

Reforma zdravotništva na Slovensku

m.Prof. MUDr. Milan Dragula, PhD.



Vznik Zajacovej „reformy“

- štát Oregon
- 400tis. nepoistených občanov – Medicaid
- prioritné diagnózy – len pre 200.tis. –
transplantácia orgánu – ale nie tehotenská
a predpôrodná starostlivosť
- návrh kontraverzie – forma výberu
- 1992 Ministerstvo zdravotníctva USA
zakázalo pokračovať v programe

Posudzovanie reforiem

Prvá chyba: hodnotenie en bloc

Druhá chyba: politický prístup

Tretia chyba: „máme iné čísla“

Štvrtá chyba: „nezávislé hodnotenia“

Minimálne štyri úrovne posudzovania

1. **Sľuby – prezentácia - skutočnosť**
2. **Legislatíva**
3. **Ekonomické súvislosti**
4. **Realita v praxi**

Sľuby – Prezencia - Skutočnosť

- odpojiť financovanie zdravotníctva od štátneho rozpočtu (*strategický zámer*)
- štát opustil neefektívnu pozíciu poisťovateľa (*I. Mikloš v Knihe reforiem, IX., 2005*)
- štát ostal platiteľom za 60% obyvateľov; zdravotníctvo sa neodpojilo od štátneho rozpočtu (*realita*)



Sľuby – Prezencia - Skutočnosť

- zúžiť rozsah zdravotnej starostlivosti (*strategický zámer*)
- zdravotné výkony boli rozdelené do dvoch skupín:
 1. tzv. základný balík z.s. – 6400 prioritných diagnóz
 2. 3300 diagnóz je zaťažených spoluúčasťou od 5 do 100% (*I.Mikloš v Knihe reforiem, IX., 2005*)
- nedošlo k žiadnemu zúženiu rozsahu z.s. (*realita*)



Sľuby – Prezentácia - Skutočnosť

- oddližiť a zabezpečiť vyrovnanú bilanciu (*strategický zámer*)
- oddĺženie sa zrealizuje a ukončí v r. 2005
- v r. 2005-2006 sa prejaví vyrovnané hospodárenie (*I. Mikloš v Knihe reforiem, IX., 2005*)
- k úplnému oddĺženiu nedošlo, aj keď cez Veriteľa, a.s. prítieklo do systému viac ako 20mld. Sk
- systém sa naďalej zadlžuje

Legislatíva

- odlišovala sa od deklarovanych zámerov
- bola nad rámec Programového vyhlásenia vlády SR
- dostala sa na Ústavný súd SR
- neustále sa novelizovala
- Mala a má aplikačné problémy (až nevykonateľnosť)
- výrazne zbyrokratizovala a zneprehľadnila systém
- jej rôzny výklad prináša konflikty



Čo priniesla legislatíva



- zaviedla poplatky (Rp; amb. vyš.; hospit.; doprava)
- zvýšila spoluúčasť (lieky, pomôcky, výkony a iné)
- zvýšila odvodové zaťaženie
- všetky zdravotné poisťovne sa stali a.s.
- zriadila Úrad pre dohľad
- výrazne zvýšila sankcie
- deformovala kompetencie stavovských organizácií
- výrazne zbyrokratizovala a zneprehľadnila systém
- obsahuje niekoľko „Guinness fenoménov“

Správa Európskej komisie o ekonomickej a sociálnej kohézii

- v Európe výška verejných výdavkov na zdravotníctvo neklesá, naopak, mierne vzrastá. Vývoj na Slovensku má opačný trend.
- vláda programovo znižovala podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo (vyjadrené % z HDP) z celkových rozpočtových verejných výdavkov. Celkové zdroje vynakladané na zdravotníctvo sa dopĺňajú súkromnými zdrojmi.
- index rastu celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrený absolútnymi číslami je nižší ako index rastu HDP. V snahe udržať aspoň stabilizovanú výšku celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrenú % z HDP bola vláda naďalej rozhodnutá vykonávať opatrenia na zvyšovanie súkromných výdavkov.
- takáto makroekonomická a zdravotná politika s jej radikálne reštriktívnou náplňou sa javí ako deviácia.
- takýto model nemôže dlhodobo fungovať a ekonomicky a sociálne nie je udržateľný.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti: „dostávali menej a museli vykonať viac“

- za svoje služby dostávali reálne menej peňazí od zdravotných poisťovní
(za 20% výkonov nedostali zaplatené)
- výrazne sa zvýšila ich administratívna záťaž
- všetci majú povinnosť zabezpečovať systém kvality
(pričom sa stratila konkurenčná motivácia)
- zásadným spôsobom vzrástli sankcie



Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti: *„dostávali menej a museli vykonať viac“*

- ustavične sú konfrontovaní s aplikovaním legislatívy v praxi
- zvýšil sa ich odchod za prácou mimo SR
(pre nízke platy a nestabilitu profesionálneho života)
- vzťah lekár – pacient sa zhoršil
(najmä v dôsledku často sa meniacej a nezmyselnej legislatívy a niektorých aktivít MZ SR a ÚDZS)



Občania (pacienti, poistenci): *„platili viac a dostávali menej“*



● doplácali viac

- n spoluúčasť stúpla o 128% oproti r. 2002
- n zvýšilo sa poistné (od 11 až do 116%)
- n sponzorské, príspevky za tzv. nadštandardné služby

● znížila sa pre nich dostupnosť z.s.

- n čakacie listiny, zoznamy plánovaných výkonov, vysoká spoluúčasť

● vzťah pacient - lekár sa zhoršil

(najmä v dôsledku často sa meniacej a nezmyselnej legislatívy a niektorých aktivít MZ SR a ÚDZS)

„Došlo k zmene legislatívy a nie k
skutočnej reforme“

„Obchodnícky prístup prevážil nad
odborným“

SLK je presvedčená, že:

- reforma je nikdy nekončiacim procesom
- pôvodné strategické zámery treba naplniť
- treba postupovať profesionálnejšie
- postup konsenzom je nevyhnutný
- aj priority treba stanovovať konsenzom

Ekonomika

- znížila sa transparentnosť narábania s verejnými zdrojmi
 - n verejnosť nepozná náklady zdravotných poisťovní na ich správu (v r. 2004 boli 2,6mld Sk)
 - n verejnosť nevie, na čo sa použila pôžička Svetovej banky (3,0 mld Sk)
 - n verejnosť nevie, ako sa hospodári s pohľadávkami na osi ZP – Veriteľ, a.s. – PZS (viac ako 20 mld. Sk)
- prostriedky zdravotného poistenia sa vynakladajú neúčelne (napr. na Úrad pre dohľad 0,4mld Sk)

Významná reforma zdravotníckeho systému v SR nastala prijatím reformnej legislatívy v októbri 2004. Išlo v zásade o:

- zavedenie princípov trhovosti do poskytovania zdravotnej starostlivosti
- decentralizáciu riadenia a vlastníctva v poskytovaní ZS
- nezávislý dohľad nad systémom
- oslabenie pozície ministerstva zdravotníctva

Ďalšia legislatíva, v rámci reformy dobiehala ešte do júla 2007, tzn. jednoznačné objektivizovateľné dopady na kvalitu poskytovania ZS nemožno t.č. presne určiť.

Kedže cieľovou aktivitou bola proreformná ekonomizácia, odborné smerovanie ZS ostalo bokom.

Zavedenie princípov trhovosti do poskytovania zdravotnej starostlivosti:

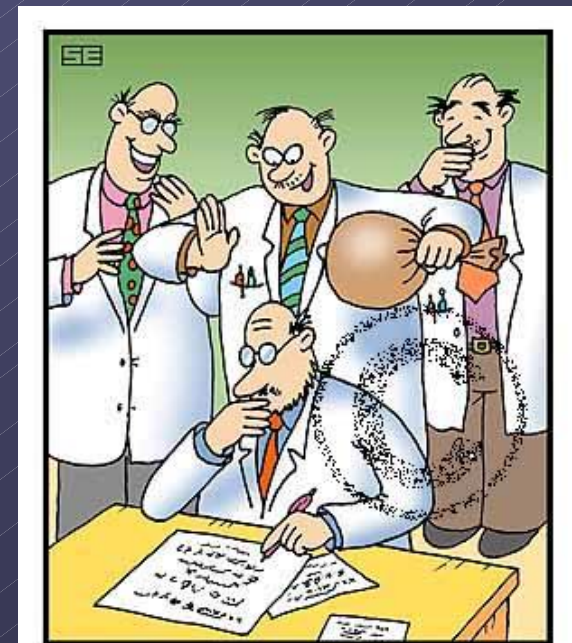
- kompletná privatizácia všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- privatizácia diagnostických zložiek aj v rámci štátnych nemocníc (nekompletná)
- vytvorenie akciových spoločností zo zdravotných poisťovní (vrátane štátnych)
- vytvorenie akciových spoločností z veľkých štátnych, tzv. koncových, nemocníc (neuskutočnené)
- privatizácia záchranných služieb

Decentralizácia riadenia a vlastníctva v poskytovaní ZS:

- privatizácia malých a špecializovaných nemocníc
- prevedenie menších a stredných nemocníc do správy samosprávnych krajov
- legalizácia všetkých nemocníc legislatívou na všeobecné a špecializované (v trhovom prostredí v princípe s rovnakými právami a povinnosťami)

Nezávislý dohľad nad systémom:

- založenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
 - n kontrola kvality ZS
 - n kontrola dodržiavania legislatívy
 - n kontrola trhu na poli ZS



Čo sa stalo s kvalitou zdravotnej starostlivosti v prostredí, bez absencie jednoznačných odborných guidelineov pre poskytovanie ZS v rámci takto nadefinovaného trhu?



Malí súkromní poskytovatelia

(ambulancie, diagnostické centrá a laboratória, malé nemocnice)

- tlak na zvýšenie cien za poskytované služby
- vyvolaná spotreba = **zameranie na kvantitu a nie na kvalitu**

Strední súkromní poskytovatelia

(menšie súkromné nemocnice, nemocnice v správe VÚC)

- racionalizácia (zníženie investícií do vybavenia, zníženie platov zdravotníckych pracovníkov, zníženie počtu všetkých pracovníkov)
 - liečenie len lacných („málo chorých“) pacientov
 - liečenie limitovaného počtu pacientov (na základe kontraktov zo SP v limitovaných množstvách)
- = kvalita až v druhom rade, v prvom rade vyrovnané hospodárenie**

Veľké štátne (univerzitné) nemocnice

- snaha o racionalizáciu neúspešná pre koncentráciu koncových činností
- tendencia lekárov poskytovať špičkovú medicínu
- prekračovanie kontrahovaných objemov odliečených pacientov
- rast zadĺženosti – postupné zlyhávanie dodávateľských služieb, prvé exekúcie

= kvalita je limitovaná preťaženosťou koncových nemocníc vrátane ich personálu

Súkromné zdravotné poisťovne

- výber zdravého kmeňa poistencov
- preplácanie ZS poskytovateľom na základe dohody (nie na základe nákladov)
- tvorba zisku z vybratého verejného ZP (nie je tlak na vytváranie nadštandardných poisťných produktov zameraných na kvalitu)

**= kvalita poskytovanej ZS klientom je druhoradá,
prvoradý je zisk**

Súhrn

Možno povedať, že na základe takto nastavenej reformy sa kvalitná zdravotná starostlivosť poskytuje na základe neštandardných kritérií (známosti, neformálne platby), nakoľko jej je za normálnych okolností nedostatok.

Priamymi dôsledkami je exodus kvalitných lekárov a sestier do zahraničia, zastavenie investícií do dôležitých diagnosticko-terapeutických oblastí, riziko zániku koncových poskytovateľov. Napriek tomu sú v systéme subjekty, ktoré tvoria zisk.

Možnosti riešenia

- optimalizácia siete poskytovateľov
- investície do optimalizovanej siete z európskych peňazí
- odborné usmerňovanie zdravotnej starostlivosti (Guidelines)
- fond finančne náročných výkonov



Ďakujem za pozornosť