



# Zdravá společnost



# Vážení kolegovia, milí priatelia,

zdravotníctvo je jedným z najvýznamnejších pilierov každého štátu. Pretože len zdravá spoločnosť môže byť zárukou prosperity a rozvoja spoločnosti. Slovenské zdravotníctvo v posledných desaťročiach prešlo množstvom zmien, ktorých výsledok je však otázný. Nespokojní občania, pacienti, nespokojní lekári a zdravotnícky personál, chýbajúce mechanizmy na zvládanie aktuálnych problémov a výziev modernej doby. Pokiaľ chceme minimálne v strednodobom horizonte zabezpečiť fungujúce zdravotníctvo pre slovenských pacientov, potrebujeme komplexné a konzistentné riešenie, aby sa prijaté rozhodnutia nemenili s každou nastávajúcou vládou.

Radi by sme vám v tejto súvislosti predstavili víziu zdravotníctva z dielne Kresťansko-demokratického hnutia, ktorá pod názvom **Zdravá spoločnosť** tvorí súčasť základného programu KDH **Cesta pre Slovensko**.

Program **Zdravá spoločnosť** je štruktúrovaný ako dom, ktorý má svoje základy, piliere i strechu. Tou strechou sú ciele, ktoré definujú solidárny zdravotný systém:

- úcta a rešpekt k pacientovi,
- kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- ochrana rozpočtov rodín, jednotlivcov i verejných financií.

Tieto ciele však vieme dosiahnuť len v prípade, ak stojí na pevných základoch, ktoré sa dajú zhrnúť do štyroch oblastí:

- jasná definícia nároku občanov;
- udržateľnosť financovania, vrátane pravidiel pre súkromné zdroje a ochranného limitu pre sociálne slabších;
- jasné rozdelenie kompetencií a zodpovedností účastníkov systému;
- transparentnosť prostredia a verejná kontrola.

Parametre uvedených štyroch pilierov zdravotníctva je potrebné nastavovať s ohľadom na zlepšenie postavenia občanov a pacientov v systéme zdravotníctva. Pretože iba pri dobrom nastavení „technických“ detailov môžeme občanovi sľúbiť dôstojnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť a dosiahnuť vyššie uvedené ciele.

Azda najpodstatnejším predpokladom zdravotníctva pre pacienta je predvídateľnosť prostredia. Ak sa zdravotná politika štátu zásadne mení s každými voľbami, je to nepriaznivé pre rozvoj akýchkoľvek inovácií, ktoré by mohli zlepšiť náš systém.

S úctou,

Mgr. MUDr. Marian Faktor  
expert KDH na zdravotníctvo

Doc. MUDr. Ján Porubský  
predseda ZKLZ

Slovenské zdravotníctvo prešlo od roku 1993 celým radom zmien, počas ktorých sa významným spôsobom menil názor príslušnej vlády na vhodný spôsob zabezpečenia, poskytovania a financovania zdravotníckych služieb s cieľom dosiahnuť ich kvalitu a dostupnosť pre pacienta. Také časté a zásadné zmeny celkového pohľadu na zdravotníctvo dlhodobo poškodzujú výkonnosť akéhokoľvek systému.

V zdravotníctve, rovnako ako v iných oblastiach ľudskej činnosti, je potrebné vytvoriť dostatočne predvídateľné prostredie, vychádzajúce z reality súčasnej situácie a zo základného konsenzu o hlavných smeroch ďalšieho rozvoja, založeného na overených faktoch.

Takýto systém je nutné založiť na podrobnej analýze dnešného stavu, pochopení zmien, ktoré sa v posledných desaťročiach odohrali v spektre chorôb, v medicíne aj v celej spoločnosti a na využití skúseností ostatných vyspelých krajín.

Jedine správnym nastavením systému na všetkých jeho úrovniach je možné vybudovať moderné zdravotníctvo fungujúce pre občana - pacienta, ktoré bude poskytovať kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť, s rešpektom a úctou k pacientovi a zároveň chrániť peňaženku rodín a jednotlivcov ale aj verejné financie pred neodôvodnenými výdavkami.





*Pre slovenské zdravotníctvo sú charakteristické konflikty na mnohých úrovniach: konflikt medzi zdravotníctvom „zadarmo“ a obmedzenými finančnými zdrojmi, medzi lekármi a poisťovňami, medzi zdravotníkmi kvôli mzdám, ale v neposlednom rade aj konflikt záujmov na strane štátu.*

”

“

# 1. | Východiskový stav

Slovenské zdravotníctvo vykazuje vážne systémové nedostatky, ktoré sú historicky ovplyvnené dvoma príčinami. Na jednej strane treba konštatovať, že ani za 25 rokov sa nepodarilo slovenské zdravotníctvo transformovať na sektor plne kompatibilný s trhovým hospodárstvom, na druhej strane do zdravotníctva prenikli nové neduhy, ako dôsledok zlej implementácie pravidiel trhového hospodárstva. Patrí k nim neefektívnosť, korupcia, politický klientelizmus a vysoká miera regulácie. Aj následkom týchto skutočností slovenské zdravotníctvo netvorí dostatočnú pridanú hodnotu pre občanov.

Rastie nespokojnosť občanov so systémom zdravotnej starostlivosti a taktiež aj značnej časti zdravotníckych pracovníkov so svojím postavením a pracovnými podmienkami.

K hlavným problémovým oblastiam patrí **chýbajúca definícia rozsahu** hradenej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia, **neudržateľnosť financovania** založeného na odvodoch, **nedostatočné investície** do infraštruktúry, pokračujúce zadlžovanie najmä štátnych nemocníc, slabé postavenie všeobecného lekára z pohľadu medicínskych kompetencií, **nevyriešený systém starostlivosti o dlhodobu chorých a imobilných pacientov**, **nedostatočná transparentnosť a verejná kontrola**. Medzi rastúce hrozby patrí migrácia mladých lekárov a sestier do zahraničia a ňou podmienená starnúca veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov na Slovensku.

**Slovenský zdravotný systém sa štrukturálne a organizačne neprispôobil výzvam 21. storočia, ktorými sú demografické zmeny spojené s predlžovaním veku života, rozvoj moderných medicínskych technológií a epidémia chronických ochorení.** Chronické ochorenia sú pritom väčšinou spôsobené rizikovými faktormi, ktoré súvisia so životným štýlom. Náklady na ich liečbu tvoria až 75 % celkových nákladov rozpočtu zdravotníctva a tradičný systém ich nedokáže efektívne riadiť, pretože nemá nástroje na účinnú motiváciu jednotlivcov k zodpovednému správaniu voči vlastnému zdraviu a nevedie k zníženiu individuálnych rizík, ku ktorým patrí fajčenie, obezita, nezdravé stravovanie a životný štýl.

Je zákonité, že uvedené problémy vplývajú aj na zdravotný stav občanov, a tak objektívne hodnotenie zdravotného stavu v rámci OECD radí Slovensko pod európsky priemer. Priemerná očakávaná dĺžka života na Slovensku je takmer o 5 rokov kratšia ako je priemer vyspelých krajín OECD. Ženy i mužov, ktorí práve dovŕšili 50 rokov veku, čaká len vyše 10 rokov života v zdraví, pričom priemer EÚ sa už blíži k 18 rokom. Tým, ktorí sa už dožili 65 rokov, zostáva na Slovensku v priemere iba 3,3 roka v zdraví, čo je menej aj oproti krajinám s nižšími výdavkami na zdravotnú starostlivosť. V Česku a Poľsku žijú takíto seniori v zdraví vyše 8 rokov, v Nórsku a Švédsku ich čaká ešte 15 rokov života bez obmedzenia aktivity.

*Slováci v priemere žijú najmenej rokov zdravého života spomedzi 28 krajín Európskej únie.*



*Moderné a zdravé zdravotníctvo fungujúce  
pre občana má poskytovať kvalitnú  
a dostupnú zdravotnú starostlivosť,  
s rešpektom a úctou k pacientovi.  
Zároveň má chrániť peňaženku rodín,  
jednotlivcov ako aj verejné financie  
pred neodôvodnenými výdavkami.*

”

“

## 2. | Strategické ciele

Ťažiskovými hodnotami v systéme zdravotníctva sú solidarita, zodpovednosť a sociálna spravodlivosť, spolu so zachovaním dostupnosti a rovnosti prístupu k zdravotnej starostlivosti pre každého občana Slovenskej republiky.

Tieto princípy sú základnými východiskami zdravotnej politiky KDH, ktorá je založená na hlbokom rešpekte voči každej ľudskej bytosti a jej dôstojnosti s dôslednou ochranou života od počatia až po prirodzenú smrť človeka.

- Naším cieľom je zabezpečiť **kvalitnú a rovnaكو dostupnú** zdravotnú starostlivosť, ktorá vo svojich dôsledkoch vedie k zlepšovaniu zdravotného stavu obyvateľov Slovenska.
- Zdravotná starostlivosť má byť poskytovaná **s úctou a rešpektom voči pacientovi**, so zohľadňovaním jeho individuálnych potrieb a zachovaním slobodnej voľby.
- Chceme vytvoriť systém financovania, ktorý je napriek rastúcim nákladom dlhodobo udržateľný a zabezpečuje **ochranu rozpočtov rodín, jednotlivcov ale aj verejných financií** pred neodôvodnenými výdavkami.
- Predpokladom je dobré **pracovné prostredie** pre zdravotníckych pracovníkov **s primeraným finančným ohodnotením**.



*Neefektívne systémy sú neetické.  
Peniaze, ktoré sú zbytočne minuté,  
chýbajú inde, zhoršujú dostupnosť  
a kvalitu zdravotnej starostlivosti,  
spôsobujú zbytočné ľudské utrpenie.*



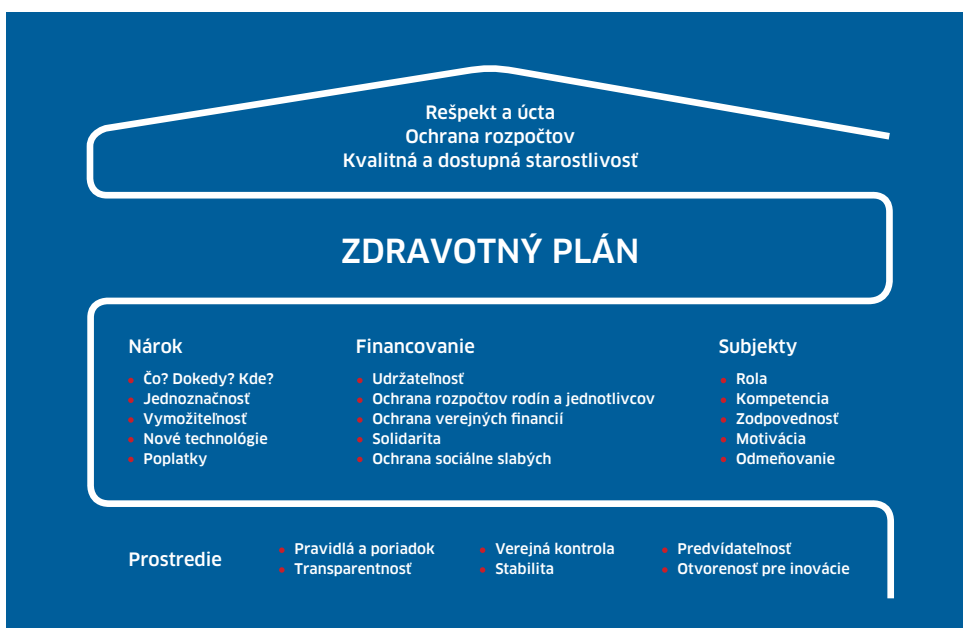


# 3.

## Nutné predpoklady na dosiahnutie cieľov

Moderný zdravotný systém dokáže dosiahnuť stanovené ciele len pokiaľ sú naplnené základné predpoklady jeho funkčnosti a ďalšieho rozvoja:

- **Praktická definícia nároku poistenca** a zabezpečenie jeho vymožitelnosti, ktorá obsahuje jasné a zrozumiteľné vymedzenie rozsahu zdravotných služieb hrazených z verejného zdravotného poistenia, ako aj zabezpečenie ich reálnej dostupnosti a vymožitelnosti. Občan musí mať možnosť vedieť na akú zdravotnú starostlivosť má nárok, kde, v akom čase a za akých podmienok.
- **Dlhodobo udržateľné stabilné financovanie** so zodpovedajúcim prerozdelením zdrojov, ktoré zabezpečuje dostupnosť zdravotných služieb pre všetky skupiny obyvateľstva, ale nevedie k zbytočnému plytvaniu zdrojmi, ani neúnosnej záťaži jednotlivcov a rodín, rovnako ako verejných rozpočtov a neznižuje medzinárodnú konkurencieschopnosť krajiny.
- **Vhodné vymedzenie rolí, kompetencií a zodpovedností jednotlivých inštitúcií**, teda štátu, poskytovateľov zdravotných služieb a zdravotných poisťovní, nastavenie predpokladov pre ich efektívnu správu a spoločensky prospešné správanie, rovnako ako zamedzenie zjavným konfliktom záujmov.
- **Transparentné, otvorené a predvídateľné prostredie**, ktoré umožňuje meranie výsledkov a efektívnosti poskytovaných služieb, najmä ich dostupnosti, ceny a kvality, rovnako ako dlhodobé investície do zmeny správania sa klientov a zlepšenia ich zdravotného stavu.





*Slobodná voľba a možnosť výberu vedie  
k zvýšenému záujmu o klientov.  
V zdravotníctve to znamená  
poznať, rešpektovať a naplňať  
individuálne potreby pacientov.*



# 4. | Opatrenia

Dnešné systémy financovania a poskytovania zdravotníckych služieb boli vybudované v čase, keď hlavné ohrozenia zdravotného stavu obyvateľstva predstavovali infekčné choroby. Doba chronických chorôb však vyžaduje úplne nové nástroje. Patrí k nim okrem iného koordinácia a integrácia poskytovanej starostlivosti, úzke prepojenie prevencie, liečby a motivácie občanov k zodpovednosti za vlastné zdravie. Tieto zmeny nie sú jednoduché a aj vo vyspelejších európskych krajinách prebiehajú pomaly.

KDH bude v súlade s pozitívnymi zahraničnými skúsenosťami a najnovšími poznatkami konzistentne a dlhodobo presadzovať opatrenia vedúce k napĺňaniu stanovených strategických cieľov.

## 4.1 Vymedzenie nároku poistenca a zabezpečenie jeho vymožitelnosti

**Jednoznačnosť a zrozumiteľnosť nároku občana** na zdravotné služby hradené z verejného zdravotného poistenia je jednou z podmienok jeho **vymožitelnosti**. Nárok musí byť zosúladený a zakotvený na úrovni zákona, katalógu zdravotných služieb a štandardných klinických postupov. Definíciu nároku je potrebné doplniť stanovením geografickej a časovej dostupnosti pre jednotlivé výkony a typy zdravotnej starostlivosti a podporiť jednotným a transparentným vedením poradovníkov na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

V súčasnosti evidujeme v poradovníkoch len vybrané diagnózy a výkony v lôžkovej starostlivosti, ktoré tvoria asi 10 % zo všetkých plánovaných hospitalizácií. Potrebujeme mechanizmus, ktorý dokáže identifikovať predlžujúcu sa dobu čakania na určitý výkon, a ktorý by bol po prekročení stanovenej lehoty automaticky zaradený do režimu transparentných čakacích listín. To umožní jeho sledovanie zo strany pacientov, zdravotných poisťovní a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**KDH bude presadzovať reálne nástroje vedúce k vymožitelnosti nároku pre občana.**

Štát má jasne definovať nárok občana na zdravotné služby hradené z verejného zdravotného poistenia a zodpovednosť za jeho naplnenie zveruje zdravotnej poisťovni. Rovnako štát určuje charakter sankcie pre zdravotnú poisťovňu, napr. obmedzenie zisku, ak nárok jej poistencov nie je naplnený. Vymožitelnosť nároku podporí **stanovenie lehôt** pre zdravotné poisťovne, dokedy musia zabezpečiť poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, dokedy musia vyriešiť sťažnosti poistencov, ďalej podanie sťažnosti na postup poisťovne Úradu pre dohľad a inštitút verejného ochrancu práv pacientov. Kľúčovým nástrojom na strane občana je **možnosť čerpať službu u nezmluvného poskytovateľa prípadne v zahraničí**, ktorú je poisťovňa povinná uhradiť, pokiaľ ju nedokáže včas zabezpečiť u svojho zmluvného partnera.

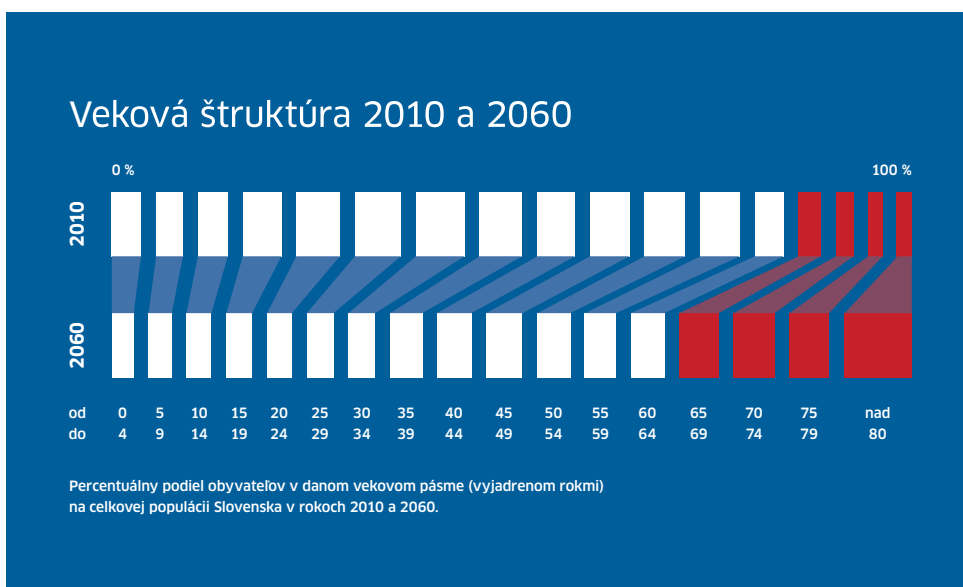
KDH bude presadzovať **transparentné pravidlá na aktualizáciu nároku občana**, ako aj na zaradovanie nových medicínskych technológií a zdravotných postupov do úhrad z verejného zdravotného poistenia. Preto musí existovať **jednotná a kodifikovaná metodika hodnotenia klinickej a nákladovej efektívnosti** nových zdravotníckych technológií.

# 4. Opatrenia

## 4.2 Nový rozmer v systéme financovania

Podmienkou dlhodobej udržateľnosti systému financovania zdravotníctva je jeho schopnosť reagovať na demografické výzvy, epidémiu chronických ochorení a dynamický rozvoj medicínskych technológií.

**Financovanie zdravotníctva založené na odvodoch z miezd zamestnancov je dlhodobo neudržateľné** – pri starnutí obyvateľstva bude rásť nákladov sprevádzaný poklesom príjmov. **Je preto potrebné hľadať nové spôsoby financovania.**



KDH bude presadzovať zvyšovanie efektívnosti, stability a predvídateľnosti na strane príjmov verejného zdravotného poistenia. Cieľom je, aby dodatočné súkromné zdroje boli na úrovni do 25 % verejných zdrojov, pričom v súčasnosti sa blížila k 30 %.

KDH bude presadzovať **zavedenie povinného pripoistenia**, určeného konkrétnou sumou jedného poistného produktu zdravotnej poisťovne, rovnakou pre všetkých poistencov, **ako doplnku a prípadne náhrady časti súčasných odvodov**. Jednotlivé zdravotné poisťovne si budú môcť konkurovať v ponuke produktov, ale aj vo výške povinného pripoistenia.

Povinné pripoistenie prináša nový rozmer do financovania zdravotníctva. Je to moderná odpoveď na výzvu ako zabezpečiť jeho udržateľnosť. Pri zavádzaní bude táto zmena makroekonomicky neutrálna: zavedie sa povinné pripoistenie výmenou za zníženie odvodov. Celkový objem zdrojov verejného zdravotného poistenia sa preto zo začiatku nezmení.

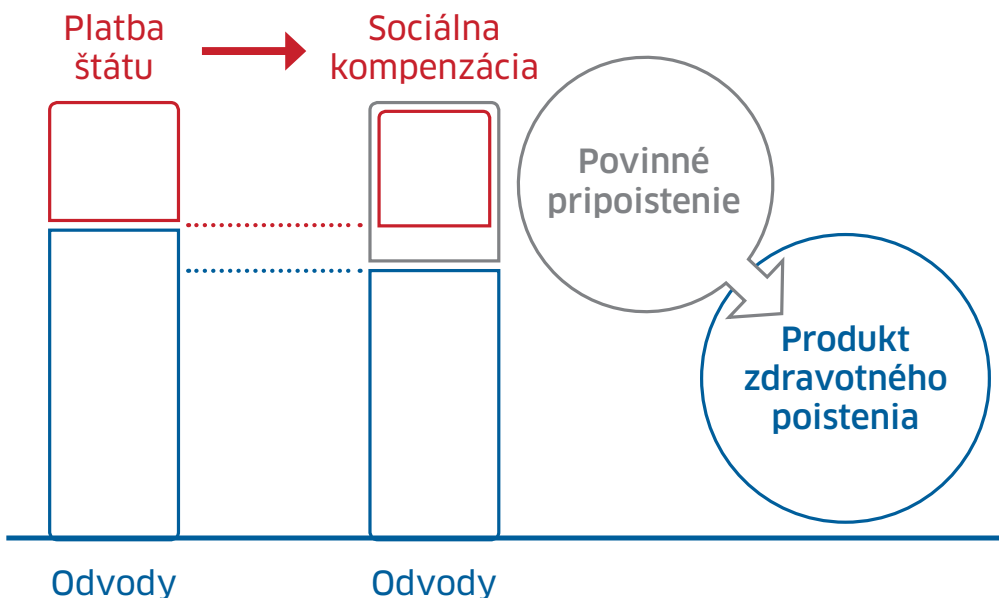
**Povinné pripoistenie v základnej výške za dnešných štátnych poistencov bude naďalej platiť štát a u nízkoprijmových ekonomicky aktívnych skupín obyvateľstva bude platba povinného pripoistenia plne alebo čiastočne kompenzovaná sociálnym systémom.**

Perspektívne bude môcť objem povinného pripoistenia rásť. Zdravotné poisťovne budú môcť ponúkať rôzne poistné produkty, ktoré sa budú líšiť cenou povinného pripoistenia. Poistenci budú ochotní platiť túto cenu v prípade, že za ňu dostanú zodpovedajúcu službu. Trh verejného zdravotného poistenia tým dostane potrebný impulz k súťaži o klienta, k tvorbe pridanej hodnoty pre poistenca, k zvyšovaniu spokojnosti pacientov.

Poistné produkty preto budú musieť byť zadefinované jasne a zrozumiteľne. Zakúpením konkrétneho poistného produktu podľa vlastných preferencií sa verejné zdravotné poistenie stane pre pacienta uchopiteľnejšie a vymožitelnejšie.

*Zdravie je prioritnou hodnotou v živote človeka, ale zdravotná starostlivosť je služba, ktorá podlieha ekonomickým zákonitostiam.*

## Neutrálne dopady pri zavádzaní



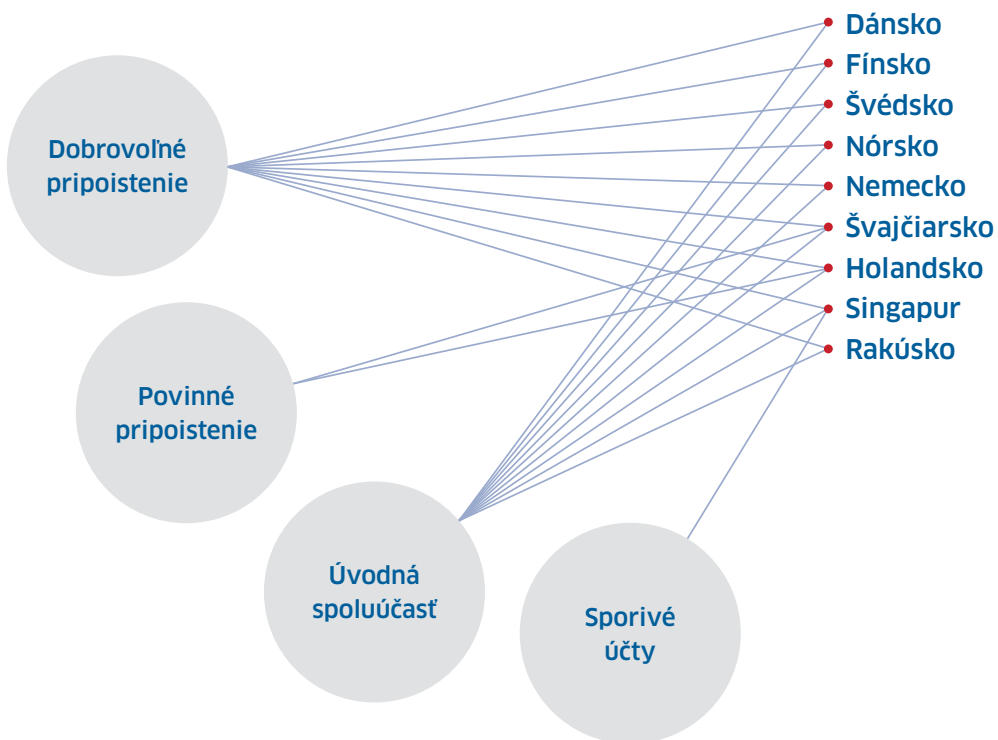
# 4. Opatrenia

Spomenuli sme, že bez aktívneho zapojenia pacienta do liečebného procesu sa epidémia chronických chorôb nedá zvládnuť. Povinné pripoistenie poskytnute zdravotnej poisťovni významný nástroj na motiváciu pacientov. Ako? Diferencovaním výšky poistného (ceny produktu) v závislosti od dodržiavania liečebného režimu či miery starostlivosti o vlastné zdravie.

Platba treťou stranou vedie k morálnemu hazardu. Keď sú pacienti chránení pred finančnými dôsledkami svojich rozhodnutí, správajú sa inak. Majú tendenciu k nadspotrebe zdravotníckych služieb. Chýba im motivácia kontrolovať, či naozaj dostali všetku starostlivosť, ktorú lekár vykázal (a zdravotná poisťovňa zaplatila).

Povinné pripoistenie prináša osobné zaangażovanie pacienta, väčšiu kontrolu použitých zdrojov a spoluzodpovednosť za vlastné zdravie.

## Spoluúčasť



Na financovaní zdravotníctva sa vo všetkých vyspelých krajinách podieľajú okrem verejných aj súkromné zdroje. V európskych zdravotných systémoch tvoria až jednu štvrtinu všetkých výdavkov (OECD Health Data 2014). Napriek tomu si tieto systémy zachovávajú svoj solidárny charakter.

Hoci sú priame platby v zdravotníctve v zahraničí bežné, nie sú strašiakom. Poistenec tam má totiž jasne definovaný nárok, ku ktorému patria zrozumiteľné a transparentné kritériá spoluúčasti. Pacient vie, za čo platí a čo za to dostane. Pre zraniteľné skupiny sú navyše vytvorené mechanizmy, ktoré ich chránia pred nadmernou finančnou záťažou.

Namiesto zatvárania si očí pred priamymi platbami v zdravotníctve je potrebné dať im jasné pravidlá a limity, aby nepredstavovali prekážku dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre občanov. Len tak môžu byť reálnym prínosom pre slovenské zdravotníctvo.

Hlavným problémom poplatkov v zdravotníctve je, že časť z nich je netransparentná. Na jednej strane sú prejavom nedostatku finančných zdrojov v zdravotníctve a na druhej strane, tým, že nie sú dostatočne zdokumentované ani evidované, nie je možné pred nimi chrániť zraniteľné skupiny obyvateľstva. Predstavujú tak reálne riziko zníženia dostupnosti potrebnej zdravotnej starostlivosti pre nízkopříjmové skupiny obyvateľov, domácnosti dôchodcov a chronicky chorých.

Peniaze získané vďaka povinnému pripoisteniu sú transparentným a - na rozdiel od priamych platieb - sociálne šetrným spôsobom financovania. Môžu byť poskytnuté poskytovateľom na zvýšenie úhrad a umožniť zavedenie transparentných pravidiel na výber sociálne únosných poplatkov. Nízkopříjmovým skupinám a chronicky chorým pacientom budú poplatky nad definovanú hranicu refundované (limit spoluúčasti).

*Spoluúčasť pacienta  
je v zahraničí bežná -  
rovnako ako ochranné  
mechanizmy na  
zabezpečenie solidarity  
v zdravotníckom  
systéme.*

## 4. Opatrenia

### 4.3 Nový rozmer v poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Tradičné centrálné riadené zdravotné systémy dokázali významne zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva v ére infekčných chorôb. **Dnešná doba chronických ochorení si ale vyžaduje otvorenosť organizačným inováciám a zásadné zmeny v poskytovaní a financovaní zdravotníckych služieb**, ktoré zaistia posun od izolovaného a nekoordinovaného liečenia jednotlivých epizód chorôb k dlhodobej integrovanej starostlivosti kombinujúcej liečbu s prevenciou.

Nevyhnutnou podmienkou na kontrolu chronických ochorení je **individualizovaný prístup k pacientovi** a rešpektovanie jeho preferencií, zapojenie pacienta do starostlivosti o vlastné zdravie, jeho **motivácia k spoluzodpovednosti a podpora zdravého životného štýlu**.

Koncept **integrovaného poskytovania zdravotníckych služieb si vyžaduje vysokú mieru koordinácie a vzájomné zdieľanie informácií** tak, aby pacient dostal dostatočné a zrozumiteľné informácie, čo najkvalitnejšiu starostlivosť, bez zbytočného preháňania, čakania a duplicit.

KDH bude presadzovať nový rozmer v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a vytvárať podmienky pre vznik produktov zdravotného poistenia, uplatnenie komplexného manažmentu chronických ochorení, konceptov integrovanej starostlivosti vrátane posilnenia postavenia a zvýšenia kompetencií všeobecných lekárov.

### 4.4 Starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov

**Na Slovensku chýba systém následnej zdravotnej starostlivosti pre dlhodobo chorých, imobilných a bezvládných pacientov.** Lôžková starostlivosť nie je prepojená s ambulatnou a domácou starostlivosťou, chýba jednoznačná definícia zdravotnej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti, absentuje definícia nároku a jednoznačný spôsob financovania.

Takisto chýba podpora ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom domácom prostredí pacienta. Poskytovatelia sociálnych, ale aj zdravotných služieb nevyhnutne poskytujú kombinovanú zdravotnú, ošetrovateľskú a sociálnu starostlivosť, avšak financovanie nie je adekvátne.

**KDH bude presadzovať vytvorenie systému efektívnej, kvalitnej a dostupnej dlhodobej zdravotnej starostlivosti o bezvládných a chronicky chorých pacientov, založený na prioritnej podpore starostlivosti o pacienta v jeho prirodzenom domácom prostredí.**

Systém financovania má byť kombinovaný a založený na hlbokom princípe solidarity. Zo strany rodiny a spoločnosti má byť vyjadrením rešpektu a úcty voči starším, bezvládnym a dlhodobo chorým.



V prechodnom období bude dlhodobá starostlivosť z hľadiska definície pacienta, požiadaviek na poskytovateľov a financovanie rozdelená medzi sektor zdravotníctva a sociálnych služieb. Bude poskytovaná v sociálnych ústavoch alebo v zdravotníckych zariadeniach v režime kombinovaného financovania a so zachovanou spoluúčasťou pacienta.

**Následne je potrebné dlhodobú starostlivosť definovať ako samostatnú oblasť kombinovaných zdravotníckych a sociálnych služieb, so špeciálnymi požiadavkami na poskytovateľov, novou definíciou nároku a samostatným financovaním.** Financovanie bude založené na samostatných odvodoch na dlhodobú starostlivosť, prípadne na kombinácii úspor a priebežného financovania.

## 4.5 Vymedzenie rolí, kompetencií a zodpovednosti štátu a jednotlivých subjektov v systéme

Štát má nenahraditeľnú kompetenciu pri tvorbe zdravotnej politiky, jej priorit, definovaní úloh, kompetencií a zodpovedností jednotlivých subjektov a inštitúcií v systéme, ako aj pri definovaní pravidiel, kontrole a vynucovaní ich dodržiavania.

Zásadnou úlohou je nájsť **rovnováhu medzi postavením štátu a jednotlivých subjektov** v systéme zdravotníctva. Chybou je prílišný etatizmus a podceňovanie schopnosti jednotlivca rozhodnúť sa, čo je preňho správne. Priority, požiadavky a potreby informovaného a zodpovedného pacienta musia byť určujúce pre budovanie systému zdravotníctva.

**V dôsledku vlastníctva najväčších nemocníc a najväčšej zdravotnej poisťovne sa štát ocitá v konflikte záujmov, ktorý vedie k popretiu roly nestranného tvorcu pravidiel a regulátora. Vytvárajú sa nespravodlivé trhové podmienky, ktorých dôsledkom je znižovanie efektívnosti slovenského zdravotníctva.**

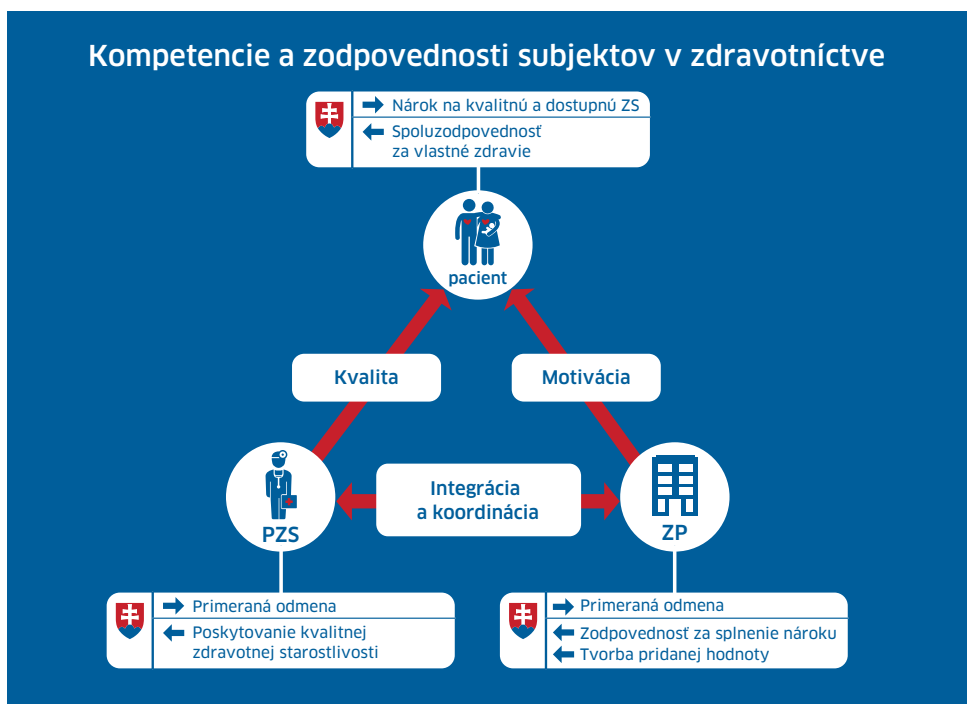
Stráca sa význam prirodzených a osvedčených nástrojov, akými sú slobodná možnosť výberu, prínosy zdravého konkurenčného prostredia a znižuje sa schopnosť jednotlivých subjektov operatívne a flexibilne reagovať na zmeny.

KDH bude presadzovať, aby slovenské zdravotníctvo bolo založené na **plnohodnotnom pluralitnom modeli zdravotného poistenia, a aby boli vytvorené predpoklady pre zdravé a primerane konkurenčné prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti so súťažou o poistenca, slobodnou voľbou lekára a posilnenou rolou pacienta.** Tvorba zisku je ekonomicky a eticky zdôvodniteľná, ak dôjde k vytvoreniu dostatočnej hodnoty pre občanov.

*„Štát by mal menej veslovať a viac kormidlovať.“  
Tony Blair*

## 4. Opatrenia

KDH bude vytvárať predpoklady a zároveň vyžadovať od zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotníckych služieb tvorbu **vysokej pridanej hodnoty pre občana**. To bude vyžadovať rozvinutie celého radu nových činností, okrem iného vyššiu úroveň hodnotenia kvality starostlivosti, rozvoj platobných mechanizmov zameraných na kvalitu a výsledok liečby, motivačné programy, zapojenie občanov do starostlivosti o vlastné zdravie, identifikáciu rizikových poistencov, zabezpečenie integrovanej starostlivosti pre klientov s chronickými chorobami a vybudovanie systémov informačnej podpory.



## 4.6 Transparentné, otvorené a predvídateľné prostredie

KDH sa zasadí za prijatie základného dokumentu, legislatívneho rámca pre zdravotníctvo na základe širokej spoločensko-odbornej diskusie, ktorý bude charakterizovať smerovanie a základné nastavenia systému, v dlhodobom horizonte definovať hlavné ciele zdravotníctva a určovať nástroje na ich dosiahnutie. **Zásadné charakteristiky systému musia byť stabilné a zmeny potrebné na dosiahnutie želaného stavu musia byť konzistentné.**

Transparentnosť a predvídateľnosť je základnou podmienkou pre zodpovedné plánovanie, investície a plnenie dlhodobých cieľov. Regulačná neistota je obzvlášť riziková pre dlhodobé investície do inovácií, vrátane tých, ktoré sú nevyhnutné na zvládnutie epidémie chronických chorôb. Investície do programov manažmentu chronických ochorení, foriem integrovaného poskytovania služieb a investície do preventívnych programov, vrátane podpory zmeny správania sa poisťencov, sú veľmi citlivé na zmeny pravidiel.

KDH bude presadzovať vysokú mieru transparentnosti a verejnej kontroly. **Transparentnosť je tiež najlepšou prevenciou korupcie.** Preto je potrebné podporovať kroky smerujúce k zverejňovaniu dát o zdravotnej starostlivosti a akýchkoľvek významných rozhodnutí, či už ide o určenie úhrad liekov, investície podporované z verejných zdrojov alebo zmluvy medzi poskytovateľmi zdravotných služieb a zdravotnými poisťovňami.

KDH bude podporovať efektívnu elektronizáciu zdravotníctva s dôrazom na informačnú bezpečnosť (eHealth, telemedicína, digitálne záznamy).

*Slovensku chýba zhoda na strednodobej vízii smerovania zdravotníctva. Z toho vyplýva aj regulačná neistota, ktorá je obzvlášť nevhodná pre dlhodobé investície do inovácií vrátane tých, ktoré sú nevyhnutne potrebné na zvládnutie „epidémie“ chronických chorôb.*

# 4. Opatrenia

## 4.7 Modernizácia nemocníc

Štátne nemocnice sú v súčasnosti najzanedbanejším segmentom zdravotníctva. Investície, kvalita služieb, prostredie a všeobecné štandardy zdravotnej starostlivosti neúmerne zaostávajú za vyspelými krajinami. Investičná potreba na modernizáciu slovenských nemocníc bola ministerstvom zdravotníctva vyčíslená na sumu vyše 100 mil. € ročne. Časť štátnych nemocníc je zadlžená a naďalej vytvára dlhy. Manažmenty nemocníc, ktoré sú zväčša politicky nominované, nemajú primeranú mieru autonómie, nemajú adekvátnu zodpovednosť za výsledok hospodárenia, a teda ani dostatočnú motiváciu dodržiavať zásady efektívneho riadenia.

Oddlženie, ktoré nie je sprevádzané systémovými krokmi smerujúcimi jednak k odstráneniu príčin zadlžovania a jednak k jasnému signálu, že ďalšie oddlžovanie už nebude možné, nič nerieši. Naopak, nemocnice si na oddlžovanie zvykajú a začínú ho považovať za štandardný nástroj, čo im berie motiváciu na skutočné riešenie problémov. Riešenie dlhov vo výške 500 mil. € môže zvýšiť deficit verejných financií o takmer 1 percentuálny bod. Pri súčasnej snahe o rozpočtovú zodpovednosť ide o neakceptovateľné riziko.

KDH bude presadzovať garanciu dostupnosti lôžkovej starostlivosti na regionálnom princípe prostredníctvom nariadenia vlády. **KDH zachová verejný charakter a neziskový režim v univerzitných nemocniciach a vysokošpecializovaných lôžkových zariadeniach**, ktoré budú garantovať poskytovanie vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotnícke vzdelávanie a výskum.

KDH bude presadzovať riešenie dlhodobého problému nedostatočných investícií do infraštruktúry slovenských nemocníc vytvorením **podmienok pre vstup súkromných investorov do ostatných nemocníc**. Na základe pozitívnych skúseností zo zahraničia (Španielsko, Švédsko, Veľká Británia) podporíme verejno-súkromné partnerstvá ako inovatívne riešenia kapitálovej obnovy nemocníc. Okrem samotného získania zdrojov musí ísť o vyvážené spojenie štátu a súkromného investora pri návrhu, príprave, výstavbe, organizácii a prevádzke nemocnice na dohodnuté obdobie, po uplynutí ktorého sa budova stáva verejným vlastníctvom.

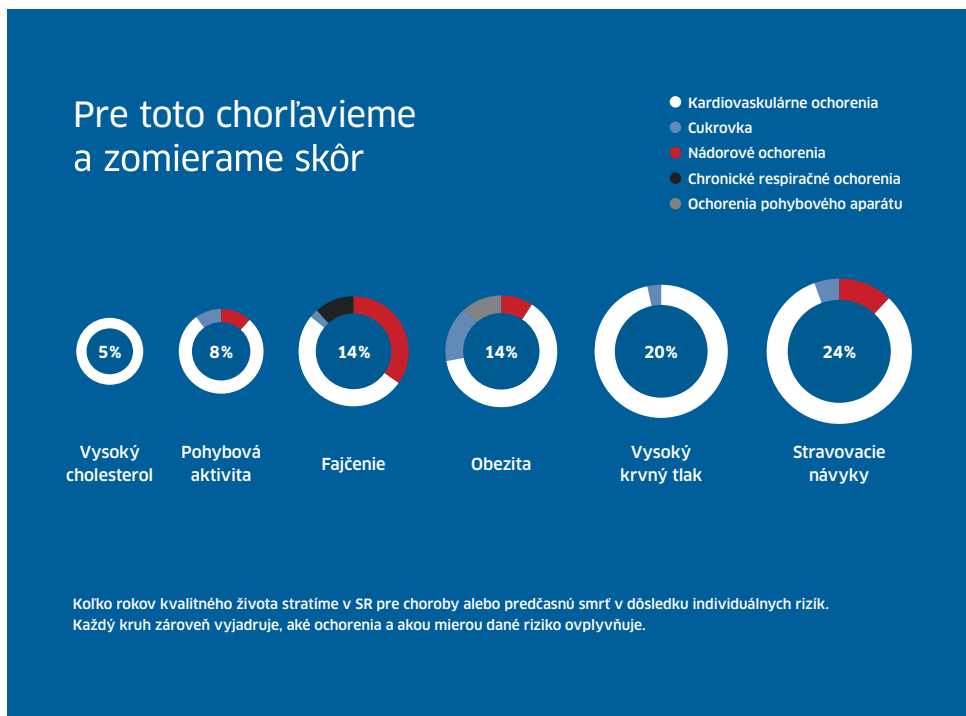
## 4.8 Etické princípy v zdravotníctve a biomedicíne

Neoddeliteľnou súčasťou programu KDH pre zdravotníctvo sú kresťanské etické princípy, predovšetkým **hlboký rešpekt voči každej ľudskej bytosti a jej dôstojnosti s dôslednou ochranou života od počatia až po prirodzenú smrť človeka**. KDH bude presadzovať, aby kresťanské etické a bioetické aspekty poskytovania a zabezpečovania zdravotnej starostlivosti boli integrované do jedného zákona, rovnako ako etické a bioetické aspekty vedy a výskumu v medicíne a spôsoby ich uplatňovania v praxi.

## 4.9 Opatrenia zamerané na verejné zdravotníctvo

KDH bude podporovať realizáciu preventívnych programov v súlade s prioritami zdravotnej politiky, motiváciu obyvateľov k prevencii, zdravému životnému štýlu a stravovacím návykom, ale aj programy na kontrolu a znižovanie individuálnych rizík (fajčenie, alkohol, obezita, drogy, tukový metabolizmus, duševné zdravie, seniori).

KDH bude presadzovať prehodnotenie existujúcich celonárodných programov (Národný program prevencie ochorení srdca a ciev, Národný program duševného zdravia, Národný program starostlivosti o deti a dorast, Národný akčný plán na kontrolu tabaku, Národný akčný plán pre životné prostredie a zdravie obyvateľstva, Národný program prevencie obezity) z pohľadu financovania, nákladovej efektívnosti a výsledkov s cieľom ich efektívneho rozvoja.



## 4.10 Veda a výskum

KDH považuje za vhodné vytvoriť dlhodobú stratégiu vedy a výskumu v zdravotníctve na obdobie najmenej 10 rokov v súčinnosti s MŠ SR, MZ SR, SAV, SZU a lekáorskými fakultami.

Považujeme slobodu vedy a výskumu za nevyhnutnú, avšak sme si vedomí jej hraníc z etických dôvodov. Chceme dať jasne najavo, že sloboda vedy sa končí tam, kde sa dotýka hranice neporušiteľnej dôstojnosti človeka, lebo jej je podriadená. KDH bude aj v tejto oblasti zastávať pevný postoj, založený na dôslednej ochrane života od počatia po prirodzenú smrť.

## 4.11 Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Moderné zdravotníctvo kladie vysoké nároky na profesionalitu a vzdelanie zdravotníckych pracovníkov na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti. Závisí od nich funkčnosť systému, správna implementácia najnovších poznatkov medicíny založenej na dôkazoch a v neposlednom rade zdravie a spokojnosť občanov – pacientov.

Na udržanie kvality zdravotníctva a jeho ďalší rozvoj je preto nevyhnutné zabezpečiť kvalitu vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Zjednodušíme a formálne zjednotíme obsahovú štruktúru postgraduálneho vzdelávania, s dôrazom na zvýšenú kvalitu špecializačného vzdelávania lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov, ktoré bude jasne definovať nároky na vedomosti a zručnosti zdravotníckeho pracovníka, ale aj obsahové povinnosti vzdelávacej inštitúcie.

Reforma špecializačného vzdelávania bude maximálne využívať schopnosť a potenciál inštitúcie vzdelávať na akreditovanej úrovni v rámci jednotlivých odborov, s efektívnym využívaním času pobytu uchádzača o vzdelanie. Cieľom je poskytnúť maximálnu mieru vzdelania na regionálnej úrovni.



## Mgr. MUDr. Marian Faktor

Narodil sa v roku 1972 v Čadci.

Po štúdiu na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave začal pracovať v nemocnici v Čadci. Má atestáciu zo všeobecnej a úrazovej chirurgie. Zdravotníctvo pozná aj ako posudkový lekár, ale aj zo svojho pôsobenia na Regionálnom úrade verejného zdravotníctva. Od roku 2005 pôsobil v rôznych zdravotných poisťovniach. Najskôr ako riaditeľ krajskej pobočky Všeobecnej zdravotnej poisťovne a potom Dôvery v Žiline. Po krátkom pôsobení na Ministerstve zdravotníctva SR sa v roku 2010 stal predsedom predstavenstva a generálnym riaditeľom Všeobecnej zdravotnej poisťovne, ktorá v tom čase čelila hrozbe nútenej správy a v rámci krízového manažmentu sa ju podarilo finančne stabilizovať. V roku 2012 sa vrátil do Dôvery na pozíciu konzultanta. V roku 2011 získal právnické vzdelanie na Právnickej fakulte Paneurópskej vysokej školy práva v Bratislave. Prednáša na Advance Healthcare Management Institute v Prahe. Je ženatý, má dve deti.

*Slovenské zdravotníctvo poznám detailne z rôznych pozícií a pohľadov. Mám víziu, ako by malo fungovať, aj ambíciu ho zmeniť. Nie som politik, ale bez politiky to nepôjde. Zdravie je najcennejšia hodnota v živote človeka. Naše zdravotníctvo sa má tomu prispôbiť.*



## Doc. MUDr. Ján Porubský, CSc.

Narodil sa 14. septembra 1947 v Bánovciach nad Bebravou.

V roku 1971 ukončil štúdium na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. V roku 1976 získal atestáciu prvého stupňa a v roku 1997 atestáciu druhého stupňa v odbore patologická anatomia. V roku 1989 obhájil titul kandidát vied a v roku 2004 bol vymenovaný za docenta v odbore patologická anatomia a súdne lekárstvo. Od roku 1970 nepretržite pracoval v Ústave patologickej anatomie LF UK a Fakultnej nemocnici Bratislava. Pôsobil vo viacerých funkciách ako prodekan LF UK pre rozvoj a sociálne otázky (1991 - 1997), člen Vedeckej rady LF UK (1991 - 1997), predseda Etickej komisie LF UK a FN (1997 až do júla 2010), člen Dozornej rady Všeobecnej zdravotnej poisťovne (2002 - 2004), podpredseda Správnej rady Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (2004 - 2007). Docent MUDr. Ján Porubský je členom výboru Slovenskej spoločnosti patológov pri Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS), Slovenskej neurologickej spoločnosti pri SLS a členom IAP - medzinárodnej akadémie patológov. Je držiteľom Ceny odbornej spoločnosti za najlepšiu publikáciu v roku 1989, Guothovej ceny za súbor publikácií venovaný problematike trofoblastovej choroby (r. 1994), Pamätnej medaily LF UK k 80. výročiu založenia školy. V období júl 2010 až marec 2012 bol štátnym tajomníkom MZ SR. Je ženatý, má tri deti.



## Kontakt



Marian Faktor  
expert KDH na zdravotníctvo  
E-mail: [marian.faktor@kdh.sk](mailto:marian.faktor@kdh.sk)

[www.marianfaktor.sk](http://www.marianfaktor.sk)  
[www.facebook.com/faktor.marian](https://www.facebook.com/faktor.marian)  
[www.linkedin.com/in/faktormarian](https://www.linkedin.com/in/faktormarian)

Adresa:  
Ústredie KDH  
Bajkalská 25, 821 01 Bratislava