

PROJEKT STRATÉGIE ROZVOJA ORGANIZÁCIE

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

Bratislava 11.11.2020

Ing. Marián Faško, MPH, PhD.

OBSAH

OBSAH	2
ÚČEL DOKUMENTU.....	3
HLAVNÉ PRIORITY	3
VYROVNANÉ HOSPODÁRENIE	3
EFEKTÍVNE HOSPODÁRENIE	3
ĽUDSKÉ ZDROJE	3
OSTATNÉ CIELE PROJEKTU	3
1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ.....	4
1.1 EFEKTÍVNY MANAŽMENT	4
1.2 ZDRAVIE	4
1.3 ZDRAVOTNÍCTVO	4
1.4 ZDRAVOTNÝ SYSTÉM A VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE	5
1.5 ZDRAVIE 2020	6
1.6 ŠTÁTNA POLITIKA ZDRAVIA	7
1.7 PROGRAMOVÉ VYHLÁSENIE VLÁDY SR NA ROKY 2020-2024	8
1.7.1 <i>Reforma zdravotného poistenia</i>	8
1.7.2 <i>Reforma financovania zdravotnej starostlivosti</i>	9
1.8 ZDROJE V SYSTÉME	9
2. ZÁKLADNÉ ÚDAJE.....	11
2.1 HISTÓRIA ZZ	11
2.2 ZÁKLADNÝ LEGISLATÍVNY RÁMEC ČINNOSTI ZZ	12
2.3 PREDMET ČINNOSTI ZZ	12
2.4 ORGANIZAČNÁ ŠTRUKTÚRA ZDRAVOTNÍCKEJ STAROSTLIVOSTI ZZ	13
2.4.1 <i>Špecializované ambulancie a starostlivosť (28) v týchto špecializovaných odboroch:</i>	13
2.4.2 <i>Lôžkové oddelenia a kliniky</i>	14
2.4.3 <i>Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky</i>	14
2.5 ANALÝZA STAVU ZZ	14
2.5.1 <i>Vybrané ekonomické ukazovatele hospodárenia ZZ</i>	14
2.5.2 <i>Vybrané zdravotnícke ukazovatele ZZ</i>	15
2.5.3 <i>Vybrané spotrebné ukazovatele hospodárenia ZZ</i>	16
3. INTERNÉ OPATRENIA-IMPLEMENTÁCIA	17
3.1 MANAŽMENT – ĽUDSKÉ ZDROJE ZDÔRAŽŇUJÚCE ÚLOHU VEDENIA ĽUDÍ	17
3.2 SPOLUÚČASŤ PACIENTA	17
3.3 VEREJNÉ OBSTARÁVANIE	19
3.4 RIZIKA	19
3.5 CIELE	20
3.6 STRATÉGIA	20
4. EXTERNÉ VLPYVY V ZDRAVOTNOM SYSTÉME	21
4.1 SYSTÉMOVÁ ZMENA POISTENIA	21
4.2 KOMBINÁCIA PLATENIA DANÍ A POISTENIA -ALT.1	22
4.3 NEMOCNIČNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA-ALT.2	24
RESUMÉ	25

ÚČEL DOKUMENTU

Projekt stratégie rozvoja organizácie Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica (ďalej aj ako „Organizácia“ alebo tiež „ZZ“) sme rozložili na okruh štyroch hlavných skupín. V prvej popisujeme všeobecne známe teoretické argumenty stavu systému, prijatých spoločných cieľov vyhlásených WHO, štátnej politiky SR a vyhlásenia vládneho programu na roky 2020-2024. V druhej sa oboznamujeme so základnými faktografickými údajmi organizácie a previedli sme analýzu hospodárskeho stavu z verejne dostupných informácií. V tretej skupine navrhujeme hlavné opatrenia, ktoré je povinné zabezpečiť vrcholový manažment organizácie. V poslednej kapitole opisujeme možnosti externých zmien, ktoré budú mať pozitívny dopad na chod a hospodárenie nielen dotknutej organizácie, ale celého systému. V sumáre na záver projektu krátko rekapitulujeme stručné zopakovanie významných argumentov a záverov k čomu sme sa dopracovali.

Cieľom tohoto dokumentu, ktorý poukazuje a zameriava sa na hlavné ciele a úlohy, na ich dosiahnutie pre manažment organizácie na najbližšie funkčné obdobie. Tento dokument bude základom pre detailné rozpracovanie plánu rozvoja na nové funkčné obdobie po oboznámení sa s internými údajmi organizácie do 31.12.2020. Projekt je súčasťou žiadosti do výberového konania na post štatutárneho orgánu – riaditeľa organizácie na najbližšie 5-ročné funkčné obdobie.

HLAVNÉ PRIORITY

Vyrovnané hospodárenie

Ako jeden z najdôležitejších faktorov je dosiahnutie vyrovnaného hospodárskeho výsledku ZZ v kalendárnom roku, bez vytvárania dlhových a plnenia si všetkých dodávateľsko-odberateľských, daňových a odvodových povinností so zreteľom na zabezpečenie poskytovania ZS.

Efektívne hospodárenie

Správnym manažmentom a riadením ZZ je cieľom dosiahnuť čo najefektívnejšie využívanie disponibilných zdrojov ZZ, ktoré vyprodukuje svojou hlavnou aj vedľajšou činnosťou.

Ľudské zdroje

Personálnou a mzdovou politikou v spolupráci s OO ZZ zabezpečiť dlhodobu udržateľnú edukačný rast a motiváciu zamestnancov ZZ. Správnou zamestnaneckou a benefičnou politikou predchádzať u zamestnancov „Syndrómu vyhorenia“.

Ostatné ciele projektu

- stanovenie zásad terapeutických postupov,
- zásady usporiadania na ekonomický dopad a využívanie disponibilných zdrojov ZZ,
- zvýšenie alokatívnej, technickej a personálnej efektívnosti,
- posilnenie konkurencie a zvýšenie hospitalizácií a ambulantných výkonov,
- zvýšenie kvality a rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- vypracovanie projektu pre epidemiologické situácie na ochranu personálu a pacientov
- využitie iných možností v súvislosti s činnosťou organizácie na získanie dodatočných zdrojov.

1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

Väčšina európskych krajín po skončení svetových vojen musela obnovovať zničené národné hospodárstvo svojich krajín a následne mohli aplikovať prvky amerického manažmentu v riadení národného hospodárstva s prihliadnutím na vlastné sociálnoekonomické a kultúrnohistorické podmienky.

1.1 Efektívny manažment

Efektívne fungovanie hospodárskych subjektov je hlavným predpokladom pre úspešný rozvoj ekonomiky. Hlavným predpokladom je efektívne využívanie existujúcich disponibilných zdrojov. Na to, aby bolo skutočne efektívne, vplýva viacero faktorov. Jeden s tých najdôležitejších okrem kapitálu, je ľudský faktor. Už začiatkom 20.storočia sa skúmali rozličné vplyvy na pracovnú silu za účelom jej efektívnosti. Skúsených vedúcich osobností, s dobrými schopnosťami a praxou v danom odbore – manažérov, ktorí dokážu zabezpečiť úspech organizácie, je stále nedostatok. Preto je dôležité motivovať pracovnú silu a neustále vzdelávanie a zdokonaľovanie manažérskych schopností jednotlivcov za účelom dosiahnutia rozvoja národného hospodárstva.

1.2 Zdravie

Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody. Je teda opakom choroby a to nie len jej neprítomnosti alebo poruchy funkcie. Podľa SZO je takmer 95 % svetovej populácie nezdravých. SZO definuje zdravie ako „stav kompletnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie len ako stav neprítomnosti choroby a slabosti“. Zdravie nie je trvalý a nepremenný stav. Je to dynamicky meniaci sa proces, vychádzajúci zo sústavného vzájomného pôsobenia organizmu na prostredie a naopak, je to schopnosť organizmu vyvážiť zmeny vonkajšieho prostredia. Pre jedinca má zdravie obrovský význam. Zdravie je kľúčom k spoločenskému, ekonomickému a hospodárskemu rozvoju. Tento význam pre jedinca a spoločnosť je jasný. V zdravej spoločnosti sa môže vyvíjať zdravý jedinec a zdravý jedinca tvoria zdravú spoločnosť.

1.3 Zdravotníctvo

Zdravotníctvo štátu je zrkadlom jeho populácie samej. Štátna politika zdravia v Slovenskej republike chápe zdravie ako základné ľudské právo. Jej cieľom je nasmerovať záujmy a snahy všetkých zložiek spoločnosti na zdravie ako kľúčový faktor rozvoja spoločnosti a vytvoriť tak prostredie, v ktorom občania budú mať zaručené podmienky na podporu a ochranu svojho zdravia, právo na zdravotnú starostlivosť a na dostupnosť a rovnosť v jej poskytovaní.

Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva ako aj podporou individuálnej starostlivosti o zdravie.

Sme na začiatku 21.storočia, kde okrem iných naliehavých globálnych problémov spoločnosti je najdiskutovanejšia problematika hospodárskej a ekonomickej celosvetovej krízy a jej dopadov na spoločnosť. Slovenská republika v roku 2004 pristúpila k európskemu spoločenstvu na základe

splnených kritérií, ktoré zahŕňali fungujúce trhové hospodárstvo, stabilnú demokraciu, princípy právneho štátu, prevzatie právnych predpisov a zavedenie meny euro. Slovensko sa stalo riadnym členským štátom Európskej únie.

V tomto kontexte je o to potrebné diskutovať o postavení občana – pacienta v systéme slovenského zdravotného systému o jeho aktívnej aj pasívnej spoluúčasti, o jeho vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a o spôsobe uhrádzania zdravotnej starostlivosti, o systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosti, kvalite, primeranosti, informatizácii a elektronizácii zdravotníctva a opodstatnenosti jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

1.4 Zdravotný systém a verejné zdravotné poistenie

Každý z nás vo svojom každodennom živote prichádza do styku s rizikom, ktoré predstavuje určitú mieru nepredvídateľnosti vo vzťahu k očakávanému výsledku. Napr. keď si ráno sadneme do auta nepredpokladáme, že nás zastaví policajná hliadka alebo budeme mať dopravnú nehodu. Okrem toho, že sa budeme týmto situáciám snažiť predísť, nikdy ich nemôžeme vylúčiť. Zatiaľ však čo v prvom prípade riziko nemožno finančne zabezpečiť prostredníctvom poistenia, v druhom prípade sa nám ponúka viacero možností. Okrem toho, že jednou z podmienkou prevádzky motorového vozidla je uzatvorenie poistnej zmluvy týkajúcej sa zákonného poistenia zodpovednosti za škodu spôsobenú jeho prevádzkou, máme možnosť uzatvoriť komerčné, dobrovoľné havarijné poistenie. V prípade, že pri nehode dôjde k škode nielen na majetku, ale aj na zdraví, je prítomné verejné alebo komerčné zdravotné poistenie, kde príp. následky na zdraví je možné kompenzovať prostredníctvom dávok sociálneho poistenia.

Európske štáty využívajú rôzne podoby inštitucionálneho, finančného a funkčného usporiadania zdravotného systému. Tak ako na jednej strane hovoríme o hierarchickej štruktúre subjektov, ktoré funkčnosť zabezpečujú, na strane druhej máme na mysli v záujme realizácie výkonu činností, ktoré tieto subjekty majú uskutočňovať. Stopy divergencie a diverzifikácie nachádzame v každom jednotlivom systéme, tak ako sa jednotlivé právne úpravy líšia. Dôsledkom sú určité spoločné rysy ale aj koncepčné odlišnosti. „Zdravotnícky systém zahŕňa všetky činnosti, ktorých hlavným cieľom je podporovanie, obnovenie alebo udržanie zdravia.“ (Ondruš, 2014, b, s.11)

Od roku 2004 švédsku mimovládnu organizáciu Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) monitoruje a porovnáva systémy zdravotnej starostlivosti z 35 krajín vrátane všetkých členských štátov EÚ a Kanady. Výsledky svojich záverov zverejňuje prostredníctvom viac než 40 rôznych indexov zdravia, taktiež poskytuje poradenstvo pre pacientov a občanov.

Vyhodnocuje najlepšiu nemocnicu vo Švédsku a tento index porovnáva celoeurópske nemocnice ako nástroj pre lepšie zhodnocovanie financií v zdravotníctve. V roku 2005 bol prvý krát vyhodnocovaný Euro Health Consumer Index (EHCI) o rok neskôr boli výsledky monitorovacích prác podkladom odporúčaní pre jednotlivé krajiny. Výsledkom jedného z indexov je aj porovnávanie kvality zdravotných systémov v 33 krajinách európskych štátov.

Výsledok umiestnenia Slovenska v tomto indexe je v nasledujúcej tabuľke 1-3.

Tabuľka 1-3 Medzinárodné porovnanie kvality zdravotníckych systémov rok 2009

Krajina	Umiestnenie (1.-30.)	Skóre (max 1000)
Holandsko	1	875
Dánsko	2	819
Island	3	811
Rakúsko	4	795
Švajčiarsko	5	788
Nemecko	6	787
Francúzsko	7	778
Veľká Británia	14	682
Česká republika	17	667
Maďarsko	20	633
Poľsko	26	565
Slovensko	28	560
Rumunsko	32	489
Bulharsko	33	448

Zdroj: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2009 report, september 2009

Nie lichotivým výsledkom je takéto umiestnenie, o to viac, že v porovnaní s rokom predchádzajúcim Slovensko v rebríčku kleslo z 22. miesta na 28. miesto z 33 hodnotených krajín. Tento výsledok je vyhodnotením 38 indikátorov kvality zdravotníckych systémov.

Podľa posledných údajov (EHCI, 2012, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>) porovnávanie kvality zdravotných systémov v 34 krajinách európskych štátov v piatich sub-disciplínach so 42 indexami si Slovensko polepšilo pozíciu a celkovým počtom 675 bodov sa umiestnilo za Českom na 16. mieste. Najpozitívnejšie je u nás hodnotený index porovnávania nemocníc, ktorý v roku 2009 bol zachytený len v troch európskych štátoch. Za povšimnutie stojí Nemecko, ktoré sa s počtom bodov 704 prepadlo na 14. miesto v hodnotení. Z 1000 možných bodov najviac získalo Holandsko s počtom 872 bodov, za ním Dánsko s počtom 822 bodov a zdravotný systém na Islande s počtom 799 bodov sa umiestnil na treťom mieste. Zdravotné systémy v uvedených krajinách si svoje postavenie na popredných priečkach udržujú dlhodobo. Najhoršie skočili Srbsko, Bulharsko a Rumunsko.

1.5 Zdravie 2020

V roku 2012 odsúhlasilo 53 členských štátov z európskeho regiónu WHO nový spoločný rámec Zdravie 2020, kde štyrmi spoločnými cieľmi tohto rámca sú:

1. významným spôsobom zlepšiť zdravotný stav a prosperitu populácie;
2. znížiť zdravotné nerovnosti;
3. posilniť verejné zdravie;
4. zaistiť, že zdravotné systémy orientované na ľudí sú univerzálne, udržateľné, spravodlivé a vysoko kvalitné.

Politika Zdravie 2020 je založená na štyroch prioritných oblastiach politických opatrení:

1. investícia do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti obyvateľov za zdravie;
2. riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení;
3. posilňovanie zdravotných systémov, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie;
4. vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

Dôraz je potrebné klásť na tretiu prioritnú oblasť opatrení politiky Zdravie 2020 t.j. posilňovanie zdravotných systémov finančne dlhodobo udržateľných s dôrazom aj na aplikácie najnovších vedeckých poznatkov v medicíne. Je potrebné zabezpečiť znížovanie vysokých súkromných výdavkov na zdravie. Malo by byť v záujme štátu, občanov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na vytváraní a podporovaní prevencie, starostlivosti o vlastné zdravie ako primárnej prevencie. Následne po nej nadväzuje až sekundárna prevencia s poslaním vyhľadávania skorých štádií porúch zdravia prehliadkami a skriningovými programami z cieľom zabezpečiť úspešnú liečbu. Samotnou liečbou po prepuknutí ochorenia alebo zmiernením prejavov ochorenia resp. jej symptómov je terciárna prevencia. *„Plné využitie nástrojov a inovácií 21. storočia ako komunikačných technológií (digitálne záznamy, telemedicína a eHealth) a sociálnych médií sa môže podieľať na lepšej a nákladovo efektívnejšej starostlivosti. Dôležitým princípom je vnímanie pacienta ako partnera pri zachovaní zodpovednosti za výsledok jeho liečby.“* (Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, s.11)

1.6 Štátna politika zdravia

Priority, parametre a správanie sa odpovedajúce na zdravotné potreby občanov, na dostupné zdroje a politické záujmy sú upravené zákonmi, alebo inými právnymi formami, ktoré vydáva vláda resp. iné inštitúcie štátnej správy. Zdravotná politika štátu je politickým správaním sa štátu s priamym vplyvom na zdravie jeho občanov. Zdravotná politika je tiež súhrnom cieľov, nástrojov, opatrení a kontroly teda čo, čím, ako a či sa plnia, vytýčené ciele v rámci štátnej politiky zameranej na zdravie občanov.

Štátna politika zdravia v Slovenskej republike prijatá Vládou SR v roku 2014 je bázou pre rozvoj zdravia do roku 2030. Strategický rámec pre roky 2014-2030 predstavuje dokument, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku, pritom nemá ambíciu zostávať nemenným z hľadiska nástrojov zmien, môže byť pravidelne prehodnocovaný a korigovaný. *„Snahou ministerstva zdravotníctva bude uplatňovať princíp Zdravia vo všetkých politikách (z anglického Health in All Policies-HiAP (HiAP je prístup k tvorbe zdravotnej stratégie, ktorá si kladie za cieľ zahrnúť zdravotné aspekty pri tvorbe politik v rôznych sektoroch, ktoré majú vplyv na zdravie. Patrí sem doprava, poľnohospodárstvo, využitie pôdy, bývanie, verejnej bezpečnosti a vzdelávanie) a teda spolupracovať pri tvorbe a presadzovaní štátnej politiky zdravia so všetkými sektormi na dosiahnutie stanovených cieľov.“* (Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, s.3)

1.7 Programové vyhlásenie Vlády SR na roky 2020-2024

Hlavným cieľom zdravotného systému je dosiahnuť čo najlepšie zdravie všetkých občanov. Aj napriek prioritnej potrebe zvládnutia krízy vyvolanej koronavírusom SARS-CoV-2 spôsobujúcim chorobu COVID-19 a následnej potrebe zvyšovania pripravenosti Slovenskej republiky na budúce krízy ohrozujúce zdravie občanov sa bude vláda dôkladne venovať dlhodobým, štruktúrnym problémom zdravotného systému. Bude sa usilovať nastaviť funkčný zdravotný systém do roku 2030. V rámci zvládania súčasnej krízy spôsobenej koronavírusom vláda zabezpečí včasnú diagnostiku, liečbu, vhodnú infraštruktúru a logistiku zdravotníckych kapacít.

Vláda SR deklaruje, že kľúčovými hodnotami v systéme zdravotníctva sú spravodlivosť, solidarita, kvalita a rovnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti pre každého občana. Zdravie občana je totiž predpokladom pre zdravie rodiny, komunity a krajiny. Integrovanou súčasťou zdravotnej politiky štátu bude transparentnosť, nulová tolerancia voči korupcii, prístup k informáciám, rozhodovanie na základe kvalitných dát, efektívne vynakladanie zdrojov či inklúzia laickej a odbornej verejnosti. Pravidlá budú platiť pre všetky subjekty systému rovnako, bez ohľadu na vlastníctvo.

Poskytovanie kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti je spoločnou výzvou všetkých zdravotných systémov s univerzálnym zdravotným poistením. Tak ako aj iné krajiny, Slovensko čelí všeobecným výzvam, ktoré sú spojené s príchodom nových technológií, limitovaným rozpočtom či zvyšujúcimi sa požiadavkami na zdravotnú starostlivosť. Štát prinavrátí do centra svojej pozornosti ako svoj primárny záujem zdravie občanov, ktorý nebude ustupovať silným záujmom a finančným skupinám v pozadí. Okrem silnej regulačnej úlohy musí byť štát garantom dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre svojich občanov aj svojou vlastníckou prítomnosťou. Okrem vlastníckych garancií v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti sa bude vláda SR usilovať aj o výraznejšie posilnenie svojej pozície v oblasti zdravotného poistenia.

Zdravotná starostlivosť je len jedným z faktorov, ktoré ovplyvňujú naše zdravie. Sociálne determinanty zdravia, životný štýl či životné prostredie sú faktory, ktoré naše zdravie ovplyvňujú zásadným spôsobom. Z toho dôvodu bude vláda presadzovať prierezový pohľad na zdravie občanov. Vláda bude posilňovať dôraz na prevenciu vo všetkých verejných politikách, ale aj v samotnej zdravotnej starostlivosti. Populácia starne, ľudia žijú dlhšie, ale zároveň čoraz viac trpia chronickými chorobami, pri zvládaní ktorých je nevyhnutné podporovať zdravý životný štýl. Vláda SR bude preto klásť dôraz na naplnenie nasledujúcich programových bodov, ktoré sú zorganizované do kategórií pacient, zdravotnícky pracovník a systém.

1.7.1 Reforma zdravotného poistenia

Vláda SR sa zasadí o systematické sledovanie a vyhodnocovanie jasne pomenovaných a merateľných cieľov v oblasti zdravia aj so stanoveným časom na ich dosiahnutie, ktoré sa budú týkať ako medicínskych a zdravotných ukazovateľov, tak aj finančnej efektívnosti. Vláda bude žiadať od zdravotných poisťovní väčšiu participáciu na plnení úloh zdravotnej politiky štátu.

Vláda SR navrhne, aby zdravotné poisťovne mohli tvoriť zisk z pripoistenia a z limitu výdavkov na prevádzkové činnosti až po zaplatení všetkých objednaných výkonov.

Vláda SR umožní občanom voľbu pripoistenia. Ďalej navrhne, aby si pacient nadštandardné služby a výkony u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti platil cez zdravotnú poisťovňu. Ponuka rôznych balíčkov pripoistenia, ich cena a rozsah budú závisieť od ponuky poisťovne. Zdravotné pripoistenie bude predmetom súťaže na trhu. Platby a pripoistenie za nadštandardné zdravotné služby u zmluvných poskytovateľov budú poskytovať iba zdravotné poisťovne, ktoré zabezpečia aj štandardnú zdravotnú starostlivosť.

Ak súčasný systém zdravotných poisťovní po analýze nebude prinášať hodnotu pre pacienta a dosahovanie zdravotných celospoločenských cieľov, vláda SR zväží zavedenie unitárneho systému zdravotného poistenia.

1.7.2 Reforma financovania zdravotnej starostlivosti

Vláda SR sa zaväzuje odpolitizovať financovanie zdravotníctva a zabezpečí výrazný nárast celkových výdavkov s cieľom čo najrýchlejšie dosiahnuť priemer v EÚ, v rámci možnosti verejných financií (ideálne s nárastom 0,3 percentuálneho bodu HDP ročne). Zároveň zabezpečí stabilitu a predvídateľnosť financovania. Súčasťou rozpočtu je vopred definovaný balík peňazí na investície. Vláda sa zároveň zaväzuje dôsledne presadzovať princípy hodnoty za peniaze s cieľom zlepšiť efektívnosť a výsledky v zdravotníctve pre občanov.

Vláda sa zaväzuje zavádzať platobné mechanizmy, ktoré v rámci jednotlivých oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti budú klásť dôraz na odmeňovanie za kvalitu liečby, nie za jej kvantitu. Cieľom je odmeňovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za vyličenie, nie za liečenie.

Vláda SR cez programový rozpočet zabezpečí spravodlivejšie rozdeľovanie zdrojov v zdravotníctve a navrhne zaviesť štruktúrované vyjednávanie, poradný orgán ministra zdravotníctva. Vláda bude merať prínos každého vynaloženého eura.

1.8 Zdroje v systéme

Zdravotná starostlivosť spravidla patrí medzi jedny z najväčších výdavkových oblastí vládnych rozpočtov, preto je nevyhnutné a dôležité chápať poskytovanie zdravotnej starostlivosti nielen zo sociálneho hľadiska ale aj na politickej rovine. V tomto kontexte si musíme uvedomiť nezmeniteľné trendy ukazujúce sa v zdravotníctve a to narastajúce výdavky, ktoré rastú rýchlejšie ako rastie HDP, starnutie populácie obyvateľstva a zároveň jeho rastúce požiadavky na ZS, vznikajúce nové a nákladnejšie zdravotné technológie a neposlednom rade je to obmedzenosť zdrojov.

Podľa Leonard J. Weber, *"Kvalitná zdravotná starostlivosť znamená, nákladovo efektívna zdravotná starostlivosť"*, ale *"drahšia zdravotná starostlivosť neznamená vyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti"* a *"určité minimálne štandardy kvality, musia byť splnené pre všetkých pacientov"* bez ohľadu na zdravotné poistenie stavu. Toto vyhlásenie nepochybne odráža rôzne myšlienkové procesy, ktoré idú do väčšiny zdravotníckych analýz nákladov a

výnosov. Všeobecné pravidlo zdravotného poistenia je: „Najmenej nákladná liečba by mala byť poskytnutá, ak nie je dostatok dôkazov o tom, že pravdepodobný drahší zásah prinesie vynikajúce výsledky“ (Weber, 31). Toto pravidlo pre zdravotnícke zariadenia ako aj pre správcov zdrojov je možno jedno z najlepších výrazov praktického významu, najmä preto, keď existujú rôzne optimálne prijateľné liečby.

Takmer všetky systémy zdravotnej starostlivosti po celom svete sústavne zápasia s problémami, rastúcimi nákladmi, nedostatkom finančných zdrojov a prístupom k zdravotnej starostlivosti.

Michael Tranner (2008) uvádza vo svojej analýze „V krajinách kde sú účinnejšie národné systémy zdravotnej starostlivosti, sú úspešnejšie do tej miery, že obsahujú trhové mechanizmy, ako je hospodárska súťaž, zdieľanie nákladov, trhové ceny a výber pre spotrebiteľov, a vyhýbajú sa centralizovanému riadeniu verejných financií“ Napriek tomu, že asi žiadna krajina neuvažuje o zrušení univerzálneho pokrytia zdravotnej starostlivosti, trendom je odklon od centralizovanej vládnej kontroly s cieľom zaviesť viac trhovu orientované prostredie. Zodpovednosť potom spočíva, nie len pre americké zdravotníctvo ...“učiť sa zo skúseností iných krajín, ktoré demonštrujú zlyhanie centrálného riadenia a poukazujú na prínos pre zvýšenie spotrebiteľských stimulov s možnosťou voľby“ (Tanner, 2008) aj keď žiadna krajina so systémom národnej zdravotnej starostlivosti neuvažuje o jeho upustení od univerzálneho pokrytia, širokým a rastúcim trendom je odklon od centralizácie a vládnej kontroly a zaviesť tak viac trhovu orientované črty.

Objem zdrojov v zdravotníctve je určovaný makroekonomickými faktormi nezávislými od vládnej politiky (výkyvy vo vonkajšom ekonomickom prostredí, technologické skoky, investorská aktivita, trhové impulzy) a faktormi danými rôznymi segmentmi hospodárskej politiky (politika zamestnanosti a trhu práce, príjmová politika, daňovo-odvodová politika, celková fiškálna politika). Medzi politickými determinantmi je dôležitým faktorom výška sadzby pre platbu štátu za zákonom vymedzený okruh osôb.

Rozhodujúci podiel na finančných zdrojoch vo financovaní slovenského zdravotníctva a to až vo výške 73 % tvoria zdroje zo zdravotného poistenia. Z toho 40 % tvoria zdroje zaplatené od ekonomicky aktívnych osôb v SR. 1 % zdrojov tvoria samoplatci zdravotného poistenia. Za ekonomicky neaktívne osoby (ENO) v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov § 11 odsek 8, platí štát a podiel z celkových zdrojov je na úrovni 28 %.

Tabuľka 2-1 Podiel jednotlivých zdrojov v percentách z celku

Celkové zdroje zdravotníctva		100 %		
Verejné zdroje		77 %		Súkrom.zdroje 23 %
Zdroje zdravotného poistenia		73 %	Kap.MZ 3 %	VÚC 1 %
Zamestnanci a zamestnávateľia	SZČO	Samop	ENO	
40 %	4 %	1 %	28 %	

Zdroj: Kováč, 200

2. ZÁKLADNÉ ÚDAJE

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica (ďalej aj ako „ZZ“) je príspevková organizácia - právnická osoba štátu, zriadená predovšetkým za účelom plnenia verejných záujmov. Menej ako 50 % výrobných nákladov je pokrytých tržbami a je závislá na príspevku od štátneho rozpočtu, rozpočtu obce, alebo rozpočtu vyššieho územného celku. Platia pre ňu finančné vzťahy určené zriaďovateľom v rámci jeho rozpočtu. Už v 70. rokoch minulého storočia po prvý krát použil János Kornai pojem mäkké rozpočtové obmedzenia, ktoré pre určitú organizáciu vznikajú vtedy, ak v danom prostredí existuje podporná inštitúcia (napr. štát), ktorá je pripravená finančne kryť celý deficit danej organizácie. Môže sa jednať o priamu „podporu“, „pomoc“ či „vyrovnanie“. Za určitú nepriamu formu môžeme používať aj iné výhody, ktoré štát zdravotníckym zariadeniam garantoval vo forme „zmäkčovania“ prostredia, v ktorom sa pohybujú. (Kornai, 2002, b, s.4) Štátnu príspevkovú organizáciu možno zriadiť zákonom alebo rozhodnutím zriaďovateľa, ktorým je ústredný orgán štátnej správy. Príspevková organizácia hospodári podľa svojho rozpočtu nákladov, výnosov a výsledku hospodárenia. Jej rozpočet zahŕňa aj príspevok z rozpočtu zriaďovateľa a prostriedky prijaté od iných subjektov. Negatívnymi znakmi sú hlavne nestanovenie zodpovednosti orgánov príspevkovej organizácie za samotné hospodárenie a vysoká závislosť na svojom zriaďovateľovi.

2.1 História ZZ

História samostatnej pediatickej starostlivosti sa začína písať po druhej svetovej vojne. Na jej konci vzniká samostatné detské oddelenie v provizórnom drevenom baraku nemocnice. Jeho prvým primárom sa stal MUDr. Pavol Fabián, ktorý ho viedol až do roku 1974. Po dobudovaní tzv. chirurgického pavilónu Rooseveltovej nemocnice sa oddelenie sťahuje na jeho 4. poschodie s počtom lôžok 56. Už vtedy sa lôžka členili na úseky dojčiat a batoliat s veľkými deťmi, novorodenci boli ošetrovaní samostatne. Na oddelení sa od začiatku riešili najzávažnejšie ochorenia detí hlavne zo spádovej oblasti terajšieho Banskobystrického kraja, choroby dýchacích orgánov, hnačkové ochorenia, tuberkulóza, reumatická horúčka, záškrt.

Oddelenie je od 60-tych rokov aj metodickým centrom Stredoslovenského kraja pre rozvoj pediatických služieb a boj s vysokou dojčeneckou úmrtnosťou. Primár Fabián buduje modernú pediatriu a špecializované odborné ambulancie pre deti. Už v roku 1966 pracuje pediatická kardiologická, nefrologická a reumatologická ambulancia, rok na to endokrinologická a v roku 1969 pneumoalergologická.

Prvá polovica 70-tych rokov je poznačená rozvojom starostlivosti o kriticky chorých novorodencov a nezrelé deti. Od r. 1974 vedie oddelenie a neskôr kliniku prof. MUDr. Svetozár Dluholucký, CSc. Do liečby boli zavedené nové poznatky a postupy, ktoré prispeli k tomu, že Stredoslovenský kraj mal najnižšiu dojčenskú a novorodeneckú úmrtnosť na Slovensku. V roku 1972 sa v nadväznosti na oddelenie otvára speleoklimatická liečba v Bystrianskej jaskyni pre astmatické deti, ktorá je do súčasnosti jediným výskumným a referenčným pracoviskom medzinárodnej UIS.

V druhej polovici 70-tych rokov sa na oddelení začína moderná integrovaná starostlivosť o deti s onkologickými chorobami. V roku 1978 - v spolupráci s pražským onkocentrom Motol – dochádza k centralizácii detských onkologických ochorení, vznikajú ordinariáty a v roku 1983

sa ministerstvom zdravotníctva ustanovuje onkocentrum Stredoslovenského kraja – prvé na Slovensku.

Koniec 70-tych rokov je v znamení zahájenia výskumu možností skríningu kongenitálnej hypotyreózy (1978), ktorý bol úspešne zavŕšený 1.1.1985 zriadením celoslovenského Skríninového centra novorodencov – ako prvý celoštátny skrínig hypotyreózy v štátoch tzv. „socialistického tábora“. V súčasnosti toto pracovisko realizuje skrínig hypotyreózy, fenylektonúrie a kongenitálnej adrenálnej hyperplázie u všetkých živonarodených detí na Slovensku. V roku 1982 - po presťahovaní do samostatného pavilónu novej nemocnice počet lôžok narástol na 101, vytvorili sa podmienky pre rozvoj všetkých jestvujúcich zložiek a k nim nastupuje rozvoj starostlivosti o kriticky choré deti. Rozpracovala sa komplexná liečba otráv, vrátane otravy muchotrávkou zelenou, ťažkých úrazov hlavy a mozgu, stavov bezdýšia a klinickej smrti. Do praxe sa zaviedla dialýza, rozvinul sa program transplantácie obličiek u detí. Rozvíjal sa aj transport kriticky chorých detí. Detské oddelenie malo prvý "lietajúci pediatrický tím" v ČSFR už v roku 1984. Zvýšila sa aj aktivita odberov orgánov a orgánových transplantácií u detí.

Od roku 1991 dostalo oddelenie štatút Detskej kliniky Slovenskej zdravotníckej univerzity (vtedy Inštitútu pre doškoľovanie lekárov a farmaceutov) v Bratislave. Od tej doby vykonáva aj pedagogickú činnosť pri doškoľovaní lekárov a sestier. Rozvíja sa aj vedecko-výskumná činnosť. 28. december 2004 je ďalším medzníkom. Rozhodnutím ministra zdravotníctva sa toto pracovisko zmenilo na samostatnú Detskú fakultnú nemocnicu s poliklinikou - tretiu na Slovensku. Integruje všetky služby v starostlivosti o dieťa, ktoré Vám chceme na tejto stránke predstaviť.

S účinnosťou od 01.10.2020 bol Rozhodnutím MZ SR č. S15261-2020-OZZaAP-1 zo dňa 29.9.2020 o zmene zriaďovacej listiny DFNSP BB zrušený kolektívny štatutárny orgán - Rada riaditeľov. (zdroj web stránky DFNSP Banská Bystrica)

2.2 Základný legislatívny rámec činnosti ZZ

- Zákon č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- zákon č.577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti;
- zákon č.578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- zákon č.579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- zákon č.580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č.95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- zákon č.581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov;
- novela zákona č.140/1998 Z. z. O liekoch a zdravotníckych pomôckach;
- ostatné súvisiace právne normy, nariadenia, vyhlášky, predpisy a pod.

2.3 Predmet činnosti ZZ

Predmetom činnosti ZZ je poskytovanie zdravotníckych služieb vo vybraných špecializovaných odboroch v spádovom území oblasti stredného Slovenska, ale aj pacientov, ktoré tvoria deti z iných oblastí Slovenska. Zabezpečuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa všeobecne záväzných platných predpisov a uzatvorených zmlúv a dohôd so zdravotnými poisťovňami. Môže vykonávať aj ďalšie činnosti v súlade s platnými predpismi a podnikaní príspevkových organizácií. Okrem činností uvedených v predchádzajúcich odsekoch, ZZ plní aj

úlohy, ktorými ju poverí Vláda SR, MZ SR, Rada vlády pre národný program podpory zdravia, ŠÚKL, VÚC a pod.

2.4 Organizačná štruktúra zdravotníckej starostlivosti ZZ

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť podľa svojho odborného zamerania na úrovni dostupných poznatkov vedy s racionálnym využitím zdravotníckej techniky a ľudských zdrojov. K 31.12.2017 bol prepočítaný počet zamestnancov 310,20 s priemerným zárobkom na úrovni 1387,39 Eur.

Štatutárny orgán ZZ – riaditeľ organizácie je vymenovaný ministrom zdravotníctva SR na 5 ročné funkčné obdobie. Priamo podriadení riaditeľovi organizácie sú námestníci pre liečebno-preventívnu starostlivosť (LPS), pre ekonomiku a pre ošetrovateľskú činnosť. Pod úsek riaditeľa priamo patrí aj sekretariát a útvar krízového riadenia a hospodárskej mobilizácie.

Pod námestníka pre LPS a námestníka pre ošetrovateľstvo priamo patria jednotlivé zdravotnícke zložky a to sú štyri kliniky na ktorých čele stoja menovaní prednostovia, jednotlivé špecializované ambulancie, oddelenie urgentného príjmu a SValZ pracoviská.

Zároveň pod LPS sú skriningové centrum, oddelenie vedy a biochemického výskumu, oddelenie klinického skúšania, referát nemocničného psychológ a nemocničnej hygieny a simulačné pracovisko.

Pod ošetrovateľstvom sú sklad liekov a ŠZM, referát liečebnej výživy, referát sociálnej starostlivosti, mliečna kuchynka, registrácia a upratovacie služby.

2.4.1 Špecializované ambulantná starostlivosť (28) v týchto špecializovaných odboroch:

- Detská pohotovosť - APS
- URGENT
- Alergologická
- Anestéziologická
- Endokrinologická
- Foniatická
- Gastroenterologická
- Gynekologická
- Hematologická
- Chirurgická
- Kardiologická
- Logopedická
- Metabolická
- Nefrologická
- Neurochirurgická
- Neurologická
- Očná
- Onkologická
- ORL (ušno-nosovo-krčná)
- Ortopedická
- Pediatická v nemocnici
- Plastická chirurgia
- Pľúcna
- Psychiatrická

- Psychologická
- Rehabilitačná
- Reumatologická
- Urologická

2.4.2 Lôžkové oddelenia a kliniky

- II. Detská klinika SZU s kapacitou 35 lôžok
- II. Klinika pediatickej anestéziológie a intenzívnej medicíny SZU
- Klinika pediatickej onkológie a hematológie SZU s kapacitou 26 lôžok a sprevádzajúce osoby
- Klinika detskej chirurgie SZU s kapacitou 30 lôžok a operačné sály
- Pracoviská fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie
- Skriningové centrum novorodencov SR unikátne laboratórium svojho druhu na Slovensku

2.4.3 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

- RTG
- USG

2.5 Analýza stavu ZZ

Analýza súčasného stavu ZZ bola vykonaná na základe faktografických údajov prevažne dostupných z internetu (stránky ŠÚ SR, NC ZI SR, ZP a samotného ZZ), skúseností a detailného poznania problematiky zdravotníctva autora predkladaného projektu. Informácie za roky 2018 a 2019 nezistené a preto sa v tabuľkách neuvádzajú.

2.5.1 Vybrané ekonomické ukazovatele hospodárenia ZZ

Vybrané údaje tabuľka č.1	Skutočnosť v EUR k 31.12.2015	Skutočnosť v EUR k 31.12.2016	Skutočnosť v EUR k 31.12.20 17	Skutočnosť v EUR k 31.12.2018	Skutočnosť v EUR k 31.12.2019
Výnosy	10 676 564,00	11 339 392,44	10 228 153,03	?	?
Náklady	10 664 889,70	11 337 374,75	10 668 418,31	?	?
HV bežného obdobia	11 675,70	2 017,69	- 440 265,28	?	?
Pohľadávky	1 288 478,70	1 446 186,45	1 350 256,02	?	?
Závazky celkom	2 013 089,36	1 900 603,85	2 160 372,58	?	?
Závazky krátkodobé do leh.splat.	1 380 017,92	1 298 138,60	1 215 273,21	?	?
Závazky krátkodobé po leh.splat.		602 465,25	945 099,37	?	?
Závazky dlhodobé	12 631,65	8 065,33	4 029,79	?	?
Výsledok hospodárenia	2 135 677,81	2 419 162,97	2 635 754,05	?	?
Nevysporiadaný VH min. rokov	2 124 003,51	2 417 145,28	3 076 019,63	?	?

Zdroj: web DFNSP BB, sprac.autor

K 31.12.2017 DFNSP BB evidovala záväzky po lehote splatnosti vo výške 945 099,37 € čo je nárast o 56,87 % ale i naďalej nevykazuje záväzky po lehote splatnosti voči štátu, t. j. voči Sociálnej poisťovni, zdravotným poisťovniam, Daňovému úradu a pod.

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica (DFNsP BB) dosiahla k 31.12.2017 záporný výsledok hospodárenia vo výške -440 265,58 €. Nepriaznivý vývoj hospodárenia je spôsobený predovšetkým poklesom výnosov, hlavne tržieb za vlastné výkony. Výnosy organizácie za rok 2017 dosiahli úroveň 10 228 153,03 € a v porovnaní s rovnakým obdobím predchádzajúceho roka poklesli o 9,80 %.

Tržby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť tvoria z celkového objemu výnosov 9 660 299,61 €, čo je 94,45 % a v porovnaní s predchádzajúcim rokom poklesli 5,42 %. V rámci tržieb za zdravotnú starostlivosť najvýznamnejšiu časť tvoria tržby za hospitalizácie – 61,54 % a za rok 2017 poklesli oproti porovnateľnému obdobiu minulého roka o 4,45 %.

Jedným z faktorov poklesu výnosov za hospitalizáciu je znížený počet ukončených hospitalizácií (pokles o 6,24 %) a osobitne hrađených výkonov (pokles o 15,59 %).

Druhým významným faktorom je zmena vykazovania ukončených hospitalizácií na diagnosticko-terapeutický výkon H5560 vo VŠZP, a.s., čo spôsobuje nižšiu úhradu za zdravotnú starostlivosť.

Zníženie výnosov za špecializovanú ambulantnú starostlivosť o 11,98 % je spôsobené nižším počtom pacientov vyšetrených v špecializovaných ambulanciách (pokles oproti minulému obdobiu o 10,57 %).

2.5.2 Vybrané zdravotnícke ukazovatele ZZ

Zdravotnícke informácie a tržby od zdravotných poisťovní sú v nasledovnej tabuľke.:

Vybrané údaje tabuľka č.2	Skutočnosť v EUR k 31.12.2015	Skutočnosť v EUR k 31.12.2016	Skutočnosť v EUR k 31.12.20 17	Skutočnosť v EUR k 31.12.2018	Skutočnosť v EUR k 31.12.2019
Počet UH	3 025	3 700	3 469	?	?
Počet výkonov JZS	833	561	734	?	?
Celková obložnosť v %	56,76	56,10	57,26	?	?
Priemerná dĺžka hospitalizácie dni	3,37	3,49	2,95	?	?
Počet pacientov v ŠAS	81 436	84 331	75 420	?	?
Počet pacientov na SValZ	108 804	109 776	111 194	?	?
Tržby za ZS od VŠZP, a.s.	5 104 494,21	5 638 066,91	5 099 015,64	?	?
Tržby za ZS od Dôvera ZP, a.s.	3 312 068,85	3 358 719,33	3 317 518,59	?	?
Tržby za ZS od Union ZP, a.s.	114 598,55	143 545,10	104 262,46	?	?

Zdroj: web DFNsP BB, sprac. autor

Náklady na činnosť organizácie dosiahli v roku 2017 úroveň 10 668 418,31 €, čo je o 13,08 % menej ako v rovnakom období prechádzajúceho roka.

2.5.3 Vybrané spotrebné ukazovatele hospodárenia ZZ

Nákladová štruktúra za rok 2017 a za dve porovnateľné obdobia je uvedená v nasledovnej tabuľke:

Vybrané údaje tabuľka č.3	Skutočnosť v EUR k 31.12.2015	Skutočnosť v EUR k 31.12.2016	Skutočnosť v EUR k 31.12.2017	Skutočnosť v EUR k 31.12.2018	Skutočnosť v EUR k 31.12.2019
Spotreba liekov	916 419,81	940 461,01	817 421,98	?	?
Spotreba krvi a krvných prípravkov	177 647,21	240 218,71	218 199,88	?	?
Spotreba diagnostík	25 831,90	36 046,54	69 340,96	?	?
Spotreba ŠZM	567 931,78	593 506,90	576,106,31	?	?
Spotreba ostatného MT	567 774,52	637 504,27	493 903,95	?	?
Spotreba energie, plynu a vody	178 355,49	169 276,73	154 975,39	?	?
Služby	572 713,09	564 455,09	501 378,39	?	?
Osobné náklady	6 376 907,20	6 884 291,22	7 218 174,76	?	?
Odpisy	1 031 937,69	1 011 949,28	600 664,49	?	?
Ostatná náklady	249 371,01	259 665,00	18 252,20	?	?
NÁKLADY SPOLU:	10 664 889,70	11 337 374,75	10 668 418,31	?	?

Zdroj: web DFNSP BB, sprac. autor

Z uvedených ukazovateľov vyplýva pokles u spotrebného MT, liekov a ŠZM z dôvodu nižšieho počtu pacientov. Pokles je aj u služieb a nákladov na likvidáciu nebezpečného odpadu. Naopak náklady narástli oproti predchádzajúcemu obdobiu najmä v externých službách ZS, v právnych službách, v osobných nákladoch, v sociálnych nákladoch, náklady na posudky a IT.

Z uvedených porovnaných údajov je vidieť pokles hospitalizovaných pacientov a pokles výkonov na ŠAS, čo následne znamenalo aj nižšie platby od zdravotných poisťovní a dopad na záporný hospodársky výsledok v sledovanom období.

Vzhľadom na neznáme údaje ďalších dvoch kalendárnych rokov, sa nedá určiť trend vývoja hospodárenia ZZ.

3. INTERNÉ OPATRENIA-IMPLEMENTÁCIA

V Slovenskom zdravotníctve prevláda ilúzia bezplatnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá prispieva k vzniku nerovnováhy, kedy obmedzené verejné zdroje zo zdravotného poistenia permanentne nestačia na financovanie takmer neobmedzenej spotreby. Tá je potom dôsledkom korupcie, liečenia podľa známosti, neoficiálnych platieb, nízkej kvality, nedostupnosti primeranej zdravotnej starostlivosti a predlžovania čakacích dôb.

3.1 Manažment – ľudské zdroje zdôrazňujúce úlohu vedenia ľudí

K zvýšeniu transparentnosti a zodpovednosti môžu viesť pravidlá corporate governance, napríklad v podobe generálnej porady, operatívnej porady, vyššieho resp. stredného manažmentu, pracoviska kliniky resp. oddelenia, správnej, dozornej rady, ktorej členovia sú kompetentní zamestnanci nemocnice.

Za posledné dve desaťročia prešlo zdravotníctvo vo svete veľkými zmenami a pokrokom.

Mnohé nové technológie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zmenili jej spôsoby. Tak ako sme popisovali v predchádzajúcich odsekoch, prešiel zmenami aj celý zdravotný systém a teraz máme na mysli jeho organizáciu, financovanie, organizovanie a riadenie. Každé zdravotnícke zariadenie má svoje poslanie, malo by mať svoju víziu a strategický plán.

„Management , ktorý má jen jednu variantu strategie, je hazardérem. Nemá -li vůbec strategii, je sebevrahem“. (Souček, 2006. b). Ak teda má zdravotnícke zariadenie svoje poslanie, má plán či stratégiu, tak potom tieto hodnoty by mali zdieľať vlastníci (zriaďovatelia, zakladatelia), manažment a všetci radový zamestnanci, teda každý. Ak je naším cieľom mať lepšie, s kvalitnými službami, s kvalitným a moderným zariadeniami, so spokojnými zamestnancami na jednej strane a spokojnými pacientami na druhej strane, zdravotnícke zariadenia, tak musíme mať zodpovedných vlastníkov a zodpovedný manažment v týchto zariadeniach.

Za stav v akom sa celkové hospodárenie v zdravotníckych zariadeniach nachádza, môže aj hmotná zodpovednosť vrcholového manažmentu, vedúcich pracovníkov, kolektívnych orgánov, benchmarking t.j. porovnávanie sa a elektronického zdravotníctva. Samozrejme je, že ak chceme lepšie zdravotnícke zariadenia, musíme ich definitívne odpolitizovať a politických nominantov v manažmente nahradiť nezávislými odborníkmi. Potom výsledok hospodárenia zisk resp. strata ostáva v zariadení, pričom neefektívne hospodárenie vedie ku konkurzu, ktorý môže byť riešený zvýšením kapitálu alebo prostredníctvom určitej dotácie.

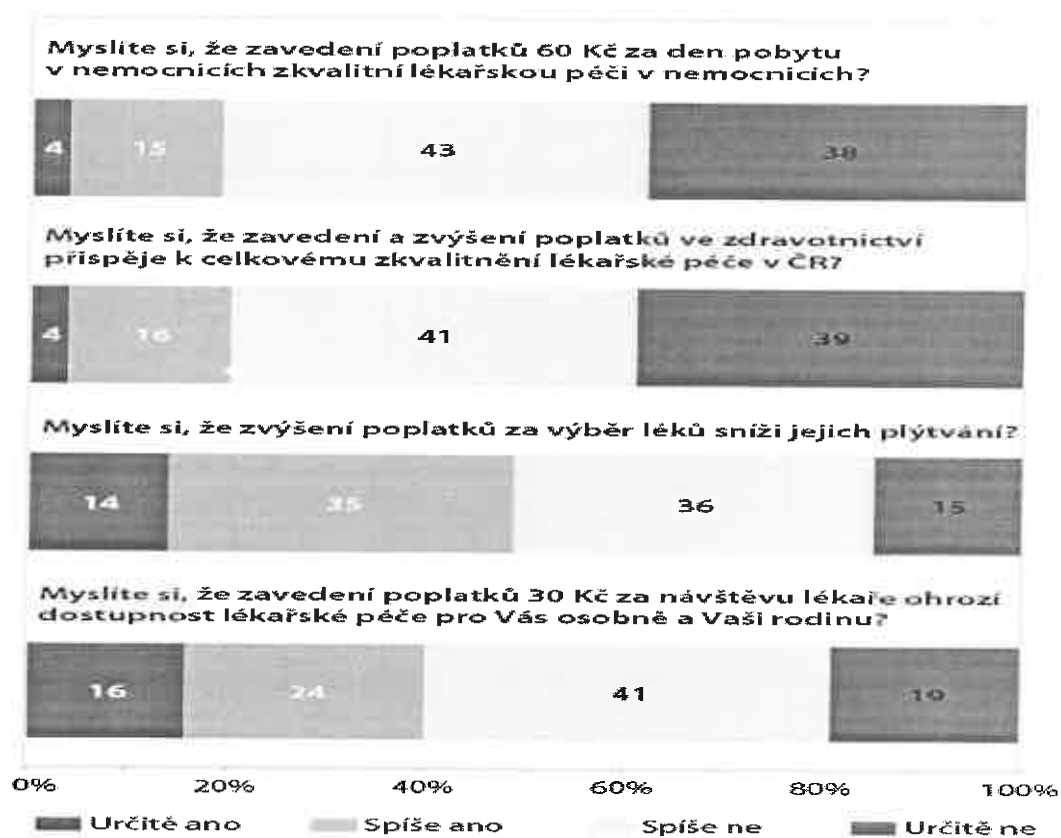
3.2 Spoluúčasť pacienta

Pre efektívne hospodárenie so zdrojmi v systéme zdravotníctva je nevyhnutnou podmienkou, aby najväčší spotrebiteľ týchto zdrojov – pacient, mal presné informácie o právach, povinnostiach a cenových reláciách za poskytované služby. Na takto vnímanú spoluúčasť občana prizeráme pritom s dvoch pohľadov. Jedným je jeho aktívny záujem mať prehľad o cenách a druhým je jeho zákonom definovaná povinnosť doplatiť si buď priamo, alebo cez komerčné poistenie za poskytnutý výkon.

Zabezpečenie rovnováhy medzi rozsahom zákonom garantovanej bezplatnej zdravotnej starostlivosti a verejnými zdrojmi na ich úhradu nemožno dosiahnuť bez aktívnej spoluúčasti občana - poistenca. Poistenec musí byť priamo ekonomicky zainteresovaný na rozsahu vyžadovaného výkonu zdravotnej starostlivosti. Jeho ekonomická zainteresovanosť môže spolu s ekonomickou zainteresovanosťou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zrozumiteľnou legislatívou vytvárať bariéry permanentnému nárastu výkonov, ak nie je primeraná potrebám zdravotnej starostlivosti. Spoluúčasť na úhrade časti výkonov alebo plnenej úhrade niektorých výkonov zdravotnej starostlivosti môže stimulovať poistenca na využívanie preventívnej zdravotnej starostlivosti.

V dlhodobom časovom horizonte práve prevencia pôsobí pozitívne na znižovanie reálnych potrieb zdravotnej starostlivosti. Spoluúčasť poistenca na úhrade časti výkonov pritom nemusí viesť k neúmernému zaťažovaniu poistenca. Podstatne väčší vplyv môže mať na znižovanie rozsahu a nákladov vyžadovaných výkonov. Spoluúčasť na úhrade časti výkonu zvýši i záujem poistenca o kontrolu jemu poskytnutého a zdravotnej poisťovní fakturovaného výkonu zdravotnej starostlivosti.

Obrázok 7-2 Grafické znázornenie výstupov prieskumu zavádzania poplatkov spoločnosťou STEM - I.2008



Zdroj: STEM, Trendy 1/2008, 1362 respondentů starších 18 let

Například pri výskume STEM v Českej republike v roku 2008 na súbore 1362 respondentov vyplynuli zistenia, že pätina občanov verí, že poplatky v zdravotníctve prispievajú k celkovo vyššej kvalite zdravotnej starostlivosti v ČR a tiež pätina hodnotila negatívne zavedenie poplatkov. 50 % opýtaných predpokladá, že sa obmedzí plytvaním liekov, ale až 80% respondentov si myslí, že k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti zavedením poplatkov nedôjde.

Vo viacerých vyspelých členských krajinách OECD sú poplatky pri návšteve zdravotníckeho zariadenia štandardnou súčasťou financovania systému zdravotníctva. Vyplýva to zo snahy dosiahnuť čo najvyššiu efektivitu disponibilných zdrojov v systéme a znížiť jeho náklady na minimum. V krajinách Európskej únie tvoria súkromné zdroje, tvorené predovšetkým platbami a komerčným poistením pacienta, v priemere 21 % z celkových zdrojov na zdravotníctvo a z verejných zdrojov je to priemerne 78 % z celkových zdrojov. Na Slovensku podiel verejných zdrojov z prostriedkov zdravotného poistenia a rozpočtu SR dosahuje až 96 % všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Pritom platby pacienta v hotovosti, či komerčné pripoistenie predstavuje ani 1 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo. Zvýšením spoluúčasti poistenca na úhrade výkonov zdravotnej starostlivosti by sa ročne dal znížiť rozdiel medzi nákladmi na bezplatne poskytnutú zdravotnú starostlivosť a objemom verejných zdrojov na ich úhradu približne o 115 mil. EUR, čo by predstavovalo v priemere asi 22 EUR na občana ročne.

3.3 Verejné obstarávanie

Manažérske „postupy“ v prípade využívania elektronickej aukcie a celého verejného obstarávania z najvyššou pravdepodobnosťou zhoršujú výsledky hospodárenia celého systému aj napriek tomu, že podiel výdavkov na nemocničnú starostlivosť na Slovensku je nižší než priemer OECD. Na nepriaznivý stav obstarávania poukazuje aj štúdia Ineko a TIS z roku 2012.

„Verejné obstarávanie v nemocničnom sektore je charakterizované nízkym počtom uchádzačov, čo je príčinou vyšších výsledných obstarávacích cien. Takmer 70 % nemocničných tendrov z obdobia medzi rokmi 2009 a 2012 sa zúčastnila iba jedna firma, pričom v sektoroch mimo zdravotníctva je tento jav až o 40 % zriedkavejší.“ (Dančíková a Zachar, 2012)

3.4 Rizika

Reforma zdravotníctva je neustály a iteratívny proces, jednorazové a rýchle riešenia neexistujú. Veľmi dôležitou súčasťou reformného procesu by mala byť široká odborná diskusia a to či na úrovni jednotlivých expertných skupín, stavovských komôr, odborov alebo aj laickej verejnosti. Pri reforme je stále čo meniť a naprávať, výsledky môžu byť často však neisté. Zmena akéhokoľvek systému nikdy nie je ľahká, jednoduchá a toľž nie pri reforme zdravotného systému, ktorý sa bytostne týka skôr či neskôr každého jednotlivca, či si to v danom čase uvedomuje alebo nie.

Pri snahách zlepšovať systém zdravotníctva môže byť nápomocné porovnávanie s inými krajinami. Otázkou je, s ktorými krajinami sa však má Slovensko porovnávať. Snahy kopírovať vývoj v bohatých krajinách s dlhodobou históriou zdravotného poistenia a rôznych experimentov vo financovaní a poskytovaní zdravotníckych služieb nezodpovedajú najmä našim ekonomickým možnostiam.

Podľa materiálu „Systémy zdravotníctva v industrializovaných krajinách a úloha súkromného poistenia“ (Health, 2006) vo všetkých rozvinutých krajinách, napriek rôznym prístupom k organizácii zdravotníctva, výdavky na zdravotníctvo rastú rýchlejšie ako HDP. Tieto krajiny sa zameriavajú skôr na diverzifikáciu zdrojov financovania, hľadanie správneho mixu verejných a súkromných zdrojov, ale v žiadnom prípade nie na zavádzanie formálnej plurality poisťovní vo verejnom zdravotnom poistení. Model zdravotných poisťovní ako akciových spoločností vo

verejnem sociálnom zdravotnom poistení nemá obdobu a je „slovenským originálom“, nie je to žiaden štandardný model.

Realitou zostáva fakt, že tak ako jednotlivé politické garnitúry opatrenia prijímali, nasledujúce tieto modifikovali alebo rušili. Tzv. Zajacova reforma predpokladala individuálnu zodpovednosť, trhovú mechanizmus s regulovanou súťažou a za uvedeným účelom zaviedla paušálne regulačné poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, podporila liberalizáciu cien a spôsoby platieb, umožnila vstup nových subjektov a zaviedla verejnú minimálnu sieť a povinnosť licencií, vláda Róberta Fica z rokov 2006–2010 podporila viac štátnych zásahov do zdravotníctva prostredníctvom zrušenia väčšiny paušálnych poplatkov alebo nemožnosťou vyplácania podielov zo zisku akcionárom. A tak ako sa nasledujúca vláda Ivety Radičovej opätovne vrátila k podstate tzv. Zajacovej reformy, napr. obnovila transformáciu nemocníc na akciové spoločnosti, ktorá bola v predchádzajúcom období pozastavená alebo navrhla nový platobný mechanizmus pre nemocnice (DRG-systém), nástup druhej vlády Róberta Fica po predčasných parlamentných voľbách v roku 2012 priniesol myšlienku silného vplyvu štátu na chod zdravotníctva v podobe nedokončenia transformácie nemocníc na obchodné spoločnosti alebo možnosť odvolávať predsedu ÚDZS s dopadom na nezávislosť tohto kontrolného orgánu. Napokon samozrejme nemôžeme zabudnúť na navrhovanú novú koncepciu verejného zdravotného poistenia, ktorého reprezentantom by mala byť jediná zdravotná poisťovňa.

3.5 Ciele

Cieľom projektu riadenie a organizácia manažmentu jeho usporiadania lôžkových oddelení, ŠAS, SValZ a skriningu z hľadiska efektívneho chodu výskytu ochorení a diagnóz ako aj demografického vývoja je:

- zabezpečenie vyrovnaného hospodárskeho výsledku ZZ,
- stanovenie zásad terapeutických postupov,
- zásady usporiadania na ekonomický dopad a využívanie disponibilných zdrojov ZZ,
- zvýšenie alokatívnej, technickej a personálnej efektívnosti,
- edukácia personálu,
- posilnenie konkurencie a zvýšenie hospitalizácií a ambulantných výkonov,
- zvýšenie kvality a rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- vypracovanie bezpečnostného projektu pre epidemiologické situácie na ochranu personálu a pacientov
- využitie iných možností v súvislosti s činnosťou organizácie.

3.6 Stratégia

Strategickým cieľom manažmentu ZZ musí byť poskytovanie dostupnej vysoko kvalifikovanej zdravotnej starostlivosti v odboroch a špecializáciách, ktoré ZZ spĺňa z hľadiska noratívov na materiálno-technické, priestorové a personálne zabezpečenie. Samotná činnosť príspevkovej organizácie je pokračovaním poskytovania všeobecne prospešných služieb v rozsahu vydaného povolenia ako PZS na 97 lôžkach ZZ. Pôsobnosť je síce vymedzená v spádovom území stredoslovenského kraja, ale v rámci navrhovaných opatrení je potrebné svojou kvalitnou, fundovaným prívetivým personálom a jedinečnou zdravotnou starostlivosťou pôsobiť v rámci širšieho regiónu s priaznivým dopadom na vyššiu hospitalizáciu a tým súvisiaci zdravotné výkony na ŠAS a SValZ-och.

4. EXTERNÉ VLPYVY V ZDRAVOTNOM SYSTÉME

Zdravotný systém, tak ako ho vnímame, predstavuje zložitý systém inštitúcií, vzťahov rôznej povahy a charakteru, je súčasťou viac ako iné odvetvia kontrolované laickou i odbornou verejnosťou, pertraktované v médiách; stráca sa miestom generačnej konfrontácie. Zisťujeme, súčasná nepriaznivá veková štruktúra obyvateľstva, kde problémom sa stáva nepomer ekonomicky aktívnych a neaktívnych, že železnica, ktorá má mať cieľovú stanicu žiadnu nemá.

Existencia štátom regulovaného poistného systému vo vzťahu k zdraviu, má svoje odôvodnenie. Otázkou je v akom pomere má byť na jeho chode prítomná dobrovoľnosť a povinnosť. V akom pomere sa má angažovať štát a do akej miery má byť prítomný súkromný sektor. Faktom je realita poklesu účasti ekonomicky aktívnej časti spoločnosti na úkor zložky neaktívnej. Faktom je realita zneužívania zdravotného systému jeho poskytovateľmi, príjemcami a kritika tak vyvstáva a končí v miere regulácie a snahe vyhovieť často protichodným záujmom.

Zdravotné systémy za posledných 100 rokov výrazne prispeli k zlepšeniu zdravia u väčšiny svetovej populácie. Boli podrobené mnohým reformám, ich vývoj je nezastaviteľný. Vznikali rôzne formy národných zdravotných a sociálnych systémov. *V poslednom desaťročí dochádza k presadzovaniu vízie „nového univerzalizmu“, t.j. základnej starostlivosti pre všetkých, ale nie v neobmedzenom rozsahu a podľa kritérií efektivity, hospodárnosti a sociálnej prijateľnosti.*“ (Ondruš, 2014,a, s.11)

4.1 Systémová zmena poistenia

V tomto momente nie je dôležité či je v danom štáte jedna alebo viac zdravotných poisťovní ani to akých. V týchto krajinách a teda aj na Slovensku, tretia strana – zdravotná poisťovňa, na základe odvodov občanov vo forme pravidelných príspevkov, prepláca odborné úkony v zdravotnej starostlivosti na základe uzavretých kontraktov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pričom zákonom stanovenú výšku poistných odvodov občanov určuje mzda poistenca – vymeriavací základ, tak ako sme to uvádzali v kap.1.4. Výška úhrad za odborné úkony preplácajú zdravotné poisťovne na základe zmlúv medzi poisťovňou a daným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Problém je však v tom, že výška jednotlivých platieb za tieto odborné úkony nie je pevne daná, ako je to vo väčšine okolitých štátov Európy, kde je zavedený systém DRG, t.z. platba za diagnózu, resp. jeho rôzne modifikácie, ale je na konkrétnom kontrakte medzi poisťovňou a poskytovateľom.

Navrhujeme preto dve možné alternatívy zmeny súčasného stavu modelu systému zdravotného poistenia a to *alt.1 zmeny na paternalistický systém ako „univerzálny národný systém poistenia“ formou platenia daní, alebo alt.2 zachovanie pluralitného systému zdravotného poistenia s viacerými zdravotnými poisťovňami na trhu, ale za predpokladu privatizácie štátnej zdravotnej poisťovni a následným vznikom zdravotnej poisťovne, ktorej akcionármi by boli poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.*

4.2 Kombinácia platenia daní a poistenia -alt.1

Základnou filozofiou terajšieho systému poistenia je výber a správa verejných zdrojov cez tretí subjekt, tzn. zdravotné poisťovne, t.j. pluralitný systém zdravotného poistenia. Na jednej strane je to platenie daní z príjmov fyzických osôb do štátneho rozpočtu na účty štátnej pokladnice vedené finančnou správou (FS SR), na strane druhej platenie zdravotného poistenia na účty štátnej pokladnice vedené zdravotnými poisťovňami a tretej strane sociálneho poistenia na účty štátnej pokladnice vedené sociálnou poisťovňou (SP). Tento pluralitný povinný systém zdravotného poistenia, v ktorom občanov poisťuje tretia strana, teda nie priamo štát, vychádza z modelu, ktorý zaviedol v zjednotenom Nemecku v 19.storočí vojvoda z Lauenburgu Otto Leopold von Bismarck (1815-1898). Jeho systém bol spojením sociálnej starostlivosti a zdravotného poistenia, ktorý pod rôznymi modifikáciami prevláda vo väčšine krajín Európy. Tento systém používajú štáty Nemecko, Belgicko, Francúzsko, Holandsko, Švajčiarsko, Česko, Luxembursko, Maďarsko, Poľsko, Japonsko a s stými úpravami v štátoch Latinskej Ameriky.

Základnou filozofiou unitárneho štátneho zdravotníctva podľa lorda Williama Beveridge (1879-1963), ktorý v roku 1942 predložil britskej vláde svoj návrh modelu národnej zdravotnej služby (tzv.Beveridgeova správa), na základe ktorej bol v roku 1948 zriadený Národný úrad pre zdravie (National Health Service), je financovanie z daní a ďalších priamych finančných príspevkov do štátnej pokladnice, ktoré prerozdeľuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti priamo štát, teda nie žiadna tretia strana-poisťovňa. Tento model vo výrazne modifikovanej podobe používajú okrem Veľkej Británie aj v Dánsku, Fínsku, Nórsku, Švédsku, Taliansku, Španielsku, Portugalsku, Írsku, Novom Zélande, Turecku a Honkongu.

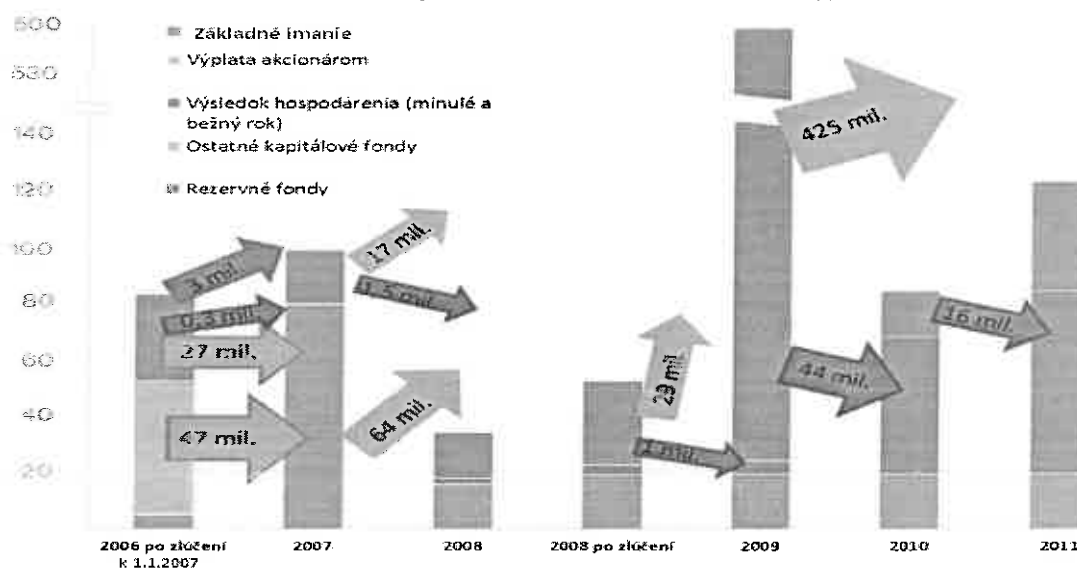
Filozofiou národného zdravotného systému používaného v Kanade, ktorý využíva služby súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za ktoré dostáva platby z vládou riadeného poisťovacieho programu. Občania neplatia poisťné, ale odvádzajú dane. Zdravotný systém má federálne usporiadanie a skladá sa z desiatich provinčných a troch teritoriálnych zdravotných systémov. Niektoré provincie sú rozdelené na „health regions“, na základe ktorých sa jednotlivé systémy odlišujú v štruktúre a správe. Federálna vláda prerozdeľuje financie jednotlivým provinciám a cez rozpočet tiež uplatňuje svoje právomoci. V tomto verejnom univerzálnom zdravotnom systéme má každá provincia zoznam výkonov (pretože systém DRG nie je zriadení), ktoré hradí zo zákonného poistenia, tie ktoré v zozname nie sú si hradí pacient sám. Cudzinci nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť nemajú.

Ak zoberieme do úvahy fakt, že systém výberu daní (legislatívne, technicky-keď jeho posledná inovácia v roku 2014 stála vyše100 mil. EUR a personálne) je u nás už vybudovaný na dobrej úrovni a na území Slovenska dobre regionálne alokovaný, bola by zmena vyplývajúca s jeho prechodu na unitárny systém viac menej len legislatívnou záležitosťou bez vyvolaných nových nákladov. Niektoré znaky napĺňa aj vízia programu Unitas – ktorí mal ambíciu zjednotiť výber daní, cla a odvodov jednou inštitúciou. (Konceptia, 2010)

Na druhej strane by došlo k úsporám na administratívnych nákladoch, vyplácaní zisku, vyplácanie renty z hlavnej činnosti zdravotných poisťovní. Ako príklad môžeme uviesť vyplatenie záväzkov akcionárom Dôvera ZP, a.s. v roku 2010 vo výške 125 mil. EUR a v roku 2011 vo výške 180 mil. EUR. Zdravotné poisťovne Dôvera ZP, a.s. a Union ZP, a.s. podľa údajov

MZ SR na svoju prevádzku v období rokov 2006 až 2011 použili 347,7 mil. EUR a vykázali zisk v celkovej výške 558,6 mil. EUR.

Obrázok 7-1 Zmeny vo vlastnom imaní poisťovne Dôvera (mil.EUR, bežne ceny)



Zdroj: IFP, Výročné správy Dôvera ZP, a.s.

Ďalej len za rok 2012 boli náklady vo výške 4,4% z celkových príjmov všetkých troch zdravotných poisťovní (155 mil. EUR) a náklady správnej réžii za rok 2012 vo výške 3,5% z celkových príjmov (128 mil. EUR). Napríklad na preukázateľne vykázané zisky zdravotných poisťovní za obdobie rokov 2008 až 2014 by zostalo v systéme zdravotníctva 594,36 mil.EUR, ktoré uvádzame v tabuľke 7-1. Podľa nášho názoru v slovenskom zdravotníctve najväčšie zdroje neefektívneho hospodárenia sú v zdravotných poisťovniach, u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hlavne pri ústavných zdravotných zariadeniach a v nekontrolovanej spotrebe liekov aj napriek čiastočným opatreniam referencovaním cien liekov a generickou preskripciou.

Tabuľka 7-1 Hospodársky výsledok ZP v mil.EUR

ROK	VŠZP	SPZ	DÔVERA	UNION	APOLLO	SPOLU
2008	0,30	0,989	16,24	-10,84	1,19	6,71
2009	-17,01	-10,78	469,45	-16,51	X	424,76
2010	-69,67	X	9,17	-2,26	x	-62,76
2011	5,71	X	39,28	9,00	X	53,99
2012	26,34	X	47,86	15,98	X	90,18
2013	15,50	X	46,40	6,60	X	68,70
2014	12,08	X	9,60	-8,90	X	12,78
SPOLU:		X			X	594,36

Zdroj: spracovanie autora, Výročné správy ZP 2008- 2014

Pri tejto navrhovanej alternatíve zmeny na paternalistický systém zdravotného poistenia teda s prvkami nadradenosti a zároveň ochrany, na univerzálny národný systém poistenia si občan

bude odvádzať jednotnú daň štátu. Štát zdefiniuje zoznam základných skupín diagnostických výkonov a služieb, na ktoré má pacient nárok, aby mu ich poskytovateľ bezplatne poskytol.

Ostatné výkony zdravotnej starostlivosti, ako aj služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti si pacient bude hradiť sám, alebo z pripoistenia v komerčnej poisťovni. Terajším dvom zdravotným poisťovňam ostane možnosť súkromného zdravotného poistenia, pripoistenia rizík, vytvorenie poisťovacích plánov a pod.

4.3 Nemocničná zdravotná poisťovňa-alt.2

Možnosti, ako dokázať zmeniť zdá sa „zabetónovaný systém poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti“ v rezorte zdravotníctva na Slovensku, ktorý zapustil hlboké korene na začiatku 21.storočia s podporou vládnucich politikou, sa nám ponúkajú nasledovné reálne zmeny, bez vyvlastňovania súkromného majetku, za predpokladu naplnenia legislatívnych zmien zabezpečujúcich okrem iného zabezpečenie a implementácia do praxe elektronického zdravotníctva, zavedenie platieb za diagnózu a iných podporných opatrení.

V prípade, že nepresadíme alt.1 nášho odporúčania popísanú v oddiele 7.3.1, jedinou reálnou možnosťou pri zachovaní pluralitného systému zdravotného poistenia s viacerými zdravotnými poisťovňami na trhu, je privatizácia štátnej zdravotnej poisťovne a vznik zdravotnej poisťovne, ktorej akcionári budú samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (nemocnice, ambulantní lekári prvého kontaktu, špecialisti a pod.) s cieľom vytvoriť tak rovnováhu a konkurenčné prostredie terajšiemu spôsobu zdravotného systému a „manažmentu pacienta“ na Slovensku.

RESUMÉ

Občania SR napriek garantovanej bezplatnej zdravotnej starostlivosti podľa čl.40 Ústavy SR nie sú informovaný a ani sa mimoriadne oto nezaúčimajú čoho sa konkrétne týka bezplatná zdravotná starostlivosť, určená na základe zdravotného poistenia, pritom sú povinní zo zákona si plniť odvodovú povinnosť na verejné zdravotné poistenie. Občania sa prakticky nezaučimajú o výšku nákladov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a efektívnosti čerpania jednotlivých výkonov za poskytovanú zdravotnú starostlivosť a následne ani nerozhodujú o výške a platbách za výkony poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Za jednu z príčin nekonečne narastajúcich výdavkov v systéme zdravotníctva môžeme pokladať aj z dôvodu ľahostajného prístupu občanov k svojmu zdravotnému stavu, ignorovanie prevencie a taktiež liečebných postupov, ktorý má za následok nárast výskytu civilizačných ochorení a chorôb ako aj ďalších problémov súvisiacich s nezdravým životným štýlom.

Dôležité je akcentovať na aktívnu spolu účasť občana, pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti aj s pohľadu neustále sa meniacej legislatívy, nejasnej dlhodobej vízie smerovania slovenského zdravotníctva, prebiehajúcej transformácie zdravotníctva, jej komercionalizácie, vývoja a poznania, inovácií a trendov. Poisťovňa ako platca za poskytovanú zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s ňou, sa rozhoduje koľko, kedy a komu zaplatí podľa možností svojho rozpočtu a na základe uzatvorených zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti za svojho poistenca - pacienta. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť všetkým občanom – pacientom v rozsahu a na základe vydaného rozhodnutia (v prípade všeobecných nemocníc, všeobecných ambulancií pre deti, dorast a dospelých, špecializovaných ambulancií je to príslušný samosprávny kraj, v prípade fakultných a univerzitných nemocníc a zložiek záchranej zdravotnej služby je to MZ SR) v daných špecializačných odboroch a za podmienok zmluvne dohodnutých so zdravotnými poisťovňami. V tomto kruhu bezprostredne súvisiacich jednotlivých subjektov t.j. štát-občan-poisťovňa-poskytovateľ chceme upriamiť pozornosť odbornej, ale i laickej verejnosti na pretrvávajúci neistý právny stav zdravotníckych zariadení a vytvorenie si akýchysi „pravidiel fungovania zdravotného systému po slovensky“.

V období rokov 1990 až 2019 sme mohli všetky zariadenia transformovať v zmysle platnej legislatívy v SR a Európskej únie. Transformácia zdravotníckeho systému v SR od roku 1990 ponúkala niekoľko príležitostí na jej komplexné uskutočnenie. Oddiaľovanie procesu celý systém len predražuje, udržuje ho v neefektívnosti, podporuje korupčné prostredie, vyvoláva apatiu vo vnútri systému, ale aj voči príjemcom služieb t.j. pacientom. Ak by sme vedeli exaktne dokázať, že asi 800 mil. EUR až 1 mld. EUR ročne odíde zo systému zdravotníctva „nevedno kam“, tak za posledných takmer 30 rokov by sa pri zachovaní týchto zdrojov v systéme napr. dala postaviť moderná centrálna univerzitná nemocnica s hlavnou výučbovou základňou pre SR a sedem moderných regionálnych fakultných nemocníc.

Zdroje zo štrukturálnych fondov sa potom mohli využiť na modernizáciu stávajúcich resp. výstavbu regionálnych všeobecných nemocníc. Všetky snahy oddĺžovania okrem projektu Veriteľ,a.s. v roku 2004 neboli systémové a všetky oddĺženia nevyriešili očakávané ciele, boli diskriminačné a politicky motivované. Za tieto roky sa narušila hierarchia, pravidlá, princípy a spôsoby usporiadania, dochádza k „syndrómu vyhorenia“ u zdravotníckych pracovníkov, ale čo je ešte horšie, dochádza k odlivu týchto odborných zdravotníckych pracovníkov, ktorých

nahradiť v budúcnosti bude zložitú. Jednoznačným argumentom sú klesajúce stavy lekárov (a v tomto momente vôbec neriešime vysoký vek v niektorých špecializáciách) a každoročne klesajúce stavy zdravotných sestier a pôrodných asistentiek.

Vzhľadom na rozsah a závažnosť problematiky, akou bez sporu zdravotníctvo je, nie je možné vylúčiť hľadanie riešení všetkých ďalších problémových okruhov v tomto rezorte. Je nevyhnutne potrebné komplexne riešiť efektívne využívanie zdrojov v zdravotníctve, personálnu politiku a erudíciu, systém celoživotného vzdelávania, predpoklad vývoja a stavu lekárov podľa veku, regiónov, špecializácií, optimalizáciu lôžkového fondu a jeho reálneho využitia, stanovenie a definovanie minimálnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a ostatných poskytovateľov, definovanie základného balíka nároku občana na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, zavedenie elektronizácie zdravotníctva a platby za diagnózu, stanovenie základnej sadzby, postavenie a úlohy zainteresovaných inštitúcií a pod. Vláda SR, bezpodmienečne pred rozhodnutím, ako budú transformované všetky príspevkové organizácie v rezorte (napr. aj SZU Bratislava) musí nájsť zdroje na oddĺženie zdravotníckych zariadení. Vôbec nie je podstatné, ako sa do budúca nazveme jednotlivé riešenia resp. návrhy, či to bude „optimalizácia“ alebo „reprofilizácia“ či najnovšie „stratifikácia“, podstatné je aby spoločnosť - občan - pacient vnímal systém ako nekorumpovateľný, efektívny, transparentný, odborne spoľahlivý, spravodlivý, dostupný, zabezpečený ale hlavne dlhodobo udržateľný.

Je nevyhnutne potrebné nájsť vhodnú formu právnej subjektivity zdravotníckeho zariadenia, z daných možností vyplýva pre univerzitné a fakultné nemocnice jednoznačne jediná možná varianta a tou je akciová spoločnosť so 100% účasťou štátu. Pre ostatné ústavne zdravotnícke zariadenia, je na zriaďovateľoch, akú formu právnej subjektivity si vyberú. Pre verejnú samosprávu to môže byť jedna s foriém podľa obchodného zákonníka teda akciová spoločnosť, alebo spoločnosť s ručením obmedzeným. Nezisková organizácia je tiež vhodná forma aj napriek mäkkším pravidlám, záleží však na tom, kto, za akých podmienok a pri akej štruktúre pri zakladaní tohto druhu organizácie do nej vstupuje.

Tak ako sme sa snažili zachovať väzbu teoretickej a empirickej časti, je potrebné aj samotný výskum považovať za kontinuálny proces konfrontácie reality a praxe. V snahe eliminovať nebezpečenstvá, ktoré z neho vyplývajú, sme nútení konštatovať a prijať všeobecne platný záver, že ideálny model právnej subjektivity samozrejme neexistuje. Objektívne ho ovplyvňuje predovšetkým legislatívny rámec, veľkosť nemocnice, jej umiestnenie, spádová oblasť, demografická a ekonomická štruktúra pacientov. Súčasne tak ako aj subjektívne, sme obmedzení mierou informovanosti, spoločenskou kultúrou a myslením.

Máme za to, že nie je potrebné byť prognostikom, aby sme prijali záver, že stav, v akom sa súčasná slovenská spoločnosť nachádza, podporuje v prípade dnešných štátnych nemocníc model priamo štátom riadenej nemocnice, ktorá zabezpečí chod ústavnej starostlivosti. Ide o model pragmatický, postsocialistický, realistický a konzervatívny. Pritom sme si vedomí, že aj nemocnica ako akciová spoločnosť, ktorá je omnoho konštruktívnejšia a modernejšia, je stále len štátnou nemocnicou. Tak ako právna forma nie je viazaná na vlastníctvo, aj v prípade štátnej akciovej spoločnosti sa mení len jej organizačné usporiadanie a právne postavenie. V našom prípade -Počet obyvateľov v spádovej oblasti ZZ - UN, FN, ÚSTAVY a ŠN, by zostávali vo vlastníctve štátu ako akciové spoločnosti, vytvoril by sa priestor na súkromný sektor pre ostatné všeobecné zdravotnícke zariadenia a špecializované zdravotnícke zariadenia so

zameraním na jednu prípadne viac odborných zdravotníckych špecializácii ako regionálne zariadenia.

Z pohľadu vytvárania dlhov, hlavne možnosti exaktne to dokázať zo zoznamu dlžníkov Sociálnej poisťovne v nadväznosti na právnu subjektivitu sa jednoznačne potvrdil fakt, že problematických je pritom len niekoľko zariadení, ktoré sú v správe štátu, resp. vyššieho územného celku. *Na mieste je teda otázka, ak to dokážu iné, prečo nie aj tieto nemocnice?* Väčšina ostatných, štátnych a súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, má svoje pohľadávky voči Sociálnej poisťovni vyrovnané. *Nie je teda pravda, že „sa nedá“ hospodáriť tak, aby sa nemocnica nezadlžovala.*

Tolerovanie zadlžovania zo strany Sociálnej poisťovne, Vlády SR, Generálnej prokuratúry SR a iných dotknutých orgánov, vyvoláva nerovnaké podmienky na trhu. V tomto kontexte si musíme uvedomiť existenciu trestného zákona, ktorý v ustanoveniach tretieho dielu definuje trestný čin skrátenia dane a poistného §276 a v §277 neodvedenie dane a poistného a v §278 nezaplatenie dane a poistného. Konkurovať mzdovými možnosťami, prípadne inými podmienkami, ak voči vám stojí konkurent, ktorý si môže dovoliť neplatiť prakticky všetko, je nemožné. *Ak štát túto neférovosť toleruje, kriví tým motivácie v rezorte, ale aj v celom hospodárstve a diskriminuje jednotlivé subjekty.* Vytvárajú sa nepísané pravidlá, kde ostatní poskytovatelia služieb a pod. musia platiť odvody, ak nie, tak sú okamžite postihovaní. Na tomto mieste neobstojí výhovorka, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti je vo verejnom záujme a nie sú zdroje na platenie odvodov, pretože v tejto súvislosti dodanie služieb a tovarov pre zdravotnícke zariadenia (energie, lieky, špecializovaný zdravotnícky materiál, potraviny, prístroje, rôzne služby remeselníkov a živnostníkov atď.) potom by aj dodávatelia týchto služieb mali tvrdiť, že tiež robia vo verejnom záujme a dodávajú služby a tovary pre zdravotnícke zariadenia a teda tiež nemajú dosť zdrojov, aby mohli platiť odvody. Mäkkosť a zakrývanie si očí vyššie spomínaných inštitúcií, voči týmto nezodpovedne sa správajúcim manažmentom týchto nemocníc, robí sociálnemu systému i zdravotníctvu medvediu službu. Oberá dôchodkové fondy o peniaze a podporuje nezodpovednosť v zdravotníctve a v celom hospodárstve.

Nami navrhovanou zásadnou zmenou celej koncepcie terajšieho spôsobu výberu odvodových povinností občanov na povinnosť platenia formou daní si vypočujeme mnoho proti argumentov. Nezodpovedanou otázkou však ostáva, či sa vôbec nájde politik, pretože to musí byť politické rozhodnutie, ktorý bude mať odvahu, dostatok vôle, sily a hlavne charakter presadiť túto zásadnú zmenu v systéme zdravotného a sociálneho poistenia.

Dovolíme si tvrdiť, že slovenské zdravotníctvo napriek začatým a nedokončeným reformám na začiatku tohto storočia už niekoľko rokov stagnuje, je bez reálnej dlhodobej vízie. Bez zmien, ktoré navrhujeme, akýkoľvek nárast zdrojov do zdravotníctva bude nesystémový, pretože tieto zdroje sa rozplynú v „čiernej diere“, ako už niekoľkokrát predtým.

Predpokladáme, že každého dotknutého občana je očakávaním, že budeme mať moderné zdravotníctvo s erudovaným, milým, teda relatívne spokojným personálom, ktorí na svojich pracoviskách bude dosahovať lepšie výsledky za účelom zlepšenia hlavných ukazovateľov verejného zdravia. *Preto sme presvedčený, že kozmetické úpravy už nepomôžu, ale pre slovenské zdravotníctvo je potrebné urobiť zásadné systémové zmeny a okamžité opatrenia.*