

Panel expertov: Ciele pre slovenské zdravotníctvo a ako sa k nim dostať

7.10. 15:36



Slovenským ekonómom, ktorých sme pozvali do Panela expertov Denníka E, sme tento týždeň položili otázky:

Aký cieľ by sme si ako spoločnosť mali určiť pre slovenské zdravotníctvo, na aký horizont a aké kľúčové kroky pre to treba urobiť?

Odpovedajú Baláž, Bláhová, Hirman, Ježíková, Kišš, Kutlan, Letovanec, Melioris, Mikloš, Ódor, Ovčarik, Vašáková, Visolajský, Vlachynský, Zachar a Zajac.

Vladimír Baláž, predseda Vedeckej rady Prognostického ústavu SAV

Hlavným cieľom by malo byť znižovanie počtu odvrátiteľných úmrtí. Je to kontinuálny proces, nedá sa stanoviť špecifický rok.

Ku kľúčovým krokom by som zaradil:

1. Viac investícií do prevencie, vrátane osvetu v médiách.
2. Viac investícií do diagnostiky tých ochorení, ktoré majú najvyšší podiel na odvrátiteľných úmrtiach.

Renáta Bláhová, daňová poradkyňa BMB Partners a prezidentka The International Fiscal Association na Slovensku

Kľúčovým cieľom by malo byť zlepšenie kvality služieb.

Veľká časť personálu v zdravotníctve je však demotivovaná, mladí odchádzajú do zahraničia, skúsených a kvalifikovaných starších lekárov bude problém nahradiť. Treba začať s úpravou systému, odmeňovať lekárov aj zdravotné sestry podľa ich zásluh, to, či sú dobrí, má vyhodnocovať aj pacient.

Zdravie občanov je najvyšší verejný záujem. Peňazí je, navyše, v zdravotníctve dosť, ukrajuje si z nich, bohužiaľ, aj rôznymi neférovými praktikami v rozpore s verejným záujmom súkromný sektor. **Najviac deformácií je spôsobených dominanciou jednej finančnej skupiny**, ktorá sektor ovláda vertikálne aj horizontálne, má nad ním finančnú aj personálnu kontrolu a ignoruje verejný záujem.

V ochrane verejného záujmu v zdravotníctve štát po vstupe do EÚ jednoducho zlyhal. Najkrikľavejším prípadom je podľa môjho názoru v rozpore s legislatívou i zdravým rozumom odliaty 400 miliónov eur zo zdravotnej poisťovne Dôvera cez cyperskú schránku až do rúk súkromných akcionárov, pričom významnú časť z nich si vysoko pravdepodobne rozdelili priaznivci Juraja Širokého. Spôsob, ktorým to akcionári urobili, má účtovnú aj právnu stopu dodnes: ak by kontrolné orgány po spomínanej transakcii ocenili poistný kmeň korektne, museli by ešte aj dnes konštatovať, že je podkapitalizovaná a ide aj po právnej stránke o spoločnosť v kríze (viď tabuľku nižšie). Napriek tomu, že na to v posledných rokoch upozorňuje aj samotný audítor, zástupcovia štátnych inštitúcií nekonajú. Úver na transakciu dodnes nie je splatený.

Podľa mňa sú **klúčové kroky**, ktoré treba urobiť pre ozdravenie konštruktívnej súťaže v zdravotníctve, nasledovné:

- obmedziť krížové vlastníctvo a dominanciu jedného súkromného subjektu,
- v oblasti zdravotného poistenia ponechať súťaž, ale dôsledne a v súlade s európskymi judikátmi regulovať primeraný zisk a vykonávať efektívnu kontrolu,
- zmeniť kontrolný orgán pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami (ÚDZS). Presun na NBS sa javí ako rozumný krok.

Teší ma, že nevyhnutnosť obdobných krokov presadzujú aj niektoré opozičné strany.

*vysvetlivky k jednotlivým položkám nájdete tu.

** 37 mil. eur je približné nezávislé ocenenie poistného kmeňa na základe verejnosti známej strednej hodnoty (75 eur krát 495-tis.)

Karel Hirman, energetický analytik

Ukazovateľ odvrátiteľná úmrtnosť je dobrým ukazovateľom, pretože v jeho podstate je hlavná úloha zdravotníckej starostlivosti: záchrana ľudského života. Myslím si však, že všeobecne **súčasťou zdravotníckej politiky by mala byť aj prevencia, motivácia a usmernenie ľudí** smerom k zdravému životnému štýlu. To by sa malo premietnuť aj do politiky zdravotných poisťovní.

Všetci poistenci si musia uvedomiť, že primárne sú za svoj zdravotný stav zodpovední oni sami. Preto by mali byť buď odmeňovaní, alebo, naopak, „penalizovaní“ za svoj prístup k svojmu zdraviu.

V systéme by mala byť okrem solidarity aj zložka akéhosi **zvýhodnenia, ktorá bude odzrkadľovať výšku zaplateného poistného**. To by sa nemalo premietnuť do kvality samotnej liečby či prístupu k liekom a lekárskeho zákroku, ale, povedzme, do kvalitnejších „prevádzkových“ služieb, ako je rýchlosť a čakacie doby či úroveň hospitalizácie.

K večnej téme dostatku finančných prostriedkov v zdravotníctve si dovoľím uviesť osobný subjektívny postreh: firmy a podnikateľské skupiny, ktoré podnikajú v zdravotníctve, a to nemám zďaleka na mysli len toľko pertraktovanú Pentu, si zjavne vedú čoraz lepšie. Môžeme ich vidieť čoraz viac medzi mecenášmi športu či umenia, ich investície do nehnuteľností a svojich prevádzok sú v príkrom v rozpore

so stavom kľúčových nemocníc. Takisto **nepoznám biedneho lekára, na rozdiel, povedzme, od učiteľa** – zvlášť, ak hovoríme o tých s viacročnou praxou.

Z toho mi ako obyčajnému poistencovi a pacientovi vychádza, že asi nebude základný problém v celkovom objeme financií, ale v ich prerozdelení a efektívnom využívaní v rámci systému. Myslím si, že ak máme urobiť poriadok v zdravotníctve na základe akéhosi verejného konsenzu, mala by to byť primárne úloha pre dobrých manažérov a nie nevyhnutne iba pre lekárov.

Jana Ježíková, špecialistka na zdravotníctvo, riaditeľka odboru zdravotníctva Bratislavského kraja

Asi sa zhodneme, že naše **zdravotníctvo nemá dlhé roky žiadnu víziu**. Posledná bola tá Zajacova, na ktorej kritike sa zviezla súčasná vládna strana a ktorú, paradoxne, roky udržiava.

Ani projekt Hodnota za peniaze, ktorý mal ambíciu priniesť vyššiu hodnotu i úspory, sa nedarí úplne úspešne implementovať v praxi. Zmeny, ktoré sú v ňom uvedené a čiastočne sa ich podarilo naplniť, by sa, verím, robili aj bez HZP. Naopak, niektoré úsporné opatrenia postupne z projektu vypadli a jedna z hlavných častí, a to zmeny vo veľkých štátnych nemocniciach sa vôbec nepodarilo realizovať, podobne ako najväčšie opatrenia v liekovej politike.

Zdravotníctvo je vecne aj politicky náročný sektor, ktorý, ak má prinášať potrebné zmeny, **musí byť premiérskou témou**. Zmeny je potrebné mať aspoň čiastočne pripravené a realizovať ich v prvých rokoch vládnutia. Rezort musí mať silnú, dôveryhodnú a inšpiratívnu osobnosť v osobe ministra a odborne zdatný tím.

Na nastavenie správnych cieľov a na ich meranie je potrebné sledovanie viacerých indikátorov. Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti je len jedným z nich. Meria výkonnosť systému a zdravotníckej politiky štátu pri predchádzaní predčasným úmrtiam.

Na správne zacielenie opatrení je potrebné sledovať tak ekonomické, zdravotné ukazovatele, ukazovatele dostupnosti, efektívnosti, ako aj ukazovatele spokojnosti. Pre nedostatok priestoru a komplexnosť otázky vyberiem napríklad ukazovatele chorobnosti a úmrtnosti na onkologické diagnózy, ukazovatele výsledkov liečby drahými liekmi alebo dnes stále nejednoznačné ukazovatele spotreby liekov.

Slovensko má však veľké problémy s kvalitou dát, ktoré reportuje do medzinárodných inštitúcií, a naše porovnania môžu byť a aj sú nepresné. Musíme mať preto veľký rešpekt k dátam, na základe ktorých budeme robiť rozhodnutia.

Zásadnú zmenu si vyžaduje spôsob riadenia štátnych nemocníc. Nielen pre ich zadlžovanie, ktoré sa deje aj vinou nedostatočných platieb od zdravotných poisťovní. Ale najmä preto, že tam pacient a zdravotnícky pracovník najviac vníma nedostatky systému. Niekedy pritom stačí len zmena procesov, väčší záujem.

Prioritou musia byť aj investície do nemocníc. Stále sme dostatočne nepochopili úlohu všeobecných lekárov a pozeráme sa, ako nám nefunguje rezidentský program. Na rakovinu zomiera príliš veľa ľudí a my nemáme tak dostupné inovatívne lieky, ako majú v Česku, Maďarsku i Rumunsku. Zdravotné poisťovne, ktoré prostredníctvom platobných mechanizmov môžu pomáhať dosahovať zdravotné ciele systému, si žijú svoj vlastný neriadený život. Veľké rezervy vidím v ich revíznej činnosti.

Veľká úloha, ktorá nás čaká a ktorú sme dlžní spoločnosti, je **domáca a dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť**. Je načase sa pozrieť, prečo naše lekárske fakulty na tretine až polovici svojich kapacít vzdelávajú zahraničných študentov.

Politický cyklus neoklameme, a ak dôjde k výmene vlády, ktorá má iné videnie sveta, kontinuita neexistuje. Politici sa síce menia, politiku však vieme oklamať. Ak sa nastaví hodnoty a ciele tak, že sú uveriteľné, všeobecne akceptované, prinášajúce dobro a sú podporované zdravotníckymi autoritami a pacientmi, tak bude prirodzené v nich zostávať a rozvíjať ich.

Samozrejme, ryby si vlastný rybník nevypustia, a teda istý prirodzený odpor zostane vždy.

Štefan Kišš, riaditeľ Útvaru hodnoty za peniaze

Vláda si dala na podnet revízie výdavkov na zdravotníctvo za cieľ dobehnúť V3 v odvrátiteľnej úmrtnosti do roku 2025. Ak to máme spraviť a nevyrobiť ďalšie dlhy, **potrebujeme výrazne osekať neefektivitu.**

Výdavky na zdravotníctvo narástli za posledných 10 rokov o vyše 40 %, podobne ako celá ekonomika. **Výsledky však výrazne zaostávajú** za porovnateľnými

krajinami. Na Slovensku pripadá ročne na 100-tisíc obyvateľov až 168 úmrtí, ktorým bolo možné predísť včasnou a efektívnou zdravotnou starostlivosťou. V ostatných krajinách V4 je takýchto úmrtí ročne 145 na 100-tisíc obyvateľov. Podobne zaostáva aj očakávaná dĺžka života a iné výsledkové ukazovatele.

Zoznam, čo je potrebné robiť, je dlhý. Všetky opatrenia a podrobné argumenty sme zosumarizovali **v revízií výdavkov na zdravotníctvo**, ktorú zverejníme tento týždeň. **Neefektívna polmiliarda**, čo je desatina verejných výdavkov na zdravotníctvo, sa skrýva najmä tu:

- lieková politika za 200 mil. eur,
- zlé procesy a rozdelenie zodpovednosti personálu. Lepšia organizácia ambulantnej starostlivosti môže priniesť ďalších 200 mil. eur ročne.
- Nadmerné využívanie aj ceny laboratórnej a zobrazovacej diagnostiky
- a neefektívna Všeobecná zdravotná poisťovňa.

Z tej polmiliardy sa dá realisticky doručiť **150 mil. eur už v roku 2020**. Ušetrené peniaze môžeme lepšie investovať – na všeobecných lekárov, prevenciu, mentálne zdravie a investície do nemocníc.

Veľkou výzvou je starnutie populácie a s tým súvisiaca dlhodobá starostlivosť. Tu je kľúčová toľko spomínaná stratifikácia nemocníc.

Pre zlepšenie slovenského zdravotníctva sú nevyhnutné aj systémové reformy, ktoré nemajú priamy finančný vplyv. Za všetky spomeniem štandardné terapeutické postupy, DRG a eHealth.

P. S. Už nikdy nikto nehovorme o percente za poistencov štátu. Táto debata je absurdná. Hovorme o celkových výdavkoch na zdravotníctvo. Všetko sú to verejné peniaze.

Martin Kultán, šéf Dôvery

Svetová zdravotnícka organizácia definuje **tri základné ciele zdravotníckych systémov**:

1. Dostupnosť a kvalita zdravotných služieb, vedúce vo svojich dôsledkoch k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva;
2. Ochrana rozpočtov rodín a jednotlivcov (rovnako ako verejných financií) pred neodôvodnenými výdavkami na zdravotníctvo;

3. Spokojnosť klientov založená na možnosti voľby a rešpektovaní ich individuálnych potrieb.

Na uvedených cieľoch je všeobecná zhoda a sú správne. Omnoho viac nezhôd je na nástrojoch a spôsobe, ako dané ciele dosiahnuť. Ťažkopádne, nepružné, centrálné a hierarchicky riadené systémy (ku ktorým sa utiekame aj na Slovensku) nedokážu dostatočne dobre fungovať v ére chronických chorôb. V ére, kde je nevyhnutná koordinácia a integrácia poskytovanej starostlivosti, úzke prepojenie prevencie, liečby a motivácie občanov k zodpovednosti za vlastné zdravie.

Nevyhnutné je aj posilnenie postavenia pacienta, decentralizácia, deregulácia, otváranie priestoru pre organizačné inovácie, zvýšenie konkurencie a naplnenie roly nákupcu zdravotných služieb, ktorej sa musia ujať zdravotné poisťovne. Žiaľ, na Slovensku často robíme presný opak, a myslíme si, že centrálné riadenie štátu pomôže. Nepomôže.

Úplne základnou podmienkou naplnenia všetkých základných cieľov je **efektívnosť**. Nuž a základnými predpokladmi, a zároveň aj indikátormi sú:

- Praktická definícia a zabezpečenie vymožitelnosti nároku poistenca (ktorú na Slovensku nemáme, a tiež je potrebné zlegalizovať a presne vymedziť aj priame platby obyvateľstva).
- Dlhodobou udržateľné a stabilné financovanie (financovanie na Slovensku je všelijaké, len nie stabilné).
- Vymedzenie rolí a zabezpečenie zodpovednosti štátu, poskytovateľov zdravotných služieb a zdravotných poisťovní (štát je v konflikte záujmov a prisvojuje si veľa úloh, ktoré nevie efektívne plniť).
- Transparentné, predvídateľné a konkurenčné prostredie otvorené inováciám (ktoré na Slovensku úspešne potláčame).

Odvratiteľná úmrtnosť sa často prezentuje ako indikátor kvality zdravotného systému. V tomto prípade nejde ani tak o indikátor kvality zdravotného systému, ale skôr o indikátor kvality stavu celej spoločnosti a štátu. Platí, že čím viac odstránime chudobu (najmä tú extrémnu) a zvýšime bohatstvo, tým sa zlepšia aj výsledky týkajúce sa zdravia.

Miriama Letovanec, riaditeľka Implementačnej jednotky úradu vlády

Slovenskému zdravotníctvu jednoznačne **chýba stanovenie priorit na viac ako jedno volebné obdobie.**

V prvom rade je to dlhodobá stratégia, ktorú budú jednotliví hráči v sektore aj rešpektovať. Nech vieme opísať rozvojové oblasti, opatrenia na riešenie s nedostatkom zdravotníckeho personálu, ale aj odstraňovanie neefektivity, ktorej je v zdravotníctve požehnané.

Táto **stratégia však musí byť postavená na dátach a faktoch**, ktoré jasne identifikujú oblasti, na ktoré je potrebné zamerať sa do budúcnosti. Ministerstvo zdravotníctva už jednu [stratégiu](#) má, a to do konca roka 2030. Avšak vždy s príchodom nového ministra/ministerky sa priority menia a strategické ciele sa nedodržiavajú. Rovnako tak je potrebné zdefinovať nárok pacienta alebo základný balík zdravotnej starostlivosti, akokoľvek to nazveme, no s tým sa doteraz nevysporiadala žiadna vláda. Pre udržateľnosť slovenského zdravotníctva aj v súvislosti so starnutím populácie to bude v blízkej budúcnosti kľúčové.

V druhom rade by malo ministerstvo **lepšie plánovať výdavky v zdravotníctve** tak, aby sme každoročne nemuseli zažívať mediálne a emocionálne tlaky na dofinancovanie. Dofinancovanie rezortu nie je systémový krok a stáva sa jeho chronickou chorobou. S tým, samozrejme, súvisí aj predvídateľnosť v sektore, nakoľko legislatíva v zdravotníctve sa prijíma aj počas roka. Často aj prostredníctvom poslaneckých návrhov, ktorých dopad na rozpočet nie je možné kvantifikovať a obmedzuje odbornú medicínsku a ekonomickú debatu.

V súvislosti s lepším plánovaním verejných výdavkov je dôležité nastaviť mix výsledkových a výstupových indikátorov, ktoré budú naznačovať vývoj výsledkov. Lebo len výsledky hovoria o zmene a prispievajú k lepšej kvalite. Riešením je teda programové rozpočtovanie na verejné zdravotné poistenie, kde sme voči krajinám OECD pozadu.

V neposlednom rade by sa malo zdravotníctvo zamerať aj na **efektivitu vynakladaných verejných zdrojov**. Nie plátať diery, ktoré sa objavajú, ale pristúpiť k tomu systematicky. Štátne nemocnice je potrebné riadiť sieťovo, odbúrať zbytočné nižšie manažérske pozície, pravidelne benchmarkovať náklady na poskytované tovary a služby, či úplne obmedziť krátkodobé výpadky pri centrálnych nákupoch liekov. Toto považujem za zefektívnenie procesov.

No nehovorme len o nemocniciach. Nákup zdravotnej starostlivosti by mal prebiehať v súlade s reálnymi potrebami jednotlivých poskytovateľov na základe dát, nie

politickej dohody a tlakov. Ak štát začne túto neefektivitu odbúravať, tak postupom času sa môže priblížiť k súkromným poskytovateľom z pohľadu efektivity a hospodárnosti.

Libor Melioris, ekonóm

Cieľom je vždy dobehnúť. V našom prípade Rakúsko. Znamená to presvedčiť našich občanov, aby na rovnaké choroby nezomierali vo väčšej miere než Rakúšania. Naši pacienti so závažnými chorobami musia žiť rovnako dlho ako naši susedia. Podarí sa nám to len vtedy, ak budeme mať poriadne nemocnice a fungujúce ambulancie.

Poriadne nemocnice sú nové, vybavené modernými prístrojmi, nemajú prísne hierarchickú štruktúru. Pracujú v nich ľudia, ktorí pravidelne sťažujú v zahraničí. V takejto nemocnici vedia z akejkoľvek kôpky svalov a kostí opäť vytvoriť človeka. Musíme ich postaviť v Bratislave, Martine, Košiciach a Banskej Bystrici. Ostatné nemocnice vykonávajú menej zložité a život neohrožujúce zákroky, ktoré zvládne aj frontový medik. Táto časť je jednoduchá. Potrebujeme na ňu len peniaze. Dá sa to stihnúť za jedno volebné obdobie.

Do fungujúcej ambulancie sa dovoláte a zadarmo objednáte. Oni vás v rozumnom termíne poctivo vyšetria. Ak to dopadne zle, tak nie vy, ale oni sa o vás ďalej starajú. Posúvajú vás na ďalšie vyšetrenia, a keď je úplne najhoršie, tak do jednej z tých štyroch nemocníc. Toto už je zložitejší problém a vyžaduje kombináciu cukru a biča (na pacientov aj na doktorov).

Do čoho nevkladať nádeje:

Do súkromného sektora. Zdravotníctvo je neuveriteľne delikátna oblasť „hospodárskej výroby“. „Spotrebiteľ“ nevie, čo „kupuje“. Je ľahké ho oklamať a po smrti sa už „nákup“ nedá reklamovať.

Aby súkromná iniciatíva v zdravotníctve fungovala, musí priemerný občan ovládať štatistiku na bakalárskej úrovni a byť pod dohľadom skúseného regulátora. Nič z toho na Slovensku nemáme a dlho mať nebudeme. Skúsenosti z rozvinutého sveta navyše ukazujú, že socialistické zdravotníctvo je lacnejšie, výkonnejšie a spravodlivejšie než zdravotníctvo so silným vplyvom súkromného sektora. Z vyššie uvedeného vyplýva, že v najlepšom z možných svetov by na Slovensku bola jedna zdravotná poisťovňa.

Ivan Mikloš, ekonóm, bývalý minister financií

Nie som expert na zdravotníctvo, takže ponúknem skôr rámcové princípy a hodnotenia. Zdravotníctvo je popri školstve oblasťou, v ktorej sa najviditeľnejšie prejavuje nekompetentnosť, nezodpovednosť a hrabivosť vlád Smeru a jej partnerov. Na rozdiel od školstva síce vlády Smeru nalievajú do zdravotníctva veľa peňazí, tomu však vôbec nezodpovedajú výsledky, práve naopak. Podľa údajov Eurostatu sme v roku 2017 dávali do zdravotníctva 17,7 % všetkých verejných výdavkov, čo nás radilo na **piate miesto v EÚ 28** (po Írsku, Česku, Veľkej Británii a Holandsku). **Čo sa týka výsledku, ten je jeden z najhorších**, v niektorých ukazovateľoch dokonca najhorší z celej EÚ 28.

Za dôležitý údaj treba napríklad považovať nielen odvrátiteľnú úmrtnosť, ale napríklad aj strednú dĺžku zdravého života, alebo očakávaný počet rokov zdravého života vo veku 65 rokov. V oboch týchto ukazovateľoch patríme v EÚ 28 na úplný chvost. V strednej dĺžke zdravého života sme na predposlednom mieste po Lotyšsku a v počte očakávaných rokov zdravého života po veku 65 rokov dokonca na poslednom mieste v EÚ, a to ako pri mužoch, tak aj pri ženách.

Hlavným dôvodom dnešného zúfaleho stavu zdravotníctva je **absencia potrebných reforiem** za posledných viac ako 13 rokov a veľká úroveň plytvania a korupcie v tomto rezorte. Najlepším príkladom neschopnosti, nekompetentnosti a doslova perverzných preferencií vládnych strán (najmä Smeru a SNS) je najnovšie ich prístup k čiastkovej, ale potrebnej reforme tzv. stratifikácie nemocníc ministerky Kalavskej.

Reformy v zdravotníctve **sú objektívne politicky najťažšie**. Dopyt je takmer neobmedzený (daný túžbou ľudí žiť zdravo a dlho a tiež čoraz lepšími, ale aj drahšími technológiami a možnosťami zdravý a aktívny život predlžovať) a finančné možnosti sú a vždy budú obmedzené. Práve preto je o to dôležitejšie nastaviť systém fungovania a financovania tak, aby sa obmedzené zdroje využili čo najefektívnejšie a najspravodlivejšie. Slovenské zdravotníctvo, riadené od roku 2006 s krátkou prestávkou nominantmi strany Smer, je ukážkou toho, ako sa to robiť nemá a nesmie.

Ludovít Ódor, viceguvernér NBS

Najdôležitejšie je upustiť od indikátorov merajúcich vstupy do zdravotníctva a **prejsť na výsledkové ukazovatele.**

Indikátor odvrátiteľnej úmrtnosti je jedným z hlavných výsledkových ukazovateľov. Osobne som veľmi rád, že sa dostal aj do strategických materiálov ministerstva zdravotníctva. Fanúšikom tejto štatistiky som už dlho (napríklad [tu](#)), lebo štandardné ukazovatele, ako napríklad očakávaná dĺžka života, závisia od množstva faktorov: bohatstvo, životný štýl alebo napríklad kvalita životného prostredia. Odvrátiteľná úmrtnosť však má priamy ťah na bránu: koľko ľudí zomrie zbytočne na také diagnózy, kde existuje účinná liečba. Tu je zodpovednosť systému zdravotníctva oveľa jednoznačnejšia.

Neznamená to však, že teraz by sme mali začať používať len tento jediný ukazovateľ. Okrem toho, že by to lákalo na štatistické hry (Goodhartov zákon), ignorovali by sme aj mnohé iné dôležité aspekty zdravotníctva, ako je spokojnosť klientov, kvalita poskytovateľov alebo finančné ukazovatele nemocníc.

Budovanie databáz a ukazovateľov je dôležité aj z hľadiska politik. Vzhľadom na existujúce značné medzery pri prepájaní politik a výsledkových indikátorov, nám bohatšia údajová základňa pomôže lepšie a rýchlejšie pochopiť, ktoré opatrenia viedli k zlepšeniu alebo zhoršeniu odvrátiteľnej úmrtnosti.

Dobrou správou je, že **moderné technológie** a stále väčšia dostupnosť dát môžu budúce reformy zdravotníctva významne urýchliť. To však bude vyžadovať, aby sme zanechali kult betónu a asfaltu vo verejných politikách a zároveň vyňali slovo informatizácia z ríše komediálnych seriálov.

Maroš Ovčarik, špecialista na osobné financie a investovanie, Partners Investments

Zdravotníctvo je z pohľadu výdavkov zo štátneho rozpočtu po starobných dôchodkoch druhou najväčšou kapitolou. Preto si zaslúži pozornosť a strategické riešenia čo najskôr.

Mnoho rokov, ktoré sme vďaka neochote reformovať zdravotníctvo stratili, vyústilo do štatistík, ktoré sú pre Slovensko nelichotivé. Ukazovateľ úmrtnosti na odvrátiteľné choroby je len jeden z mnohých. Ani po ďalšie príklady nemusíme chodiť ďaleko. Každý piaty vyštudovaný lekár odchádza do zahraničia. Hromadne utekajú do zahraničia aj zdravotné sestry. K najhorším v rámci EÚ patríme aj z pohľadu priemernej dĺžky života. Čakacie doby sú extrémne dlhé – príkladom je trojmesačná čakacia doba na onkodiagnostiku môjho blízkeho človeka z rodiny.

Ako finančníka ma hnevá, keď v kontexte uvedených štatistík čítam už roky o predražených nákupoch, rekonštrukciách nemocníc a neefektívnych obchodoch. Pritom sú to veci, ktoré už pri minimálnej ochote a schopnostiach mohli kompetentní dávno zastaviť. Stačí sa pozrieť na tendre v súkromných korporáciách, kde procesy aj osobnú zodpovednosť nastavujú akcionári a funguje to.

Zdravotníctvo si zaslúži nové pravidlá. Pravidlá, kde sa bude platiť nie za kvantitu, ale za kvalitu. Kde je dôležitejšie, či je pacient po operácii zdravý, ako to, koľko dní preležal v nemocnici. Dodnes, po dlhých rokoch, nemáme definovaný ani základný nárok pacienta na zdravotnú starostlivosť. Na to je nadviazaný systém pripoistenia, ktorý by pomohol skrátiť čakacie lehoty.

Za každým ušetreným a efektívne vynaloženým eurom si stačí predstaviť konkrétneho pacienta, konkrétny príbeh. Skrátenie čakacej doby, zrekonštruovanú nemocničnú izbu, usmiatu sestričku, možnosť objednať sa na konkrétnu hodinu.

Lívia Vašáková, vedúca sekcie ekonomických analýz Zastúpenia Európskej komisie na Slovensku

Slovenské zdravotníctvo netrpí takou finančnou podvýživou ako napríklad školstvo. Cieľom pre slovenské zdravotníctvo by mohlo byť dosahovať aspoň také výsledky ako iné krajiny s porovnateľným HDP na hlavu. To znamená zvýšiť efektívnosť využitia zdrojov a stabilizovať stav zdravotného personálu. Jednou z výziev je totiž rastúci nedostatok zdravotníckych pracovníkov.

Počet zdravotných sestier na obyvateľa je nižší než priemer EÚ (5,7 oproti 8,4 na 1000 obyvateľov, 2016) a v posledných rokoch došlo k jeho prudkému poklesu preto, že čoraz viac zdravotných sestier opúšťa krajinu a hľadá si prácu v zahraničí. Hoci počet lekárov na Slovensku kopíruje priemer EÚ, problematický je nábor lekárov do určitých regiónov. Nedostatok všeobecných lekárov a nadmerný počet zbytočných hospitalizácií naznačujú, že treba posilniť primárnu starostlivosť.

Slovensko má jeden z najnižších podielov všeobecných lekárov v EÚ. Len 9 % medikov sa rozhoduje špecializovať sa na všeobecné lekárstvo. Nedostatok všeobecných lekárov môže viesť k nadpriemerne vysokým sadzbám za zbytočné hospitalizácie, čo má negatívny vplyv na efektivitu a kvalitu starostlivosti.

Peter Visolajský, šéf Lekárskeho odborového združenia

Obávam sa, že zdravotníctvo je dnes v stave, že v najbližších 2-3 rokoch musí byť cieľ pomerne prostý – zabrániť jeho kolapsu. S plnou vážnosťou hovorím, že sme v situácii ako lekár pri umierajúcom pacientovi. Ak nespravíme rozhodujúce kroky v krátkom čase, pacient nám umrie. Nemá veľký zmysel v takej situácii premýšľať, či bude mať pacient o 5 rokov uspokojivý tlak krvi, ideálnu hmotnosť alebo či nebude trpieť aterosklerózou či cukrovkou.

V takej chvíli si lekár musí určiť priority, aby pacientov život zachránil. Po stabilizácii jeho životných funkcií si môže dať ďalšie plány a priority, v akom stave má byť pacient o rok či dva.

Tie **problémy, ktoré musíme v týchto dňoch urgentne vyriešiť**, „aby nám pacient nezomrel“ sú:

1. Zabezpečiť počet zdravotných sestier
2. Zreformovať zdravotné poistenie (ak chceme opravovať dom, najprv treba zabezpečiť jeho základy, choroba sa má liečiť kauzálne a choroba nášho zdravotníctva vyplýva práve z nefunkčnosti zdravotných poisťovní).
3. Stabilizovať skúsených lekárov na Slovensku (bez nich je zdravotníctvo zúfalo neefektívne a bez nich tu neudržíme ani začínajúcich lekárov, ktorí si hľadajú prácu hlavne podľa učiteľov)
4. Sfunkčniť obvodné ambulancie a zabezpečiť ich novými lekármi
5. Plne zabezpečiť centrá, od ktorých sa odvíja zdravotníctvo aj na periférii – Nemocnica Rázsochy v Bratislave, nemocnice v Banskej Bystrici a Košiciach.

Čo sa týka odvrátiteľnej úmrtnosti, pokladám to za dobrý parameter. Je pomerne objektívne hodnotiteľný a aj pre laickú verejnosť pochopiteľný, čo je dôležitý predpoklad na verejný tlak na zlepšovanie.

Jeho (malá) nevýhoda je pomerne dlhší čas medzi zmenami v zdravotníctve k zmenám jeho hodnôt, ďalej, že časť faktorov, ktoré ho ovplyvňujú, je aj mimo zdravotníctva (životospráva a sociálna úroveň obyvateľstva). Správne hodnotenie tohto parametra však predpokladá, že príčina úmrtia sa u pacienta stanoví správne, čo je na Slovensku tiež problém, keďže sme v stave, kde obhliadky mŕtvych robí často aj očný lekár.

Ak však chceme z tohto parametra robiť nejaké závery, musíme sa **pozrieť na štruktúru**. Tá napríklad poukazuje na zlyhávajúce viac primárnej – ambulantnej zdravotnej starostlivosti ako tej nemocničnej, čo odporuje všeobecne rozšírenej predstave. Na zlyhávajúce ambulantnej starostlivosti nás opakovane upozorňuje aj OECD (môžem doložiť).

Slovensko má vysokú hodnotu odvrátiteľných úmrtí, vynikáme vo výskyte rakovín (karcinóm hrubého čreva, prsníka a krčku maternice – v ich výskyte zaberáme popredné priečky v Európe), srdcovocievnych ochorení a infekčných ochorení (hlavne zápal pľúc – v roku 2016 u nás spôsobilo najviac úmrtí v EÚ po Portugalsku)

Viac k štruktúre odvrátiteľných úmrtí píšem [tu](#) a grafy aj prehľady sú [tu](#) a [tu](#).

Martin Vlachynský, INESS

[Schopný plánovač je mýtus](#). Ak systém nie je nastavený na produkovanie čo najvyššej hodnoty s čo najmenej zdrojmi, môžete si naplánovať, čo chcete. Hlavne, ak vaše ciele nový minister o 4 roky (v realite ministerstva zdravotníctva väčšinou už o 2) zahodí a spraví si vlastné. Ale nech, niekde treba začať. Nejaké ciele sú lepšie ako žiadne.

Ukazovateľ odvrátiteľná úmrtnosť nie je aktuálny slovenský vynález, no je pekné, že po toľkých rokoch sa zjavil aspoň jeden indikátor, podľa ktorého chce ministerstvo zdravotníctva merať efektívnosť tých zhruba 5 miliárd, ktoré sa každoročne vynaložia na zdravotníctvo. Na reálne manažérske účely je však tento ukazovateľ ťažko použiteľný, je príliš všeobsažný. Chýbajúce indikátory, respektíve ich biedna kvalita (viď slávne vykazovanie nozokomiálnych nákaz, o ktorom všetci hovoria, že sú to vymyslené čísla, ale nič sa s tým nedeje) sú jednou z veľkých, ale relatívne lacno zaplátateľných dier v slovenskom zdravotníctve.

Bavme sa o konkrétnych veciach, ako je miera 5-ročného prežívania s tou alebo onou rakovinou, miera prežitia s akútnym infarktomyokardu, miera invalidity po prekonaní mozgovej cievnej príhody, miera diabetických nôh atď atď. Môžeme použiť štatistiky OECD a zopár ďalších, nakoniec, my sme to pred pár mesiacmi urobili v indexe [Zdravie za peniaze](#), Výsledky Slovensko v rámci bohatých štátov (26 európskych členov OECD) neboli lichotivé.

V tabuľke sú výsledky za jednotlivé indikátory.

Zdroj: INESS

Bavíme sa o cieľoch, aké však sú dnes u jednotlivých účastníkov systému motivácie na ich dosahovanie? Aké budú sankcie za ich nedosiahnutie a na koho dopadnú?

V systéme neexistuje súťaž o spokojnosť pacienta. Bez nej bude zadefinovanie cieľov trpieť efektom päťročnice – konkrétne parciálne ciele sa budú naháňať (niekde na papieri, niekde snád' reálne), ale v nemeraných oblastiach motivácia zase nebude. Ak mám reumu, je mi úplne jedno, aké úspešné je slovenské zdravotníctvo v liečbe diabetickej nohy.

Jedným z významných strážcov kvality a efektívnosti by mali byť nákupcovia zdravotnej starostlivosti – teda zdravotné poisťovne. Taká bola logika Zajacovej reformy. Po roku 2006 bol ďalší postup tejto reformy zarezaný. Ficove vlády viedli reči, ale v realite ponechali nažive všetky Zajacove zákony, a tým aj základné nastavenie tohto systému. Slovenské zdravotníctvo sa tak už viac ako dekádu motá v priestore, kde základné piliere systému boli zmražené (súťaž poskytovateľov, kompetencie poisťovní, úloha Úradu pre dohľad nad zdravotníckou starostlivosťou, definícia nároku), ale s ničím novým sa neprišlo.

Nebolo by to krásne, keby každý september o nás súťažili poisťovne prehľadom štatistík efektívnosti nimi zazmluvnených poskytovateľov? Konečne pacient, o ktorého dobro údajne všetkým politikom ide, by mal v rukách nejaké reálne rozhodovanie.

Cieľ? Nevymýšľať koleso odznova, len sa zamyslieť, prečo sa to súčasné netočí.

Dušan Zachar, INEKO

Ústredný cieľový motív v oblasti zdravia populácie majú hádam všetky demokratické spoločnosti na svete rovnaký. Je ním čo možno najdlhší kvalitný život ľudí bez zdravotných komplikácií.

Tiež vieme, že zdravotný stav ľudí závisí od mnohých faktorov, ako sú napríklad životný štýl a stravovanie, životné a pracovné prostredie, genetické a biologické predpoklady, vzdelanie, sociálna a ekonomická situácia, ako aj úroveň zdravotnej starostlivosti.

Posledne menovaný determinant ovplyvňuje zdravie ľudí len približne v rozmedzí 10-20%. Ak chceme riešiť zlepšovanie zdravia obyvateľstva, nemôžeme sa sústreďovať len na skvalitňovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti a funkčnosti zdravotného systému, ale musíme cieľiť aj na iné oblasti – najmä na oblasť vzdelávania. Na Slovensku máme **veľké deficity v osвете a prevencii**.

Rôzne krajiny definujú svoje ciele rozdielne. Takto napríklad na [Novom Zélande](#), takto v [Nemecku](#) či [Rakúsku](#). Niekde sú úvodné ciele všeobecnejšie formulované (napr. zabezpečenie rovnakého prístupu ľudí k zdravotníckym službám bez ohľadu na ich pôvod, sociálnu situáciu či pohlavie), a až následne sa rozmieňajú na „drobné“, inde sú už na začiatku formulované celkom presne (napr. 90 % pacientov musí dostať onkologickú liečbu do 62 dní od vzniku podozrenia na rakovinu).

Pri stanovovaní cieľov treba mať na zreteli, že majú byť formulované jasne, majú sledovať dosiahnutie konkrétneho výsledku – úžitku pre spoločnosť – a majú byť merateľné. Len v takom prípade je totiž možná verejná kontrola a posudzovanie efektívnosti použitia zdrojov na dosahovanie stanovených cieľov, alebo ak chcete, hodnoty za peniaze.

Pri každom cieľi by mala byť informácia, **ako ho chceme dosiahnuť a ako následne merať**, do akej miery sa nám ho podarilo, resp. nepodarilo splniť. Následne by mali byť ciele podľa potreby redefinované.

Je dobré, ak si štát stanoví viac cieľov, lebo tým okrem iného aj „diverzifikuje“ riziko zlých dát vyplývajúcich z nedostatočnej, resp. chybnnej metodiky ich zberu či vykazovania. Predstavte si, že by sa väčšina opatrení zdravotnej politiky a zdrojov orientovala iba podľa dát, ktoré sa odchyľujú od reality (pozri napr. [tu](#)). Vznikalo by potom riziko, že na základe chybných dát sa budú prijímať aj [chybné rozhodnutia](#). Napríklad taká odvrátiteľná úmrtnosť – výborný indikátor, ak sú dáta validné a rovnaká metodika naprieč krajinami.

Myslím si, že na Slovensku napriek mnohým revíziám a úpravám údajov stále existuje **priestor na dosiahnutie vyššej spoľahlivosti údajov** z hlásení lekárov o príčinách úmrtí ľudí, ktoré sú podkladom pre štatistiku, ako aj medzinárodné porovnávanie tzv. odvrátiteľnej úmrtnosti. Ak totiž obhliadajúci lekár nebude skúmať skutočnú príčinu smrti, ale pre zjednodušenie práce napíše ako príčinu len zlyhanie srdca, môže to mať za následok nadhodnotenú čísla o odvrátiteľnej úmrtnosti, do ktorej sa o.i. zaraďujú aj kardiovaskulárne ochorenia.

Ak by mal štát výlučne len tento jeden cieľ – znížiť mieru odvrátiteľnej úmrtnosti (ktorý však považujem za legitímny cieľ), mohol by byť motivovaný dosiahnuť ho (ak by sa nedarilo inak) len upravením metodiky, na čo by si verejnosť mala dávať pozor.

Aj preto **je dobré mať viac cieľov**, viac merateľných ukazovateľov a v prípade zmien metodiky ich transparentne uvádzať a naznačovať, aké čísla by vyšli, keby metodika nebola zmenená. Jednoducho pri medziročnom vývoji porovnávať porovnateľné.

Keď sa pýtate, či je užitočné, aby pri cieľoch pre slovenské zdravotníctvo panoval široký verejný konsenzus a do akej miery možno čakať, že základná zhoda by panovala aj v spôsoboch, ako ciele plniť, tak moja odpoveď je, že pri základných cieľoch by bolo vhodné mať určitý konsenzus, keďže ich plnenie býva väčšinou dlhodobé. Cesty, ako sa k splneniu cieľov dopracovať, by však mali byť súťažou myšlienok medzi politickými aktérmi.

Čo treba v slovenskom zdravotníckom systéme zmeniť, aby fungovalo lepšie? **Motivácie. Na Slovensku sú zle nastavené.**

Nedostatočne sa vysporadúvame so zlyhaniami a nedostatočne podnecujeme a odmeňujeme excelentnosť. Musí sa začať presadzovať odpolitizovanie zdravotníctva v zmysle, aby sa nezneužívala politická moc na presadzovanie partikulárnych záujmov. Musí sa začať s obmedzovaním tzv. mäkkých rozpočtových obmedzení (soft budget constraints) a menením motivácií aktérov v systéme tým smerom, aby sa oplatilo poskytovať pacientom kvalitnú zdravotnú starostlivosť a súčasne rozumne hospodáriť, lebo bude za to adekvátna odmena.

A naopak, ak sa to nedeje, tak to musí byť pre poskytovateľov, zdravotníckych pracovníkov, zriaďovateľov a politikov nevýhodné – finančne, reputačne aj politicky.

Rudolf Zajac, bývalý minister zdravotníctva

Ciele pre poskytovanie zdravotnej sú jasne vyjadrené v paragrafe 2. odst 1. Zákona 576/ 2004 o poskytovateľoch a to tak, že cieľom je snaha o predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií.

Povinnosťou všetkých by mala byť snaha sústavne tento cieľ naplňať v súlade s najnovšími vedecky overenými poznatkami a s využitím najmodernejších technológií.

Hodnotenie kvality systému je veľmi komplikované. Existujú dva prístupy, ktoré sa musia kombinovať V prvom rade je to súhrn overiteľných dát a faktov, napríklad stredná dĺžka života živo narodených detí, úmrtnosť, včasná diagnostika závažných ochorení, alebo dĺžka čakania na liečbu a tisíce iných faktorov.

Ich hodnotene musí byť vždy relatívne v porovnaní napríklad s okolitými krajinami alebo so svetom a podobne. Sem patrí aj údaj o odvrátiteľných úmrtiach, to sú tie stavy, keď ľudia zjednodušené povedané zbytočne umierajú pre nejaké nedostatky v činnosti systému.

Do tejto kategórie údajov patria aj ekonomické ukazovatele. Ide o množstvo parametrov, ktorých vyhodnotenie má ukazovať na efektivitu systému (podiel output/input) alebo inak povedané pomer cena:výkon.

Úplne inou kategóriou sú **hodnotenia systému občanmi**. Ide prevažne o subjektívne hodnotenia jednotlivých ľudí na základe svojej osobnej skúsenosti. Výsledky hodnotenia ekonomicko-zdravotníckych údajov a spokojnosti občanov síce môžu byť odlišné, ale v zásade platí, že vo fungujúcom systéme sú ľudia spokojnejší.

Na Slovensku **nie je problém v tom, že by sme nemali dobre definované ciele**. Problémom je, že často sa veľmi líšia názory, ako tieto ciele dosiahnuť.

Nie je definovaný nárok poistenca na úhradu starostlivosti z verejného zdravotného poistenia. Takisto neexistuje spoločenský konsenzus na úlohách a postavení štátu v systéme či definovanie jeho hlavných funkcie pri organizovaní a samotnom poskytovaní starostlivosti.

Nemalým problémom je aj nedostatok relevantných ukazovateľov, napríklad chýbajú registre rôznych závažných chorôb, ťažko sa vyhodnocuje incidencia a prevalencia ochorení atď. Príkladom môžu byť nozokomiálne infekcie (infekcie, ktoré pacienti

získali priamo v nemocniciach v dôsledku samotného poskytovania služieb), pretože vykazujeme nereálne smiešne nízke čísla, ako keby na Slovensku tieto infekcie ani neboli.