

ZDRAVOTNÍCTVO v SR (január 2011 – február 2012)¹

Autor: Dušan Zachar, INEKO

Uvedený dokument poskytuje prehľad o systéme zdravotníctva na Slovensku, vrátane hlavných zmien prijatých po 1.1.2011.

Úvod

Stručné hodnotenie zdravotnej politiky v roku 2011

Medzi opatrenia s najväčším prínosom hodnotíme reformu liekovej politiky, hoci mnohé jej časti neboli dotiahnuté do konca, mohli byť ambicióznejšie a do niektorých musel byť minister zdravotníctva dotlačený vonkajším prostredím. Zmeny v liekovej politike majú potenciál priniesť do systému viac transparentnosti, efektívnosti, a tým aj viac úspor vo verejných financiách. Významnou kvalitatívnou zmenou je povinné predpisovanie niektorých liekov na úrovni ich účinnej látky (tzv. generická preskripcia). Medzi najpozitívnejšie opatrenia možno zaradiť tiež nevyhnutnú racionalizáciu nemocničných lôžok a oddelení a ostatné úsporné kroky (napr. preferovanie jednoduchšej zdravotnej starostlivosti), ktoré prebiehali a prebiehajú v súčinnosti s VŠZP. Kladne vnímame aj prijatie nariadenia o minimálnej sieti poskytovateľov, ktoré zrušilo koncovú sieť nemocníc obsahujúcu len štátne zariadenia, a novým definovaním pevnej siete prispelo k rovnoprávnosti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či sú štátne alebo nie. Ako prínos a zároveň nevyhnutnosť, vyplývajúcu z nálezů Ústavného súdu SR, považujeme obnovenie možnosti tvorby a vyplácania si zisku zdravotnými poisťovňami pri dodržaní zákonných podmienok.

V rezorte zdravotníctva je momentálne rozpracovaných niekoľko relatívne významných zmien, ktoré majú potenciál priniesť väčší poriadok a vyššiu efektívnosť v systéme. Je to napríklad pokračovanie v zavádzaní nového úhradového mechanizmu v zariadeniach ústavnej starostlivosti - tzv. DRG-systém - ktorým sa má nemocniciam platiť na základe diagnóz, teda podľa medicínsko-ekonomickej náročnosti liečených pacientov. Tým sa má docieľať, aby rôzne nemocnice nedostávali za rovnaké výkony rozdielnu výšku úhrad od poisťovní. Spravodlivejšie prerozdelenie financií z verejného zdravotného poistenia medzi poisťovne má zas zabezpečiť plánovaný tzv. PCG-systém (*Pharmacy-based Cost Group*), ktorý sa používa na kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov podľa nákladových skupín založených na predpísaných liekoch. Ide teda o prerozdelenie peňazí aj na základe chorobnosti poistného kmeňa poisťovne.

Medzi negatíva radíme netransparentné rozhodovanie o úhrade vakcíny Prevenar od firmy Pfizer pri povinnom očkovaní detí proti pneumokokovým nákazám (vedľajším efektom tejto kauzy však bolo aspoň prijatie prísnejších pravidiel pri cenotvorbe liekov), ale najmä podcenenie a neskoré prijímanie potrebných opatrení, ktoré si vyžiadala bezprecedentná nátlaková protestná akcia lekárskeho odboru s hromadným podaním výpovedí, ktorá, uznávame, zašla až za hranice doposiaľ predstaviteľného. Veľmi zlým výsledkom však je, že MZ SR a vláda nakoniec ustúpili protestujúcim lekárom v každej ich požiadavke, čo sa v budúcnosti prejaví vo zvyšujúcom sa dlhu zdravotníckych zariadení, ich možnom kolapse a

¹ *Písané pre projekt Európskej komisie asisp (Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms) - Annual National Report 2012: Pensions, Health and Long-term Care in Slovakia. Pri spracovaní dokumentu boli použité výsledky projektu „Monitoring a komentovanie štrukturálnych reforiem“, ktorý finančne podporila Slovenská sporiteľňa, a.s., Bratislava, ako aj projektu i-Health.sk, ktorý finančne podporuje zdravotná poisťovňa Dôvera.*

horšej kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti pacientom, nehovoriac o deštruktívnom potenciáli tejto protestnej akcie na celé verejné financie, nakoľko ostatní zamestnanci vo verejnom sektore dostali návod, že v SR je nátlak efektívnym nástrojom na dosiahnutie vyšších miezd.

Negatívne tiež hodnotíme, že MZ SR nepovolilo nemocniciam vyberať poplatky napríklad za stravu a hospitalizáciu a pri ostatných poplatkoch chcelo zákonom regulovať len tie, ktoré sa už beztak od pacientov vyberajú.

Otázne sú opatrenia obchádzajúce, pod zámienkou zvyšovania bezpečnosti pacienta a úspor peňazí, zaužívaný a dobre fungujúci distribučný reťazec pri niektorých onkologických liekoch a vakcínach pre deti, ktoré si pacienti majú vyberať priamo v nemocnici či ambulancii lekára, a nie ako doteraz v lekárni. V mnohých prípadoch totižto prišlo k zhoršeniu dostupnosti liekov a vakcín pre pacientov a ani lekári sa nestotožnili s touto ich novou obstarávacou úlohou.

Veľkou škodou je, že MZ SR a vláda sa neodhodlali na potrebné zúženie takmer neobmedzeného rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia, ktorý je v momentálnej situácii výkonnosti slovenskej ekonomiky neudržateľný. Slovenskému zdravotníctvu ďalej chýba meranie kvality na všetkých jeho úrovniach, dekoncentrácia poisťného trhu rozdelením a čiastočnou privatizáciou VŠZP či vstup súkromného kapitálu do zdravotníckych zariadení.

Už teraz je jasné, že akákoľvek vláda, ktorá vznikne po predčasných voľbách v marci 2012, sa bude musieť zaoberať riešením vysokého dlhu v zdravotníctve, ktorý sa navýšením platov lekárov a sestier pravdepodobne ešte viac prehĺbi. Vláda bude aj naďalej konfrontovaná s nespokojnosťou verejnosti ohľadom dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Charakteristika zdravotníckeho systému, prijaté a navrhované opatrenia v rámci zdravotnej politiky, výsledky zdravotného stavu obyvateľstva

Verejno-súkromný mix poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

V sledovanom období neprišlo k zásadnejším zmenám v mixe poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hoci predošlá vláda R. Fica (do polovice roka 2010) uprednostňovala štátnych poskytovateľov (garancie zazmluvnenia v rámci verejnej minimálnej siete, poskytnutie návratnej štátnej výpomoci, zákaz zisku pre zdravotné poisťovne, atď.), čím diskriminovala ostatných neštátnych poskytovateľov. Štátu zostal v zdravotníctve najväčší vplyv v poskytovaní ústavnej starostlivosti (najmä prostredníctvom veľkých fakultných nemocníc) a v najväčšej zdravotnej poisťovni (VšZP), ktorej podiel na trhu, momentálne okolo 65%, sa každým rokom znižuje, keďže zaznamenáva najväčší odliv poistencov. Súčasná vláda postupne odstraňovala diskriminačné opatrenia voči neštátnym poskytovateľom (pozri napr. nariadenia o minimálnej sieti poskytovateľov, ktoré zrušilo koncovú sieť nemocníc obsahujúcu len štátne zariadenia, a novým definovaním pevnej siete prispelo k rovnoprávnosti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či sú štátne alebo nie; alebo obnovenie možnosti tvorby a vyplácania zisku zdravotných poisťovní), čo dávalo predpoklad do budúcnosti, že sa v zdravotníctve posilní vplyv súkromného sektora. Pád vlády na jeseň 2011 však tieto plány prekázil. Vláda ambiciózne plánovala do konca roku 2011, resp. do polovice roka 2012 transformovať štátne nemocnice na akciové spoločnosti, avšak odmietala ich následnú privatizáciu. Rovnako tak sa odmietavo stavala i k rozdeleniu štátnej VšZP na viacero častí a k ich odpredaniu súkromným investorom, čo navrhujú niektorí analytici upozorňujúci na súčasnú prílišnú koncentráciu na trhu zdravotného poistenia. Filko (2010) napr. uvádza, že tzv. Herfindahlov-Hirschmanov index, ktorý sa používa ako ukazovateľ trhovej koncentrácie, a teda nepriamo aj konkurencie (0 = dokonalá konkurencia; 1 = monopol), dosahuje na slovenskom trhu zdravotného poistenia hodnotu 0,53 (arbitrárne sa uvádza 0,18 ako hodnota, od ktorej je už trh považovaný za veľmi koncentrovaný).

Povinné verejné poistenie poskytuje jedna štátna a dve súkromné akciové spoločnosti. Od 1.1.2010 sa najväčšia štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) zlúčila s menšou a tiež štátnou Spoločnou zdravotnou poisťovňou. V rovnakom termíne prišlo tiež k zlúčeniu súkromných poisťovní Dôvera a Apollo. Došlo tak k výraznej koncentrácii na trhu zdravotného poistenia, keď sa počet poisťovní znížil z piatich na tri. Podľa počtu poistencov má dominantné postavenie VšZP so 64,7%-ným podielom na trhu. Súkromná poisťovňa Dôvera má 27,5%-ný podiel a súkromná poisťovňa Union 7,8%-ný podiel (pozri *tabuľku nižšie*). Viacerí odborníci koncentráciu kritizovali, keďže sa ňou zhoršili podmienky pre fungovanie súťaže na poistnom trhu. Niektorí odporúčajú demonopolizovať VšZP jej rozdelením na menšie časti a ich následnou privatizáciou. K 31.12.2010 vykázala VšZP podľa predbežných výsledkov stratu vo výške takmer 70 mil. EUR, avšak neskôr sa zistilo, že predošlé vedenie poisťovne nevytvorilo dostatočné opravné položky k pohľadávkam, a tak VšZP vykázala k 31.12.2010 v skutočnosti (audítorom overený) záporný výsledok hospodárenia vo výške viac ako 120 mil. EUR (pozri *nižšie tabuľku*).

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) v októbri 2010 pohrozil VšZP, že pokiaľ nezačne každým mesiacom vykazovať šetrenie, vážne ohrozí svoju existenciu. VšZP preto prišla s ozdravným balíčkom, a to i na úkor nákupu zdravotnej starostlivosti či prepúšťania zamestnancov. Z údajov ÚDZS vyplýva, že VšZP sa už za január 2011 podarilo vykázat zisk vo výške takmer 2,8 mil. EUR. Kvôli zlej finančnej situácii vo VšZP vláda odsúhlasila posunutie účinnosti novely zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá prináša

nové prísnejšie podmienky vykazovania platobnej schopnosti, z apríla 2011 na začiatok roku 2013. VŠZP preukázala, ako to konštatuje ÚDZS, počas roka 2011 zabezpečenie platobnej schopnosti v zmysle zákona o zdravotnej starostlivosti, čo znamená, že poisťovňa nevykazovala záväzky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti po lehote splatnosti nad 30 kalendárnych dní. Cieľom VŠZP pre roky 2011 a 2012 je vyrovnané hospodárenie. K 31. októbru 2011 dosiahla poisťovňa zisk vo výške 5,3 mil. EUR. Súkromná zdravotná poisťovňa Dôvera očakávala v roku 2011 zisk na úrovni 1% z výnosov poisťovne a v roku 2012 vyrovnané hospodárenie. Súkromná zdravotná poisťovňa Union predpokladala v roku 2011 kladný hospodársky výsledok vo výške 9 mil. EUR a v roku 2012 hospodárenie s miernym prebytkom.

Konečný výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní (stav k 31.12.2010)

VŠZP	- 120 230 292
Dôvera	16 200 00
Union	- 2 264 534

Zdroje: ÚDZS, eTREND

Zmena zdravotnej poisťovne v roku 2011

ZP	počet poistencov k 30.9.2011	prichádzajúci (akceptovaní)	odchádzajúci (akceptovaní)	celkový výsledok	odhad počtu poistencov k 1.1.2012	% poistného kmeňa k 1.1.2012
Dôvera	1 401 058	88 182	47 208	+ 40 974	1 442 032	27,54 %
VŠZP	3 448 558	14 152	75 693	- 61 541	3 387 017	64,68 %
Union	387 025	54 997	34 430	+ 20 567	407 592	7,78 %
Spolu	5 236 641	157 331	157 331	—	5 236 641	100 %

Zdroj: ÚDZS

Formálne a neformálne platby

Pacienti majú na základe verejného zdravotného poistenia nárok na bezplatnú liečbu, ich spoluúčasť je nulová. Neplatia ani za návštevu lekára a pobyt v nemocnici, tieto relatívne nízke paušálne poplatky za služby, ktoré nie sú zdravotnou starostlivosťou, vláda R.Fica

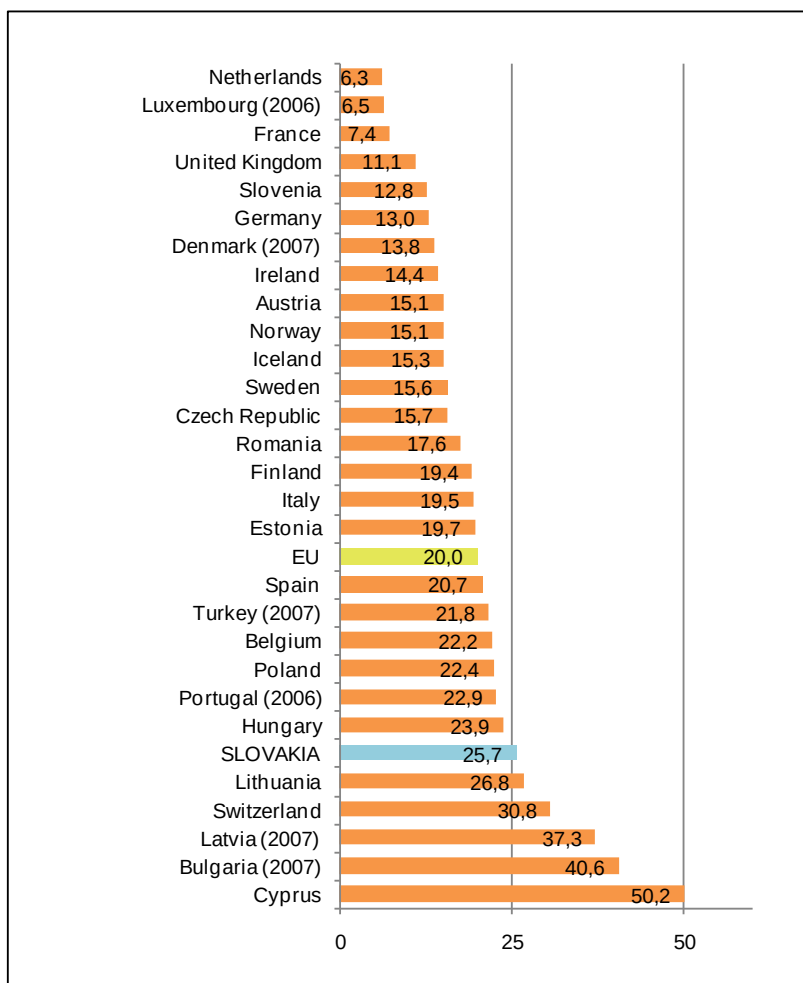
zrušila krátko po parlamentných voľbách v roku 2006. V platnosti zostali len poplatky za recept (0,17 EUR), za návštevu pohotovosti (1,99 EUR) a poplatok za prepravu sanitkou (0,07 EUR/km). Pacienti ešte platia za kúpeľnú liečbu vo výške 1,66 EUR až 7,30 EUR na deň v závislosti od diagnózy. V roku 2011 sa živo diskutovalo o zavedení obdobných paušálnych poplatkov za „hotelové služby“ (strava a pobyt) v nemocnici, ktoré chceli nemocnice a niektoré aj začali vyberať od pacientov aj bez legislatívnej zmeny. To je klasický dôsledok absencie jasného vymedzenia základného balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného verejného zdravotného poistenia. V opačnom prípade by si potom ani poskytovatelia arbitrárne nevykladali, čo všetko považujú za nadštandard a čo už nie.

Podľa legislatívy môžu poskytovatelia vyberať ešte úhrady za prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti, za vyšetrenia na administratívne účely (vydávanie lekárskeho potvrdení) a za výkony, ktoré nie sú indikované zo zdravotných dôvodov (tzn. sú na vlastné požiadanie). Poskytovatelia môžu tiež vyberať poplatky za nadštandardné služby (ako napr. výber operátora, lepšie vybavenie nemocničnej izby a pod.), ale nie za zdravotnú starostlivosť. V praxi sa však často stáva, že poskytovatelia zahrnú do nadštandardných služieb aj to, na čo má pacient nárok z verejného zdravotného poistenia. Tak vznikajú polooficiálne priame platby pacientov.

MZ SR predstavilo v druhej polovici 2011 návrh, ktorý mal zo zákona umožniť vyberať poplatky za prednostné vyšetrenia, nadštandardnú izbu, výber operátora a čiastočne uhrádzané alebo vôbec neuhrádzané lieky a presnejšie určiť legislatívne mantinely pre tieto poplatky. Ministerský návrh však de facto iba kopíroval a "legalizoval" zaužívanú prax s výberom týchto poplatkov v slovenských nemocniciach. Z návrhu napokon vypadol i poplatok za pobyt v nemocnici, ktorý presadzovali samotné nemocnice najprv vo výške 4 EUR/deň a neskôr vo výške 2,5 EUR/deň. Návrh sa nakoniec nedostal na rokovanie vlády SR.

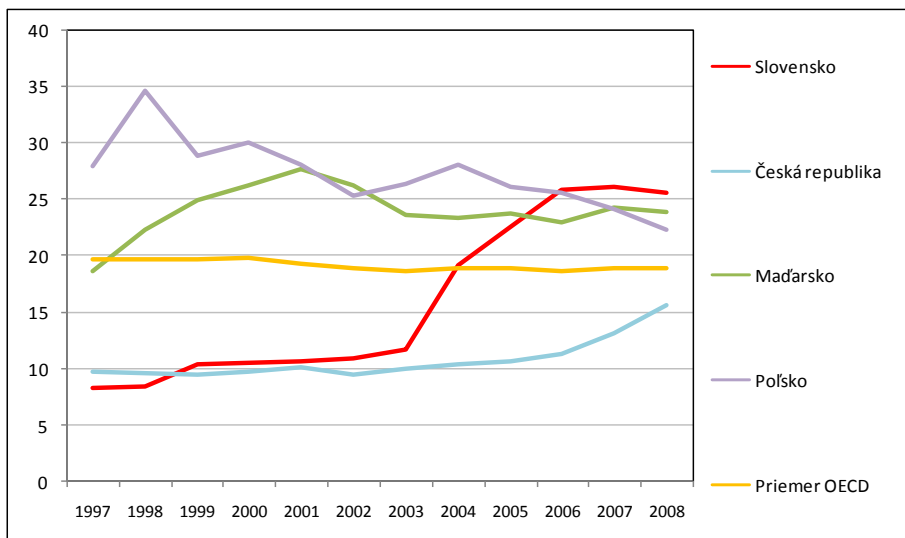
Slovensko patrí medzi krajiny nad priemerom EÚ, ako aj OECD (*pozri nižšie grafy*), čo sa týka priamych platieb pacientov (out-of-pocket payments), ktoré v priebehu pár rokov masívne vzrástli. A nedá sa to pripísať len na vrub „Zajacových 20- a 50-korunáčiek“ z reformných rokov 2003-2004. Tie boli totiž v roku 2006 zrušené, ale vysoká úroveň priamych platieb obyvateľstva zostala aj potom zachovaná. Problémom je, že tieto platby sú často neregulované, vznikajú živelne, osôh z nich majú väčšinou len jednotlivci, a nie celý zdravotnícky systém, pričom môžu neúnosným spôsobom dopadať na sociálne slabšie vrstvy obyvateľstva, ktorým sa tak de facto zhoršuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Aj MZ SR konštatuje zhoršujúcu sa cenovú dostupnosť (poplatky od pacientov) pre sociálne slabšie skupiny najmä v oblasti špecializovanej ambulantnej a stomatologickej zdravotnej starostlivosti. Preto viacerí odborníci odporúčajú, aby ministerstvo zdravotníctva a vláda SR prestali odmietať zavedenie regulovanej spoluúčasti pacientov, ktorá by o.i. zlegalizovala dnes už aj tak vyrubované poplatky, niektoré by zakázala, niektoré nové by naopak umožnila a stanovila by ochranný limit pre sociálne odkázaných. Bolo by to dokonca aj sociálnejšie riešenie, ako je ponechanie dnešného stavu, kedy máme v oblasti nárokov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti socializmus na papieri, ale v realite tu vládne divoký kapitalizmus s rozvinutou korupciou.

Priame platby pacientov (ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2008)



Zdroje: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database

Vývoj priamych platieb pacientov v krajinách V4 (ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo)



Zdroj: OECD Health Data 2010

Univerzálny nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe povinného verejného zdravotného poistenia majú všetci občania Slovenska. Pokrýva prakticky celú zdravotnú starostlivosť s výnimkou malej časti výkonov (napr. v zubnom lekárstve a kozmetickej chirurgii), ako aj s výnimkou časti nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré platia pacienti v hotovosti.

Malé zmeny doplatkov pacientov za lieky prichádzajú takmer s každou štvrťročnou kategorizáciou liekov, pričom pozorujeme trend ich celkového zvyšovania pri súčasnom znižovaní cien liekov v SR, (najmä čo sa týka porovnania so zahraničím) ktoré sa pravdepodobne ešte zvýrazní od 1. apríla 2012, kedy má začať platiť referencovanie cien liekov na úrovni druhej najnižšej ceny v EÚ. Zvyšovanie doplatkov je v súlade s odporúčaniami expertov (napr. aj tých z OECD), keďže Slovensko patrí medzi krajiny OECD, kde sú súkromné výdavky na lieky merané ako podiel na celkových výdavkoch na lieky najnižšie.

Na druhej strane je však Slovensko nad priemerom krajín EÚ, ako aj OECD, čo sa týka priamych platieb pacientov (*out-of-pocket payments*), ktoré v priebehu pár rokov masívne vzrástli. A nedá sa to pripísať len na vrub „Zajacových 20- a 50-korunáčiek“ z reformných rokov 2003-2004. Tie boli totiž v roku 2006 takmer všetky zrušené, ale vysoká úroveň priamych platieb obyvateľstva zostala aj potom zachovaná. Dôvodom je nekontrolovateľný nárast rôznych polooficiálnych poplatkov, ktoré nie sú vôbec, alebo sú len veľmi slabo regulované. Podľa správy MZ SR (2011) nie sú k dispozícii dôkladné analýzy rozsahu tohto fenoménu. V praxi sa vyberajú poplatky napríklad za klubové karty, ročné poplatky za dispenzarizáciu v súkromných centrách, poplatky za rozlične definovanú nadštandardnú starostlivosť a nadštandardné služby, poplatky za výber lekára, operátora alebo pôrodníka a čoraz širšie poskytovaná zdravotná starostlivosť u nezmluvných poskytovateľov alebo na vlastnú žiadosť. V neposlednom rade stále pretrváva nepresne zmapovaná oblasť šedej ekonomiky najmä v ústavných zdravotníckych zariadeniach, kde sa lekárom neoficiálne poskytujú rôzne úhrady za prednostné ošetrenia alebo výber lekára. Ani analýzy tohto fenoménu nie sú verejne k dispozícii. Podľa názoru MZ SR existuje odôvodnená obava, že ak sa nezvýši rozsah a miera financovania zdravotníctva z verejných zdrojov, finančná záťaž pacienta bude stúpať a cenová dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre sociálne slabé skupiny bude klesať. Vzhľadom na kritickú situáciu v celých slovenských verejných financiách však nemožno očakávať nejaký skokovitý výrazný nárast financovania zdravotníctva z verejných zdrojov. Skôr je potrebné urobiť poriadok v týchto poplatkoch, treba ich legislatívne ukotviť a regulovať, aby sa nešírili živelne a nekontrolovateľne. A aby nárast súkromných platieb nezaťažil neúnosným spôsobom peňaženky sociálne najslabších skupín obyvateľstva, je nutné pre ne zaviesť ochranný horný strop na priame platby. MZ SR predstavilo v druhej polovici 2011 návrh, ktorý mal zo zákona umožniť vyberať poplatky za prednostné vyšetrenia, nadštandardnú izbu, výber operátora a čiastočne uhrádzané alebo vôbec neuhrádzané lieky a presnejšie určiť legislatívne mantinely pre tieto poplatky. Ministerský návrh však de facto iba kopíroval a "legalizoval" zaužívanú prax s výberom týchto poplatkov v slovenských nemocniciach. Z návrhu napokon vypadol i poplatok za pobyt v nemocnici, ktorý presadzovali samotné nemocnice najprv vo výške 4 EUR/deň a neskôr vo výške 2,5 EUR/deň. Podľa nášho názoru je logické, aby hospitalizovaní pacienti platili za pobyt a stravu v nemocnici aspoň to, čo by inak museli tiež zaplatiť (za stravu, pranie posteľnej bielizne, elektrinu a pod.), keby zostali doma. Návrh sa nakoniec nedostal ani na rokovanie vlády SR.

Vláda I. Radičovej schválila na začiatku roka 2011 pre nízkoprijemných (príjem do 372,25 EUR) dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých ochranný horný limit, ale len na doplatky za niektoré lieky (ktoré sú hradené zdrav. poisťovňou minimálne vo výške 75%), pričom dôchodcovia budú mať nárok na vrátenie peňazí, ak prekročia za štvrtýrok hranicu 45 EUR na doplatkoch za najlacnejšiu alternatívu lieku. U ZŤP je to 30 EUR. Za 3. štvrtýrok 2011 vrátili zdravotné poisťovne vyše 6000 dôchodcom a ZŤP každému v priemere 15 EUR za doplatky na lieky. Od 1. decembra je účinná zmena v zákone, ktorá rozširuje počet liekov započítavaných do ochranného limitu. Budú k nim patriť všetky predpisové lieky, (a už nie len tie, ktoré sú hradené zdravotnou poisťovňou minimálne vo výške 75%), ktorých úhradu aspoň čiastočne hradí zdravotná poisťovňa. Prvýkrát sa táto zmena využije v praxi za prvý štvrtýrok 2012, pacienti ju teda pocítia pri vracaní doplatkov v júni 2012.

Čakacie zoznamy

Slovenská legislatíva upravuje podmienky na vytváranie čakacích zoznamov na poskytnutie plánovanej (odkladnej) zdravotnej starostlivosti, avšak má svoje nedostatky. Pravidlá na vytváranie a vedenie čakacích zoznamov boli doteraz podľa mnohých analytikov len formálne, málo zrozumiteľné a nedostatočne vynútiteľné, čo vytváralo priestor pre rôzne informálne platby či korupciu a nerovný prístup niektorých pacientov k včasnej liečbe. MZ SR preto navrhlo doprecizovať tieto pravidlá. Čakacie listiny by mali byť vytvorené pre všetky diagnostické a terapeutické výkony, ktoré budú poskytnuté viac než 1 mesiac od indikácie. Momentálne sú však zdravotné poisťovne povinné viesť čakacie zoznamy „len“ v rámci týchto šiestich vybraných diagnóz - choroby oka, obehovej sústavy, svalovej a kostrovej sústavy, mamografia, vrodené chyby a hyperfunkcia. Plánovaná zdravotná starostlivosť by mala byť poskytnutá v lehote do 12 mesiacov od zaradenia do zoznamu vedeného zdravotnou poisťovňou a v kratšom termíne pri zobrazovacích metódach (diagnóza), ambulantnej starostlivosti, onkologickej starostlivosti. Čakacie lehoty by poisťovne mali zverejňovať podľa jednotlivých poskytovateľov, čím sa umožní ich porovnateľnosť.

VšZP mala k októbru 2011 na čakacích listinách vyše 8000 poistencov, Dôvera takmer 2400 a Union necelých 90 pacientov. Poisťovne zhodne tvrdia, že ich poistenci nečakajú napriek kríze na zákroky dlhšie ako v minulosti. Priemerná čakacia doba na plánované zákroky je vo VšZP 3-6 mesiacov. Najviac poistencov čaká na operácie pohybového ústrojenstva, potom na operácie kardiovaskulárneho systému a na operácie očí. Najdlhšie sa čaká na výmenu bedrového kĺbu, v niektorých nemocniciach aj dlhšie ako rok.

Dlh

Dlhodobým a jedným z najväčších problémov slovenského zdravotníctva je jeho zadlženosť, ktorá sa nedarí udržateľným spôsobom dostať pod kontrolu. Hlavnými príčinami tohto stavu sú tzv. mäkké rozpočtové obmedzenia (soft budget constraints) v sektore zdravotníctva, nekryté zvyšovanie plátov zdravotníckych pracovníkov, zákonný nárok na takmer neobmedzený rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, poskytovanie starostlivosti bez jej krytia zdrojmi, nehospodárnosť, netransparentnosť, korupcia.

Medziročný nárast dlhu v rezorte zdravotníctva v roku 2010 bol 91,98 mil. EUR oproti roku 2009. Predstavuje to priemerný mesačný rast 7,7 mil. EUR. Z vývoja záväzkov po lehote splatnosti v jednotlivých kategóriách je zrejmé, že najväčší nárast zadlženosti nastal u štátnych nepretransformovaných zdravotníckych zariadení, ktoré sú v pôsobnosti MZ SR (vid' tabuľka nižšie).

Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva

údaje sú uvádzané kumulatívne od 1.1.2005

v mil. €

Zdravotnícke zariadenia	k 31.12. 2005	k 31.12. 2006	k 31.12.2007	k 31.12.2008	k 31.12.2009	k 31.12 2010
- v pôsobnosti MZ SR	67,48	147,22	193,92	195,55	115,45	209,36
- transformované na akciové spoločnosti	x	0,05	0,02	0,05	0,04	0,05
- delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	79,13	75,52	71,50	76,71	77,51	75,76
Zdravotné poisťovne	40,40	3,22	2,39	0,40	0,19	0,00
DLH SPOLU	187,01	226,01	267,83	272,71	193,19	285,17

Zdroj: Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12. 2010; MZ SR, apríl 2011

Značný nárast dlhu v priebehu roka 2010 zapríčinilo podľa MZ SR viacero faktorov, ale medzi najpodstatnejšie podľa rezortu patrí plošné zníženie platieb za výkony za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnými poisťovňami jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ďalším faktorom, ktorý podľa ministerstva dlhodobo negatívne vplýva na hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, je neuhrádzanie všetkých realizovaných a uznaných výkonov zo strany zdravotných poisťovní nad zmluvný objem. MZ SR konštatuje, že celková situácia znížených príjmov od zdravotných poisťovní bola spôsobená stavom a výkonnosťou ekonomiky, kde kríza v hospodárstve a zvyšujúca sa nezamestnanosť, keď sa počet ekonomicky aktívneho obyvateľstva znižoval, mal za dôsledok nižšie príjmy, pokles rastu priemerných miezd a celkovú nižšiu platobnú disciplínu platiteľov, čo spôsobilo, že zdravotné poisťovne nezvyšovali objemy platieb za výkony pre jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V priebehu roka 2010 boli prvýkrát platené úroky z návratnej štátnej finančnej výpomoci poskytnutej 25 štátnym zdravotníckym zariadeniam v roku 2009 na 15 rokov v celkovej výške 130 mil. EUR. Z celkového počtu 25 zdravotníckych zariadení zaplatilo úroky v plnej výške 15 zdravotníckych zariadení. V médiách sa objavili informácie, že niektoré nemocnice meškajú so splácaním, čo len potvrdilo názory mnohých odborníkov, ktorí vyjadrovali značné pochybnosti o schopnosti nemocníc splácať túto štátnu výpomoc.

Do konca roka 2011 mala byť podľa plánu transformovaná väčšina štátnych nemocníc na akciové spoločnosti. V rámci tohto procesu vláda SR a NR SR na návrh ministra zdravotníctva odpustila nemocniciam vyššie spomínanú pôžičku 130 mil. EUR a ešte k tomu schválila 350 mil. EUR na ich ďalšie oddĺženie. Presné údaje o celkovej zadlženosti štátnych nemocníc pred oddlžovaním v roku 2011 nie sú známe, v médiách sa hovorilo o sume okolo 500 mil. EUR. Po páde vlády na jeseň 2011 a po prevzatí viacerých vládnych kompetencií v zásadných hospodárskych a sociálnych otázkach prezidentom SR, tento aj pod tlakom protestujúcich lekárov pozastavil transformáciu nemocníc. Keďže nenávratná finančná štátna výpomoc bola podmienená transformáciou nemocníc, bolo logickým rozhodnutím ministra financií stopnúť oddlžovanie a preklasifikovať túto výpomoc na návratnú finančnú výpomoc, teda na pôžičku, keďže v opačnom prípade by oddlžovanie mohlo byť zo strany EÚ považované za nepovolenú štátnu pomoc. Do zastavenia transformácie sa na oddĺženie použilo vyše 300 mil. EUR, pričom sa štátu na zľavách na istine a príslušenstve podarilo ušetriť odhadom 26 mil. EUR. Výška zľavy sa pri jednotlivých veriteľoch pohybovala od 1% až do 10%.

Vplyv hospodárskej krízy na zdravotníctvo

Hospodárska kríza urýchlila určité ozdravné procesy v slovenskom zdravotníctve, ktoré by bolo nutné podniknúť tak či tak, nakoľko zdravotný systém v SR, ako bol a ešte stále je nastavený, je neudržateľný. Zjednodušene: v zdravotníctve SR má každý nárok na všetko – zdroje však nie sú k dispozícii na všetko - preto nárast dlhu, alebo čakacích dôb, alebo znižovanie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti; zároveň živná pôda pre korupciu a rôzne polooficiálne platby.

Navrhované a prijímané racionalizačné opatrenia zdravotných poisťovní, ako aj poskytovateľov majú v krátkodobom horizonte nepriaznivý dopad na dostupnosť zdravotnej starostlivosti (menej peňazí na úhradu výkonov, menej zazmluvnených lekárov a sestier, redukcia nemocničných lôžok a pod.), čo môžu rôzne skupiny obyvateľstva (rozdelené podľa veku, bohatstva, chorobnosti či bydliska) pociťovať rôznou intenzitou.

Napriek kríze však celkové príjmy zdravotných poisťovní medziročne stúpajú. A to i napriek tomu, že poisťovne evidovali pokles či stagnáciu platieb poisťného najmä u zamestnávateľov, zamestnancov a samostatne zárobkovo činných osôb. V roku 2011 pridal štát do systému za svojich poistencov dokonca nižšiu sumu oproti predošlému roku nielen percentuálne, ale aj v absolútnych hodnotách (*pozri tabuľky nižšie*). Podľa odhadov MF SR narastú na hotovostnej báze celkové príjmy zo zdravotného poistenia medziročne o 176 mil. EUR, čo predstavuje rast o 5%. Tieto čísla však neberú do úvahy časovú príslušnosť ročného zúčtovania a horší makroekonomický vývoj, ktorý predpokladá inštitút HPI. Podľa konzervatívnejších odhadov HPI budú môcť poisťovne v roku 2012 nakladať v porovnaní s rokom 2011 so sumou len o necelých 5 mil. EUR väčšou, čo je nárast len o 0,1% (*pozri nižšie tabuľky*.)

Platba štátu za svojich poistencov (ako percento z priemernej mzdy spred 2 rokov)

2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*
4,50%	4,90%	4,78%	4,32%	4,00%	4,00%

* = sadzba určená podľa zákona o štátnom rozpočte na roky 2011-2013

Zdroj: INEKO

Tabuľka 1: Zdroje z výberu poisťného, v tis. €

(v tis. eur)	2008 S	2009 S	2010 S	2011 OS	2012 N	2013 N
Príjmy od EAO (bez RZZP)	2 232 510	2 162 275	2 217 495	2 356 022	2 446 219	2 564 708
Príjmy od EAO (RZZP)	24 321	18 600	13 127	17 925	18 489	19 382
Príjmy za poistencov štátu (preddavky)	997 457	1 162 382	1 282 803	1 197 816	1 218 096	1 256 207
Príjmy za poistencov štátu (RZZP)	-7 334	-4 130	58 422	9 733	75 000	0
Vybrané zdroje spolu	3 246 954	3 339 128	3 571 847	3 581 496	3 757 804	3 840 297
Medziročný nárast		92 173	232 720	9 649	176 308	82 493

Poznámky: S... skutočnosť, OS... očakávaná skutočnosť, N... návrh, RZZP... ročné zúčtovanie zdravotného poistenia, EAO... ekonomicky aktívne obyvateľstvo

Zdroj: MF SR, 2011

Tabuľka 3: Zdroje ZP po úprave o časový posun RZZP a o zhoršený makroekonomický vývoj, v tis. €

	2008 S	2009 S	2010 S	2011 OS*	2012 N
Prijmy od EAO (bez RZZP)	2 232 510	2 162 275	2 217 495	2 356 022	2 414 569
Prijmy za poistencov štátu (preddavky)	997 457	1 162 382	1 282 803	1 197 816	1 218 096
Spolu	3 229 967	3 324 657	3 500 298	3 553 838	3 632 665
Prijmy od EAO (RZZP - ročne posunuté)	18 600	13 127	17 925	18 489	19 382
Prijmy za poistencov štátu (RZZP - ročne posunuté)	-4 130	58 422	9 733	75 000	0
RZZP Spolu	14 470	71 549	27 658	93 489	19 382
Prijmy ZP plus RZZP (ročne posunuté)	3 244 438	3 396 206	3 527 956	3 647 327	3 652 047
Medziročný nárast		151 769	131 750	119 371	4 720

Poznámky: S ... skutočnosť, OS ... očakávaná skutočnosť, N ... návrh, RZZP ... ročné zúčtovanie zdravotného poistenia, EAO ... ekonomicky aktívne obyvateľstvo

Zdroj: Kalkulácie HPI na základe makroekonomickej prognózy z časti I

In: Zdravotná politika 1/2012, HPI

Konsolidácia verejných financií a zdravotníctvo

Deficit verejných financií za roky 2009 a 2010 dosiahol v SR výšku takmer 8%, na roky 2011 a 2012 je rozpočtovaný na úrovni 4,9%, resp. 4,6% HDP, a tak konsolidácia verejných financií zákonite nemohla obísť ani sféru zdravotníctva, ktoré navyše generovalo stále nové dlhy. Ministerstvo financií SR určilo, že pre rok 2011 bude za 3,1 mil. svojich poistencov (nezaopatrené deti, študenti, dôchodcovia, nezamestnaní, ľudia starajúci sa o deti do veku 3 rokov) odvádzať do zdravotníctva (relatívne aj absolútne) nižšiu sumu ako rok predtým (*pozri tabuľku*), čo sa stretlo s veľkou nevôľou v zdravotníckom stave. Nižšia platba štátu má byť podľa plánov kompenzovaná čiastočne vyšším výberom zdravotných odvodov, nakoľko sa zväčšil vymeriavací základ pre výpočet zdravotného poistného (t.j. z väčšieho okruhu príjmov sa platí poistné). Zvyšný rozdiel sa má podľa predstáv MF SR usporiť racionalizáciou vnútri zdravotníctva, ktorá počas roku 2011 aj skutočne prebiehala (napr. zlepšenie hospodárenia zadlženej VŠZP prijímaním úsporných (aj personálnych) opatrení, zrušenie nadbytočných lôžok v zdravotníckych zariadeniach, spájanie duplicitných nemocničných oddelení, úprava úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a pod.). V rokoch 2012 a 2013 by mal pokles platby štátu pokračovať na úroveň 4% z priemernej mzdy spred dvoch rokov.

Výška platieb štátu za svojich vlastných poistencov

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Percento z priemernej mzdy	4%	4,33%	4,5%	4,9%	4,78%	4,32%
Absolútna suma (v mil. EUR)	773	893	979	1 162	1 283	1 198 (p)
Percento z HDP	1,4%	1,5%	1,5%	1,8%	1,9%	

Pozn.: (p) – prognóza

Zdroj: Ministerstvo financií SR

Niektoré ďalšie opatrenia prijaté v sledovanom období (január 2011 - február 2012):

(pozn.: informácie boli čerpané aj z Národného programu reforiem SR 2011 – 2014)

- novela zákona o zdravotnom poistení - rozšírenie okruhu platiteľov poistného; rozšírenie vymeriavacieho základu na výpočet poistného o ďalšie typy príjmov (napr. odstupné, odchodné, dividendy)
- novela zákona o zdravotných poisťovniach – sprísnenie kritérií na posudzovanie platobnej schopnosti poisťovní; povinnosť zverejniť na internete všetky zmluvy zdravotných poisťovní s poskytovateľmi; opätovné posilnenie nezávislosti ÚDZS oslabením kompetencií vlády pri odvolávaní jeho predsedu; schválenie ochranného horného limitu na doplatky za lieky pre dôchodcov a ťažko chorých; zrušenie povinnosti odporúčacích (tzv. výmenných) lístkov všeobecných lekárov pri návšteve pacienta u špecialistu; legislatíva umožňujúca zaviesť tzv. DRG-systém (platbu za diagnózu) pri odmeňovaní lôžkových zariadení
- optimalizácia a iná definícia verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými sú zdravotné poisťovne povinné uzavrieť zmluvy – zrušenie koncovej siete nemocníc obsahujúcej len štátne zariadenia, čím sa odstránilo zvýhodnenie 34 štátnych nemocníc, s ktorými museli poisťovne uzavrieť zmluvy, čo obmedzovalo ich zmluvnú voľnosť a selektívny kontraktng (poisťovne sú v súčasnosti povinné uzatvoriť zmluvu aj so všetkými všeobecnými lekármi a lekárňami, ako aj s určeným počtom lekárov špecialistov a nemocníc)
- lekári prišli s požiadavkou, aby boli pohotovosti otvorené len do desiatej hodiny večer; MZ SR s touto požiadavkou súhlasilo aj kvôli neefektívnosti tejto služby v neskorých nočných hodinách, kedy ju nevyužívalo dostatočné množstvo pacientov – opatrenie účinné od apríla 2012
- zmena vyhlášky MZ SR o čakacích zoznamoch s cieľom zvýšiť transparentnosť zaradovania poistencov do zoznamu zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, zlepšiť porovnateľnosť a skrátiť čas čakania – max. do 12 mesiacov od zaradenia do zoznamu a v kratšom termíne pri zobrazovacích metódach (diagnóza), ambulantnej starostlivosti a onkologickej starostlivosti
- legislatívne zadefinovanie miery nákladovej efektívnosti liečby, ktorá sa už z pohľadu spoločnosti nepovažuje za prínosnú, a to prostredníctvom stanovenia akceptovateľnej ceny jedného kvalitného roku života (tzv. QALY (*quality-adjusted life year*)) vo výške 24-násobku až 35-násobku priemernej mesačnej mzdy - referenčnej priemernej mesačnej mzdy za jeden získaný rok života štandardizovanej kvality – prijaté v rámci nového zákona o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia
- zavedenie tzv. generickej preskripcie, teda predpisovania liekov podľa názvu účinnej látky - lekárne budú mať povinnosť ponúknuť pacientovi generickú alternatívu s najnižším doplatkom; MZ SR si od tohto opatrenia sľubuje zlepšenie informovanosti pacientov, obmedzenie indukovanej preskripcie a spotreby liekov a väčšiu cenovú súťaž medzi výrobcami liekov, medzi dodávateľmi liekov, ako aj medzi lekárňami, čo by malo mať za následok nižšie doplatky ľudí za lieky, ako aj zníženie verejných výdavkov na lieky – v rámci prerokovania v parlamente bol tento inštitút oslabený tým, že lekári popri povinnom udaní účinnej látky pri určitých v zákone špecifikovaných liekoch môže na recept napísať aj obchodný názov lieku, tak ako to bolo doteraz
- sprísnenie súčasného systému referencovania cien liekov, a to tak, že cena lieku v SR nebude môcť prekročiť úroveň druhej najnižšej ceny spomedzi krajín EÚ (v súčasnosti nemôže presiahnuť priemer 6 najnižších cien spomedzi krajín EÚ) – účinnosť od 1.4.2012

- zvýšenie vplyvu farmakoekonomického posudzovania lieku pri jeho zaradovaní medzi hrazené lieky a pri stanovovaní, resp. zvýšení miery úhrady; revízia súčasne hrazených liekov na základe farmakoekonomických kritérií – posilnenie farmakoekonomiky bolo prijaté v zákone, avšak dôležité bude, ako poctivo (či nie len formálne) to bude aplikované v praxi, a či budú na to dostatočné odborné kapacity
- pružnejšia kategorizácia liekov (zaradovanie a vyradovanie do/zo zoznamu hrazených liekov) – vyradenie zo zoznamu úhrad, ak nie je účinnosť lieku v dostatočnej miere podložená výsledkami klinických skúšok; nové lieky budú kategorizované dočasne na 2 roky, potom bude treba dokázať ich účinnosť a efektívnosť; zrýchlenie a zjednodušenie vstupu generických liekov na trh – spružnenie flexibility kategorizácie liekov bolo významnou časťou prínosnej reformy liekovej politiky
- zavedenie jasných pravidiel pri procese kategorizácie liekov s cieľom urobiť tento proces transparentnejším a nezávislejším – zverejňovanie odborných odporúčaní, žiadostí, podnetov a rozhodnutí vo veciach kategorizácie, ako aj konfliktov záujmov zúčastnených, zákaz návštev reprezentantov farmaceutických firiem u lekára počas ordinačných hodín, zákaz darovania akýchkoľvek peňažných či nepeňažných darov alebo výhod pre lekárov od zástupcov farmaceutických spoločností (napr. sponzorovanie účasti lekára na kongrese) a pod. – podobne ako pri predošlom bode väčšia transparentnosť pri procese cenotvorby a predpisovania liekov bola významnou časťou reformy liekovej politiky; prijatie vyplynulo aj z „kauzy Prevenar“, kedy bola netransparentným spôsobom uprednostnená firma Pfizer pri výbere vakcíny proti pneumokokom (otázna je tiež povinná vakcinácia všetkých detí v SR proti tejto chorobe), pričom sa v procese kategorizácie vyskytli aj závažné konflikty záujmov zúčastnených
- umožnenie tzv. vernostných programov aj na hrazené lieky na predpis s cieľom znížiť doplatky pre pacientov; obava malých lekární pred monopolizáciou lekárenstva zo strany veľkých sietí lekární – chybou bolo, že pri vernostných programoch nebol zachovaný tzv. fixný doplatok za lieky, teda stály pomer úhrady zdravotnej poisťovne a doplatku poistenca za predpísaný liek
- ročné zúčtovanie zdravotných odvodov budú robiť od roku 2012 namiesto poisťencov samotné zdravotné poisťovne – prijaté poslaneckým návrhom
- prinavrátenie možnosti zdravotným poisťovniam ponechať si vytvorený zisk pri dodržaní týchto podmienok: povinné použitie zisku na tvorbu rezervného fondu až do výšky 20% splateného základného imania a povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poisťencov zaradených v čakacích zoznamoch (predošlá vláda prikázala, že celý vytvorený zisk musia zdravotné poisťovne použiť na úhradu zdravotnej starostlivosti; majitelia súkromných poisťovní Dôvera a Union preto vstúpili do arbitrážneho konania, v ktorom požadovali od SR kompenzáciu za poškodenie investície; obmedzenie použitia zisku napadla aj Európska komisia, ktorá v novembri 2009 začala voči SR konanie s podozrením, že došlo k porušeniu pravidiel pre voľný pohyb kapitálu); Ústavný súd SR rozhodol, že zakázanie zisku poisťovní bolo protiústavným krokom predošlej vlády
- zákonom o liekoch sa tiež zlegálnila možnosť vytvárať siete lekární na úrovni VÚC; doteraz museli siete lekární tento formálny zákaz obchádzať
- racionalizačné a úsporné opatrenia štátnej VŠZP – nezazmluvnenie približne 200 špecialistov, zrušenie asi 3000 prebytočných nemocničných lôžok, odzmluvnenie približne 150 duplicitných a neefektívnych nemocničných oddelení; preferovanie (aj finančná motivácia) jednoduchovej zdravotnej starostlivosti
- prijatie zákonov o minimálnych mzdových nárokoch lekárov a zdravotných sestier

Plánované opatrenia, ktoré sa nestihli, alebo nepodarili prijať v sledovanom období:

- zavedenie zrozumiteľného systému merania kvality a akreditácie poskytovateľov, vrátane nemocníc - do konca roka 2011 sa mal prijať nový rozšírený zoznam indikátorov kvality, ktoré majú byť nastavené tak, aby na rozdiel od súčasného stavu skutočne a zmysluplne hodnotili a diferencovali poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; hodnoty indikátorov, ako aj rebríčky kvality poskytovateľov mali byť zverejnené minimálne raz ročne v užívateľsky prijateľnej podobe s cieľom zvýšiť informovanosť pacientov, pričom raz za 3 roky mali byť indikátory revidované
- umožnenie predaja časti voľnopredajných (tzv. OTC - Over-the-counter) liekov, teda liekov vydávaných bez lekárskeho predpisu, aj mimo lekární a uvoľnenie predaja liekov aj cez internet s cieľom zvýšiť konkurenčný tlak na trhu s liekmi a zlepšiť ich celkovú dostupnosť pre spotrebiteľov, ako aj znížiť objem výdavkov na ne – prebehla určitá odborná debata, ktorá ale nevyústila do schválenia možnosti predaja OTC liekov i mimo lekární
- zavedenie dobrovoľného pripoistenia nad rámec povinného základného balíka zdravotnej starostlivosti – diskusia sa odvíjala vo viacerých smeroch: pred pripoistením je potrebné jednoznačné stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia (tzv. základný balík) a jeho zúženie, nakoľko možnosť individuálneho zdravotného poistenia v SR je legislatívou povolená už aj dnes, lenže sa kvôli príliš širokému základnému balíku nerozvinula; minister zdravotníctva uprednostňoval cestu pripoistenia, a nie je fanúšikom zavádzania paušálnych poplatkov za hospitalizáciu či priamej spoluúčasti pacientov na financovaní svojej liečby
- zavedením systému platby za diagnostické skupiny (tzv. DRG - Diagnosis-Related Groups) docieľiť efektívnejší, transparentnejší a spravodlivejší systém financovania lôžkovej zdravotnej starostlivosti, keďže každá nemocnica bude dostávať za rovnaký štandardný výkon pri rovnakej diagnóze rovnaký objem peňazí od zdravotnej poisťovne; DRG-systémom sa zlepšia možnosti porovnávania jednotlivých zdravotníckych zariadení - ľahšie rozhodovanie a kontrola zo strany poisťovní – zavádzanie komplexného DRG-systému si objektívne vyžaduje veľa času, takže v skrátenom volebnom období to nešlo uskutočniť; na druhej strane je však pravdou, že práce na implementovaní DRG výrazne pokročili za tejto vlády a ÚDZS dokonca v decembri 2011 už aj uzavrel zmluvu s nemeckým Inštitútom pre úhradový systém v nemocniciach (InEK), ktorej predmetom je spolupráca pri vývoji a zavádzaní DRG systému na Slovensku – SR teda prevezme nemecký model DRG
- rozšírenie kritérií pre prerozdeľovanie príjmov zdravotných poisťovní na kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov o ukazovatele zdravotného stavu - chronické užívanie liekov (tzv. farmaceutické nákladové skupiny (PCG - *Pharmaceutical Cost Groups*)) - tým sa má zmenšiť priestor na selekciu nízkonákladových poistencov poisťovňami a zvýšiť motivácia poskytovať aj chronickú alebo nákladnú starostlivosť; (doteraz sú kritériami prerozdeľovania pohlavie a vek poistencov, a od roku 2010 aj ekonomická aktivita, t.j. počet poistencov, za ktorých platí odvody štát) – práce na zavádzaní nového „prerozdeľováku“ pokročili, ale v sledovanom období sa nestihli finalizovať
- elektronizácia zdravotníctva – projekt eHealth – projekt bol prehodnotený a prepracovaný, po novom by mal byť financovaný z eurofondov
- zavedenie jednotného výberu daní a odvodov (projekt UNITAS) s cieľom zlepšiť a zefektívniť výber odvodov - po novom by už odvody nemali vyberať zdravotné poisťovne, resp. Sociálna poisťovňa, ale daňové úrady; predbežný plán počítal s touto zmenou ku koncu volebného obdobia 2010-2014 (návrh na zrušenie zdravotných

odvodov a príjmy pre zdravotníctvo získavať cez dane, ktoré sa zvýšia, však nebol akceptovaný)

- transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti do konca roku 2011 s cieľom zvýšenia efektívnosti a transparentnosti pri riadení nemocníc – lekárske odbory, ako aj politická opozícia kritizovali tento proces, boli proti nemu; obávali sa, že po transformácii budú tieto zariadenia privatizované, čo však odmietala aj terajšia vláda; diskusia prebiehala tiež ohľadom toho, či sa transformácia všetkých štátnych nemocníc stihne do stanoveného termínu, a či budú potrebné a ministerstvom financií uvoľnené prostriedky na oddĺženie týchto nemocníc pred ich transformáciou (počas reformy z rokov 2003-2004 došlo k transformácii predovšetkým menších a stredných nemocníc z verejnoprávnych spoločností na akciové spoločnosti a neziskové organizácie; súčasne s transformáciou prechádzali zariadenia z vlastníctva štátu do vlastníctva miest a samosprávnych krajov; pred parlamentnými voľbami v roku 2006 vláda transformáciu na akciové spoločnosti zastavila; najväčšie tzv. fakultné nemocnice a špecializované ústavy tak ostali ako verejnoprávne inštitúcie vo vlastníctve štátu) – po páde vlády na jeseň 2011 a po prevzatí viacerých vládnych kompetencií v zásadných hospodárskych a sociálnych otázkach prezidentom SR, tento aj pod tlakom protestujúcich lekárov pozastavil transformáciu nemocníc; protestujúcim lekárom to však nestačilo a žiadali zrušiť transformáciu nemocníc aj legislatívne, čo sa im nakoniec i podarilo

Zdravotnícky personál

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov je v SR tradične relatívne na dobrej úrovni, čo dokazujú aj na slovenské pomery relatívne vysoké počty študentov z iných krajín Európy, ktorí študujú buď medicínu alebo farmáciu, a nielen v Bratislave. Prezident Slovenskej lekárskej komory (SLK) však upozornil na prieskum medzi slovenskými absolventmi lekárskeho fakult, ktorý ukázal, že ôsmi z desiatich plánujú odísť pracovať do zahraničia. Prezident SLK poukázal na nepriaznivý stav lekárskeho stavu v SR, keď jeho priemerný vek sa pohybuje medzi 55 až 57 rokmi. Chýba najmä stredná generácia lekárov, ktorí odchádzajú za lepšími pracovnými a platovými podmienkami do zahraničia, najmä do príbuznej Českej republiky, kde pre Slovákov neexistuje takmer žiadna jazyková či kultúrna bariéra a potom do nemecky a anglicky hovoriacich krajín Európy. Nedostatok lekárov sa podľa prezidenta SLK prejavuje najmä v chirurgii či röntgenológii a v menších mestách. Celkovo je na Slovensku približne 18 000 lekárov. Podľa údajov OECD a Eurostatu sa však počet lekárov na 1000 obyvateľov pohybuje na Slovensku okolo priemeru krajín OECD či EÚ.

Slabé vybavenie nemocníc a zlé pracovné a platové podmienky kvária aj zdravotné sestry. Podľa prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek situáciu komplikuje aj nedostatok sestier. Do dôchodku ich podľa nej každoročne odíde 1200 až 1600, ale zo škôl vyjde iba 500 nových absolventov, pričom minimálne 200 sestier odchádza za prácou do zahraničia. Vek zdravotných sestier sa preto zvyšuje. Podľa údajov komory je dnes na Slovensku viac ako 5000 zdravotných sestier vo veku 55-60 rokov. Priemerný vek slovenskej zdravotnej sestry je približne 47 rokov. Pri porovnaní s EÚ a krajinami OECD je počet zdravotných sestier na 1000 obyvateľov v SR na rozdiel od lekárov podpriemerný.

Rok	Počet sestier v SR
2009	32 710
2008	33 778
2007	34 040
2006	32 568
2005	32 319
2004	34 007
2003	35 113
2002	37 265
2001	39 073
2000	40 077

Zdroj: NCZI

Medzi vážne problémy zdravotníctva patrí podľa MZ SR (Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, 2011) zhoršenie stavu ľudských zdrojov predovšetkým v nemocniciach. Toto je dané migráciou kvalifikovaného zdravotného personálu do súkromnej ambulantnej sféry, ako aj do zahraničia. Hlavnými destináciami v zahraničí sú nemecky hovoriace krajiny, Česká republika, Veľká Británia a Írsko. V rámci Slovenska nachádzajú lekári uplatnenie v rámci súkromného sektora v oblasti farmaceutického priemyslu, verejnej správy, podnikateľských nezdravotných aktivít.

Osobitným problémom sa stáva migrácia zdravotníckych pracovníkov do zahraničia. Presné údaje o rozsahu migrácie nie sú dostupné. Najpresnejšie odhady sú v kategórii lekár, ktoré sa opierajú o údaje Slovenskej lekárskej komory a MZ SR. Odhaduje sa že v období rokov 2004–2009 odišlo do zahraničia asi 2800 slovenských lekárov, z toho do krajín EÚ 1800 lekárov a do Českej republiky asi 1000 lekárov. Z celkového počtu 18 000 lekárov tak možno odhadovať odchod asi 15%. Migrácia zo zahraničia na Slovensko je minimálna, v súčasnosti sa obmedzuje na individuálne príchody najmä z Ukrajiny a na zahraničných absolventov slovenských univerzít. Počet lekárov zahraničného pôvodu na Slovensku nepresahuje podľa údajov MZ SR 0,4% celkového počtu. Údaje o spätnej migrácii, t.j. návrate lekárov zo zahraničia absentujú úplne, odhady sa pohybujú na úrovni do 15% vycestovaných. Problém migrácie je veľmi závažný najmä z hľadiska vekovej štruktúry odchádzajúcich (absolventi a mladí atestovaní lekári) a zásadným spôsobom ovplyvňuje vekovú štruktúru slovenských lekárov. V horizonte 5–10 rokov sa tak podľa MZ SR črtá vážna hrozba nedostatku lekárov, obzvlášť v menej atraktívnych špecializáciách. Pokračuje trend starnutia populácie pracovníkov v zdravotníctve SR. Počet pracovníkov vo všetkých vekových skupinách do 54 rokov klesá a postupne sa zvyšuje vo všetkých vekových skupinách od 55 rokov. Zatiaľ čo v roku 2002 podiel pracovníkov vo veku nad 55 rokov predstavoval 8,59% z celkového počtu pracovníkov, v roku 2009 tvoril už 20,24%. Zatiaľ čo priemerný počet lekárov podľa údajov OECD na Slovensku v roku 2008 (3,3/1000 obyvateľov) je porovnateľný s priemerom EÚ (3,0), priemerný počet sestier (6,3/1000 obyvateľov) je v porovnaní s priemerom EÚ (9,8) výrazne nižší. Nedostatok sestier sa prejavuje predovšetkým v segmente starostlivosti o dlhodobo chorých.

T 7.3 Veková štruktúra pracovníkov v zdravotníctve SR (podľa rokov) za rok 2009

Vek. Kategória	Zdravotníckí pracovníci									Zdrav. Pracovníci spolu	Nezdrav. Pracovníci spolu	Pracovníci spolu
	Lekár	Zubný lekár	Farmaceut	Sestra	Pôrod. Asistentka	Laborant	Asistent	Technik	Iný zdrav. Pracovník			
00–19	0	0	0	3	0	37	85	2	0	127	55	182
20–24	65	9	95	1 127	68	391	991	46	19	2 811	939	3 750
25–29	1 729	201	463	2 806	112	405	830	115	173	6 834	1 677	8 511
30–34	1 474	184	366	5 032	112	573	1 300	226	189	9 456	2 352	11 808
35–39	2 529	258	315	5 301	202	725	1 707	242	195	11 474	3 055	14 529
40–44	1 943	171	227	4 752	308	767	1 467	221	192	10 048	3 435	13 483
45–49	1 811	167	326	4 625	303	933	1 637	213	225	10 240	4 312	14 552
50–54	2 537	421	414	4 649	290	797	1 767	265	259	11 399	5 272	16 671
55–59	2 946	625	403	3 168	309	612	1 328	217	226	9 834	4 152	13 986
60–64	1 591	332	168	959	54	142	259	149	87	3 741	1 124	4 865
65 a viac	1 174	265	140	288	11	23	35	36	28	2 000	341	2 341
Spolu	17 799	2 633	2 917	32 710	1 769	5 405	11 406	1 732	1 593	77 964	26 714	104 678

Zdroj: NCZI

In: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, MZ SR, 2011

T 7.8 Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR (za roky 2003–2009)

Rok	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65 a viac	Spolu
2003	69	1 408	2 255	1 702	1 742	2 945	2 846	1 826	962	456	16 211
2004	104	1 232	2 316	1 829	1 817	2 611	3 165	1 883	1 179	571	16 707
2005	98	1 109	2 037	1 933	1 732	2 277	3 216	2 064	1 198	654	16 318
2006	103	1 299	1 944	2 247	1 783	2 079	3 292	2 237	1 321	735	17 040
2007	155	1 442	1 799	2 562	2 000	2 031	3 281	2 527	1 497	925	18 219
2008	116	1 700	1 575	2 567	1 988	1 893	2 936	2 740	1 563	1 043	18 121
2009	65	1 729	1 474	2 529	1 943	1 811	2 537	2 946	1 591	1 174	17 799

Zdroj: NCZI,

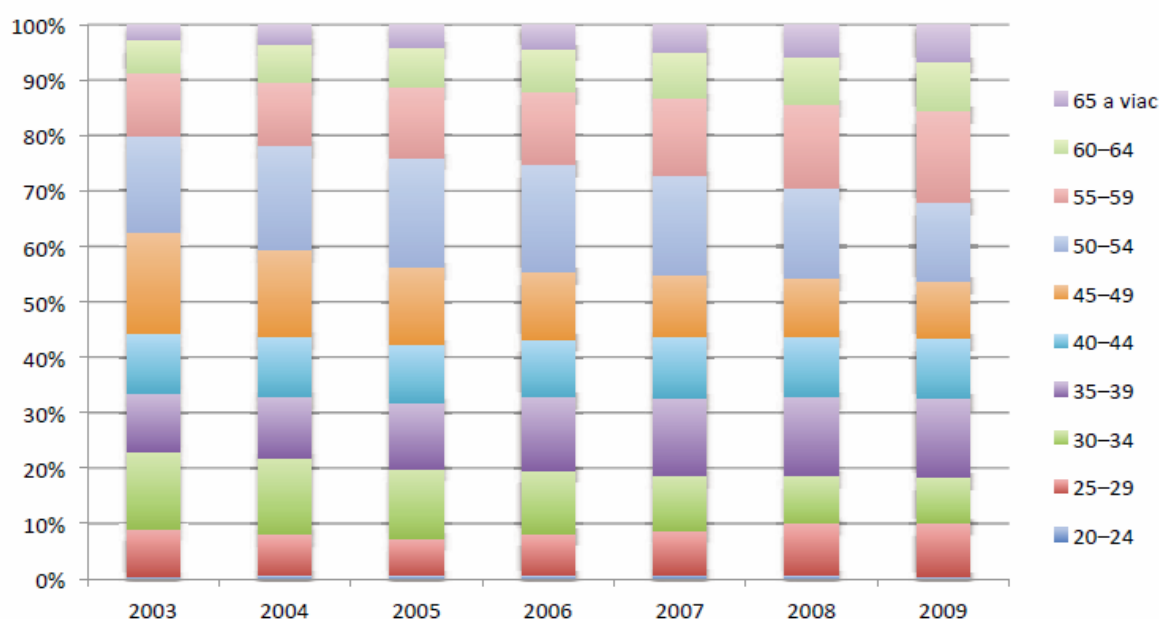
Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

evidenčný počet pracovníkov k 31. 12. sledovaného obdobia vo fyzických osobách

Poznámka:

Do roku 2002 boli údaje za lekárov a zubných lekárov vykazované spoločne.

G 7.1 Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2003–2009



Zdroj: NCZI,

Ročný výkaz o počte a štruktúre zamestnancov v zdravotníctve k 31. 12. sledovaného obdobia M(MZ SR) 1–01

In: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, MZ SR, 2011

Protestná akcia lekárov

Debata o nedostatku zdravotníckeho personálu na Slovensku sa oživila po spustení protestnej akcie v susednej Českej republike, kde lekári podávali hromadné výpovede s cieľom vyvinúť tlak na politikov, aby im citeľne zvýšili platy, čo sa nakoniec aj podarilo. Táto česká protestná akcia mala na Slovensku odozvu v dvojakej podobe. Najprv, v prípade prijatia hromadných výpovedí manažmentmi nemocníc, sa predpokladalo, že akútnu potrebu lekárov v ČR budú čiastočne saturovať lekári zo Slovenska, čo by zase malo za následok ich nedostatok v SR. Po februárovom úspešnom dosiahnutí požiadaviek českých lekárov a stiahnutí ich hromadných výpovedí sa o podobnú protestnú akciu pokúsili aj niektorí lekári v SR, pričom ich nátlak, ktorý bol Lekárskym odborovým združením (LOZ) vyšpičkován až do extrému a vynútil si v niektorých veľkých nemocniciach až vyhlásenie núdzového stavu na prelome novembra a decembra 2011, prinútil vládu k ústupkom a prijatiu takmer všetkých požiadaviek protestujúcich lekárov.

Lekárske odbory (LOZ) už začiatkom roka 2011 vyjadrovali nesúhlas so situáciou v zdravotníctve a tvrdili, že ak MZ SR nesplní ich požiadavky, podajú na protest hromadné výpovede. Požiadavky formulovali do týchto štyroch základných bodov:

- Zabezpečiť dodržiavanie Zákonníka práce a Vyhlášky týkajúcej sa minimálneho materiálneho a personálneho zabezpečenia bez rozdielu vo všetkých zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.
- Zmeniť systém financovania zdravotníckych zariadení tak, aby platby zdravotných poisťovní odzrkadľovali reálne náklady na zdravotnú starostlivosť vrátane zohľadnenia ceny práce zdravotníckych pracovníkov.
- Zastaviť transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti. Zabezpečiť širokú odbornú diskusiu s profesijnými a odborovými organizáciami k tejto téme.
- Zabezpečiť legislatívnu garanciu postupného navýšenia základných plátov lekárov tak, aby najneskôr do 1. januára 2013 platy lekárov dosiahli minimálne 1,5- až 3-násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve, v závislosti od dosiahnutého vzdelania a dĺžky praxe.

V priebehu roka dalo LOZ ministerstvu zdravotníctva ultimátum na prijatie ich požiadaviek. Tie neboli pre LOZ uspokojujúco riešené, a tak rozbehli protestnú akciu s podávaním hromadných výpovedí lekárov. Deklaráciu o pripravenosti k ukončeniu pracovného pomeru podpísalo ku koncu augusta 2011 3827 lekárov z 51 nemocníc. Celkovo pracuje v slovenských nemocniciach (v lôžkovej ústavnej starostlivosti) asi 6500 lekárov. K 1. októbru 2011 podalo podľa údajov odborov výpovede vyše 2400 lekárov. Lekárski odborári pokračovali v nátlakovej akcii aj po páde vlády a po prevzatí niektorých kompetencií v zásadných ekonomických a sociálnych otázkach prezidentom SR, ktorý o.i. pozastavil transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti až do predčasných volieb. To ale odborárom nestačilo a požadovali legislatívne úplne zrušiť transformáciu nemocníc, čo sa nakoniec neskôr aj podarilo. Čím viac sa približoval začiatok decembra, kedy končila štandardná výpovedná lehota pre väčšinu protestujúcich lekárov, tým sa zintenzívňovali rokovania, ale značná neústupčivosť LOZ zabráňovala dospieť k akejkoľvek dohode. Neskôr sa rokovania viedli už len o požiadavke zvyšovania plátov. Odborári dokonca odmietli i návrh MZ SR na navýšenie základných plátov lekárov v priemere o 300 EUR. Pre porovnanie, podľa údajov Sociálnej poisťovne predstavoval priemerný starobný dôchodok na konci roka 2011 sumu 362 EUR. Verejná mienka sa začala výraznejšie preklápať proti protestujúcim lekárom, ktorí zobrali pacientov za rukojemníkov vo svojom boji o vyššie platy. Podľa prieskumu verejnej mienky agentúry Polis protest lekárskeho odboru nepodporovalo takmer 60% občanov. Premiérka ponúkla lekárske odbory Memorandum o úprave pomerov v zdravotníctve, kde boli zohľadnené všetky ich požiadavky. Odborári mali výhrady voči zneniu viacerých

ustanovení a Memorandum ešte odmietli podpísať. Dňa 29. novembra 2011 vyhlásila vláda SR núdzový stav v 15 nemocniciach, kde bol predpoklad, že môže byť v dôsledku výpovedí ohrozené poskytovanie akútnej zdravotnej starostlivosti. Najviac chýbali v nemocniciach anesteziológovia. K decembru výpoveď nestiahlo približne 1200 lekárov. Na humanitárnu pomoc prišlo dokonca aj 30 vojenských lekárov zo susednej Českej republiky. Nakoniec získali protestujúci lekárski odborári garancie na splnenie svojich požiadaviek, pristúpili k Memorandu, podpísali nové pracovné zmluvy s navýšeným platom a postupne nastupovali do služieb. Núdzový stav bol ukončený 8. decembra 2011. Ešte v decembri stihli poslanci NR SR schváliť v skrátenom legislatívnom konaní príslušné legislatívne zmeny, ktoré napríklad garantujú lekárom v zariadeniach ústavnej starostlivosti od roku 2012 minimálne mzdové nároky, t.j. minimálny základný plat: od 1.1.2012 najmenej 1,05-násobok priemernej mzdy v SR pre začínajúceho lekára a minimálne 1,60-násobok priemernej mzdy pre skúseného lekára; od 30.6.2012 min. 1,20-násobok, resp. 1,90-násobok priemernej mzdy (v Memorande sľúbená aj tretia fáza navýšenia, v zákone však nie je: od 1.1.2013 min. 1,25-násobok, resp. min. 2,3-násobok priemernej mzdy v SR). Vláda sa tiež zaviazala, že lekári nebudú musieť pracovať viac, ako stanovuje Zákonník práce a budú sa dodržiavať tzv. personálne normatívy, ktoré stanovuje vyhláška MZ SR. Personálne normatívy stanovujú okrem iného maximálny počet pacientov na jedného lekára v tej-ktorej špecializácii. Lekári, ktorí by museli napriek tomu odpracovať viac, budú odškodnení buď náhradným voľnom, plateným pracovným voľnom na ďalšie vzdelávanie alebo náhradou mzdy.

Medzi rokmi 2005 a 2008 vzrástli mzdy slovenských lekárov kumulatívne o 47%, mzdy sestier o 48%, pričom priemerné mzdy v národnom hospodárstve v tomto istom období sa zvýšili o 26% (zdroj: HPI). Štatistiky o priemerných platoch lekárov sú veľmi heterogénne, nepresné a nemajú jednotnú metodiku. Tak napríklad podľa Štatistického úradu SR zarobili zamestnaní lekári v roku 2010 hrubú mesačnú mzdu vrátane všetkých odmien, príplatkov a náhrad v priemere 1240 EUR, čo bolo 1,61-násobok priemernej mzdy v celej slovenskej ekonomike. Podľa údajov OECD zarobili zamestnaní všeobecní lekári v roku 2008 v hrubom 1537 EUR mesačne, čo predstavovalo 2,2-násobok priemernej mzdy v ekonomike, pričom takáto úroveň je už porovnateľná s väčšinou iných vyspelých štátov. Podľa dolného odhadu mimovládneho inštitútu INEKO zarábali slovenskí lekári (či už zamestnaní alebo s vlastnou praxou) v roku 2010 v priemere 1050 až 3200 EUR podľa odbornosti.

Českým príkladom sa inšpirovali i slovenské zdravotné sestry, ktoré tiež uvažovali o protestnom podávaní hromadných výpovedí, avšak nevydali sa touto nátlakovou cestou a usilovne vyjednávali s MZ SR o svojich požiadavkách, čo sa im nakoniec i vyplatilo. Okrem lepších plátov a podmienok na prácu žiadali kvôli náročnosti ich práce aj skorší odchod do dôchodku. To posledné sa im síce nepodarilo presadiť, ale po vzore lekárov bol vo februári 2012 schválený zákon o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek, ktorý určil sadzby minimálnych mzdových nárokov sestier a pôrodných asistentiek podľa dĺžky praxe a dosiahnutého stupňa vzdelania (od 640 EUR do 994 EUR).

Už teraz je možné konštatovať, že schválené zvýšenie plátov lekárov a sestier prinesie do slovenského zdravotníctva mnoho problémov, ktoré sa začínajú črtáť už na začiatku roka 2012. Na takéto výrazné navýšenie nie je v systéme totižto dostatok zdrojov. Niektoré nemocnice nevedia vyplatiť svojim lekárom vyššie mzdy, šéf Sociálnej poisťovne sa obáva neplatenia odvodov a zvyšovania zadlženosti nemocníc, zariadenia sociálnych služieb uvažujú, že zo zdravotných sestier urobia radšej lacnejšie opatrovatelky, nešťatní lekári zamestnávajúci zdravotné sestry sa ponosujú, že po povinnom navýšení ich plátov budú v strate, atď.

Hodnotenie kvality slovenského zdravotníctva

Poctivé meranie kvality na všetkých stupňoch slovenského zdravotníctva dlhodobo absentuje, pričom to vnímame ako jeden z kľúčových problémov zdravotníctva a zároveň ako veľkú výzvu na jeho uchopenie. Meranie a informovanie o (ne)kvalite v zdravotníctve prispieva k dôležitej redukcii informačnej asymetrie, ktorou je zdravotníctvo charakteristické. Bez informácií o kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti totižto nevie žiaden aktér prijímať racionálne rozhodnutia, pričom potom hrozí neefektívne alokovanie finančných zdrojov. Ak aj existuje v súčasnosti nejaký systém merania kvality – napr. indikátory kvality u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, je často len formálnou záležitosťou, pričom sa dodržiava takpovediac „s rezervou“. Napríklad ani sľub z Národného programu reforiem SR pre roky 2011 – 2014 o zavedení zrozumiteľného a zmysluplného systému merania kvality a akreditácie poskytovateľov, vrátane nemocníc, do konca roka 2011 sa nestihol prijať a dúfajme, že po predčasných voľbách sa stanoví sľúbený nový rozšírený zoznam indikátorov kvality (kde nebude chýbať napr. hodnotenie výskytu preležanín (dekubity), ktoré sú reálnym problémom (aj v dôsledku nedostatku personálu) v slovenských nemocniciach na oddeleniach geriatrickej či dlhodobo chorých).

Aj MZ SR kriticky konštatuje, že súčasný systém sledovania indikátorov kvality a na nich viazanej akreditácie poskytovateľov je nedostatočný, pričom podrobnejšie údaje o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytovateľov a ich porovnania podľa ďalších parametrov nie sú dostupné.

Hodnotenie kvality Správou o stave zdravotníctva na Slovensku vydanou MZ SR v polovici roka 2011:

Všeobecná ambulantná starostlivosť:

- legislatívne limitované kompetencie
- vysoká miera odosielania k špecialistom
- problematické špecializačné vzdelávanie
- nízka atraktivita špecializácie
- rastúci priemerný vek lekárov

Špecializovaná ambulantná starostlivosť:

- kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť
- vysoké náklady segmentu, vrátane indikovaných konzílií, hospitalizácií, SValZ (spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek) a preskripcie liekov
- absentuje moderný katalóg výkonov

Všeobecné nemocnice:

- kvalita zdravotnej starostlivosti vnímaná obyvateľstvom pozitívne

(pozn.: Slovenské zdravotníctvo považuje za dobré 53% Slovákov, takmer rovnaké percento si však myslí, že kvalita zdravotníckej starostlivosti je v zahraničí lepšia. Až 68% Slovákov sa obáva toho, že by im na Slovensku bola diagnóza určená nesprávne, neskoro, prípadne by nebola určená vôbec. Vyplýva to z prieskumu Európskej komisie Eurobarometer, ktorý bol uskutočnený v krajinách EÚ v septembri a októbri 2009.)

- regionálne rozdiely
- nedostatočná kvalita úrovne „hotelových“ a doplnkových nezdravotných služieb
- z hľadiska technického stavu 56 % nemocníc vyžaduje zásadnú rekonštrukciu, 21 % nemocníc zhodnotených ako nedostatočná až neakceptovateľná úroveň (pozri nižšie tabuľku)
- manažment nemocníc kritizovaný pre nízku profesionalitu a efektivitu; absencia jasných kritérií úspechu, časté výmeny manažmentov

Univerzitné a fakultné nemocnice, špecializované ústavy:

- koncentrácia špecializovanej ústavnej aj ambulantnej dispenzárnej starostlivosti o vážne diagnózy
- zaostávanie v porovnaní s vyspelými krajinami v kvalite a rozsahu špecializovaných výkonov vo všeobecných nemocniciach
- vysoká úroveň plánovanej zdravotnej starostlivosti v špecializovaných ústavoch (onkologické, kardiovaskulárne, psychiatrické)
- absentuje koncepcia rozvoja a spoločenský konsenzus o význame univerzitných nemocníc
- zhoršujúca sa kvalita technického stavu budov a absencia vízie rozvoja Univerzitnej nemocnice Bratislava

Ošetrovateľská starostlivosť o dlhodobo kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov:

- nízka dostupnosť a kritizovaná kvalita takmer všetkých foriem ústavnej a domácej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov (oddelenia dlhodobo chorých, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti)
- absencia koordinácie zdravotnej (ošetrovateľstvo) a sociálnej starostlivosti (opatrovateľstvo)

Lieky:

- dostupné široké spektrum liekov, vrátane originálnych

T 5.4 Technicko-prevádzkový stav budov podľa kategórie nemocníc

Kategórie nemocníc	Dobrý	Uspokojivý	Potrebuje opravy	Slabý	Neakceptovateľný
špecializované nemocnice	7 %	38 %	43 %	11 %	1 %
všeobecné nemocnice	2 %	41 %	27 %	17 %	13 %
všetky nemocnice	4 %	40 %	35 %	14 %	7 %

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

In: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, MZ SR, 2011

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti

Základná dostupnosť zdravotnej starostlivosti je garantovaná minimálnou sieťou zdravotníckych zariadení, ktorú musia jednotliví zriaďovatelia, resp. zdravotné poisťovne naplniť. Určitá miera horšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre niektoré skupiny obyvateľstva je prirodzená, najmä ak ide o pacientov bývajúcich na vidieku, mimo centier. Filko (2010) vysvetľuje, že určitá miera rozdielov v infraštruktúre je rozumne vysvetliteľná koncentráciou medicínskych kapacít, najmä tých špecializovaných, do regionálnych či národných centier, potom odlišnou chorobnosťou a migráciou obyvateľstva. Rozdiely sú však na Slovensku podľa neho natoľko výrazné, že pravdepodobne spôsobujú problémy s fyzickou dostupnosťou starostlivosti v niektorých regiónoch. V bratislavskom kraji pripadá na 1 000 obyvateľov 1,97 lekára vo fakultnej nemocnici, v trenčianskom kraji len 0,33. Podobné rozdiely sú aj v počte lekárov vo všeobecných nemocniciach a vo všeobecných a špecializovaných ambulanciách. Rozdiely, často násobné, sú aj v počte lôžok rôznych špecializácií na obyvateľa či v dostupnosti prístrojovej infraštruktúry, napríklad zobrazovacej techniky. Rozdiely v infraštruktúre sa podľa Filka (2010) premietajú aj do rozdielov v dostupnosti a využívaní starostlivosti. Údaje VŠZP ukazujú, že počet návštev v

špecializovaných ambulanciách aj nemocniciach je veľmi rozdielny, pričom zaostáva najmä na juhu a východe krajiny, kde žijú relatívne chudobnejší ľudia, relatívne ďaleko od centier. Filko (2010) uzatvára, že reálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti výrazne závisí od regionálnych a individuálnych socioekonomických charakteristík.

Podľa Správy o stave zdravotníctva na Slovensku (MZ SR, 2011) je fyzická dostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku 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, na 98% sú dostupné i nemocnice. Územné rozmiestnenie staníc záchranej zdravotnej služby („záchranka“) zabezpečuje 15-minútový dojazd rýchlej pomoci pre 95% obyvateľov (Filko, 2010). Suboptimálna je podľa MZ SR fyzická dostupnosť vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti a fyzickú dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých považuje za nízku. Je tu veľký problém v dostupnosti a kvalite takmer všetkých foriem ústavnej a domácej ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky kriticky chorých, imobilných a geriatrických pacientov (oddelenia dlhodobo chorých, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti).

Obrovským problémom Slovenska je slabá celková dostupnosť (nielen tá fyzická) služieb dlhodobej starostlivosti najmä o starších ľudí. Dopyt po týchto sociálnych službách dlhodobo prevyšuje ponuku. Existujú dlhé poradovníky na miesta v zariadeniach sociálnych služieb, pričom nové zariadenia nevznikajú aj pre zle nastavený systém financovania. Koncom januára 2012 poslanci NR SR prelomili veto prezidenta a opätovne schválili novelu zákona o sociálnych službách, ktorá stanovila verejným zariadeniam sociálnych služieb vyžadovať od klientov úhradu za sociálne služby dlhodobej starostlivosti na úrovni minimálne 50% ekonomicky oprávnených nákladov. Doteraz, hoci boli na to obce a VÚC oprávnené, nevyžadovali od klientov domovov sociálnych služieb takéto sumy. Podľa kritikov tohto opatrenia sa zníži cenová dostupnosť sociálnych služieb pre mnohých občanov, ktorí ich potrebujú. Samospráva, ako aj Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR naproti tomu argumentovali, že práve nízkymi cenami bola ohrozená dostupnosť sociálnych služieb, nakoľko mnohé zariadenia by bez navýšenia prostriedkov neprežili a museli by sa zavrieť. Navyše klientov, ktorí majú nízky príjem a majetok, sa ani určenie úhrady vo výške 50% nákladov nebude týkať, nakoľko sa na nich bude i naďalej vzťahovať ochrana príjmu, a tak budú platiť iba čiastočnú alebo žiadnu úhradu. Klientom v celoročnom pobytovom zariadení musí naďalej zostať minimálne 20% sumy životného minima, čo je približne 40 EUR. Úhrada v minimálnej výške 50% nákladov sa rovnako netýka nezaopatrených detí, ktorým sa z dôvodu zdravotného postihnutia poskytujú služby dlhodobej starostlivosti.

Aj nasledujúce opatrenia vyššie spomínanej novely majú potenciál zvýšiť dostupnosť sociálnych služieb dlhodobej starostlivosti:

Podľa novely sa obecné zariadenia všetkých druhov sociálnych služieb a neverejní poskytovatelia (súkromní a cirkevní) vybraných druhov sociálnych služieb (zariadenia pre seniorov, opatrovateľskej služby, denné stacionáre a nocľahárne) budú financovať priamo zo štátneho rozpočtu tak, že sa zákonom ustanoví výška príspevku podľa druhu sociálnej služby a počtu prijímateľov.

Sprísnením podmienok odkázanosti pre prijatie do zariadenia pre seniorov sa má docieľiť, aby klient zotrval v prirodzenom domácom prostredí čo najdlhšie, prípadne využíval sociálne služby v teréne alebo v inom type zariadenia (napr. v dennom stacionári, zariadení opatrovateľskej služby), čím sa má zároveň znížiť tlak na kapacity v zariadeniach pre seniorov. Opatrenie je podľa MPSVR SR v súlade s trendmi a politikami EÚ.

Nedostatok pracovníkov, ktorí vykonávajú opatrovateľskú službu, bol motiváciou k rozšíreniu možností vykonávať opatrovanie aj zamestnancami, ktorí majú dostatok zručností a

vedomostí, napríklad opatrovateľa/ku bude môcť vykonávať aj sanitár/ka alebo osoba staršia ako 55 rokov s 3 ročnou praxou.

Fyzická dostupnosť širokého spektra liekov a zdravotných pomôcok je všeobecne hodnotená dobre; krátkodobé problémy s dostupnosťou vznikajú vtedy, keď MZ SR zmení zaužívaný systém obstarávania a distribúcie (najmä nemocničných) liekov či vakcín, ako sa to stalo pri niektorých onkologických liekoch a povinných vakcínach pre deti.

Na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) možno na Slovensku od roku 2000 pozorovať každoročný trend poklesu počtu nemocničných lôžok vo všetkých segmentoch, t.j. akútne, psychiatrické aj lôžka pre dlhodobo chorých. V období rokov 2000–2007 predstavuje tento pokles redukciu z úrovne 42 332 lôžok (2000) na 26 546 (2007), t.j. o 37,3%. Pokles počtu lôžok je z veľkej miery reflektovaný v poklese počtu zamestnaných lekárov (z 6143 na 5334, t.j. o 13,3%), ako aj ostatného zdravotného personálu. Na druhej strane počet hospitalizácií poklesol v danom období len o 4,8% (z 1,07 mil. na 1,02). Naopak priemerná doba hospitalizácie klesla z 10,2 na 8,7 dňa (2007). Podľa MZ SR možno preto konštatovať trend podstatného zvýšenia efektívnosti práce v slovenských nemocniciach v predmetnom období. V sledovanom období roka 2011 sa štátnej a zároveň najväčšej poisťovni VŠZP podarilo zredukovať približne 3000 nepotrebných lôžok a odzmluvniť asi 150 nemocničných oddelení, ktoré boli často duplicitné alebo málo efektívne. Napriek tomuto racionalizačnému trendu patrí Slovensko stále medzi krajiny OECD s najnižšou efektívnosťou zdravotníctva, pričom pri celkovom počte nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov je nad priemernou úrovňou OECD, rovnako tak pri akútnych lôžkoch. Takže priestor na ďalšiu racionalizáciu nemocníc, na rušenie lôžok a oddelení tu existuje.

Vláda SR prijala v novembri 2010 Národný program reforiem SR 2010 a v apríli 2011 Národný program reforiem SR 2011 – 2014. Tieto dokumenty prinášajú súbor opatrení, ktoré sú nevyhnutné pre oživenie hospodárstva z krátkodobého hľadiska, rastu kvality života v strednodobom horizonte, ako aj pre postupné plnenie cieľov stanovených v stratégii Európa 2020. V oblasti zdravotníctva si vláda SR stanovila cieľ zlepšiť zdravotnú starostlivosť tak, aby sa do roku 2020 zvýšil počet očakávaných rokov zdravého života bez invalidity alebo závažného hendikepu pri narodení na 60 rokov (v roku 2008 to bolo v SR 52,3 rokov a v EÚ v priemere o 10 rokov viac; zdroj: *Národný program reforiem SR 2011 – 2014, Eurostat*).

Hlavnými výzvami Národného programu reforiem v oblasti zdravotníctva je zefektívnenie výdavkov na zdravie, zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a zlepšenie jej kvality pre všetky skupiny obyvateľstva. V materiáli sa ďalej píše, že vláda SR prijme kroky, ktoré ďalej zlepšia prístup znevýhodnených skupín k zdravotným službám v nadväznosti na už prijatý ochranný limit na lieky pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých, čím posilní sociálny aspekt v zdravotníctve.

Zdravotníctvo a starnutie obyvateľstva

MZ SR si uvedomuje, že Slovensko v porovnaní s vyspelými krajinami Európy ešte stále výrazne zaostáva v oblasti priemernej dĺžky života, priemernej dĺžky života v zdraví, morbidity a mortality kardiovaskulárnych ochorení a gastrointestinálnych ochorení. Predovšetkým v kľúčovom parametre kvality populačného zdravia, t.j. pri predpokladanom počte rokov v zdraví pri narodení (healthy life years at birth) Slovensko (55 rokov) oproti priemeru OECD (60 rokov) výrazne zaostáva, čo má negatívne dopady nielen na kvalitu života ľudí, ale aj na ekonomickú produktivitu krajiny, sociálne a demografické aspekty.

Na začiatku roku 2011 bol prijatý a v priebehu roka i mierne rozšírený mechanizmus ochranného horného limitu výdavkov na lieky pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých. MZ SR prostredníctvom najväčšej zdravotnej poisťovne VŠZP realizovalo redukcii prebytočných akútnych lôžok, pričom bolo deklarované, že časť z uspokojených peňazí pôjde do oblasti starostlivosti o chronických a dlhodobo chorých pacientov, ktorí sú poväčšine starší ľudia, kde má Slovensko v komparácii s vyspelými krajinami výrazné deficity (uspokojené financie z redukovaných lôžok sa však premiestnili najmä na podporu jednodňovej zdravotnej starostlivosti, kde má SR v medzinárodnom porovnaní tiež čo doháňať). Chýbajú tzv. sociálne lôžka, takže navrhovaný presun chronickej starostlivosti z univerzitných a fakultných nemocníc do liečební a menších všeobecných nemocníc, ktoré sa tak budú môcť špecializovať na kvalitné poskytovanie takejto starostlivosti, by bol zmysluplný.

Zdravotníctvo a chudoba

Podľa Správy o stave zdravotníctva na Slovensku (MZ SR, 2011) žije na Slovensku približne 350–380 tisíc Rómov, z ktorých je značná časť sociálne odkázaných. Zlá sociálna situácia, rasové predsudky, na druhej strane zlý životný štýl a dlhodobá odkázanosť na sociálne dávky komplikuje integráciu tejto menšiny do spoločnosti a predstavuje aj rastúce zdravotné riziko (akcelerujúce napr. i horšou cenovou a geografickou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti). Národný akčný plán SR k Dekáde začleňovania rómskej populácie 2005–2015 sa zameriava na štyri prioritné oblasti: vzdelávanie, zamestnanosť, zdravie a bývanie a tri vzájomne súvisiace témy: chudoba, diskriminácia a rodová rovnosť. V rámci tohto akčného plánu v prioritnej oblasti zdravie je zámerom: vytvoriť verifikovanú databázu údajov o zdraví a nerovnostiach v zdraví medzi rómskou komunitou a majoritnou spoločnosťou a medzi jednotlivými rómskymi komunitami navzájom ako základ efektívnych zdravotníckych intervencií; zlepšiť prístup Rómov k zdravotnej starostlivosti a zvýšiť ich informovanosť o poskytovanej zdravotnej starostlivosti; zlepšenie sexuálneho zdravia Rómov; zlepšenie preočkovanosť v rómskej populácii.

Ochranný limit doplatkov za predpísané lieky pre nízkopríjmových dôchodcov (s dôchodkom v roku 2011 nižším ako 372,25 EUR – nižším ako polovica priemernej mesačnej mzdy v hospodárstve, pričom nesmú byť súčasne zamestnaní alebo samostatne zárobkovo činní) a zdravotne ťažko postihnutých (bez obmedzenia príjmu; avšak aj ZŤP-občania sú považovaní za sociálne ohrozenú skupinu obyvateľstva) bol rozšírený na všetky lieky z kategorizačného zoznamu (doposiaľ platil limit len na tie, ktoré boli poisťovňou preplácané minimálne 75%-ami). Ešte pred pádom vlády mal rezort zdravotníctva v úmysle v budúcnosti rozšíriť okruh ľudí, ktorých by sa týkal ochranný limit na doplatky za lieky.

Pacienti, ktorí sú v hmotnej núdzi, a ktorí sa preukážu rozhodnutím úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dávke v hmotnej núdzi a príspevkoch k dávke v hmotnej núdzi, platia len prvé 3 dni pobytu v kúpeľoch pri najťažších diagnózach (1,66 EUR/deň). Pacient (držiteľ preukazu ZŤP) je oslobodený od platenia za poukaz na zdravotnícke pomôcky (0,17 EUR), ak preukáže, že poberá príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov. Ten sa priznáva len takému občanovi, ktorého príjem nepresiahol 2-násobok sumy životného minima.

Nerovnosti v zdraví

Správa MZ SR o stave zdravotníctva na Slovensku sa nerovnosťami v zdraví okrajovo zaoberá (štatistiky o zdraví ženy – muži, starí – mladí). V oblasti demografických trendov zostávajú podľa Správy pozoruhodné regionálne rozdiely v indikátore tzv. odvrátiteľnej úmrtnosti, kde možno pozorovať najvyššiu úmrtnosť v regiónoch južného Slovenska a v

okresoch Čadca, Námestovo a Kežmarok. I keď presné analýzy príčin regionálnych divergencií nie sú k dispozícii, experti predpokladajú rozdielny postoj obyvateľstva v týchto regiónoch k preventívnej zdravotnej starostlivosti a vysokú mieru výskytu rizikových faktorov životného štýlu obyvateľstva regiónov s vysokou mortalitou.

Zdravotníctvo a rodový pohľad

Čo sa týka nerovností a dostupnosti zdravotnej starostlivosti na základe rodového aspektu, neexistuje na Slovensku pravdepodobne štúdia, ktorá by to skúmala. Bola by pravdepodobne aj zbytočná, nakoľko predpokladáme, že čo sa týka dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej existuje na Slovensku takmer dokonalá rodová rovnosť.

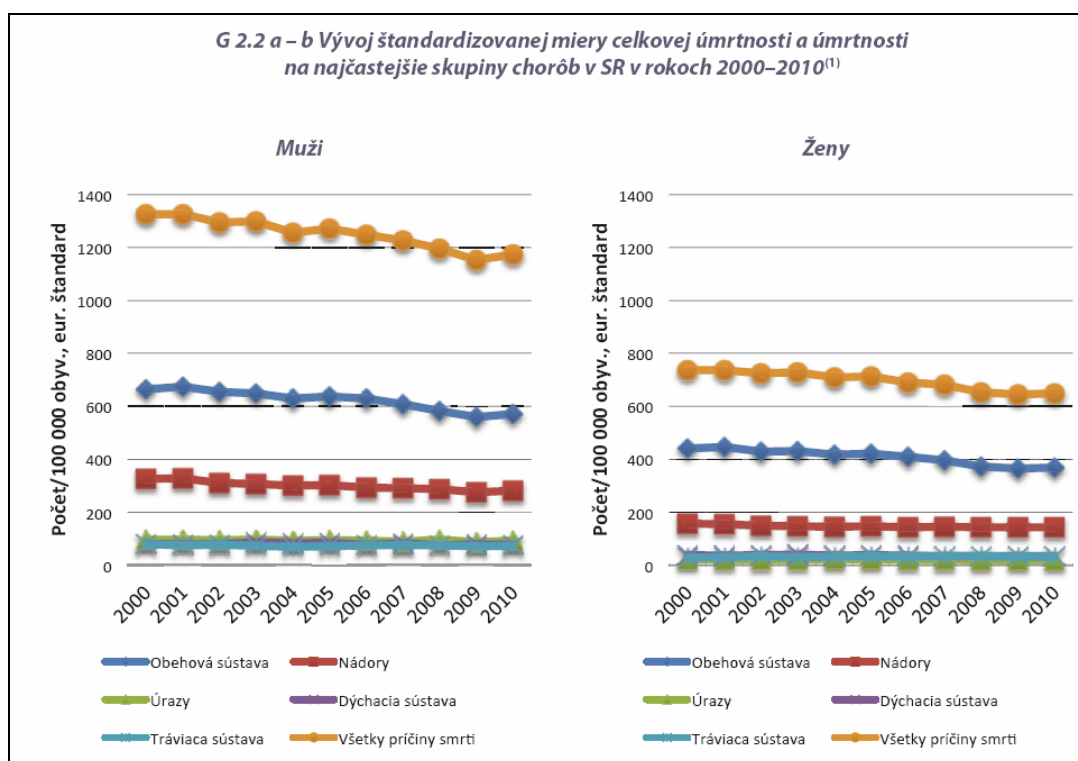
Výsledky zdravotného stavu z hľadiska pohlaví:

(zdroj: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku (MZ SR, 2011))

V období rokov 2001–2009 vzrástla stredná dĺžka života pri narodení o 1,5 roka, t.j. u mužov zo 69,5 na 71,3 roka, u žien zo 77,5 na 78,4 roka. U mužov bol zistený v prvej dekáde tohto storočia nárast úmrtnosti na choroby dýchacieho systému. Potešiteľný je dosť výrazný pokles úmrtnosti na choroby obehovej sústavy a taktiež na nádorové ochorenia a na externé príčiny smrti, čo je hlavnou príčinou nárastu strednej dĺžky života pri narodení mužov. U žien sa také výrazné zmeny neprejavujú. Pokles úmrtnosti žien možno zaregistrovať iba pri úmrtnosti na choroby obehovej sústavy. U ostatných príčin smrti sa prejavuje stagnácia. Napriek výraznému zlepšeniu úmrtnosti mužov a stagnácie úmrtnosti žien je potrebné zdôrazniť dlhotrvajúcu vysokú nadúmrtnosť mužov. Úmrtnosť mužov na ochorenia obehovej sústavy je 1,5-násobná v porovnaní s úmrtnosťou žien. Úmrtnosť na nádory mužov prevyšuje 1,9-krát úmrtnosť žien. Najvyšší nepomer je na úmrtnosť v dôsledku externých príčin smrti, ktorá u mužov dosahuje až 4,5-násobok úmrtnosti žien. U oboch pohlaví sú choroby obehovej sústavy najčastejšou príčinou smrti vo všetkých okresoch SR.

V roku 2009 Štatistický úrad SR realizoval výberové zisťovanie o zdraví obyvateľstva Slovenska – Európske zisťovanie o zdraví (EHIS 2009). Z prieskumu vyplynulo, že 64,1% sledovanej populácie hodnotí svoje zdravie ako „veľmi dobré alebo skôr dobré“ (paradoxne až 68,1% objektívne viac chorých mužov a 60,3% žien) a ako „skôr zlé alebo veľmi zlé“ 12,2% populácie (9,8 % mužov a 14,5 % žien).

Pri akútnych stavoch, akými sú napr. infarkt myokardu a cievna mozgová príhoda bol zaznamenaný pozvoľný pokles miery štandardizovanej incidencie na infarkt myokardu u žien, pričom u mužov má charakter minimálneho vzostupu; ďalej bol evidovaný mierne klesajúci trend v štandardizovanej miere incidencie na cievne mozgové príhody u oboch pohlaví; najvýznamnejšie rozdiely medzi pohlaviami sa zaznamenali v hospitalizáciách pre hypertenziu v neprospech žien.



Pozn.: (1) predbežné údaje

Zdroj: ŠÚ SR, NCZI, In: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku (MZ SR, 2011)

Hodnotenie výsledkov zdravotného stavu populácie SR

Slovensko napriek rýchlemu rastu výdavkov na zdravotníctvo v ostatných rokoch naďalej výrazne zaostáva za zdravotnými výsledkami krajín EÚ. Výdavky na zdravotníctvo rástli na Slovensku výrazne rýchlejšie než v krajinách s podobnou úrovňou HDP na obyvateľa a EK očakáva, že ich rast do roku 2060 bude jedným z najvyšších v EÚ. Napriek tomu stúpala očakávaná dĺžka života pomalšie než priemer EÚ. To znamená, že v SR existuje veľký priestor na zlepšovanie účelnosti (efektívnosti) využívania zdrojov v zdravotníctve. Primárnym problémom slovenského zdravotníctva teda nie je nedostatok zdrojov, ale ich neefektívne používanie.

Ako konštatuje Pažitný a spol. (2010), stredná dĺžka života obyvateľov SR pri narodení zaostáva za západnou Európou o 5 – 7 rokov, pričom sa táto medzera nezmenšuje. V tomto parametri sa SR vzdáva 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 o 4,5, resp. o 3,7 roka. Pre porovnanie, susedná Česká republika zlepšila za rovnaké obdobie oba parametre o 5 rokov. Slovensko patrí medzi krajiny s najvyššou úmrtnosťou na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia. Problémom je aj vývoj ochorení na cukrovku (diabetes), ktorá stúpa. Slovensko patrí medzi štáty OECD s najvyšším počtom rokov života stratených v dôsledku úmrtí, ktorým sa dalo predísť medicínskym zásahom (tzv. amenable mortality). Medzi hlavné faktory poškodzujúce zdravotný stav obyvateľstva patrí vysoká spotreba tabaku a alkoholu, ako aj rastúci podiel ľudí s nadváhou a obezitou.

Spomedzi susedných krajín Slovenska a celej EÚ má SR v takmer všetkých skupinách chorôb vyššie miery štandardizovanej úmrtnosti ako ostatné krajiny (s výnimkou Ukrajiny). Čo je však nepriaznivé, dynamiku poklesu v roku 2008 v porovnaní s rokom 2000 má Slovensko tiež takmer najnižšiu. Mieru úmrtnosti na choroby obehovej sústavy má SR napríklad o 20%

vyššiu ako v ČR a 2,5-krát vyššiu ako v starých členských štátoch EÚ pred rokom 2004. Pri zhubných nádoroch sú na takmer rovnakej úrovni ako Slovensko i ČR a Poľsko. Naproti tomu mali Slováci v porovnaní s krajinami EÚ-15 v roku 2008 o 20% vyššiu mieru úmrtnosti na nádory. Pri chorobách tráviacej sústavy zaznamenáva SR takmer 1,5-krát vyššiu mieru úmrtnosti ako ČR a 2-krát vyššiu ako krajiny EÚ-15, resp. Francúzsko samostatne.

Situáciu vo vývoji zdravotného stavu populácie SR v ostatných 10 rokoch všeobecne charakterizuje: (prebrané zo Správy o stave zdravotníctva na Slovensku (MZ SR, 2011))

- nízka dynamika poklesu celkovej úmrtnosti v dôsledku iba pozvoľného poklesu úmrtí na choroby obehovej sústavy a nádory, ktoré zodpovedajú za 75% úmrtí
- vzostup výskytu zhubných nádorov, pričom vzhľadom na degresný charakter vývoja populácie, a tým i nárast počtu osôb vo vyšších vekových skupinách, ako aj vzhľadom na vzostup strednej dĺžky života, je potrebné počítať so zvyšovaním výskytu zhubných nádorov
- v prioritných skupinách chorôb obehovej sústavy sa zaznamenal pozvoľný pokles miery štandardizovanej incidence na infarkt myokardu u žien, ktorá má ale u mužov charakter vzostupu (i keď minimálneho); mierne klesajúci trend v štandardizovanej miere incidence na cievne mozgové príhody u oboch pohlaví; vzostupná prevalencia diabetikov s nepriaznivo vysokým výskytom komplikácií diabetu, a to aj u novodiagnostikovaných diabetikov
- vzostup hospitalizácií na takmer všetky skupiny chorôb, čo však môžeme, pri skrátení priemerného ošetrovacieho času u všetkých skupín chorôb, hodnotiť aj pozitívne
- najvýznamnejšie rozdiely medzi pohlaviami sa zaznamenali v hospitalizáciách pre hypertenziu (hypertenznú chorobu) v neprospech žien,
- vysoká prevalencia rizikových faktorov zdravia (obezita, hypertenzia, fajčenie, neoptimálna fyzická aktivita)
- podľa predbežných údajov EHIS (koordinovanom v SR cez ŠÚ SR, 2009) sa najvyššia prevalencia v otázke na „chronické zdravotné problémy“ (diagnostikované aj lekárom) zaznamenala u hypertonikov (respondentov) – ich prepočet na 15+ populáciu SR dosahoval hodnotu okolo 1 milióna; druhá najvyššia prevalencia patrila chronickým ťažkostiam s chrbticou (okolo pol milióna)

Pozitívne zdravotno-demografické trendy v období 2001 – 2010

- vzostup priemernej dĺžky života o 1,35 roka
- pokles dojčenskej úmrtnosti o 0,14%
- pokles štandardizovanej mortality na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia
- pokles priemernej dĺžky práceneschopnosti a miery invalidizácie v dôsledku väčšiny sledovaných skupín ochorení
- pokles priemernej doby hospitalizácie väčšiny sledovaných skupín ochorení o 25% (t.j. asi o 2 dni)

Negatívne zdravotno-demografické trendy v období 2001 – 2010

- napriek priaznivému trendu, pretrváva zaostávanie v priemernej dĺžke života, priemernej dĺžke života v zdraví, ako aj mortalite na kardiovaskulárne a onkologické ochorenia voči vyspelým krajinám EÚ
- pretrvávajú regionálne rozdiely v sledovaných parametroch
- vzostup štandardizovanej mortality na respiračné ochorenia, cievne mozgové ochorenia a diabetes mellitus
- pokračujúci dramatický vzostup výskytu cukrovky (diabetes mellitus) o 30,4%, vrátane detskej cukrovky

Záver

Slovenské zdravotníctvo považuje za dobré 53% Slovákov, takmer rovnaké percento si však myslí, že kvalita zdravotníckej starostlivosti je v zahraničí lepšia. Až 68% Slovákov sa obáva toho, že by im na Slovensku bola diagnóza určená nesprávne, neskoro, prípadne by nebola určená vôbec. Vyplýva to z prieskumu Európskej komisie Eurobarometer, ktorý bol uskutočnený v krajinách EÚ v septembri a októbri 2009.

Ak by slovenské zdravotníctvo naplno využilo potenciál na zvýšenie svojej efektívnosti, predĺžila by sa očakávaná dĺžka života Slováka o 4 roky. To je výsledok štúdie OECD. Spolu s Maďarskom patrí SR medzi krajiny vyspelejšej časti Európy, ktoré by si vedeli najviac polepšiť efektívnejším hospodárením. Povedané inak, za peniaze, ktoré v súčasnosti SR vynakladá na zdravotníctvo, by jeho občania mali dostať oveľa viac – lepšiu zdravotnú starostlivosť a viac zdravia. Alebo opačne, za súčasnú úroveň starostlivosti a zdravia by mali platiť oveľa menej. Hlavným problémom slovenského zdravotníctva teda nie je nedostatok peňazí, ako sa to snažia mnohí aktéri dookola opakovať, ale ich neúčelné použitie.

Súčasnú Ministerstvo financií SR preto odmietalo nalievať viac peňazí do sektoru, ktorý dodatočné zdroje zhltnie, pričom sa to vôbec neprejaví v zlepšení zdravotného stavu obyvateľstva či v znížení jeho zadĺženia. Aby sa znížoval vysoký dlh zdravotníctva a plácala "čierna diera", MF SR tlačilo na prijímanie racionalizačných opatrení a na zefektívňovanie procesov, čo si osvojilo aj MZ SR a začalo ich navrhovať v súčinnosti so štátnou zdravotnou poisťovňou. VŠZP sprísnila zazmluvňovanie poskytovateľov, pričom približne s 200 špecialistami neobnovila zmluvu. V oblasti lôžkovej starostlivosti uskutočnila štátna VŠZP redukciu asi 3000 prebytočných, najmä akútnych, lôžok a nezazmluvnila 150 neefektívnych a duplicitných nemocničných oddelení, navrhla lepšiu koordináciu v prípade príbuzných medicínskych odborov, podporu a rozšírenie ambulantnej a jednodňovej zdravotnej starostlivosti, čo treba kvitovať a podporiť v mene dlhodobej ekonomickej udržateľnosti a zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Logicky tiež znel plán MZ SR centralizovať špecializovanú, medicínsku a finančne náročnú lôžkovú starostlivosť do nemocníc a ústavov, ktoré budú na ňu orientované, a budú ju poskytovať efektívnejšie a vo vyššej kvalite, čiže pri nižšom riziku komplikácií a následných prekladov pacienta. Práve početné prekladanie pacientov z jedného oddelenia na druhé a zbytočné hospitalizácie sú podľa zistení zdravotných poisťovní jedným z najväčších zdrojov neefektívnosti. Slovensko má na druhej strane výrazné deficity v oblasti starostlivosti o chronických a dlhodobo chorých pacientov, chýbajú tzv. sociálne lôžka, takže navrhovaný presun chronickej starostlivosti z univerzitných a fakultných nemocníc do liečební a menších všeobecných nemocníc je tiež zmysluplný. Verme, že okrem úspor prinesú tieto opatrenia aj vyššiu kvalitu pre pacienta.

V oblasti liekovej politiky boli tiež prijaté viaceré opatrenia, ktoré prinášajú nezanedbateľné úspory do verejných financií. Práve vysoké výdavky na lieky a ich značná spotreba je jedným z najvypuklejších problémov slovenského zdravotníctva. Od vstupu do OECD v roku 2000 patrí Slovensku pravidelne čelná pozícia spolu s Maďarskom, čo sa týka výšky výdavkov na lieky meranej ako podiel z celkových výdavkov na zdravotníctvo a taktiež ako podiel na HDP.

Ministerstvo zdravotníctva SR by malo v nasledujúcich rokoch podporovať, alebo samo prinášať služby, ktoré verejnosti poskytnú dostatočné informácie o kvalite (napr. zrozumiteľné rebríčky kvality poskytovateľov a poisťovní) a cene liečby (napr. výpisy za spotrebovanú zdravotnú starostlivosť, DRG-systém), čo na Slovensku chýba. Prínosom by bolo postupné zavádzanie regulovanej spoluúčasti pacientov pri ich liečbe, nakoľko dnešný takmer nelimitovaný zákonný nárok na hrazenú zdravotnú starostlivosť tu existuje pri veľmi

obmedzených zdrojoch. Štátne zdravotnícke zariadenia by sa mali transformovať na akciové spoločnosti, pričom strategickým súkromným partnerom by mal byť umožnený vstup do nich, buďto cez privatizáciu alebo dlhodobý nájom. Najväčšiu a pritom štátnu VŠZP by bolo vhodné demonopolizovať - aspoň čiastočne privatizovať. Optimálne by bolo, keby na koncentrovaný poisťný trh pribudol nový hráč. A všetko to má jeden spoločný menovateľ - znižovanie dlhu v zdravotníctve, ktorý neustále rastie.

Použitá literatúra

FILKO, Martin (2010) – PAŽITNÝ, Peter (a kol.) (2010), SZALAY, Tomáš – SZALAYOVÁ, Angelika: **2 cesty k lepšiemu zdravotníctvu**: Niekoľko návrhov na zvýšenie kvality a efektívnosti slovenského zdravotníctva

SGI, apríl 2010

<http://www.noveidey.sk/downloads/cesty-k-lepsiemu-zdravotnictvu.pdf>

GOLIAŠ, Peter: **Koľko zarábajú slovenskí lekári?**

i-Health.sk, INEKO, august 2011

<http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/kolko-zarabaju-lekari>

HLAVATÝ, Tibor – LIPTÁKOVÁ, Adriána a kol.: **Správa o stave zdravotníctva na Slovensku**

Ministerstvo zdravotníctva SR, jún 2011

[http://www2.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/24C299636CC7A088C125705F0036CDF3/\\$FILE/Sprava-o-stave-zdravotnictva-na-Slovensku.pdf](http://www2.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/24C299636CC7A088C125705F0036CDF3/$FILE/Sprava-o-stave-zdravotnictva-na-Slovensku.pdf)

ZACHAR, Dušan: **Dovoľme nemocniciam vyberať poplatky**: Regulovaná spoluúčasť pacientov môže byť sociálnejšia ako dnešný systém "bezplatného" zdravotníctva

Blog INEKO, 15.4.2011

<http://blog.etrend.sk/inekomenty/2011/04/15/dovolme-nemocniciam-vyberat-poplatky/>

ZACHAR, Dušan: **Najprv poriadok, potom vyššie platy**

In: SME, 28.3.2011

<http://www.i-health.sk/sk/inekomentare/komentare/najprv-poriadok-potom-vyssie-platy.html>

ZACHAR, Dušan: **Problémy v liekovej politike SR**

In: EUROREPORT plus, marec-apríl 2011

<http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/problemy-liekovej-politiky/>

Health at a Glance: Europe 2010

OECD, december 2010

[http://www.oecd-](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161e.pdf?expires=1305730479&id=id&accname=guest&checksum=8E5013067EC2D633834D8D3B09C84520)

[library.org/docserver/download/fulltext/8110161e.pdf?expires=1305730479&id=id&accname=guest&checksum=8E5013067EC2D633834D8D3B09C84520](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161e.pdf?expires=1305730479&id=id&accname=guest&checksum=8E5013067EC2D633834D8D3B09C84520)

Národný program reforiem Slovenskej republiky 2011 – 2014

Ministerstvo financií SR, apríl 2011

http://www.finance.gov.sk/Documents/1_Adresar_redaktorov/Halus/NPR%20SR%202011-2014.pdf

OECD Economic Surveys: Slovak Republic (Chapter 2: Increasing public sector efficiency: Improving efficiency of healthcare spending)

OECD, november 2010

<http://www.oecd.org/dataoecd/4/8/46478358.pdf>

OECD Health Data 2010

OECD, jún 2010

Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12. 2010

Ministerstvo zdravotníctva SR, apríl 2011

<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=19624>

Zdravotná politika č. 1/2012

HPI, január 2012

<http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/5130/zdravotna-politika-1-2012.html>

<http://www.employment.gov.sk/> (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR)

<http://www.etrend.sk/> (týždenník TREND)

<http://hpi.sk/hpi/sk> (HPI - Health Policy Institute)

<http://www.i-health.sk/sk/> (portál INEKO o zdravotníctve)

<http://www.mfsr.sk/> (Ministerstvo financií SR)

<http://www.mzsr.sk/> (Ministerstvo zdravotníctva SR)

<http://www.nczisk.sk> (Národné centrum zdravotníckych informácií)

<http://www.udzs.sk/> (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou)

<http://www.webnoviny.sk/> (portál agentúry SITA)

... a stránky ostatných médií