

TOMÁŠ SZALAY - JANA ANDELOVÁ - MÁRIA POUROVÁ - ANGELIKA SZALAYOVÁ

ZDRAVOTNÍCTVO PO VOĽBÁCH 2016

HODNOTENIE VOLEBNÝCH PROGRAMOV POLITICKÝCH STRÁN



HPI

10 ROKOV



MISIA HPI

NAŠE MYŠLIENKY VYTVÁRAJÚ LEPŠIE ZDRAVOTNÍCTVO

V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyvolané vysokými očakávaniami občanov, starnutím populácie, meniacou sa štruktúrou chorôb a technologickým pokrokom je poslaním Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute:

- presadzovanie hodnôt, ktoré podporujú finančne udržateľné zdravotné systémy, ktoré flexibilne reagujú na potreby populácie,
- presadzovanie inovatívnych riešení na úrovni zdravotných systémov, na úrovni zdravotných poisťovní a na úrovni poskytovateľov s cieľom vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb,
- presadzovanie klientskeho prístupu k poisťencom a pacientom.

Prvým predpokladom presadzovania týchto hodnôt je **chápanie zdravia ako individuálneho statku**. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať takú zdravotnú politiku, ktorá motivuje každého občana k zlepšovaniu vlastného zdravotného stavu.

Druhým predpokladom je čo najväčšia **decentralizácia rozhodnutí**. Preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje aj v zdravotníctve trhové mechanizmy tam, kde sú preukázateľne efektívnejšie ako štátne intervencie. Ako základný nástroj zdravotnej politiky preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať efektívnu reguláciu rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej z verejného zdravotného poistenia, flexibilné nastavenie minimálnej siete, dostatočne motivačné maximálne ceny, pričom úlohou súkromného sektora je naplňať tieto regulácie.

Treťou dôležitou hodnotou je **solidarita**. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje systém povinného verejného zdravotného poistenia, na základe ktorého má každý poistenec nárok na rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe. Vzhľadom k tomu, že v zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonomie, musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácnych zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute preto bude na Slovensku ale aj vo svete presadzovať také fungovanie zdravotných systémov, ktoré podporujú zodpovednosť pacienta, zodpovednosť poskytovateľa a zodpovednosť nákupcov zdravotnej starostlivosti.

TOMÁŠ SZALAY - JANA ANDELOVÁ - MÁRIA POUROVÁ - ANGELIKA SZALAYOVÁ

ZDRAVOTNÍCTVO PO VOĽBÁCH 2016

HODNOTENIE VOLEBNÝCH PROGRAMOV POLITICKÝCH STRÁN



ISBN 978-80-971727-4-9



WWW.HPI.SK



OBSAH

ÚVOD	5
PROGRAMOVÉ VYHLÁSENIE VLÁDY	6
ZDRAVOTNÍCTVO: VIEME, ČO ROBIŤ NEHCÚ	6
HODNOTENIE PLNENIA PVV	8
HPI K VYBRANÝM AKTUÁLNYM TÉMAM	15
POPLATKY	15
DRG	16
REEXPORT	16
ZADLŽOVANIE NEMOCNÍC	16
E-HEALTH	18
ŠTÁTNY ROZPOČET	18
HODNOTENIE VOLEBNÝCH PROGRAMOV POLITICKÝCH STRÁN	21
POISTENEC A JEHO ZÁKONNÝ NÁROK	23
FINACOVANIE	29
PLATOBNÉ MECHANIZMY	32
ORGANIZÁCIA	35
REGULÁCIA	38
KVALITA	40
INVESTÍCIE DO BUDÚCNOSTI ZDRAVOTNÍCTVA	42
CELKOVÉ HODNOTENIE	46
PÁR ŠTATISTÍK	48
ZHRNUTIE JEDNOTLIVÝCH PROGRAMOV	50
A AKO BY SME TO ROBILI MY?	53
6 OPATRENÍ ZA 6 ROKOV?	53
OPATRENIA PRE NASLEDUJÚCE 4 ROKY	54
SUMÁR ODPORÚČANÝCH OPATRENÍ	55
HPI: HEALTH POLICY PAPER	57
POSUDKY	66



ÚVOD

Či sa nám to páči alebo nie, slovenské zdravotníctvo je závislé od rozhodnutí politikov. Etapy jeho vývoja sú preto zvyčajne vymedzené volebnými obdobiami.

Funkčné obdobie 2. vlády premiéra Roberta Fica sa v čase písania týchto riadkov chýli ku koncu. Nastala teda príležitosť na hodnotenie činnosti tejto vlády – čo v zdravotníctve urobila, resp. neurobila. V odpočte sľubov sme porovnali zámery uvedené v programovom vyhlásení vlády s realitou.

V ďalšej časti komentujeme niektoré témy, ktoré hýbu zdravotníctvom, vrátane rozpočtu na budúci rok (analyzovať rozpočty do väčšej budúcnosti je veštením z kávovej usadeniny).

Parlamentné voľby v marci 2016 sú štartom ďalšej kapitoly zdravotnej politiky. Aká bude? Pri hľadaní odpovede na túto otázku sme analyzovali volebné programy relevantných politických strán. Hodnotili sme navrhované zámery a ich realizovateľnosť.

Na záver sme pripojili náš policy paper z roku 2010. Trochu sme ho oprášili, ale nebolo na ňom veľa čo meniť. Z našich vtedajších odporúčaní sa za 6 rokov zrealizovalo len 6...

Bratislava, 2. februára 2016

DISCLOSURE

Za desať rokov existencie si Health Policy Institute získal renomé a rešpekt. So žiadosťou o dáta, analýzu, názor či komentár sa na nás obracajú nielen novinári alebo kolegovia-analytici, ale aj politici.

V súlade s našou misiou, ktorou je presadzovanie lepšieho zdravotníctva, sa snažíme aj politikom poskytnúť inovatívny pohľad na systém a jeho problémy. Je potom na nich, ktoré z našich myšlienok si osvoja a zapracujú do svojich koncepcií.

Pri hodnotení zdravotných programov sme si stanovili jasnú metodiku. Hodnotíme programy, nie prípadné osobné vzťahy, ktoré nás viažu k politikom-autorom týchto programov.

Na písaní žiadneho z hodnotených programov sa HPI nezúčastnil.

Čitateľ si však zaslúži vedieť, s kým autori diskutovali o jeho programových zámeroch, aby tak bol upozornený na prípadný konflikt záujmov:

- Miroslav Beblavý, #Sieť
- Marian Faktor, KDH
- Viliam Novotný, Šanca
- Peter Osuský, SaS
- Valér Potičný, SDKÚ-DS



PROGRAMOVÉ VYHLÁSENIE VLÁDY

Programové vyhlásenie vlády Roberta Fica schválil slovenský parlament 15. mája 2012.

Jeho znenie je pomerne vágne a všeobecné, aby sa sľuby už a priori dali považovať za splnené. Konkrétnejšie boli sformulované negatívne záväzky. Preto bol vtedajší komentár HPI k programovému vyhláseniu nazvaný *Zdravotníctvo: vieme, čo robiť nechcú* (publikovaný v časopise .týždeň 19/2012).

ZDRAVOTNÍCTVO: VIEME, ČO ROBIŤ NEHCÚ

TOMÁŠ SZALAY, PETER PAŽITNÝ A ANGELIKA SZALAYOVÁ, MÁJ 2012

Programové vyhlásenie vlády (PVV) v oblasti zdravotníctva takmer doslova kopíruje programový dokument SMERu z decembra 2011. Tento fakt vo veľkej miere vyvracia tvrdenia Roberta Fica, že PVV bolo (teda aspoň v tejto oblasti) tvorené za účasti sociálnych partnerov. Posun medzi programom SMERu a PVV je veľmi malý. Ako samotný program, tak aj PVV v oblasti zdravotníctva je veľmi nekonkrétne. Zrejme zámerne, aby sa sťažila kontrola dosahovania cieľov vlády.

V programovom vyhlásení sa veľmi ťažko dočítate, čo vlastne SMER v zdravotníctve chce urobiť, o to viac sa však dočítate, čo SMER robiť nechce. V tomto je PVV unikátne – vláda je najkonkrétnejšia práve v oblastiach, ktoré robiť nebude. Nebude transformovať nemocnice na akciové spoločnosti. Nebude privatizovať činnosti nemocníc.

Druhou oblasťou negatívneho vymedzovania sa je vzťah voči vláde Ivety Radičovej. Je dosť neštandardné, ak nastupujúca vláda vo svojom programovom vyhlásení nehovorí o svojich opatreniach, ale kritizuje opatrenia vlády predchádzajúcej. Vyčíta jej účelovosť v liekovej politike a nedostatočnú výšku platieb za poistenca štátu.



V preambule SMER hovorí, že pri výkone svojho štvorročného mandátu vláda chce „konsolidovať verejné zdravotníctvo s dôrazom na jeho finančnú stabilizáciu.“ SMER tak nesprávne, ale zrejme zámerne používa pojem „verejné zdravotníctvo“ na pomenovanie celého zdravotného systému. V zdravotnej politike sa však pojmom verejné zdravotníctvo označuje odbor, ktorý sa zaoberá determinantmi zdravia (hygienou, pitnou vodou, očkovaním, ochranou nefajčiarov, či podporou zdravého životného štýlu). Pomenovanie zdravotného systému pojmom „verejné zdravotníctvo“ má zrejme pripraviť pôdu pre najrôznejšie vládne zásahy do zdravotníctva – pod zámenkou verejného záujmu.

Vzhľadom na silný záväzok z preambuly o finančnej stabilizácii programovému vyhláseniu chýba dôveryhodná stratégia financovania zdravotníctva. V programovom vyhlásení je vláda veľmi opatrná a deklaruje, že bude „hľadať možnosti“ dofinancovania systému. Dodajme, že minister financií Kažimír neplánuje v roku 2013 zvýšiť platbu za poistencov štátu a chce ju ponechať na dnešnej úrovni 4 % priemernej mzdy. Podobne je to aj s investíciami. Ohľadom dobudovania siete urgentných príjmov v nemocniciach vláda hovorí, že je to „významná úloha.“ Pri dostavbe bratislavskej nemocnice na Rázsochách je dokument ešte menej konkrétny a skrýva sa za formulku, že prípadná dostavba sa uskutoční „s prihliadnutím na ekonomické možnosti a výsledky auditu.“

V oblasti financovania nemocníc je prekvapivé, že v PVV nie je žiadna zmienka o dokončení projektu DRG pre spravodlivejšie odmeňovanie nemocníc. V tomto bode sa programové vyhlásenie významne odlišuje od volebného programu SMERu, ktorý obsahoval záväzok, že SMER „zavedie systém spravodlivého a transparentného financovania poskytovania zdravotnej starostlivosti.“ Navyše, Richard Raši v minulosti otvorene podporil zavedenie DRG

a ministerka Zuzana Zvolenská dokonca pôsobila ako poradkyňa pre projekt DRG na Úrade pre dohľad. Ak teda SMER neplánuje spravodlivejšie odmeňovanie pre všetky nemocnice, tak nikoho neprekvapí, že plánuje „podporovať rozvoj univerzitných nemocníc.“

Evergreen SMERu – zákaz zisku zdravotných poisťovní – nie je v PVV exaktne napísaný. Predchádzajúca skúsenosť so žalobami majiteľov zdravotných poisťovní pri zákaze zisku z roku 2007 a rozhodnutie Ústavného súdu o oprávnenosti dosahovania zisku z roku 2011 dotlačila vládu k formulácii, že „prijme opatrenia v súlade s ústavou a platnou európskou legislatívou, s cieľom maximálne možného využitia prostriedkov, ktoré zo zákona vyberajú zdravotné poisťovne“. Oproti programu SMERu z decembra 2011 do PVV pribudla zmena spôsobu prerozdelenia peňazí medzi zdravotnými poisťovňami. Projekt PCG, ktorý zohľadňuje chorobnosť poistencov pripravila ešte predchádzajúca vláda a jeho výsledkom bude presun zdrojov k poisťovňam s nákladnejším poistným kmeňom.

Na programovom vyhlásení je teda najzaujímavejšie to, čo v ňom nie je. Chýbajú konkrétne opatrenia na deklarovanú finančnú stabilizáciu, chýba ambícia na definovanie zákonného nároku a hlavne chýba dôvera v samostatnosť ľudí a zodpovednosť jednotlivých hráčov. To všetko vyvažuje dôraz na „verejné zdravotníctvo“.



HODNOTENIE PLNENIA PVV

Starostlivosť o zdravie – zdravý občan, vyliečený pacient a spokojní zdravotníci

znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
Zdravie občanov je najväčšia hodnota a zdroj bohatstva spoločnosti, ktoré treba chrániť a rozvíjať. Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.	všeobecná deklarácia	
Zdravotná politika vlády vychádza z európskych tradícií a skúseností s prihliadnutím na špecifiká Slovenskej republiky. Právo na ochranu zdravia a zdravotnú starostlivosť je základné ľudské právo a verejný záujem prioritného významu. Základným princípom musí byť rovnosť a solidarita občanov pri ochrane zdravia a poskytovaní dostupnej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, ako jednej zo základných verejných služieb. Zdravie občana je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť, preto vláda sa zaväzuje vykonať všetky možné a dostupné opatrenia, ktoré verejné zdravotníctvo bude v Slovenskej republike stabilizovať a rozvíjať.	všeobecná deklarácia	
Obnovíme otvorenú a systematickú komunikáciu s odbornou verejnosťou, stavovskými a odborovými organizáciami. Všetky zásadné systémové zmeny musia byť výsledkom odborného konsenzu a spoločenskej dohody zúčastnených strán.	Vláda zlyhala v komunikácii zdravotnej politiky. Vyhýbala sa odbornej diskusii. Najvýznamnejšia agenda (zavedenie systému jednej poisťovne) vlády bola presadzovaná bez akejkoľvek diskusie či dohody s ktoroukoľvek menovanou stranou. Zlyhanie komunikácie so stavovskými organizáciami viedlo k protestným hromadným výpovediam nemocničných sestier na sklonku roku 2015. Okrem sporu s komorou sestier a pôrodných asistentiek je ministerstvo zdravotníctva v spore aj so Slovenskou lekárskou komorou (o.i. kvôli vzdelávacím kreditom).	NIE



znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
<p>Vláda počas celého funkčného obdobia neuskutoční transformáciu univerzitných, fakultných a verejných nemocníc na akciové spoločnosti, čím zabráni ich privatizácii a znižovaniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako aj ohrozeniu existencie nemocníc.</p>	<p>Jeden z konkrétnych negatívnych záväzkov. Hoci PPP projekt novej UNB zrejme nie je v úplnom súlade s týmto príslubom, keďže sa neuskutoční, tento sľub môžeme považovať za splnený.</p>	ÁNO
<p>Vláda posilní systém verejného zdravotníctva a štátneho zdravotného dozoru. Pripraví strategické materiály, vrátane zámeru na postupnú zmenu od poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientom ku komplexnému prístupu starostlivosti o zdravie občanov, národných programov podpory zdravia a preventívnych programov v najdôležitejších oblastiach. Pôjde o všetkých občanov, so zameraním sa na starostlivosť o deti a mladistvých, o ženy, seniorov, onkologických pacientov a o ďalšie najviac ohrozené skupiny obyvateľstva, prevenciu civilizačných ochorení, podporou konzumácie zdravých potravín, zdravého životného prostredia a aktívnej rekreácie v prírodnom prostredí.</p>	<p>Určite sa dá polemizovať, že niektoré národné programy boli za posledné štyri roky aktualizované v rámci údržby. Sľubované „strategické materiály“ však prijaté neboli. Napríklad dodnes nemáme národný onkologický program (pacienti s týmito ochoreniami sú pritom v PVV explicitne spomenutí). Prijaté boli len dva národné programy. <i>Národný program prevencie HIV/AIDS</i> na roky 2013 – 2016 je v zásade kópia predchádzajúceho programu.</p> <p>A v decembri 2015 bol prijatý <i>Národný program rozvoja starostlivosti o pacientov so zriedkavými chorobami</i> na roky 2016 – 2020. Ani jedna z týchto agend však rozhodne nepatrí medzi „najdôležitejšie oblasti“.</p>	NIE
<p>Vláda bude dôsledne dbať na dodržiavanie zákonov týkajúcich sa ochrany zdravia. Bude pokračovať v aktívnej ochrane nefajčiarov a prijímať protialkoholické a protidrogové opatrenia.</p>	<p>Údržba legislatívy prebiehala bez väčšej angažovanosti vlády. Novela zákona o ochrane nefajčiarov z roku 2013 mala ambíciu úplne odstrániť fajčenie z nákupných centier, skončilo sa to však (a nie po prvý raz) kompromisom.</p>	ČIASTOČNE
<p>Vysoká kvalita, dostupnosť a efektívnosť zdravotnej starostlivosti je nevyhnutnou podmienkou spokojnosti a dôvery občanov v systém organizácie, riadenia, dôslednej kontroly a samotného výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Snahou vlády bude, aby sa na celom území SR poskytovala zdravotná starostlivosť na úrovni súčasných poznatkov medicíny. Dosiahne to zavádzaním štandardných diagnostických a liečebných postupov, kontinuálnym vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov a vyhodnocovaním indikátorov kvality u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.</p>	<p>Neboli sme svedkami žiadnej viditeľnej snahy regulátora o štandardizáciu postupov či meranie a zverejňovanie indikátorov kvality.</p> <p>Je zvláštne, že pre ambulancie či lekárne platia veľmi jasné materiálo-technické normatívy, na nemocnice sa žiaden takýto predpis nevzťahuje. Príslušný výnos MZ SR má totiž odloženú účinnosť, ktorá sa každé dva roky znova a znova odkladá. Táto vláda odkladala účinnosť výnosu dvakrát, v decembri 2012 a potom v decembri 2014, naposledy to bolo za horizont jej funkčného obdobia (do decembra 2016). Ide pritom o reguláciu štruktúrnych kritérií kvality nemocníc. Dôvodom pre večný odklad účinnosti je skutočnosť, že slovenské nemocnice túto reguláciu kvality nespĺňajú. Vymáhanie tohto opatrenia by viedlo k optimalizácii posteľového fondu a zrejme i k lepším výsledkom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.</p>	NIE



znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
<p>Zlepšovanie mzdového ohodnotenia pracovníkov v rezorte zdravotníctva je jednou z priorit v oblasti zdravotníctva. Vláda v medziach ekonomických možností zavedie také mechanizmy do spôsobu riadenia a financovania rezortu, aby bol primeraný dostatok prostriedkov na zvyšovanie odmeňovania zdravotníckych pracovníkov.</p>	<p>Vláda dodržala harmonogram navyšovania centrálne regulovaných miezd lekárov, na ktorom sa dohodla s ich zástupcami. K januáru 2014 sa zvýšili minimálne mzdy neatestovaných lekárov na 1,25-násobok priemernej mzdy, mzdy atestovaných na 2,1-násobok a k januáru 2015 na 2,3-násobok.</p> <p>Časti pracovníkov v zdravotníctve, ktorých mzdy sú viazané na násobok minimálnej mzdy, sa mzdy zvýšili v dôsledku významného nárastu minimálnej mzdy (z 327,20 € v r. 2012 na 405 € v r. 2016, t. j. o 23,7 %).</p> <p>Na druhej strane, so splnením mzdových nárokov ostatných zdravotníkov mala vláda problém. Zákon o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek, schválený parlamentom ešte na sklonku predchádzajúcej, Radičovej vlády, pozastavil v júli 2012 Ústavný súd. O rok neskôr vyslovil jeho nesúladiť s ústavou. Ministerstvo sľubovalo vyriešiť situáciu ústavne konformným spôsobom, a pre všetky zdravotnícke povolania. Výsledkom je zákon č. 428/2015 Z. z., ktorý s účinnosťou od 1. 1. 2016 stanovuje minimálne mzdové koeficienty pre jednotlivé zdravotnícke povolania a stupne vzdelania, vo všetkých typoch nemocníc. Zástupcovia zdravotníkov navyše požadovali (1) vyššie základné koeficienty, (2) zvyšovanie koeficientov v závislosti od odpracovaných rokov a (3) zavedenie mzdovej regulácie aj mimo nemocníc (ambulancie, sociálne zariadenia). Schválená mzdová regulácia ich preto neuspokojila a na sklonku roku 2015 začali zdravotné sestry podávať protestné výpovede, ich počet prevýšil 1000. Jeden z faktorov, ktorý ich k tomu primäl, bola podľa ich predstaviteľov viaznuca komunikácia s ministerstvom zdravotníctva.</p>	ČIASTOČNE
<p>V oblasti vzdelávania zdravotníckych pracovníkov podporí návrhy na úpravu systému tak, aby nedochádzalo k nedostatku niektorých špecializácií potrebných na správne a komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti.</p>	<p>Nariadenie vlády 379/2015 uľahčuje získanie niektorých atestácií tým, že umožňuje započítavať do špecializačného štúdia aj časť štúdia v iných odboroch.</p>	ÁNO
<p>Vláda pre ochranu zdravotníckych pracovníkov bude dôsledne dbať na dodržiavanie Zákonníka práce a normatífov v zdravotníckych zariadeniach.</p>	<p>Ide o deklaráciu, že vláda bude vymáhať dodržiavanie platných zákonov, čo by normálne mala byť jej povinnosť. Striktné dodržiavanie platných normatífov ako aj zákonníka práce by v dnešných podmienkach zrejme paralyzovalo slovenské zdravotníctvo. S dôslednosťou vymáhania legislatívy by sa preto dalo úspešne polemizovať.</p>	NIE



znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
Bude spolupracovať s odbornými a odborovými organizáciami na rozvoji stratégie zmien pomerov v zdravotníctve.	Komory, odbory i odborné spoločnosti sa sťažujú na absenciu dialógu. V niektorých prípadoch sa ministerstvo zdravotníctva dostalo dokonca do sporu s týmito partnermi (napr. s SLK vo veci vzdelávacích kreditov).	NIE
Vláda podporí optimalizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s dôrazom na zabránenie nekontrolovateľného rastu najmä v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a navrhne riešenie problematiky LSPP.	K optimalizácii siete poskytovateľov ani úprave problematiky LSPP nedošlo.	NIE
V oblasti poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné v spolupráci s odbornými spoločnosťami, stavovskými a vzdelávacími inštitúciami dostatočne zatraktívniť pôsobenie lekára vo všeobecnej a stomatologickej starostlivosti.	Snaha o zvýšenie atraktívnosti povolania všeobecného lekára sa prejavila vo viacerých opatreniach – rezidenčnom programe, zvýšení kompetencií či jednoduchšej atestácii.	ÁNO
Vláda zavedie prísnu kontrolu hospodárenia nemocníc, čím sa zabráni neúčelnému vynakladaniu finančných prostriedkov.	Centrálne nákupy, porovnávanie cien, elektronické obstarávanie – veľa rôznych nástrojov bolo pospomínaných v debata o hospodárení nemocníc. Ale výsledok nevidno. Známe medializované kauzy (piešťanské CT, luxemburské stravovanie, operačný stôl pre 500 kg pacientov,...) dokazujú, že „prísna kontrola“ vlády nebola veľmi účinná.	NIE
Aby nedochádzalo k zadlžovaniu nemocníc, ktoré bolo historicky najväčšie v poslednom období, vláda nepripustí privatizovanie ekonomicky lukratívnych činností nemocníc, tak vytvorí podmienky pre ich finančnú stabilizáciu.	Sľub, že vláda niečo neurobí – a naozaj, neurobila. Zadlžovanie nemocníc sa nijako nespomalilo. Ku koncu roku 2015 ho odhadujeme na vyše 500 miliónov eur.	ÁNO
Významnou úlohou je dobudovanie siete urgentných príjmov a traumatologických centier, nakoľko urgentná medicína predstavuje významný prvok integrovaného záchranného systému.	Sieť urgentných príjmov sa nepodarilo vybudovať. Dobešli len programy financované z eurofondov, ktoré financovali urgentný príjem v košickej UNLP či v Skalici. Verejnosti nebola predstavená koncepcia urgentných príjmov a traumatologických centier.	NIE
Vláda zachová sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pod kontrolou štátu v podmienkach, ktoré budú garantovať rozsah a dostupnosť zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia pre všetkých pacientov.	Ďalší sľub, že vláda niečo neurobí. Štátne nemocnice zostali štátnymi, úloha splnená.	ÁNO
Bude podporovať rozvoj univerzitných nemocníc, ktoré predstavujú integrovaný a všeobecne dostupný medicínsky systém poskytujúci výhody najvyššej kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a vedeckého výskumu v medicíne. Vo svojej práci sa orientujú predovšetkým na potreby individuálnych pacientov a na riešenie spoločensky závažných zdravotných problémov.	V tejto téme stojí za zmienku len PPP projekt novej univerzitnej nemocnice v Bratislave. Jeho príprava je však natoľko komplikovaná, zamotaná a zrejme i zbabraná, že z PPP nemocnice nič nebude.	NIE



znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
S prihladením na ekonomické možnosti a výsledky medicínskeho, prevádzkového a technického auditu bude podporená dostavba moderného celoslovenského medicínskeho komplexu Rázsochy, ktoré prinesie zabezpečenie zdravotnej starostlivosti s dosahom pre celú SR. Týmto krokom sa zároveň vyrieši aj vzdelávací základňa slovenského zdravotníctva.	Z dostavby Rázsoch sa stal PPP projekt na Patrónke. Celková hodnota zákazky na výstavbu a 30-ročné prevádzkovanie nemocnice odhaduje MZ SR na 6,3 mld. eur. Nejasnosti okolo tendra (viaceré podania na ÚVO), biznisplánu (ministerstvo tvrdí, že všetky riziká bude znášať investor) a rozdielne názory v rámci kabinetu (IFP pri MF SR sa domnieva, že by nemocnicu mal stavať štát) zrejme povedú k neúspechu tejto aktivity a k predĺžovaniu nevyhovujúceho status quo.	NIE
Rezort zdravotníctva bude pokračovať v krokoch, ktoré zabezpečia znižovanie nákladov a zároveň zvýšia dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok bez doplatkov pre všetky závažnejšie ochorenia.	Pravidlá pre referencovanie cien liekov sa mierne upravili (z druhej najnižšej priemer troch najnižších cien v EÚ). Doplatky pacientov za receptové lieky sa od roku 2012 znížili v priemere o 10 % (z cca 150 na cca 135 mil. € v r. 2015). Náklady na lieky po poklese a stagnácii opäť rastú, tempo je však pomalšie.	ÁNO
Vláda vytvorí podmienky pre prehľadnenie vzťahov medzi výrobcami liekov, zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi...	Zákon 393/2015 zaviedol povinnosť reportovať a zverejňovať náklady marketingových aktivít farmaceutického priemyslu.	ÁNO
...a odstráni pretrvávajúce problémy trhu s liekmi vzniknuté v súvislosti s účelovými legislatívnymi opatreniami predchádzajúcej vlády.	Nešpecifikované „pretrvávajúce problémy trhu s liekmi“ sa napriek štyrom rokom vládnutia nepodarilo vyriešiť – najviac skloňovaným problémom je dnes reexport liekov. Zvažovať vinu na predchádzajúcu vládu (za účelovú nečinnosť?) bude môcť tá nasledujúca.	NIE
Vláda prijme opatrenia v súlade s ústavou a platnou európskou legislatívou, s cieľom maximálne možného využitia prostriedkov, ktoré zo zákona vyberajú zdravotné poisťovne od občanov, na diagnostiku a liečbu pacientov. Navrhne také legislatívne a organizačné opatrenia, aby nedochádzalo k neefektívnemu vynakladaniu prostriedkov určených zo zákona na zdravotnú starostlivosť.	Tieto vety, príliš všeobecné, aby vládu k niečomu zaväzovali, sú v programovom vyhlásení asi najkonkrétnejšie odkazy na tému zisku v zdravotnom poistení a na pluralitu zdravotného poistenia. Hlavná zdravotnícka téma celého volebného obdobia, zavedenie systému jednej poisťovne, nemá totiž nikde inde v tomto dokumente oporu. Unitarizáciu ohlásila vláda v júli 2012, na jeseň 2012 bol už známy aj harmonogram. Najneskôr v roku 2014 mala byť na Slovensku už len jedna zdravotná poisťovňa. Za dva roky však ministerstvo nepredstavilo konkrétny legislatívny návrh tejto zmeny. V lete 2015, keď už boli jasne premeškané všetky termíny, rezignáciu priznal aj premiér. Oficiálnym zdôvodnením sú chýbajúce zdroje na odškodnenie vyvlastňovaných vlastníkov súkromných zdravotných poisťovní. Za štyri roky neboli prijaté ani regulačné, ani organizačné opatrenia, ktoré by naplnili uvedený sľub (s výnimkou PCG, viď ďalej). Takmer všetky zdravotnícke kauzy tohto volebného obdobia sa týkali neefektívneho vynakladania prostriedkov určených na zdravotnú starostlivosť – nominantmi štátu.	NIE



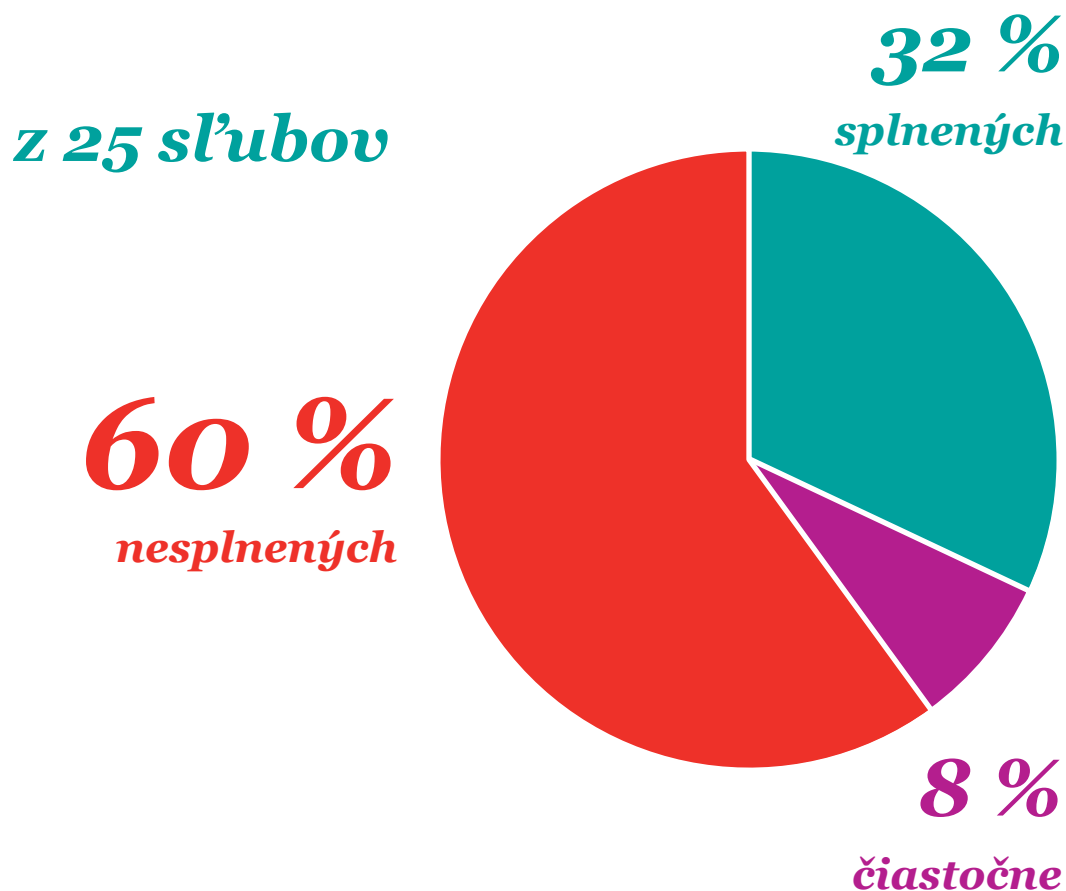
znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
<p>Významným krokom v tomto smere bude prehlbenie princípu solidarity zohľadnením chorobnosti v rámci systému prerozdelenia poisťného.</p>	<p>Zavedenie PCG (prediktor chorobnosti na základe spotreby liekov) do prerozdelenia sa naozaj udialo a hodnotíme ho jednoznačne pozitívne. Zohľadnenie chorobnosti pri financovaní je spravodlivejšie a nastavuje zdravšie motivácie. Pre úplnosť treba dodať, že splnenie tohto sľubu nebolo nijako náročné. PCG bolo agendou vlády Ivety Radičovej. Vtedy bolo PCG pripravené, aj vďaka výpočtom našej analytičky Angeliky Szalayovej, tak, že ho po voľbách 2012 prevzala vláda ako hotovú vec. A môže ju prezentovať ako „svoju“ reformu.</p>	ÁNO
<p>Vláda bude počas svojho funkčného obdobia hľadať možnosti a zdroje dofinancovania výpadkov spôsobených znížením platby za poisťencov štátu predchádzajúcou vládou.</p>	<p>Vláda možno naozaj „hľadala možnosti a zdroje“, podstatné však je, že ich nenašla. Trochu ironicky preto vyznieva vymedzenie sa voči predchodkyni. Platba za poisťencov štátu od roku 2015 klesla dokonca pod 4 % z priemernej mzdy. Na prvý pohľad to možno nevidno, lebo sadzba pre rok 2015 bola 4,46 % a pre rok 2016 má byť 4,3 %. Ale tieto sadzby v sebe zahŕňajú kompenzácie nákladov mzdovej regulácie a výpadku odvodov v dôsledku zavedenia odvodovej odpočítateľnej položky. Bez týchto korekčných položiek, ktorými štát (len čiastočne) kompenzoval náklady svojej regulácie je efektívna sadzba za poisťencov štátu najnižšia za posledných 12 rokov. Predvídateľnosť financovania je kľúčový predpoklad pre efektívne investície, a platí aj negácia: nepredvídateľnosť vedie k neefektívnym rozhodnutiam.</p> <p>Zákaz poplatkov (2015), ktorý sa dotkol predovšetkým ambulancií, mohol znížiť celkový objem zdrojov v systéme. Považujeme však za pravdepodobné, že sa zmenila len ich štruktúra; poplatky sa vyberajú naďalej, len inou cestou, oficiálne i neoficiálne.</p>	NIE
<p>Vláda považuje využívanie elektronických informačných systémov (eHealth) za jednu zo základných podmienok, vedúcu k zlepšeniu ochrany zdravia a k zvýšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Preto rezort zdravotníctva urýchlil a zintenzívni zavádzanie eHealth aplikácií do praxe s cieľom zvýšenia kvality, dostupnosti a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti v prospech občanov, zdravotníkov a celého systému zdravotníctva financovaného z verejných zdrojov. Prioritne sa zameria na elektronickú zdravotnú dokumentáciu a jej využívanie ošetrojúcimi lekármi, elektronickú preskripciu a medikáciu, informovanosť občanov o zdraví, chorobách, podporu starostlivosti o chronických pacientov a verejné zdravie. Národné centrum zdravotníckych informácií bude plniť rolu národného operátora eHealth.</p>	<p>eHealth nie je. K tomu niet čo dodať. V ostrom kontraste so štátnym eHealthom stojí riešenie jednej súkromnej poisťovne (Dôvera) – vývoj a zavedenie ePreskripcie do praxe im trvalo rok, za zlomok nákladov.</p> <p>Štátny eHealth sa vyvíja od roku 2008 a viackrát v ňom došlo k zmene projektového manažmentu a názorovým obratom. Len z eurofondov sa naň minulo bežmála 50 miliónov eur. Zdravotné poisťovne museli za jeho „prevádzku“ zaplatiť ďalších 35 miliónov eur. Projekt na čipové elektronické preukazy poisťencov za ďalších 27 miliónov eur ministerstvo zdravotníctva po medializácii zastavilo.</p>	NIE



znenie programového vyhlásenia vlády	komentár HPI	splnené?
Vláda vypracuje a začne realizovať komplexný systém starostlivosti o zdravie staršej generácie rozvojom geriatrického sektora zdravotníctva a špecifickej sociálnej starostlivosti o seniorov formou podpory vytvárania zariadení zdravotno-sociálneho charakteru, vrátane formy modelu ich financovania a vymedzenia úloh štátu, samosprávnych krajov, miest a obcí. Na vytváranie kapacít zdravotno-sociálneho charakteru využijú aj prebytočné zdravotnícke zariadenia.	<p>V oblasti dlhodobej starostlivosti vláda nespravila vôbec nič. Nejestvuje žiadna koncepcia, žiaden návrh financovania. Napriek prísľubu nedošlo k reprofilizácii zdravotníckych zariadení.</p> <p>Vláda umožnila, aby zdravotné poisťovne mohli preplácať ošetrovateľské výkony v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne však nie sú povinné ich zazmluvňovať, regulácia teda nepriniesla dodatočné zdroje pre tieto zariadenia.</p>	NIE

Spolu sme v programovom vyhlásení napočítali 25 viac či menej konkrétnych sľubov. Z nich sme 15, teda 60 % vyhodnotili ako nesplnených.

Plnenie vládneho programu:





HPI K VYBRANÝM AKTUÁLNÝM TÉMAM

POPLATKY

Vláda presadila zákaz poplatkov. Nad rámec predchádzajúcich dohôd so zástupcami poskytovateľov, bez diskusie a analýzy dopadov sa do zákona dostal aj zákaz vyberania platieb za tzv. prednostné vyšetrenie.

Zámerom zákonodarcu bolo priniesť poriadok do tejto oblasti. Namiesto toho si však vyslúžil vlnu kritiky z rôznych strán. Po schválení zákona sa prezident A. Kiska stretol so zástupcami ministerstva, s lekármi i s poisťovňami. A každý z nich si práve schválený zákon vykladal inak! Aký „poriadok“ teda zákonodarca priniesol do oblasti vyberania poplatkov v ambulanciách?

Kompetencie samosprávnych krajov pri vymáhaní pravidiel sú v dôsledku tohto zákona obmedzené.

„Zákon v jeho súčasnej podobe sa nikdy nemal stať súčasťou slovenského právneho poriadku. Jeho zmätočnosť nemôžeme pripisovať len tomu, že všetky podstatné skutočnosti vo vzťahu k poplatkom sa do konečného znenia zákona dostali prostredníctvom pozmeňovacieho návrhu poslanca až priamo v parlamente, a teda neprešli štandardným legislatívnym procesom,“ konštatoval Valér Potičný, lekár bratislavského samosprávneho kraja pre Zdravotnícke noviny.

Namiesto ako-tak regulovaných poplatkov sa rozšírili poplatky úplne neregulované, ktoré sa

rôznymi právnymi konštrukciami snažia obísť gramatické znenie zákazu poplatkov. Vznikajú tak firmy, ktoré nie sú poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – zákaz výberu poplatkov sa týka len poskytovateľov – a za poplatok napríklad zabezpečujú „manažment klienta“.

Nekritizujeme to; je to prirodzená reakcia na nečakaný výpadok zdrojov z dôvodov regulácie. S tým mal regulátor počítať. Dopláca na to pacient, pretože ho dnes už nič nechráni.

Za systémové riešenie považujeme legalizáciu poplatkov v ambulanciách. Ochranu zraniteľných skupín je možné dosiahnuť evidenciou platieb a limitom spoluúčasti, analogickom k limitu spoluúčasti pri doplatkoch za lieky. Reguláciu poplatkov by mali prevziať zdravotné poisťovne ako súčasť ponuky poisťných plánov. Na poskytovateľov majú cez zmluvné vzťahy priamejší dosah než samosprávne kraje. A spokojnosť ich klientov je pre nich dôležitejšia než v prípade VÚC.

Vzniknúť by tak mohli poisťné produkty, pri ktorých pacient neplatí žiadnu hotovostnú platbu v ambulancii (všetko zaňho uhradza poisťovňa), ako aj produkty, kde znáša spoluúčasť (výmenou za nižšiu poisťku).



DRG

Slovenské DRG sa podľa tvrdenia ministerstva zdravotníctva a ÚDZS od januára 2016 nachádza v ostrej prevádzke. To zatiaľ neznamená nič viac než deklaráciu stavu, v ktorom sa DRG nachádza od novembra 2013. Vtedy sa začalo paralelné vykazovanie hospitalizačných prípadov, nemocnice však boli odmeňované podľa starého mechanizmu, „ukončených hospitalizácií“. Nemocnice nedostávajú priebežnú spätnú väzbu, a nevedia, či vykazujú správne, či nie.

Detaily nastavenia DRG – t.j. parametre konvergenčného obdobia, rozsah pripočítateľných položiek k hospitalizáciám, jednotnosť základnej sadzby – sú predmetom rozhodnutí, ktoré zatiaľ neboli urobené. Otázkou tiež je, kto má tieto parametre nastavovať – regulátor či trh. Prikláňame sa k názoru, že zdravotné poisťovne majú na to lepšie predpoklady. Úlohou štátu je regulácia štandardov vykazovania.

REEXPORT

Reexport liekov sa stal démonizovanou, priam kriminálnou aktivitou – pritom ide o legálnu, úplne normálnu podnikateľskú činnosť. Reexport je dôsledkom rôznych cien liekov v rôznych krajinách, medzi ktorými je voľný pohyb tovarov, služieb a osôb. Kým nebudú ceny liekov v EÚ jednotné alebo kým sa EÚ nerozpadne, reexport bude existovať.

To je však v poriadku. Problémom, ktorý treba riešiť, je nedostupnosť liekov (v dôsledku reexportu). Reexport totiž nie je problém, ak bude zabezpečená dostupnosť liekov pre pacientov.

Nejestvuje jedno, univerzálne riešenie, ktoré by túto výzvu zvládlo. Kombinácia viacerých opatrení by však určite pomohla znížiť negatívne dôsledky reexportu liekov:

Dôsledné uplatňovanie a vymáhanie dnes platnej legislatívy (podľa odhadov väčšina reexportu prebehne v rozpore so zákonom, bez splnenia ohlasovacej povinnosti voči ŠÚKL, čo znemožňuje včasný zásah).

Zlepšenie sledovania cesty lieku a zákaz predaja liekov z lekárne inému distribútorovi, než ktorý liek do lekárne dodal. Ide o dobrý návrh z dielne Slovenskej lekárskej komory.

Stanovenie ultimatívnej zodpovednosti za dostupnosť liekov – mala by to byť zdravotná poisťovňa, ktorá zodpovedá za zabezpečenie potrieb svojich poistencov.

ZADĽŽENOSŤ NEMOCNÍC

Zadlženosť slovenských nemocníc presiahla ku koncu roka 2015 pol miliardy eur. Podľa odhadov HPI môže ísť o sumu okolo 515 mil. eur.

Rozpočet na rok 2016 počíta s rezervou 50 miliónov eur „na zhoršený vývoj v zdravotníckych zariadeniach“.

V roku 2015 bola v rozpočte obdobná rezerva („na krytie prípadných strát zdravotníckych zariadení“), tiež vo výške 50 miliónov eur. Táto bola ku koncu roka použitá v rámci dvojmesačného zvýšenia platieb za poistencov štátu do zdravotného poistenia.

Predpokladáme, že k tomu dôjde aj v roku 2016, čo však tempo zadlžovania nespomalí. Kým objem disponibilných zdrojov verejného zdravotného poistenia bude medziročne stagnovať, zvyšujú sa náklady spôsobené mzdovou reguláciou,



náklady spôsobené zastaranou infraštruktúrou ako aj náklady na obsluhu samotného dlhu.

Problematických zdravotníckych zariadení je asi 20. Medzi nimi má výnimočné postavenie Univerzitná nemocnica Bratislava, napr. na dlhu nemocníc voči Sociálnej poisťovni sa podieľa vyše 50-imi percentami.

Prečo je zaujímavé sledovať záväzky voči Sociálnej poisťovni? Je to zvyčajne prvá nákladová položka, ktorú nemocnica prestáva splácať, keď sa dostane do finančných problémov. Je to pre dodávateľov užitočný indikátor zdravia organizácie.

Sociálna poisťovňa celé roky posielala na rokovanie vlády prehľad pohľadávok voči zdravotníckym zariadeniam. Na jar 2015, keď pohľadávky dosiahli 130 miliónov eur, s tým prestala. Zoznam dlžníkov je verejne prístupný. Na začiatku roku 2016 je dlh zdravotníckych zariadení voči SP na úrovni 160 miliónov eur.

Okrem bratislavskej UNB sú problematické najmä Detská fakultná nemocnica v Bratislave a Rooseveltova nemocnica v Banskej Bystrici, a nemocnice v zriaďovateľskej pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja (Považská Bystrica, Prievidza, Myjava).

Nízky počet problematických nemocníc ako aj stagnácia zadlženosti delimitovaných nemocníc je daná predovšetkým tým, že samosprávne kraje a obce svoje zdravotnícke zariadenia zvyčajne prenajali/predali súkromným investorom. Zbavili sa tak rizika krytia prípadných strát, ako aj potreby zháňať investičné zdroje. Nemocnice so súkromnými vlastníkami hospodária minimálne vyrovnané a nezväčšujú celkovú zadlženosť.

Ministerstvo zdravotníctva počas celého volebného obdobia tvrdí, že zadlžovanie sa zlepšuje a vlastne všetko ide podľa plánu (všetky citáty sú z tlačových správ MZ SR):

30. 4. 2013 **Štátne nemocnice spomalili tempo rastu dlhu o viac ako polovicu**

„Prísne nastavenie kritérií a kontrola našich nemocníc prináša ani nie po dvanástich mesiacoch prvé úspechy. Rýchlosť rastu dlhu je o takmer polovicu pomalšia. A to je iba začiatok, keďže v racionalizačných opatreniach a snahe dosiahnuť vyrovnané hospodárenie budeme pokračovať,“ povedala ministerka zdravotníctva Zuzana Zvolenská.

20. 2. 2014 **Štátne nemocnice po rokoch v plusových číslach**

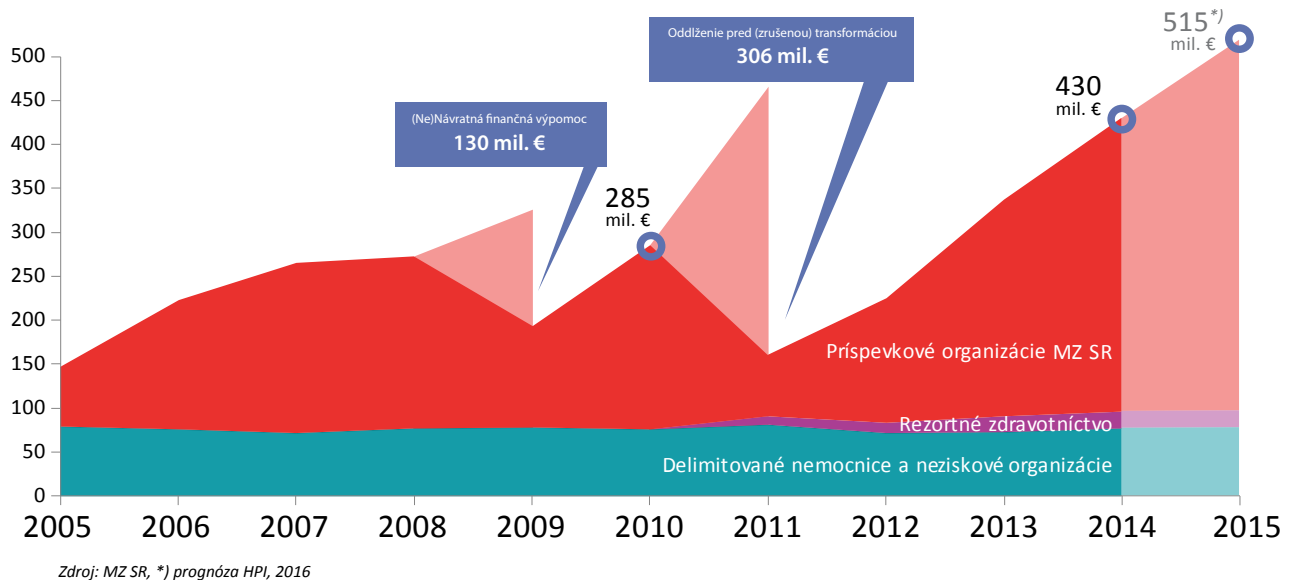
Ministerstvo zdravotníctva si takmer pred dvoma rokmi vytýčilo ambiciózný plán finančnej stabilizácie fakultných a univerzitných nemocníc. Výsledky ukazujú, že tento zámer sa úspešne naplní a nárast dlhu sa postupne znižuje. „Kým pred dvoma rokmi bola zisková iba jedna nemocnica, dnes, po prijatí tvrdých opatrení, už máme štyri plusové zdravotnícke zariadenia,“ skonštatovala ministerka Zuzana Zvolenská. Pokiaľ ide o hospodárske výsledky, strata nemocníc sa znížila medziročne o 50 mil. €, čo predstavuje naplnenie plánu na 118 %.

5. 5. 2015 **Štátne nemocnice znižujú tempo rastu dlhu už tretí rok**

V roku 2014 sa podarilo v štátnych nemocniciach stabilizovať vývoj zadlženosti; už tretí rok po sebe reálne znižujú tempo rastu dlhu. „Výsledky stabilizačných opatrení z roku 2012 sú dôkazom toho, že postup, ktorý sme zvolili, je správny. Nejde o žiadne nekonceptné kroky, ktorých svedkami sme boli počas predchádzajúcej vlády,“ povedal minister zdravotníctva Viliam Čislák.



Pozrime sa na oficiálne údaje zverejňované ministerstvom zdravotníctva. Na základe fakticky lineárneho trendu rastu dlhu 2011–2014 sme urobili prognózu pre rok 2015:



E-HEALTH

eHealth, napriek príslubom aspoň pilotnej prevádzky, reálne nie je. Občania nemôžu využívať elektronické služby, ako je elektronická preskripcia či objednávkový systém. Teda – využívať môžu také služby, ktoré dnes ponúka súkromný sektor (Bezpečné lieky v Dôvere, viaceré pokusy o internetové objednávkové systémy pre súkromné ambulancie,...).

Za takmer 100 miliónov eur sa zrejme v eHealthe niečo urobilo, no či je to reálne použiteľné, či to prináša pridanú hodnotu pacientom/poskytovateľom/poistovniam, nevieme. Medzi prvými úlohami nového ministra zdravotníctva bude musieť byť analýza stavu, v ktorom sa nachádza slovenský eHealth. Nasledovať musí rozhodnutie, ako ďalej s elektronizáciou a kto ju zaplatí.

ŠTÁTNY ROZPOČET

Keďže sa rok 2015 končil v znamení štrajku zdravotných sestier a zastihol zdravotníctvo v atmosfére všeobecnej frustrácie, nasledujúca veta vás asi prekvapí. Rok 2015 bol podstatne lepší než mal pôvodne byť.

ROK 2015: LEPŠÍ NEŽ MAL BYŤ

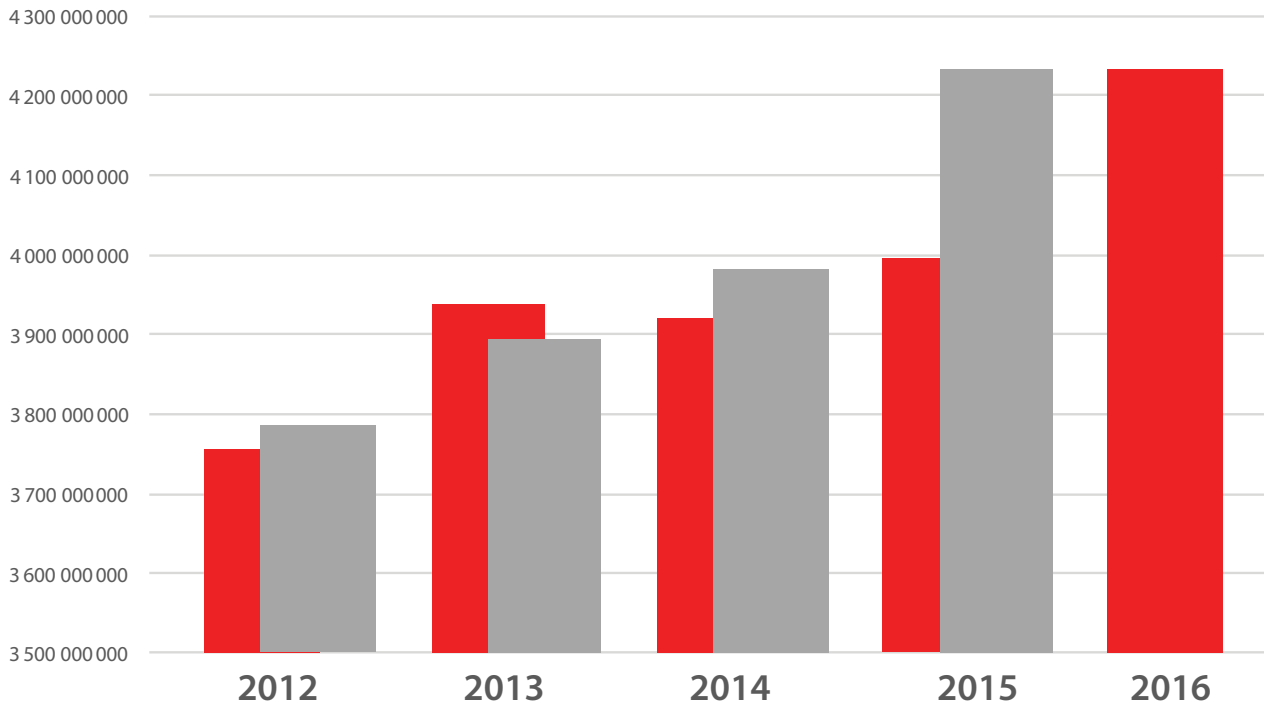
Rozpočet na rok 2015 počítal s daňovými príjmami verejného zdravotného poistenia na úrovni 3,99 mld. eur (medziročný nárast +0,33 %). Odhadovaná skutočnosť je podstatne vyššia: 4,23 mld. eur, čo predstavuje nárast o 6,31 % (Graf). Rozdiel je takmer štvrtá miliarda eur.

Prispeli k tomu viaceré faktory: štát zvýšil v novembri a decembri sadzbu za poistencov štátu zo 4,16 % na 5,85 %. Rast miezd i



ROZPOČET vs. SKUTOČNOSŤ

Daňové príjmy verejného zdravotného poistenia – odvody EAO a platba štátu (incl. RZZP)



Zdroj: rozpočty verejnej správy, MF SR, 2012 – 2015

zamestnanosť sa vyvíjali lepšie, než sa očakávalo a tak bolo oproti plánu menej poistencov štátu a viac ekonomicky aktívnych poistencov, s vyššími odvodmi. Spomeňme tiež, že odvodovú odpočítateľnú položku, ktorá nízkopríjmovým zamestnancom znižuje odvodové zaťaženie, si podľa ministerstva financií uplatnilo zatiaľ pomerne málo zamestnancov (za prvý polrok 2015 len 25 %).

Posledne spomenutý faktor má však len dočasný efekt. Na zdravotné poisťovne toto negatívne doľahne v roku 2016 pri ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia. Po prvý raz od jeho zavedenia pred desiatimi rokmi budú zdravotné poisťovne viac peňazí vracaať na preplatkoch než vyberú na nedoplatkoch.

V roku 2016 bude stagnovať platba nielen od ekonomicky aktívnych poistencov, ale aj od štátu. Tento rok bude štát platiť za svojich

poistencov 4,30 %. Oproti roku 2015 (4,44 %) je to pokles. V absolútnom objeme zaplatí štát o 10 miliónov eur viac, keďže medziročne vzrástla priemerná mzda, z ktorej sa dané percento vypočítava.

POŽIADAVKY NA ZDROJE RASTÚ

Požiadavky na zdroje však nestagnujú, ale rastú.

Časť zdrojov zdravotného poistenia bola účelovo zviazaná, napr.:

- rozšírenie limitu spoluúčasti pre všetkých seniorov a deti od 1. 1. 2016
- zvýšenie príspevku poisťovní na prevádzku eHealthu od 1. 5. 2015
- zvýšenie platieb za vrtuľníkovú záchrannú službu od 1. 11. 2015



Tieto peniaze pritom budú chýbať poskytovateľom, ktorí čelia vyšším nákladom v dôsledku mzdovej regulácie:

- minimálna mzda a z nej vyplývajúce koeficienty pre niektorých zamestnancov zdravotníctva
- každoročná zákonná valorizácia miezd nemocničných lekárov
- mzdová regulácia ostatných zdravotníckych pracovníkov od 1. 1. 2016

Nespokojnosť časti zdravotníkov so schválenou reguláciou (viď štrajk sestier) bude tlačiť na úpravu koeficientov a ďalší rast nákladov.

K tomu pridajme dlh nemocníc (vyše 500 miliónov eur) a jeho priebežný rast. A tiež investičný dlh v slovenskom zdravotníctve.

Podčiarknuté, sčítané – rozpočet 2016 je preto rizikový. Ak po voľbách nedôjde rýchlo k výrazným zmenám v sektore, predpokladáme, že ho bude potrebné prehodnotiť.

Rada pre rozpočtovú zodpovednosť (RRZ) upozornila na problematické miesta rozpočtu: kým položky zvyšujúce deficit sú detailne popísané a kvantifikované, konsolidačné opatrenia sú uvádzané bez podrobností. Za predpokladu naplnenia všetkých rizík by deficit verejnej správy v roku 2016 mohol dosiahnuť 2,7 % HDP (plánuje sa 1,93 %).

Medziročný plánovaný nárast zdrojov zdravotných poisťovní (+1,1 %) je pod dlhodobým priemerom (+3,5 %). Rozpočet síce predpokladá úsporné opatrenia v zdravotníctve, v objeme 0,2 % HDP (150 mil. eur), ale nijako ich nešpecifikuje. Aj RRZ je v tomto ohľade skeptická a riziko rozpočtu vyčíslila na 120 miliónov eur. Ďalším rizikom, v odhadovanej výške 25 miliónov eur, je výplata nerozdeleného zisku akcionárov zdravotnej poisťovne Dôvera.

Z čoho sa tie riziká dajú kryť? Jedným zdrojom je 50-miliónová rozpočtová rezerva „na zhoršený vývoj v zdravotníckych zariadeniach.“ Druhým sú eurofondy – nie však ich čerpanie, ale nečerpanie. Čím horšie ich totiž budeme čerpať, tým viac ušetríme – na spolufinancovaní.



HODNOTENIE VOLEBNÝCH PROGRAMOV POLITICKÝCH STRÁN

Systémy zdravotnej starostlivosti sa všade na svete snažia reagovať na rastúce problémy, ktoré vyplývajú zo starnúcej populácie, z nárastu výskytu chronických ochorení, technologického pokroku, rastúcich očakávaní verejnosti, pri obmedzených zdrojoch.

Aj Slovensko stojí pred týmito výzvami. Ako zorganizovať, regulovať a financovať zdravotný systém, aby sme dosiahli ideálnu kombináciu jeho cieľov – teda lepší zdravotný stav, vyššiu spokojnosť a ochranu pred katastrofickými finančnými nákladmi?

V parlamentných voľbách 2016 sa o hlasy voličov uchádza 23 politických zoskupení. Čo si myslia o zdravotníctve, ako by riešili jeho problémy? A čo si o ich riešeníach myslíme my v HPI? To sa dočítate na nasledujúcich stranách.

METODIKA

Nehodnotili sme všetky volebné programy, ale len od „relevantných“ politických strán. Za relevantnú sme označili takú politickú stranu, ktorá spĺňala aspoň jedno z dvoch kritérií:

1. volebné prieskumy verejnej mienky v renomovaných agentúrach (Polis, Focus a MEDIAN SK) počas 3 mesiacov (október, november, december 2015) prisúdili strane aspoň raz vyššie než 5%-né preferencie.
2. politická strana má zastúpenie v súčasnej Národnej rade Slovenskej republiky.

Jedno a/alebo druhé kritérium spája spolu 12 politických strán a hnutí:

1. #Sieť
2. Demokrati Slovenska (DS)
3. Kresťanskodemokratické hnutie (KDH)
4. MOST-HÍD
5. Obyčajní Ľudia a Nezávislé Osobnosti (OLaNO) a NOVA
6. Sloboda a Solidarita (SaS)
7. Slovenská demokratická a kresťanská únia – Demokratická strana (SDKÚ-DS)
8. Slovenská národná strana (SNS)
9. Slovenská občianska koalícia (SKOK!)
10. Smer – sociálna demokracia (Smer-SD)
11. Strana maďarskej koalície (SMK)
12. Šanca

Volebné programy sme získali po komunikácii s politickými stranami; vo väčšine prípadov nás odkázali na verejne prístupný oficiálny zdroj. Niektoré strany nám program zaslali na vyžiadanie, s dohodou o embargu až do jeho oficiálneho schválenia stranickými štruktúrami.

Niektoré strany majú možno svoje priority rozpracované detailnejšie, v ďalších programových materiáloch, ktoré sme pre účely tejto analýzy neštudovali.

Jedine strana Smer-SD na naše požiadavky nedokázala konkrétne reagovať. Pri komunikácii sa odvolávala na tzv. tretí sociálny balíček.



Extrémne stručné a všeobecné programové priority (spolu 117 slov; nie o zdravotníctve, ale o všetkých témach!), ktoré nakoniec zverejnila na svojej internetovej stránke, svedčia o jedinom: strana nepotrebuje volebný program, aby získala dôveru voličov v nadchádzajúcich voľbách.

TEMATICKÉ ČASTI

Zdravotná politika predstavuje súhrn viacerých aspektov zameraných na zdravie obyvateľov krajiny. V našom hodnotení sme sa zamerali aj na nástroje, pomocou ktorých sa majú dosiahnuť ciele zdravotnej politiky. Pozrieme sa, či jednotlivé politické strany a hnutia zaradili tieto nástroje a opatrenia do svojich volebných programov.

Zdravotnícke programy sme si najprv kompletne prečítali, aby sme z nich získali celkový dojem. Pre účely nasledujúcej analýzy sme ich rozdelili na menšie, tematicky súvisiace časti. Zaujímalo nás, ako politické strany pristupujú k nástrojom zdravotnej politiky. Samostatnú časť sme potom venovali kvalite, investíciám a to, čo sa nám nezместilo inam, sme zaradili medzi „rôzne“.

7 hodnotených tematických častí:

1. Zákonný nárok
2. Financovanie
3. Platobné mechanizmy
4. Organizácia
5. Regulácia
6. Kvalita zdravotnej starostlivosti
7. Investície do budúcnosti zdravotníctva

Každý modul má v závere svojej sekcie spracované prehľadné vyhodnotenie každého kritéria s popisom metodiky získania bodov.

HODNOTENIE

V programových zámeroch sme hľadali zmienky o nástrojoch, ktorými chcú politici zdravotníctvo ovplyvniť, ak sa dostanú k riadeniu rezortu. Samotná zmienka o tom, že si uvedomujú potrebu zavedenia DRG alebo eHealthu, zavedenia indikátorov kvality či stanovenia nároku, bola hodnotená 1 bodom.

3 body získali programy, ktoré boli pri danom nástroji konkrétnejšie, prípadne sformulovali inovatívne riešenie.

Pri porovnaní niektorých riešení sme boli občas nútení priradiť niekomu 2 body: ak daný programový zámer bol vo svojej konkrétnosti medzi tými, ktoré boli ohodnotené jedným a tromi bodmi.

-1 bod dostali návrhy, ktoré považujeme za škodlivé a sú v rozpore s našou misiou.

Na záver tohto úvodu :) chceme čitateľa upozorniť, že absolútny súčet bodov má len orientačnú výpovednú hodnotu. V mnohých prípadoch strany neuviedli vo volebných programoch detaily svojich zámerov, hoci ich majú možno pripravené a sformulované. Možno nechceli voličov zťažovať technickými detailmi, možno sa im viaceré témy nezместili do obmedzeného rozsahu. Strany, ktoré získali porovnateľný počet bodov, majú porovnateľný program.



1. POISTENEC A JEHO ZÁKONNÝ NÁROK

Kľúčovým parametrom stability zdravotného systému je zrozumiteľné zdefinovanie rozsahu služieb, ktoré majú byť hrazené z verejného zdravotného poistenia (vrátane podmienok, časovej a geografickej dostupnosti). Z jeho zdefinovania vyplýva aj stanovenie miery spoluúčasti poistencov na hradení zdravotných služieb, resp. možnosť pripoistenia.

Súčasťou zákonného nároku majú byť aj preventívne služby, ktoré vedú k znižovaniu chorobnosti, a teda budúcej nákladovosti populácie.

Zákonný nárok je nástrojom na zlepšenie zdravia populácie. Pre jeho účinnosť je potrebné, aby vyvažoval práva a povinnosti poistencov. Do zodpovednosti za vlastné zdravie je potrebné „vtiahnuť“ každého jednotlivca, a to vhodným nastavením motivácií.

1.1 ROZSAH

Volanie po definícii „štandardu“, aby mohlo vzniknúť pripoistenie „nadštandardu“, je evergreenom našej zdravotnej politiky už 25 rokov. Napriek tomu sa toto politicky citlivé rozdelenie doteraz nepodarilo urobiť, a tak je dnes „štandardom“ prakticky celá zdravotná starostlivosť. S problémom kolísajúcej kvality i dostupnosti.

Zadefinovaniu zákonného nároku sa nevenujú všetky programy. K obsahu, čo má byť a čo nemá byť hrazené z verejného zdravotného poistenia sa vyjadrili nasledovné strany:

Demokrati Slovenska plánujú definovať „štandard zdravotnej starostlivosti, plne hrazenej z poistenia a nadštandardu plateného z pripoistenia.“ Ako?

Podľa **KDH** bude nárok „jednoznačný, pre pacienta zrozumiteľný a ľahko vymožiteľný. Pacient bude vedieť, ktoré zdravotné služby, kedy, kde a za akých podmienok budú hrazené z verejného zdravotného poistenia.“ Dosiahne sa to niekoľkými opatreniami: vytvorením podmienok „pre vznik zdravotných plánov, ktoré budú šité na mieru pre jednotlivé skupiny pacientov. Poistenec má nárok na poistenie zohľadňujúce jeho potreby a zdravotný stav.“ Ďalším inovatívnym nástrojom je návrh, podľa ktorého môže pacient absolvovať liečbu, na náklady zdravotnej poisťovne, u nezmluvného lekára alebo v zahraničí, „ak pacient nedostane zdravotnú starostlivosť za podmienok stanovených v nároku.“

OLaNO+NOVA má pripravenú reformu verejného zdravotného poistenia. „Navrhne tri typy poistných plánov: základný, štandardný a nadštandardný. Pacient si bude môcť vybrať poistný plán aj poisťovňu. Poisťovne budú môcť ponúkať rôzne poistné plány a súťažiť s cenou. Poistenci štátu získajú štátom hrazený štandardný poistný plán a za príplatok si budú môcť zvoliť nadštandardný poistný plán. Neplatiči a dlhodobo nezamestnaní budú mať štátom hrazený základný poistný plán, takisto s možnosťou priplatenia si štandardu alebo nadštandardu. Zamestnanci a samostatne zárobkovo činné osoby si budú môcť vybrať ľubovoľný poistný plán.“ Od iných strán sa návrh na zavedenie poistných plánov líši tým, že v tomto prípade ich rozsah definuje regulátor, nie zdravotná poisťovňa (resp. trh).

Strana sa obšírnejšie venovala cezhraničnej starostlivosti; tvrdí, že „liečba v zahraničí nie je v súčasnosti pre pacientov na Slovensku dostupná, pretože podlieha komplikovanému

schvaľovaniu v poisťovni. “Bude preto „pre-sadzovať, aby mal každý poistenec právo sa slobodne rozhodnúť pre zdravotnú starostlivosť v ktorejkoľvek krajine Európskej únie. Zdravotná poisťovňa bude mať povinnosť uhradiť túto starostlivosť minimálne vo výške cien bežných na Slovensku. “ Platná legislatíva však pri väčšine zdravotnej starostlivosti nevyžaduje preautORIZÁCIU zdravotnej poisťovne, minimálne od účinnosti zákona 220/2013 (1. 10. 2013).

Podľa **MOST-HÍD** „*finančnej udržateľnosti a spokojnosti pacientov by prospela explicitná definícia základného balíka hradenej starostlivosti a následne aj jasná nárokovateľnosť a vymáhateľnosť definovaného rozsahu a vytvorenie možnosti pripoistenia za nadštandardnú zdravotnú starostlivosť... Ochrana spotrebiteľa (pacienta) si vyžaduje aktívnu rolu štátu pri spolufinancovaní, tvorbe a kontrole štandardov kvality a nároku zo zákona. “ Príliš všeobecné deklarácie.*

SaS sa vyjadrila vo svojom programe, že „*zadefinujeme zákonný nárok na rozsah zdravotnej starostlivosti, na tzv. základný balík. Bude rovnaký pre všetkých poistencov a každá zdravotná poisťovňa pôsobiaca na trhu ho bude povinná zabezpečiť. “* Ako? Strana chce umožniť zdravotným poisťovňám „*ponúkať i rôzne poistné plány s rôznou cenou. “*

SDKÚ-DS tvrdí, že má existovať možnosť vzniku „*súkromného pripoistenia. “* Tá dnes jestvuje, problém je, že nevieme AKO definovať štandard (a teda nadštandard).

SKOK! tvrdí, že „*je nutné pristúpiť k definovaniu rozsahu základnej zdravotnej starostlivosti a nadštandardnej zdravotnej starostlivosti. Zostaviť, pravidelne aktualizovať a zverejňovať, na čo má pacient nárok na základe povinného poistenia, a čo predstavuje nadštandardnú zdravotnú starostlivosť. “* Kto a ako dospeje k takej definícii, zoznamu?

SNS sa akurát vo svojom programe vyjadruje k pripoisteniu „*zdravotného rizika za vedomé sebapoškodzovanie alebo nerešpektovanie liečby, napr. užívatelia drog, adrenalínové športy, atď. “* Možnosť zvyšovať resp. znižovať spoluúčasť poistencom v závislosti od ich compliance je v zákone o rozsahu od čias Zajaca. Považujeme za nepravdepodobné, že napr. medzi užívateľmi drog vznikne záujem o pripoistenie liečby dôsledkov vlastnej drogovej závislosti.

Podľa **SMK** je „*neprípustné, aby poisťovne rozhodovali o tom, aké vyšetrenia môže lekár urobiť. “* Riešenie však neponúka; pri vágne definovanom nároku poistenca však o tom nakoniec rozhoduje ten, kto tie vyšetrenia platí.

Šanca sa pri definícii nároku odvoláva na svoj návrh poistenia podľa výberu, v ktorom si „*každý pacient vyberie ročný poistný plán, ktorý najviac vyhovuje jeho potrebám. Za rovnaké peniaze ako platí do poisťovne v súčasnosti, bude mať pacient v zmluve s poisťovňou uvedený nárok – čo, kedy a v akej kvalite má dostať, koľko bude čakať a za čo musí doplácať. “*

V legislatíve je od čias Zajacovej reformy mechanizmus stanovovania rozsahu tzv. základného balíka. Dodnes však nebola ani len vymenovaná príslušná komisia, ktorá by to pripravila. Je to politicky veľmi nevďačná úloha.

S odstupom času sa dokonca domnievame, že je to úloha neriešiteľná. „Štandard“, ktorý by spĺňal potreby a očakávania celej populácie, zrejme nejestvuje. Zdravotné poistenie si vyžaduje cieľenejší, individualizovanejší prístup. HPI dlhodobo presadzuje koncept tzv. nominálneho poistného, ktoré umožní zdravotným poisťovňám ponúkať poistencom rôzne poistné plány. Tie budú jednak lepšie odrážať preferencie klientov, a budú môcť obsahovať motivačné schémy pre spoluzodpovednosť za vlastné zdravie.



PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT POTREBY DEFINOVANIA ŠTANDARDU V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI KONCEPT RÔZNYCH POISTNÝCH PLÁNOV, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY).

Šanca: „stanovíme maximálne čakacie lehoty na všetky plánované vyšetrenia a výkony.“

VŠETKY UVEDENÉ TVRDENIA SME HODNOTILI 3 BODMI.

1.2 ČAKACIE LISTINY

Jednou z dimenzií nároku poistenca je aj časová dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Táto téma si dosiaľ nevyžiadala dostatočnú pozornosť politikov. Aby sme zvýšili jej váhu, postoj k čakacím dobám a čakacím listinám sme hodnotili ako samostatnú podkategóriu.

#Siet je za „povinné zverejňovanie čakacích listín systémom, ktorý garantuje ochranu osobných údajov tak, aby sa pacient mohol dopredu presunúť k poskytovateľovi, u ktorého sa čaká na výkon kratšie.“

MOST-HÍD: „Plánovaná zdravotná starostlivosť u detí má byť poskytnutá do 3 mesiacov, u dospelých pri diagnostických výkonoch do 6 mesiacov a u dospelých pri liečebných výkonoch do 12 mesiacov od indikácie poskytnutia zdravotnej starostlivosti.“ Hoci tie čísla vyzerajú na prvý pohľad dramaticky, treba povedať, že dnes nejestvuje žiadna maximálna časová lehota na poskytnutie odkladnej zdravotnej starostlivosti.

KDH má v úmysle zaviesť „maximálne doby čakania na vybrané vyšetrenia a zákroky tak, aby mali pacienti istotu, že dostanú kvalitnú starostlivosť načas.“

SKOK! tvrdí, že okrem zedefinovania nároku pacienta, sa majú „zostaviť, pravidelne aktualizovať a zverejňovať napr. maximálne čakacie lehoty, technické a personálne vybavenie, definovať dostupnosť podľa maximálneho času dopravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia, atď..“

1.3 LIEKOVÁ POLITIKA

Liekovú politiku sme vyčlenili do samostatnej podkategórie zákonného nároku. Zvyčajne sa totiž navrhované opatrenia týkajú ochranného limitu na doplatky za lieky; časť strán sa ho snaží rozširovať.

KDH navrhuje „doplatok za lieky maximálne 1 euro mesačne pre sociálne odkázane skupiny seniorov a ZŤP.“ Ide o rozšírenie existujúceho limitu spoluúčasti, rozširovaného v roku 2015 v rámci tzv. druhého sociálneho balíčka. Financovanie sociálnej politiky zo zdrojov verejného zdravotného poistenia pripravuje sektor o peniaze, ktoré mohli byť využité efektívnejšie.

SMK „bude iniciovať zvýšenie hranice maximálneho príjmu na vrátenie doplatku za lieky a súčasne zníženie hranice doplatkov. Zároveň navrhujeme rozšíriť okruh oprávnených o deti vo veku do 15 rokov a tehotné ženy. Objektívne a spravodlivejšie treba posudzovať oprávnenosť na vrátenie doplatku za lieky, preto pri určovaní maximálneho príjmu chceme vychádzať z výšky dôchodku a násobku životného minima.“ Platí tu podobný komentár ako pri KDH: ide o sociálnu politiku za zdroje zdravotníctva. Príjem poistencov pre uplatnenie limitu spoluúčasti sa po zmenách, ktoré priniesol 2. sociálny balíček, už netestuje.

MOST-HÍD síce vo svojom programe konštatuje, že SR vykazuje vysoké verejné výdavky a vysokú spotrebu liekov, ale následne rieši len náklady a vidí možnú „úsporu nákladov na



lieky“ v elektronickej kontrole „predpisovania liekov a zdravotníckych pomôcok.“

SaS sľubuje, že „zruší možnosť obchádzať generickú preskripciu úpravou formulára receptu, čo umožní nezanedbateľné zníženie doplatkov za lieky hradených pacientmi.“ Skutočná generická preskripcia by pre pacientov naozaj mohla znamenať signifikantné zníženie doplatkov za lieky (odhadujeme, že až o 30 %). Výhodu by to prinieslo i pre celkové náklady na lieky. Ceny generických liekov by sa oproti súčasnosti znížili.

SNS uviedla, že „zabezpečíme, aby bol v rámci liekovej politiky v každej skupine minimálne jeden liek bez doplatku, teda úplne zaplatený zdravotnou poisťovňou.“ Hm... Toto je v zdravotníckej legislatíve a platí už vyše 20 rokov.

Šanca „presadí zlacnenie liekov a znižovanie doplatkov za lieky.“ Všeobecné a populistické – ako to chce strana dosiahnuť?

#Siet prichádza so zásadným návrhom – možnosťou predaja niektorých voľnopredajných liekov aj mimo lekární, čo by malo viesť o.i. k ich nižším cenám. „Lieky by boli dostupné na viacero miestach a v komfortnejších otváracích hodinách,“ uvádza strana.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY TÝKAJÚCEJ SA LIEKOVEJ POLITIKY V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI KONKRÉTNE NÁVRHY, SME HODNOTILI TROMA BODMI.

1.4 PREVENCIA

Demografické a epidemiologické výzvy, ktoré pred nami stoja, nezvládneme bez účinnej prevencie. Predchádzanie zdravotným

komplikáciám ako aj ich včasný záchyt je úlohou tak verejného zdravotníctva, ako aj systému verejného zdravotného poistenia.

Nie vždy platí, že „prevencia je najlacnejšou liečbou.“ Z verejných zdrojov majú byť uhrádzané nákladovo efektívne preventívne postupy, pri ktorých je pomer prínosov k vynaloženým nákladom pre spoločnosť akceptovateľný.

Pre **MOST-HÍD** prioritou v oblasti kvality zdravotnej starostlivosti „je dosiahnuť dobrý zdravotný stav obyvateľstva dostupnými metódami a vhodnými nástrojmi a vytvárať také podmienky v životnom prostredí, ktoré budú predchádzať ochoreniam súvisiacim alebo priamo spôsobeným negatívnymi faktormi životného prostredia.“ Podľa strany je veľmi dôležitá „podpora zdravia tak, aby umožnila občanom a komunitám prevziať zodpovednosť za svoje vlastné zdravie.“ Z tohto všeobecného tvrdenia nie je jasné, čo chce strana na poli prevencie robiť.

OLaNO+NOVA sa vyjadruje tiež dosť všeobecne: „podporí financovanie programov na ochranu zdravia aj prevenciu chorôb. Bude sa zasadzovať za zvýšenie sankcií za ohrozenie verejného zdravia, za verejnú investíciu do rozvoja infraštruktúry pre aktívny pohyb a športovanie, aj za vedecky overené programy prevencie závažných chorôb, ako je rakovina hrubého čreva, prsníka, prostaty a krčka maternice.“ Opatrenia si budú vyžadovať finančné krytie, ktorým sa program nezaobrá.

#Siet „bude presadzovať zavedenie programov pre osobitné skupiny obyvateľstva, a to pre matky s deťmi a seniorov. Podporí vypracovanie a uplatnenie Programu pre matku a dieťa a Programu starostlivosti o geriatrických pacientov.“ Aký obsah budú mať spomenuté programy? Prečo práve tieto cieľové skupiny a nie napr. onkologický program?



SDKÚ-DS sa vo všeobecnosti vyjadrila za vytvorenie preventívnych programov.

SMK podporuje motiváciu poskytovateľov k prevencii cez návrh „zvýšiť hodnotu výkonov za preventívne vyšetrenia pre zdravotnícke zariadenia, ktoré vyšetrenia vykonajú.“ Myslí aj na motiváciu pacienta, aby „populačné choroby – nádorové ochorenia, hypertenzia, mŕtvica, cukrovka, cievne a dedičné ochorenia boli povinne a pravidelne kontrolované. Bezdôvodná neúčast' na vyšetrení musí mať za následok sankciu formou zvýšeného odvodu na zdravotné poistenie na určitú dobu.“

SNS má v úmysle zlepšiť podmienky pre zdravú výživu obyvateľstva „prísnou kontrolou dovážaných potravín, zvýšením povedomia obyvateľov o potrebe zdravého životného štýlu a zdravom životnom a pracovnom prostredí.“ Osveta je nepochybne dôležitá.

Šanca chce prebudovať a manažovať zdravotníctvo s ohľadom na ochranu verejného zdravia. Navrhuje motivačnú schému: „niektoré nadštandardné výkony budú zadarmo pre tých, ktorí absolvujú preventívne prehliadky. Plnú výšku sociálnych dávok podmienime absolvovaním preventívnych prehliadok a očkovaní u detí.“

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT POTREBY PREVENCIE V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI INOVATÍVNE NÁVRHY, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY).

1.5 SPOLUZODPOVEDNOSŤ ZA VLASTNÉ ZDRAVIE

Napriek deklaráciám, že zdravie je to najcennejšie, správanie ľudí tomuto tvrdeniu skôr nezodpovedá. Nezdravý životný štýl, nedostatočná starostlivosť o vlastné zdravie, nízka compliance pacientov a slabá adherencia k liečbe sú realitou, ktorá zbytočne predražuje naše zdravotníctvo a zhoršuje zdravotný stav populácie.

Podmienkou pre účasť na solidárnom systéme by preto mala byť spoluzodpovednosť za vlastné zdravie. Cieľom je dlhodobá zmena prístupu ľudí, a to tak k vlastnému zdraviu ako aj k čerpaniu zdravotných služieb.

KDH uvádza, že „pacienti budú motivovaní k spoluzodpovednosti za vlastné zdravie a dodržiavaniu liečebného režimu. Odmenou môže byť nižšia sadzba poistného, refundácia poplatkov alebo zľava na zdravotné služby.“ Ide o zaujímavé a podnetné návrhy pre motiváciu.

Podľa **MOST-HÍD** je veľmi dôležitá „podpora zdravia tak, aby umožnila občanom a komunitám prevziať zodpovednosť za svoje vlastné zdravie,“ ďalej navrhuje, že by sa „v systéme verejného zdravotného poistenia mali implementovať motivačné schémy pre pacientov“, čo by sa dosiahlo „aktívnou politikou verejného zdravotníctva na podporu zdravšieho životného štýlu“. Strana chce, „aby si mladí ľudia uvedomovali zodpovednosť za svoje vlastné zdravie, a tak si vytvárali dobré predpoklady na zlepšenie zdravia.“ Podľa strany zmenou spôsobu života mladých ľudí, „možno docieľiť ich vyšší záujem o aktívny spôsob života a o všetko, čo s tým súvisí, t. j. pohybová aktivita vrátane športovej činnosti, cieľavedomé a zmysluplné trávenie voľného času.“ Podľa strany „má zoptimalizovanie spoluúčasti pacienta slúžiť ako regulačný nástroj dopytu po zdravotnej starostlivosti a aj ako nástroj podporujúci zodpovednosť pacienta za jeho zdravotný stav.“



SaS navrhuje zákon, ktorým umožní „poistovňiam bonifikovať poistencov, ktorí zdravým životným štýlom znižujú riziko vzniku ochorenia a tiež tých, ktorí zodpovedne pristupujú k dodržiavaniu liečebného režimu svojho ochorenia.“

Návrh **SMK** motivovať pacientov k účasti na preventívnych resp. dispenzárných prehliadkach sme už spomínali v časti prevencia („Bez dôvodná neúčast' na vyšetrení musí mať za následok sankciu formou zvýšeného odvodu na zdravotné poistenie na určitú dobu.“) Strana získala pozitívne body za toto opatrenie aj na tomto mieste.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT POTREBY ZVYŠOVANIA SPOLUZODPOVEDNOSTI ĽUDÍ V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI INOVATÍVNE NÁVRHY, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY).

1.6 DLHODOBÁ STAROSTLIVOSŤ

Hranica medzi zdravotníctvom a sociálnou sférou je neostrá, široká, a je zdrojom desaťročia trvajúceho napätia medzi oboma sektormi. Koreňom rozporov sú 1) financie a 2) kompetencie, ktorých sa ani jeden z rezortov nechce vzdať. Žiadna z politických strán dodnes nepredstavila ucelené, koncepčné riešenie tejto problematiky. Za pozitívum môžeme považovať skutočnosť, že sa tou témou vo svojich programoch vôbec zaoberajú a skúšajú formulovať aspoň čiastkové riešenia.

MOST-HÍD uvádza vo svojom volebnom programe, že „je potrebné vypracovať podmienky a systém financovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky chorých, imobilných

a geriatrických pacientov. Podporujeme zavedenie solidárneho a obligatorného systému financovania ošetrovateľských výkonov v zariadeniach sociálnych služieb, ktorý zabezpečí preplácanie všetkých potrebných úkonov zdravotnými poisťovňami. Je načase, aby Slovensko konečne prijalo zákon o dlhodobej starostlivosti, ktorý bude definovať obligatorne povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a následnej sociálnej starostlivosti.“ Je to všetko pekné, len chýbajú detaily. Diabol sa skrýva zvyčajne v nich.

Aj v **OLaNO+NOVA** vnímajú dlhodobú starostlivosť ako programovú prioritu; budú „presadzovať financie na starostlivosť o bezvládneho pacienta v domácom prostredí formou sprostredkovania agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti.“ Podporia tiež „reformu inštitucionálnej starostlivosti o bezvládných ako doplnku a pokračovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti.“ A navrhnu reformu financovania. Okrem doterajších zdrojov financovania chcú upraviť „dve nové dobrovoľné formy financovania: ošetrovateľské pripoistenie a reverznú hypotéku.“

Na hodnotenie uskutočniteľnosti tohto zámeru by bolo potrebné poznať podrobnosti návrhu nového systému financovania. Obávame sa, že udržateľnosť financovania solidárneho systému nebude možné zabezpečiť dobrovoľným pripoistením. Podporu reverzných hypoték hodnotíme pozitívne.

Strana deklaruje podporu starostlivosti o pacienta v domácom prostredí.

SaS má v úmysle pripraviť návrh zákona „o dlhodobej starostlivosti, ktorá bude definovaná ako súbor služieb potrebných pre osoby odkázané na iné osoby pri vykonávaní základných aktivít každodenného života.“ Bez bližších detailov je to príliš všeobecná deklarácia.



SMK „bude iniciovať, aby sa zo 14-percentného odvodu na zdravotné poistenie vyčlenilo 1 percento na poistenie pre prípad dlhodobej ústavnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v zariadeniach, ktoré túto starostlivosť poskytujú komplexne. Sme proti navýšeniu zdravotného odvodu, chceme iba jeho prerozdelenie.“ Vytvorenie poistenia dlhodobej starostlivosti je podnetné riešenie (kto by ho spravoval?). Ak to má pre poistencov zostať finančne neutrálne, musí to zaplatiť štát v podobe vyššej platby za poistencov štátu – a to bude ťažké presadiť.

Strana **Šanca** chce vytvoriť „systém starostlivosti o dlhodobo chorých. Štát podporí vytvorenie siete zariadení, ktoré občania zabezpečia na jednom mieste potrebnú zdravotnú aj sociálnu starostlivosť. Využijeme aj kapacity existujúcich sociálnych a zdravotníckych zariadení, kde vytvoríme podmienky na poskytovanie sociálnych a zdravotných služieb. Podporíme dlhodobú starostlivosť v rodinnom prostredí.“ Ani táto strana nie je dostatočne konkrétna v zamýšľaných opatreniach a chýba financovanie.

KAŽDÝ PROGRAM, KTORÝ ZMIEŇOVAL POTREBU RIEŠIŤ OTÁZKU SYSTÉMU STAROSTLIVOSTI O DLHODOBO CHORÝCH A BEZVLÁDNYCH, BOL HODNOTENÝ 1 BODOM. 3 BODY ZÍSKALI PROGRAMY S KONKRÉTNEJŠIMI NÁVRHMI.

2. FINANCOVANIE

V druhom module sa budeme venovať financovaniu zdravotníctva, verejným a súkromným zdrojom.

2.1 VEREJNÉ ZDROJE

Slovenské zdravotníctvo je z väčšej časti financované z verejných zdrojov. K téme financovania zdravotníctva z verejných zdrojov sa v programe vyjadriť len pár politických strán. Niektoré len všeobecne; čím konkrétnejšie boli, o to naliehavejšie chýbala analýza dopadov navrhovaných opatrení.

Demokrati Slovenska chcú presadiť, aby sa zaviedla rovnaká sadzba „odvodov za poistencov štátu s ostatnými poistencami“, čím sa podľa strany zníži výška zdravotných odvodov „u poistencov platených zamestnávateľmi a SZČO“. Rovnaká sadzba pre štát a ekonomicky aktívnych občanov sa podľa našich výpočtov dá dosiahnuť pri hodnote 8 %. Vyžadovalo by si to nájsť v štátnom rozpočte asi 1,2 miliardy eur (kde?). Ďalej navrhujú zaviesť „maximálny vymeriavací základ pri platbe zdravotných odvodov.“ Takýto limit však jestvuje, vo výške päťnásobku priemernej mzdy.

SMK „bude iniciovať, aby sa zo 14-percentného odvodu na zdravotné poistenie vyčlenilo 1 percento na poistenie pre prípad dlhodobej ústavnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v zariadeniach, ktoré túto starostlivosť poskytujú komplexne. Sme proti navýšeniu zdravotného odvodu, chceme iba jeho prerozdelenie.“ Navýšenie odvodov však SMK napriek tomu plánuje, ale len zo strany štátu; sadzba za po-



istencov štátu má byť navýšená „na 7 percent“, čo predstavuje dodatočných 750 miliónov eur ročne (odkiaľ?). SMK tiež avizuje zmenu systému prerozdelenia – „podľa iného kľúča,“ ktorý však nešpecifikuje. Strana podporuje povinné a pravidelné kontroly chronických a dedičných ochorení, pričom „bez dôvodná neúčast na vyšetrení musí mať za následok sankciu formou zvýšeného odvodu na zdravotné poistenie na určitú dobu.“

Ďalšie strany boli vo svojich konštatovaniach korektné, ale všeobecné.

MOST-HÍD je „za rovnosť v systéme zdravotného poistenia, t. j. rovnaký prístup k liečbe všetkých sociálnych skupín bez ohľadu na ich príjem alebo sociálne postavenie. Strana navrhuje „zabezpečiť stabilné legislatívne prostredie v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a vykonávania verejného zdravotného poistenia.“

SDKÚ-DS tvrdí, že „poskytovatelia musia mať od poisťovní preplácané ekonomicky primerané náklady a je nevyhnutné umožniť viacdrojové financovanie nemocníc.“

Strana **SKOK!** je presvedčená, že „ďalšie navyšovanie rozpočtu, či realizovanie mimoriadnych dotácií bez aplikácie dôležitých systémových reforiem možno považovať iba za neúčelné vynakladanie verejných zdrojov.“ Preto je pre stranu prioritou „podstatné zvýšenie efektivity všetkých realizovaných úkonov v rámci rezortu.“ Taktiež všeobecné tvrdenia. Strana ďalej tvrdí, že „musí dôjsť k zmene systému financovania výkonov nad rámec základného rozsahu. Najvhodnejším modelom financovania takýchto opatrení je systém pozostávajúci z troch pilierov – povinného (solidárneho), dobrovoľného (pripoistenia) a zo spoluúčasti pacienta.“

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI INOVATÍVNE NÁVRHY, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY). DEMOKRATOM SLOVENSKA SME NAPRIEK KONKRÉTNOŠTI PRIZNALI LEN 1 BOD, LEBO NENAVRHUJÚ KRYTIE TAKÉHO POPULISTICKÉHO SĽUBU A PREUKAZUJÚ NEZNALOSŤ DETAILOV SYSTÉMU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA.

2.2 POPLATKY A SPOLUÚČASŤ PACIENTA

Zákaz väčšiny poplatkov v zdravotníctve (zákon 53/2015 Z. z.) patril ku kontroverzným rozhodnutiam odchádzajúcej vlády. Predkladateľovi zákona veríme dobrý úmysel – vniesť do poplatkov poriadok a zabezpečiť poistencom dostupnosť zdravotnej starostlivosti, na ktorú majú nárok z verejného zdravotného poistenia. Realizácia však zostala problematická. Schválené znenie, s poslancami pozměňovacími návrhmi, prinieslo viac problémov než vyriešilo. Zákaz poplatkov bude treba novelizovať a opraviť. Zaujímalo nás preto názor kandidujúcich strán, ako sa k tejto výzve postaví.

Poplatky sú podmnožinou spoluúčasti pacienta – hodnotili sme preto aj postoj strán k spoluúčasti a jej nastaveniu.

KDH tvrdí, že „financovanie zdravotníctva bude postavené na spravodlivom odmeňovaní na základe kvality zdravotnej starostlivosti, výsledkov liečby a spokojnosti pacientov, na transparentnom a spravodlivom financovaní lôžkovej starostlivosti, definícii nároku a jasných pravidiel spoluúčasti pacienta, spolu s ochranným limitom pre sociálne slabších.“



Ide o pomerne všeobecnú deklaráciu, pozitívne hodnotíme konkrétny nástroj na zachovanie solidarity systému aj pri zavedení spoluúčasti – ochranný limit. Kresťanskí demokrati sľubujú, že zavedú bezplatný objednávkový systém.

MOST-HÍD sa hlási k spoluúčasti pacientov i k legalizácii definovaných poplatkov: „*zoptimalizovanie spoluúčasti pacienta má slúžiť ako regulačný nástroj dopytu po zdravotnej starostlivosti a aj ako nástroj podporujúci zodpovednosť pacienta za jeho zdravotný stav.*“ Strana bude podporovať vrátenie prednostných vyšetrení do legislatívy. Štát má podľa nej jasne povedať, „*za aké služby bude možné vyberať poplatky v ambulanciách. Pri takomto transparentnom stanovení by poplatok za prednostné vyšetrenie mohol byť efektívnym riešením najmä dlhšieho čakania na vyšetrenie.*“

Strana **SaS** svoju pozornosť obrátila len na jeden z existujúcich poplatkov, a to poplatok za pohotovosť: „*zvýšime poplatky za využívanie pohotovostných služieb, dnes často zneužívaných. V odôvodnených prípadoch ponecháme odpustenie poplatku posúdeniu lekára.*“

SDKÚ-DS navrhuje „*v prvom rade pristúpiť k novelizácii zdravotníckych zákonov. Kľúčovou je novela tzv. poplatkového zákona.*“ Podľa strany existujú viaceré možnosti „*ako nastoliť poriadok v ambulanciách, a to stanoviť rozsah a strop poplatkov, zaviesť ochranný limit pre sociálne znevýhodnené skupiny ľudí, či zaviesť možnosť komerčného pripoistenia.*“ Hoci ich na krátkom rozsahu svojho programu strana detailnejšie nekonkretizuje, z navrhnutých nástrojov je zrejmé, že problematike rozumie.

SKOK! vidí spoluúčasť ako jeden z troch pilierov najvhodnejšieho modelu financovania.

SMK pripúšťa „*spolupodieľanie sa pacientov na úhrade ambulantnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti*“, ale „*iba za predpokladu, že podmienky budú prísne a jednoznačne*

stanovené a pred ich zavedením prebehne široká odborná a spoločenská diskusia.“ Pre nedisciplinovaných pacientov, ktorí nenavštevujú preventívne a dispenzárne prehliadky, počíta SMK s malusom v podobe zvýšeného odvodu na zdravotné poistenie. Strana sľubuje vrátiť možnosť objednávať pacientov na určenú hodinu (za poplatok?). „*Obmedzíme to takým spôsobom, aby objednávky mohli byť vykonávané pred alebo po riadnych ordinačných hodinách.*“

Strana **Šanca** plánuje urobiť poriadok v poplatkoch stanovením „*za čo je možné vyberať poplatky a v akej výške.*“ Zaujímavou inováciou je návrh: „*Umožníme pacientom neplatiť v ambulanciách v hotovosti, vybaví to za nich zdravotná poisťovňa.*“ Tým by sa poplatky v ambulanciách museli nevyhnutne zoficiálniť, stransparentniť a kontrolu správnosti ich vyberania by robili zdravotné poisťovne. Strana má v úmysle rozšíriť „*ochranný limit na doplatky za lieky aj na ďalšie poplatky v zdravotníctve.*“ Rozšírenie ochranného limitu aj na iné typy hotovostných platieb v zdravotníctve je myšlienka, ktorá umožní zaviesť sociálne prijateľnú schému spoluúčasti.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI INOVATÍVNE NÁVRHY, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY).



3. PLATOBNÉ MECHANIZMY

Platobné mechanizmy definujú spôsob odmeňovania poskytovateľov zdravotnými poisťovňami, a sú kľúčové pre vytváranie motivácií na trhu. Pri platobných mechanizmoch sme osobitne skúmali vzťah strán k zavedeniu DRG (Diagnoses Related Groups, ľudovo nazývanému *platba za diagnózu*), a zaujímal nás aj názor strán na cenovú reguláciu.

3.1 DRG

Takmer všetky politické strany sa prihlásili k zavedeniu DRG; v programe ho nespomenuli len Demokrati Slovenska a SNS.

#Siet zavedie „do praxe systém DRG.“

SMK: „neodkladne zavedieme systém DRG“.

Šanca: „v čo najkratšom čase zavedieme spravodlivé ohodnotenie práce zdravotníkov v nemocniciach – systém platby za diagnózu – DRG.“

SaS: „zavedieme dlho očakávaný spravodlivý klasifikačný systém DRG.“

SDKÚ-DS: „Zavedením DRG sa vytvorí predpoklad na spravodlivejšie odmeňovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za zrealizované výkony, obmedzí sa plytvanie a zefektívni sa zdravotná starostlivosť.“

KDH má v úmysle postaviť financovanie zdravotníctva „na transparentnom a spravodlivom financovaní lôžkovej starostlivosti (DRG).“

Dodáva, že DRG zavedie do 12 mesiacov.

MOST-HÍD je za zavedenie DRG, zároveň „prítom treba ponechať slobodnú možnosť v zmluvných vzťahoch medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti dohodnúť sa aj inak, teda mimo DRG.“

OLaNO+NOVA podporí „prijatie moderného katalógu zdravotných výkonov aj spravodlivého klasifikačného systému diagnóz.“

Podľa strany **SKOK!** „príspevkom k zvýšeniu transparentnosti v oblasti cenotvorby za realizované výkony bude aplikácia DRG.“

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI ZÁMER ZAVIEŠŤ DRG V PROGRAME (1 BOD).

3.2 ĎALŠIE PLATOBNÉ MECHANIZMY

Platobnými mechanizmami je možné dosiahnuť zmenu motivácií poskytovateľov – a dosahovať tak niektoré programové ciele. Uvedomila si to väčšina strán, ktoré sa platobným mechanizmom venovali vo svojich programoch aspoň v nejakej miere detailu.

#Siet má v úmysle presadiť, že „Všeobecná zdravotná poisťovňa bude osobitnými platbami motivovať lekárov, aby rozšírili ordinačné hodiny na celodenný režim, a to osobitne u poskytovateľov, ktorých je nedostatok. To platí aj pre využívanie zakúpených prístrojov.“

Demokrati Slovenska zavedú „skutočnú voľbu lekára zavedením povinností pre zdravotné poisťovne preplatiť výkony aj nezazmluvnených lekárov.“ Úhrada zdravotnej starostlivosti aj bez preautorizácie zdravotnou



poisťovňou u nezmluvných poskytovateľov de facto ruší význam nákupu zdravotnej starostlivosti a zazmluvňovania. Zmluvy okrem úhrady za poskytnuté zdravotné služby prinášajú do vzťahu s poskytovateľom aj ďalšie témy – reportovanie, dodržiavanie protokolov,... Pre účelné vynakladanie zdrojov verejného zdravotného poistenia má rozdelenie na zmluvných a nezmluvných poskytovateľov zmysel. Strana tiež chce „odstrániť limity na zdravotnícke výkony u poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti.“

Ani **SKOK!** nevidí zmysel v aplikovaní limitov: „sme toho názoru, že liberalizácia v oblasti výkonov prispeje k vyššej miere konkurencie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.“

Do tretice, aj **SaS** avizuje zrušenie limitov: „sú nespravodlivou deformáciou systému a zavedieme platobné mechanizmy, ktoré podporia klientsku orientáciu poskytovateľov. Ak si pacient vyberie iného lekára alebo zdravotnícke zariadenie, nie je spravodlivé, aby bol odmietnutý pre vyčerpaný limit, pričom u iného poskytovateľa by mu jeho poisťovňa potrebný výkon uhradila.“ Limity sú dôsledkom limitovaných zdrojov – ak ich nie je možné redukovať zavedením spoluúčasti, mali by sa prejavovať dlhšími čakacími dobami. Zrušenie limitov má vo svojich rukách predovšetkým štátna VŠZP, ktorá by sa tým dostala do existenčného ohrozenia.

KDH tvrdí, že financovanie poskytovateľov má byť postavené „na základe kvality a výsledkov liečby a spokojnosti pacienta.“ Vecne je to správne; rozhodnutie o kritériách odmeňovania je na komunikácii medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi. Štát do tejto diskusie môže efektívne zasiahnuť prostredníctvom VŠZP, prípadne pomocou pri meraní a zbere indikátorov kvality. **KDH** má v úmysle presadiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti aj mimo ordinačných hodín.

Aj **MOST-HÍD** správne konštatuje, že „v súčasnosti platobné mechanizmy odmeňujú poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za vykazovanú produkciu výkonov. Platobné mechanizmy by mali odmeňovať kvalitu, výsledky a manažovanie liečby. Vývoj nových platobných mechanizmov má zvyšovať motiváciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na dosahovanie excelentných diagnostických a terapeutických výsledkov a efektívne využívanie verejných zdrojov.“

SMK má v pláne navrhnuť zvýšenie hodnoty výkonov za preventívne vyšetrenia „pre zdravotnícke zariadenia, ktoré vyšetrenia vykonajú.“

Šanca uviedla, že zatraktívni „všeobecné ambulancie pre mladých lekárov zmenou spôsobu ich financovania.“ Bez bližších detailov.

SDKÚ-DS má v úmysle „rozdeliť zdravotnícke výkony pri všeobecnej ambulantnej starostlivosti na kapitálnu časť a platbu za zdravotný výkon.“

Podobne aj **OĽaNO+NOVA** bude presadzovať zmenu financovania všeobecných lekárov „na kombinovaný model paušálnej platby a platby za výkony.“ Dodajme, že platobný mechanizmus v primárnej sfére môže obsahovať aj iné zložky než paušál a výkonnostná platba. Odmeňovanie môže zohľadňovať náročnosť i nákladovosť poisťného kmeňa, výsledky zdravotnej starostlivosti, či spektrum ponúkaných služieb.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI KONKRÉTNEJŠIE NÁVRHY SME HODNOTILI TROMA BODMI. ZRUŠENIE LIMITOV (BEZ ĎALŠÍCH DOVETKOV) POVAŽUJEME ZA DISKUTABILNÉ OPATRENIE, S POTENCIÁLOM VÁŽNE OHROZIŤ STABILITU VŠZP - PRETO HO HODNOTÍME LEN JEDNÝM BODOM.



3.3 ODMEŇOVANIE ZDRAVOTNÍKOV

V programoch sa strany zaoberali aj spravodlivým ohodnotením zdravotníkov. Niektoré z nich to považuje za úlohu štátu, niektoré nie (čo je nám názorovo bližšie). Mzdovú reguláciu považujeme za škodlivý nástroj, ktorý zväzuje ruky manažmentom nemocníc pri ich riadení. Tabuľkové ohodnotenie nezohľadňuje kvalitu a výsledky, má tak aj demotivačný efekt.

Pripomeňme, že napätie okolo centrálnej mzdovej regulácie sprevádzalo – rovnako ako teraz – parlamentné voľby už v roku 2012.

Demokrati Slovenska konštatovali: „lepšie ohodnotíme výkony zdravotného personálu a vytvoríme priestor pre výrazný rast plátov.“ Ako?

Podľa strany **MOST-HÍD** „riešenie otázok odmeňovania zdravotných pracovníkov by malo byť v budúcnosti prioritné.“ Týmto tvrdením sa nedá nič pokaziť.

SDKÚ-DS uvádza, že „je nevyhnutné, aby sa zaviedol spravodlivý a najmä ekonomicky udržateľný model odmeňovania zdravotníkov.“ Autorom kvitujeme upozornenie na ekonomickú udržateľnosť modelu odmeňovania.

Šanca chce presadiť „spravodlivé ohodnotenie zdravotníkov, nemocníc a ambulancií, ktoré bude naviazané na náročnosť poskytovanej starostlivosti, jej kvalitu a spokojnosť pacientov.“ V tomto prípade zasa kvitujeme spomenutie kvality a spokojnosti ako kritérií pre odmeňovanie.

V podobnom duchu hovorí aj **KDH**: „Odmeňovanie poskytovateľov naviažeme na výsledky liečby a indikátory kvality, medzi ktoré patrí spokojnosť pacientov.“

SaS bola rázna a konkrétna vo formulácii svojho názoru na túto tému: „zrušíme centrálnu

reguláciu miezd v zdravotníctve.“ Tento postoj má našu podporu.

SKOK! považuje požiadavky pacientov i zdravotníkov za legitímne, ale najprv musí dôjsť k reformám a rastu produktivity a efektivity. Základný predpoklad pre rast plátov v zdravotníctve vidí strana v tom, že „kvalifikovaným odborníkom vytvoríme podmienky pre poskytovanie väčšieho rozsahu výkonov.“

SMK „zvýši platy sestier a pôrodných asistentiek, ako aj ďalšieho zdravotníckeho personálu, a zlepši pracovné podmienky v zdravotníctve. Považujeme za nespravodlivé a diskriminujúce, že vláda upravila platy iba sestram pracujúcim v nemocniciach, a na sestry v ambulanciách obvodných lekárov, či na sestry v sociálnych zariadeniach zabúda. Rovnako treba riešiť aj platy ošetrovateľov, ktorí napriek tomu, že hodnotu ich práce ani nedokážeme doceniť, často pracujú za minimálnu mzdu. Chceme urobiť povolania v zdravotníctve atraktívnymi.“ Tieto formulácie naznačujú, že SMK sa prikláňa k mzdovej regulácii. Obávame sa, že dopady jej rozšírenie na ambulancie nemá strana zanalyzované.

STRANÁM, KTORÉ ZMIENILI POTREBU SPRAVODLIVÉHO ODMEŇOVANIA, SME PRIDELILI 1 BOD. 3 BODY DOSTALI STRANY, KTORÉ POPÍSAI SPÔSOB, AKO TO ZABEZPEČIŤ. O BODOV SME UDELILI STRANÁM HLÁSIACIM SA K CENTRÁLNEJ MZDOVEJ REGULÁCII.



4. ORGANIZÁCIA

Organizácia zdravotníctva, subjekty a ich kompetencie, je kľúčovým nástrojom zdravotnej politiky. Pri hodnotení tejto témy sme sa sústredili na jednotlivé subjekty zdravotného systému: zdravotné poisťovne, nemocnice a regulátora.

4.1 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

Hoci téma jednej zdravotnej poisťovne bola asi hlavným motívom končiaceho sa volebného obdobia, s výnimkou SNS sa žiaden z hodnotených volebných programov k nej nehlásil.

SNS uviedla, že „prijmeme zákon, aby všeobecne dostupnú zdravotnú starostlivosť zabezpečovala len jedna zdravotná poisťovňa ako verejnoprávna inštitúcia bez možnosti vytvárania zisku.“ Vznik jednej poisťovne obhajuje tvrdením, že „peniaze, ktoré občan a štát zaplatia, sa musia vrátiť späť do zdravotného systému.“ Podobne ako keď s týmto návrhom prišiel v roku 2012 Smer-SD konštatujeme: skôr než sa rozhodneme pre obrovské transakčné náklady, je potrebné preukázať, že nový organizačný model zdravotníctva bude efektívnejší a pre občanov lepší. Ak chceme využiť skutočnosť, že máme na Slovensku pluralitný poisťový systém, mali by sme posilniť možnosť konkurencie a súťaže o poisťencov.

MOST-HÍD tvrdí, že „model verejného zdravotného poistenia má byť pluralitný s viacerými konkurujúcimi zdravotnými poisťovňami. Pacientom má byť garantovaný slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zdravotnej poisťovne.“ Čiže, strana zachová status quo.

SaS sformulovala radikálny návrh: otvorí diskusiu „o rozdelení Všeobecnej zdravotnej poisťovne na 3-4 časti, ktoré by boli predané v medzinárodnom tendri, čo povedie k vzniku skutočnej konkurencie na trhu zdravotného poistenia a poisťencom umožní využívať benefity vyplývajúce z plurality poisťovní.“ Toto riešenie by tiež umožnilo získať významné zdroje na investície do zdravotníckej infraštruktúry. Zároveň by sa tým verejné zdravotné poistenie výrazne odpolitizovalo.

#Sieť sa v tejto téme obmedzila na zákaz účasti schránkových firiem s neznámym vlastníkom „medzi zdravotnými poisťovňami aj poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.“ Schránkové firmy považujeme za zástupný problém; od zdravotných poisťovní, poskytovateľov i dodávateľov máme primárne požadovať kvalitné tovary a služby za konkurenčnú cenu. Dôležitejšie než vlastníci subjektov sú preto pravidlá uzatvárania zmlúv, ich kontrola a efektívne vymáhanie. Zákaz schránkových firiem s neznámym vlastníkom sa dá obísť cez známeho vlastníka – bieleho koňa.

KDH chce zaviesť vyššie spomínané poisťné plány. Aj bez organizačnej zmeny tak chce docieľať, že „poisťovne sa posunú z úlohy distribútora zdravotného poistenia do úlohy poskytovateľa služieb s pridanou hodnotou pre pacienta.“ Toto konštatovanie kresťanských demokratov považujeme za výstižné (a vďaka nemu získavajú bod).

PRI HODNOTENÍ SME ZA ORGANIZAČNÉ OPATRENIE (ALEBO ASPOŇ ZMIENKU O ZACHOVANÍ STATUS QUO) V OBLASTI ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PRIDELOVALI 1 BOD; SNS ZÍSKALA -1 BOD, PRETOŽE NAVRHOVANÉ OPATRENIE POVAŽUJEME ZA ŠKODLIVÉ. ZA INOVATÍVNE NÁVRHY (ÁNO, SAS) ZÍSKALI STRANY 3 BODY.

4.2 NEMOCNICE

Napriek dvom neúspešným pokusom o transformáciu štátnych nemocníc (v r. 2006 a v r. 2011) sa aj v roku 2016 nájdú politické strany, ktoré by to skúsili do tretice.

MOST-HÍD navrhuje, „aby legislatíva garantovala rovnoprávne postavenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na ich právnu formu a vlastníka. Je potrebné určiť vhodnú právnu formu pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá by garantovala transparentné hospodárenie, prehľadné účtovníctvo a výberové konania, audit. Je potrebné ukončiť transformáciu štátnych nemocníc. Univerzitné nemocnice by mali fungovať ako akciové spoločnosti vo väčšinovom vlastníctve štátu. Pacientom má byť garantovaný slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zdravotnej poisťovne.“

SaS má v pláne transformovať nemocnice z príspevkových organizácií na akciové spoločnosti. A dodáva, že „spôsob transformácie musí byť maximálne transparentný a garantujúci plnú informovanosť zdravotníckych pracovníkov o plánovaných krokoch. Kolektívne, vyvážené vytvorené predstavenstvá a dozorné rady posilnia kontrolu fungovania a transparentnosť hospodárenia a spolu s povinným nezávislým externým auditom výrazne znižujú riziká zneužívania finančných zdrojov. Zjednotia sa tým podmienky fungovania zdravotníckych zariadení. Zmena právnej formy umožní aj potrebné investície a realistické rozvojové plány, ktoré nepodliehajú volebným cyklom a záujmom politikov.“ S argumentáciou sa stotožňujeme.

Šanca: „zavedieme transparentnosť v hospodárení nemocníc ich transformáciou.“

Aj **SKOK!** je zástancom transformácie: „Transformácia štátnych zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti prispeje k zvýšeniu ich transparentnosti a efektívnosti. Strana dokonca pripúšťa, že „v prípade preukázania opodstatnenosti posluží k príprave na ich dočasné alebo trvalé odštátnenie. Strana chce „presadiť, aby nemocnice dôsledne zverejňovali informácie o svojom hospodárení, aj poskytovanej zdravotnej starostlivosti.“

Podobný zámer má aj **#Siet!**: „zverejňovanie informácií o hospodárení nemocníc, ako aj údajov o kvalite poskytovaných služieb, vrátane nakupovaných cien a objemov.“ K transformácii sa nevyjadruje. Plánuje však zaviesť „hmotnú zodpovednosť verejných činiteľov aj pre všetky úrovne riadenia v zdravotníctve a presadí výber riaditeľov štátnych nemocníc a iných kľúčových manažérov v otvorených výberových konaniach výhradne na základe odbornosti a tiež vytvorenie jasných kritérií ich hodnotenia viazaných nielen na hospodárenie, ale aj na kvalitu a spokojnosť pacientov a ich vynucovanie.“

KDH má v úmysle zvýšiť „osobnú zodpovednosť manažmentu nemocníc za výsledok hospodárenia prostredníctvom inštitútu ozdravného plánu a nútenej správy obdobne ako v zdravotných poisťovniach alebo samosprávach.“

OĽaNO–NOVA bude presadzovať nový systém riadenia štátnych nemocníc a nový zákon o nemocniciach: „Zavedieme novú organizačnú formu, profesionálne výberové konania manažérov, správne rady so zastúpením zamestnancov, transparentné účtovné a rozpočtové pravidlá a nákladové strediská nemocníc na úrovni oddelení.“ Konkrétnejší návrh strana zatiaľ nepredstavila, nevieme tak posúdiť jeho realizovateľnosť. Zapojenie zamestnancov do výkonných i kontrolných orgánov spoločnosti považujeme za správny krok, minimálne pre zvýšenie transparentnosti. Nebyť dr. Suchánka



v správnej rade piešťanskej nemocnice, o kauze CT by sme sa možno nedozvedeli.

**PRI HODNOTENÍ SME ZA NÁVRH VYŠŠEJ
TRANSPARENTNOSTI NEMOCNÍC PRIDELILI 1
BOD. ZA PRIHLÁSENIE SA K TRANSFORMÁCII
NEMOCNÍC NA ZODPOVEDNEJŠIU PRÁVNU FORMU
ZÍSKALI STRANY 3 BODY.**

4.3 ÚRAD PRE DOHĽAD

Postavenie Úradu pre dohľad sa stalo témou, ku ktorej má jeden z politických subjektov zásadne iný postoj ako ostatné. K ÚDZS sa vo svojich volebných programoch vyjadrili štyri strany; tri chcú jeho autoritu posilniť či využiť. Štvrtá (OLaNO+NOVA) chce úrad zrušiť.

MOST-HÍD: „Kľúčovú rolu pri regulácii v sektore zdravotníctva má zohrávať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorého nezávislosť treba výrazne posilniť.“

SaS: „Presadíme nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorého predseda bude volený vo verejnej voľbe NR SR.“

Aj **SKOK!** je za posilnenie nezávislosti ÚDZS. Plánuje ustanoviť vedenie úradu „odvolateľné iba v presne špecifikovaných prípadoch.“ ÚDZS by mal mať posilnené kapacity a rozšírené kompetencie: „Posudzoval by napríklad investície do finančne náročných medicínskych technológií, či zaraďovanie náročných medicínskych výkonov do rozsahu starostlivosti platenej z verejného zdravotného poistenia.“

OLaNO+NOVA navrhuje zrušiť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, „pretože zlyhal pri regulácii zdravotných poisťovní, nesplnil očakávania a je neúmerne drahý. Jeho kompetencie rozdelíme medzi Národnú zdra-

voťnú službu a Národnú banku Slovenska.“ Autori nevysvetľujú, v čom úrad nesplnil očakávania a prečo; nové očakávania spájajú s iným organizačným usporiadaním. Konštatujú, že „súčasný systém riadenia slovenského zdravotníctva je prerastený klientelizmom. Orgány riadenia slovenského zdravotníctva zlyhávajú a treba ich zreformovať. Všetky verejné zdravotné úrady a inštitúcie zjednotíme do dvoch úradov: Národnej zdravotnej služby a Úradu preventívneho zdravotníctva.“ Ide o sériu zásadných inštitucionálnych zmien s neznámymi dopadmi, pri ktorých by bolo dobré poznať, aký problém nimi riešime, aké očakávania s nimi spájame, ako ich budeme merať a vyhodnocovať, a koľko bude tá zmena stáť. Pravdepodobnosť realizovateľnosti tohto volebného zámeru považujeme za blízku nule; ide o natoľko komplexnú zmenu, že jej musí predchádzať podrobná analýza, konkrétny návrh riešenia a verejná diskusia. To sa v prvej polovici volebného obdobia, keď je ešte možné robiť reformy, nedá poctivo stihnúť.

**VŠETKY PROGRAMY, KTORÉ SA VENOVALI ÚLOHE
REGULÁTORA, SME HODNOTILI TROMI BODMI.
ZÁMER OLANO+NOVA POVAŽUJEME ZA PRÍLIŠ
RISKANTNÝ, NĚPREDISKUTOVANÝ A SLABO
VYARGUMENTOVANÝ, HODNOTÍME HO PRETO LEN
1 BODOM.**



5. REGULÁCIA

V piatej časti sme sa zamerali na ďalší nástroj zdravotnej politiky, reguláciu. Osobitne nás zaujímal názor politických strán na sieť poskytovateľov, zisk zdravotných poisťovní, cenovú reguláciu. Zaradili sme sem aj tematiku postavenia zdravotníkov.

5.1 SIEŤ POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

K téme optimalizácie siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa vyjadrili vo svojich volebných programoch viaceré strany.

#Sieť má v pláne zabezpečiť dostupnosť „špecialistov tým, že minimálna sieť už nebude definovaná v rámci celého kraja, ale tak, aby pacient nemusel cestovať viac ako určitú vzdialenosť a čakať viac ako určitý čas.“ Cieľom je dosiahnuť efektívnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti, s čím sa plne stotožňujeme.

SMK vraví, trochu všeobecnejšie, že „minimálnu sieť treba určiť tak, aby zohľadňovala potreby regiónov.“

SDKÚ-DS uvádza, že „je nevyhnutné rozšíriť minimálnu sieť ambulantnej starostlivosti a vyriešiť LSPP.“ Bez detailov.

Šanca je vo veci LSPP konkrétnejšia. Chce docieľať „nepretržite dostupnú lekársku pohotovosť, ktorú budú zdravotníci slúžiť dobrovoľne a za adekvátnu odmenu.“ Dobrovoľnosť služieb na LSPP by bola významným prelomom do súčasnej praxe. Šanca ešte, pomerne všeobec-

ne, sľubuje: „Zlepšíme dostupnosť ambulancií v regiónoch.“

SNS chce určiť stabilnú sieť zdravotníckych zariadení: „Prijmeme zákon, ktorý určí stabilnú sieť zdravotníckych zariadení, hierarchicky usporiada zdravotnú starostlivosť, urobí kategorizáciu nemocníc s jasnou definíciou praco-
vísk v danom type nemocnice a určí spádové územia nemocníc v rámci štátu.“ Strana nepredstavila detaily zamýšľaného zákona. Návrh centralizovať rozhodnutie o sieti by si vyžadoval osvietených technokratov na strane štátu. Rozhodovanie o sieti prostredníctvom politikov môže viesť k suboptimálnym riešeniam.

MOST-HÍD venovala svoju pozornosť neodkladnej starostlivosti. „Neodkladná zdravotná starostlivosť formou záchranej zdravotnej služby má byť v každom regióne dostupná do 15 minút od nahlásenia náhlejšej udalosti po príjazd vozidla ZZS.“ Tak je už dnes koncipovaná pevná sieť ZZS. Strana k tomu dodáva: „Neodkladná základná zdravotná starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach má byť v každom regióne fyzicky dostupná maximálne do 60 minút od nahlásenia náhlejšej udalosti po poskytnutie nevyhnutnej odbornej zdravotnej starostlivosti.“ Inými slovami, navrhuje nastaviť veľkosť „oka“ siete akútnych nemocníc, ktoré umožní následnú optimalizáciu ústavných zdravotníckych zariadení.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY (SIEŤ POSKYTOVATEĽOV) V PROGRAME (1 BOD). RIEŠENIA, KTORÉ OBSAHOVALI INOVATÍVNE NÁVRHY, SME HODNOTILI AKO ROZPRACOVANEJŠIE A KONKRÉTNEJŠIE (3 BODY). NIEKTORÉ OPATRENIA, KTORÉ NEBOLI DOSTATOČNE KONKRÉTNE, ALE STÁLE PODROBNEJŠIE NEŽ TIE JEDNOBODOVÉ, SME OHODNOTILI DVOMA BODMI.



5.2 ZISK ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Zisk zdravotných poisťovní je háklivá téma, a väčšina strán k nej radšej nezaujala žiaden postoj. Pritom jeden, elegantný spôsob regulácie zisku v dnešnej legislatíve už jestvuje: stačí rozšíriť zoznam diagnóz/výkonov, na ktoré sa tvoria oficiálne čakacie listiny. Na predpokladané náklady zdravotnej starostlivosti čakajúcich pacientov si poisťovne budú musieť tvoriť technické rezervy. Tie sú nákladovou položkou a znižujú tak celkový hospodársky výsledok.

Strana **Demokrati Slovenska** sformulovala konkrétny návrh. Po vzore DSS chce dosiahnuť zmenu spôsobu financovania „zavedením jasne definovanej a v percentách určenej odmeny za činnosť a správu zdravotnej poisťovne včítane zisku; znemožníme odlievať dopredu nedefinované objemy prostriedkov z poistenia do zisku.“

SaS umožní zdravotným poisťovniam tvorbu zisku, ak „zabezpečia svojim poistencom definovaný zákonný nárok.“ To je dnešný stav; nedostatočná definícia nároku nejde na vrub zdravotných poisťovní.

SNS uviedla, že „prijmeme zákon, aby všeobecne dostupnú zdravotnú starostlivosť zabezpečovala len jedna zdravotná poisťovňa ako verejnoprávna inštitúcia bez možnosti vytvárania zisku.“

KONŠTRUKTÍVNY NÁVRH REGULÁCIE ZISKU SME HODNOTILI TROMA BODMI, ZMIENKU TEJTO TÉMY V PROGRAME JEDNÝM BODOM. SNS SME PRIDELILI -1 BOD, RIEŠENIE NEPOVAŽUJEME ZA PROSPEŠNÉ PRE SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO.

5.3 CENOVÁ REGULÁCIA

Väčšina cien v slovenskom zdravotníctve je od roku 2005 plne deregulovaná; je tak výsledkom rokovania medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Výnimku tvoria najmä lieky a zdravotnícke pomôcky, záchranná zdravotná služba a pohotovosť, a zopár explicitne vymenovaných výkonov.

Dereguláciu cien považujeme za pozitívny jav; odstraňuje sa tak riziko deformácie určovaním cien spoza zeleného stola. Vo volebných programoch sa k nejakej forme cenovej regulácie hlási len pár strán:

SNS chce presadiť, „aby za cenotvorbu výkonov, ktoré sú platené zo zdravotného poistenia, bolo zodpovedné výhradne ministerstvo zdravotníctva.“

Podľa strany **SKOK!** „je nutné zrealizovanie „inventarizácie“ cenníka realizovaných výkonov za účelom zrealizovania platieb za realizované výkony,“ čo taktiež vyzerá na nejakú formu cenovej regulácie.

OLANO+NOVA chce čeliť reexportu liekov úpravou referencovania cien liekov. Z dnešného priemeru troch najlacnejších sa má cena odpichnúť od šiestej najnižšej ceny lieku v EÚ. Jeden bezprostredný dôsledok je zrejмый: náklady na lieky stúpnu, na úkor iných segmentov. Reexportu to nemusí zabrániť, pretože naďalej bude 20 krajín, kde budú lieky drahšie než u nás.

PRI HODNOTENÍ SME HODNOTILI VÝSKYT TÉMY ZAVEDENIA NEJAKEJ FORMY CENOVEJ REGULÁCIE V PROGRAME (-1 BOD). NÁVRH NA RIEŠENIE REEXPORTU POVAŽUJEME ZA PRÍLIŠ DRAHÝ; ALE ZA TO, ŽE ŠLO O JEDINÝ NÁVRH NA TÚTO TÉMU, PRIDELILI SME MU 1 BOD.



5.4 ZDRAVOTNÍCI

Viacere strany si uvedomujú, že medzi mnohé problémy nášho zdravotníctva patrí aj vnímanie postavenia zdravotníkov, ich kompetencií, či administratívna záťaž.

#Siet: „*Úpravou a presným definovaním kompetencií všetkých zdravotníkov sa zasadí o ich primerané právomoci a bude minimalizovať mieru administratívnej záťaže zdravotníkov tak, že podporí ich delegovanie na pomocný personál.*“ Toto je vo všeobecnosti správny prístup. Zaujímali by nás detaily.

KDH plánuje zaviesť poradenstvo pre pacientov, čím „*znížime administratívnu záťaž a vytvoríme podmienky pre zdravotníkov, aby mali dostatok času pre pacienta.*“ Otázne je – finančné krytie.

MOST-HÍD chce zabezpečiť „*cielené posilnenie spoločenského postavenia zdravotníckych pracovníkov na úroveň okolitých krajín,*“ vrátane podpory „*malého a stredného podnikania v zdravotníctve s cieľom stabilizovať kreatívnych zdravotníckych pracovníkov a zvyšovať atraktivitu zamestnania v zdravotníctve s dôrazom najmä na oblasti nedostatku a priemerného veku zdravotníkov.*“

SMK má v úmysle pripraviť „*rôzne projekty a programy v oblasti zdravotníctva, čím vytvoríme pozitívny model životnej cesty mladých lekárov a zdravotníckeho personálu a urobíme túto oblasť príťažlivou pre mladých absolventov a mládež, ktorá stojí pred výberom povolania.*“ Aké projekty a programy má strana na mysli? Prísľub neznie veľmi presvedčivo.

ZMIENKU O POTREBE RIEŠIŤ POSTAVENIE, KOMPETENCIE A ZAŤAŽENIE ZDRAVOTNÍKOV SME HODNOTILI JEDNÝM BODOM.

6. KVALITA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Kvalita zdravotnej starostlivosti je čiastkovým cieľom zdravotného systému. Vyššia kvalita zdravotnej starostlivosti predpokladá dosahovanie lepšieho zdravotného stavu a spokojnosti pacientov. Zavádzanie kvality „zhora“ zvyčajne nefunguje; je preň potrebná spolupráca všetkých zainteresovaných. Predpokladom zlepšovania kvality je zavádzanie štandardných postupov, meranie – reportovanie – hodnotenie – porovnávanie – zverejňovanie indikátorov kvality a ich zapracovanie do platobných mechanizmov.

#SIET' navrhuje meranie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a vytvorenie kritérií na hodnotenie pracovníkov na všetkých úrovniach riadenia v zdravotníctve nielen podľa hospodárenia, ale aj kvality a spokojnosti pacientov.

KDH bude presadzovať, aby poskytovatelia boli odmeňovaní „*na základe kvality, výsledkov liečby a spokojnosti pacientov.*“ V programe tiež uvádza: „*zvýšime verejnú kontrolu zverejňovaním informácií o zdravotnej starostlivosti spracovaných v zrozumiteľnej podobe.*“

MOST-HÍD je za meranie kvality poskytovania ZS a spokojnosti pacienta a za ich vyhodnocovanie „*na základe indikátorov kvality u poskytovateľoch v pravidelných intervaloch. Na zvyšovanie kvality a efektívnosti poskytovanej ZS sú potrebné hodnoverné a zrozumiteľné informácie dostupné verejnosti.*“ Pacientovi sa tak otvorí priestor pre informovanú voľbu poskytovateľa. Tlak na zvyšovanie kvality vyvoláva súťaž medzi poskytovateľmi ZS. „*Porovnávanie výsledkov starostlivosti podporí široké uplatne-*



nie inovácií.“ Indikátory kvality by mali zohľadňovať zdravotné poisťovne pri úhradách. Tvorcom štandardov by podľa strany mal byť štát, konkrétne Úrad pre dohľad. „Záverý ÚDZS ako precedentné rozhodnutia by mali byť podkladom pre stanovenie štandardných postupov. Vytvorené odporúčania, metodické, klinické, diagnostické a terapeutické štandardy by mali viesť k najefektívnejšej a ekonomicky najvhodnejšej diagnostike, liečbe a manažmentu zdravotnej starostlivosti pacientov. [...] Štandardné protokoly je potrebné vytvoriť v prvom rade na najčastejšie a najnákladnejšie ochorenia a v oblastiach, kde sa objavujú najčastejšie a najzávažnejšie nedostatky. Následne je v súlade s vývojom poznatkov a technologických postupov v medicíne potrebné zabezpečiť ich dynamický vývoj.“

OLaNO+NOVA bude presadzovať „nezávislé hodnotenie spokojnosti pacientov s poskytovanými službami. Manažmenty budú hodnotené podľa troch kritérií: spokojnosti pacientov, dosahovaných liečebných výsledkov a efektivity hospodárenia. NOVA podporí investície do modernizácie slovenských nemocníc tak, aby sa zvýšila kvalita liečby aj komfort pacienta počas hospitalizácie.“

SaS má v pláne presadiť „povinnosť merania a zverejňovania údajov o zdravotnej starostlivosti jednotlivých poskytovateľov s transparentnou tvorbou rebríčkov v jednotlivých parametroch, slúžiace informovanosti občanov i podpore konkurencie medzi poskytovateľmi s cieľom zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb.“

SKOK! plánuje „zaviesť proaktívne zverejňovanie dát zbieraných regulátormi.“

Šanca chce „spravodlivé ohodnotenie zdravotníkov, nemocníc a ambulancií, ktoré bude naviazané na náročnosť poskytovanej starostlivosti, jej kvalitu a spokojnosť pacientov.“

A má v pláne zaviesť „meranie a zverejňovanie kvality.“

VŠEOBECNÉ KONŠTATOVANIA NA ADRESU POTREBY MERAŤ KVALITU SME HODNOTILI JEDNÝM BODOM. KONKRÉTNEJŠIE A PODROBNEJŠIE RIEŠENIA, VRÁTANE VÄZBY INDIKÁTOROV KVALITY NA ODMEŇOVANIE POSKYTOVATEĽOV, SME HODNOTILI TROMA BODMI.



7. INVESTÍCIE DO BUDÚCNOSTI ZDRAVOTNÍCTVA

Ďalšia sada porovnávaných programových priorít sa týka investícií. A to tak do ľudských zdrojov, ako aj do technickej infraštruktúry. Dôležitý je i proces obstarávania. Osobitne hodnotíme zmienku o elektronickom zdravotníctve; hoci žiadna zo strán nedokázala presvedčivo popísať, ako by zabezpečila zavedenie eHealthu do praxe.

7.1 VZDELÁVANIE

Vzdelávanie v zdravotníctve si všimli len niektoré politické strany. Je to škoda, lebo príprave ľudských zdrojov pre zdravotníctvo je potrebné začať venovať zvýšenú pozornosť. Už dnes sa ukazuje, že dnešné nastavenie povinnosti sestier k vysokoškolskému vzdelaniu má svoje negatívne dopady. Úlohy zdravotníkov na jednotlivých postoch v systéme sa budú meniť a je potrebné týmto trendom už dnes prispôbovať vzdelávací proces.

MOST-HÍD chce posilniť status pacienta osvetou v oblasti práv a povinností pacienta.

Rovnako aj **SKOK!** chce podporiť vzdelávanie pacientov. Zdravotníkov plánuje vzdelávať na tému úplatkov ako aj o prínose transparentnosti.

SMK je „za vytvorenie legislatívnych možností zabezpečenia celoživotného vzdelávania obvodných lekárov a dedenia lekárskej praxe.“ Nie je

nám celkom jasné ani jedno z týchto opatrení, ani prečo sú zhrnuté v jednej vete.

OLaNO+NOVA podporí vzdelávanie u všeobecných lekárov, bez konkrétnejších detailov.

V rámci rozširovania ambulantnej sféry, **SNS** navrhuje „rozšírenie Rezidentského programu, aby lekári mohli získať špecializácie v potrebných odboroch a zabezpečiť generačnú obmenu na jednotlivých ambulanciách špecializovanej zdravotnej starostlivosti.“

VŠETKY UVEDENÉ STRANY DOSTALI 1 BOD, S VÝNIMKOU SMK - ZA NEZROZUMITELNÝ PRÍSĽUB SME ICH HODNOTILI O BODMI.

7.2 KAPITÁLOVÉ INVESTÍCIE

Na investície v slovenskom zdravotníctve chýbajú zdroje. Výsledkom je prehlbujúci sa investičný dlh, ktorý začína kompromitovať kvalitu poskytovanej starostlivosti. Strany majú problém s konkretizovaním zdrojov financovania plánovaných investícií.

KDH sľubuje, že zabezpečí „investície do nemocníc vo výške 500 miliónov eur. V piatich vytipovaných regiónoch zmodernizujeme alebo postavíme nové nemocnice.“ Kde hnutie zoženie tie prostriedky?

OLaNO+NOVA plánuje každý rok „investovať 100 miliónov eur do obnovy nemocníc.“ Z akých zdrojov?

Strana **SaS** uvádza, že transformácia nemocníc „umožní aj potrebné investície a realistické rozvojové plány.“ Toto bolo konkrétnejšie.

SKOK! vidí výzvu v zdravotníctve v zvládnutí investičných akcií. „Z tohto pohľadu sú okrem fyzickej a hospodárskej funkčnosti projektu



dôležitými faktormi investičná nákladovosť, transparentnosť a verejný prospech [...] pri naša SKOK! relevantnú alternatívu k doposiaľ uplatňovaným modelom financovania na báze PPP, pod názvom verejno-občianske partnerstvá.“

Šanca chce získať „zdroje na modernizáciu zdravotníctva prostredníctvom eurofondov a PPP projektov.“

SDKÚ-DS – zabezpečenie „modernizácie nemocníc a vybudovanie moderných urgentných príjmov v univerzitných a fakultných nemocniciach“ vidí strana v úhrade „ekonomicky primeraných nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.“ SDKÚ-DS sa ďalej domnieva, že „je nevyhnutné vybudovať na Slovensku novú univerzitnú nemocnicu, ktorá bude spĺňať všetky požiadavky moderného medicínskeho komplexu.“ Neupresňuje, kto by ju mal vybudovať a z akých zdrojov.

SNS má k novej bratislavskej nemocnici jednoznačný názor: postaviť by ju mal štát, „ako liečebné a diagnostické, a súčasne aj výučbové centrum pre postgraduálne zariadenie slovenskej medicíny.“

UVEDENIE POTREBY KAPITÁLOVÝCH INVESTÍCIÍ V PROGRAME SME HODNOTILI 1 BODOM, ZMIENKU O MOŽNOM KRYTÍ SME HODNOTILI DVOMA BODMI. (ŽIADNE RIEŠENIE SME NEPOVAŽOVALI ZA „TROJBODOVÉ“.)

7.3 OBSTARÁVANIE

S investíciami priamo súvisí proces obstarávania. Efektívne obstarávanie je nevyhnutným predpokladom efektívneho hospodárenia zdravotného systému. V programoch sme sledovali konkrétne nástroje na zlepšenie obstarávania.

#Siet' „posilní súťaž medzi dodávateľmi a zavedie jasné porovnanie cien jednotlivých položiek, ktoré sa v zdravotníctve nakupujú, aby pri každom nákupe bolo zrejmé, či je predražený alebo nie.“ Strana má v úmysle zaviesť centrálnu nakupovanie vybraných položiek.

Demokrati Slovenska budú riešiť problém s predražovaním nákupov v zdravotníctve „zavedením cenového porovnávania vo verejnom obstarávaní a referencovaním cien zdravotných pomôcok a prístrojov.“

KDH má v úmysle presadiť do 12 mesiacov „referencovanie a porovnávanie cien zdravotníckych pomôcok, prístrojov a zdravotníckeho materiálu nakupovaného nemocnicou. Zabezpečíme porovnávanie a zverejňovanie údajov z referencovania vrátane nákupov štátnych nemocníc.“

SKOK! chce zaviesť „transparentné centrálnu obstarávanie“, ktorého cieľom bude „jednak zníženie prevádzkových i investičných výdavkov a jednak prispeje k zamedzeniu duplicitného, či inak neúčelne realizovaného obstarávania.“ Strana tiež presadzuje zavedenie „verejne dostupného cenového porovnania najčastejšie nakupovaných a najnákladnejších položiek.“

Šanca tvrdí, že zavedie „porovnávanie cien nakupovanej prístrojovej techniky so susednými krajinami, aby CTčko nestálo u nás dvakrát viac.“

KAŽDÝ Z PROGRAMOV, KTORÝ NAVRHOVÁ ASPOŇ JEDEN Z NÁSTROJOV NA ZLEPŠENIE OBSTARÁVANIA, BOL HODNOTENÝ 1 BODOM.



7.4 E-HEALTH A ELEKTRONIZÁCIA ZDRAVOTNÍCTVA

eHealth patrí k aktivitám, ktoré sektor sarkasticky prirovnáva k Yettimu: podobne ako o snežnom mužovi, aj o eHealthe sa veľa rozpráva, ale nik ho nevidel. Politické strany sa zhodujú v tom, že elektronické zdravotníctvo má veľký potenciál. Ako však uchopiť a riadiť takýto zložitý IT projekt, ktorý je momentálne navyše v paralyzovanom stave, s obmedzeným dodatočným financovaním?

#SIEŤ má v pláne zefektívniť „zdravotnú starostlivosť elektronizáciou zdieľania informácií medzi lekármi (eHealth), ktorá bude zahŕňať najmä predpisovanie liekov, výsledky laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení, odosielanie výmenných lístkov, prepúšťacích správ a pod.“ Strana chce využiť čerpanie z eurofondov, ktorými „opätovne naštartuje implementáciu systému e-Health.“ Obávame sa, že strana nenájde operačný program, z ktorého by mohla túto investíciu kryť. Naopak, hrozí reálne riziko, že preinvestované eurofondy budeme musieť vrátiť Bruselu.

Demokrati Slovenska „presadíme elektronizáciu zdravotníctva bez nezmyselného predražovania a duplicitných systémov.“ Keby to bolo také ľahké...

KDH vo svojom volebnom programe uviedla, že „podporíme elektronizáciu zdravotníctva s dôrazom na informačnú bezpečnosť; do 12 mesiacov zavedieme e-Health. Vytvoríme podmienky pre elektronicky recept, žiadanky, objednávkový systém, vedenie a zdieľanie zdravotnej dokumentácie.“ Keďže štátny eHealth staviame už takmer 10 rokov, takéto prisľuby sa javia ako ťažko uveriteľné.

MOST-HÍD je tiež názoru, že „treba pokračovať v realizácii projektu elektronického zdravotníctva eHealth.“ Podľa strany „úsporu v oblasti nákladov na lieky má zabezpečiť elektronická kontrola predpisovania liekov a zdravotníckych pomôcok.“

OEaNO+NOVA trefne konštatuje, že „elektronické zdravotníctvo na Slovensku nie je možné reformovať, lebo nijaké neexistuje.“ Sľubuje, že podporí jeho urýchlené prijatie. „Podporí zavedenie elektronických zdravotných preukazov a národného zdravotného portálu. Elektronický zdravotný preukaz bude slúžiť na identifikáciu pacienta u lekára, bude chránený heslom a každý poistenec ho dostane zadarmo. Takisto bude obsahovať elektronickú liekovú knižku, slúžiacu na elektronické predpisovanie liekov. Národný zdravotný portál bude informačnou základňou zdravotníctva. Každý pacient bude mať svoje osobné konto. Na portál sa bude nahrávať zdravotná dokumentácia iba v rozsahu, aký odsúhlasí pacient. Pacient si bude môcť kedykoľvek online pozrieť rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a svoju zdravotnú dokumentáciu.“ Do veľkej miery ide o opis plánovanej funkcionality štátneho eHealthu. Chýba však popis cesty, ako sa k tomuto systému chce strana dopracovať.

SaS sa tiež vyjadrila k tejto dôležitej téme – „Zavedieme dlho odkladaný informačný a komunikačný systém eHealth. Pri jeho zavádzaní využijeme skúsenosti fungujúcich IT riešení a proces jeho doterajšieho zavádzania podrobíme auditu.“ Kvitujeme potrebu auditu, bude musieť predchádzať akýmkoľvek ďalším rozhodnutiam. Strana chce zaviesť zasielanie výpisov čerpanej zdravotnej starostlivosti: „poisťovňa povinne zašle poštou každému poistencovi 2x ročne výpis úhrad za vyčerpanú starostlivosť, štvrťročne tak urobí elektronickou komunikáciou, ak došlo k jej čerpaniu.“



Toto opatrenie považujeme za neodôvodnené; jestvuje skúsenosť, keď to jedna zdravotná poisťovňa (Union) testovala, a náklady vysoko prevýšili prínosy. Prostriedky minuté na administráciu tejto povinnosti by mohli byť s väčším úžitkom použité na zdravotnú starostlivosť.

SDKÚ-DS považuje za nevyhnutné zaviesť eHealth. „Do zavedenia elektronického zdravotníctva je nevyhnutné zaviesť ochranné prvky na recepty, ktoré výrazne eliminujú riziko ich falšovania.“ Zavedenie ePreskripcie (napríklad prevzatím hotového riešenia ZP Dôvera) by zrejme bolo rýchlejšie, než proces schvaľovania, presadzovania, výroby a implementácie nových receptových tlačív.

SNS sľubuje, že „*uvedieme do praxe e-Health, súčasťou ktorého je najmä elektronická karta poistenca a elektronická dokumentácia pacienta.*“

SKOK! je za „zavedenie elektronickej zdravotnej karty, tzv. e-Health,“ má v úmysle „*vybudovať užívateľský portál pre pacientov alebo zverejňovať dáta, ktoré umožnia vybudovanie takého portálu, kde by si vedeli vybrať poskytovateľov (služby, cenníky, otváracie hodiny, počet oprávnených sťažností i pokút z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, životopis lekárov atď.).*

Portál by umožnil údaje triediť a pripravovať rebríčky kvality poisťovní aj poskytovateľov podľa rôznych indikátorov, vrátane spätnej väzby pacientov.“ Prečo by takýto portál mal prevádzkovať štát? Nestačilo by povinné zverejňovanie údajov, ktoré potom tretie strany pretavia do spotrebiteľských produktov?

SMK stručne avizuje: „*neodkladne zavedieme e-Health.*“

A podobne aj strana **Šanca** „*urýchlene zavedieme elektronické zdravotníctvo (eHealth), ktoré zvýši bezpečnosť pacienta a odstráni nepotrebné predpisovanie liekov a vyšetrení.*“

KAŽDÁ STRANA, KTORÁ SPOMÍNA POTREBU ZAVEDENIA EHEALTHU, ZÍSKALA 1 BOD. VIAC BODOV (2) DOSTALA SAS, ZA SPOMENUTIE NEVYHNUTNEJ POTREBY AUDITU STAVU, V KTOROM SA PROJEKT NACHÁDZA.



CELKOVÉ HODNOTENIE

téma	podtéma	#Sieť	Demokrati Slovenska (DS)	Kresťanskodemokratické hnutie (KDH)	MOST-HÍD	OLaNO-NOVA	SaS	SDKÚ-DS	SNS	SKOK!	Smer-SD	SMK	Šanca
Nárok	rozsah		1	3	1	3	3	1		1			3
	čakacie listiny	3		3	3					3			3
	lieky	3		1	1		3		1			1	1
	prevencia	1			1	1			1			3	3
	spoluzodpovednosť			3	3		3					3	
	dlhodobá starostlivosť				1	3	1					3	1
	verejné zdroje		1		1			1		1		3	
Financovanie	poplatky a spoluúčasť			3	3		3	3		1		3	3
	DRG	1		1	1	1	1	1		1		1	1
	ďalšie plat. mech.	3	1	3	3	3	1	3		1		1	1
Platobné mechanizmy	odmeňovanie		1		1		3	2		1			2
	poistovne	1		1	1		3		-1				
	nemocnice	3		3	3	3	3			3			3
	ÚDZS				3	1	3			3			
Organizácia	sieť	3			3			2	2			1	3
	zdravotníci	1		1	1							1	
	cenová regulácia					1			-1	-1			
	zisk ZP		3				1		-1				
Kvalita		1		3	3	3	3	2		1			3
	vzdelávanie				1	1			1	1		0	
Investície	capex			1		1	2	1		2			2
	eHealth	1	1	1	1	1	2	1	1	1		1	1
	obstarávanie	1	1	1						1			1
	SPOLU	22	9	28	35	22	35	17	3	20	0	21	31



Za programy, ktoré najväčšmi zodpovedajú hodnotám HPI (a nášmu policy paperu) považujeme programy strán MOST-HÍD a SaS. Medzi kvalitne spracované programy, ktoré odporúčame do pozornosti voličov, patria ešte programy KDH a Šanca.

„Ideálnym“ volebným programom by z nášho pohľadu bola kombinácia opatrení od viacerých politických strán. Okrem zavedenia DRG a eHealthu, o ktorých niet prakticky sporu, sú to :

- Poistné plány – KDH, Šanca, SaS, OĽaNO-NOVA
- Regulácia čakacích zoznamov – #Sieť, KDH, MOST, Šanca, SKOK!
- Predaj vybraných voľnopredajných liekov aj mimo lekární – #Sieť
- Regulácia zisku zdravotných poisťovní – Demokrati Slovenska
- Zmena financovania všeobecných lekárov – MOST, SDKÚ-DS, OĽaNO-NOVA
- Lepšia definícia minimálnej siete (dostupnosť) – #Sieť
- Povinná generická preskripcia liekov – SaS
- Rozdelenie a predaj VŠZP – SaS
- Motivačné programy pre poistencov – KDH, Šanca, MOST, SaS, SMK
- Transformácia nemocníc – SaS, Šanca, SKOK!, MOST
- Reverzná hypotéka – OĽaNO-NOVA

S výnimkou SNS (a nehodnotiteľného Smeru-SD) sú zdravotnícke programy relevantných politických strán navzájom kompatibilné. Vo všeobecných konštatovaniach sa celkom zhodujú, v konkrétnych riešeniach významne prekrývajú.



PÁR ŠTATISTÍK

SLOVÁ

Politické strany venovali zdravotníckym častiam svojich programov rôzny priestor. V priemere šlo o 5%. Medzi stranami sú však významné

rozdiely v tomto parametri, a to bez ohľadu na celkovú dĺžku volebného programu. Úplným extrémom je volebný program OĽaNO+NOVA, ktorý obsahuje ako samostatnú prílohu volebný zdravotnícky program; zdravotníctvo tak tvorí viac než 50 % celého programu.

Podiel zdravotníctva na celkovom volebnom programe (cez počet slov):

Strana	Celý program	Časť zdravotníctvo	%
#Sieť	13 460	570	4%
Demokrati Slovenska	1 885	196	10%
KDH	13 510	1 295	10%
Most - híd	41 156	2 236	5%
OĽaNO+NOVA	1 780	910	51%
SaS	30 229	1 008	3%
SDKÚ-DS	-	466	-
SKOK!	57 472	1 618	3%
Smer-SD	117	-	-
SMK - MKP	12 359	689	6%
SNS	5 873	393	7%
Šanca	8 318	530	6%



ZDRAVOTNÍCI V POLITIKE

Na kandidátnych listinách všetkých politických strán do parlamentných volieb 2016 je spolu 88 kandidátov s titulom MUDr., z celkového počtu kandidujúcich to predstavuje 3 %.

Pri porovnaní s predchádzajúcimi parlamentnými voľbami (2012) sa v maďarských stranách, SMK a Most-Híd, angažuje menej lekárov. OLANO(+NOVA) a Smer-SD majú najvyšší nárast počtu lekárov na kandidátke.

Na kandidátnych listinách sme identifikovali ďalších 21 zdravotníckych pracovníkov, z toho 14 zdravotných sestier. Celkovo má najviac zdravotníkov na kandidátke OLANO+NOVA (13, t.j. 8,67 %), SDKÚ-DS (11, t.j. 7,33 %) a Strana zelených Slovenska (3 zo 42 kandidátov, t.j. 7,14 %).

Najmenej ich má ĽSNS a SKOK! (jedného, t.j. 0,67 %). Žiadneho zdravotníka na kandidátnu listinu nezaradila strana VZDOR.

strana	kandidujúci MUDr.	kandidujúce zdr. sestry	kandidujúci iní zdr. prac.	spolu zdravotníkov	spolu kandidátov	podiel	kandidujúci MUDr. v 2012	rozdiel 2016-2012
1 TIP	1	1	3	5	150	1%		
2 SMS	2	1		3	150	1%		
3 Oľano+NOVA	10	2	1	13	150	6%	7	+3
4 Demokrati Slovenska	2	0		2	34	6%		
5 Šanca	2	2		4	150	1%		
6 Sme rodina – BK	2	0		2	150	1%		
7 SZS	2	1		3	42	5%		
8 Spoločne za SK	1	0		1	91	1%		
9 MKDK	0	0	2	2	110	0%		
10 Vzdor	0	0	0	0	47	0%		
11 Most - Híd	9	1		10	150	6%	12	-3
12 SNS	5	0	1	6	150	3%	4	+1
13 Odvaha	4	1		5	150	3%		
14 KSS	1	1		2	140	1%		
15 SDKÚ-DS	10	1		11	150	6%	10	0
16 Smer-SD	10	0		10	150	6%	7	+3
17 KDĤ	9	0	0	9	150	6%	9	0
18 SKOK!	1	0	0	1	150	1%		
19 ĽSNS	1	0	0	1	149	1%		
20 #Sieť	5	1		6	150	3%		
21 SMK	3	0		3	150	2%	7	-4
22 Priama demokracia	3	1	0	4	101	3%		
23 SaS	5	1		6	150	3%	4	+1
SPOLU	88	14	7	109	2 964	3%		



ZHRNUTIE JEDNOTLIVÝCH PROGRAMOV

Prakticky všetky strany sa hlásia k zavedeniu DRG a eHealthu (hoci nepíšu presne, prečo by v tom mali byť úspešnejší ako dnešná vláda).

#SIEŤ

V programe dominujú stranícke priority: hmotná zodpovednosť verejných činiteľov a zákaz schránkových firiem. Program nie je komplexný. Strana ale správne poukazuje na niektoré konkrétne problémy a navrhuje ich riešenia: čakacie zoznamy, lepšia úprava minimálnej siete, zverejňovanie informácií o kvalite. Zaujímavý návrh: umožnenie predaja niektorých voľnopredajných liekov aj mimo lekárne.

DEMOKRATI SLOVENSKA

Všeobecný a trochu zmätený zdravotnícky program. Za zmienku stojí konštruktívny návrh na reguláciu zisku zdravotných poisťovní.

KDH

Program kresťanských demokratov je prehľadne štruktúrovaný – jasne odlišuje, čo sú ciele a čo sú nástroje na ich dosiahnutie. Z odbornej stránky mu niet čo vytknúť. Navrhované inová-

cie zahŕňajú o.i.: poistné plány, motiváciu poisťencov k spoluzodpovednosti za zdravie, poradenstvo pre chronických pacientov či bezplatný objednávkový systém do ambulancií. Hnutie si uvedomuje náročnosť presadzovania systémových zmien a konštatuje potrebu prijatia „širokej zhody na základnom smerovaní slovenského zdravotníctva v strednodobom horizonte.“

MOST-HÍD

Tento program nie je určený bežnému voličovi. Napísaný je tak odborne, že to už asi odbornejšie ani nešlo. Ale vecne je to napísané správne. Strana neponúka žiadne prevratné riešenia, ale dôsledne formuluje evolučné zmeny na zlepšenie systému.

OLANO+NOVA

Zdravotnícky program je akousi rozšírenou prílohou volebného programu. Zdravotníctvo tak tvorí viac než polovicu (!) programu, ktorý sa tak dotýka veľkého množstva tém. Viaceré zámery sú formulované všeobecne, resp. im chýba odkaz na zdroj financovania. OLaNO+NOVA navrhuje zásadnú – a podľa nás riskantnú a neodôvodnenú – inštitucionálnu reformu: zrušenie Úradu pre dohľad, spájanie a presúvanie ďalších úradov a ich kompetencií. Viaceré konkrétne návrhy považujeme za



podnetné: zmena financovania všeobecných lekárov (okrem kapitácie aj platba za výkony), umožniť reverzné hypotéky na financovanie dlhodobej starostlivosti.

SAS

„Zdravotnícky rezort patrí k tým, v ktorých ešte prežívajú zvyšky socializmu.“ Úvodná veta programu si zaslúži, aby sme ju tu uviedli. Navrhované opatrenia sú jasným, pravicovým prístupom k riešeniam takto zadefinovaného problému. Zaujali nás tieto zámery: zrušenie centrálnej regulácie miezd v zdravotníctve, transformácia nemocníc na akciové spoločnosti, otvorenie diskusie o rozdelení a predaji Všeobecnej zdravotnej poisťovne. A ešte jeden: zavedenie skutočnej generickej preskripcie, teda predpisovania liekov výlučne generickým názvom.

SDKÚ-DS

Program všeobecne popisuje problémy, ktoré treba riešiť a vyzýva k zmene. Nekonkretizuje však k akej. Niekoľko konkrétnych návrhov opatrení: strana navrhuje platby všeobecným lekárom rozdeliť na kapitačné a výkonnostné, ďalej chce riešiť poplatky v ambulanciách (stanoviť ich rozsah, strop a ochranný limit).

SKOK!

Strana poňala program viac beletristicky a viaceré problémy v ňom pomenúva správne. Chýba tomu však celkový nadhľad. Strana sa hlási

k transformácii nemocníc na akciové spoločnosti a nevyklučuje aj ich privatizáciu. Odborná zaujímavosť: návrh, aby Úrad pre dohľad získal kompetenciu vyhodnocovať nákladovú efektívnosť nových technológií.

SMER

Nemá skutočný volebný program.

SMK

Je to zmes – všeobecných prísľubov, podivných tvrdení, ale aj niekoľkých podnetných (hoci nedopracovaných) nápadov. Program nie je komplexný, ale za zmienku stojí návrh, aby chronickí pacienti, ktorí bezdôvodne nechodia na kontroly, platili vyššie poistné. A tiež, aby sa zo 14-percentného odvodu na zdravotné poistenie odčlenil 1 percentuálny bod na poistenie pre prípad dlhodobej starostlivosti.

SNS

Program je stručný, skôr všeobecný. Ako jediná z relevantných strán chce SNS presadiť systém jednej zdravotnej poisťovne. Novú univerzitnú nemocnicu v Bratislave by mal podľa strany stavať štát.



A AKO BY SME TO ROBILI MY?

Návrh, ako zlepšiť slovenské zdravotníctvo, sme sformulovali v našom HPI Policy Paperi s dátumom apríl 2010. Po takmer šiestich rokoch a o troch ministrov zdravotníctva neskôr je náš paper možné zverejniť v takmer nezmenenej podobe. Čo rozhodne nie je dobrá správa. Zmien, ktoré by prispievali k napĺňaniu základných cieľov zdravotnej politiky je málo, čo sa prejavuje akumuláciou problémov vo všetkých oblastiach. Navyše sú tieto problémy stále viac a viac viditeľné v každodennej realite, ktorú zažívajú účastníci zdravotníckeho systému.

Nie je už možné ďalej ignorovať zásadné problémy v slovenskom zdravotníctve, potreba silného ministra a reforiem nebola tak akútna od volieb 2002.

6 OPATRENÍ ZA 6 ROKOV?

Vychádzajúc z HPI Policy Paperu 2010 (nájdete ho o pár strán ďalej) sme zosumarizovali navrhované opatrenia a porovnali ich s tým, čo dokázali jednotliví ministri presadiť. Za 6 rokov bolo do praxe uvedených 6 opatrení z nášho Policy Paperu, pričom 5 z nich bolo zrealizovaných alebo naštartovaných ešte za Radičovej vlády:

ZVEREJŇOVANIE VÝŠKY ÚHRAD ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ JEDNOTLIVÝM POSKYTOVATEĽOM

Od 1. augusta 2011 sú zdravotné poisťovne povinné zverejňovať zmluvy, ktoré uzatvárajú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Odporúčanie HPI: Zjednotiť spôsob akým sú zmluvy zverejňované, tak aby boli informácie v nich z užívateľského hľadiska lepšie prístupné (jednotný register s možnosťou vyhľadávania a filtrácie podľa rôznych parametrov.)

DOPLNENIE SÚČASNÝCH DEMOGRAFICKÝCH PREDIKTOROV O PREDIKTORY ZDRAVOTNÉHO STAVU - PCG

Od 1. júla 2012 bol zmenený systém prerozdelenia poisťného medzi zdravotnými poisťovňami tak, že do prerozdelenia boli zahrnuté indikátory pre prítomnosť chronických chorôb. Odborné podklady a analýzu dopadov zavedenia pripravoval tím pod vedením Angeliky Szalayovej.



Zavedením PCG sa slovenský systém prerozdelenia zaradil medzi najlepšie systémy v Európe.

Odporúčanie HPI: Ďalší rozvoj indikátorov prerozdelenia, napr. zavedenie DCG (Diagnose-Cost Groups).

KONTROLA A ZDRŽANLIVOSŤ VO VÝDAVKOCH NA LIEKY + STANOVENIE QALY

Asi najkomplexnejšou a najvýraznejšou reformou Radičovej vlády bola reforma liekovej politiky, ktorá prispela k výraznému zlepšeniu fungovania liekového trhu. Referencovanie cien liekov malo pozitívny dopad na rozpočet. Vedľajšími dôsledkom je nárast reexportu a v dôsledku toho nedostatok niektorých liekov. Vôbec po prvýkrát bolo na Slovensku stanovená akceptovateľná cena za získaný jeden rok života v štandardnej kvalite (QALY – 24 až 35 násobok priemernej mzdy). Striktné pravidlá pre QALY sa však používajú len na nové lieky, kým staré lieky boli zaradené za menej striktných podmienok. Ministerstvo nerobí pravidelnú revíziu starých liekov. To vedie k situácii, že máme na trhu staré lieky s menšou účinnosťou a nové sa naň nedostanú. QALY je dobrý parameter pre rozhodovanie o kategorizácii, ale nie je to jediný dôležitý. Zohľadňovať treba aj ďalšie veci – či sú dostupné iné alternatívy pri liečbe nejakého ochorenia, o aké závažné ochorenie inde,...

Odporúčania HPI: Nedostatok liekov v dôsledku reexportu je potrebné riešiť 1) dôsledným uplatňovaním platnej legislatívy (!), 2) zákazom odpredaja liekov z lekárne inému distribútorovi, 3) stanovením ultimatívnej zodpovednosti za zabezpečenie dostupnosti liečby; túto zodpovednosť by mala znášať zdravotná poisťovňa. Pri kategorizácii zohľadňovať viaceré parametre, nielen QALY; za niektorých okolností môžeme napr. byť ochotní zaplatiť za QALY oveľa viac, než v iných prípadoch.

REŠTRUKURALIZÁCIA LÔŽKOVÉHO FONDU SPOJENÁ S REDUKCIOU POČTU AKÚTNÝCH POSTELÍ

Počas Radičovej vlády prišlo k plošnej redukcii lôžok. Tejto sa ujala štátna VŠZP, ktorá má vzhľadom na veľkosť svojho kmeňa ako jediná zdravotná poisťovňa možnosť významne ovplyvňovať sieť, tým že sa rozhodne poskytovateľa nezazmluvniť. V roku 2010 tak nezazmluvnila asi 3000 lôžok a 150 oddelení. Toto nezazmluvnenie znamenalo vo väčšine prípadov zrušenie týchto lôžok resp. oddelení.

Odporúčanie HPI: S redukciou a reprofilizáciou lôžok je potrebné ďalej pokračovať. Na Slovensku je sieť výsledkom selektívneho kontraktingu zdravotných poisťovní. Ministerstvo má iba nepriame nástroje na ovplyvnenie siete – nastavuje minimálne parametre kvality a dostupnosti. Odporúčame preto, aby boli zdravotné poisťovne aktívnejšími advokátmi zmeny siete poskytovateľov zo systému orientovaného na chorobu smerom k systému orientovanému na pacienta.

ODSTRÁNENIE ZÁKAZU ZISKU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Odstránenie zákazu zisku zdravotných poisťovní nie je priamym úspechom žiadnej z vlád. O protiústavnosti zákazu rozhodol Ústavný súd v januári 2011, Radičovej vláda toto rozhodnutie pretavila do zákonnej podoby s účinnosťou od augusta 2011.

Odporúčanie HPI: Podporujeme atmosféru a kultúru zisku v zdravotníctve, ktorý je odmenou jednotlivých subjektov za príspevok k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľov. Na to, aby sa z regulérnej tvorby zisku nestalo sporné vyhľadávanie renty v sektore má dohliadať silný a nezávislý regulátor.



POSILNENIE KOMPETENCIÍ VŠEOBECNÝCH LEKÁROV PRI ROZHODOVANÍ O INDUKOVANÝCH NÁKLADOCH A MANAŽMENTE PACIENTA

Positívne hodnotíme, že sa odchádzajúca vláda venovala postaveniu všeobecného lekára v zdravotníctve. Rezidenčný program, zväčšenie rozsahu kompetencií a jednoduchšie atestácie považujeme za kroky správnym smerom.

Odporúčanie HPI: V posilňovaní kompetencií všeobecných lekárov je potrebné pokračovať. Toto posilňovanie môže byť vedené z viacerých strán. Patria sem opatrenia ako implementácia klinických odporúčaní a protokolov, zavádzanie inovatívnych platobných mechanizmov, ktoré budú motivovať lekárov aj k pacientom k žiaducemu správaniu, definovanie jasnej hierarchie poskytovateľov pri manažmente pacienta alebo úprava priamych platieb.

OPATRENIA PRE NASLEDUJÚCE 4 ROKY

Ako sme už spomenuli v úvode, zo zoznamu opatrení, ktoré sme odporúčali pred šiestimi rokmi sme mohli odškrtnúť iba veľmi málo položiek. O to viac priestoru a možností na realizáciu bude mať teda nová vláda.

Nižšie uvádzame zoznam týchto opatrení, rozdelený podľa toho, ktorý cieľ zdravotnej politiky naplňajú. A kde začať?

Ideálne by bolo začať opatreniami, ktoré pomáhajú pri naplňaní všetkých troch cieľov naraz, t.j. ich zavedenie zvýši spokojnosť poistencov, zlepši ich zdravotný stav a zároveň zvýši finančnú ochranu obyvateľstva. Zároveň nesmieme

zabúdať na zodpovednú reguláciu, ktorá musí sprevádzať napĺňanie cieľov.

Zlepšenie všetkých troch cieľov dosiahneme ak:

- Dôjde k explicitnej a transparentnej definícii zákonného nároku, hradeného z verejného zdravotného poistenia a to v troch rovinách – finančnej, vecnej a časovej.
- Zavedieme inovatívne platobné mechanizmy, ktoré podporujú klientsku orientáciu poskytovateľov, odmeňujú kvalitu, výsledky a koordináciu liečby.
- Dokončíme liberalizáciu poistných trhov – štát nesmie byť dominantným hráčom na trhu zdravotného poistenia. Toto opatrenie by malo aj nezanedbateľný finančný efekt na zdroje zdravotníctva. Koľko nových nemocníc by sa dalo postaviť z privatizácie VŠZP?

Tieto tri opatrenia nám otvoria cestu k zdravotníctvu orientovanému na pacienta, v ktorom si bude môcť vyberať z rôznych poistných plánov.

Zároveň sú potrebné niektoré stabilizačné opatrenia, na riešenie akútnych problémov zdravotníctva:

1. Dokončenie transformácie štátnych nemocníc na akciové spoločnosti.
2. Zavedenia štandardnej corporate governance a vyžadovanie profesionálnych manažérov v nemocniciach.
3. Výrazné zefektívnenie obstarávania vyžadovaním využívania elektronického trhoviska.
4. Dôkladný audit eHealthu a rýchle znovunaštartovanie jeho zavádzania do praxe
5. Posilnenie nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou



SUMÁR ODPORÚČANÝCH OPATRENÍ

1. DLHODOBÉ ZLEPŠOVANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU

- Implementácia klinických odporúčaní a protokolov.
- Meranie a porovnávanie kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- Spotrebiteľské rebríčky kvality poskytovateľov a zdravotných poisťovní.
- Moderné platobné mechanizmy odmeňujúce kvalitu, výsledky a koordináciu liečby.
- Zabezpečenie nezávislého prešetrovania postupu poskytovateľa.
- Vytvorenie procesov pre nezávislé hodnotenie medicínskych intervencií.
- Stanovenie priorít v alokácii zdrojov, určenie a dodržiavanie hranice nákladovej efektívnosti.
- Explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti.
- Aktívna politika verejného zdravotníctva pre podporu zdravšieho životného štýlu.
- Implementácia motivačných schém pre pacientov.
- Spoluúčasť podporujúca zodpovednosť pacienta za svoj zdravotný stav vrátane compliance.
- Zaviesť DRG v odmeňovaní nemocníc.
- Podpora atmosféry a kultúry zisku v zdravotníctve, ktorý je odmenou jednotlivých subjektov za príspevanie k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľov.

2. ZVYŠOVANIE SPOKOJNOSTI POISTENCOV - SPOTREBITEĽOV V SYSTÉME

- Regulácia čakacích zoznamov a rozšírenie zoznamu chorôb, pre ktoré má ZP povinnosť viesť čakací zoznam.
- Privatizácia a následné investície do nemocníc.
- Koncepcia následnej a dlhodobej starostlivosti.
- Zavedenie inovatívnych platobných mechanizmov, ktoré podporujú klientskú orientáciu poskytovateľov.
- Podpora zberu, spracovania a publikácie indikátorov výkonnosti a kvality ako poskytovateľov, tak aj zdravotných poisťovní.
- Spotrebiteľské rebríčky kvality poskytovateľov a zdravotných poisťovní.
- Fungujúci eHealth.
- Osveta verejnosti i zdravotníkov v oblasti práv (a povinností) pacientov.
- Explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti a jeho vymáhateľnosť.
- Vytvorenie inštitútu zdravotníckeho ombudsmana.



3. FINANČNÁ OCHRANA OBYVATEĽSTVA

- Zavedenie limitov spoluúčasti ako ochranného mechanizmu na základe príjmu a nie na základe sociálneho statusu.
- Naštartovanie transformácie štátnych nemocníc na akciové spoločnosti.
- Podpora zavedenia štandardnej corporate governance a vyžadovanie profesionálnych manažérov v nemocniciach.
- Reštrukturalizácia lôžkového fondu spojená s redukciou počtu akútnych postelí.
- Presun zdravotnej starostlivosti z lôžkovej starostlivosti na ambulatnú starostlivosť a jednodňovú chirurgiu.
- Podporovanie konkurencie a nákladovej efektívnosti.
- Zavedenie DRG v odmeňovaní nemocníc.
- Zrušenie pevnej minimálnej siete a jej liberalizácia.
- Striktnejšia a transparentnejšia definícia zákonného nároku, hradeného z verejného zdravotného poistenia – definícia nárokov troch rovinách – finančnej, vecnej a časovej.
- Vytvorenie koncepcie základných odborov zdravotnej starostlivosti, v ktorej sa zdefinuje úloha a hierarchia jednotlivých poskytovateľov v manažmente pacienta.
- Posilnenie kompetencií všeobecných lekárov pri rozhodovaní o indukovaných nákladoch a manažmente pacienta.
- Podpora používania moderných, nákladovo efektívnych protokolov a guidelines pri manažmente pacienta.
- Zrušenie zákonnej mzdovej regulácie platov v zdravotníctve.
- Otvorenie diskusie o dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti a jej financovaní.

4. ZODPOVEDNÁ REGULÁCIA

- Štát by mal zotrvať vo funkcii zodpovedného regulátora prostredia, pričom regulácia má byť nástroj zodpovedného vedenia, stability, predvídateľnosti a dodržiavania pravidiel hry a nie zneužívaná ako prostriedok na získavanie konkurenčných výhod pre privilegované trhové subjekty.
- Privatizácia štátnych nemocníc.
- Rozdelenie a privatizácia VŠZP.
- Pokračovať v liberalizácii zdravotných trhov.
- Nezávislosť regulačných inštitúcií, predovšetkým posilnenie nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zvýšenie sily Protimonopolného úradu v zdravotníctve.
- Ochrana spotrebiteľa si vyžaduje aktívnu rolu štátu prostredníctvom aktívneho spolufinancovania spotrebiteľských skupín, tvorby a vymáhania štandardov kvality a zákonného nároku.

Kompletná rekonštrukcia Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a systému zberu, vyhodnocovania a sprístupňovania údajov o zdravotnom systéme.

Reforma vzdelávania – regulátor by mal začať pretvárať vzdelávací systém tak, aby jeho absolventi boli lepšie uplatniteľní na novom trhu zdravotníctva orientovaného na pacienta.



HPI: HEALTH POLICY PAPER

P. PAŽITNÝ, T. SZALAY, A. SZALAYOVÁ, APRÍL 2010

Zdravotný systém je miesto, kde sa stretáva túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonómie. Biologická podstata odsudzuje naše telesné schránky k zraniteľnosti a smrteľnosti. Predpokladom slobodného rozhodovania každého z nás o svojom vlastnom živote je však plnohodnotný zdravotný stav. Zdravý človek nemusí riešiť konštrukciu a stav svojho tela a môže svoj čas venovať iným zmysluplným aktivitám. Naopak, pre chorého človeka je prvoradým cieľom vyzdraviť.

Naša biologická podstata nás tlačí k snahe o predĺžovanie nášho života, pretože najväčším zdrojom okrem vlastného tela je čas. Aby sme všetko stihli. Popri dĺžke života však chceme zvyšovať aj jeho kvalitu. Aby sme menej trpeli. Na druhej strane, kam nás ženie naša ekonomická podstata? Maximalizovať úžitok a minimalizovať náklady. Naším cieľom je teda držať telo „pohromade“ pri najnižších nákladoch, pričom odmietame vidieť našu telesnú schránku ako dlhodobú investíciu. Toto všetko sú motivácie, ktoré vedome či podvedome určujú naše uvažovanie aj rozhodovanie, keď príde reč na podobu systému zdravotníctva.

AKO NASTAVIŤ SYSTÉM ZDRAVOTNÍCTVA

Cieľom tohto policy papera je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Na tento účel budeme používať konceptuálny rámec, ktorý sa na zdravotný systém pozerá z pohľadu cieľov a nástrojov. Za tri kľúčové ciele považujeme zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi. Náš príspevok je teda rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve venujeme záver policy papera potrebe zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa.

1. DLHODOBÉ ZLEPŠOVANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU

Hlavným cieľom zdravotnej politiky je vytvoriť podmienky na fungovanie takého zdravotného systému, ktorý v dlhodobom horizonte zlepšuje zdravotný stav populácie.

Je dôležité, aby sme si uvedomili, že samotná vláda nemá priame nástroje na to, aby ľuďom prinavracala zdravie. Má však nástroje na to, aby aktívne ovplyvňovala prostredie, správanie a konanie ľudí.

Za posledných 50 rokov sa očakávaná dĺžka života obyvateľov krajín OECD predĺžila zo 68 na 78 rokov. Stredná dĺžka života obyvateľov Slovenska pri narodení však za západnou Európou zaostáva o 5 – 7 rokov a táto medzera sa nezmenšuje. V tomto parametri sa Slovensko vzdaľuje nielen od krajín EÚ15, ale dokonca aj od priemeru krajín V4. Kým v rokoch 1990 – 2006 sa na Slovensku stredná dĺžka života u mužov predĺžila o 3 roky a u žien o 2 roky, v krajinách EÚ15 to bolo 4,5 resp. 3,7 roka. Pre porovnanie, susedná Česká republika zlepšila za rovnaké obdobie oba parametre o 5 rokov a na rozdiel od Slovenska konverguje ku krajinám západnej Európy (WHO, 2010). Rast nákladov na Slovensku (per capita, v parite kúpnej sily) mal pritom v tomto období podobnú dynamiku ako v ostatných krajinách, čo naznačuje primárny problém skôr v oblasti efektívnej transformácie vstupov na výstupy než v nedostatku zdrojov (IMF, 2007).

Z dostupných dát vyplýva, že jednou z hlavných príčin zaostávania a zväčšovania sa zdravotnej medzery je nezvládanie manažmentu prevencie a liečby kardiovaskulárnych ochorení. Úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca má v západnej Európe dlhodobý klesajúci trend, Slovensko však také výsledky zďaleka nedosahuje. Zaostáva dokonca za ostatnými krajinami V4. Varovný je aj vývoj výskytu diabetes mellitus (Eurostat, 2010).

Zlepšovanie zdravotného stavu úzko súvisí s hospodárskou produktivitou. Retrospektívne štúdie predpokladajú, že v krajinách s vyspelou ekonomikou bolo zníženie mortality a predĺženie strednej dĺžky života zodpovedné za 29 až 38% z rastu HDP (Usher 1973, Suhrecke et al. 2005).

Výzvou pre vyspelé krajiny na celom svete bude v nasledujúcich rokoch starnutie populácie, ktoré si vyžaduje zmeny v štruktúre zdravotných služieb ako aj organizácii ich vstupov, a predstavuje tiež výzvu pre budúcnosť udržateľného financovania zdravotníctva. Predĺžovanie produktívneho veku a odklad odchodu do dôchodku – ktoré sa javí ako najpragmatickejšie riešenie – pritom bude možné len v spolupráci s kvalitným zdravotným systémom. Jeho úlohou je umožniť predĺžovať život strávený v zdraví, bez



obmedzení na vykonávanie každodennej (a teda aj ekonomickej) aktivity. Len v takejto symbióze môže viesť k udržateľnému rastu sektora. Ak je budúcnosť financovania zdravotníctva pri starnúcej populácii odkázaná na predĺžovanie produktívneho veku, je zlepšovanie zdravotného stavu populácie systémovou prioritou.

1.1 ZVYŠOVANIE KVALITY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Aj keď samotná zdravotná starostlivosť má len obmedzený vplyv na celkový zdravotný stav obyvateľstva, funkčný zdravotný systém prináša zdravotné benefity. Hodnotenie vplyvu zdravotnej starostlivosti na zdravotný stav nie je jednoduché, ale konzistentne ukazuje, že približne polovica predĺženia života v posledných desaťročiach bola ovplyvnená zdravotníctvom. Dôkazy hovoria aj o tom, že stále existuje významná časť mortality, ktorá by mohla byť znížená, pokiaľ by bola správne ovplyvnená zdravotnou starostlivosťou (WHO, 2008).

V niektorých konkrétnych prípadoch (napr. očkovanie proti kiahňam alebo podávanie inzulínu pri diabetes mellitus typu I) je prínos zdravotnej starostlivosti zjavný. V mnohých iných prípadoch je však situácia menej jasná, najmä ak sú priaznivé výsledky ovplyvnené aj inými faktormi ako vzdelanie, životné podmienky a genetika.

Štúdie o účinnosti kľúčových intervencií v zdravotníctve ukázali, že asi polovica celkového zisku v strednej dĺžke života v USA v rokoch 1950 až 1990 (asi 7,5 roka) by mohla byť pripísaná klinickej, preventívnej a liečebnej starostlivosti (Bunker, Frazier, Mosteller 1994). Na Novom Zélande došlo v rokoch 1974 až 1981 k 42% poklesu úmrtí na ischemickú chorobu srdca, ktorý je možné pripísať pokroku v lekárskej starostlivosti (Beaglehole, 1986). V štúdií v Holandsku za rovnaké obdobie bolo 46% z pozorovaného poklesu úmrtnosti na túto chorobu pripísané špeciálnym lekárskeým zásahom a ďalších 44% primárnej prevencii, napríklad kampaniam pre odvykanie od fajčenia (Bots, Grobee, 1996).

Takéto štúdie dokazujú potenciál zdravotného systému pozitívne ovplyvňovať zdravotný stav populácie. Plný efekt tohto potenciálu je však možné dosiahnuť len pri použití najlepších postupov a pri ich najlepšom prevedení. Mierou toho, či zdravotný systém alebo konkrétna zdravotná starostlivosť naplnia tento potenciál, je kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Dostupnosť, kvalita a efektívnosť zdravotnej starostlivosti sa významne líšia medzi jednotlivými oblasťami aj poskytovateľmi, a to nielen na Slovensku, ale aj v iných krajinách. Z výsledkov štúdií v USA (United Health Foundation 2007, Martin et al. 2007) sa zistili dvoj- až trojnásobné rozdiely medzi výkonnosťou pri rôznych kľúčových indikátoroch. Tieto rozdiely medzi regiónmi mali pritom pomerne sta-

bilný charakter v čase, čo naznačuje, že lokálne podmienky (regulácia, zvyky) sa podieľajú na vzniku rozdielností. Boli pozorované významné rezervy pre znižovanie nákladov, ako aj zlepšenie dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti. Vyššia kvalita pri tom nebola spojená s vyššími výdavkami (Davis a Schoen 2007). Všetky regióny vykazovali značný priestor pre zlepšovanie a tiež priestor pre možnosť poučiť sa z osvedčených postupov a politík, ktoré prispievajú k referenčnej úrovni výkonnosti systému zdravotnej starostlivosti. Zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti a vyrovnávanie nerovností medzi poskytovanou zdravotnou starostlivosťou preto patrí medzi prioritné stratégie pre zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva Slovenska.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Implementácia klinických odporúčaní a protokolov.
- Meranie a porovnávanie kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- Spotrebiteľské rebríčky.
- Odmeňovanie poskytovateľov podľa kvality.
- Zabezpečenie nezávislého prešetrenia postupu poskytovateľa.

1.2 ZVYŠOVANIE ALOKATÍVNEJ EFEKTÍVNOTI

Aj keď panuje zhoda na tom, že zdravotná starostlivosť prináša zlepšenie zdravotného stavu a investícia do zdravotníctva je pre štát efektívna (vplyv dĺžky života na rast HDP), existujú debaty o tom, aké zdravotné intervencie prinášajú najlepšiu hodnotu za peniaze a ktoré intervencie najefektívnejšie naplnia zdravotné potreby a očakávania populácie (WHO, 2008).

Viacere analýzy potvrdili, že inovácie, nové technológie a pokrok v medicíne sú hlavné faktory rastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť (OECD, 2006, Chernew et al. 1998, Goetghebeur et al. 2003, Docteur et al. 2003, Pammolli et al. 2005) a v predchádzajúcom období boli zodpovedné približne za 50% z rastu výdavkov na zdravotníctvo (Pammolli et al. 2005, Dormont et al. 2005). Aj keď vo viacerých oblastiach sa už v budúcnosti neočakáva toľko zásadných inovácií ako doteraz (napr. farmaceutický trh), technológie pravdepodobne budú aj naďalej prispievať k rastu zdravotníckych výdavkov. Práve nové a nákladné technológie zvyšujú potrebu hodnotenia efektívnosti medicínskych postupov.

Takéto hodnotenia a rozhodnutia sa robia na základe analýz nákladovej efektívnosti a tento proces už bol v niektorých krajinách inštitucionalizovaný. Tieto postupy sa používajú najmä na prijímanie rozhodnutí o financovaní liekov (Hoffmann et al., 2000), ale v niekoľkých prípadoch tieto inštitúcie skúmajú aj iné typy intervencií (britský



NICE, francúzsky HAS, alebo nemecký IQWiG). Hodnotia sa náklady a účinky nových alebo existujúcich postupov, pričom za nákladovo-efektívne sa považuje, ak náklady na jednotku zdravotného výsledku sú nižšie ako stanovený prah. Napríklad NICE používa hranicu medzi 26 000 a 39 000 EUR za jeden získaný kvalitný rok života (QALY) (Appleby, Devlin, Parkin 2007).

Okrem zohľadnenia nákladovej efektívnosti môže každá krajina pri alokácii zdrojov zobrať do úvahy aj ďalšie faktory, ako sú zdravotné potreby obyvateľstva a spoločenské priority. Dôležitou otázkou je bezpečnosť postupov a ich potenciálny vplyv na úrovni celej populácie. Významným faktorom rozhodovania je aj celkový objem disponibilných zdrojov. Napriek rozdielnym zdrojom v zdravotníctve však všetky zdravotnícke systémy čelia tlaku na znižovanie nákladov a tlaku na zabezpečenie hodnoty za peniaze. Hodnotenie nákladovej efektívnosti v kontexte ďalších faktorov predstavuje transparentný mechanizmus alokácie dostupných zdrojov.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Vytvorenie nezávislej inštitúcie na hodnotenie medicínskych intervencií.
- Stanovenie priorít v alokácii zdrojov, určenie a dodržiavanie hranice nákladovej efektívnosti.
- Explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti.

1.3 NASTAVENIE SPRÁVNÝCH MOTIVÁCIÍ

Podľa štúdie autorov McGinnis, Williams-Russo, Knickman (2002) má správanie sa ľudí až 40% vplyv na zlepšovanie ich zdravotného stavu. Okrem budovania lepšieho zdravotného systému je preto nevyhnutné vytvárať také motivačné schémy, ktoré nasmerujú správanie jednotlivcov k zdravším životným stratégiám.

Zdravotná politika tu môže zasahovať prohibítivne s cieľom zakazovať niektoré aktivity, ekonomicky trestať spotrebu škodlivých statkov, či vynucovať určitý druh správania. Posledným trendom je európska vlna zákazov fajčenia vo verejných priestranstvách, zvyšovanie spotrebnej dane z tabaku či povinnosť používania detských sedačiek v aute. Tieto koncepty však narážajú na protesty liberálnych občanov, ktorí takéto zasahovanie štátu do vlastných práv považujú za nežiaduce.

Na druhej strane sa v niektorých krajinách (USA, Juhoafrická republika) začína presadzovať koncept reward based healthcare, ktorý pracuje s motiváciami na úrovni pacienta. V takýchto motivačných schémach sú spotrebiteľom pripisované body za taký typ správania, ktorý podporuje ich zdravie. Tieto body si potom spotrebiteľia môžu premeniť na odmeny, resp. služby. Odmeny sú väčšinou spojené priamo so zdravotníctvom (rehabilitácia, masáže,

wellness...), ale výnimočne nie sú ani prípady, keď odmenou za schudnutie o 10 kg a zlepšenie body mass indexu je vstupenka na rockový koncert. Na druhej strane, spotrebiteľovi sa body odpočítavajú, ak jeho správanie nie je v línii podporujúcej jeho zdravie (zabudne na preventívnu prehliadku...). Príkladom úspešného konceptu reward based healthcare je juhoafrický podnikateľ Adrian Gore a jeho spoločnosť Discovery.

Podľa prieskumu „Slovenský spotrebiteľ“ spoločnosti Publicis Knut (2007) ľudia postupne smerujú k zdravším životným stratégiám. Spotrebiteľia sa viac starajú o svoje zdravie, cvičia a zdravšie sa stravujú. Zároveň vznikajú nové skupiny spotrebiteľov, ktoré prebrali najnovší celosvetový trend mať v rovnováhe čas pre prácu a čas pre seba. Čas pre seba v ich ponímaní znamená aktívny oddych, sebarozvoj, priateľov a šport. Takýto životný štýl je záležitosťou predovšetkým mestských ľudí. Slováci uprednostňujú skôr pasívne formy oddychu a trávenia voľného času. Športovým aktivitám sa pravidelne alebo nepravidelne vo svojom voľnom čase venuje 42% Slovákov. Z toho len polovica (22%) športuje s určitou pravidelnosťou. Títo ľudia športujú rekreačne, alebo majú svoj obľúbený sezónny šport.

Kľúčovú úlohu pri nastavení správnych motivácií má lekár. Jeho motivácia je vo veľkej miere závislá od toho, za čo lekárov platíme. Zdravotné poisťovne dnes neplatia lekárov za to, či pacienta vyliečili, ale za to, že samotní lekári existujú (kapitácia), prípadne, že k nim pacient prišiel (platba za výkon). To môže viesť k frustrovanému pocitu pacientov, že veľa chodia po lekároch a bez relevantného efektu. Moderným trendom je platiť lekárov za koordináciu liečby, prípadne za jej výsledok. Takýmto spôsobom je lekár oveľa viac zaangažovaný na strážení indukovaných nákladov a na dosiahnutí zdravotného zisku pacienta. Ak takéto priame finančné motivácie v systéme nie sú, závisí výsledok liečby od individuálneho prístupu lekára a systémová bezpečnosť a efektívnosť zdravotníctva sa znižuje.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Aktívna politika verejného zdravotníctva pre podporu zdravšieho životného štýlu.
- Implementácia motivačných schém pre pacientov.
- Aktívne ovplyvňovanie spotrebiteľského správania.
- Spoluúčasť podporujúca zodpovednosť pacienta za svoj zdravotný stav vrátane compliance.
- Moderné platobné mechanizmy odmeňujúce kvalitu, výsledky a koordináciu liečby
- Zaviesť DRG v odmeňovaní nemocníc.
- Podpora atmosféry a kultúry zisku v zdravotníctve, ktorý je odmenou jednotlivých subjektov za príspevok k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľov.



2. ZVYŠOVANIE SPOKOJNOSTI SPOTREBITEĽOV

Spokojnosť spotrebiteľov so zdravotným systémom nie je daná len jeho schopnosťou vytvoriť zdravotný zisk, resp. zvýšiť hladinu zdravia obyvateľov. Popri schopnosti systému zlepšovať zdravotný stav populácie je veľmi dôležité, ako sú ľudia spokojní s nemedicínskymi parametrami systému a s tým, ako systém reaguje na ich očakávania. Patrí sem rešpekt voči klientom (dôstojnosť pacienta, dôvernosť, samostatnosť a komunikácia) a orientácia na klienta (venovanie pozornosti, kvalita základného vybavenia, sociálna pomoc a voľba poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) (Üstün et al. 2001).

Rozdielne kultúrne vplyvy a očakávania v jednotlivých krajinách, priradovanie váh jednotlivým indikátorom a ich kombinácia do kompozitného indexu komplikujú medzinárodné porovnania (WHO, 2008). Rôzne metodiky hodnotenia spokojnosti klientov sa však zhodujú v nelichotivom postavení slovenského zdravotníctva. Podľa WHO (2000) je Slovensko až na 60. mieste na svete v parametri vnímanosti voči potrebám pacientov. V porovnaní zdravotných systémov z pohľadu spotrebiteľov Euro Health Consumer Index 2009 sa slovenské zdravotníctvo umiestnilo na 28. mieste z 33 hodnotených európskych krajín.

Regulátori musia často zvažovať protichodné vplyvy opatrení (Figueras et al. 2006). Investície do jednej oblasti majú vplyv na iné ciele a reakcia na nemedicínske potreby klientov môže mať negatívny vplyv na efektívnosť, zdravotný zisk a rovnosť. Viaceré opatrenia na dosahovanie spokojnosti však zároveň dosahujú aj ciele v oblasti zlepšovania zdravotného stavu – napríklad zlepšovaním compliance pacientov (WHO 2000).

2.1 ORIENTÁCIA NA KLIENTA

Zlepšenie orientácie na klienta je zvyčajne závislé od dodatočných finančných zdrojov. Stratégie zahŕňajú zabezpečenie dostupnosti, zlepšenie kultúry prostredia, prístup k sociálnej sieti (rodina, priatelia), ako aj slobodný výber poskytovateľa.

Vytvoriť motivačné prostredie pre zdravotnícky personál, aby sa staral dobre o pacienta, je náročné. Svetová zdravotnícka organizácia upozorňuje, že systém platby treťou stranou, informačná asymetria a nízke platy v zdravotníctve môžu motivovať zdravotníckych pracovníkov k získavaniu zdrojov nelegálne cez neformálne platby a vytváraním prekážok prístupu k zdravotnej starostlivosti (WHO 2000). Zavedenie platobných mechanizmov podporujúcich klient-skú orientáciu poskytovateľov môže zmeniť tieto motivácie.

2.1.1 RÝCHLA POZORNOSŤ

Fyzická dostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku je veľmi dobrá. Viac ako 77% občanov má ambulanciu všeobecného lekára priamo v mieste bydliska. Základné

ambulantné špecializácie sú dostupné v mieste bydliska pre 50% populácie, do 30 minút jazdy autom je dostupnosť 99%. Podobne (98%) sú do 30 minút dostupné i nemocnice (Szalay 2006). Dizajn rozmiestnenia staníc záchranej zdravotnej služby zabezpečuje 15-minútový dojazd rýchlej pomoci pre 95% obyvateľov.

Samotná fyzická dostupnosť však nedefinuje rýchlu pozornosť. Až 73% respondentov v prieskume agentúry Poliss (2008) uviedlo, že pri výbere zdravotníckeho zariadenia preferujú kvalitu pred dostupnosťou.

Podľa prieskumu Populus (2005) iba 15% Slovákov si myslí, že čas medzi stanovením diagnózy a samotným liečením je „dobrý“, pričom až pre 96% ľudí je tento indikátor „dôležitý“. Podobne, iba 24% Slovákov zastáva názor, že dostupnosť k moderným liekom a technológiám je „dobrá“. Na druhej strane, až 49% si myslí, že výber poskytovateľov je „dobrý“. Celkový deficit podľa piatich kritérií meraný tým, čo ľudia od systému chcú (94%) a čo od neho dostávajú (27%) je až 67%.

Až 70% Slovákov si myslí, že poskytovanie väčšieho množstva informácií pacientom o ich chorobách zvýši štandard starostlivosti najviac spomedzi iných opatrení, akými sú: viac inovácií (67%), viac kontroly nad verejnými výdavkami (58%), lepšia možnosť voľby (49%), či viac súkromných výdavkov (47%). Zároveň jasná majorita (58% : 35%) si myslí, že väčšia kontrola ľudí nad verejnými výdavkami by výraznejšie zlepšila kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Zmluvné limity objemov výkonov znižujú kapacitnú priepustnosť poskytovateľov a vedú k oddiaľovaniu poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Prieskum HPI (2009) ukázal, že v dĺžke čakania na rovnaké typy výkonov sú nielen medzi poisťovňami, ale i medzi poskytovateľmi výrazné rozdiely, od troch mesiacov do troch rokov. Celková časová dostupnosť sa oproti roku 2008 medziročne zhoršila.

Garancia časovej dostupnosti je súčasťou nároku poistenca na zdravotnú starostlivosť hradenú zo solidárneho poistenia. Je potrebné zaviesť reguláciu podmienok a maximálnej dĺžky čakacích zoznamov v ambulantnej sfére, ako aj pre väčšinu odkladnej starostlivosti v ústavnej sfére. Spätná väzba umožní lepšie identifikovať prioritné oblasti a prehodnotiť alokáciu zdrojov.

2.1.2 KULTÚRA PROSTREDIA

Na zlepšenie podmienok, v ktorých funguje ústavná starostlivosť na Slovensku, sú nevyhnutné zásadné investície do nemocníc. Podľa analýzy Sanigest International (2004) je zdravotnícka infraštruktúra nemocníc z technického, ekonomického a tiež z prevádzkového hľadiska zastaraná a nevyhovujúca. Spôsobuje to neefektívnosť ich hospodárenia. Len 4% nemocníc sú v dobrom technicko-prevádzkovom stave, viac ako tretina (35%) potrebuje opravy a jedna pätina (21%) je v slabom alebo neakceptovateľnom stave. K zdrojom zo štrukturálnych fondov EÚ majú prístup len niektorí poskytovatelia a len v niektorých regiónoch.



Štát ako vlastník rozhodujúceho podielu na trhu poskytovateľov ústavnej starostlivosti musí prijať rozhodnutie, či investície zaplatí sám, alebo to umožní súkromnému sektoru vytvorením vhodných podmienok a predvídateľného prostredia. Efektívnosť prípadnej štátnej investície je na základe opakovaných skúseností z viacerých sektorov spochybniteľná, aj preto odporúčanie Medzinárodného menového fondu (Verhoeven, Gunnarsson & Lugaresi, 2007) znie v prospech privatizácie nemocníc.

2.1.3 ZACHOVANIE SOCIÁLNYCH VÄZIEB

Chýbajúca koordinácia dlhodobej starostlivosti medzi rezortmi zdravotníctva a sociálnych vecí, ako aj nedostatok agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, vedú k pretrvávajúcej inštitucionalizácii chronicky chorých pacientov (Tatár 2004), ktorá vedie k sociálnej izolácii. Zlepšenie si vyžaduje definovanie dlhodobej starostlivosti a jej organizačného, regulačného a finančného rámca. Cieľom je hľadanie takých prienikov zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktoré zachová prirodzené sociálne väzby v rodine, medzi príbuznými a priateľmi.

2.1.4 SLOBODNÁ VOĽBA POSKYTOVATEĽA

Právo slobodnej voľby poskytovateľa má na spokojnosť pacientov významný vplyv, hoci jeho zavedenie býva primárne motivované snahou o elimináciu monopolného správania poskytovateľov a zvýšenie efektivity prostredníctvom súťaže (WHO, 2000). Slobodná voľba poskytovateľa však môže viesť aj k nekoordinovanej starostlivosti a duplicitne vyšetrotvaní (Thomson et al. 2006, Coulter et al. 2005, Strandberg-Larsen et al. 2007). Hoci reaguje na očakávania spotrebiteľov, dôsledkom môže byť klinicky nežiaduci efekt alebo horšie zdravotné výsledky a môže viesť k nadmernému (indukovanému) používaniu služieb, ktoré narúša efektívnosť.

Dôležitú úlohu preto zohráva schopnosť zdravotnej poisťovne zabezpečiť koordináciu zdravotnej starostlivosti v sieti jej zmluvných poskytovateľov prostredníctvom zmlúv a platobných mechanizmov, alebo i motivačných programov pre poisťencov.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Regulácia čakacích zoznamov.
- Privatizácia a následné investície do nemocníc.
- Koncepcia dlhodobej starostlivosti.
- Slobodný výber poskytovateľa a poisťovne.
- Zavedenie inovatívnych platobných mechanizmov, ktoré podporujú klientskú orientáciu poskytovateľov.
- Posilnenie statusu pacienta ako spotrebiteľa zavedením povinnosti autorizácie účtu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zavedením legálnej spoluúčasti.

2.2 DOSTUPNÉ INFORMÁCIE O PZS (A ICH KVALITE)

Meranie výkonu významne prispieva k zlepšovaniu kvality rozhodovania všetkých aktérov zdravotného systému. Tvorcovia zdravotnej politiky majú preto osobitnú pozornosť venovať metodike, zberu a analýze dát (Smith, Mossialos & Papanicolas, 2008). Rovnako aj emancipovaný pacient môže vykonávať svoje práva a niesť zodpovednosť za vlastné rozhodnutia len ak má dostupné zrozumiteľné a relevantné informácie.

Základným odporúčením pre zdravotnú politiku je zavedenie systému získavania a zverejňovania relevantných informácií o slovenských poskytovateľoch. V prvom kroku teda merajme to, čo merať vieme. Následne v druhom kroku je nutné začať zbierať informácie, ktoré budú napomáhať zlepšovať ciele zdravotnej politiky, predovšetkým v oblasti prispievania zdravotného systému k zlepšovaniu zdravotného stavu. Začnime merať to, čo je dôležité.

Publikácia dát umožní širšiu výskumnú základňu pre analýzu dát a identifikáciu oblastí na zlepšenie. Vytvorí priestor pre súťaž produktov založených na analýze týchto dát, čím prispeje k tlaku na ich ďalšie skvalitňovanie. Podporí budovanie povedomia o verejnom zdravotníctve. Poskytne nástroje na lepšiu verejnú kontrolu sektora, ako aj použitia verejných zdrojov. Verejne dostupná by preto mala byť aj informácia o výške úhrad jednotlivých zdravotných poisťovní jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia.

Posilnením postavenia spotrebiteľov a zároveň ovplyvňovaním ich správania je publikácia rebríčkov poskytovateľov (WHO 2000), ako i zdravotných poisťovní, na základe indikátorov kvality, efektivity a spokojnosti. Prebudovanie zdravotníckej štatistiky nie je podmienené zavedením eHealthu. Ten však umožní flexibilnejšie informovať o fungovaní zdravotníctva a dopadoch zavedených opatrení.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Podpora zberu, spracovania a publikácie indikátorov výkonnosti a kvality ako poskytovateľov, tak aj zdravotných poisťovní.
- Zverejňovanie výšky úhrad zdravotných poisťovní jednotlivým poskytovateľom.
- Publikácia rebríčkov kvality poskytovateľov.
- Postupné zavedenie eHealthu.

2.3 DÔSTOJNOSŤ A REŠPEKT VOČI PACIENTOM

Rešpekt voči pacientom zahŕňa rešpektovanie ich dôstojnosti pri poskytovaní zdravotných služieb, rešpektovanie utajenosti osobných údajov pri administrácii ich zdravotných záznamov, umožnenie samostatnosti



v rozhodovaní a komunikáciu medzi pacientom a personálom. Ide o oblasť, v ktorej možno dosiahnuť zlepšenie bez značných dodatočných investícií (WHO 2000).

Informačná asymetria je jednou z hlavných prekážok pre väčšiu autonómiu pacienta a jeho účasti na procese klinického rozhodovania. K jej odstráneniu môže prispieť vzdelávanie a odborná príprava zdravotníckeho personálu, ako aj verejná osвета. Kľúčovú úlohu však zohrávajú motivácie – miera klientskej orientácie a miera zodpovednosti za vlastné zdravie.

Práva pacientov sú formálne zakotvené v slovenskej zdravotníckej legislatíve (Novotná, 2004), ich vymožitelnosť však naráža na viacero prekážok: (1) chýba príslušná osвета a budovanie povedomia, (2) nie je známe explicitné znenie nároku z verejného zdravotného poistenia a (3) chýba efektívny advokát práv pacientov (ombudsman).

Základné stratégie pre Slovensko:

- Osвета verejnosti i zdravotníkov v oblasti práv (a povinností) pacientov.
- Explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti a jeho vymáhateľnosť.
- Vytvorenie inštitútu zdravotníckeho ombudsmana.

3. FINANČNÁ UDRŽATEĽNOSŤ A FINANČNÁ OCHRANA

3.1 FINANČNÁ UDRŽATEĽNOSŤ

Zdravotné služby majú charakter luxusného statku a bohatšie krajiny dávajú s rastúcim bohatstvom na zdravotníctvo čoraz viac zdrojov. Podiel výdavkov na zdravotníctvo narástol v krajinách OECD za posledných 50 rokov zo 4,3 na 8,6% HDP a každou dekádu sa zrýchľuje. Kým v 70. rokoch každých dodatočných 100 dolárov rastu HDP vygenerovalo dodatočných 7 dolárov pre zdravotníctvo, v 80. rokoch to bolo 8 dolárov, v 90. rokoch 9 dolárov a dnes je to už 11 dolárov (OECD, 2010). Príčiny je potrebné hľadať ako na strane ponuky (nové technológie a postupy), tak aj na strane dopytu (očakávaní, starnutie populácie).

Medzi bohatstvom a zdravím je vzťah pozitívnej spätnej väzby. Ľudia v bohatších krajinách vďaka rastúcemu socio-ekonomickému zázemiu, lepšej informovanosti, kvalitnejšej liečbe, menej závadným potravinám a celkovo vyššej kvalite života žijú dlhšie a tieto dodatočné roky prežívajú v lepšom zdraví. Zároveň zdravšie žijúci ľudia, ktorí naplno využívajú svoj potenciál, dlhšie prispievajú k bohatšej spoločnosti. Bohatstvo tak generuje zdravšiu spoločnosť, ktorá spätne generuje vyššiu úroveň bohatstva.

Toto dlhodobé pozorovanie však nemôžeme zúžiť na tvrdenie, že vyšší rast výdavkov na zdravotníctvo v krátko-

dobom horizonte automaticky zlepší zdravotné parametre krajiny. Skôr by sme mali rozmýšľať v dlhodobých stratégiách finančnej udržateľnosti, aby Slovensko z dlhodobého hľadiska budovalo udržateľný systém financovania, ktorý spravodlivo rozdeľuje finančné bremeno na obyvateľstvo, je pre jednotlivých aktérov dostatočne predvídateľný a pri tom jednoduchý na administráciu.

Zároveň rast výdavkov na zdravotníctvo v žiadnom prípade nesmie ohroziť zdravie verejných financií, poškodiť medzinárodnú konkurencieschopnosť Slovenska a rásť príliš „luxusne“. Vzhľadom na našu ekonomickú výkonnosť sa ako udržateľná pre Slovensko javí dynamika, ktorá by z každých dodatočných 100 eur HDP dokázala pre zdravotníctvo generovať 8 eur pre zdravotníctvo. Pri takomto tempe by výdavky na zdravotníctvo za 10 rokov narástli o 1 percentuálny bod HDP. Zo súčasných 6,5% HDP by v roku 2020 mohli dosiahnuť 7,5% HDP.

Okrem štandardných kanálov financovania zdravotníctva je možné uvažovať aj o tzv. nominálnom poistnom, ktoré môže pre svojich poistencov zaviesť zdravotná poisťovňa. Môže tak urobiť dobrovoľne pri zavádzaní nových produktov, alebo povinne, ak sa ocitá vo finančných ťažkostiach. Ak by takáto možnosť platila v roku 2009, záchranu VŠZP by nemuseli platiť všetci daňoví poplatníci zo štátneho rozpočtu, ale len samotní poistenci VŠZP. Pri pomoci 65 mil. eur, ktorú VŠZP obdržala v minulom roku, by to na každého jej poistenca vyšlo niečo viac ako 20 eur. Takýmto spôsobom sa otvára nový kanál financovania zdravotníctva a vzniká nový prvok diferenciacie zdravotných poisťovní.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Rýchle oživenie hospodárskeho rastu vhodnou hospodárskou a fiškálnou politikou.
- Prioritizácia zdravotníctva v okruhu verejných financií – zvýšenie platby štátu na 5% a jej postupné zvyšovanie o 0,25% percentuálneho bodu. Pri nezvyšovaní deficitu verejných financií si to vyžiada preskumpenie verejných zdrojov na úkor iných kapitál štátneho rozpočtu.
- Zavedenie odvodovej neutrality, ktorá odstráni väzbu zdrojov výlučne na dôchodky z práce, ale presunie váhu financovania viac na živnostníkov a ostatné typy dôchodkov (dividendy, podiely na zisku, príjmy z prenájmu...). Pri zachovaní rozpočtovej neutrality je možné pri plnej odvodovej neutralite znížiť sadzbu poistného zo súčasných 14% na 10%.
- Spustenie individuálneho zdravotného poistenia. Predpokladom jeho úspešného zavedenia je presná definícia nároku z verejného zdravotného poistenia.
- Znovuzavedenie regulačných poplatkov.
- Umožniť zdravotnej poisťovni určiť všetkým poistencom tzv. nominálne poistné.



3.2 ROVNOSŤ VO FINANCOVANÍ

Dôležitým východiskom pre posudzovanie finančného bremena je skutočnosť, že osoba, resp. inštitúcia platiaca určitý odvod priamo do systému, nemusí byť v konečnom dôsledku zároveň osobou, ktorá znáša bremeno financovania systému. Takýmto príkladom je vzťah štátu ako platiteľa a daňovníka ako nositeľa finančného bremena pri platbe štátu za „svojich“ poistencov. Odhliadnuc od týchto analytických ťažkostí sa otvára otázka posúdenia rozličných aspektov tohto bremena. V princípe posudzujeme, či je financovanie progresívne – bohatší sa na financovaní zdravotníctva podieľajú proporcionálne väčšou časťou svojich príjmov ako chudobní – alebo je to naopak a hovoríme o financovaní regresívnom.

Distribúcia finančného bremena v populácii sa meria Kakwaniho indexom. Ak je Kakwaniho index pozitívny, systém je progresívny. Ak je negatívny, systém je naopak regresívny. Kakwaniho index sa vplyvom reformy zdravotníctva v roku 2004 mierne znížil z úrovne 0,074 (pred reformou) na 0,045 (po reforme), pričom sa zvýšila regresivita nepriamych daní (z -0,123 na -0,155) a priamych platieb (z -0,170 na -0,230) a zvýšila sa progresivita priamych daní (z 0,229 na 0,396) a verejného zdravotného poistenia (z 0,150 na 0,170). Napriek miernemu zníženiu Kakwaniho indexu môžeme konštatovať, že Slovensko má progresívne financovanie zdravotného systému (0,045) a je na špici krajín z hľadiska finančnej ochrany obyvateľstva. Podľa meraní Wagstaff, van Doorslaer (1999) sa Kakwaniho index pohyboval na vzorke vyspelých krajín v intervale -0,14 až +0,05.

Progresivita ako taká ešte nemusí zachytiť všetky distribučné efekty, a preto je potrebné analyzovať aj dopady na najchudobnejšie obyvateľstvo. Druhým kritériom rovnosti sú tzv. katastrofické dopady na domácnosti. Podľa inej štúdie (Kišš-Koolman-Filko, 2007) reforma zdravotníctva v roku 2004 spôsobila, že počet domácností, ktoré platili za zdravotníctvo viac ako prahovú hranicu podielu z príjmov počas sledovaného obdobia, vzrástol. Podľa autorov sa silné a štatisticky signifikantné zmeny udiali v roku 2004 (doplatky za lieky).

Percento ľudí, ktorí platia za zdravotníctvo viac ako 5% svojich príjmov, vzrástol zo 7,3% v roku 2003 na 16,1% v roku 2004. V prípade ľudí, ktorí platia viac ako 10% svojich príjmov, vzrástol ich počet z 1% na 4,5% domácností. Do roku 2004 neexistovala domácnosť, ktorá by spotrebavala viac ako 20% príjmu na zdravotníctvo, pričom v roku 2004 sme boli svedkami štatisticky signifikantného nárastu na 1,1% domácností. Podľa Filka (2007) však príčinou tohto rastu nebolo zavedenie regulačných poplatkov, ale zavedenie tzv. fixného doplatku v liekovej politike, čím výrazne narástli doplatky obyvateľov vo forme spoluúčasti pri čiastočne hrađených liekoch.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Odvodová neutralita. Vzhľadom na relatívne vysokú progresivitu súčasného zdravotného poistenia by odvodová neutralita progresivitu ešte posilnila. Vzťahovala by sa totiž na príjmy prevažne bohatších ľudí (úroky, príjmy z prenájmu nehnuteľností, podiely na zisku, dividendy, živnostníci) a nezasiahla by chudobnejšiu časť obyvateľstva. Okrem pozitívnych distribučných efektov má efekt aj v nižšej odvodovej sadzbe – bolo by to 10% oproti súčasným 14%.
- Podpora individuálneho zdravotného poistenia. Predstavuje vyšší stupeň akumulácie a riadenia rizika ako priame platby, a tým poskytuje vyššiu mieru finančnej ochrany ako samotné priame platby.
- Pre zníženie katastrofických nákladov z priamych platieb navrhujeme horný limit pre spoluúčasť vo výške 240 eur ročne. Je ochranným prvkom pred katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a umožňuje opätovné zavedenie regulačných poplatkov, spoluúčasti, ako aj nominálneho poistného.

3.3 KOMPENZÁCIA ŠTRUKTÚRY RIZIKA

Kým Kakwaniho index a katastrofické náklady merajú mieru finančného bremena v populácii, funkciou kompenzácie rizikovej štruktúry je presun disponibilných zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami tak, aby výnosy na určitú kategóriu poistencov v čo najväčšej miere pokrývali náklady na túto skupinu poistencov. Kompenzácia rizikovej štruktúry je tým lepšia, čím je vyššia jej predikčná schopnosť. V súčasnosti používané modely v Nemecku (morbi-RSA) alebo Holandsku (PCG, DCG) majú predikčnú silu okolo 12 až 16%. Niektoré modely používané v USA majú dokonca predikčnú silu blízku 30% (VEP 100). Súčasný slovenský model postavený na demografických prediktorech (vek, pohlavie, ekonomická aktivita) má predikčnú silu do 5%. Takýto systém kompenzácie rizika síce pokrýva demografické prediktory, nedokáže však pokryť dva dôležité prejavy neurčitosti, ktoré sú dnes skôr zabezpečené masou poistencov a nie predikčnou schopnosťou modelu: (1) individuálne katastrofické náklady a (2) špecifické skupiny chorôb.

Na kompenzáciu vysokých (a väčšinou) jednorázových nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré vyplývajú buď z liečby následkov vážnej nehody alebo zriedkavej choroby, slúži high-risk pool. Pri vytvorení tohto poolu ide o určenie hranice, nad ktorou dochádza k čiastočnej kompenzácií poisťovne za vynaložené náklady. V Česku je táto hranica určená ako 30-násobok priemerných nákladov a miera kompenzácie je 80%. Takýto spôsob prerozdelenia môže byť pre Slovensko inšpiratívny hneď z troch dôvodov. Po prvé, chráni zdravotné poisťovne pred rizikom vysokých nákladov, pričom táto ochrana je dôležitá pre malé zdravotné poisťovne, ktoré nemajú dostatočne veľký kmeň na absorbovanie veľkých finančných rizík. Po druhé, chráni spotrebiteľa, lebo finančné riziko sa rozkladá na všetky ZP a nielen na jeho konkrétnu ZP, čo spotrebiteľovi dáva väčší

pocit bezpečia v systéme, že ZP nebude mať motiváciu náklady na jeho starostlivosť krátiť, prípadne nepokračovať v nákladnej liečbe. Po tretie, znižuje motiváciu zdravotnej poisťovne k agresívnym metódam selekcie rizika (napr. golden handshake).

Základné stratégie pre Slovensko:

- Zabudovanie konceptu high-risk pool.
- Doplnenie súčasných demografických prediktorov o prediktory zdravotného stavu (PCG, DCG). Tieto prediktory znamenajú zvýšenie predikčnej schopnosti modelu, čo sa premietne do spravodlivejšej súťaže medzi zdravotnými poisťovňami. Zníži sa tlak na selekciu rizika a zdravotná poisťovňa bude odmeňovaná za efektívny nákup zdravotnej starostlivosti.

3.4 ZVÝŠENIE EFEKTÍVNOTI ZDROJOV V ZDRAVOTNÍCTVE

Stratégia extenzívnejšieho navyšovania zdrojov je udržateľná iba vtedy, ak je sprevádzaná stratégiou ich efektívnejšieho využívania. Podľa MMF (2007) je Slovensko prípadom krajiny s relatívne nízkymi výdavkami, kombinovanými s relatívne zlými výsledkami zdravotného stavu. Podľa prieskumu Populus (2005) si 76% Slovákov myslí, že náš zdravotný systém je podfinancovaný. V realite sú však naše výdavky porovnateľné s ostatnými krajinami V4. Vnímanie chýbajúcich zdrojov je podľa výsledkov prieskumu Populus dané nízkou efektívnosťou nášho zdravotníctva.

Podľa štúdie MMF z roku 2007, ktorá hodnotí zdravotný systém na Slovensku z pohľadu efektívnosti a reforiem, tu stále existuje priestor pre zvyšovanie finálnych cieľov bez zvyšovania objemu zdrojov. Nízka efektívnosť sa objavuje pri transformácii disponibilných vstupov na finálne ciele. Znamená to, že disponibilné vstupy (ľudská práca, odpisy, počet postelí, počet lekárov a pod.) síce produkujeme nákladovo efektívne, lenže systémová efektívnosť, ktorá vyjadruje transformáciu týchto vstupov na zdravotné výsledky, je nízka. Hlavným dôvodom je zotrvačnosť, ktorá sa prejavuje v zastaralých štandardoch a štruktúre nemocníc, a tiež vo vzdelaní zdravotníckych pracovníkov, z ktorých signifikantná časť bola vzdelávaná v predtranzitívnom, alebo na začiatku tranzitívneho obdobia v 90. rokoch minulého storočia.

Z hľadiska alokatívnej efektívnosti v porovnaní s inými krajinami veľa zdrojov mŕňame na lieky (vyše 30%), pretrváva neefektívne využívanie postelí (menej ako 70%), nevyužíva sa potenciál jednodňovej chirurgie (iba 7%) a príliš často navštevujeme lekárov (až 13-krát za rok).

Základné stratégie pre Slovensko:

- Kontrola a zdržanlivosť vo výdavkoch na lieky.
- Reštrukturalizácia lôžkového fondu spojená s redukciou počtu akútnych postelí.
- Presun zdravotnej starostlivosti z lôžkovej starostlivosti na ambulatnú starostlivosť a jednodňovú chirurgiu.
- Naštartovanie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti a ich následná privatizácia.
- Podpora zavedenia štandardnej corporate governance a vyžadovanie profesionálnych manažérov v nemocniciach.
- Podporovanie konkurencie a nákladovej efektívnosti.
- Zavedenie DRG v odmeňovaní nemocníc.
- Zrušenie pevnej minimálnej siete a jej liberalizácia.
- Striktnejšia a transparentejšia definícia zákonného nároku, hradeného z verejného zdravotného poistenia, vrátane časovej dostupnosti.
- Odstránenie zákazu zisku zdravotných poisťovní.
- Vytvorenie koncepcie základných odborov zdravotnej starostlivosti, v ktorej sa zdefinuje úloha a hierarchia jednotlivých poskytovateľov v manažmente pacienta.
- Posilnenie kompetencií všeobecných lekárov pri rozhodovaní o indukovaných nákladoch a manažmente pacienta.
- Podpora používania moderných, nákladovo efektívnych protokolov a guidelines pri manažmente pacienta.

4. ZODPOVEDNÁ REGULÁCIA JE KLÚČOVOU ÚLOHOU VLÁDY

Okrem dilemy, vznikajúcej medzi koncentrovanými nákladmi pre dobre organizované skupiny a roztrúsenými benefitmi pre neorganizované skupiny, je podstatnou črtou zdravotníctva informačná asymetria. Zdravotníctvo je komplikovaný trh, na ktorom sa vplyvom privatizácie a fungovania trhových mechanizmov podstatne mení úloha štátu. Dnes už nie je kľúčovým očakávaním to, aby štát vlastnil alebo prevádzkoval ambulancie, nemocnice či zdravotné poisťovne. Jeho dominantnou rolou má byť ochrana spotrebiteľa a zodpovedné riadenie (stewardship).

Stewardship je podľa WHO (2000) funkcia, ktorá definuje spoločenskú zodpovednosť vlády za fungovanie zdravotného systému. Realizuje sa cez víziu, vplyv a inteligenciu. Vízia definuje želaný stav, priority a úlohy jednotlivých hráčov. Musí byť stabilná a konzistentná. Vplyv definuje regulačný rámec pre fungovanie trhu. Jednotlivé regulačné nástroje musia byť pravidelne vyhodnocované a konzistentné, pričom je dôležité udržať rovnováhu medzi regulačnou pascou privátnych záujmov a produktívnym



dialógom s jednotlivými hráčmi. Inteligencia znamená, že vláda sa pri vedení zdravotníctva spolieha na kvalitných ľudí a presné informácie.

Zároveň by štát nemal byť v konflikte záujmov a nemal by teda vystupovať v jednej osobe ako tvorca legislatívy (MZ SR), dominantný hráč na trhu zdravotného poistenia (VŠZP), poskytovateľ (štátne nemocnice) a regulátor (politicky ovládnutý ÚDZS). Práve nekonzistentnosť rolí vedie k nízkej ochrane spotrebiteľa v systéme, pretože štátne poisťovne a nemocnice znášajú len veľmi nízke reputačné riziko. V prípade pochybenia sa nemusia obávať vytlačenia z trhu (štátne nemocnice chráni pevná minimálna sieť), nemusia sa obávať straty investície (kapitál do nich vložil štát), ani dôsledkov zlého hospodárenia (oddlžovanie zo štátneho rozpočtu), a nemusia sa obávať ani tvrdých postihov zo strany Úradu pre dohľad (ÚDZS nie je nezávislý).

Poslednou, avšak veľmi závažnou oblasťou zodpovednej regulácie je rozhodovanie na základe relevantných a dôveryhodných dát. Tie slúžia na správnu identifikáciu problémov, meranie účinnosti intervencií na úrovni zdravotnej politiky a jej flexibilnú korekciu. Nepovažujeme za normálne a udržateľné, ak sú dáta o zdravotnom systéme utajované, zámerne neprístupňované, a čo je zrejme najhoršie, často nie sú ani zbierané a vyhodnocované. Rozhodnutia sú prijímané bez všeobecnej diskusie o zavádzaných opatreniach a bez dopadových štúdií. V takomto prostredí nie je možné prijímať účinné opatrenia a riadiť zdravotnú politiku.

Základné stratégie pre Slovensko:

- Privatizácia štátnych nemocníc a VŠZP. Cieľom privatizácie je ponúknuť poskytovanie zdravotných služieb a výkon verejného zdravotného poistenia súkromným subjektom. V záujme zlepšenia možnosti voľby pre spotrebiteľa a podpory konkurenčného prostredia je dôležité, aby privatizácii VŠZP predchádzalo jej rozdelenie na minimálne 4 časti. Zníži sa tak vysoká miera koncentrácie na trhu zdravotného poistenia.
- Štát by mal zotrvať vo funkcii zodpovedného regulátora prostredia, pričom regulácia má byť nástroj zodpovedného vedenia, stability, predvídateľnosti a dodržiavania pravidiel hry a nie zneužívaná ako prostriedok na získavanie konkurenčných výhod pre privilegované trhové subjekty.
- Ochrana spotrebiteľa si vyžaduje aktívnu rolu štátu prostredníctvom aktívneho spolufinancovania spotrebiteľských skupín, tvorby a vymáhania štandardov kvality a zákonného nároku.
- Nezávislosť regulačných inštitúcií, predovšetkým posilnenie nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zvýšenie sily Protimonopolného úradu v zdravotníctve.
- Kompletná rekonštrukcia Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a systému zberu, vyhodnocovania a sprístupňovania údajov o zdravotnom systéme.



POSUDOK

ING. BORIS MASLOVIEC

ČLEN PREDSTAVENSTVA UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A. S.

Predmetná publikácia na prvý pohľad zaujme jasným členením. Čitateľ ma možnosť sa najprv oboznámiť s misiou autora HPI, čo dáva dobrú možnosť spoznať základné hodnoty z ktorých vychádzajú autori pri svojej činnosti. Za korektný detail považujem uvedenie zdroja titulnej fotografie.

Časť “Úvod” zrozumiteľne vysvetľuje zvolenú metodológiu, ktorou je hodnotenie rozpracované. Pozitívne hodnotím informáciu o vzťahu k hodnoteným subjektom a zoznam konzultantov.

Skôr než autori pristúpia k hodnoteniu jednotných volebných programov relevantných politických strán pre parlamentne voľby 2016, venujú ďalšiu kapitolu pripomenutiu si Programového vyhlásenia vlády Roberta Fica z roku 2012. Pomerne jednoduchou ale o to zrozumiteľnejšou logikou sú ciele označené buď za splnene, čiastočne splnene alebo nesplnene. Je prirodzene že hodnotenie je subjektívne, ja som nezaznamenal výraznejšie rozpory s mojím vlastným vnímaním, hodnotením tých tém, ktoré si trúfam posúdiť. Ako prehľadnú hodnotím formu tabuľkového spracovania a malý koláčový graf na zaver. Ďalšia užitočná kapitola sa venuje niektorým vybraným aktuálnym témam verejného zdravotníctva a poskytuje tak čitateľovi slušný prehľad a aj niektoré číselné fakty.

Hlavná časť publikácie ide do podrobná je vyváženou kombináciou faktov, citácii konkrétnych volebných programov a ich hodnotenia z pohľadu autorov, čo umožňuje aj polemizovať v prípade že čitateľ vyznáva iný pohľad na vec. Samotná metodológia spracovania je vhodne zvolená a dostatočne opísaná. Rozobratie problematiky v troch dimenziách, podľa významných tém, podľa samotných programov strán a súhrnný tabuľkový prehľad sú dobrý rez ako pre čitateľa, ktorý chce ísť do úplného detailu tak pre čitateľa, ktorý sa potrebuje s témou oboznámiť rýchlejšie.

Najväčším mankom pre porovnanie z obsahového hľadiska je de facto absencia uceleného volebného programu v oblasti zdravotníctva bývalej vládnucej strany Smer-SD, čo samozrejme nie je chyba autorov alebo publikácie.

Aj keď je výsledok finálneho bodového hodnotenia ex aequo víťazi Most-Híd a SaS s 35 bodmi z môjho pohľadu trochu prekvapivý, oproti tomu ako som vnímal aktivitu resp. viditeľnosť týchto strán smerom k zdravotníckej problematike za posledné obdobie, je to výsledok exaktného postupu hodnotenia, čo rešpektujem.



Sympatické je, že autori sa neobmedzujú len na technokratické zhodnotenie programov jednotlivých strán ale, že v záverečnej časti vyjadrujú aj svoj odborný pohľad na vec a veľmi konkrétne uvádzajú ako by postupovali v potrebných reformách zdravotníctva. S väčšinou týchto návrhov môžem vyjadriť súhlas.

Celkovo považujem túto publikáciu za nesmierne užitočný počín a vnímam ju ako unikátny prehľad dôležitých tém z verejného zdravotníctva pred nastávajúcimi parlamentnými voľbami, korektne a odborne spracovaný. Nemám vedomosť o tom, že by existovala iná obdobná analýza v takejto šírke a hĺbke.

Prial by som si, aby informácie a myšlienky obsiahnuté v tejto publikácii poslúžili novému vedeniu ministerstva zdravotníctva pri tak potrebnej reforme systému verejného zdravotníctva.

Boris Masloviec
člen predstavenstva
Union zdravotná poisťovňa a.s.



POSUDOK

MUDR. KATARÍNA KAFKOVÁ

ASOCIÁCIA NA OCHRANU PRÁV PACIENTOV

Ide o jedinečnú prácu, ktorá sa venuje širokému okruhu zásadných problémov slovenského zdravotníctva z pohľadu hodnotenia plnenia Programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky na roky 2012 až 2016, či jasného a koncepčného pomenovania konkrétnych neriešených aktuálnych zdravotníckych tém. Autori veľmi prehľadným spôsobom analyzujú aktuálne programy politických strán v oblasti zdravotníctva, ktorými sa uchádzajú o svoj politický mandát u občanov. Uvádzajú tiež konkrétne systémové opatrenia pre zlepšenie situácie v rezorte zdravotníctva v prospech ako zdravotníckych pracovníkov, tak aj pacientov na nadchádzajúce volebné obdobie.

Z hľadiska písaného textu a obsahovej náplne ide o publikáciu určenú odbornej verejnosti, ale aj vnímavej širokej verejnosti, ktorá sa rozhoduje zodpovedne a na základe všetkých dostupných relevantných informácií. V tomto smere je publikácia výnimočná, keďže sumárne hodnotí východiskový stav, dáva odporúčania na najcitlivejšie neriešené oblasti zdravotníctva, ktoré vníma najmä široká verejnosť. Téma stavu zdravotníctva vyvoláva v posledných mesiacoch početné diskusie expertov zdravotníctva a mimovládnych organizácií, a tak spracovaný text sa stáva nosnou líniou rozhovorov „odkiaľ – ako – kam“.

Publikácia „Zdravotníctvo po voľbách 2016“ je jedinečným sumárnym manuálom na nasledujúce štyri roky pre všetkých, ktorí zdravotníctvu rozumejú, rozhodujú o ňom, či sú príjmcami zdravotníckych služieb a majú záujem o uplatnenie svojich práv.





2 % Z DANE

NEDÁVAJTE ŠTÁTU, DAJTE ICH RADŠEJ NÁM!

Health Policy Institute je aj v tomto roku registrovaným prijímateľom 2 % dane z príjmov. Budeme Vám vd'ační, ak sa pri podaní daňového priznania rozhodnete podporiť náš inštitút.

Našou misiou je podporovať zodpovednosť všetkých účastníkov zdravotného systému. Sme presvedčení, že štát by sa mal viac venovať zodpovednej regulácii než výkonu zdravotného poistenia alebo poskytovaniu zdravotnej starostlivosti.

Organizujeme konferencie s medzinárodnou účasťou, publikujeme odborné analýzy, vydávame mesačník o zdravotnej politike, formulujeme riešenia pre slovenské zdravotníctvo. Meriame dĺžku čakania pacientov na plánované operácie, hodnotíme a oceňujeme najlepšie slovenské pôrodnice, skúmame zahraničné systémy ako cenný zdroj inšpirácie.

Tieto aktivity financujeme takmer výhradne z výnosov z konzultačnej činnosti.

Poukázaním 2 % svojej dane máte príležitosť podporiť zdravotnú politiku založenú na dôkazoch.

Údaje o prijímateľovi sú nasledovné:

Obchodné meno alebo názov:	Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute
Sídlo:	Prokopova 15, 851 01 Bratislava
Právna forma:	občianske združenie
Identifikačné číslo prijímateľa:	30857953
Číslo účtu:	2665520501/1100 (Tatra banka, a.s.)

ĎAKUJEME!

TÍM HEALTH POLICY INSTITUTE

VÝBER Z PUBLIKÁCIÍ HPI

HPI

10 ROKOV

MODERNIZÁCIA SLOVENSKÝCH NEMOCNÍC

Ďalšia v sérii publikácií Základné rámce zdravotnej politiky sa okrem makroprognózy zdrojov pre zdravotníctvo na roky 2014-2016 zameriava na nemocnice a potrebu ich modernizácie. Autori vyčíslujú investičnú medzeru, hľadajú zdroje na jej krytie, prinášajú príklady modernizácie nemocníc zo zahraničia. Osobitná kapitola je venovaná platobným mechanizmom, ako aj ľudským zdrojom v zdravotníctve.

Autori: P. Pažitný, T. Szalay, A. Szalayová, K. Morvay, R. Mužik, M. Pourová, D. Kandilaki, P. Balík, T. Sivák

vydal Health Policy Institute, marec 2014, 128 strán

ISBN 978-80-971193-8-6

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



ZDRAVOTNÍCTVO: TRH, REGULÁCIA, POLITIKA

Os publikácie prechádza témami ako fungovanie trhov v zdravotníctve, regulácia a uplatňované politiky na týchto trhoch, až po postavenie zdravotníctva v slovenskej ekonomike. Hoci neodráža celú šírku záberu ekonomie zdravotníctva, podľa presvedčenia autorov predostrie zaujímavé pohľady na niektoré významné témy. Kniha bude publikovaná v roku 2014.

Editor: K. Morvay

Kapitoly sú priebežne zverejňované online na www.hpi.sk



ANALÝZA NEFORMÁLNYCH PLATIEB

Analýza neformálnych platieb v zdravotníctve na Slovensku skúma výsledky online prieskumu venovaného tejto problematike. Cieľom štúdie bolo na základe výskumu identifikovať špecifické ukazovatele výskytu, prejavov a príčin neformálnych platieb v zdravotníctve, na základe ktorých bude možné navrhnúť opatrenia, ktoré prispievajú k transparentnejšiemu zdravotníctvu.

Autori: R. Mužik, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, november 2013, 96 strán

ISBN 978-80-971193-7-9

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



ANALÝZA ČAKACÍCH DÔB

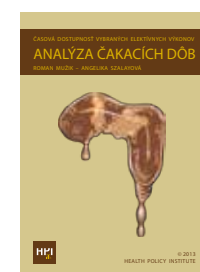
Analýza časovej dostupnosti vybraných výkonov na Slovensku vo vybraných kategóriách zdravotnej starostlivosti v roku 2013 a ich porovnanie so situáciou v minulosti.

Autori: R. Mužik, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, september 2013, 74 strán

ISBN 978-80-971193-6-2

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



POLICY ON ASSISTED REPRODUCTION IN SLOVAKIA

Politika v oblasti asistovanej reprodukcie na Slovensku. Cieľom tejto publikácie je poskytnúť prehľad politik v oblasti asistovanej reprodukcie na Slovensku. Zároveň môže slúžiť aj ako pomôcka pre páry, ktoré hľadajú možnosti ako priviesť na svet deti.

Autor: S. Karajčić

vydal Health Policy Institute, jún 2013, 36 strán, jazyk: anglický

ISBN 978-80-971193-5-5

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



O AUTOROCH

MUDR. TOMÁŠ SZALAY

Zakladajúci partner a senior analytik Health Policy Institute, externý doktorand na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. Bol členom reformného tímu R. Zajaca, v rokoch 2010 a 2011 bol poradcom ministra I. Uhliarika. Zaoberá sa zdravotnou politikou, dostupnosťou zdravotnej starostlivosti a zdravotníckou legislatívou.



MGR. JANA ANDELOVÁ

Junior analytička Health Policy Institute a analytička Klient PRO SK, s.r.o. Zaoberá sa analýzami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a analýzami procesov v zdravotných poisťovniach najmä v činnostiach týkajúcich sa nákupu zdravotnej starostlivosti a revízií činností. Vyštudovala Trnavskú univerzitu, Fakultu zdravotníctva a sociálnej práce.



MAG. MÁRIA POUROVÁ

Senior analytička Health Policy Institute. Zaoberá sa distribúciou finančného bremena financovania zdravotníctva v populácii, organizáciou zdravotného systému a poisťných systémov zdravotníctva, procesným manažmentom a manažovanou starostlivosťou. Od roku 2014 externe spolupracuje s WHO na príprave štúdie o finančnej ochrane obyvateľstva SR pred katastrofickými výdavkami na zdravotníctvo.



MUDR. ANGELIKA SZALAYOVÁ

Zakladajúca partnerka a hlavná analytička Health Policy Institute, externá doktorandka na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. Bola členkou reformného tímu R. Zajaca, pôsobila v kategorizačných komisiách na Slovensku i v Českej republike. Zaoberá sa liekovou politikou, manažovanou starostlivosťou a nákupnou politikou zdravotných poisťovní.



HEALTH POLICY INSTITUTE

WWW.HPI.SK – HPI@HPI.SK

ISBN 978-80-971727-4-9



9 788097 172749