

Funkčné zdravotníctvo pre všetkých

Slovenské zdravotníctvo je predmetom častej a zväčša oprávnenej kritiky. Často sa hľadajú riešenia rôznych parciálnych problémov, ale **zostávajú nepovšimnuté systémové nedostatky, ktoré sú v základoch slovenského zdravotníctva.** Viaceré analýzy slovenského zdravotníctva, ktoré boli realizované v posledných rokoch, zhodne identifikovali ako hlavné problémové oblasti nejednoznačnosť rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, neudržateľnosť financovania založeného na odvodoch, nedostatočné investície do infraštruktúry slovenského zdravotníctva, najmä štátnych a verejných nemocníc, slabé postavenie všeobecného lekára, nevyriešený systém starostlivosti o dlhodobo chorých a imobilných pacientov, nedostatočná transparentnosť a verejná kontrola. Vážnou systémovou poruchou je aj deformovaný trh zdravotného poistenia. Medzi rastúce hrozby patrí migrácia mladých lekárov a sestier do zahraničia a ňou podmienená starnúca veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov na Slovensku.

Skôr než predstavím návrhy riešení uvedených problémov chcem zdôrazniť, že som presvedčený, že treba presadzovať, aby **slovenské zdravotníctvo, tak ako celá ekonomická sféra, bolo organizované na princípoch sociálneho trhového hospodárstva,** pri ktorom **trhové mechanizmy budú zabezpečovať efektívnosť poskytovaných zdravotníckych služieb a aplikovanie princípu solidarity zaručí dostupnosť zdravotníckych služieb pre všetky vrstvy občanov.** To je kompatibilné s tým, čo deklaruje ako paradigmu pre zdravotnícky systém aj základný program: *„KDH bude presadzovať, aby slovenské zdravotníctvo bolo založené na plnohodnotnom pluralitnom modeli zdravotného poistenia s fungujúcim trhom zdravotného poistenia, ktorý zabezpečujú viaceré zdravotné poisťovne a aby boli vytvorené predpoklady pre zdravé a primerane konkurenčné prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti so súťažou o poistenca, slobodnou voľbou lekára a posilnenou rolou pacienta.“* Ideálne by bolo, keby tento princíp a základné charakteristiky slovenského zdravotníckeho systému boli zakotvené v ústavnom zákone.

V tomto príspevku chcem navrhnúť niekoľko opatrení, o ktorých som presvedčený, že by prispeli k vyriešeniu viacerých systémových chýb v zdravotníctve. **Základný program KDH Cesta pre Slovensko načrtáva koncept zdravotníckej politiky, ktorá dáva dobrý základ pre takéto riešenia.** Základný program je dostatočne všeobecný, čo je v dlhodobom programe nevyhnutné. Ja sa zameriam na niektoré **návrhy, ktoré sú kompatibilné s prijatým konceptom, ale sú konkrétnejšie** a definujú kroky, resp. aktivity, ktorými by mal byť program realizovaný.

Navrhujem realizovať nasledujúcich 6 opatrení:

1. Dobudovanie a posilnenie regulačného rámca pre zdravotníctvo

V Základnom programe sa výstižne uvádza: *“Štát má jedinečnú a nenahraditeľnú kompetenciu pri tvorbe zdravotnej politiky, jej aktuálnych priorit, pri definovaní úloh, kompetencií a zodpovedností jednotlivých subjektov a inštitúcií v systéme, rovnako pri definovaní pravidiel, kontrole a vynucovaní ich dodržiavania.“*

Keď v r. 2004 bol zriadený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, bol to významný krok k vytvoreniu moderného regulačného rámca pre slovenské zdravotníctvo. V súčasnosti je potrebné (na základe skúseností z praxe, aj na základe požiadaviek EU) zriadiť autonómnu verejnú inštitúciu, ktorej úlohou bude pripravovať nástroje na zabezpečenie kvality v zdravotníctve - hodnotenie investícií do medicínskych technológií, výkonov a liekov a ktorá by ako nezávislý regulátor robila napr. rozhodnutia o vstupe a uhrádzaní nových liekov na trh, o nákupe finančne nákladných prístrojov do nemocníc, alebo o poskytovaní klinicky a finančne náročných medicínskych výkonov. Rozhodovanie by sa robilo na základe štandardných metodík

porovnávajúcich zdravotné prínosy s ich nákladmi. Inštitúcia bude garantovať kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti ako centrálna autorita.

Organizačne by to bolo možné zabezpečiť buď zriadením novej inštitúcie, napr. - Národný inštitút kvality v zdravotníctve, alebo rozdelením ÚDZS na dve inštitúcie. Potom by centrálnu reguláciu zabezpečovali dve inštitúcie, a to

> **Národný inštitút kvality v zdravotníctve (NIKZ)**

(Úrad pre dohľad nad **poskytovaním** zdravotnej starostlivosti)

> Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)

(Úrad pre dohľad nad **financovaním** zdravotnej starostlivosti)

Ich kompetencie je potrebné rozdeliť a rozšíriť o tie funkcie, ktoré v slovenskom zdravotníctve chýbajú.

Národný inštitút kvality v zdravotníctve bude zabezpečovať

- **prípravu a aktualizáciu štandardných klinických postupov (protokolov - guidelines) z pohľadu klinickej efektívnosti a metodický dohľad nad ich aplikáciou**

- dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

- **hodnotenie zdravotníckych technológií (HTA - Health Technology Assessment)**

Zavedenie štandardných klinických postupov bude výrazným príspevkom ako ku kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, tak aj k jednoznačnému vymedzeniu rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, a teda aj vymedzenie nároku poistenca a zabezpečenie jeho vymožitelnosti.

V kompetencii Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by malo byť

- dohľad nad verejným zdravotným poistením a nákupom zdravotnej starostlivosti,

- definovanie a správa úhradových systémov - DRG pre nemocnice, výkony pre ŠAS apod.

- pridelovať kódy poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym pracovníkom, viesť centrálny register poistencov, zoznam platiteľov poistného, vykonávať činnosť národného kontaktného miesta, byť styčným orgánom pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k členským štátom Európskej únie, apod.

- **kategorizácia všetkých zdravotných výkonov a liekov (vrátane určovania výšky úhrady z verejného zdravotného poistenia) vychádzajúc zo štandardných klinických postupov**

Kategorizácia zdravotných výkonov, s ktorou sa počítalo už v minulosti, vytvorí predpoklady na unifikáciu preplácania zdravotnej starostlivosti.

2. Vytvorenie konkurenčného trhu zdravotných poistiek

Súčasný systém zdravotného poistenia je nepružný a neodráža individuálne potreby a očakávania pacientov, ktorí si nemôžu vybrať zdravotnú poisťku podľa svojich potrieb. Pokladám za nutné reformovať systém zdravotného poistenia tak, aby umožnil občanovi vybrať si z rôznych poistných plánov zdravotného poistenia podľa svojich preferencií. Dôsledkom bude pružné financovanie zdravotných služieb podľa potrieb a preferencií pacientov.

Podľa Základného programu KDH bude v oblasti zdravotného poistenia presadzovať:

„KDH bude presadzovať zavedenie nominálneho poistného ako doplnku a prípadne náhrady časti súčasných odvodov, určeného konkrétnou sumou, rovnakou pre všetkých

poistencov jedného poistného produktu zdravotnej poisťovne. Jednotlivé zdravotné poisťovne si budú môcť konkurovať v ponuke produktov, ale aj vo výške nominálneho poistného.“

Je potrebné definovať legislatívny rámec pre vytvorenie konkurenčného trhu rôznych schém zdravotného poistenia. V prípade verejného zdravotného poistenia je vhodným nástrojom nominálne poistenie. V oblasti individuálneho zdravotného poistenia by bolo prospešné iniciovať a podporovať tzv. **sporiace zdravotné poistenie**.

Schémy sporiaceho zdravotného poistenia by bolo založené na dobrovoľnosti, resp. kombinácii povinných a dobrovoľných odvodov a pokrývali by predovšetkým ZS a služby spojené so ZS nad rámec rozsahu zdravotnej starostlivosti hradeného z verejného poistenia. Prakticky pre všetky doplatky a poplatky v zdravotníctve by bolo možné definovať buď špecifické alebo univerzálne pripoistenie. **Tieto schémy by boli založené na princípe účelového sporenia v mladosti - v období, keď je človek zväčša zdravý - na niektorý typ zdravotnej starostlivosti potrebnej v neskoršom veku.** Vytvorili by dodatočné zdroje na zabezpečenie udržateľnosti financovania zdravotníckeho systému v čase prehlbovania demografickej krízy. Sporiace zdravotné poistenie by hralo podobnú úlohu ako 2. pilier v dôchodkovom poistení. Štát by ho mal podporiť niektorými finančnými nástrojmi, napr. daňovou úľavou.

3. Unifikácia a zvýšenie flexibility pri uhrádzaní zdravotnej starostlivosti

Súčasný stav je taký, že zdravotné poisťovne preplácajú zdravotnú starostlivosť len tým poskytovateľom ZS, ktorí s nimi majú uzavretú zmluvu a navyše sú v zmluvách určené limity na rozsah poskytovania ZS v príslušnom období. Takýto model v praxi do istej miery popiera dva základné princípy, ktoré by mali platiť pri poskytovaní ZS – princíp slobodnej voľby (PZS a ZP) a povinnosť poskytovateľa ZS poskytnúť ZS podľa potreby pacienta. Zrejme ak si občan ako poistenec môže zvoliť zdravotnú poisťovňu a súčasne ako pacient si slobodne zvolí lekára, t.j. poskytovateľa ZS, zdravotná poisťovňa si už nemôže ľubovoľne vybrať, ktorých PZS zazmluvní. Podobne ak PZS je povinný poskytnúť ZS pacientovi, ktorý si ho vybral v určitom čase, ZP nemôže túto ZS nezaplatiť len na základe nejakého administratívno - finančného obmedzenia.

Teda ak chceme, aby boli dôsledne a reálne dodržiavané uvedené princípy, je potrebné zaviesť pravidlo, že **ZP preplatí každé poskytnutie ZS každému poskytovateľovi podľa pravidiel stanovených kategorizáciou zdravotných výkonov.** V takomto prípade nie je potrebná zmluva medzi ZP a PZS (samozrejme môže byť, zmluva môže napr. zabezpečiť výhodnejšie podmienky nad rámec kategorizácie), pochopiteľne ZP by mala právo skontrolovať, či ZS bola poskytnutá lege artis.

Výsledkom aplikovania takéhoto prístupu bude, že všetci PZS určitej kategórie (ambulancie, nemocnice) budú mať poskytovanie ZS hradenej z verejného poistenia všetkými ZP na základe rovnakých jednotkových cien. Variabilita a diferenciacia bude môcť byť aplikovaná pri úhradách takej ZS, resp. služieb spojených so ZS, ktoré nie sú hradené z verejného poistenia.

Takýto model preplácanie ZS naráža na doteraz deklarovaný princíp, že ZP je tá inštitúcia, ktorá má kontrolovať a zabezpečovať kvalitu poskytovania ZS. Doterajšia prax, ale aj teoretické úvahy, tento princíp spochybňujú. Zdravotná poisťovňa je a mala by byť predovšetkým finančná inštitúcia, ktorá by mala tvorivo rozvíjať rôzne poistné schémy na zabezpečenie finančného pokrytia zdravotnej starostlivosti. Kontrolu kvality poskytnutej ZS by mal zabezpečiť štát prostredníctvom svojich špecializovaných inštitúcií, napr. novovytvoreného NIKZ, ale aj Úradu verejného zdravotníctva apod.

4. Diverzifikovanie sektoru zdravotných poisťovní

Zo systémového hľadiska je problematický stav, keď štát súčasne zabezpečuje reguláciu a kontrolu (MZ, UDZS, ŠUKL), ovláda najväčšiu zdravotnú poisťovňu (VšZP), je najväčším platiteľom (za tzv. poistencov štátu) a najväčších poskytovateľov ZS (univerzitné a fakultné nemocnice). Pri uvedenom nastavení sa zvyšuje riziko účelového a neefektívneho správania. Stráca sa význam prirodzených a osvedčených nástrojov, akými sú slobodná možnosť výberu, prínosy zdravého konkurenčného prostredia a znižuje sa schopnosť jednotlivých subjektov operatívne a flexibilne reagovať na zmeny. Zásadnou úlohou je nájsť rovnováhu medzi postavením štátu a jednotlivých subjektov v systéme zdravotníctva. Chybou je prílišný etatizmus a podceňovanie schopnosti jednotlivca rozhodnúť sa a vybrať si to, čo je dobré a správne. Priority, požiadavky a potreby dostatočne informovaného a zodpovedného pacienta musia byť určujúce pre budovanie systému zdravotníctva.

Súčasná slovenská situácia, keď na trhu poistenia sú len 3 poisťovne a z toho verejná zdravotná poisťovňa pokrýva 70 % poistencov, je v istom zmysle najhoršou z možných alternatív. V tejto situácii trh verejného zdravotného poistenia trpí aj problémami konkurenčného trhu (vyššie administratívne náklady, duplicity procesov) a zároveň má aj nevýhody unitárneho systému (nízku konkurenciu a inovatívnosť, citlivosť voči politickým rozhodnutiam).

*Ak v **Základnom programe** hovoríme, že slovenské zdravotníctvo má byť založené na plnohodnotnom pluralitnom modeli zdravotného poistenia s fungujúcim trhom zdravotného poistenia, ktorý zabezpečujú viaceré zdravotné poisťovne, je nevyhnutné diverzifikovať sektor zdravotných poisťovní. Podporu konkurencie medzi platiteľmi je pri súčasnej štruktúre trhu možné prakticky vylúčiť len **rozdelením VšZP na niekoľko častí a ich predajom** navzájom neprepojeným investorom. Ak by k nemu došlo, štát by si prinajmenšom v tranzitívnom období mal ponechať zdravotnú poisťovňu (menšiu ako dnes) ako verejnú alternatívu, pokiaľ nás niekoľkoročné skúsenosti nepresvedčia, že najdôležitejšie trhy v zdravotníctve fungujú bez väčších problémov.*

5. Majetková transformácia nemocníc

Základný program KDH v časti modernizácia nemocníc hovorí:

„Štátne nemocnice sú v súčasnosti najzanedbanejším segmentom zdravotníctva. Investície, kvalita služieb, prostredie a všeobecné štandardy zdravotnej starostlivosti neúmerne zaostávajú za vyspelými krajinami. Časť štátnych nemocníc je zadlžená a naďalej vytvára dlhy. Manažmenty nemocníc, ktoré sú zväčša politicky nominované, nemajú primeranú mieru autonómie, nemajú adekvátnu zodpovednosť za výsledok hospodárenia a teda ani dostatočnú motiváciu dodržiavať zásady efektívneho riadenia. ...

*KDH bude presadzovať garanciu dostupnosti lôžkovej starostlivosti na regionálnom princípe prostredníctvom nariadenia vlády, zachovanie verejného charakteru a neziskového režimu v univerzitných nemocniciach a vysokošpecializovaných lôžkových zariadeniach, ktoré budú garantovať poskytovanie vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotnícke vzdelávanie a výskum. **KDH bude presadzovať riešenie dlhodobého problému nedostatočných investícií do infraštruktúry slovenských nemocníc vytvorením podmienok pre vstup súkromných investorov do ostatných nemocníc. ...**“*

Za nevyhnutnú zložku modernizácie nemocníc pokladám ich majetkovú transformáciu. Vychádzajúc zo všeobecnej ekonomickej paradigmy pre vyvážený ekonomický rozvoj, ktorá bola navrhnutá ako nosný koncept pre otvorenú kresťanskú demokraciu, prichádzam s návrhom transformovať nemocnice na **lekárske akciové spoločnosti**.

Lekárska akciová spoločnosť bude akciová spoločnosť, ktorá bude založená na podielovom spoluvlastníctve lekárov, vlastníacich špecifické „lekárske“ akcie, a externého investora. Vlastníkmi lekárskeho akcie budú môcť byť len lekári, resp. zdravotnícki pracovníci, a to len tí, ktorí budú zamestnancami nemocnice a v čase, keď budú zamestnaní v nemocnici. Externým investorom bude môcť byť štát, samospráva alebo súkromný finančný investor. Stanovy spoločnosti

budú nastavené tak, aby suma lekárskeho výkonu zaručovala kontrolu strategických rozhodnutí nemocnice. Prostredníctvom týchto akcií sa budú podieľať lekári, resp. zdravotnícki pracovníci na riadení nemocnice a budú zainteresovaní na hospodárskom výsledku nemocnice.

6. Kompenzovanie sociálnej solidarity v zdravotníctve

Solidarita v zdravotníctve má dva rozmery – solidarita zdravých s chorými a tak, ako aj v celej spoločnosti, solidarita bohatých s chudobnými. Prvý rozmer solidarity pokrýva zdravotné poistenie – zdraví, resp. zdravší prispievajú na liečbu cez zdravotné poistenie tým, ktorí majú viac zdravotných problémov. Takáto solidarita je zmyslom zdravotného poistenia a pre ňu sú definované poistné nástroje. Ich zdokonalením som sa zaoberal v 2. časti.

Druhý rozmer – solidarita s chudobnými by sme teoreticky nemuseli riešiť v rámci zdravotníctva, mohli by sme ju posunúť na riešenie do základného sociálneho systému (od ktorého by sme mohli požadovať, aby zabezpečil dostatočne vysoké sociálne dávky, ktoré by pokryli aj náklady pacienta na doplatky a poplatky). Ale v praxi by to bolo veľmi nebezpečné, lebo by to znamenalo zvýšenie administratívnej náročnosti a zníženie adresnosti sociálneho príspevku, a tým by sme mohli ohroziť zdravie a možno aj život chudobných chorých. Preto je účinnejšie zabezpečiť aj túto solidaritu v rámci zdravotníctva. Som presvedčený, že *zavedenie limitu spoluúčasti - spätné preplácanie doplatkov nad určenú sumu zdravotnými poisťovňami, ktorý už bol zavedený pre lieky a vybrané skupiny poistencov - je veľmi dobrým nástrojom na zabezpečenie sociálnej solidarity.* Bolo by ho treba postupne rozšíriť možnosť využitia tohto nástroja aj na všetky doplatky a poplatky v zdravotníctve a potenciálne na všetky sociálne slabé skupiny poistencov. Ale výška limitu a rozsah sponzorovaných poistencov musí byť stanovený v súlade s celkovou sociálnou politikou a finančnými zdrojmi. Pokiaľ však chceme mať financovanie zdravotníctva systémovo transparentné, bolo by potrebné **doriešiť kompenzovanie týchto sociálnych nákladov zdravotným poisťovním zo zdrojov určených na sociálnu podporu.**