvisiacej s experimentálnou liečbou,

59 Povinnosť distribútora dodať registrovaný liek do 24 hodín a v prípade nedodania si liek môže lekárňu objednať priamo u dovozcu/výrobcu.

96.7 pravidelné prehodnocovanie liekov s ohľadom na zmeny v najnovších poznatkoch tak, aby bolo dodržané pravidlo “medicína založená na dôkazoch”.

97. Na základe skúseností s korupčným potenciálom každého rozdrobovania zamedzíme vznik sub-kategórie a sub-sub-kategórie liekov z dôvodu rozdielnych veľkostí balení či ciest podania pre rovnaké účinné látky.

Celkový balík zdrojov solidárneho zdravotného poistenia je spoločný na pokrytie nákladov na mzdy, lieky, prirodzenú obnovu prístrojov alebo budov. Z toho dôvodu, ak vyčleníme časť zdrojov na špecifické účely, automaticky musíme znížiť prísun zdrojov pre ostatné účely. Preto nie je žiaduce riešiť cenotvorbu a obmedzovanie nákladov na drahé lieky a lieky na zriedkavé choroby formou samostatného fondu vysoko nákladovej farmakoterapie z dôvodu.

Použitie liekov a materiálu, ktorý nebude po posúdení kategorizačnou komisiou kategorizovaný, môže byť spolufinancovaný v rámci experimentálnej liečby zdrojmi solidárneho zdravotného systému len doplnkovo. Takáto liečba zodpovedá definovaným procedúram pre výskum a vedecké štúdie vrátane dohľadu etických komisií. Je určená na overenie nových budúcich metód liečenia. Hlavná finančná záťaž je na výrobcov, vzdelávacích inštitúciách a ďalších verejných zdrojoch (nadácie, granty a podobne).

Rôzne výnimky⁶⁰ z kategorizácie či z registrácie dnes existujú len ako nástroj umožňujúci sa vyhnúť regulovanej a transparentnej cenotvorbe. Pre ponechanie systému výnimiek nie je žiaden odborný medicínsky či farmaceutický dôvod. Preto navrhujeme, aby po spustení individuálneho zdravotného pripoistenia, boli lieky, ktoré neprejdú riadnou kategorizačnou procedúrou, zaradené do systému experimentálnej liečby.

Zároveň však umožníme využívať nové druhy liekov pre slovenských pacientov, ktorí trpia najmä nevyliciteľnými ochoreniami (paliatívna liečba), dlhotrvajúcimi bolesťami a závažnými psychickými chorobami. Podstatne znížime všetky administratívne prekážky, ktoré dnes existujú, aby lekár mohol predpísať lieky aj mimo rámca dnes využívaných liekov (napr. lieky na použitie v nevyhnutných prípadoch).⁶¹ Úhrada takýchto liekov však bude spravidla mimo rámca solidárneho verejného poistenia.

Striktným nastavením využitia zdrojov solidárneho zdravotného systému len na financovanie štandardnej liečby a liekov, ktoré prešli procesom kategorizácie a striktným vyňatím experimentálnej liečby sledujeme úpravu stavu, keď sa pod rúškom výnimočnosti lieku schováva snaha obísť transparentnú cenovú reguláciu.

Do skupiny zdravotných pomôcok a ŠZM patria tisíce položiek. Časť z nich sa dá relatívne dobre kategorizovať, referencovať, porovnávať a časť z nich naopak sú vysoko špeciálne bez konkurencie v druhu a kvalite. U tých druhých je posúdenie pomeru cena/výkon často v rukách jediného človeka - práve toho odborníka v tom “národnom ústave” či centre excelentnosti a chýbajú kapacity pre nezávislé posúdenie. Preto je namieste ústup z byrokratických prekážok v záujme dostupnosti. No stále pri zachovaní vysokej transparentnosti a vytvorení informačných predpokladov pre budúce kategorizácie. Preto aj ŠZM a zdravotné pomôcky musia prejsť rozhodovacím procesom kategorizácie.

Tým sa tieto informácie dostanú do štandardného transparentného systému a na úrovni ministerstva by tak vznikol priestor pre vytváranie nákladových skupín podobných pomôcok používaných v rámci jednej diagnózy. Zamedzí sa tak alebo aspoň silne obmedzí účelový výber len jemne odlišných ŠZM, len aby sa výrobca vyhol kategorizácii.

Riešenia SaS:

- 98.** U ŠZM špecificky používaného v jednej nemocnici (Národné ústavy, centrá excelentnosti a podobne) nastavíme proces kategorizácie formou spolupráce s týmito zdravotníckymi zariadeniami.
- 99.** Po splnení štandardných požiadaviek na registráciu liečiv podporíme zaradenie prípravkov s obsahom tetrahydrocannabinolu a cannabidiolu do terapie na základe medicíny založenej na dôkazoch.
- 100.** Lieky nezaradené do kategorizácie, budú po zavedení individuálneho zdravotného pripoistenia zaradené do systému experimentálnej liečby a napr. financované a posudzované nástrojmi pre financovanie vedy a výskumu, grantovými či nadačnými schémami.

⁶⁰ Celkový objem je cca 45 miliónov €, čo predstavuje asi 4 percentá zdrojov na lieky.

⁶¹ Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 726/2004, odseky 83 (1) a (2).

10.2 Sieť lekární a lekárenstvo

Na úrovni poskytovateľov hrá významnú úlohu pri účelnej farmakoterapii pozícia klinického farmaceuta v nemocničnej starostlivosti. Je preto v záujme zachytenia moderných trendov vo vývoj spolupráce lekární - lekár podporovať aj financovanie výkonov klinického farmaceuta v prostredí nemocničnej zdravotnej starostlivosti. Výkony klinického farmaceuta budú súčasťou štandardných terapeutických postupov (guidelines).

V súčasnosti existujúca pestrosť v štruktúre poskytovania lekárenskej starostlivosti je plne v súlade so záujmom podporovať vysokú dostupnosť lekárenskej starostlivosti a udržiavanie kvality lekárenstva na úrovni vyspelých európskych krajín.

Ako aj v iných oblastiach, aj v prípade lekární podporujeme zdravé konkurenčné prostredie. Sme proti nezmyselným opatreniam, zároveň však sme proti zneužívaniu dominantného postavenia.

Riešenia SaS:

- 101.** Zabezpečíme, aby Protimonopolný úrad SR dôsledne preveroval dominantné postavenie niektorých prevádzkovateľov lekární a nariadil primerané opatrenia vyplývajúce zo zákona.
- 102.** Zrušíme pravidlo jedna lekárň, jedna právnická osoba.

10.3 Lieky a registrácia

Základnou úlohou Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (ŠÚKL) je registračná činnosť, pri ktorej sa z bežného tovaru stáva liek. Štandardom v tomto procese je, že podklady pre registračné konanie dodáva výrobca/dovozca lieku a ŠÚKL len validuje správnosť a úplnosť podkladov. Prax ukazuje,⁶² že v niektorých prípadoch je potrebné aktívne zasiahnuť, keď z ekonomických záujmov nechce výrobca registrovať niektoré indikácie či iné vlastnosti lieku.

⁶² Napríklad Avastin.

Riešenia SaS:

- 103.** Kompetencie registračnej autority rozšírime o právo doplniť, upraviť alebo rozšíriť registračnú dokumentáciu predkladanú výrobcom. Tieto zásahy musia byť podložené výlučne v súlade s pravidlami „medicíny založenej na dôkazoch“.

S nástupom technológií eZdravia sa rozšíria možnosti sledovania interakcií a kontraindikácií liekov nasadených do terapeutickkej praxe. ŠÚKL spracovávaním a poskytovaním dát o výskytoch interakcií a nežiaducich účinkov pri farmakoterapii prispeje k optimalizácii liekovej politiky a šetreniu výdavkov zo solidárneho zdravotného poistenia.

Dnes sa ukazuje, že až 45 % moderných a drahých liekov na onkologické a zriedkavé ochorenia, ktoré schválila v rokoch 2009 až 2013 EMA, nemajú vplyv na dĺžku prežitia či kvalitu života pacienta⁶³. Musíme veľmi obozretne pracovať s registráciou liekov v tomto segmente, aby sme na jednej strane umožnili občanom prístup k modernej liečbe včas a včas vyradzovali molekuly, ktoré preukázateľne stratili terapeutickú opodstatnenosť.

V rámci systému regulačných autorít má ŠÚKL špecifické postavenie - je jedným z mála subjektov rezortu zdravotníctva, ktorý sa svojou činnosťou v oblasti kontroly a registrácie zapája do vytvárania finančných zdrojov. Túto vlastnosť budeme podporovať a rozvíjať.

Riešenia SaS:

- 104.** V rámci kapitálových výdavkov rozpočtu ministerstva zdravotníctva sa zaradia investície do Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv tak, aby sa slovenské laboratória mohli uchádzať o celoeurópske a svetové zákazky v oblasti kontroly kvality a bezpečnosti liekov a ich výroby.

10.4 Lieky a vzťah k občanom

Cieľom liekovej politiky je postupovať v rebríčku krajín z pásma krajín s vysokou spotrebou liekov smerom ku krajinám, ako je Holandsko, kde je spotreba liekov na obyvateľa najnižšia v EÚ pri súčasne najvyšších priečkach v kvalite zdravia populácie.

⁶³ <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/10/polovina-novych-onkologickyh-leku-schvalenych-ema-neprodluzuje-zivot-nezlepsuje-kvalitu-rika-studie/>

Súčasťou činností zameraných na podporu transparentnosti v zdravotníctve bude aj zavedenie informácií o cenách materiálu, pomôcok a liekov pre pacientov ako súčasť informácií zdravotnej dokumentácie pre pacienta. Aby pacient poznal nielen doplatok lieku, ale aj jeho skutočnú celkovú cenu.

Riešenia SaS:

- 105.** *Zabezpečíme, aby bol pacient informovaný o cenách zdravotnej starostlivosti, výkonov, liekov, materiálu.*

Ctení čitatelia,

teší nás, že ste sa prepracovali až sem. Prosíme vás, buďte s nami zhovievaví. Snažili sme sa podľa najlepšieho vedomia a svedomia, ale je nám jasné, že tento materiál znesie ďalšie zlepšenia. Preto vás chceme veľmi pekne poprosiť o pripomienky, najmä tie konštruktívne. Prosíme, píšete našej tímlíderke pre zdravotníctvo Janke Cigánikovej na janka@ciganikova.sk.

V najbližších mesiacoch zapracujeme všetky relevantné podnety a na jeseň zverejníme finálnu Reformu zdravotníctva. Za vaše pripomienky vám už vopred veľmi pekne ďakujeme.



*Vydalo Komunikačné oddelenie strany
Sloboda a Solidarita, marec 2018*