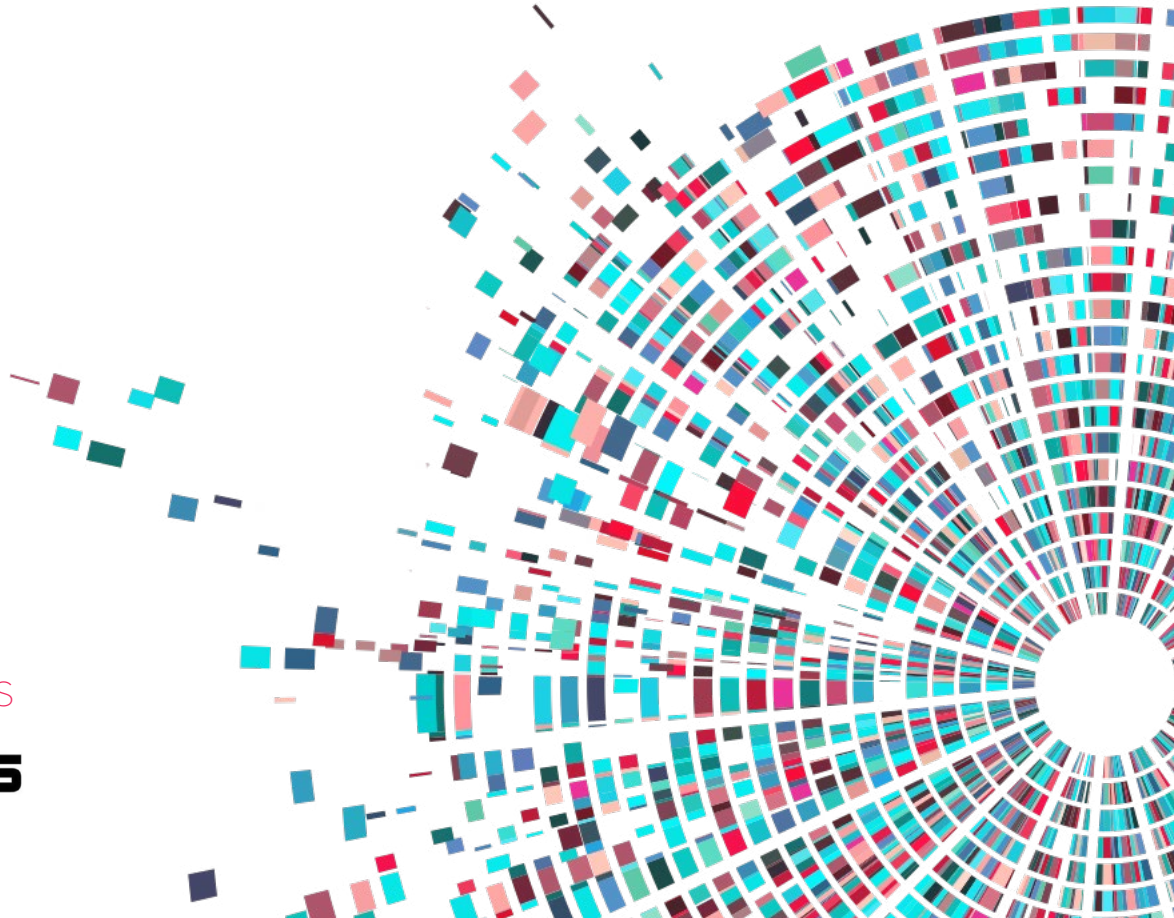
AmCham Slovakia

Zdravá budúcnosť

Udržateľné financovanie slovenského zdravotníctva 2030



V SPOLUPRÁCI S

INESS

PARTNERI:

AMGEN

MSD INVENTING FOR LIFE

sedma člen MedTech Europe

Biogen

NOVARTIS

SEESAME COMMUNICATION EXPERTS

Johnson&Johnson

Pfizer

SK+MED SLOVENSKÁ ASOCIÁCIA DODÁVATEĽOV ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK

Medtronic

Roche

DIGITÁLNI PARTNERI:

AT&T

HURRICANE SOUND & LIGHT

1. Aktuálne otázky financovania slovenského zdravotníctva

V roku 2019 bol v diskusii o veľkosti zdrojov v slovenskom zdravotníctve zvýraznený paradox: Na jednej strane bol rozpočet 2019 hlasne prezentovaný ako ‚rekordný", na druhej strane nastalo množstvo kolíznych situácií, ktoré podčiarkovali volanie z vnútra sektora o dofinancovaní. Rozpočet na rok 2020 opäť posunul hranicu výdavkov, no otázky o naplnení akútnych potrieb ostali.

Od roku 2022 by sa po splnení viacerých podmienok mohlo zaviesť pokročilejšie rozpočtovanie založené na výsledkoch v podobe programového rozpočtovania. Momentálne však chýbajú ciele a procesy, ktoré by tieto plány určovali, chýbajú dáta, na základe ktorých by sa dali ciele stanovovať, nie sú jasné nástroje ani kompetencie jednotlivých účastníkov pri cieľoch.

1.1 PREVÁDZKOVÝ A KAPITÁLOVÝ DLH

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, najmä nemocnice, generujú prevádzkovú stratu, z ktorej sa stáva priebežne akumulovaný dlh.

Napriek prebiehajúcemu oddlžovaniu a naň naviazaným ozdravným plánom pokračuje prevádzkové zadlžovanie nemocníc. Tento fakt môže naznačovať, že dostupné zdroje nestačia v súčasnom nastavení fungovania systému ani na zafinancovanie bežnej prevádzky, a už vôbec nie na investičné aktivity. Podľa Európskej investičnej banky dosahuje investičná medzera v slovenskom zdravotníctve až 6 miliárd eur[2].

Priemerná tvorba kapitálu v celom sektore zdravotníctva podľa Eurostatu za roky 2009-2017 (dostupné dáta) dosiahla priemernú ročnú hodnotu 264 miliónov eur, z toho 107 miliónov na budovy a 137 miliónov na vybavenie. Lepší obraz o množstve nového kapitálu sa dá utvoriť porovnaním s inými krajinami.

GRAF: Ročné formovanie kapitálu v zdravotníctve na obyvateľa



Zdroj: Eurostat/autori

Menej kapitálu sa v sektore tvorí len v Maďarsku. V Česku je to o 52 % viac, v západných štátoch sú to násobky slovenskej reality. Tento rozdiel však nemá tendenciu sa zmenšovať. Per capita je priemer Slovenska za roky 2014-2017 42 eur, kým všetky ostatné krajiny s výnimkou Českej republiky (69 eur) priemer v rokoch 2014-2017 oproti priemeru v rokoch 2009-2017 zvýšili.

O koľko by sa museli zvýšiť priemerné kapitálové výdavky v zdravotníctve na Slovensku, aby dosiahli úroveň vybratých krajín?

Ročná medzera v tvorbe kapitálu na Slovensku proti jednotlivým krajinám prevážená počtom obyvateľov:	
Dánsko	1 306 285 204 €
Rakúsko	1 188 866 538 €
Holandsko	904 007 841 €
Česká republika	133 517 425 €

Zdroj: Eurostat/autori

Pripomíname, že ide o dobehnutie v tvorbe kapitálu, nie celkového množstva kapitálu. Tá sa v tomto momente pohybuje v rádoch miliárd eur.

1 Existencia stratégie, úspešný zber dát, ale hlavne politická vôľa.
2 Prezentácia IZP a https://www.datalan.sk/18529

1.2 PLATBY PACIENTOV

Podľa štatistík OECD tvorili hotovostné platby pacientov na Slovensku v roku 2017 zhruba 18,7 % všetkých zdrojov, čo je pod priemerom OECD (20,6 %), ale napríklad viac ako v ČR (14,8 %).

V dátach OECD sú značné výkyvy, pre potvrdenie tohto čísla preto môžeme načrieť aj do domácich štatistík. Zdravotnícka ročenka Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) uvádza za rok 2018 pri výnosoch ‚organizácií v zdravotníctve" v hodnote 5,6 miliardy sumu tržieb od obyvateľstva vo výške 917 miliónov, čo dáva podiel platieb pacientov vo výške necelých 17 %. Z toho 44 % tvoria tržby za lieky. Treba však poznamenať, že proti kvalite dát NCZI najmä v oblasti štatistiky spotreby a cien liekov panujú dlhodobé výhrady. Zahrňuje to aj výdavky na lieky bez predpisu.

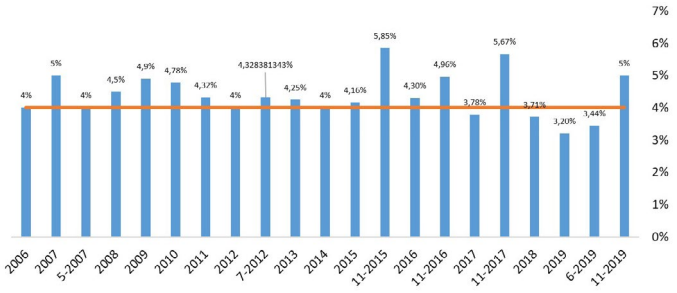
ÚDZS vo svojom dokumente Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2017 uvádza celkové zdroje v zdravotníctve na rok 2017 vo výške 5,7 miliárd eur, z čoho súkromné zdroje tvoria 1,02 miliardy, teda opäť necelých 18 %. Pre rok 2018 to bolo 1,03 miliardy z 5,93 miliárd eur, teda 17.4 %. Z toho 43 % tvorili tržby za lieky. Ak by sme celú túto sumu premietli do výdavkov obyvateľstva, bolo by to 15,8 eura mesačne na obyvateľa. V spotrebnom koši[3], ktorý využíva štatistický úrad, má zdravotníctvo váhu 2,84 %. To je zhruba toľko, koľko priemerný obyvateľ míňa na alkoholické nápoje (2,7 %), tabak (2,56 %), zber smetí (3,18 %), či poštové služby (2,85 %).

1.3 POISTENCI ŠTÁTU

Sú nimi deti, študenti, nezamestnaní, rodičia starajúci sa o deti, ale najmä dôchodcovia. Jedným z opatrení reforiem v zdravotníctve z roku 2004 bolo zavedenie pevného vzorca na výpočet výšky odvodov štátu. Ten bol pomerne jednoduchý – ako vymeriavací základ sa použila priemerná mzda spred dvoch rokov, na ktorú sa uplatnila sadzba 4 %, a to celé sa vynásobilo počtom poistencov štátu. Ako bolo zdôvodnené v koncepcii poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR z decembra 2003: ‚Cieľom reformy zdravotníctva je stabilizácia podmienok zdravotného poistenia."

Toto odhodlanie však nepreželo do ďalšej vlády. Hoci až do konca roka 2019 bolo v zákone ako sadzba uvedené číslo 4 %, cez prechodné ustanovenia sa sadzba menila, a to nielen na začiatku, ale aj v priebehu roka. V decembri 2018 bol pripravený návrh novely zákona, ktorý navrhoval sadzbu odvodu zo zákona vypustiť úplne a platby za poistencov štátu určovať bez akejkoľvek formálnej kotvy. Nakoniec v roku 2018 prešiel, ale s prechodným ustanovením, ktoré pre rok 2019 stanovilo historicky najnižšiu sadzbu 3,2 % (30,53 € mesačne na 1 poistenca štátu). Zrušenie sadzby sa nakoniec udialo pre rok 2020.

GRAF: Sadzba odvodu za poistencov štátu



Zdroj: Zákon 580/2004 Z. z.

HLAVNÉ VÝZVY

- Plánovanie verejných zdrojov v zdravotníctve v krátkom aj strednom horizonte.
- Dostatok zdrojov aj na investície a obnovu kapitálu.
- Riešenie naakumulovaného kapitálového dlhu.

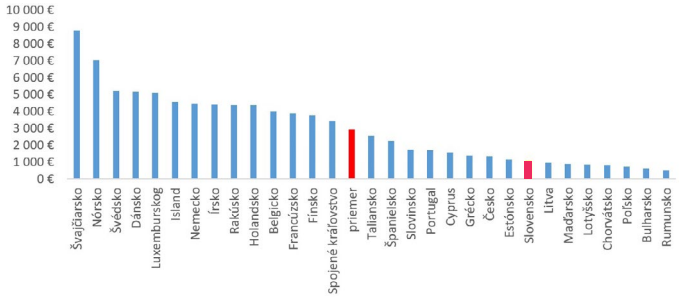
3 Spotrebný kôš v tomto kontexte je metodologická pomôcka, ktorá reprezentuje priemerný ‚nákup" obyvateľa Slovenska v zmysle všetkých produktov a služieb, ktoré obyvateľ spotrebováva (vrátane napr. nájmu, energií, automobilov a pod.)

2. Slovenské výdavky na zdravotníctvo v medzinárodnom kontexte

K lepšiemu obrazu veľkosti výdavkov na slovenské zdravotníctvo si musíme spraviť porovnanie so zahraničím. Nominálna hodnota nám pomôže pochopiť, nakoľko dostupné môžu byť pre krajinu špičkové globálne technológie, či lieky, ale aj vysoko mobilní zdravotnícki pracovníci. Relatívne porovnania zase ukazujú na význam zdravotníckeho sektora v hospodárstve a verejných financiách. Avšak až po spárovaní týchto čísel s výsledkami dostaneme kompletnejší obraz, teda nielen to, koľko má systém zdrojov, ale aj koľko hodnoty z tých dostupných zdrojov vyprodukuje.

Celkové nominálne zdravotné výdavky na obyvateľa na Slovensku v tom roku mierne presiahli 1000 eur ročne. Vyspelé európske štáty, ktoré sú vnímané ako ideál v kvalite zdravotnej starostlivosti, dosahovali výdavky 4000 – 5000 eur, Švajčiarsko sa blížilo sume 9000 eur na obyvateľa. Naopak, výrazne nižšie výdavky mali nielen Bulharsko a Rumunsko, ale aj Poľsko. Priemer EÚ28 (+Nórsko, Švajčiarsko, Island) bol 2939 eur, Česká republika mala výdavky o 250 eur vyššie, ako Slovensko.

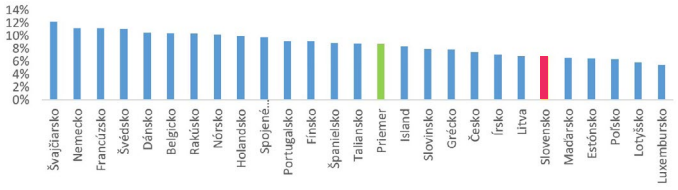
GRAF: Celkové nominálne zdravotnícke výdavky na obyvateľa 2017



Zdroj: Eurostat

Podiel zdravotných výdavkov na HDP krajiny ukazuje, akú veľkú časť ekonomiky tvorí zdravotníctvo. Priemerné výdavky štátov OECD boli v roku 2018 na úrovni 8,8 % HDP. Ak vezmeme len priemer EÚ 15, Nórska, Švajčiarska a Islandu, ten dosahuje 9,6 % HDP.

GRAF: Podiel celkových zdravotných výdavkov na HDP 2018



Zdroj: OECD

Ak by mal tvoriť podiel zdravotníctva na slovenskom HDP toľko, ako tieto priemery, muselo by sa doň presmerovať nasledovné dodatočné množstvo zdrojov:

Teoretická potreba dodatočných zdrojov v Slovenskom zdravotníctve (podiel na HDP)	
Priemer OECD	Priemer EÚ15+
1,894 miliardy eur	2,616 miliardy eur

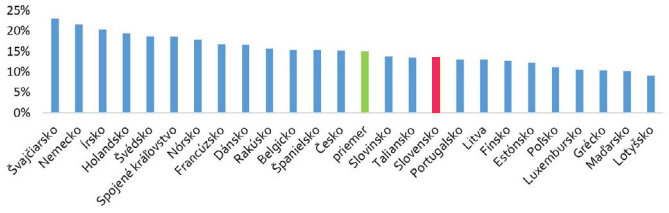
Zdroj: Výpočet autorov

Ak by Slovensko chcelo zmeniť podiel zdravotníctva smerom k priemeru (relatívnemu, nie nominálnemu!) vyspelých európskych štátov, muselo by do zdravotníctva každoročne presmerovať o vyše dve a pol miliardy eur viac. To by znamenalo zvýšenie zdravotných odvodov o 70 % alebo presun všetkých výdavkov ministerstva školstva a ministerstva dopravy na zdravotníctvo.

Pohľad cez podiel na HDP môže byť zavádzajúci najmä pri krajinách, kde je HDP tvorené vysoko mobilným (a ťažko zdaniteľným) kapitálom. Preto je na všetky tieto porovnania potrebné nazerať v jednotlivých kontextoch. Jedným z nich je porovnanie podielu zdravotníckych výdavkov na celkových výdavkoch verejných financií.

3. Finančná budúcnosť zdravotníctva

GRAF: Podiel verejných zdravotných výdavkov na celkových verejných výdavkoch 2017



Zdroj: OECD

Slovenské výdavky dosahujú vyššie spomenutých zhruba 13 % celkových verejných výdavkov. Priemer európskych štátov OECD[4] dosahuje 15 % celkových verejných výdavkov. Ak by Slovensko chcelo dosiahnuť túto hodnotu v rozpočte roka 2019, muselo by zvýšiť verejné zdroje v zdravotníctve v tomto roku o dodatočných 484 miliónov eur.

Teoretická potreba dodatočných zdrojov v Slovenskom zdravotníctve (podiel na verejných výdavkoch)	
Priemer OECD	Priemer EÚ15+
484 miliónov eur	908 miliónov eur

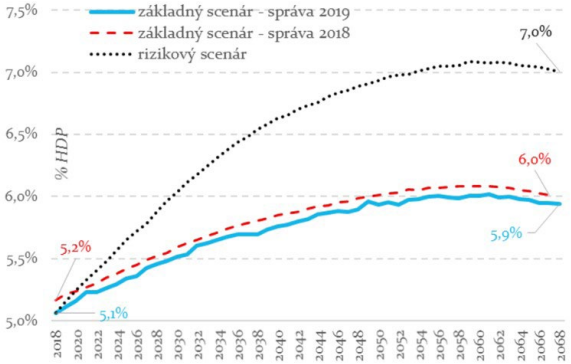
Zdroj: Výpočet autorov

HLAVNÉ VÝZVY

- Zabezpečenie dostatku zdrojov zodpovedajúcich ekonomickej sile Slovenska, možnostiam verejných financií a spoločenskej objednávke.

Oficiálnu dlhodobú prognózu verejných výdavkov každoročne pripravuje Rada pre rozpočtovú zodpovednosť (RRZ). V nasledujúcom polstoročí by mal podiel výdavkov na zdravotníctvo na ekonomike narásť o 0,8 pb - 1,9 pb HDP, teda o 14 % - 27 %. Upozorňujeme však, že ide o pomerne konzervatívny odhad, ktorý neráta so (v súčasnosti) skrytým deficitom – teda s prevádzkovým zadlžovaním nemocníc a kapitálovým dlhom.

GRAF: Projekcie výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP)



Zdroj: RRZ

Aktuálna prognóza pracuje s pásmom nárastu 0,8 pb - 1,9 pb HDP. Premenené do reči peňazí to znamená nárast výdavkov na zdravotníctvo na úrovni 720 – 1714 miliónov eur[5] v dnešných cenách. Premenené na pohľad výdavkov na jedného obyvateľa, by takéto zvýšenie znamenalo zvýšenie výdavkov na zdravotnú starostlivosť oproti dnešku o 133 – 317 eur ročne v dnešných cenách. Zároveň však poklesne počet obyvateľov vo veku 18-65 rokov o 31 %. Okrem toho budú verejné financie v rovnakom čase pod tlakom dôchodkového systému, ktorý bude takisto čeliť úbytku prispievateľov a prívalu poberateľov a to ešte vo väčšej miere ako zdravotníctvo.

4 V tomto výbere chýba Island, pre ktorý neboli dostupné údaje
5 1 % HDP v roku 2018 predstavuje 902 miliónov eur.

Prudký nárast mortality (ktorý očakávame v najbližších dekádach) ovplyvní aj nákladové krivky. Ale historicky sú kľúčovým faktorom rastu výdavkov na zdravotníctvo iné zmeny na strane ponuky a dopytu. Na strane ponuky to je dostupnosť čoraz komplexnejších zdravotníckych produktov. Na strane dopytu je formujúcim faktorom charakter zdravotnej starostlivosti ako luxusného statku. S rastúcim príjmom majú spotrebitelia tendenciu nakupovať nadproporčne viac zdravotnej starostlivosti – ak je takýto nákup možný. To prirodzene vytvára neustály tlak na rast zdravotníckych výdavkov.

Európska komisia sa niektoré z týchto trendov pokúša zachytiť vo svojom Ageing report, ktorý naposledy vyšiel v roku 2018. V ňom pri zdravotných výdavkoch[6] pracovala s 12 rôznymi scenármi[7]. Nárast výdavkov do roku 2070 sa pre Slovensko pohybuje v rozmedzí 0 – 78 % podľa scenára.

Možnosti, ako sa do systému môže dostať viac zdrojov sú len tri:

Rozšírenie bázy daňovníkov v súčasnom systéme. V slovenskej realite sa pod touto možnosťou skrýva zvýšenie zamestnanosti[8], predĺženie ‚ekonomicky aktívnych" rokov[9] a migrácia.

Zvýšenie sadzieb zdravotných odvodov. Zdravotné odvody ekonomicky aktívnych predstavujú kľúčový zdroj príjmov. Už dnes je však daňovo-odvodové zaťaženie práce na Slovensku nad priemerom OECD (42 % vs 36 % v roku 2018[10]).

Zmena mixu zdrojov. Táto možnosť zahŕňa viac zdrojov z rozpočtu verejnej správy (zo štátneho rozpočtu, alebo rozpočtu regionálnych a obecných samospráv) a viac súkromných zdrojov (priame platby, pripoistenie, sporiace a dlhodobé poistné produkty). Pre nárast každého z týchto zdrojov by bola nutná zmena politických priorít na Slovensku.

3.1 ABSENCIA ŠTANDARDU V SLOVENSKOM ZDRAVOTNÍCTVE

Chýbajúca definícia nároku, resp. štandardného balíka služieb hradených z verejného zdravotného poistenia je dlhodobým kľúčovým nedostatkom súčasného systému verejného zdravotného poistenia. Z pohľadu financovania a vstupu súkromných zdrojov do zdravotníctva to vytvára hneď dva druhy problémov.

1. Nie je zadefinované, kedy prišlo k splneniu nároku, respektíve k poskytnutiu štandardného balíka v celej jeho šírke. Tým pádom nie je ani jednoznačne systémovo ukotvené, po splnení akých podmienok môže prísť k vyplateniu zisku, najmä v prípade zdravotných poisťovní. Súkromní investori tak v princípe použijú ako základnú latku neformálny štandard poskytovaný verejnými zariadeniami. To dlhodobo vyvoláva politické konflikty a zvyšuje neistotu aj pre samotných investorov.
2. Chýbajúca definícia nároku presúva veľké množstvo priamych platieb pacienta do šedej zóny a sťažuje vznik nadstavbových produktov.

HLAVNÉ VÝZVY

- Plán vstupu nových zdrojov v strednodobom a dlhodobom horizonte (odvodové zdroje, iné zdroje verejného rozpočtu, súkromné zdroje).
- Chýbajúca definícia nároku, resp. štandardného balíka služieb hradených z verejného zdravotného poistenia.

6 Tieto výdavky neobsahujú výdavky na dlhodobú starostlivosť, hoci ako sami autori priznávajú, odlíšiť tieto dve kategórie dát je veľmi náročné.
7 Podrobný popis: Europa.eu. Economy-Finance: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf na s.112
8 V roku 2018 Slovensko dosiahlo zamestnanosť 72,4 %, čo je priemer EÚ. Štáty ako Česká republika, Dánsko, alebo Nemecko dosahujú zamestnanosť zhruba 80 %. Slovensko však v ďalšom zlepšovaní naráža na hlboký problém marginalizovaných komunít.
9 Predĺženie veku odchodu do dôchodku, zníženie hraničného veku pre študentov na platenie odvodov.
10 https://www.oecd-ilibrary.org/taxation/taxing-wages-2019_tax_wages-2019-en

4. Efektivita slovenského zdravotníctva z pohľadu budúcich výziev

Jednou kapitolou je množstvo zdrojov, druhou kapitolou ich použitie – efektívnosť systému. Efektivitu môžeme rozdeliť na dva prepojené pohľady. Ekonomická efektivita hovorí o schopnosti poskytnúť čo najviac služieb za čo najmenej peňazí. Medicínska efektivita hovorí o dosiahnutí čo najlepšieho výsledku (zdravotného) zvolením vhodných nástrojov. Alternatívne môžeme hovoriť o efektívnosti (pomer vstupov a výstupov – ‚robenie vecí správne") a účelnosti („robení správnych vecí").

4.1 VÝSLEDKY

Na Slovensku donedávna neprebiehalo systematické
Na Slovensku donedávna neprebiehalo systematické sledovanie a vyhodnocovanie ukazovateľov zdravotníckeho systému na úrovni verejnej správy. Neexistovali tak ani sledovateľné cieľové hodnoty.

Nateraz jediným cieľovým ukazovateľom pre celé zdravotníctvo sa stala úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (treatable mortality). Cieľom vlády je do roku 2025 znížiť tento ukazovateľ na úroveň krajín V3. Takto stanovený cieľ sám o sebe však nemôže slúžiť ako cieľový bod pre účastníkov systému, je výsledkom obrovského množstva faktorov. Je nevyhnutné jeho rozmenenie na drobnejšie ciele, ktoré sú reálne uchopiteľné pre jednotlivých účastníkov.

V posledných rokoch prebehlo niekoľko málo domácich pokusov o zhodnotenie efektívnosti slovenského zdravotníctva. V roku 2012 publikoval Inštitút finančnej politiky analýzu ‚Málo zdravia za veľa peňazí". Autori v nej konštatovali, že dosahuje ‚jedny z najhorších výsledkov vo vyspelých krajinách". Sledovali odchýlku očakávanej dĺžky života od priemeru vyspelých krajín po očistení od externých vplyvov (napr. životný štýl, či socialistická minulosť).

Tejto analýze kontrovala v roku 2013 analýza inštitútu INEKO s názvom ‚Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva". Konštatovali v nej síce, že ‚občania SR majú v priemere jeden z najhorších zdravotných stavov spomedzi všetkých krajín OECD", no zároveň upozornili, že ‚ako hlavnú príčinu sme neidentifikovali neefektívne zdravotníctvo, ale najmä veľký podiel ľudí žijúcich vo výrazne horších životných podmienkach". V roku 2019 publikoval inštitút INESS rebríček ‚Zdravie za peniaze". Ten prezentoval zindexované výsledky 23 rôznych ukazovateľov v absolútnej podobe, aj prevážené podielom zdravotných výdavkov na HDP krajiny a prevážené úrovňou priemerných miezd. Vo všetkých troch sadách výsledkov sa Slovensko umiestnilo na spodných štyroch priečkach spomedzi 26 hodnotených krajín. Toto hodnotenie bralo do úvahy širší kontext zdravotnej politiky ako nástroja na ovplyvňovanie verejného zdravia a neočisťovalo hodnoty napr. od vplyvu alkoholizmu, fajčenia, či marginalizovaných skupín.

Všetky hodnotenia zápasia najmä s nízkou kvalitou a porovnateľnosťou medzinárodne vykazovaných dát. Aj v databáze OECD sa dáta zverejňujú so značným časovým odstupom (aj 4-5 rokov dozadu), pri viacerých štátoch je databáza nekompletná, niektoré dáta môžu sa môžu vykazovať nesprávne alebo byť nekompletné.

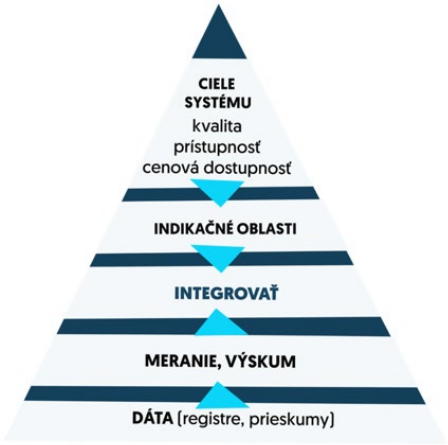
4.2 CIELE

Ex post hodnotenie výkonnosti nemá pre policy rozhodovanie veľký zmysel, pokiaľ sa neporovnáva s cieľovým stavom. V súčasnosti je na Slovensku jeden hlavný cieľový ukazovateľ (odvrátiteľná úmrtnosť) a niekoľko čiastkových cieľov. Tie boli stanovené najmä Revíziou výdavkov a nie sú priamo naviazané na hlavný cieľ.

Vo svete nájdeme niekoľko príkladov stanovovania cieľov. Napríklad na Novom Zélande sa štvrťročne vyhodnocuje na regionálnej úrovni 5 ukazovateľov: dĺžka pobytu na pohotovosti, rýchlosť onkologickej liečby, imunizácia, pomoc fajčiarom, zdravé deti (hodnotenie BMI indexu)[11]. Pripravuje sa ukazovateľ prístupu k elektívnej chirurgii, naopak, vypustili ukazovateľ množstva kardio a diabetických prehliadok. Každý cieľ má svojho ‚šampióna", teda konkrétnu osobu zodpovednú za dosiahnutie cieľa.

Britská NHS má zase sadu siedmich hlavných cieľov, ktoré sú rozmenené na 15 menších[12], hoci nie všetky majú kvantitatívne vyjadrenie. Na prelome tisícročí fungoval systém udeľovania ratingov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, kde každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti mal až 50 rôznych ukazovateľov (zopár kľúčových cieľov a širší zoznam ‚balanced scorecard" cieľov), pričom zisk najnižšieho hodnotenia hrozil výmenou manažmentu. Tento systém NHS opustila, hoci jeho princíp sa čas od času znova objavuje v diskusii[13].

V Holandsku sa od roku 2006 každé štyri roky zverejňuje Dutch Health Care Performance Report (DHCPR), ktorý pripravuje Národný inštitút pre verejné zdravie a životné prostredie (RIVM). Ten obsahuje 125 výkonnostných ukazovateľov, ktoré v dialógu vybrali výskumníci a tvorcovia politík. V holandskom prípade ide hlavne o hodnotenie zdravotnej starostlivosti, menej už verejného zdravia (napr. obezity). S konkrétnymi cieľmi zlepšenia verejného zdravia existujú v Holandsku iné strategické dokumenty (National Prevention Agreeement[14]).



Globálne ciele je následne možné rozmieňať na jednotlivé úlohy podľa priorít. Pre Slovensko je symptomatické, že najčastejšia príčina úmrtí – srdcovocievne ochorenia – nemá národný program (začína sa vytvárať až v roku 2019) a národný program pre druhú najčastejšiu príčinu úmrtí – onkologické ochorenia – absentoval až do augusta 2018, čím sa Slovensko zaradilo medzi krajiny s najneskorším uvedením takéhoto programu. Po jeho schválení sa naviac objavila kritika pre jeho prílišnú nekonkrétnosť, najmä v oblasti cieľov, a nejasné zadelenie kompetencií[16].

Hodnotiaci rámec by mal slúžiť aj na finančnú orientáciu v systéme. Tomu však v súčasnosti bráni niekoľko zásadných faktorov.

Po prvé, rozpočtové plánovanie je postavené na nákladovom princípe. Jednotliví účastníci systému generujú náklady (mzda, spotreba materiálu, prevádzka), verejný rozpočet zdravotníctva sa snaží tieto náklady pokrývať a zároveň ‚stropovať". V prípade, že by prišlo napríklad k stanoveniu priorít, ktoré by si vyžadovali presun zdrojov z ústavnej starostlivosti na ambulantnú, presmerovanie zdrojov by zároveň neznížilo výšku nákladov v ústavných zdravotných zariadeniach, ktoré by následne začali generovať (ešte väčší) dlh a potenciálne by sa mohli finančne zrútiť. Paralelné zníženie nákladov by bolo možné dosiahnuť razantnou reformou nemocníc (redukcia ich počtu), no politické náklady takýchto zmien doteraz presahovali možnosti ministerstva zdravotníctva.

11 https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets
12 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/803111/revised-mandate-to-nhs-england-2018-to-2019.pdf
13 https://www.hsj.co.uk/acute-care/star-rating-style-system-back-on-the-agenda-for-nhs/5056499.article
14 https://dutchreview.com/news/dutch/the-national-prevention-agreement-ambitious-goals-for-dutch-public-health-by-2040/
15 Teraz.sk. Ministerstvo zdravotníctva pripravuje Národný kardiovaskulárny program: https://www.teraz.sk/slovensko/ministerstvo-zdravotnictva-pripravuje-n/431065-clanok.html
16 Nierakovine.sk. Národný onkologický program prijatý: https://www.nierakovine.sk/clanok/narodny-onkologicky-program-prijaty

5. Vybrané otázky slovenského zdravotníctva

Po druhé, ani samotné presmerovanie zdrojov do prioritných oblastí nie je plne v kompetencii ministerstva, či vlády, keďže reálny tok zdrojov prebieha medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na základe ich vzájomných dohôd. Ak sa teda ministerstvo rozhodne zvýšiť množstvo zdrojov ambulantnej starostlivosti, k reálnemu navýšeniu zdrojov nepríde, ak nebude reflektované v zmluvách medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Momentálne tak systém funguje zotrvačnosťou po vyšliapanom chodníku – jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti generujú rastúce náklady (napríklad pre rast miezd) a ako štát prostredníctvom rozpočtu, tak zdravotné poisťovne zazmluvňovaním sa snažia tieto náklady vykryť a zároveň brzdiť ich rast.

Efektívnosť by nemala prameniť len z nákupnej ceny služby a medicínskej kvality služby, ale aj zo schopnosti dodať pacientovi služby v primeranom čase a čo najkomplexnejšie.

HLAVNÉ VÝZVY

- Systematické sledovanie a vyhodnocovanie ukazovateľov kvality zdravotníctva na úrovni verejnej správy.
- Stanovenie jasných a merateľných krátko, stredno- a dlhodobých cieľov v zdravotníctve.
- Efektívny manažment pacienta v systéme s jasnou zodpovednosťou.

5.1 ÚSTAVNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Ústavnú zdravotnú starostlivosť na Slovensku charakterizuje niekoľko vecí. Najviac skloňovanou je kapitálová medzera, ktorá sa premieta do zlého stavu aktív, najmä budov.

Ďalším faktorom je formálna naddimenzovanosť siete a nadužívanie služieb ústavných zdravotných zariadení. Počet lôžok na 100 000 obyvateľov v roku 2017 dosiahol 582 postelí, pričom priemer EÚ 28 bol 504[17]. V tom sú však zarátané všetky typy lôžok, pri kuratívnych lôžkach je rozdiel ešte vyšší, 491 verzus 372. Na druhej strane, v Nemecku priemerný počet lôžok dosahuje 800 (602 kuratívnych), v Rakúsku 737 (545 kuratívnych) a v Česku 663 (411 kuratívnych). Na počty lôžok treba nazerať komplexne, keďže ich počet môže byť napríklad odrazom nedostatkov v ambulantnej sfére.

Z celkových výdavkov na zdravotníctvo však do nemocníc putuje podpriemerný podiel. Kým priemer európskych štátov je 39 %, na Slovensku to je 33 %. Rozdiel sa výrazne zúži, ak posudzujeme len výdavky na všeobecné nemocnice (General hospitals), kde priemer je 34 % a slovenská hodnota je 32 %. Aj tu však treba brať štatistiky Eurostatu s rezervou – nemusia zachytávať výdavky spojené s nelôžkovou starostlivosťou v nemocniciach (ambulantné služby, urgenty).

Problém formálneho naddimenzovania siete ústavných zdravotníckych zariadení, ktorý nevyriešila kontraktačná aktivita zdravotných poisťovní, mala riešiť stratifikácia, tj. špecializácia nemocníc s cieľom zvýšenia kvality. Doterajší neúspech projektu v rukách Ministerstva zdravotníctva ukazuje ako technickú náročnosť tohto problému

17 Eurostat: Hospital beds by type of care https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052266_QID_6CD0781F_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;FACILITY,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-052266UNIT,P_HTHAB;DS-052266INDICATORS,OBS_FLAG;DS-052266FACILITY,HBEDT;&rankName1=UNIT_1_2_-1_2&rankName2=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName3=FACILITY_1_2_-1_2&rankName4=TIME_1_0_0_0&rankName5=-GEO_1_2_0_1&sortR=ASC_8&sortC=ASC_-1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23

(chýbajúce prepojenie na stratifikáciu ambulancií), tak politickú (nedostatočná podpora, dokonca priamo vo vládnych stranách).

Pri popisovaní zlej finančnej situácie nemocníc sa zjavujú dva dôvody. Jedným je neefektívnosť a plytvanie v štátnych a niektorých neštátnych zariadeniach. Druhým problémom je, že výška nákladov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť vysoko prekračuje hodnotu jej úhrad zo zdravotných poisťovní. UHP v ‚Revízii výdavkov 2" vypočítal, že ‚výnosy zo zdravotných poisťovní dlhodobo nepokrývajú náklady nemocníc na personál, lieky, krv a zdravotnícky materiál." Až do roku 2019 nebolo zjednotené účtovné vykazovanie nákladov, čo výrazne sťažovalo porovnávanie nákladov medzi nemocnicami a identifikovanie neefektívneho hospodárenia.

Aj tu existuje kombinácia ciest pre zlepšenie. Možným zlepšením by malo byť rozbehnuté zavedenie DRG systému. To ale rozhodne nie je všeliekom. Pomôže identifikovať prípadné neefektívnosti v jednotlivých nemocniciach. No ak platí, že celkový balík zdrojov pre ústavné zariadenia je nedostatočný, zavedením DRG sa tento balík nezväčší, len sa prípadne zmení jeho distribúcia medzi jednotlivými nemocnicami. Zefektívnenie môžu priniesť aj štandardné postupy a rozširovanie eHealth.

Na záver nesmieme opomenúť chýbajúce pro-klientské nastavenie v ústavných zariadeniach. V nemocniciach je typická kultúra čakania, pacient už prichádza negatívne naladený, snaží sa využívať neformálne kontakty na zvýšenie svojho statusu u personálu. Spravidla je nedostatočne informovaný, preto má potrebu si dané informácie zisťovať a overovať po vlastnej osi, ale je aj konfrontovaný so zlou komunikáciou medzi oddeleniami, ktorým neraz robí ‚poštára". Nekvalitná strava, zanedbané prostredie, či chýbajúce hygienické potreby sú štandardom.

5.2 ZDRAVOTNÍCKY PERSONÁL

Pri otázke zdravotníckeho personálu musia tvorcovia politík riešiť viaceré dilemy:

- Napriek výraznému zvyšovaniu sú nízke mzdy významným demotivačným faktorom najmä pre zdravotné sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov.
- Obmedzené kompetencie, ale aj ekonomické faktory (neschopnosť dostať sa ku kmeňu pacientov, podnikateľské riziko) znižujú atraktivitu všeobecného lekárstva pre medikov. Avšak zvýšenie kompetencií všeobecných lekárov by znamenalo okamžitý nárast ich záťaže, pričom zmena imidžu odboru a odozva medikov by trvala minimálne niekoľko rokov.
- Hoci celkové počty lekárov na Slovensku sú v rámci EÚ len mierne podpriemerné, aj v niektorých špecializáciách vzniká čoraz väčší (aj keď len anekdoticky indikovaný) nedostatok a časy čakania[18]. Zmeniť mix špecializácií však nie je jednoduché.
- Vyššie kompetencie sestier, najmä v primárnej sfére, by teoreticky mohli pomôcť zvýšiť hodnotu za peniaze, nov realite ešte prehĺbia nedostatok sestier.
- Jedným z negatívnych faktorov sú náklady na otvorenie ordinácie a získanie kmeňa pacientov. Na druhej strane, pre existujúcich všeobecných lekárov predstavuje budovanie a udržiavanie kmeňa speňažiteľné aktívum, čo je jedna z motivácií prevádzkovať prax všeobecného lekára.
- Riešenia v jednej oblasti zhoršia problém v inej. Príkladom môže byť snaha donútiť špecialistov povinne slúžiť v nemocniciach[19], či nový systém pohotovostí a urgentov.

18 Pravda.sk. Poradovníky u lekárov sú čoraz dlhšie: https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/533202-poradovniky-u-lekarov-su-coraz-dlhsie

19 Hospodárske noviny.sk. Na stole je návrat povinných služieb špecialistov v nemocniciach: https://mediweb.hnonline.sk/spravy/aktualne/na-stole-je-navrat-povinnych-sluzieb-specialistov-v-nemocniciach

Vzhľadom k demografii (nízky počet študentov), náročným pracovným podmienkam (ktoré sa so zvyšujúcim nedostatkom ďalej prehlbujú) a konkurencii zahraničných zamestnávateľov sa nedá očakávať výrazné zlepšenie situácie. Tvorcovia politík tak musia byť pripravení aj na situáciu, keď počty zdravotníckych pracovníkov budú stagnovať, či dokonca ďalej klesať napriek rastúcemu dopytu. Narastie význam prevencie, inovatívnych metód poskytovania (telemedicína, internet vecí), zapojenia čo najširšej škály odborníkov (lekári, sestry, praktické sestry, fyzioterapeuti, ...) a manažmentu procesov. Vytvorenie dostatočného priestoru pre súkromný sektor otvorí možnosť zapojiť dodatočné zdroje, keďže môžeme očakávať veľký rast dopytu zo strany spotrebiteľov.

5.3 DÁTA

Dostatočné a kvalitné dáta sú nevyhnutnosťou pre rozhodovanie na všetkých manažérskych úrovniach. Zároveň umožňujú voličom kontrolu výsledkov práce ich volených zástupcov. Nesmieme však zabudnúť, že každý zber dát generuje náklady a pokiaľ prínos zozbieraných dát neprevyšuje tieto náklady, ich zber je kontraproduktívny. Pokiaľ náklady a výnosy dopadajú na dve rozdielne entity môžu v takomto systéme vznikať rôzne vedľajšie motivácie znižujúce efektívnosť a kvalitu tejto činnosti.

Na kvalitné rozhodnutia musia byť dáta sprocesované, pravidelne validované a dostupné. Všetky tri aspekty narážajú na Slovensku na problémy. Zber a čiastočne sprocesovanie dát častokrát leží na pleciach zdravotníckych pracovníkov, čo skracuje čas, ktorý môžu venovať pacientom[20].

Snaha vykazovať lepšie dáta by mala prichádzať od všetkých verejných aj súkromných účastníkov v systéme. Kvalitné dáta sú nevyhnutnosťou na zavádzanie kvalitatívnych parametrov do zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti alebo ako podklad na vyjednávania, rokovania, vstupy inovácií do systému úhrad. Nedá sa uprieť pokrok v zavádzaní eHealth v posledných rokoch a v elektronizácii zdravotníctva na Slovensku všeobecne. Podobne ako v iných oblastiach verejnej správy, aj tu platí, že veľká pozornosť sa venuje softwarovým a hardwarovým riešeniam, menej už procesom, kompetenciám a ich vzájomnému zladeniu a hlavne pridanej hodnote zberu týchto dát.

5.4 INOVÁCIE

Prenikaniu inovácií do zdravotníctva bránia administratívne (byrokracia, zdĺhavé procesy), kultúrne (rezistencia účastníkov v systéme ku zmenám), ale najmä finančné prekážky. Financie v slovenskom zdravotníctve sú plánované na základe krátkodobých (v praxi len jednoročných, rozpočtové výhľady sú len formálne) rozpočtov. V takomto prostredí dominuje nazeranie cez ‚cash flow pohľad".

Na inovácie je ale možné nazerať aj ‚investičný pohľadom". Inovácia je v tomto ponímaní investíciou s vysokým aktuálnym nákladom, ale schopná prinášať benefity v budúcnosti. V nejakom investičnom horizonte následne tieto prínosy prevýšia náklady.

Nemožnosť kapitalizovať investíciu do inovácie je zložitejší systémový problém. Účinnejšia terapia začne v nasledujúcich rokoch napríklad znižovať mieru odkázanosti pacientov, šetriť zdroje sociálneho systému a udrží pacientov dlhšie v pracovnom procese. Tieto

20 Viď napríklad konštatovanie v Reforma získavania a využívania dát v zdravotníctve ‚procesy získavania údajov o zdravotnej starostlivosti sú zbytočne administratívne náročné, čo zaťažuje zdravotníckych pracovníkov a znižuje produktivitu práce v sektore. Napriek tomu nevieme odpovedať na základné otázky (napríklad štruktúra onkologických ochorení v Slovenskej republike). Máme však veľa zbytočných údajov, ktorých polo-automatické spracovanie si vyžaduje veľkú záťaž na strane lekárov aj na strane NCZI. Je preto potrebné zmeniť štruktúru výkazov a redukovať ich rozsah, zlepšiť možnosti kontroly a automatického generovania (s využitím systému e-Zdravie)." Jedným z cieľov projektu je znížiť záťaž vyplývajúcu z potreby vykazovať zdravotnú starostlivosť klesla pod 5% celkového pracovného fondu zdravotníckych pracovníkov https://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/2011_op-evs_2018_05_11_zamer-np__mz-sr.pdf

‚zisky" však prichádzajú s oneskorením, rozložené v čase a prejavujú sa na mnohých miestach v systéme, nazad do zdravotníctva sa dostávajú len okľukou. Riešením je pracovať s rozpočtami s viacročným horizontom, vyčíslovať možné prínosy inovácií aj do vzdialenejšej budúcnosti a proces kapitalizácie investícií do inovácií inštitucionalizovať a zautomatizovať.

5.4.1 LIEKY

Lieky môžu pre potenciál veľmi dynamického rastu do budúcna predstavovať finančne najrizikovejšiu zložku v zdravotníctve. Stále väčší okruh pacientov sa stáva indikovaný pre liečbu extrémne drahými formami liečby – či už z dôvodu demografie, medicínskeho pokroku, ale aj pre väčšiu (hoci nie vždy dostatočne informovanú) aktivitu pacientov[21]. Bez jasných a pevných pravidiel v liekovej politike porastú do výšin výdavky na lieky a zároveň miera neistoty pacienta. Na druhej strane, paušálne zabuchnúť dvere pred všetkými nákladovo neefektívnymi liekmi môže mať vedľajšie vplyvy nielen na pacientov, ale môže demotivovať aj lekárov, ktorí sa tak nedostanú k práci s najmodernejšími liekmi a situácia ich naopak povzbudí k odchodu do zahraničia.

Diskusia o inováciách však nesmie skĺznuť len k hodnoteniu (ne)úhrady jednotlivých liekov, či technológií. Zdravé inovačné prostredie má mnoho rozmerov, ktoré sa týkajú podpory a hodnotenia všetkých aspektov inovácií: unikátnosti, prínosov a difúzie v systéme.

Podobnej situácii ako inovatívne lieky čelí aj inovatívna diagnostika. Chýbajúci ‚investičný pohľad" na túto problematiku výrazne obmedzuje možnosti rozšírenia moderných diagnostických metód. Aj v tomto prípade sa výsledky dostavujú s istým časovým oneskorením. In vitro diagnostika (IVD) testovanie je možné využiť ako nákladovo efektívny prostriedok pre maximalizovanie účinnosti liečby a stáva sa nástrojom na redukciu priamych aj nepriamych nákladov liečby. Okrem toho pomáha generovať lepšie klinické výsledky a vytvárať tak medicínsku hodnotu. Náklady na in vitro diagnostiku predstavujú na Slovensku 1,2 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť a medzi rokmi 2016 a 2018 rástli tempom 0,3 %[22].

HLAVNÉ VÝZVY

- Efektívne nastavenie siete ústavných zdravotných zariadení v súhre so zvyškom systému (najmä ambulantnou starostlivosťou).
- Komplexný plán na udržanie a zveľadenie personálnych kapacít v zdravotníctve.
- Systematický zber, verifikácia a vyhodnocovanie dát, ktoré nebudú samoúčelné a zaťažujúce pre personál a ktoré budú vstupom do ďalších aktivít.
- Vytvorenie prostredie s prístupom k inovatívnym liekom a s absorpciou inovácií všeobecne.

21 Prípady, keď pacienti prichádzajú s požiadavkou na konkrétny liek, nie sú podľa konzultovaných odborníkov zriedkavé.

SPOLOČNÉ ODPORÚČANIA
PRE SYSTÉM ZDRAVOTNÍCTVA 2030

1. **Zdravotníctvo s jasnou víziou, koncepciou a zrozumiteľnými pravidlami hry**
   / POLITICKÝ LEADERSHIP

2. **Zdravotníctvo so zodpovedným rozpočtovaním**
   / PREDVÍDATEĽNOSŤ PRÍJMOV, VÝDAVKOV A INVESTÍCIÍ

3. **Stabilné regulačné prostredie**
   / JASNÁ LEGISLATÍVA GARANTUJÚCA PREDVÍDATEĽNOSŤ REGULÁCIE

4. **Dostupnosť inovácií**
   / MODERNEJŠIE A EFEKTÍVNEJŠIE ZDRAVOTNÍCTVO

5. **Strategické rozhodnutia a politiky postavené na kvalitných reprezentatívnych dátach**
   / SPRÁVNE ROZHODNUTIA V SPRÁVNOM ČASE

6. **Pacient na prvom mieste**
   / LEPŠÍ MANAŽMENT PACIENTA, DÔVERA A ISTOTA PACIENTA V SYSTÉM ZDRAVOTNÍCTVA

7. **Definícia nároku pacienta**
   / TRANSPARENTNOSŤ SYSTÉMU VOČI PACIENTOM

8. **Motivačné prostredie pre zdravotníkov**
   / KVALITA PRACOVNÉHO PROSTREDIA A PRACOVNÝCH PODMIENOK

9. **Prepojenie zdravotného a sociálneho systému**
   / ZADEFINOVANIE KOMPETENCIÍ A PREPOJENIE TOKU FINANCIÍ A DÁT

10. **Efektívnosť a verejná kontrola**
    / PRINÁŠAŤ NAJVYŠŠIU HODNOTU VYNALOŽENÝCH PROSTRIEDKOV, TRANSPARENTNOSŤ, MERATEĽNÉ CIELE

AIFP SK
ASOCIÁCIA INOVATÍVNEHO FARMACEUTICKÉHO PRIEMYSLU

ASOCIÁCIA SÚKROMNÝCH LEKÁROV SLOVAK REPUBLIC PRIVATE PHYSICIAN'S ASSOCIATION

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY

AMCHAM SLOVAKIA

Asociácia štátnych nemocníc (AŠN)

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY + FONS PIETĀTIS ŌRĀ PRO NOBIS

AOPP
Asociácia na ochranu práv pacientov SR, o. z.

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ZAP
ZVÄZ AMBULANTNÝCH POSKYTOVATEĽOV

ASOCIÁCIA NEMOCNÍC SLOVENSKA

izp

POĎAKOVANIE

Veľmi pekne ďakujeme hlavnému odbornému oponentovi Jane Jažíkovej.

Ďakujeme všetkým, ktorí prispeli pri príprave dokumentu svojimi pripomienkami, alebo účasťou na stretnutiach a diskusných workshopoch, vrátane zástupcov: Inštitútu zdravotnej politiky a ostatným kolegom Ministerstva zdravotníctva SR, zástupcom Útvaru hodnoty za peniaze, zástupcom Rady pre rozpočtovú zodpovednosť, zástupcom Asociácie nemocníc Slovenska, zástupcom Asociácie štátnych nemocníc, zástupcom Asociácie na ochranu práv pacientov SR, zástupcom Asociácie súkromných lekárov SR, zástupcom Asociácie inovatívneho farmaceutického priemyslu, zástupcom Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica, zástupcom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, zástupcom Ústavu verejného zdravotníctva SR, zástupcom Zväzu ambulantných poskytovateľov, zástupcom Lekárskeho odborového združenia, zástupcom Asociácie fakultných nemocníc, zástupcom zdravotnej poisťovne Dôvera, zástupcom zdravotnej poisťovne Union a zástupcom Všeobecnej zdravotnej poisťovňe.

Chyby a opomenutia zostávajú zodpovednosťou autorov.



AmCham Slovakia