

# PROGRAM PRE ZDRAVIE

## SPOLU - občianska demokracia

Zdravotná starostlivosť na Slovensku nie je v dobrej kondícii. Lekári a sestry sú preťažení, bežná zdravotná starostlivosť, ale aj dlhodobá starostlivosť sú nedostupné, zdravotníci odchádzajú, nemocnice chátrajú, inovácie chýbajú a najmä, zdravie Slovákov je stále viac podlomené, na čo poukazujú aj naše zdravotné výsledky.

Pri pohľade na ostatné krajiny Európskej únie sa kontrast zvýrazní. Zaostávame v predpokladanej dĺžke života, máme vysokú úmrtnosť na rakovinu a choroby obehovej sústavy, celkovo vysoký počet odvrátiteľných úmrtí a po dosiahnutí 65-teho roku života prežijeme najmenej rokov v zdraví. Slováci si po celoživotnej práci užijú dôchodok bez zdravotných ťažkostí najkratšie spomedzi krajín EÚ.

Hlavným cieľom novej vlády musí byť preto hlavne zlepšenie zdravia nášho obyvateľstva. To vyžaduje nielen zásahy do systému zdravotníctva, ale aj oveľa výraznejšiu podporu zdravého životného štýlu, priaznivého životného prostredia a cielenej prevencie. Ak chceme zlepšiť výsledky, musíme sa sústrediť na včasnú diagnostiku a garancie kvality liečebných postupov. Liečba však nekončí v nemocnici, či ambulancii lekára, a preto je nevyhnutné prehodnotiť súčasné nastavenie foriem následného doliečovania, rehabilitácií a

dlhodobej starostlivosti. Pri každom kroku treba aktívne myslieť na pohodlie pacienta a to, aby bola pre neho zdravotná starostlivosť dostupná.

Zdravotníctvo sa však v prvom rade musí stať skutočnou prioritou vlády. Vlády, ktorá bude chrániť záujmy a zdravie občanov a nebude pritom ustupovať silným finančným záujmom v pozadí. Sme presvedčení, že štát má v zdravotníctve okrem úlohy dôkladného regulátora, ktorý určuje a vynucuje pravidlá, zastávať aj úlohu vlastníka základnej nemocničnej infraštruktúry, ktorý garantuje občanom základnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti prostredníctvom svojich univerzitných a fakultných nemocníc. Ďalej má mať štát úlohu garanta kvality a inovátora, ktorý aktívne meria a kontroluje naše výsledky a následne prináša novinky, ktoré zlepšujú kvalitu, dostupnosť, efektivitu a udržateľnosť systému, ale aj pohodlie pacientov a zdravotníkov. A na záver, štát musí zastávať aj úlohu investora, ktorý dobehne investičný dlh hlavne voči našim rozpadajúcim sa nemocniciam.

Na druhej strane sme presvedčení, že zodpovednosť za dostupnosť zdravotnej starostlivosti a manažment cesty pacienta liečbou majú mať zdravotné poisťovne pod dôkladným dohľadom štátu. Aby bol v slovenskom zdravotníctve konečne poriadok, pacient musí vedieť, na akú starostlivosť a v akom rozsahu má nárok, poisťovne musia mať jasnú povinnosť ju zabezpečiť a štát potrebuje účinný nástroj na to, aby plnenie povinností vymáhal. Na trhu poisťovní je zas treba podporiť férovosť a vyrovnanú súťaž, z ktorej môžu poistenci profitovať. Štátna zdravotná poisťovňa bude mať v rukách štátu pri presadzovaní potrebných reforiem dôležitú úlohu, keďže bude nositeľom a nástrojom zmien. Uvedomujeme si, že aj na štátnu poisťovňu je potrebné vyvinúť konkurenčný tlak. Ak nebude pacientom prinášať dostatočnú kvalitu, nemala by si byť v budúcnosti istá svojim dominantným postavením.

Ak budeme súčasťou vlády, máme v SPOLU pre zdravé Slovensko vypísaný recept.

## **1. Zameriame sa na zdravie, nielen na zdravotníctvo**

Starostlivosť o zdravie sa nevzťahuje iba na samotné zdravotníctvo. Chceme prispieť k tomu, aby Slováci k lekárovi museli chodiť čo najmenej. Vláda má príležitosť ovplyvniť zdravie svojich obyvateľov starostlivosťou o životné prostredie, kvalitu potravín a jedla, či podporou rozvoja hygienickej infraštruktúry tam, kde chýba. Rýchla doba, stres a zlý životný štýl prispievajú k čoraz častejšiemu výskytu depresí či iných duševných ochorení, ale tiež k obezite, srdcovo-cievny a psychosomatickým ochoreniam. Budeme propagovať a podporovať aktívnu starostlivosť o zdravie, výchovu k pohybu a zdravému životnému štýlu. Prijmeme opatrenia na

predchádzanie obezity, obmedzenie fajčenia a nadmernej konzumácie alkoholu. Sme presvedčení, že starostlivosť o mentálne zdravie si zaslúži viac pozornosti, a preto budeme presadzovať rozvoj tohto odvetvia nie len v oblasti prevencie, ale aj liečby. Súčasťou cielenej prevencie sa stanú populačné skrýningy, podpora očkovania a osвета. Nebude chýbať vzdelávanie zdravotníkov a zapájanie občianskeho sektora do starostlivosti o zdravie.

## **2. Pacienti musia vedieť, na čo majú nárok a štát musí ich práva vynucovať a chrániť**

Ak už človek musí ísť k lekárovi, je úlohou štátu, aby sa postaral o dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre každého. Zasadíme sa o to, aby pacient vedel, na akú starostlivosť má od zdravotnej poisťovne nárok, v akom čase mu ju poskytne a kde ju nájde. Zadefinujeme nárok pacienta, ktorý musia zdravotné poisťovne zabezpečiť svojim pacientom v určenej geografickej dostupnosti a časovej lehote. Ak poisťovňa pacientovi tento nárok nezabezpečí, dohliadneme, aby mu preplatila zdravotnú starostlivosť u hociktorého lekára, ktorého si pacient vyberie. Ak nie, štát obmedzí jej zisky. Poisťovňa bude mať tiež za úlohu nasmerovať pacienta k najbližšiemu dostupnému lekárovi tak, aby neblúdil systémom. Pacient sa má liečiť a nie hľadať voľné termíny u lekárov. Platenie poplatkov, aby sa pacient vôbec dostal k lekárovi, sa musí rovnako stať minulosťou. Aby sme zabezpečili väčšiu ochranu pacienta pred rôznymi nelegálnymi a neopodstatnenými poplatkami, tak zdravotníci budú mať zakázané prijímať priame platby od pacientov. Ak pacient bude mať nejaké záväzky, vyúčtuje si ich so zdravotnou poisťovňou bezhotovostne na konci roka.

## **3. Pacientom prinesieme vyššiu kvalitu, viac inovácií a pohodlia**

Naším cieľom bude európska kvalita zdravia. Nastavíme systém tak, aby sa každý sústredil na zlepšenie zdravotných výsledkov - hlavne zníženie odvrátiteľných úmrtí a zvýšenie počtu rokov prežitých v zdraví. Zatláčime na všetky zdravotné poisťovne, aby cez svoje kontrakty zabezpečili, že lekári sa budú namiesto počtu vykonaných úkonov sústreďovať na to, akú kvalitnú starostlivosť pacient dostáva a či bol v skutočnosti vyliečený. Lekári, ktorí budú zlepšovať zdravotné výsledky svojich pacientov, budú finančne motivovaní a preferovaní pri uzatváraní zmlúv. Naše zdravotníctvo taktiež nevyhnutne potrebuje viac inovácií, ktoré ešte viac podporia efektivitu systému, pohodlie pacienta a hlavne kvalitu poskytovanej starostlivosti. Objednávanie na konkrétny termín a hygienické balíčky majú byť samozrejmosťou a nie

luxusom. Najväčšiu pozornosť musíme sústrediť na vypracovávanie a zavádzanie najnovších medicínskych postupov a štandardov kvality, efektívnejšie usporiadanie ambulancií, integráciu zdravotnej starostlivosti, špičkové prístroje a pomôcky, robotizáciu, vyšetrenia na diaľku a ďalšie veci, ktoré sú v ostatných európskych krajinách už dnes samozrejmosťou. Pomocou nového Inštitútu pre kvalitu a inovácie ukážeme zdravotným poisťovňam a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ako zavádzať efektívnejšie modely zdravotnej starostlivosti a najnovšie inovácie aj na Slovensku. Nový Inštitút pre kvalitu a inovácie vznikne transformáciou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zatiaľ čo ochranu pacientov budú oveľa efektívnejšie vynucovať výhradne už iba súdy.

#### **4. Pacient si bude môcť vďaka férovej súťaži vybrať a ušetriť**

Sme presvedčení, že okrem základnej garancie dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti budú mať ľudia aj väčšiu slobodu pri výbere zdravotného poistenia. Tento predpoklad platí ale len v tom prípade, že každý má od zdravotnej poisťovne zabezpečený základný nárok, ktorý štát definuje a vynucuje. Poistencom chceme dať možnosť ušetriť alebo si priplatiť za nadštandardné služby a materiály v závislosti od ich životného štýlu a potrieb. Pacientom, ktorí majú záujem sa starať o svoje zdravie (nefajčia, nepijú, sú zaočkovaní, dodržia preventívne prehliadky, a pod.) dáme možnosť vďaka tomu ušetriť na poistnom. Zdravotné poisťovne budú takto súťažiť o poistencov nie len väčšou kvalitou a dostupnosťou zdravotnej starostlivosti, ale aj výškou poskytnutej zľavy z poistného. Na to, aby fungoval skutočne konkurenčný boj o poistenca, musíme najprv zabezpečiť podmienky férovej súťaže. Preto zavedieme zákaz krížového vlastníctva v zdravotníctve, aby nikto nemohol zneužívať svoje postavenie na úkor pacienta.

#### **5. Založíme celoslovenskú sieť nemocníc a do vedenia vnesieme profesionalitu spolu s osobnou zodpovednosťou**

Aj napriek tomu, že štát je vlastníkom nemocníc po celom Slovensku, takmer vôbec nevyužíva potenciál koordinovaného riadenia, či úspor z rozsahu. Riadenie nemocníc je zväčša neefektívne a štát ich necháva postupne sa rozpadáť. Sme presvedčení, že pre schopnosť štátu plniť si svoje základné úlohy a riadne zabezpečovať zdravotnú starostlivosť si nemôžeme dovoliť rezignovať na štátne nemocnice. Preto vytvoríme celoslovenskú sieť štátnych nemocníc s jednotným riadením. Vedenie siete štátnych nemocníc bude môcť týmto spôsobom

efektívnejšie zabezpečovať komplexnú zdravotnú starostlivosť na celom území Slovenska a nielen v ojedinelých, nekoordinovaných bodoch. Zároveň zreformujeme riadenie našich nemocníc cez tvrdé rozpočtové obmedzenia a väčší dohľad štátu. Ak bude nemocnica zadlžená, vstúpi do ozdravného plánu. Vstup do ozdravného plánu bude znamenať automaticky výmenu manažmentu, dočasné pozastavenie takzvaného platového automatu a prehodnotenie dodávateľských zmlúv. Bude nasledovať dozor a spolurozhodovanie ministerstva nad bežným riadením, pokiaľ sa nemocnica nedostane z problémov. V našich nemocniciach týmito krokmi zabezpečíme profesionálny manažment, ktorý bude odstrihnutý od politických vplyvov.

## **6. Premyslenými investíciami zastavíme úpadok slovenského zdravotníctva a podporíme kvalitu**

Do zdravotníctva, obnovy a modernizácie budov a vybavenia sa roky neinvestovalo. Ak aj nejaké peniaze prišli, boli často využívané skôr ako nástroj marketingu, než snaha o systematický rozvoj odvetvia. Sme presvedčení, že za peniaze, ktoré dnes smerujú do zdravotníctva, musíme získať ďaleko vyššiu hodnotu. Najväčšou modernou výzvou zdravotníctva nie je len odstraňovanie korupcie a predražených nákupov, ale otázka, ako investovať tak, aby sme zachránili čo najviac životov. Kvalitné, inovatívne a efektívne zdravotníctvo síce zníži celkové náklady, ale čoraz staršia populácia a roky zanedbávané, rozpadávajúce sa nemocnice budú tak či tak vyžadovať stále viac a viac investícií. Preto vytvoríme verejný zdravotnícky investičný fond, ktorý bude na základe odborných investičných analýz pravidelne a transparentne investovať do zdravotníckej štruktúry tam, kde bude možné dosiahnuť najviac pridaného zdravia pre našich obyvateľov na základe prísne stanovených kritérií. O projekty na rekonštrukcie, stavbu nových nemocníc, nákup nových prístrojov, budovanie väčších kapacít a podobne, sa budú môcť uchádzať štátne inštitúcie, ale aj súkromníci. Už nebude možné, aby financie do nemocníc prúdili podľa toho, ktorý riaditeľ má lepšie kontakty, ale rozhodovať bude najväčší prínos pre pacientov. Fond bude financovaný primárne cez štátny rozpočet, európske fondy a verejné zdravotné poistenie.

## **7. Zatraktívime prácu v zdravotníctve na Slovensku**

Najväčšou hodnotou v zdravotníctve sú naši zdravotníci. Ak chceme pacientom poskytnúť kvalitnú zdravotnú starostlivosť, musíme zastaviť hufný odchod zdravotníkov a zlepšiť atraktivitu ich povolania. Naše opatrenia preto pripravujeme vždy s ohľadom na ľudí – na

pacientov, ale aj na personál, ktorí zabezpečuje starostlivosť o pacientov. Často katastrofické pracovné prostredie, politizácia, korupcia, zle nastavené vzdelávanie i nesprávne rozdelená štruktúra špecializácií a organizácia práce sú len niektoré problémy, ktoré najviac boľia našich zdravotníkov a spôsobujú, že ich máme nedostatok. Naším cieľom je investíciami zabezpečiť dôstojné podmienky pre prácu zdravotníkov. Chceme adaptovať vzdelávanie na potreby súčasného zdravotníckeho trhu a zabezpečiť dostatok zdravotníkov aj cez prehodnotenie rozdelenia kompetencií a podporu rekvalifikácií.

## **8. Zabezpečíme dostupnú dlhodobú starostlivosť pre ľudí, ktorí sú na ňu odkázaní**

Kvôli neustále starnúcej populácii je stále viac ľudí odkázaných na pomoc druhých. Či už ide o zabezpečenie dôstojnej staroby, starostlivosť o vážne chorých ľudí, alebo pooperačné doliečovanie, nesmieme zabúdať na tých, ktorí potrebujú našu pomoc. Zdravotná starostlivosť je v mnohých prípadoch spojená aj s ošetrovateľskou a opatrovateľskou starostlivosťou, a preto potrebujeme zásadnú reformu dlhodobej starostlivosti, ktorá bude tento fakt zohľadňovať. Pre skutočnú podporu dlhodobej starostlivosti bude nutné navýšiť zdroje, zjednotiť financovanie a posudkové činnosti, odstrániť neefektívne využívanie nemocničných lôžok a predovšetkým výraznejšie podporiť domácu starostlivosť. Nový systém musí umožniť zostať ľuďom v domácej starostlivosti tak dlho, ako to je potrebné a zároveň zabezpečiť miesto pre ľudí v sociálnych zariadeniach, ktorí sú nespochybniteľne odkázaní na celodennú pomoc druhých. Súčasťou problému preplnených sociálnych zariadení a neefektívneho využívania nemocničných lôžok je aj nedostatok kapacít pre následnú pooperačnú starostlivosť o pacientov. Z toho dôvodu podporíme rozvoj rehabilitačnej starostlivosti a výraznejšie zapojenie komunity a občianskeho sektora.

*Hlbšie sa bolestiam nášho zdravotníctva a liekom, ktoré preň máme pripravené, venujeme v ďalšom texte. Budeme radi, ak nám dáte vedieť, čo si o našom recepte pre zdravé Slovensko myslíte.*

# 1. Zameriame sa na zdravie, nielen na zdravotníctvo

Skutočnou hodnotou, ktorú má štát chrániť, je zdravie každého jedného z nás. Bežný človek je väčšinu svojho života zdravý a choroba, ktorá by vyžadovala zásah lekára, či lekárničky prichádza len z času na čas. Sme presvedčení, že cieľom zdravotníckej politiky musí byť udržať ľudí čo najdlhšie v stave úplného zdravia a minimalizovať ich potrebu medicínskeho zásahu.

Zdravie nášho obyvateľstva ovplyvňuje systém zdravotnej starostlivosti len približne z 20%. 80% tvoria iné faktory, ktorým sa veľmi často nevenuje pozornosť. Niektoré z nich, ako genetiku, ovplyvniť nedokážeme, no mnohé áno. Dnes máme možnosti ovplyvňovať kvalitu životného prostredia, umožniť a motivovať ľudí k zdravému životnému štýlu, či pôsobiť na znižovanie rizikových faktorov.

Počet rokov prežitých v zdraví, teda bez zásadných zdravotných obmedzení, je na Slovensku jedným z najnižších v rámci európskych krajín. Priemerný vek dožitia sa pritom predlžuje a ak nezasiahneme, čaká nás aj vzhľadom na starnutie populácie situácia, ktorá bude kritická. Nielen z hľadiska zdravia populácie, ale tiež z hľadiska verejných financií a kapacít zdravotníckeho systému.

Medzi najčastejšie príčiny predčasných úmrtí na Slovensku patria srdcovo-cievne ochorenia, rakovina pľúc a kolorektálny karcinóm. Zdravé roky života nám okrem vysokého tlaku a srdcovo-cievnych chorôb najčastejšie odoberajú bolesti chrbta a hlavy, diabetes, astma a čoraz častejšie aj depresie. Tieto ochorenia, ktoré sú príčinou podlomeného zdravia vo viac ako tretine prípadov pritom úzko súvisia so zlým životným štýlom, nekvalitnou stravou a znečisteným životným prostredím.

## 1.1. Environmentálne vplyvy a základná hygienická infraštruktúra

Životné prostredie, kvalita vzduchu, vody či pôdy, na ktorej žijeme, podstatným spôsobom ovplyvňuje naše zdravie. Znižovanie emisií, či dôraz na viac zelene preto nechápeme len ako súčasť boja s klimatickými zmenami, ale tiež ako opatrenia nevyhnutné na ochranu zdravia našich obyvateľov. Budeme vytvárať tlak, aby sa Slovensko vysporiadalo s environmentálnymi záťažami, akými sú uzavreté bane, skládky, či staré fabriky, ktoré do dnešného dňa produkujú znečistenie. Sme presvedčení, že v oblastiach so zvýšeným výskytom ochorení v dôsledku priemyselnej činnosti, by malo mať ministerstvo zdravotníctva vypracované

individuálne plány na podporu zdravia. Ich aplikácia by zo strany ministerstva mala spočívať najmä v podpore a koordinácii spolupráce samosprávy s producentmi znečistenia a kontrole dosahovania žiadaných výsledkov.

Na Slovensku sa žiaľ stále nachádzajú oblasti, kde žijú ľudia bez prístupu k tečúcej vode, či bez kanalizácie. Dobudovanie tejto základnej hygienickej infraštruktúry je našim spoločným záujmom. Prispieva k predchádzaniu šírenia infekčných chorôb a je nevyhnutným predpokladom pre ďalší rozvoj týchto oblastí a prácu s komunitami, ktoré v nich žijú.

## **1.2. Väčšia informovanosť a viac motivácií a možností starostlivosti o svoje zdravie**

Mnohí ľudia na Slovensku si neuvedomujú riziká nezdravého životného štýlu, alebo nevedia ako by mohli žiť zdravšie. Praktické informácie o tom, ako sa zdravo stravovať, ako predchádzať najrizikovejším ochoreniam, či získať návyk na športovú aktivitu, by mali deti získavať už v škole. Podporíme preto zavedenie praktickej výchovy k zdraviu a telocvik, ktorý bude zohľadňovať individuálny talent a záujmy žiakov, aby si k pohybu vytvorili pozitívny vzťah už v skorom veku.

Internet dnes ponúka množstvo informácií v oblasti životného štýlu, zdravia a liečby ochorení. Mnohé sú, žiaľ, nepodložené, nepravdivé a neraz škodlivé. Rozoznať pravdivú a vedecky overenú informáciu od hoaxov, či reklám, je pre bežného človeka objektívne náročné. Záujem ľudí o tieto témy však treba hodnotiť pozitívne a sme presvedčení, že ho môžeme využiť na podporu lepšej starostlivosti o zdravie. Chceme preto urobiť z Národného portálu zdravia oficiálny a široko poznaný zdroj informácií o starostlivosti o zdravie. Inšpiráciu čerpáme z britského portálu, na ktorom možno nájsť návody k zdravému stravovaniu, pohybu, boju s nadváhou, či závislosťami. Okrem toho by mal zahŕňať tiež popis symptómov, štandardných diagnostických a liečebných postupov k jednotlivým diagnózam. Cieľom je, aby ľudia na Slovensku mali overený zdroj informácií o zdraví, ktorému môžu dôverovať a na ktorom nájdu všetky podstatné informácie, ktoré im pomôžu predchádzať ochoreniam.

Ministerstvo má dnes dostatok dát na to, aby vedelo identifikovať prioritné oblasti a skupiny ľudí, ktorým je potrebné venovať zvýšenú pozornosť. V spolupráci so samosprávou, školami, úradmi verejného zdravotníctva a mimovládnyimi organizáciami podporíme osvetové kampane na predchádzanie, včasnú diagnostiku a podporu života s najčastejšími a narastajúcimi ochoreniami. Sme presvedčení, že investovať do starostlivosti o zdravie detí sa



oplatí. Preto budeme podporovať programy na podporu dojčenia, rozvoj a zapojenie centier včasnej intervencie do riadneho systému zdravotnej starostlivosti, či programy starostlivosti o mentálne zdravie. Mladí ľudia na Slovensku dnes podľa štatistík začínajú s fajčením aj alkoholom skôr než ich európski rovesníci, čo má negatívny vplyv na ich neskoršie zdravie a vývin. Zameriame sa na predchádzanie starým, ale aj narastajúcim novým typom závislostí. Osvetu nechápeme len ako šírenie informácií o ochoreniach a ich diagnostike, ale tiež doručovanie praktických rád na predchádzanie ochoreniam a priebežné vzdelávanie lekárov a zdravotníckeho personálu v prioritných oblastiach. Vzhľadom na extrémne rozdiely v zdraví ľudí žijúcich v marginalizovaných komunitách a doterajšie výsledky projektu, chceme naďalej podporovať a rozvíjať projekt Zdravé komunity.

Ak chceme, aby sa ľudia o svoje zdravie starali, musia nielen vedieť ako, ale musia mať tiež dostupné možnosti na realizáciu. Strava, ktorú naše deti dostávajú v školských jedálňach musí byť nutrične vyvážená. Nestačí zakázať potraviny s vysokým množstvom cukru v školských bufetoch, je potrebné, aby za nich boli aj náhrady. Podporíme predaj ovocia, zeleniny, šalátov a zdravých potravín v školách a školských bufetoch. Zdravá strava nesmie byť možnosťou len pre bohatých. Budeme preto presadzovať opatrenia, ktoré zvýhodnia zdravé potraviny v obchodoch pred potravinami so zvýšeným množstvom cukru a soli, s ktorými sa spája zvýšený výskyt viacerých civilizačných ochorení. Podporíme budovanie verejnosti prístupných športovísk, či cyklotrás, aby bolo cvičenie čo najlacnejšie a pohyb čo najprirodzenejší.

Okrem zvyšovania povedomia o zdravom životnom štýle a jeho dostupnosti, chceme ľudí odmeňovať za starostlivosť o zdravie. Budeme presadzovať možnosť znížiť si výšku zdravotného poistenia, či získať benefity od zdravotnej poisťovne v prípade, že sa ľudia dôkladne starajú o svoje zdravie – absolvujú odporúčané preventívne prehliadky, nefajčia, nekonzumujú vo zvýšenom množstve alkohol, sú zaočkovaní a majú dostatok zdravého pohybu. U lekárov zavedieme nové kontrakty, ktoré budú odmeňovať lekárov za udržiavanie zdravia ich pacientov.

### **1.3. Skriningy a očkovanie**

Podľa správ Európskej komisie míňa Slovensko oproti priemeru EÚ výrazne menej na zdravotnú prevenciu svojich obyvateľov. Považujeme preto za nutné rozšíriť skriningy pre ochorenia, kde máme najhoršie výsledky, a to pre srdcovo-cievne choroby a onkologické

ochorenia. Od poisťovní tiež budeme vyžadovať, aby v nadväznosti na skríniny zabezpečili tiež dostatočnú kapacitu pre nadväzujúce vyšetrenia u špecialistov. Budeme tiež podporovať vyššiu zaočkovanosť dôchodcov proti chrípke, ktorá dnes patrí medzi najnižšie v EÚ. Očkovanie detí považujeme za dôležité z hľadiska ochrany zdravia jednotlivých detí, ale tiež budovania kolektívnej imunity. Budeme podporovať rast povedomia o vedecky podložených faktoch o očkovaní a budovanie dôvery medzi rodičmi a zdravotníkmi v tejto oblasti. V prípade, že napriek našim zásahom klesne miera zaočkovanosti pod úroveň, pod ktorou je ohrozená kolektívna imunita, zvážime vylúčenie nezaočkovaných detí z návštevy škôlok a jaslí.

#### **1.4. Mentálne zdravie**

Zvláštnu pozornosť chceme venovať mentálnemu zdraviu. Túto oblasť vnímame ako jednu z najviac poddimenzovaných na Slovensku. Na jednej strane rastie spotreba antidepresív, pribúda ľudí, a čoraz častejšie aj detí, s úzkostnými poruchami a depresiami, rastie počet ľudí so stareckou demenciou. Na druhej strane je ťažké sa vyhnúť intenzívnemu a rýchlemu životnému štýlu, či starnutiu populácie. Napriek tomu chýba vzdelávanie a osveta zvládania stresu alebo systematická prevencia nových typov závislostí u detí. Informácie často chýbajú aj lekárom a zdravotníkom. Dôsledkom zanedbávania tejto témy, ktorej význam rastie všade vo svete, je neskorá diagnostika duševných ochorení, poddimenzované kapacity psychológov a psychiatrov, či prakticky neexistujúce podporné formy starostlivosti o duševné zdravie. Budeme preto trvať na tom, aby bola podpora mentálneho zdravia medzi prioritami budúceho ministra alebo ministerky zdravotníctva. Okrem efektívnej osvety a laického aj odborného vzdelávania, podporíme budovanie inštitúcií ktoré môžu dlhodobo podporovať rozvoj v tejto oblasti. Budeme tiež presadzovať zvyšovanie kapacít odborníkov v oblasti psychológie, detskej aj dospeljej psychiatrie a gerontopsychiatrie.

#### **1.5. Ministerstvo zdravotníctva ako medzisektorový gestor témy zdravia**

Uvedomujeme si, že problematika zdravia je širšia než pôsobnosť ministerstva zdravotníctva. Nebudeme sa však vyhovárať a hádzať zodpovednosť na iných. Je zodpovednosťou ministerstva zdravotníctva podporovať udržiavanie zdravia a predchádzanie chorobám. Preto sme presvedčení, že otvárať témy zdravia s inými rezortami, definovať ciele a rokovať o ich presadení je dôležitou úlohou ministra, či ministerky zdravotníctva. Nevyhnutná

bude úzka spolupráca s ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu, ale tiež s ministerstvom životného prostredia, práce, dopravy či práce a sociálnych vecí. Vidíme veľký potenciál v užšej spolupráci so samosprávou a systematickom zapojení mimovládneho sektora. Chceme využiť aj existujúce štruktúry úradu verejného zdravotníctva a prispôbiť jeho súčasné aktivity, organizáciu aj právomoci tomu, aby bol schopný čeliť aktuálnym výzvam, ktorými sú najmä neprenosné civilizačné ochorenia.

#### **Naše opatrenia:**

1. Dôraz na odstraňovanie najväčších príčin úmrtí a zníženého zdravia na Slovensku: srdcové choroby, bolesti chrbta, náhlu cievnu mozgovú chorobu - mŕtvicu, rakovinu dýchacej sústavy, hrubého čreva a konečníka, ochorenia pečene a cukrovku - diabetes
2. Podpora zdravého životného prostredia – ovzdušia, vôd, zvyšovanie podielu zelene, odstraňovanie environmentálnych záťaží a individuálne plány podpory zdravia pre zaťažené územia
3. Vybudovanie dôveryhodného a komplexného oficiálneho zdroja informácií o zdraví na internete
4. Propagácia a podpora zdravého životného štýlu už od nízkeho veku. To zahŕňa výchovu k zdraviu a dostupnosť zdravej stravy v školách a škôlkach, podpora pohybu – budovanie verejných športovísk, či cyklotrás, kampane pre zdravý životný štýl, finančné motivácie poistencov a nové kvalitatívne kontrakty pre lekárov
5. Zvyšovanie zaočkovanosti hlavne u dôchodcov a detí
6. Rozširovanie skríningov hlavne pri srdcových-cievnych chorobách a rakovinách, ktoré sa najviac vyskytujú na Slovensku a tiež dôraz na skoré podchytenie a starostlivosť o cukrovkárov
7. Zavádzanie antifajčiarskych a antialkoholových politík – napr. obmedzovanie fajčenia a pitia alkoholických nápojov na verejných priestranstvách a pod.
8. Ucelený program na podporu udržiavania mentálneho zdravia a budovanie kapacít na liečbu duševných chorôb

## **2. Pacienti musia vedieť, na čo majú nárok a štát musí ich práva vynucovať a chrániť**

Najvypuklejším problémom slovenského zdravotníctva je v súčasnosti nízka dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre väčšinu obyvateľstva. Najväčšie prekážky tvoria dlhé čakacie lehoty, nedostatok potrebných lekárov v dostupnej vzdialenosti a, samozrejme, neustále sa zvyšujúce poplatky u lekárov. Narastajúce poplatky rozdeľujú pacientov na tých, ktorí si aj napriek poctivo zaplatenému poisteniu musia priplatiť, aby sa vôbec dostali k lekárovi a na tých, ktorí sú kvôli nedostatku peňazí odkázaní na nekonečné rady v ambulanciách. Solidarita v zdravotnom systéme znamená, že každý pacient by mal mať prístup k rovnakej zdravotnej starostlivosti rovnako rýchlo bez ohľadu na jeho sociálno-ekonomickú situáciu. Solidarita v našom zdravotníctve je z tohto pohľadu výrazne narušená.

Aj keď formálne štát definuje minimálne siete a zdravotná poisťovňa musí zabezpečiť svojim poistencom dostupnosť zdravotnej starostlivosti, tak v realite je každý pacient odkázaný sám na seba, či sa mu podarí vybaviť si pre seba alebo svoju rodinu včasnú zdravotnú starostlivosť. Takýto stav spôsobuje nielen veľmi veľké nepohodlie a psychickú záťaž pre našich pacientov, ale hlavne zhoršuje zdravotný stav obyvateľov, ktorí sa nedostanú dostatočne skoro k lekárovi. Aj pri zo začiatku nezávažných zdravotných komplikáciách platí, že čím dlhšie zostanú nediagnostikované a neliečené, tým vážnejšie dopady môžu mať neskôr.

Štát dlhodobo rezignuje na zabezpečovanie dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre svojich občanov. Preto je nevyhnutné, aby štát prebral aktívnu úlohu pri zabezpečovaní a hlavne vynucovaní dostupnej zdravotnej starostlivosti pre svojich obyvateľov.

### **2.1. Zadefinovanie nároku poistenca**

V súčasnosti pacient nemá garantované, ako rýchlo sa musí dostať na určité vyšetrenie a v akej geografickej vzdialenosti musí mať lekára dostupného. Je bežné, že pacient buď musí dochádzať hodiny za vyšetrením a následne po celom dni presedenom v čakárni aj tak zistí, že sa na vyšetrenie nedostane, alebo rovno dostane termín, ktorý je vzdialený niekoľko mesiacov.

Aj keď formálne majú dostupnosť lekárov zabezpečovať zdravotné poisťovne, tak súčasná legislatíva nie je nastavená v prospech pacienta a nikto nie je reálne zodpovedný za

to, aby bolo naše zdravotníctvo dostupné naozaj pre každého. Pacient dnes nevie, čo to znamená dostať sa včas na vyšetrenie a ak sa k lekárovi nedostane aj dlhé mesiace alebo vôbec, tak nemá v rukách nástroj, ako donútiť poisťovňu k rýchlejšiemu zabezpečeniu zdravotnej starostlivosti. Ak si niekto poctivo platí zdravotné poistenie, tak to či sa dostane včas na vyšetrenie, by nemalo závisieť na jeho vyjednávacích schopnostiach alebo možnosti zaplatiť ďalšie poplatky.

Z toho dôvodu je nutné zákonne zadefinovať, ako rýchlo a súčasne v akej geografickej dostupnosti musia zdravotné poisťovne svojim poistencom zabezpečiť konkrétne vyšetrenia. V prípade, že zdravotná poisťovňa nedosiahne tento zákonom definovaný nárok poistenca, tak poistenec bude mať právo na preplatenie vyšetrenia u ľubovoľného lekára (vrátane zahraničia) a štát bude môcť pristúpiť aj k obmedzovaniu zisku v prípade, ak si poisťovňa neplní svoje povinnosti. Takýto krok vloží do rúk pacientov a štátu reálne nástroje na zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Zadefinovanie nároku poistenca taktiež umožňuje, aby konkurenčný tlak motivoval zdravotné poisťovne k zlepšovaniu svojich služieb. Okrem toho, že každý pacient bude vedieť, aká je zákonom definovaná maximálna čakacia lehota a geografická dostupnosť, tak zdravotné poisťovne si budú môcť navzájom konkurovať v tom, ktorá z nich dokáže tento nárok poskytnúť rýchlejšie a kvalitnejšie.

## **2.2. Väčšia ochrana pacienta od štátu**

V dnešnej dobe sa rovnako nesmie stať, že pacientom bude rôznymi poplatkami obmedzovaný vstup k lekárovi. Každý, kto si platí zdravotné poistenie, musí mať prístup k zmluvným lekárom bez toho, aby musel platiť ďalšie poplatky. Úloha štátu ale nie je len zabezpečiť dostupné a solidárne zdravotníctvo, ale zároveň aj garantovať svojim občanom kvalitné zdravotníctvo. Na jednej strane je potrebné motivovať a donútiť poisťovne a zdravotníkov na orientovanie sa na kvalitu, na druhej strane musí štát ale aj kvalitu vynucovať v prípade, že bola liečba pacienta zanedbaná. V súčasnosti je ochrana pacienta na veľmi nízkej úrovni. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS), ktorý ma garantovať kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, je politicky závislý a už v minulosti preukázal, že najväčším kauzám nedokázal zabrániť, došetriť ich, prípadne priniesť poškodeným kompenzáciu, či zadosťučinenie.

Pacient musí mať taktiež možnosť nezávisle si preskúmať výsledky konkrétnych zdravotníckych zariadení, keď sa rozhoduje, kde sa nechá vyšetriť. Transparentnosť a poctivé zverejňovanie kvalitných dát zvýši informovanosť pacientov a dá pacientom do rúk mocný nástroj, keďže si budú môcť sami skontrolovať kvalitu nemocnice, ktorú si vybrali.

### **2.2.1. Ochrana pred poplatkami**

Slovensko je jednou z krajín, kde sa pacienti, okrem poistenia, musia výraznou sumou zo svojich rodinných rozpočtov podieľať na dodatočnom financovaní zdravotníctva. Či už ide o dodatočné poplatky na hrane zákona, korupciu, alebo doplatky za lieky a zdravotnícke pomôcky. Aj keď je oficiálne vyberanie rôznych poplatkov zákonom zakázané, viacerí súkromní poskytovatelia využívajú bezzubosť legislatívy a poplatky reálne aj tak vyberajú, či už priamo alebo cez tretie osoby. Takýto postup nielenže selektuje ľudí na základe toho, kto si môže dovoliť zaplatiť poplatky, ale hlavne vytvára nápor na štátne zariadenia. Pacienti, ktorí si nemôžu dovoliť zaplatiť poplatok u súkromného poskytovateľa, následne smerujú k štátnym poskytovateľom, kde sa kvôli zvýšenému náporu v čakárňach zvyšuje čakacia doba a často aj znižuje kvalita.

Cieľom vlády musí byť preto striktné odstránenie neopodstatnených a nezákonných poplatkov. Súčasne pridáme vyšším územným celkom právomoci na efektívnejšie odstraňovanie týchto poplatkov a možnosti na ich spätné vymáhanie pre pacientov. Objednanie pacienta na konkrétny čas nie je luxusom, za ktorý sa má doplácať, ale ide o samozrejmosť, ktorá zvyšuje pohodlie pacientov a efektivitu lekárov. Aj preto zabezpečíme, aby každý zmluvný poskytovateľ vedel poskytnúť aj vyšetrenie na presne stanovený čas a využijeme vplyv v štátnej poisťovni, aby mal pri uzatváraní zmluvy každý poskytovateľ funkčný objednávkový systém pre pacientov na konkrétny čas. Zavedieme podmienku funkčného objednávkového systému pri uzatváraní zmluvy lekárov s každou zdravotnou poisťovňou.

Rovnako pre väčšiu ochranu pacientov zavedieme odstránenie priamych platieb pacientov zmluvným poskytovateľom. Všetky záväzky, ktoré vzniknú pacientovi voči lekárovi bude preplácať zdravotná poisťovňa, ktorá si ich následne bezhotovostne vyrovná s pacientom v rámci koncoročného zúčtovania. Opatrenie sa bude vzťahovať aj na všetky tretie strany, ktoré by takýmto spôsobom chceli od pacienta vyberať rôzne poplatky. Týmto krokom zmenšíme motiváciu vyberať neopodstatnené a nelegálne poplatky od pacientov, ktoré často prúdia mimo kontroly štátu.

### **2.2.2. Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**

Najhlavnejším dôvodom, prečo si ÚDZS nedokáže plniť svoje úlohy a nedostatočne chráni pacientov, je politizácia tohto úradu a jeho úzke prepojenie na vládnu koalíciu. Predsedu úradu vymenúva a odvoláva prakticky bez udania dôvodu vláda na návrh ministra zdravotníctva. ÚDZS v minulosti už viackrát ukázal, že nedokáže zodpovedne a dostatočne rýchlo zabrániť najhorším kauzám. V mnohých prípadoch išlo o ekonomické pochybenia poisťovní, ale v niektorých prípadoch, ako bol napr. prípad maséra Kostku, išlo aj o poskytovanie pochybnej zdravotnej starostlivosti pacientom. Pri nájdení pochybení zo strany ÚDZS je pre pacienta ale aj tak nutné obrátiť sa na súd v prípade vymáhania škody, keďže ÚDZS nemôže pacientom priznávať kompenzácie. Sme presvedčení, že presunutie právomoci skúmania pochybení zo strany poskytovateľov musí prejsť na súdy. Súd poskytuje oveľa väčšiu záruku nezávislého preskúmania, ako ÚDZS, a zároveň môže súd priamo určiť formu náhrady pre poškodeného pacienta.

### **2.2.3. Dohľad nad zdravotnými poisťovňami**

Doterajšie fungovanie ÚDZS taktiež preukázalo, že úrad vykonáva nedostatočnú kontrolu poisťovní po ekonomickej stránke, či už išlo o účtovnú operáciu súkromnej poisťovne Dôvera, alebo kauzu „teta Anka“ bývalého riaditeľa štátnej poisťovne. Sme presvedčení, že Národná banka Slovenska, ktorá už teraz vykonáva dohľad nad komerčnými poisťovňami, bude vykonávať nezávislejší, ale aj odbornejší dohľad nad zdravotnými poisťovňami, ako ÚDZS.

### **2.2.4. Kontrola kvality cez kvalitné dáta**

Zbieranie, vyhodnocovanie a rozhodovanie sa na základe merateľných, reálnych nezkreslených údajov a výsledkov, by malo byť samozrejmosťou. Preto je nutné, aby každá investícia, alebo zmena v našom zdravotníctve, mala štátom jasne zadefinovaný medicínsky cieľ, ktorý sa dá následne odmerať a vyhodnotiť. Pacient musí vedieť, ako každé preinvestované euro z jeho daní zlepší zdravotnú starostlivosť, ktorú mu štát zabezpečuje.

Zbierané dáta by mali byť do maximálnej miery verejné, aby sa pacient mohol kvalifikovane rozhodnúť, komu zverí svoje zdravie do rúk. Pre kontrolu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zároveň pre možnosť pacienta rozhodnúť sa, kde sa nechá vyšetriť, je prístup ku kvalitným dátam nevyhnutný. Dobré zbierané, neskreslené a zverejnené údaje

pomôžu podporiť kvalitnejších poskytovateľov a taktiež vkladajú štátu do rúk nástroj na efektívnu kontrolu.

Pre štát je nutné pozorovať hlavne:

- a) Objemové indikátory – počty vykonaných úkonov
- b) Klinické indikátory kvality – mortalita, nežiadúce preležaniny - dekubity, nemocničné nákazy, reoperácie, rehospitalizácie a pod.
- c) Procesné indikátory kvality – aká liečba bola poskytnutá a ako rýchlo bola vykonaná, a či bola poskytnutá včas

Pre pacienta je nutné mať prístup hlavne ku všetkým indikátorom. Dáta je nutné zbierať na každú diagnózu zvlášť. Objemové indikátory nepriamo vyjadrujú, či je bezpečné sa niekde dať liečiť, keďže pod určitú hranicu počtu vykonaných výkonov ročne (pôrody, výmeny kíbov a pod.) nemá personál dostatok nutnej praxe, v tom prípade je vhodnejšie si vybrať operátora s viacerými vykonanými výkonmi v danom roku. Klinické indikátory kvality zase jasne poukazujú na kvalitu vykonaných úkonov. Každý pacient by mal vedieť, akú úspešnosť prežitia, prípadne riziko komplikácií má u daného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. A procesné indikátory predstavujú napríklad verejné štandardy kvality, aby pacienti vedeli, akú liečbu majú absolvovať. Z toho dôvodu budeme presadzovať zverejňovanie čo najväčšieho rozsahu dát, aby pacienti mali v rukách nástroj na kontrolu kvality, aby boli poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pod konkurenčným tlakom a zároveň, aby mal štát možnosť kontroly a vylepšovania systému.

#### **Naše opatrenia:**

9. Nové zadefinovanie výkonov, na ktoré má pacient bezplatne nárok, vrátane zadefinovania maximálnych čakacích lehôt a geografickej dostupnosti na konkrétne výkony
10. V prípade nedodržania nároku, bude musieť poisťovňa preplatiť poistencovi vyšetrenie u ľubovoľného poskytovateľa, inak štát obmedzí jej zisky
11. Zabrániť obmedzovaniu prístupu pacientov k lekárom dôkladnou kontrolou nelegálnych a neopodstatnených poplatkov cez lepšie vynucovanie a vyššie



sankcie (pridanie právomoci na rozhodnutie o vrátení poplatku, naviazanie pokút na poskytovateľov a pod.)

12. Zintenzívnenie kontrol zameraných na podmieňovanie poskytnutia zdravotnej starostlivosti pod podmienkou zaplataenia dodatočného poplatku, ale aj na nelegálne poplatky
13. Zavedenie zákazu priamych platieb pacientov u lekárov. Všetky záväzky si bude pacient vyrovnávať v rámci koncoročného zúčtovania priamo so svojou zdravotnou poisťovňou
14. Uplatňovanie povinnosti mať funkčný a bezplatný objednávkový systém pri zazmluvňovaní poskytovateľov zdravotnými poisťovňami
15. Presun zodpovednosti za preskúvanie liečby a priznávanie odškodného na súdy
16. Presun ekonomickej kontroly zdravotných poisťovní na NBS
17. Zlepšenie informovanosti pacientov – povinné zverejňovanie čo najviac dát o kvalite a dostupnosti zdravotnej starostlivosti

### **3. Pacientom prinesieme vyššiu kvalitu, viac inovácií a pohodlia**

Ako už bolo spomenuté, slovenské zdravotníctvo, čo sa týka zdravia občanov, dosahuje podpriemerné výsledky. Či už ide o vysoký počet odvrátiteľných úmrtí, nízky počet rokov prežitých v zdraví, alebo vysoká úmrtnosť na civilizačné choroby, ako sú napr. srdcovo-cievne a onkologické ochorenia. Ak sa už slovenský pacient dostane do ambulancie, je nevyhnutné, aby bol liečený čo najkvalitnejšie. Nie je možné, aby boli lekári finančne motivovaní len na vykonávanie úkonov bez orientácie na liečebné výsledky. Poskytovatelia majú byť motivovaní na vyliečenie pacienta bez ohľadu na to, koľko zdravotných výkonov vykonali. Spôsob liečby a organizácie práce zostali nemenné dlhé roky a zaseknuté v 20. storočí. Tento problém je najviac viditeľný u ambulantných lekárov, ktorí nemajú v súčasnosti motiváciu poskytnúť pacientovi tú najmodernejšiu liečbu a zmeniť štýl práce a organizáciu svojej ambulancie tak, aby dokázali

obslúžiť viac pacientov s vyššou kvalitou. Vyspelý svet nám ukazuje, že aj v časoch prichádzajúcich inovácií, stúpajúcom počte pacientov s chronickými chorobami a aj s klesajúcim počtom zdravotníkov je možné prispôbiť sa na tieto meniace sa časy a kvalitne poskytovať zdravotnú starostlivosť.

### **3.1. Inštitút pre kvalitu a inovácie (IKI)**

Slovenské zdravotníctvo má schopnosť prijať malé, čiastkové zmeny a inovácie (napr. inovatívne lieky), ale na druhej strane vidíme, že schopnosť prijať väčšie a zásadnejšie zmeny a inovácie je problematická (napr. neustále odkladanie novej univerzitnej nemocnice v Bratislave, slabo fungujúci eHealth a DRG a pod.). Väčšie zmeny sú často nezrealizované, predčasne zvrátené, alebo ich realizácia sa časovo, ale aj finančne navyšuje.

Hygienické balíčky nepredstavujú inovácie, ale len dlho zanedbávaný štandard, ktorý by mali mať pacienti automaticky zabezpečený. Skutočné inovácie Slovensko kvôli nízkej podpore vedy a výskumu najčastejšie dováža zo zahraničia, a preto je nutné zabezpečiť bezbariérový príchod vedomostí do našej krajiny aj cez spoluprácu so zahraničnými univerzitami, nemocnicami a komerčnými firmami pôsobiacimi v zdravotníctve.

Najčastejšie sa inovácie dejú v oblastiach ako sú: nové liečebné postupy, nové lieky, nové profesie, nové procesy (napr. elektronizácia zdravotníctva, nové platobné mechanizmy zdravotnými poisťovňami) a nové formy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane tomu, aby sa tieto inovácie do nášho systému dostali, často bránia: personálne normatívy, materiálno-technické normatívy, vzdelanostné kritériá, záujmové združenia, ale najmä nestabilita a politizácia systému. Je preto nutné, aby sa niekto aktívne a plnohodnotne venoval iba tomu, ako naše zdravotníctvo neustále vylepšovať, odstraňovať bariéry pokroku a inovovať bez ohľadu na politické obsadenie ministerstva.

Úlohu inovátora slovenského zdravotníctva by mal prebrať Inštitút pre kvalitu a inovácie (IKI), ktorý sa pretransformuje z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Hlavnou úlohou nového inštitútu bude zrýchliť dovoz inovácií zo zahraničia do slovenského zdravotníctva, podnietiť vznik inovácií priamo na Slovensku a hlavne podporiť zdravotné poisťovne a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri zlepšovaní kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Inštitút bude mať jasný mandát, úlohu a hlavne bude oproti súčasnému ÚDZS plne nezávislý. Na riadení a financovaní inštitútu sa budú podieľať

okrem štátu aj zdravotné poisťovne, prípadne ostatní dôležití aktéri slovenského zdravotníctva. Zloženie správnej rady vopred určí zákon.

Inštitút bude priamo vyhľadávať možné inovatívne postupy a identifikovať zmeny, ktoré bránia ich zavedeniu. Po vypracovaní inovatívneho návrhu bude tiež úlohou inštitútu naštartovať pilotný projekt, následne ho vyhodnotiť, v prípade úspešnosti rozšíriť jeho zavedenie medzi viacerých poskytovateľov a následne sledovať kvalitu implementácie spolu so zavádzaním ďalších vylepšení. Inovatívne postupy sú v spomenutom zmysle chápané aj ako projekty zlepšujúce efektívnosť systému a nielen výskum nových medicínskych postupov a technológií – napr. spájanie lekárov do nových reťazcov poskytovateľov alebo zlepšovanie ich spolupráce, nové formy platobných mechanizmov, telemedicína, robotizácia výdaja liekov, znižovanie administratívnej záťaže cez elektronizáciu a pod.

Dôležitou úlohou inštitútu bude aj vypracovávanie, prípadne lokalizácia štandardných terapeutických a diagnostických postupov, podpora vedy a výskumu v oblasti zdravotníctva, výber a lepšie využitie hlavných odborníkov a implementácia štandardov spolu s následnou certifikáciou poskytovateľov po ich úspešnom zavedení. Inštitút bude disponovať vlastnými finančnými zdrojmi na podporu inovatívnych projektov, ktoré bude môcť nezávisle poskytovať.

Okrem samotného vypracovávania štandardov a hodnotenia kvality poskytovanej starostlivosti bude jednou z hlavných úloh inštitútu kvalitu aj vynucovať. Zatiaľ čo pochybenia a odškodnenia budú riešiť priamo súdy, tak nedostačujúcu kvalitu bude trestať priamo inštitút. Pôjde o prípady ako nedodržovanie štandardných postupov, neplnenie nároku poistenca a iné bezpečnostné riziká.

Zodpovednosť za manuály zberu dát, samotný zber dát, vyhodnocovanie dát a ich zverejňovanie by mal s výnimkou eZdravia (ktorého správa by zostala pod Národným centrom zdravotníckych informácií) nový inštitút. Jedným z našich najhlavnejších cieľov bude príprava slovenského zdravotníctva na digitálnu éru. Nevyhnutnosťou bude digitalizácia a štandardizácia zdravotných záznamov a pravidelné porovnávanie a vyhodnocovanie zbieraných dát. Každý zásah do systému zdravotnej starostlivosti bude musieť mať presne stanovené merateľné ciele, ktoré sa budú musieť povinne vyhodnocovať. Digitalizácia a štandardizácia dát zároveň spôsobí zníženie administratívnej záťaže zdravotníkov, aby sa zdravotníci mohli venovať odborným činnostiam.

### **3.2. Zdravotná poisťovňa ako koordinátor zdravotnej starostlivosti a štát ako garant kvality**

V každom systéme musí byť niekto zodpovedný za to, aby pacient dostal včas svoju liečbu, aby nebola jeho liečba zanedbaná a aby bola kvalitná. Tieto funkcie má plniť takzvaný koordinátor starostlivosti, ktorý pacienta prevedie celým procesom jeho liečby – od objednávanie k lekárom, cez notifikovanie, až po kontrolu kvality a dodržiavania liečebného postupu. Túto úlohu budú plniť zdravotné poisťovne, na ktoré bude dohliadať štát. Poisťovňa bude mať za úlohu nasmerovať pacienta k najbližšiemu dostupnému lekárovi tak, aby neblúdil systémom. Každá poisťovňa bude povinná zabezpečiť svojim poistencom konkrétny termín u konkrétneho lekára, či už priamo keď sa na ňu pacient obráti, alebo cez lekára, respektíve miesto prvého kontaktu.

Je úlohou práve zdravotnej poisťovne, aby zabezpečila dostupnosť lekárov, ale aj dostatočnú kvalitu poskytovanej starostlivosti. Ak poisťovňa zle koordinuje svojich pacientov a pacient nedostane včas vhodnú liečbu, tak poisťovňa zároveň preberá zodpovednosť a preplatí pacientovi celú potrebnú liečbu aj u nezmluvného lekára podľa ľubovoľného výberu pacienta. V prípade systematického neplnenia si povinností môže zasahovať aj štát napríklad obmedzovaním zisku alebo výraznými pokutami.

Hlavnou motiváciou poisťovní pod dohľadom štátu bude iniciatívne ponúknuť pacientom najlepšiu možnú liečbu, pretože ak tak neurobia, nesprávne poskytnutá liečba im môže zvýšiť náklady, vyvolať sankcie od štátu, znížiť zisk a zničiť reputáciu. Kombinácia týchto motivácií a sankcií spôsobí, že poisťovne budú nútené podporovať zavádzanie nových liečebných postupov, inovácií, zmlúv orientovaných na kvalitu, budú vyvíjať tlak na efektívnejšiu organizáciu práce lekárov, ale hlavne budú zlepšovať pohodlie pacientov.

Samozrejme, najprv je poisťovne nutné podporiť a zaviazat' k poskytovaniu rôznorodých kontraktov s lekármi, ktoré nebudú orientované len na počet vykonaných výkonov bez sledovania kvality poskytnutej starostlivosti. Hlavným nástrojom na motiváciu lekárov pre zavádzanie nových liečebných postupov sú finančné motivácie. V prípade, že poisťovne nebudú iniciatívne zavádzať nové inovatívne postupy starostlivosti o pacientov a organizácie práce, bude úlohou štátu zasiahnuť implementáciou napríklad nových platobných mechanizmov, kde budú zvýhodňovaní lekári, ktorí používajú inovatívne a efektívne liečebné postupy a organizáciu práce. Samozrejme, štát musí ísť príkladom a využiť svoju štátnu poisťovňu s najväčším trhovým podielom pri zavádzaní nových postupov a finančných motivácií.

### **3.2.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa ako dominantný hráč a nositeľ zmeny**

VšZP je zdravotná poisťovňa s najväčším trhovým podielom a zároveň je vo výhradnom vlastníctve štátu. Táto kombinácia predstavuje najlepšie podmienky na zavádzanie spomenutých zmien. VšZP sa musí stať nositeľom zmeny pri nákupe zdravotnej starostlivosti. Vďaka priamemu vplyvu štátu zabezpečíme, aby manažment štátnej poisťovne zaviedol všetky spomenuté opatrenia do praxe a teda preferoval poskytovateľov, ktorí budú mať funkčný objednávkový systém, budú zavádzať inovácie, nové formy organizácie práce a ďalšie inovácie. Vzhľadom na to, že VšZP má najväčší trhovú podiel, tak má zároveň najväčší potenciál na prinesenie zmeny v prospech pacientov.

### **3.3. Nové kontrakty s lekármi**

Slovenskí ambulantní lekári sú v súčasnosti nedostatočne motivovaní k zlepšovaniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov. Zatiaľ čo nemocnice nabiehajú na systém DRG, ktorý ich má motivovať k poskytovaniu ekonomicky udržateľnej starostlivosti, tak ambulantní lekári sú väčšinou naďalej financovaní buď na základe kapitácie (pravidelnej mesačnej platby za poistenca) alebo na základe platieb za počet vykonaných výkonov. Takýto systém nemotivuje lekárov ku vyššej kvalite poskytovanej starostlivosti, ale garantuje rovnakú platbu za každý výkon bez zohľadnenia kvality. Po novom budú musieť poisťovne nakupovať zdravotnú starostlivosť na základe takzvaných kvalitatívnych kontraktov, kde lekár nesie zodpovednosť za zdravotný stav pacienta a je taktiež finančne motivovaný poskytnúť čo najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť. Lekár, ktorý neposkytne kvalitnú starostlivosť, bude stratový, prípadne sa k zmluve s poisťovňou ani nedostane. Takto nastavené kontrakty nemotivujú iba k lepšej zdravotnej starostlivosti, ale zároveň znižujú náklady na zdravotnú starostlivosť, keďže so zvyšujúcou sa kvalitou liečby sa znižuje aj objem liečby, ktorú by musel pacient čerpať napríklad pri komplikáciách, alebo nesprávnom doliečení. Tlak na kvalitu u nemocníc a lekárov budeme taktiež vyvíjať štandardmi kvality, ktoré popisujeme ďalej.

### **3.4. Zmena organizácie práce a inovácie**

Ukazuje sa, že klasické usporiadanie ambulancií, kde popri jednom lekárovi pôsobí jedna sestra, nefunguje dostatočne efektívne v týchto časoch nedostatku personálu, stúpajúcom počte pacientov a prichádzajúcich inováciách. Takto zastaralý systém spôsobuje, že pacienti musia dlho čakať, nemôžu sa často objednať a narážajú na prepracovaný a

demotivovaný personál. V súčasnosti už nie je nutné, aby všetky výkony vykonával samotný lekár. Objednávanie pacientov, odoberanie krvi, vybavovanie administratívy, vysvetľovanie životosprávy a pod. môže vykonávať sestra, prípadne zdravotnícky asistent alebo iný administratívny pracovník, ktorý je správne vyškolený. Títo pracovníci taktiež nemusia pôsobiť v jednej miestnosti, ale ambulancia lekára sa môže skladať z viacerých miestností, pričom iba tie najkomplikovanejšie prípady putujú priamo k lekárovi. Novou organizáciou práce sa taktiež zvýši kapacita ambulancií vyšetriť viacero pacientov. Pri novej organizácii práce a v záujme zrýchlenia chodu ambulancie, by mal byť objednávaný každý pacient na konkrétny čas. Poistovne budú mať vďaka možnosti uzatvárania rôznych kontraktov v rukách nástroj na motivovanie lekárov k novému usporiadaniu práce a ambulancií. Finančná motivácia zakotvená v nových kontraktoch pri zamestnaní viacerých pracovníkov, organizácie práce do viacerých miestností, objednávaní pacientov na konkrétny čas, zavádzaní inovácií a pod. urýchli a zároveň zvýši komfort a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Niektoré inovácie je nutné zavádzať plošne reguláciou (napr. eZdravie) a vo všeobecnosti platí, že ak poisťovne nepristúpia iniciatívne k prijímaniu inovatívnych mechanizmov, tak je nutné, aby štát využil svoj regulačný vplyv a taktiež aj vplyv štátnej poisťovne s väčšinovým trhovým podielom. Zdravotné poisťovne budú musieť preferovať pri uzatváraní zmlúv tých poskytovateľov, ktorí zavádzajú nové postupy oproti tým, ktorým nefunguje ani objednávkový systém. Poisťovňa bude musieť hlavne finančne podporovať zvýhodnenou platbou tých lekárov, ktorí sa rozhodnú zaviesť rôzne inovácie ako napr. telemedicínu, t.j. monitorovanie zdravotného stavu prístrojmi na diaľku, konzultácie na diaľku, zasielanie administratívnych podkladov, napr. žiadostí elektronickou formou a pod.

### **3.5. Reforma nemocničnej siete a presun pacientov do ambulatného sektora**

Neefektivita a nekvalita slovenského zdravotníctva spočíva aj v zlej organizácii nemocníc, ktorá má za následok zbytočné hospitalizácie pacientov. Okrem toho, že budeme podporovať znižovanie akútnych lôžok a ich premenu na dlhodobé lôžka, tak sa sústredíme na vyššiu špecializáciu nemocníc. Budeme sa snažiť preniesť čo najviac pacientov do ambulancií jednodňovej chirurgie a vôbec do ambulatného sektora, keďže nadbytočné hospitalizácie zvyšujú zdravotné komplikácie, riziko nozokomiálnych, t.j. nemocničných nákaz, zlý psychický stav pacientov, a teda predĺžené liečenie a zníženie finančnej efektivity systému. Po zavedení nových kvalitatívnych kontraktov bude aj ambulatný sektor viac motivovaný na kvalitu

poskytnutej liečby. Zároveň bude nutné odbremeňovať ambulantných špecialistov cez posilňovanie postavenia všeobecných lekárov.

### **3.6. Zavádzanie štandardov kvality**

Pri nových kvalitatívnych kontraktoch budú ambulantní lekári viac motivovaní na poskytovanie liečby zameranej na kvalitu, namiesto len vykonania počtu výkonov bez sledovania kvality. Nemocnice už dnes fungujú pod systémom DRG, ktorý ich zároveň motivuje na skracovanie doby hospitalizácie a z toho dôvodu je nutné zabezpečiť, že liečba pacientov nebola zanedbaná pre ekonomický prospech kratšej hospitalizácie, prípadne vynechania liečby, alebo aj poskytnutia nadbytočnej liečby. Kvôli uvedeným dôvodom budeme podporovať rozširovanie odborných kapacít inštitútu a lepšie využitie hlavných odborníkov na tvorbu takzvaných štandardných diagnostických a terapeutických postupov a ich vynucovanie cez klinické protokoly. Klinické protokoly zaistia, aby bol pri každej liečbe dodržaný najmodernejší postup liečby, pričom sa zároveň zvyšuje kontrola dodržiavania týchto postupov. Ako už bolo spomenuté, vypracovávanie štandardov a ich implementácia bude spadať pod nový inštitút.

### **3.7. Hlavní odborníci**

V súčasnosti sú hlavní odborníci vo svojich medicínskych oblastiach iba čestnou funkciou bez presne zadefinovaných právomocí. Sme presvedčení, že hlavní odborníci by mali spadať pod nový inštitút, mali by byť vyberaní vo verejnom výberovom konaní a ich funkcia by mala mať zadefinovaný úväzok s adekvátnym ohodnotením. Následne by mali byť hlavní odborníci oveľa intenzívnejšie využívaní pri tvorbe štandardov, kontroly kvality a príprave inovácií. Práca hlavných odborníkov by mala byť oveľa transparentnejšia, čo zabezpečí skladanie účtov vo forme výročnej správy o vývoji v ich medicínskom odvetví a o konkrétnych opatreniach, ktorými hlavní odborník tomuto progresu prispel.

### **3.8. Lieková politika a lekárne**

Na Slovensku sme mali od nepamäti problém s veľkými výdavkami za lieky, či už kvôli nadspotrebe, či neefektívnej preskripcii liekov a zdravotníckych pomôcok. Zatiaľ čo ceny liekov nám úspešne nadol tlačí referencovanie, t.j. úradné určovanie cien liekov na základe cien v ostatných európskych krajinách, tak boj proti nadspotrebe – hlavne antibiotík, treba zintenzívniť.

Na jednej strane sa to dá dosiahnuť lepšou revíznou činnosťou aj pomocou elektronického zdravotníctva a na druhej strane motiváciou lekárov k predpisovaniu menšieho množstva liekov. Zníženie preskripcie dosiahneme novými kvalitatívnymi zmluvami s lekármi, ale aj zverejňovaním rebríčkov predpisovania, alebo zavádzaním štandardov predpisovania liekov. Nezabudnuteľnou súčasťou je taktiež čo najväčšie rozšírenie centrálného obstarávania liekov za cieľom dosiahnutia množstevných zliav.

Ďalším zdrojom zvýšených výdavkov na lieky sú lieky na zriedkavé ochorenia. V roku 2018 sme mohli vidieť ako minister Drucker pokazil zákon a umožnil farmafirmám umelé odčerpávanie desiatok miliónov eur cez lieky na zriedkavé ochorenia. Lieky na zriedkavé ochorenia majú v našom systéme určité miesto, ale farmafirmy by nemali dostávať blanco šek na lieky, ktorých účinnosť a ekonomickosť nie je preukázaná. Budeme presadzovať, aby sa pomocou nových zmlúv s poskytovateľmi museli aj farmaceutické firmy spolu s poisťovňami podieľať na riziku, ak sú takéto ojedinelé lieky neúčinné. Takto budú farmafirmy donútené, aby boli viac orientované na kvalitu poskytnutej liečby, ako iba na počty predpísaných balení.

Nižšie výdavky na lieky, či už z verejných financií alebo priamo peňaženiek pacientov, sa dajú taktiež dosiahnuť podporou vstupu viacerých generických liekov na náš trh. Generické lieky predstavujú medicínsky rovnakú alternatívu voči originálnym liekom za nižšiu cenu. Rovnako uľahčíme vstup na trh biosimilárnym liekom.

Pri znižovaní výdavkov na lieky, sa však nejedná len o verejné financie, ale aj o peniaze, ktoré musia pacienti platiť priamo zo svojich peňaženiek. Slovenské rodiny totiž zo svojich rozpočtov musia každoročne zaplatiť navyše okrem zdravotného poistenia viac ako 700 miliónov eur na lieky, zdravotnícke pomôcky a iný zdravotnícky materiál. Preto okamžite sfunkčníme generickú preskripciu, aby pacient dostal vždy liek s najlacnejším doplatkom a taktiež rovnako rozšírime zameniteľnosť špeciálneho zdravotníckeho materiálu a zdravotníckych pomôcok.

### **3.8.1. Lekárne**

Posledné roky môžeme vidieť nárast počtu lekární. Pre pacientov nejde o zlé znamenie, keďže tento trend zvyšuje dostupnosť liekov. Zároveň si ale myslíme, že lekárne na Slovensku by nemali mať monopol na voľnopredajné lieky. Liberalizácia lekárenského trhu nevedie k žiadnemu ohrozeniu ľudí, keďže už aj teraz je možné cez internet kúpiť voľnopredajné lieky bez priameho dozoru farmaceuta. Budeme presadzovať, aby boli niektoré voľno predajné lieky



(napríklad na chrípku), dostupné aj mimo lekární – napríklad v drogériách, alebo na čerpacích staniciach. Predpokladáme, že takýto krok povedie k zníženiu cien voľnopredajných liekov a ďalej sa zvýši dostupnosť liekov pre ľudí.

### 3.8.2. Kategorizačné komisie

Kategorizačné komisie (nie len tie liekové) tvoria jeden z najdôležitejších orgánov v rámci slovenskej zdravotníckej politiky. Jej členovia rozhodujú o tom, čo bude a čo nebude preplácané z verejného zdravotného poistenia. V minulosti sa objavili podozrenia z nedostatočnej transparentnosti komisií, alebo podozrenia z konfliktov záujmov, kedy členovia mali zastávať záujmy štátu, ale zároveň pracovali pre súkromné subjekty, o ktorých rozhodovali. Nielenže si myslíme, že rozhodovanie v kategorizačných komisiách a výber členov komisií by malo byť oveľa transparentnejšie, zároveň sme presvedčení, že členstvo v komisiách je nutné profesionalizovať. V súčasnosti členovia kategorizačných komisií nemajú dostatočne veľký úväzok a tomu zodpovedajúci plat, keďže nejde o ich primárny záväzok. Vzhľadom na to, aby sa eliminoval konflikt záujmov a zvýšila odbornosť a akcieschopnosť komisií, každý z členov kategorizačných komisií by mal byť transparentne vybraný na plný úväzok s odpovedajúcim platom. Takto budú môcť členovia komisií skutočne chrániť verejný záujem bez odkázanosti na iné príjmy.

#### **Naše opatrenia:**

18. Transformácia ÚDZS na Inštitút pre kvalitu a inovácie (IKI)
19. Medzi nové právomoci inštitútu bude patriť hlavne vypracovávanie štandardov, ich zavádzanie do praxi, certifikácia poskytovateľov, správa a zverejňovanie zdravotníckych dát, finančná podpora inovácií, vytváranie inovatívnych pilotných projektov, vypracovávanie odporúčaní pre ministerstvo a výber a práca s hlavnými medicínskymi odborníkmi a mnohé ďalšie.
20. Na riadení, ale aj financovaní inštitútu sa okrem štátu budú podieľať aj zdravotné poisťovne, prípadne iní dôležití aktéri v zdravotníctve
21. Pripravíme slovenské zdravotníctvo na digitálnu éru. To znamená digitalizácia, štandardizácia a automatizácia medicínskych dát a ich pravidelné vyhodnocovanie. Cieľom tohto opatrenia bude aj zníženie administratívnej

záťaže zdravotníkov, aby sa mohli viac venovať odborným, klinickým činnostiam.

22. Každá nová zavádzaná zmena bude musieť mať sledovateľné kritériá, na základe, ktorých sa vyhodnotí jej úspešnosť a prípadné rozširovanie na viac zdravotníkov, poisťovní, alebo pacientov
23. Dôkladné zavádzanie klinických protokolov v nemocniciach na základe najnovších diagnostických a terapeutických štandardov
24. Zatiaľ čo pochybenia v poskytnutej zdravotnej starostlivosti bude trestať a odškodňovať súd, tak nedostačujúcu kvalitu poskytovateľov bude trestať priamo inštitút (napr. nedodržiavanie štandardov, neplnenie nároku poistenca alebo bezpečnostných postupov a iné)
25. Vyvinutie maximálneho tlaku na zdravotné poisťovne na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti založených na kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti
26. Špeciálny dôraz na reformu nákupu zdravotnej starostlivosti vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, taktiež s dôraznejšou orientáciou na kvalitu poskytovanej starostlivosti pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
27. Definícia nových výkonov a zavedenie finančných motivácií (primárne cez poisťovne) na podporu zavádzania inovácií v ambulanciách. To zahŕňa podporu telemedicíny, t.j.diaľkového monitorovania zdravotného stavu, odoberanie vzoriek na diaľku, videokonzultácií, atď.
28. Definícia nových výkonov a zavedenie finančných motivácií na zmenu organizácie práce – zamestnanie viacerých sestier, asistentov, sanitárov a pod. k jednému lekárovi za cieľom zvýšenia kapacity a efektivity poskytovania zdravotnej starostlivosti a komfortu pre obidve zúčastnené strany, t.j. zdravotníckych pracovníkov pri výkone povolania a pacientov pri diagnostike a liečbe ich ochorenia
29. Zavedenie nových kontraktov poskytovateľov s poisťovňami, kde aj farmaceutická spoločnosť zdieľa náklady a riziká prinášania inovatívnych liekov do liečby
30. Zavedenie a kontrola štandardov predpisovania liekov

31. Rozšírenie centrálneho obstarávania liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu
32. Zavedenie a zverejnenie hodnotenia lekárov, ktorí predpisujú najviac liekov a najdrahšie lieky
33. Sfunkčnenie generickej preskripcie
34. Zjednodušenie vstupu generických liekov na slovenský trh – vrátane biosimilárnych liekov
35. Pravidelná plošná revízia úhrad za lieky, špeciálny zdravotnícky materiál a zdravotnícke pomôcky
36. Pokračovanie v znižovaní výdavkov za lieky, ŠZM a zdravotnícke pomôcky rozširovaním referencovania, porovnávania a zameniteľnosti
37. Dôkladnejšia kontrola a odstraňovanie duplicitných vyšetrení a preskripcie liekov lepšou výmenou informácií medzi zdravotníkmi cez elektronické zdravotníctvo. Pri predpisovaní liekov povinná kontrola predpísaného lieku s ostatnými liekmi, ktoré pacient užíva za cieľom predídenia možných nežiadúcich interakcií. Duplicitné vyšetrenia a užívanie liekov sú nielen ekonomicky nevýhodné ale aj zdraviu škodlivé.
38. Zavedenie princípu jedenkrát a dosť do zdravotníctva. Štát a ani poskytovatelia nebudú od pacientov opätovne (alebo v papierovej podobe) pýtať informácie, doklady, alebo vyšetrenia, ktoré už budú v elektronickom zdravotníctve zaznamenané. Aj pre samotných zdravotníkov je vysoko neefektívne vypíňať znova informácie, ktoré už v systéme sú, keďže namiesto toho by sa mali venovať odborným, klinickým činnostiam.
39. Povolenie predaja niektorých voľno predajných liekov (napr. na chrípku) aj mimo lekární
40. Stransparentnenie a profesionalizácia kategorizačných komisií – lepší výber odborníkov, ktorí nie sú v konflikte záujmov, zamestnanie ich na plný úväzok s adekvátnym ohodnotením a zverejňovanie všetkých informácií o členoch komisií a ich rozhodovaní.

## **4. Pacient si bude môcť vďaka férovej súťaži vybrať a ušetriť**

Naším cieľom je, aby okrem základnej istoty dostupnosti zdravotnej starostlivosti mali pacienti viac na výber a aby boli motivovaní sa viac starať o svoje zdravie. Okrem toho na aký balík zdravotných výkonov má pacient od zdravotnej poisťovne nárok, ako rýchlo mu musia byť tieto výkony zabezpečené, by mal každý pacient tiež vedieť, koľko musí ročne za takýto poistný balík zaplatiť. V súčasnosti to ale pacient nevie. Poistenie je tiež službou, ktorej hodnotu si ľudia lepšie uvedomia, ak bude vyjadrená konkrétnym číslom. Štát bude preto každoročne určovať sumu základného ročného poistného a poisťovne budú môcť následne súťažiť o poistencov výškou poskytnutej zľavy z tejto sumy.

Poisťovne musia začať reálne súťažiť o pacientov cenou a kvalitou. Ak by pacient vedel, že konkurenčná poisťovňa ponúka nižšiu ročnú cenu za poistku, prípadne kratšie čakacie lehoty alebo lepšiu dostupnosť, tak dostáva do rúk silnú motiváciu na zmenu poistenia. Solidarita systému bude naďalej zachovaná solidárnym odvodovom od ekonomicky aktívnych občanov určeným ako percentu z ich príjmu. Samozrejme, štát bude môcť rôznymi dotáciami znižovať ročné poistné pre tie najzraniteľnejšie skupiny obyvateľov, ktoré nebudú musieť platiť plnú výšku poistného a ešte stále budú môcť ušetriť viac, ak si vyberú poisťovňu s lacnejším zdravotným poistením.

### **4.1. Väčšia voľnosť pri výbere poistiek**

Sme presvedčení, že poistenec musí mať väčšiu voľnosť výberu a zároveň musí byť viac motivovaný k lepšej starostlivosti o svoje zdravie. Z toho dôvodu umožníme zdravotným poisťovňam poskytnúť zľavu zo zdravotného poistného tým poistencom, ktorí sa aktívne starajú o svoje zdravie (nefajčia, nepijú, sú zaočkovaní, pravidelne absolvujú preventívne prehliadky a pod.). Výšku zľavy a kritéria poskytnutia zľavy z poistného bude schvaľovať nový inštitút, aby nenastala neželaná selekcia rizík zdravotnými poisťovňami.

Na druhej strane, chceme umožniť ľuďom, ktorí o to majú záujem, aby si mohli zaplatiť doplnkové zdravotné poistenie, za ktoré im poisťovňa poskytne nadštandardné služby. Zároveň ale platí, že za zaplatené základné poistné musí poisťovňa poistencovi zabezpečiť základný nárok na zdravotnú starostlivosť definovanú v zákone. Doplnkové poistenie bude tak

predstavovať jasný nadštandard, ktorý nie je definovaný v základnom nároku pre pacienta, ktorý garantuje štát.

Sme presvedčení, že väčšia ponuka od poisťovní a väčšia možnosť výberu pre pacientov zlepší motivácie na lepšiu starostlivosť poistencov o svoje zdravie a zvýši konkurenčný boj o poistencov od zdravotných poisťovní, čo prispeje k väčšej kvalite, prípadne nižšej cene za poistné.

#### **4.2. Zabezpečíme férovú súťaž**

Zabezpečíme, aby pacienti nemohli byť zanedbávaní alebo zneužívaní kvôli väčšej tvorbe zisku súkromníka, a preto zavedieme zákaz krížového vlastníctva v zdravotníctve. Jeden konečný prijímateľ výhod nebude môcť vlastniť firmy pôsobiace vo viacerých zdravotníckych odvetviach, ktoré majú medzi sebou obchodné vzťahy a sú teda vertikálne integrované. To napríklad znamená, že vlastník zdravotnej poisťovne nebude môcť zároveň vlastniť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo lekárne. Znížime tak riziko, aby súkromný vlastník zvýhodňoval jednu svoju firmu svojou inou firmou. Takto zároveň zabezpečíme skutočne férovú súťaž medzi poisťovňami, poskytovateľmi zdravotnej poisťovne a ostatnými spoločnosťami pôsobiacimi v našom zdravotníctve.

Naším cieľom bude obmedzenie ekonomickej oligarchie, kedy silné finančné záujmy ohýbajú pravidlá férovej súťaže v neprospech pacienta. Vykonáme kroky, aby sme prilákali nových, solídnych investorov na trh zdravotného poistenia. Na našom poistnom trhu je nevyhnutné posilniť konkurenčnú súťaž. Štátnu poisťovňu považujeme za nositeľa zmien, na ktorého ale budeme zároveň férovým konkurenčným prostredím vytvárať tlak na neustále zlepšovanie sa.

##### **Naše opatrenia:**

41. Základnú spravodlivosť a poriadok vo financovaní zdravotníctva zavedieme jednotným minimálnym poistným, ktoré bude musieť platiť štát za svojich poistencov, zamestnávateľia za zamestnancov a podnikateľia a dobrovoľní poistenci za seba. Okrem toho budú ekonomicky aktívne osoby ďalej platiť solidárny príspevok cez zdravotné poistenie určené ako % z príjmu.

42. Chceme zároveň umožniť poistencom, aby mohli lepšie riadiť svoje zdravie aj poistné. Okrem základného, štandardného poistenia zavedieme aj ďalšie možnosti.
43. Pre aktívneho poistenca, ktorý chce usporiť, bude existovať možnosť získať nižšie poistné lepšou starostlivosťou o svoje zdravie
44. Naopak, pre poistenca, ktorý si priplatí doplnkové zdravotné poistenie, by mala poisťovňa v prípade potreby poskytovať nadštandardné služby.
45. Vystavenie koncoročného účtu zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou pre každého poistenca pre lepšiu orientáciu v poskytnutej protihodnote za zaplatené zdravotné poistenie.
46. Zákaz krížového vlastníctva (vertikálnej integrácie) v zdravotníctve. Jeden koncový vlastník bude môcť vlastniť iba jeden typ z nasledujúcich subjektov: zdravotná poisťovňa, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo lekáreň.

## **5. Založíme celoslovenskú sieť nemocníc a do vedenia vnesieme profesionalitu spolu s osobnou zodpovednosťou**

Štát vlastní po celom území desiatky nemocníc, ale aj napriek tomu sa k nim správa, ako keby každá z nich fungovala osamotene. Je načase, aby štát začal využívať výhody toho, že má k dispozícii viacero nemocníc, ktoré sa môžu navzájom dopĺňať a špecializovať na to, v čom sú najlepšie. Plánovaná stratifikácia má tento proces začať, ale bez toho, aby mali všetky štátne nemocnice skutočne jednotné riadenie, sa to nepodarí. Štát pod našim vedením nebude rezignovať na svoje nemocnice, ktoré pre pacientov zabezpečujú základnú a komplexnú starostlivosť, ale začne využívať výhody ich koordinovaného riadenia. Z toho dôvodu vytvoríme celoslovenskú sieť štátnych nemocníc s jednotným riadením. Vedenie siete bude môcť takto zlepšovať špecializáciu a kvalitu konkrétnych nemocníc a zároveň hľadiť na zabezpečenie dostupnej a kvalitnej starostlivosti na celom území Slovenska, nie len na ojedinelom bode v

konkrétnom meste alebo okrese. Výhoda siete nemocníc bude aj v lepšej vyjednávacej pozícii pri nákupoch prístrojov, služieb, liekov, zdravotníckeho materiálu a iných tovarov, kde sa naskytnú výraznejšie množstevné zľavy. Zjednotením riadenia sa taktiež odstráni politizácia riaditeľov konkrétnych nemocníc, keďže budú pod dohľadom nezávisle a transparentne vybraného riaditeľa, ktorý sa bude zodpovedať priamo ministerstvu na základe vopred stanovených indikátorov kvality. V minulosti sa už viackrát ukázalo, že manažment závislý na politických tlakoch a výberové konania, kde sa často prihlási iba súčasný riaditeľ, sú nedostačujúce a nepriaznivé pre pozitívne hospodárenie. Preto potrebujeme na čele nemocníc nezávisle a transparentne vybraných odborníkov, ktorí budú mať rozviazané ruky a presne stanovené ciele, ktoré majú naplňať.

### **5.1. Stabilizácia štátnych nemocníc a zlepšenie ich riadenia**

Okrem jednotného riadenia štátnych nemocníc je nutné sa sústrediť na reformu riadenia našich nemocníc cez tvrdé rozpočtové obmedzenia a väčší dohľad štátu. Nie je žiadnou novinkou, že štátne nemocnice každoročne generujú miliónové dlhy. Najviac sú nemocnice zadĺžené osobnými nákladmi na svoju prevádzku a následne nákupom liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu. Podľa medializovaných informácií nemocnice neplnia ani svoje ozdravné plány.

Štátne nemocnice dlhodobo upadajú a vláda svojou nedostatočnou aktivitou riskuje skrytú privatizáciu týchto koncových nemocníc. Súčasný stav môže smerovať k tomu, že vláda svojou nečinnosťou spôsobí odliv personálu a pacientov do súkromných nemocníc, čo bude mať za následok spontánny zánik alebo odpredaj štátnych nemocníc, ktorých stále viac a viac neefektívna prevádzka sa stane neudržateľnou. To môže byť medzi mnohými mestami aj príklad novej súkromnej nemocnice na Boroch, keďže štát nie je schopný dlhé desaťročia dokončiť novú univerzitnú nemocnicu v Bratislave. Súkromník už teraz kvôli tomu odčerpáva lekárov v Bratislave.

Sme presvedčení, že štát nemôže rezignovať na svoje koncové nemocnice a musí pristúpiť k reforme ich riadenia, čo znamená, že štát zásadne zmení prístup k manažmentu svojich nemocníc a odstráni ich politizáciu.

Okrem transparentne vybraných odborníkov do vedenia nemocníc je nutné vyvolať tlak na manažment nemocnice cez tvrdé rozpočtové opatrenia pre dosiahnutie pozitívneho hospodárenia, podobne ako pri nedávnom ozdravnom pláne Všeobecnej zdravotnej poisťovne.

Ak je nemocnica zadĺžená, vstúpi do tzv. ozdravného plánu, kde nad ňou bude vykonávať dohľad ministerstvo zdravotníctva. Vstup do ozdravného plánu by znamenal automaticky výmenu manažmentu, dočasné pozastavenie tzv. platového automatu a prehodnotenie dodávateľských zmlúv a následne aj spolurozhodovanie ministerstva nad bežným riadením. Zavedenie týchto tvrdých opatrení, samozrejme, najprv vyžaduje oddlženie a reštrukturalizáciu nemocníc.

**Naše opatrenia:**

47. Vytvorenie celoslovenskej štátnej siete nemocníc, ktorá bude združovať všetky štátne nemocnice pod jednotným vedením
48. Nedovoliť skrytú privatizáciu a ani premenu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti
49. Zabezpečiť profesionálny manažment odtrhnutý od politiky cez reformu riadenia štátnych nemocníc (dlhová brzda) – zavedenie tvrdých opatrení a tlakov voči vedeniu nemocníc, tým že ak nemocnica generuje dlh zablokuje sa rast platového automatu, prehodnotia sa zmluvné vzťahy a automaticky sa vymení manažment
50. Zavedenie skutočne transparentných výberových konaní do vedenia nemocníc
51. Podporujeme naviazanie čo najširšej zložky mzdy manažmentu na merateľné výsledky

## **6. Premyslenými investíciami zastavíme úpadok slovenského zdravotníctva a podporíme kvalitu**

Primárnym problémom nášho zdravotníctva je efektívnosť využívania financií, ktoré už dnes do zdravotníctva dávame, na čo poukazuje zlý zdravotný stav nášho obyvateľstva v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami. Sme presvedčení, že za toľké peniaze, ktoré putujú do nášho zdravotníctva, musíme dosahovať oveľa lepšie výsledky. To je hlavne vidieť na



našich výsledkoch, čo sa týka úmrtnosti a počtu prežitých rokov v zdraví nášho obyvateľstva. Naše zdravotníctvo v prvom rade potrebuje zefektívnenie využívania peňazí, ktoré v systéme už dnes sú. Vzhľadom na nízku pôrodnosť na Slovensku a neustále starnúcu populáciu je už teraz jasné, že naše zdravotníctvo si v budúcnosti bude vyžadovať oveľa viac zdrojov a o to dôležitejšie je, aby sme všetky peniaze, čo do zdravotníctva investujeme už dnes, využili čo najefektívnejšie. Zlepšenie efektivity sa dá dosiahnuť hlavne väčšou orientáciou na preventívne programy. Súčasťou zvyšovania efektivity nášho systému musí byť tiež zvyšovanie motivácie zdravotníkov na kvalitu liečby namiesto kvantity, znižovanie nadspotreby zdravotnej starostlivosti a liekov, stabilizácia našich nemocníc, zmena organizácie práce zdravotníkov, efektívnejšie nákupy a mnoho ďalších opatrení, ktoré opisujeme ďalej.

Zároveň je ale nutné priznať, že slovenské výdavky sú pod priemerom EÚ a vďaka nepriaznivému demografickému vývoju slovenskej populácie budú musieť v budúcnosti nevyhnutne stúpať, hlavne čo sa týka dlhodobej starostlivosti o odkázaných občanov. Už len na rozpadajúcich budovách našich nemocníc je vidno, že v zdravotníctve máme obrovský investičný dlh. Na jednej strane sme presvedčení, že musíme zefektívniť využívanie už súčasných financií, ale na druhej strane si naše zdravotníctvo aj kvôli zanedbanému investičnému dlhu, ale aj kvôli postupnému starnutiu populácie, bude vyžadovať stále viac a viac zdrojov.

## **6.1. Verejný investičný fond pre zdravotníctvo**

Otázka využívania financií sa v súčasnosti nevzťahuje len na korupciu, ale hlavne na otázku, kam pridané peniaze investovať tak, aby zlepšili a zachránili čo najviac životov. Preto vytvoríme investičný fond, ktorý bude nezávisle určovať, kam majú najnovšie investície prúdiť na základe presne stanovených kritérií. Každý investičný projekt sa bude musieť priebežne vyhodnocovať, či napĺňa stanovené ciele a v prípade potreby sa budú financie presúvať na projekty, ktoré pridajú viac zdravia našim obyvateľom.

Fond bude mať nezávislé, transparentne vybrané vedenie, ktorého zotrvanie bude závisieť hlavne od napĺňania stanovených kritérií vládou. Podporované projekty nebudú zahŕňať iba rekonštrukcie a stavbu nových nemocníc, ale aj nákup nových prístrojov, rozširovanie kapacít na inovatívnu liečbu a podobne. Jediným kritériom na finančnú podporu bude zlepšenie zdravia našich obyvateľov a bude sa môcť o ňu uchádzať, či už verejný sektor, ale aj súkromníci.

Fond bude financovaný cez štátny rozpočet, európske fondy, ale aj cez verejné zdravotné poistenie. Sme presvedčení, že časť finančných prostriedkov, ktoré cez zdravotné poisťovne prúdia do zdravotníctva, musia byť vyhradené na investície. To ale zároveň znamená, že zdravotné poisťovne budú mať určitú mieru spolurozhodovania nad podporou investičných projektov z verejného investičného fondu pre zdravotníctvo.

### **6.1.1. Obnova nemocníc musí byť prioritou**

Jednou z prvých priorít nových investícií budú musieť byť nemocničné budovy. Nie len pacienti, ale aj zdravotníci vnímajú problém starých, rozpadnutých, zdraviu ohrozujúcich budov za jeden z najvypuklejších problémov nášho zdravotníctva. Nie je možné, aby pacienti a zdravotníci museli v 21. storočí pracovať a liečiť sa v zatekajúcich budovách plných plesní, netesniacich okien a potrhaného linolea na chodbách. Štát musí aktívnejšie investovať do nemocničnej infraštruktúry. Vláda musí začať investovať do nových budov namiesto sanácie a rekonštrukcie starých, často nevhodných nemocníc, ktoré nespĺňajú najnovšie medicínske štandardy.

Občas môžeme vidieť vhodné investície (ako napr. nemocnice v Martine alebo Bratislave), ale na druhej strane, včasná schopnosť ich realizácia je pochybná. Výstavba novej nemocnice v Bratislave sa vládnyimi predstaviteľmi skloňuje už vyše 30 rokov. A ani 6 ministrov zdravotníctva zo strany SMER sa za posledných 10 rokov nedokázalo pohnúť s týmto projektom vpred. Najnovšie to vyzerá tak, že SMER ochotne prenecháva opraty súkromníkom, keďže novú nemocnicu plánuje začať stavať až v roku 2021, keď už bude na Boroch stáť nová súkromná koncová nemocnica. Už teraz štátne nemocnice strácajú svojich špičkových odborníkov, ktorí odchádzajú radšej pracovať pre súkromníkov. Príchod nových hráčov na trh je vždy prospešný, ale nesmieme zabúdať na to, že špičkové štátne nemocnice sú v niektorých úlohách nenahraditeľné. Univerzitné nemocnice často vykonávajú tie výkony, ktoré sú pre súkromníkov finančne nevýhodné, vykonávajú výskum, garantujú dostupnosť a vzdelávajú nových lekárov. Štát svojou neschopnosťou a nechotou naozaj riskuje, že premení špičkové štátne nemocnice na druhotriedne odkladisko pre tých pacientov, ktorí si nebudú môcť zaplatiť vyšetrenie u súkromníka.

## 6.2. Stabilita a udržateľnosť financovania zdravotníctva

Dnešný systém financovania zdravotníctva je veľmi nepredvídateľný a nestabilný. Financovanie zdravotníctva je v súčasnosti veľmi závislé od príspevkov pracujúcich ľudí. V posledných rokoch zvykne byť pravidlom, že keď sa ekonomike viac darí, tak vláda nie aby zvýšila svoj podiel spolufinancovania, ale naopak začne znižovať zdroje, ktoré investuje do zdravotníctva. Aj vďaka návrhu štátneho rozpočtu sme sa koncom roka 2018 dozvedeli, že vláda bude za svojich poistencov štátu platiť postupne menej a menej. Nielenže ide o veľmi nezodpovedný krok v týchto časoch neustále starnúcej a finančne nákladnejšej populácie, ale poukazuje to na to, že investícia do zdravia našich obyvateľov je v rebríčku priorít tejto vlády poriadne nízko. Podľa predikcií Európskej komisie je Slovensko krajinou, ktorá má najväčší predpoklad na rapídny nárast nákladov zdravotníctva spomedzi krajín EÚ.

Štát sa nemôže zbavovať zodpovednosti za svojich poistencov a musí za nich platiť viac, čo môže následne umožniť zníženie odvodov pracujúceho obyvateľstva. Predovšetkým je ale nutné, aby sa sadzby poistencov štátu približovali sadzbám pracujúcich ľudí, ktorí sú neustále znevýhodňovaní. Už teraz totiž štát znižuje a na ďalšie roky má tiež naplánované ďalšie znižovanie platieb za svojich poistencov s tým, že týmto krokom bude naďalej zvyšovať záťaž pracujúcich ľudí, keďže sa spolieha, že od nich vyberie viac na odvodoch.

Štát by mal každoročne vyčíslit' finančné potreby zdravotníctva a správať sa zodpovedne tým, že poskytne predvídateľnú čiastku za svojich poistencov. Navrhujeme, aby bola sadzba za poistencov štátu stanovená automatickým vzorcom, do ktorého štát nemôže zasahovať podľa toho, ako mu to momentálne vyhovuje. Jednou z možností je napríklad naviazanie príspevku za poistencov štátu na mesačnú minimálnu mzdu. V takom prípade je aj zabezpečený rast zdrojov v zdravotníctve pri náraste životnej úrovne a platov.

### Naše opatrenia:

52. Vytvoríme nový verejný fond pre investície do zdravotníctva.
53. Budeme podporovať investície na základe prísne stanovených kritérií tam, kde dokážu zachrániť alebo zlepšiť čo najviac životov.
54. Prioritne sa sústredíme na investície do úplne nových nemocníc. Nebudeme podporovať sanáciu starých, nevhodných a neefektívnych nemocničných

budov. Urýchlené dokončenie celoslovenskej koncovej nemocnice v Bratislave  
– Nová univerzitná nemocnica

55. Rozšírenie prevenčných a skriningových programov ako nástroj efektívnejšieho narábania s finančnými zdrojmi v našom zdravotníctve
56. Zavedenie automatického vzorca, ktorý stanoví predvídateľnú výšku platby za poistencov štátu. Tento vzorec zároveň zabezpečí nárast zdrojov v zdravotníctve, keď sa ekonomike darí.
57. Postupne vyrovňovanie pomeru súkromných a verejných zdrojov v zdravotníctve. Na jednej strane cez navyšovanie platieb od štátu a na druhej strane cez znižovanie odvodovej záťaže pracujúcich ľudí.

## **7. Zatraktívňime prácu v zdravotníctve na Slovensku**

Naši zdravotníci sú najväčším pokladom nášho zdravotníctva, a preto by vláda mala k nim aj adekvátne pristupovať. Katastrofické pracovné prostredie, hrozné pracovné podmienky, politizácia, korupcia, zle nastavené vzdelávanie, alebo nesprávne rozdelená štruktúra špecializácií a organizácia práce sú len niektoré problémy, ktoré našich zdravotníkov trápia a spôsobujú buď priamo to, že zdravotníci odchádzajú do zahraničia, alebo kvôli nízkej atraktivite zdravotníckych povolání si pre svoje štúdium a prácu hneď na začiatku mladí študenti vyberú iné povolanie. Okrem snáh o zvýšenie počtu zdravotníkov je potrebné sa snažiť aj o efektívnejšie výkony už so súčasným nízkym stavom personálu. Riešeniami v tejto oblasti sú preto aj už spomenuté inovácie (telemedicína, prístrojové pozorovanie na diaľku, konzultácie na diaľku a pod.), zefektívnenie práce ambulancie cez informačné systémy a posilnenie ostatného zdravotníckeho personálu, odstraňovanie zbytočných hospitalizácií, racionalizácia nemocničnej siete, rozširovanie jednodňových chirurgií a podobne.

## 7.1. Odchod zdravotníckeho personálu do zahraničia

Jedným z najväčších problémov nášho zdravotníctva je nedostatok zdravotníckeho personálu. Podľa predikcií MZ SR je situácia s nedostatkom oveľa vážnejšia v povolani sestra ako v povolani lekár, kde sa má nedostatok sestier do roku 2030 výraznejšie prehĺbovať, zatiaľ čo v povolani lekár je možné pozorovať pomalú stabilizáciu. Problém s nedostatkom máme aj v ostatných zdravotníckych povolaniach. Tieto problémy sú najčastejšie spôsobené nízkou atraktivitou zdravotníckych povolani, čo má za následok odchod zdravotníkov do zahraničia, malý počet študentov, ale aj vysoký vek personálu v niektorých špecializáciach.

### 7.1.1. Odchod lekárov

Hlavným zistením nášho prieskumu medzi 500 lekármi je, že plat pri odchode väčšiny lekárov a študentov medicíny hrá okrajovú úlohu. Ide až o piaty najčastejší dôvod odchodu do zahraničia. Oveľa viac lekárom a študentom prekáža zlý stav nemocníc a prístrojov, nesprávny prístup vlády k zdravotníctvu, zlé možnosti vzdelávania, korupcia, nekompetentní ľudia vo vedení nemocníc a zlé zamestnanecké podmienky. Korupcia, chýbajúce hygienické pomôcky, alebo rozpadávajúce sa budovy nemocníc sú len vrcholom ľadovca. Pri bližšom opise dôvodov lekári často hovoria o nekvalitných lekárskech fakultách, zlom vzdelávaní mladých lekárov, neúnosne dlhých (aj 36 hodinových) službách, nemožnosti zladenia osobného a pracovného života a politicky dosadení, nekompetentní ľudia vo vedúcich pozíciách, ktorí neumožňujú kariérny rast na základe pracovných výsledkov, ale vnášajú korupciu do všetkých sfér riadenia nemocnice – od nákupov až po personálnu politiku.

Z výsledkov je jasné, že ak pôjde vláda iba cestou zvyšovania počtu miest na lekárskech fakultách, tak spôsobí len ďalší úpadok vzdelávania mladých lekárov, keďže tí najkvalitnejší študenti budú naďalej odchádzať do zahraničia a na slovenské školy sa dostane viac študentov s horšími výsledkami. Už teraz je jasné, že množstvo slovenských študentov medicíny ani nenastúpi na slovenské školy a idú radšej hneď po maturite do zahraničia. Z našich respondentov vyštudovala až tretina lekárov medicínu v Českej republike.

Viacero spomenutých problémov môžeme vyriešiť už teraz kvalitným manažmentom. Mnohí lekári správne podotkli, že za zlé možnosti vzdelávania, predlžujúce sa atestácie, zľu deľbu práce a zväzujúce zmluvy často môžu nesprávne rozhodnutia manažérov nemocníc. Namiesto ďalšieho znižovania kvality výučby našich lekárov by vláda mala:

1) urýchlene pristúpiť k investíciám do modernizácie nemocničných budov a prístrojov,

- 2) zabezpečiť kvalitný, profesionálny a transparentne vybraný manažment pre svoje nemocnice,
- 3) upraviť systém odmeňovania tak, aby zohľadňoval výkonnosť a zásluhovosť lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov
- 4) a v neposlednom rade podstatne skvalitniť, sprístupniť, zjednodušiť a zabezpečiť jasné pravidlá pre vzdelávanie lekárov a ich atestácie.

### **7.1.2. Odchod sestier a ostatného zdravotníckeho personálu**

Počet sestier na Slovensku patrí k najnižším spomedzi krajín EU. V povolani sestra podľa MZ SR nastupuje po ukončení štúdia na výkon povolania len 44% študentov. U sestier a ostatného zdravotníckeho personálu nízke platové ohodnotenia hrá oveľa výraznejšiu úlohu ako pri lekároch, ale nemožno zabúdať aj na ostatné faktory. Sestrám a ostatným zdravotníckym pracovníkom podobne ako lekárom taktiež prekážajú rozpadajúce sa budovy, politizácia pracovísk, korupcia, prepracovanosť, neprimerane dlhé služby, nedostatok času na osobný život a mnohé ďalšie faktory. Vláda začala s výraznými investíciami do platov a štipendií sestier, ale finančné motivácie sú nedostatočné, keďže je nutné pristúpiť aj k zmene organizácie práce, kompetencií a vzdelanostných kritérií.

## **7.2. Odmeňovanie**

V prípade sestier vítame zvyšovanie platov, keďže ich ohodnotenie sa dlhodobejšie pohybovalo na podpriemere OECD a krajín V4 a zároveň budeme v budúcnosti naďalej podporovať zlepšovanie ich platových podmienok rovnako aj ostatného stredného a nižšieho zdravotníckeho personálu. Iba dôstojný plat bude môcť udržať nižší zdravotnícky personál na Slovensku. Na druhej strane platy lekárov sú porovnateľné s tými v okolitých krajinách v porovnaní s priemernou mzdou a zároveň je ich rast zabezpečený tzv. platovým automatom. Myslíme si, že ohodnotenie lekárov by sa nemalo zhoršovať, a preto pravidelnú valorizáciu platov lekárov nebudeme odstraňovať. Zároveň je ale nutné dodať, že viacerým lekárom prekáža chýbajúci systém zásluhovosti. Nekvalitný lekár má zabezpečený rovnaký rast platu ako ten s najkvalitnejšími výsledkami. Z toho dôvodu budeme presadzovať, aby sa ďalšie dodatočne prichádzajúce financie na platy lekárov rozdeľovali na základe zásluhovosti, a teda kvality práce – výkonov konkrétnych lekárov.

### **7.3. Zmena kompetencií**

Trendom v úspešných krajinách je presun viacerých kompetencií z lekárov na sestry a zo sestier ďalej na nižší zdravotnícky personál. Tento trend súvisí aj s riešením nedostatku lekárov, keďže lekári a sestry by mali vykonávať čo najmenej administratívnej práce, ktorá by mala byť presúvaná na administratívny personál, aby mal zdravotnícky personál viac priestoru na vykonávanie odborných úkonov. Vykonávanie konkrétnych úkonov by malo byť naviazané na dosiahnuté vzdelanie alebo kvalifikáciu a nie na názov pracovnej pozície. Je nutné, aby legislatíva zadefinovala, aká kvalifikácia, respektíve vzdelanie je nutné na vykonávanie konkrétneho úkonu namiesto toho, aby určovala, aké povolanie môže vykonávať aké úkony. To znamená, že tie najviac vzdelané sestry by mohli napríklad lekárom pomôcť s pozorovaním a interpretovaním výsledkov, miernou úpravou medikácie alebo indikáciou menej komplikovaných výkonov.

### **7.4. Vzdelávanie**

Aj z nášho prieskumu medzi lekármi vyplýva, že jedným z veľkých problémov na Slovensku je nekvalitný prenos vedomostí na mladých lekárov, ktorí často nemajú možnosť učiť sa od skúsenejších kolegov, predlžujú sa im atestácie a čelia znižujúcej sa kvalite lekárskeho vzdelávania vo všeobecnosti. Vzdelávanie lekárov je prepojené aj s nedostatkom zdrojov, resp. zadlženosťou štátnych nemocníc - najväčšiu časť nákladov v štátnych nemocniciach tvoria osobné náklady a nemocnice tak nemôžu vždy zamestnať všetkých mladých lekárov. Riešením na nepriaznivú situáciu nemocníc je ďalšie rozširovanie rezidenčného programu na viaceré špecializácie, čo znamená, že náklady na zamestnanie mladých lekárov do momentu atestácie znáša ministerstvo zdravotníctva.

Z nášho prieskumu tiež vyplýva výrazný problém zlého vybavenia fakúlt, nemocníc a vo všeobecnosti nízkej kvality výučby. Základná dilema je teda, ako neznižovať ďalej kvalitu výučby náborom viacerých študentov a ako zároveň stabilizovať počet lekárov. Sme presvedčení, že vláda nesmie ďalej znižovať kvalitu lekárskeho vzdelávania tým, že bude prijímať viac študentov, ale musí sa sústrediť na zlepšenie podmienok v nemocniciach.

Už praktizujúci lekári taktiež kritizujú zlé možnosti profesijného vzdelávania, ktoré je u lekárov povinné. Lekári si často musia platiť vzdelávacie aktivity zo súkromných zdrojov a na úkor svojho voľného času. Tento problém je možné vyriešiť tým, že nemocnice budú čoraz viac hodnotené na základe kvality, čo spôsobí aj ich zvýšený záujem o vzdelávanie svojich lekárov.

Okrem samotnej nemocnice by mala mať najväčšiu zodpovednosť za vzdelávanie lekárov slovenská lekárska komora.

Skvalitnenie vzdelávania mladých lekárov môže nastať aj prinášaním väčšej konkurencie medzi lekárske fakulty napr. oddelením medicínskych a vzdelávacích častí v nemocniciach, pričom lekárske fakulty by vzdelávanie obstarávali od nemocníc, ktoré by v takto konkurenčnom prostredí mali na seba vyvinutý väčší tlak na zlepšovanie svojho vzdelávania.

Čo sa týka zdravotných sestier a ostatného zdravotníckeho personálu, tak sme presvedčení, že zdravotnej sestry a ostatným nižším zdravotníckym povolaniam stačí na základný výkon povolania stredoškolské vzdelanie. Z toho dôvodu vítame zavedenie inštitútu praktickej sestry. Skorší nástup sestier a ostatného personálu (s výnimkou lekárov) zníži nedostatok personálu a zároveň priama prax pripraví našich zdravotníkov na výkon svojho povolania najlepšie. Vysokoškolské vzdelanie bude vyžadované len u vysokošpecializovaných sestier, alebo u sestier v riadiacich pozíciách.

Taktiež budeme presadzovať zlúčenie Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) s inou lekárskou fakultou, alebo jej transformáciu na verejnú vysokú školu. SZU má v súčasnom vysokoškolskom systéme zvýhodnené postavenie a pôsobí ako anomália, keďže ako jediná má na Slovensku štatút štátnej vysokej školy.

## **7.5. Zmena štruktúry ambulantného sektora – posilnenie všeobecných lekárov**

Slovensko je krajinou, ktorá má v ambulantnom sektore príliš málo všeobecných lekárov. Z celkového počtu ambulantných lekárov je na Slovensku približne 14% všeobecných lekárov a 86% špecialistov. Okrem toho bol podľa vyjadrení SLK v roku 2015 priemerný vek všeobecných lekárov až 57 rokov. Oproti priemeru EÚ má Slovensko 42 všeobecných lekárov na 100 000 obyvateľov, zatiaľ čo priemer EÚ je vyše 100 všeobecných lekárov na 100 000 obyvateľov. Z toho dôvodu bude jedným z našich cieľov zmena štruktúry ambulantného sektora a snaha o presun lekárov do odboru všeobecné lekárstvo. Jedným z riešení možného nedostatku všeobecných lekárov je rozširovanie ich kompetencií, a teda zatriktívňovanie tohto odboru, ale zároveň aj dočasné otvorenie tohto oboru pre súvisiace odbory, ako sú internisti, prípadne chirurgovia a pod. Zároveň je nutné motivovať všeobecných lekárov k efektívnejšiemu chodu a väčšej kapacite ambulancie pomocou platieb poisťovní, čo zahŕňa motivácie pre najímanie viacerých sestier alebo asistentov a združovanie sa do väčších celkov s ostatnými



špecialistami. Platí, že všeobecní lekári musia byť viac motivovaní na poskytovanie kvalitnej liečby a k špecialistovi by sa mali dostať len tie najkomplikovanejšie prípady.

## 7.6. Manažmenty nemocníc

Budeme sa usilovať o zavedenie transparentného, nezávislého a odborného výberu riaditeľov štátnych nemocníc. Na riaditeľov vyvineme tlak na pozitívne hospodárenie tým, že v prípade zadlžovania nemocnice bude v nemocnici obmedzený rast platov, budú prehodnotené súčasné zmluvné vzťahy a bude zavedené spolurozhodovanie riaditeľa spolu s ministerstvom.

Taktiež umožníme lekárske fakultám, aby si objednávali vzdelávanie v rôznych univerzitných alebo fakultných nemocniciach. Prednosta bude zodpovedný výhradne za vzdelávanie, pričom bude reprezentantom lekárskej fakulty, ktorá nakupuje vzdelávanie od ľubovoľnej nemocnice. Konkurenčný tlak spôsobí tlak na rast kvality vzdelávania v nemocniciach.

Ďalej budeme trvať na tom, aby funkciu primára vykonával transparentne vybraný manažérsky schopný odborník. Primár bude musieť pravidelne obhajovať svoju pozíciu a prezentovať svoje výsledky a zlepšenia vedeniu nemocnice.

### Naše opatrenia:

58. Zastaviť navyšovanie počtu študentov na lekárske fakultách bez reálnej reformy a investície do ich rozvoja. Samotné zvyšovanie počtu prijatých bez ostatných krokov len ďalej znižuje kvalitu výučby a vyháňa tých najkvalitnejších študentov ešte viac do zahraničia
59. Transformácia Slovenskej zdravotníckej univerzity na štandardnú vysokú školu, alebo jej zlúčenie s inou lekárskou fakultou
60. Pravidelná každoročná finančná investícia do rozvoja nemocničných budov a vybavenia aj pre potreby výuky študentov lekárske fakúlt
61. Pravidelné zvyšovanie platov sestram a ostatnému zdravotníckemu personálu, ktorého je najväčší nedostatok. Každoročné zvyšovanie platov sestier a ostatného nižšieho zdravotníckeho personálu na úroveň priemeru OECD

62. Zachovanie platového automatu pre lekárov v nemocničných zariadeniach štátu s tým, že dodatočne zvýšené prostriedky na platy budú prerozdeľované na základe výkonnosti a kvality. Tí najkvalitnejší lekári by mali byť najlepšie ohodnotení
63. Rozšírenie rezidenčného programu na viaceré špecializácie, kde náklady na zamestnanie neatestovaného lekára znáša ministerstvo zdravotníctva do momentu atestácie
64. Lekárske fakulty si budú môcť objednávať praktickú výučbu v ktorejkoľvek nemocnici. Prednosta bude reprezentantom lekárskej fakulty v nemocnici. Konkurenčný tlak podpory rast kvality vzdelávania
65. Prehodnotenie, zjednodušenie a dôkladnejšie vynucovanie pravidiel atestácie v prospech mladých lekárov. Nemôže sa diať, že mladí lekári nebudú pripustení na cirkuláciu na oddelení potrebnom k atestácii, alebo k reálnym medicínskym výkonom, prípadne atestovaní lekári nebudú mať čas sa im venovať.
66. Zavedenie flexibilnejších pracovných úväzkov u sestier a ostatného zdravotníckeho personálu, aby napr. jedna sestra mohla mať úväzok vo viacerých ambulanciách, v prípade ak ju jeden lekár nevie využiť naplno (napr. u psychológa alebo psychiatra)
67. Posilniť personálne všeobecné lekárstvo – otvoriť odbor pre ostatné špecializácie, odstrániť bariéry vstupu do obvodov, premeniť kapitačné kontrakty na kapitačno-výkonovo-kvalitatívne, vytvoriť v poisťovniach finančné motivácie na zvyšovanie kapacity ambulancií cez zavádzanie inovácií a zamestnávanie viacerých sestier a pod.
68. Budeme trvať na transparentnom výbere primárov, ktorí budú musieť pravidelne obhajovať svoju pozíciu a prezentovať svoje výsledky.

## **8. Zabezpečíme dostupnú dlhodobú starostlivosť pre ľudí, ktorí sú na ňu odkázaní**

Vzhľadom na neustále starnúcu a chronicky chorľavejšiu populáciu na Slovensku bude čoraz dôležitejšie zabezpečiť dostupnú dlhodobú starostlivosť pre ľudí, ktorí sú na ňu odkázaní. Tento problém sa totiž dotýka každého z nás. Našich rodičov, starých rodičov, ale aj nás samých, keď zostarneme, prípadne nás postihne vážna choroba.

Prioritou vlády by mala byť podpora domácej opatery a ošetrovateľstva, keďže umiestnenie seniora do zariadenia pre odkázaných ľudí často znamená jeho sociálne vylúčenie a nižšiu kvalitu života. Domáca starostlivosť je taktiež vždy lacnejšia a efektívnejšia ako inštitucionalizácia a znižuje preťaženosť nemocníc, sociálnych zariadení a iných opatrovateľských inštitúcií. Ako bolo spomenuté, vzhľadom na neustále staršiu populáciu sa nevyhneme rastúcim nákladom v tejto oblasti, a práve preto je potrebné zefektívňovať systém dlhodobej starostlivosti, ale aj byť pripravení finančne viac podporiť dôstojnú starostlivosť pre odkázaných ľudí.

V prvom rade je nutné sprehľadniť a zjednodušiť financovanie, s čím nevyhnutne súvisí jednotná posudková činnosť a jednotné stupne odkázanosti a od toho závislá výška príspevku. Posudková činnosť musí byť zjednotená pod jeden subjekt, keďže v súčasnosti posudzuje odkázanosť ľudí viacero subjektov, ako sú MPSVaR, zdravotné poisťovne a samosprávy. Následne je možné podľa stupňa odkázanosti ľudí na opatrovateľskú alebo ošetrovateľskú starostlivosť určiť zdroj financovania služby – či už zo zdravotného poistenia alebo z prostriedkov samospráv. Zavedieme vzorec, podľa ktorého sa budú zdravotné poisťovne a samosprávy podieľať na financovaní dlhodobej starostlivosti paušálne podľa toho, do akej miery je človek odkázaný na zdravotnú, respektíve ošetrovateľskú starostlivosť alebo na opatrovateľskú starostlivosť. Je efektívnejšie preplácať zdravotné výkony v domoch ošetrovateľskej služby tam pracujúcim zdravotným sestram a lekárom zo zdravotného poistenia, ako transportovať odkázaných ľudí do zdravotníckych zariadení za účelom poskytovania zdravotných výkonov.

Veľkým problémom je v súčasnosti taktiež nedostupnosť služieb dlhodobej starostlivosti pre tých, ktorí to potrebujú. Sociálne zariadenia majú preplnené kapacity a čakacie lehoty bez konca. A platiť súkromnú ošetrovatelku zo svojho si môže dovoliť málokto. Sme presvedčení,

že za cieľom podpory väčšej kvality služieb a domácej starostlivosti je nutné zmeniť tok financií od financovania konkrétnych sociálnych zariadení k poskytovaniu príspevkov priamo pre odkázaných ľudí, ktorí následne budú môcť voľne rozhodnúť, ako ho použijú. Samotní ľudia dostanú väčšiu slobodu a budú sa môcť následne rozhodnúť, či je potrebné, aby boli umiestnení do zariadenia a ak áno, tak ktoré zariadenie podporia, prípadne či si zabezpečia domácu starostlivosť cez špecializovanú službu, príbuzných alebo známych. Takýmto krokom výrazne podporíme domácu a komunitnú starostlivosť, ale aj rozvoj terénnych sociálnych služieb.

Dlhodobá starostlivosť sa ale nevzťahuje iba na permanentne odkázaných občanov, ale aj na pacientov, ktorí sa doliečujú s perspektívou návratu do pracovného života, a preto je nutné zlepšiť aj kvalitu doliečovania pre čo najrýchlejší návrat do bežného života. Zavádzanie štandardov kvality a bližšie naviazanie rehabilitačných a doliečovacích centier na ordinujúcich lekárov je kľúčové. Definovanie nároku v tejto oblasti a jeho vynucovanie štátom od zdravotných poisťovní je nevyhnutné. Musíme taktiež motivovať lekárov hlavne cez finančné nástroje a nové kvalitatívne kontrakty, aby sa ľudia pri doliečovaní dostávali k odborníkom čo najskôr. Nie je možné, aby niekto po zákroku čakal na rehabilitáciu niekoľko mesiacov. Čím neskôr sa pacient začne rehabilitovať, doliečovať, tým je väčšia šanca na zdravotné komplikácie, vyššiu cenu liečby a dlhšie vylúčenie z pracovného života.

#### **Naše opatrenia:**

69. Zjednotenie posudkovej činnosti odkázanosti na dlhodobú – chronickú starostlivosť pod jeden subjekt, keďže v súčasnosti vykonáva posudkové činnosti viacero inštitúcií.
70. Presun poskytovania finančných príspevkov priamo odkázaným ľuďom (a nie zariadeniam), ktorí budú môcť rozhodnúť, ako s nimi naložia
71. Zavedenie nároku pacienta na doliečovacie, rehabilitačné služby u zdravotných poisťovní a jeho dôkladné vynucovanie
72. Bližšie naviazanie doliečovacích služieb na ordinujúcich lekárov a motivácia lekárov na rýchlejšie doliečovanie pacientov novým kvalitatívnymi kontraktami
73. Pravidelné vypracovávanie, vynucovanie a kontrola štandardov kvality pri dlhodobej starostlivosti

**Autori:**

Oskar Dvořák, Miroslav Beblavý, Zuzana Vargová, Alan Suchánek, Peter Stachura, Helga Kajanová, Robert Mamrilla, Boris Masloviec

**Ďalší spolupracovníci:**

Ľuboš Lopatka, Ladislav Laho, Peter Kenderessy, Oliver Petřík

***Upozornenie:** Za celkový obsah zodpovedajú Oskar Dvořák, Miroslav Beblavý a Zuzana Vargová zo strany SPOLU. Ostatní spoluautori a spolupracovníci prispeli v konkrétnych oblastiach, v ktorých sa špecializujú.*