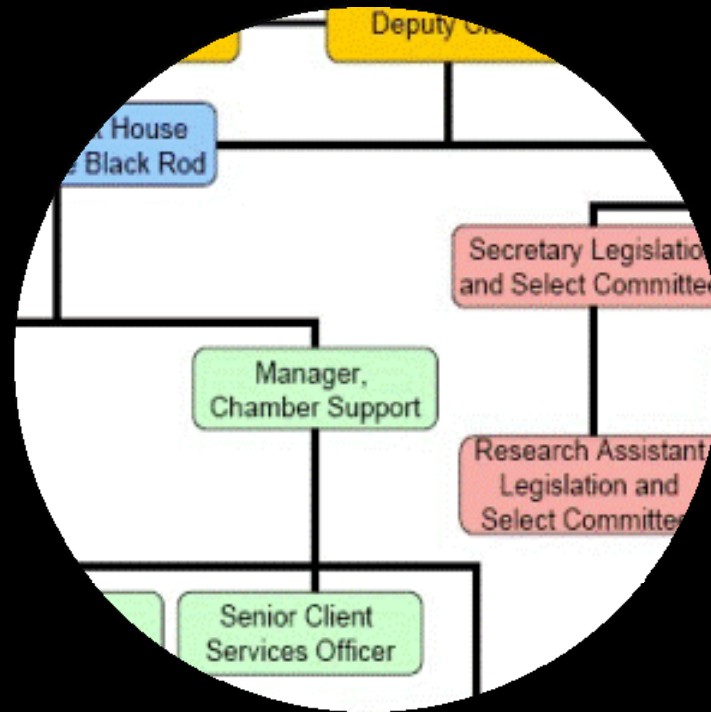


ZDRAVOTNÍCTVO VÚC včera, dnes a kríza

Tomáš Szalay



Obsah

- História
 - Objavenie Ameriky
 - Korene dnešných problémov
- Súčasnosť
- Dopady krízy
- Výzva: dostupnosť

Trochu z histórie



Prečo Kolumbus objavil Ameriku?



Európa:

decentralizovaná

Čína:

centralizovaná

Prečo Kolumbus objavil Ameriku?



Vojvoda z Anjou



Kráľ Portugalska



Vojvoda z Mediny-Sidonie



Vojvoda z Medinaceli

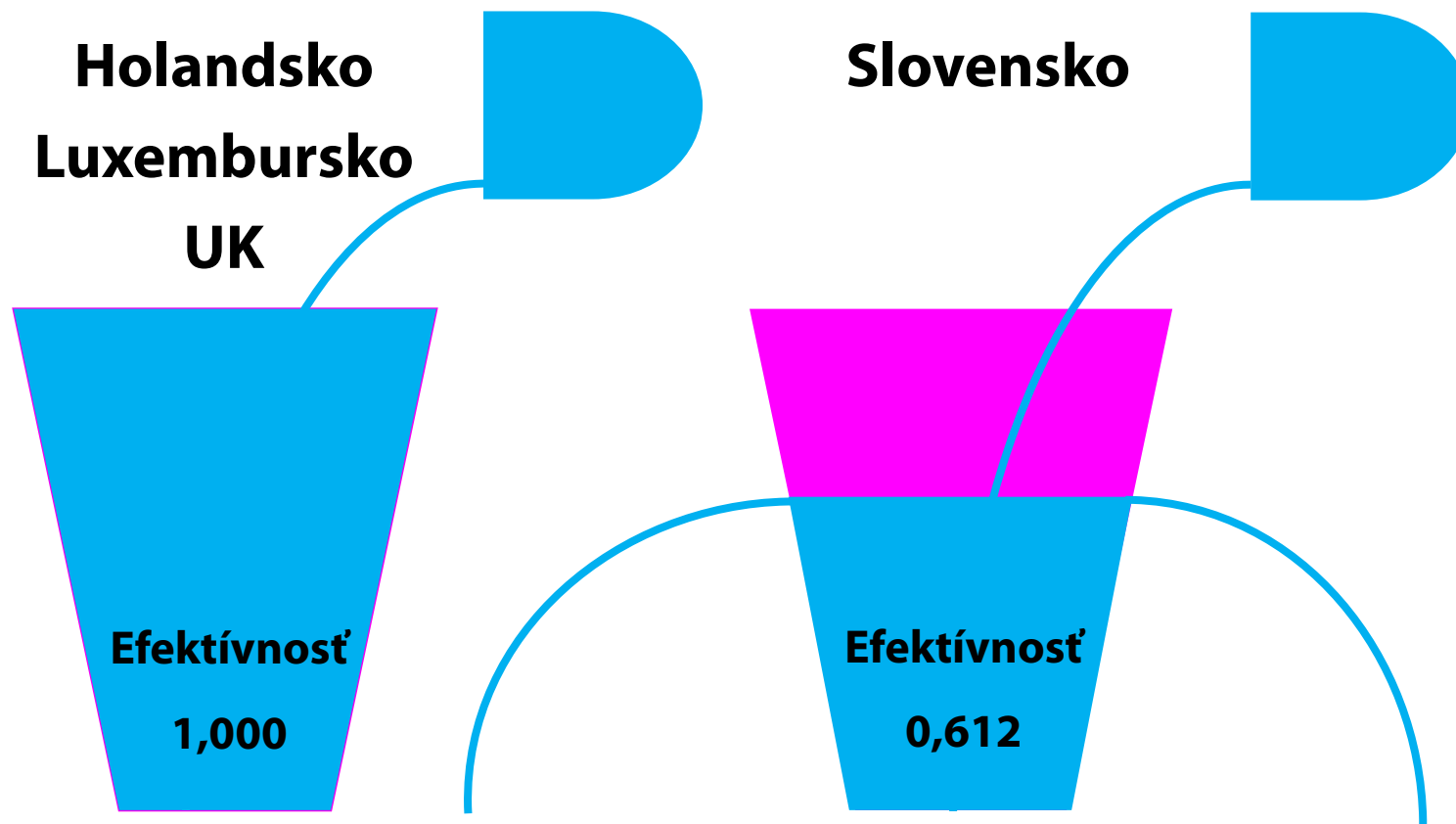


Kráľovná a kráľ Španielska

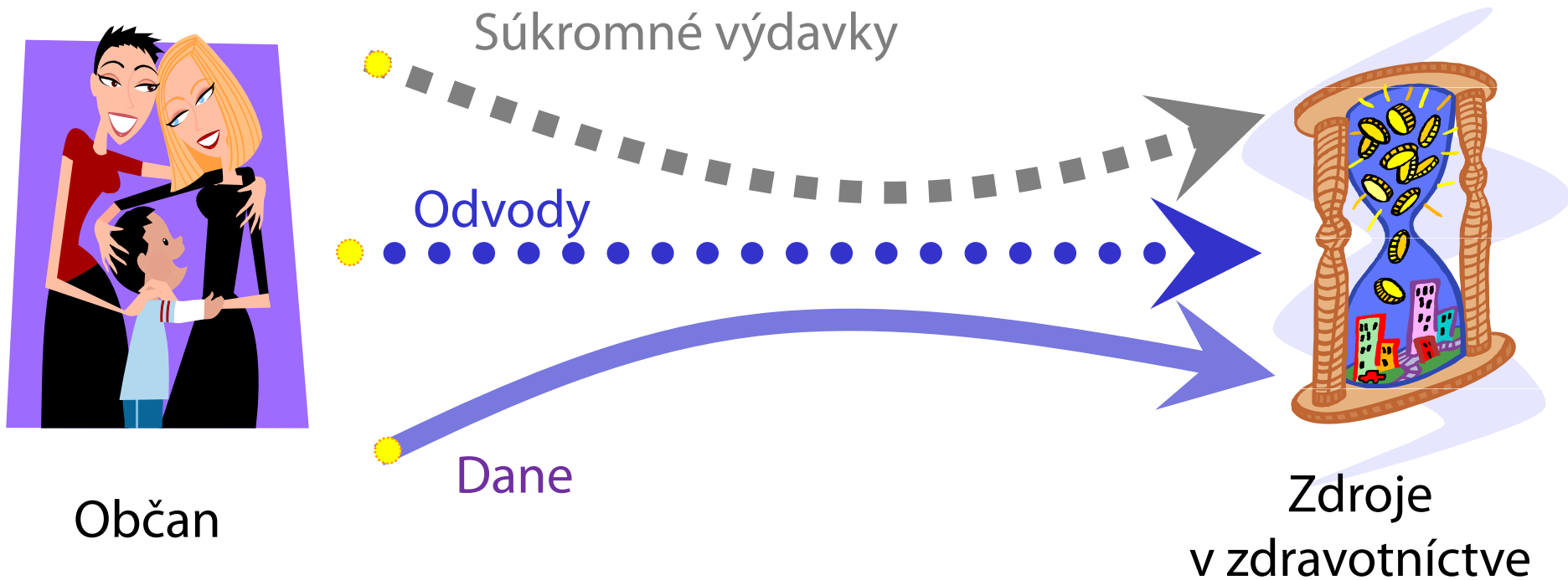
Korene dnešných problémov

- 70-80te roky: „*viac zdravotníctva = viac zdravia*“
- prísľub neohraničenej bezplatnosti nekrytý zdrojmi
- privatizácia ambulantnej starostlivosti od druhej polovice 90tych rokov
- indukovaná preskripcia
- politická nepriechodnosť optimalizácie siete
- paralyzované riadenie, neefektívny dohľad, inštitucionálne medzery,...

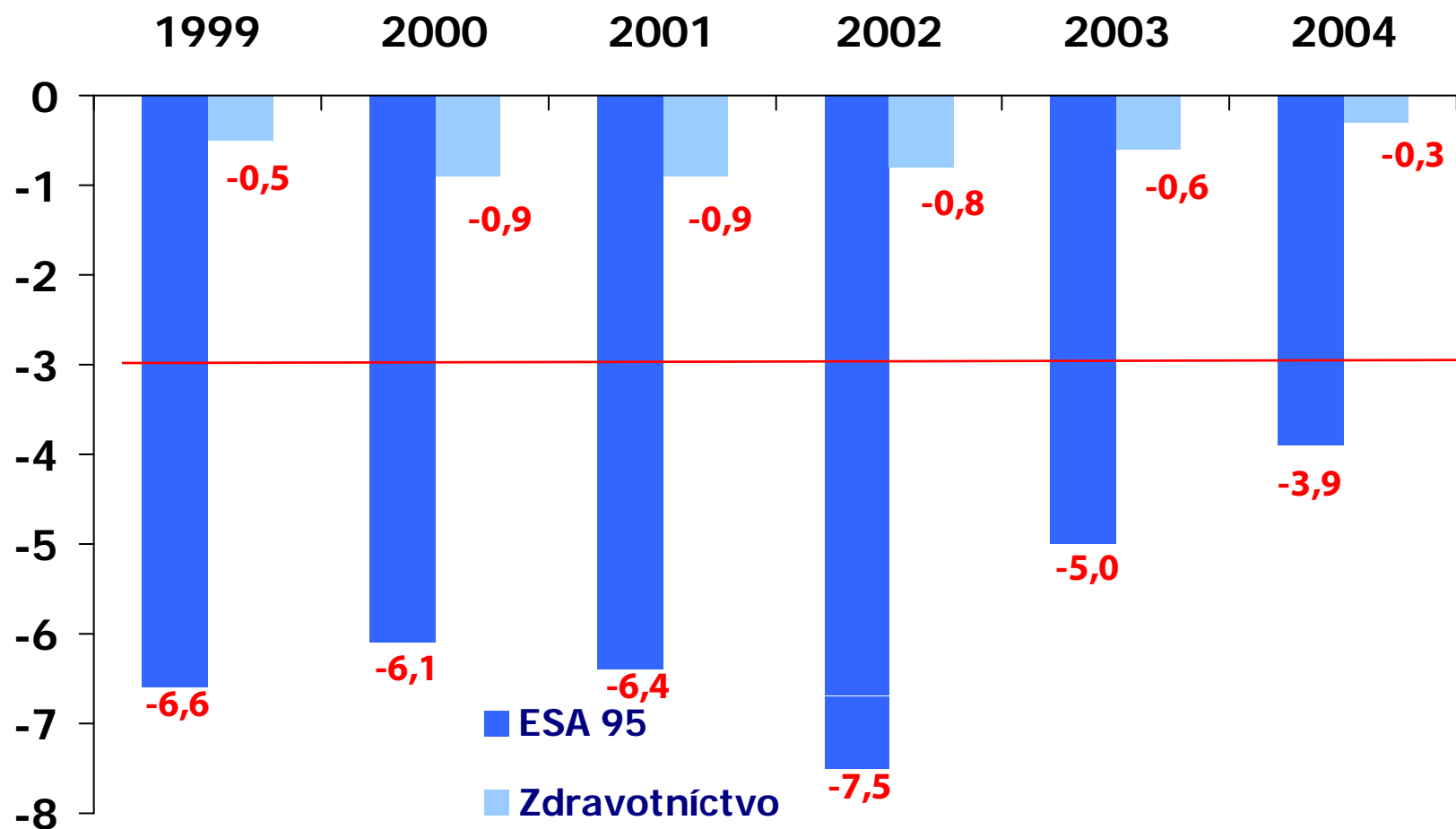
Efektívnosť zdravotníctva



Financovanie zdravotníctva



Deficit verejných financií ako % z HDP



**„Máme šťastie, že
diera je na
opačnej strane...“**



- Národy najmenej vybavené na efektívne fungovanie verejného sektora majú aj najmenej schopností primäť súkromný sektor na dosahovanie verejných cieľov.

(Hsiao, 2007)

Politické aspekty

- Politické aspekty
 - nespokojnosť občanov s nekvalitnými službami môže podporovať zmeny, ktoré inak politici či dotknutí zdravotníci/odborári odmietajú
 - zmeny vyvolávajú opozíciu tých, ktorí stratia funkcie a zdroje

Výhody decentralizácie (teória)

- ako zlepšiť zodpovednosť a výkonnosť bez privatizácie?
- centralizované systémy
 - nevedia efektívne dohliadať na lokálne doručovanie služieb
 - nespokojní občania majú priveľa byrokratických prekážok na vypočutie svojich sťažností
- lokálna kontrola zlepší dodávanie služieb (problémy budú viditeľnejšie a adresnejšie, preto menej akceptovateľné)
- niekto zodpovedný na príjem sťažností a s dôvodom na ne reagovať (volebný úspech)
- ...a to všetko povedie k nižším nákladom a lepšej kvalite

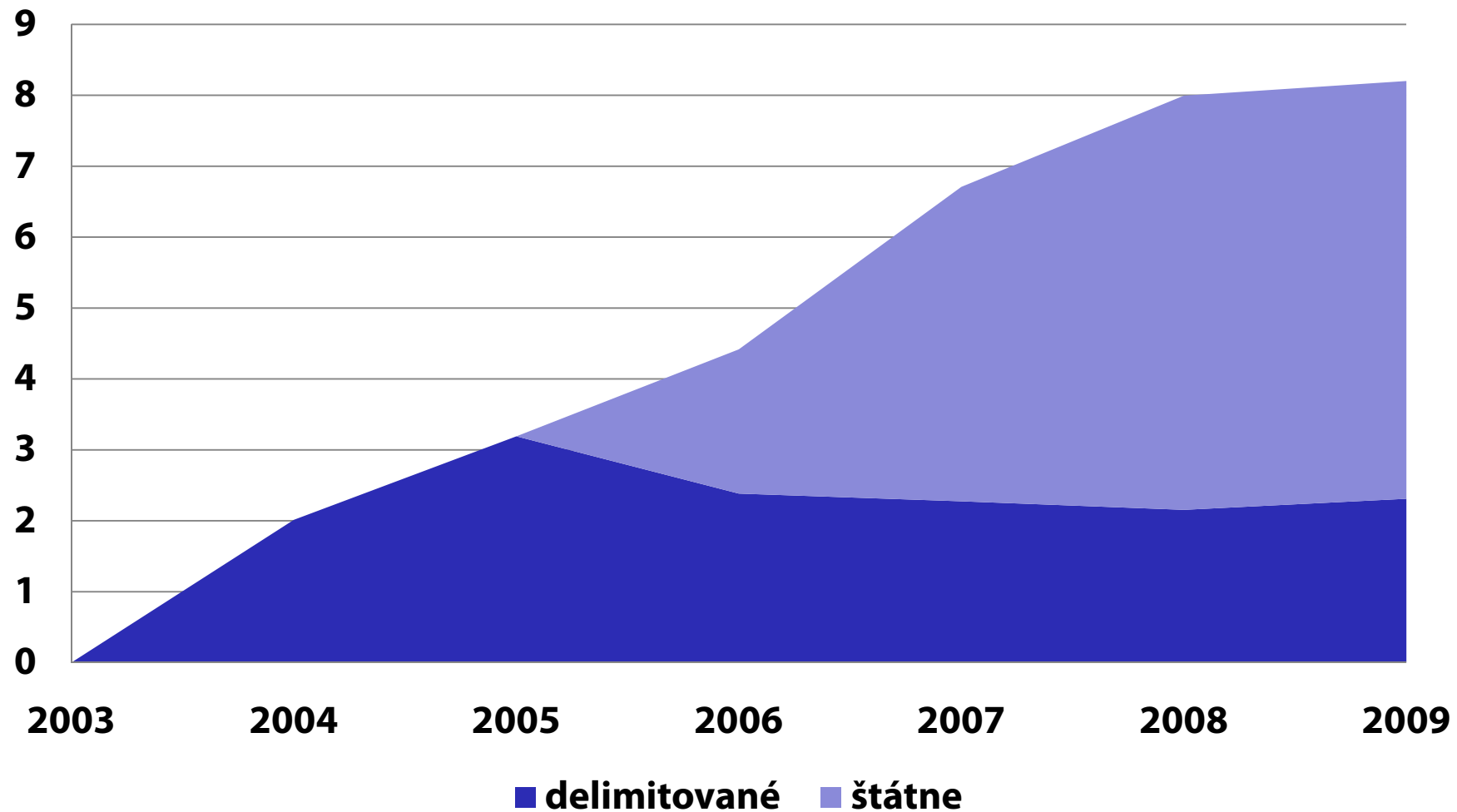
Delimitácia od 1. 1. 2003

- zákon č. 118/2002 Z. z. (novela zákona o zdravotnej starostlivosti)
 - nemocnice I. typu > obec
 - nemocnice II. typu a polikliniky > VÚC
- Oddĺženie (Veriteľ) k 31. 12. 2002
- „*Problém niekoho iného*“ (Douglas Adams)

Bezprostredný dôsledok



Vývoj dlhu (v mld. Sk)



Opatrenia

- transformácia na obchodné spoločnosti (a.s., s.r.o.)
- transformácia na neziskové organizácie – privatizácia de facto
- dlhodobý prenájom
- reštrukturalizácia

Transformácia na a. s.

1. Ekonomický tlak, hrozba konkurzu, pominú mäkké rozpočtové obmedzenia (zmizne nesystémové oddĺženie)
2. Rovnosť šanci pre všetkých (štátne a neštátne)
3. Štandardné účtovníctvo + povinnosť externého auditu
4. Jasné vzťahy medzi vlastníkom a manažmentom
5. Možnosť ovplyvňovať vstupy (manažment ľudských zdrojov, finančný manažment, manažment aktív a pasív)
6. Vystavenie trhovej konkurencii - musia sa viac orientovať na kvalitu služieb a na zákazníka
7. Zvýšenie kvality a bezpečnosti pre pacienta - poskytovatelia budú viac zodpovední - aj žalovateľní pred sudom a pod.
8. Odmeňovanie podľa výkonu a výkonnosti

- keď dôjde k decentralizácii, mení sa úloha centrálnej vlády:
 - namiesto kontrolovania musí radiť
 - namiesto prikazovania musí trénovať
 - mala by presunúť regulačné a stimulačné nástroje
 - pri rôznej úrovni lokálnych podmienok (technická kompetentnosť) môže byť rôzna úroveň delegovaných kompetencií

Regulácia



Regulácia



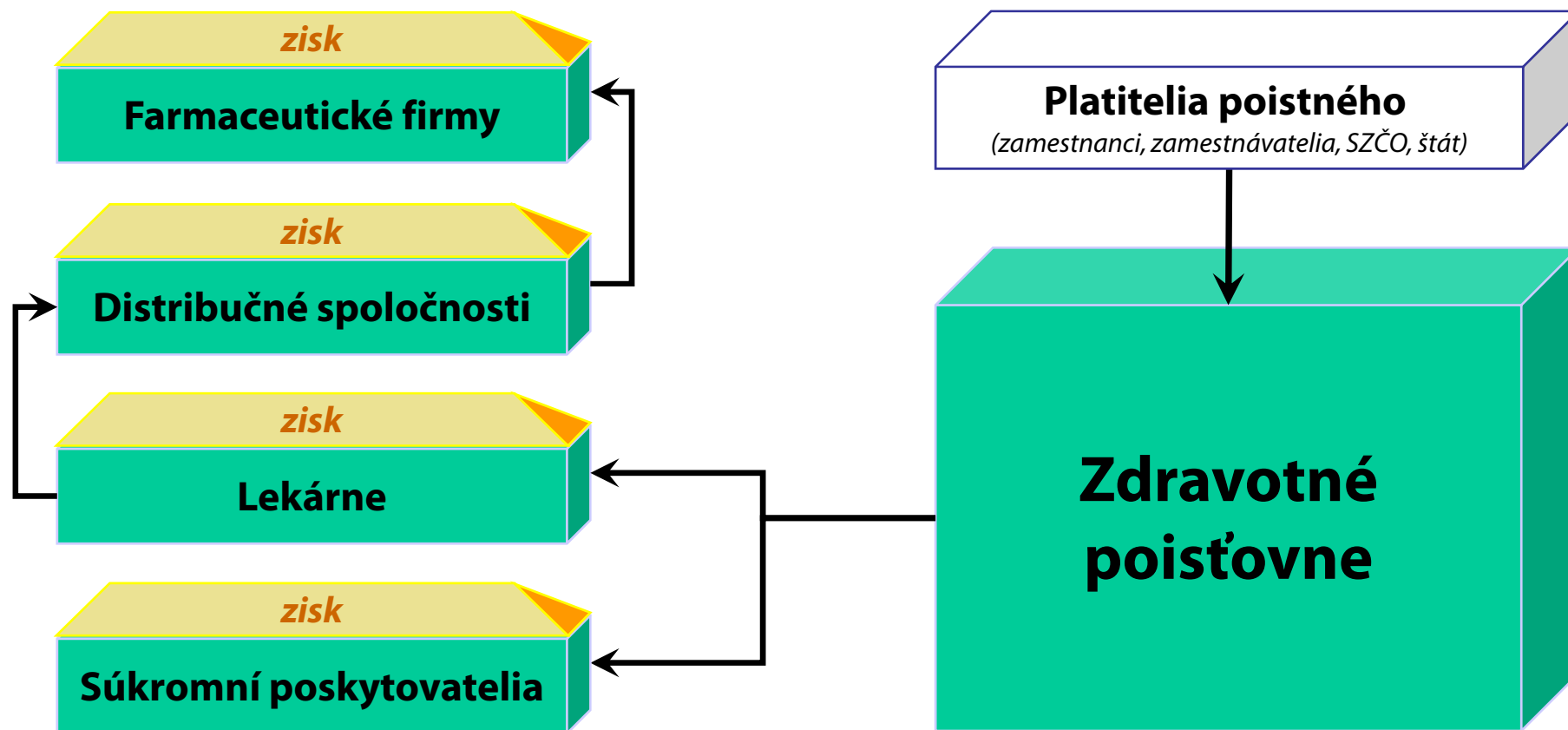
Regulácia



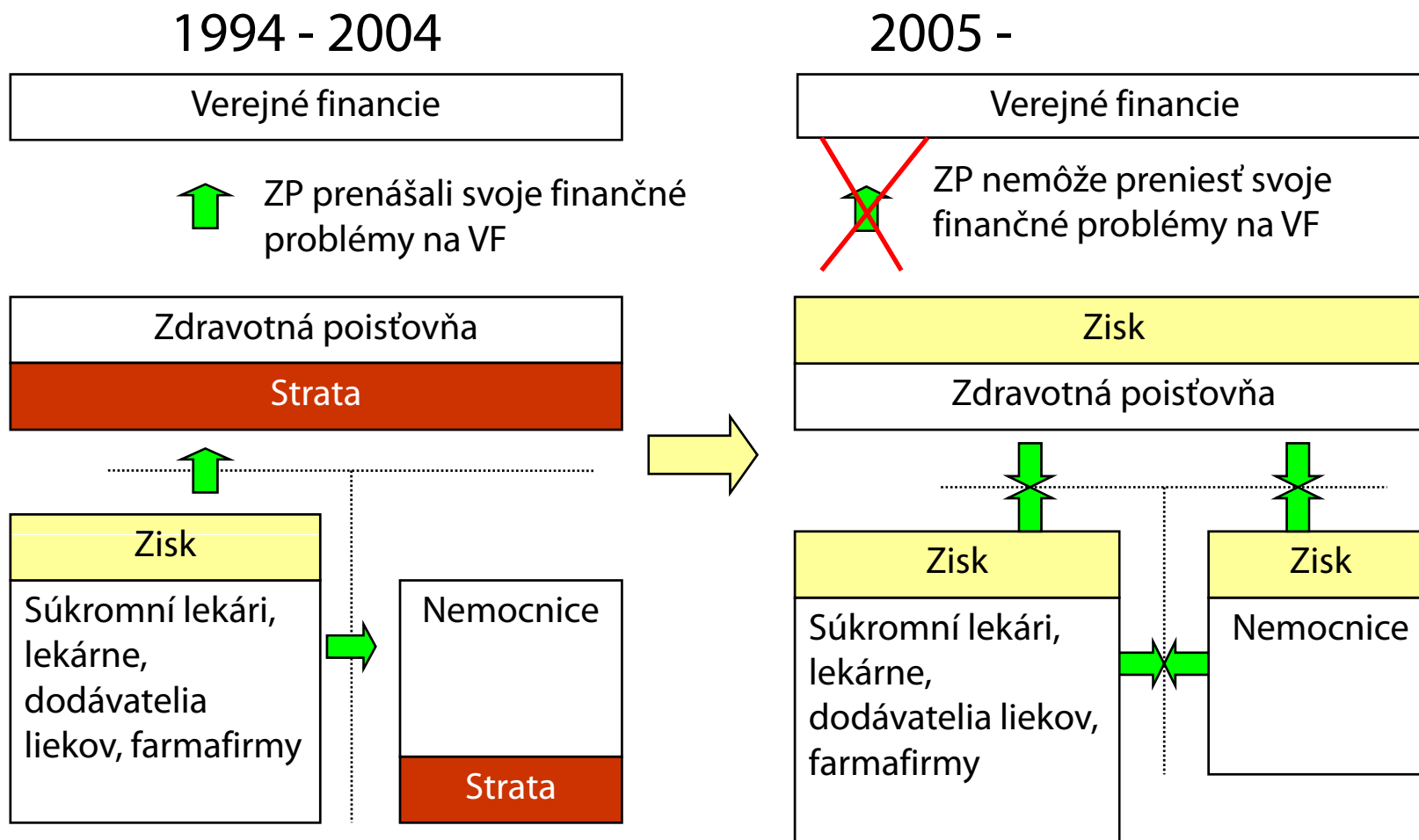
Regulácia



Zisk v zdravotníctve dosahujú všetky zúčastnené subjekty



Reforma 2004: Vyrovnanie motivácií



Kompetencie VÚC na úseku zdravotníctva

- **vydáva povolenia** na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení,
- **metodicky riadi** zdravotnícke zariadenia vo svojej pôsobnosti,
- vedie prehľad existujúcich štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadení,
- **spolupracuje** s ministerstvom zdravotníctva a príslušnými stavovskými organizáciami,
- **zriaďuje etické komisie** na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti,
- **určuje poskytovateľa** osobe pri odmietnutí jej návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- **preberá** do úschovy a zabezpečuje odovzdanie **zdravotnej dokumentácie** inému poskytovateľovi,

Kompetencie VÚC na úseku zdravotníctva

- **vykonáva dozor** nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,
- sestra samosprávneho kraja plní úlohy na úseku zdravotníctva vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie,
- **rieši podnety** a sťažnosti súvisiace s poskytovaním zdr. starostlivosti
- **vypracúva návrhy, koncepcie rozvoja priorít** zdravotnej starostlivosti v rámci svojej pôsobnosti,
- **vydáva záväzné opatrenia na odstránenie nedostatkov** zistených pri výkone dozoru a ukladá pokuty za porušenie povinností ustanovených zákonmi a osobitnými predpismi upravujúcimi výkon zdravotníckeho povolania,
- **vydáva povolenia** na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejných lekárňach, ich pobočkách a výdajniach zdravotníckych pomôcok.

Bezprostredný dôsledok



Súčasnosť: organizačná štruktúra

- Úrad VÚC
- Odbor zdravotníctva
 - niekedy len oddelenie alebo referát
 - v rôznych krajoch rôzny názov (OZHF vs OSVZ vs OZ)
- Lekár VÚC
 - nie vždy šéf odboru/oddelenia/referátu
- Farmaceut VÚC
- Zdravotnícka komisia zastupiteľstva

Aktéri

- štát
- nadregionálni hráči
 - o.i. Penta, J&T, Unipharma, Citypharma, AGEL SK
- lokálni hráči
 - politicko-podnikateľské zázemie, dodávatelia (laboratóriá, distribučné spoločnosti,...)
- občania (?)

Koncepcia?

- Absencia dlhodobej koncepcie
- Chýba vízia, ako i vedomie je potreby
- Chýbajú kapacity na jej tvorbu
- Chýbajú osobnosti na jej presadenie
- Iniciatívu optimalizovať činnosti má motivovaný vlastník
 - príklad: Žiar nad Hronom – Banská Štiavnica
 - snahu vidno aj v žilinskom VÚC
- Pragmatizmus: síce rovnaké motivácie ako na makre, ale bezprostrednejšie dopady rozhodnutí

Koordinácia?

- Nejestvuje
- ÚDZS organizuje stretnutia s VÚC a ZP, ale...
- Príbeh redukcie lôžok (2006/2007)
- Výsledok: minimálna sieť zvyhodňujúca štátne zariadenia

Dostupnosť informácií – weby VÚC

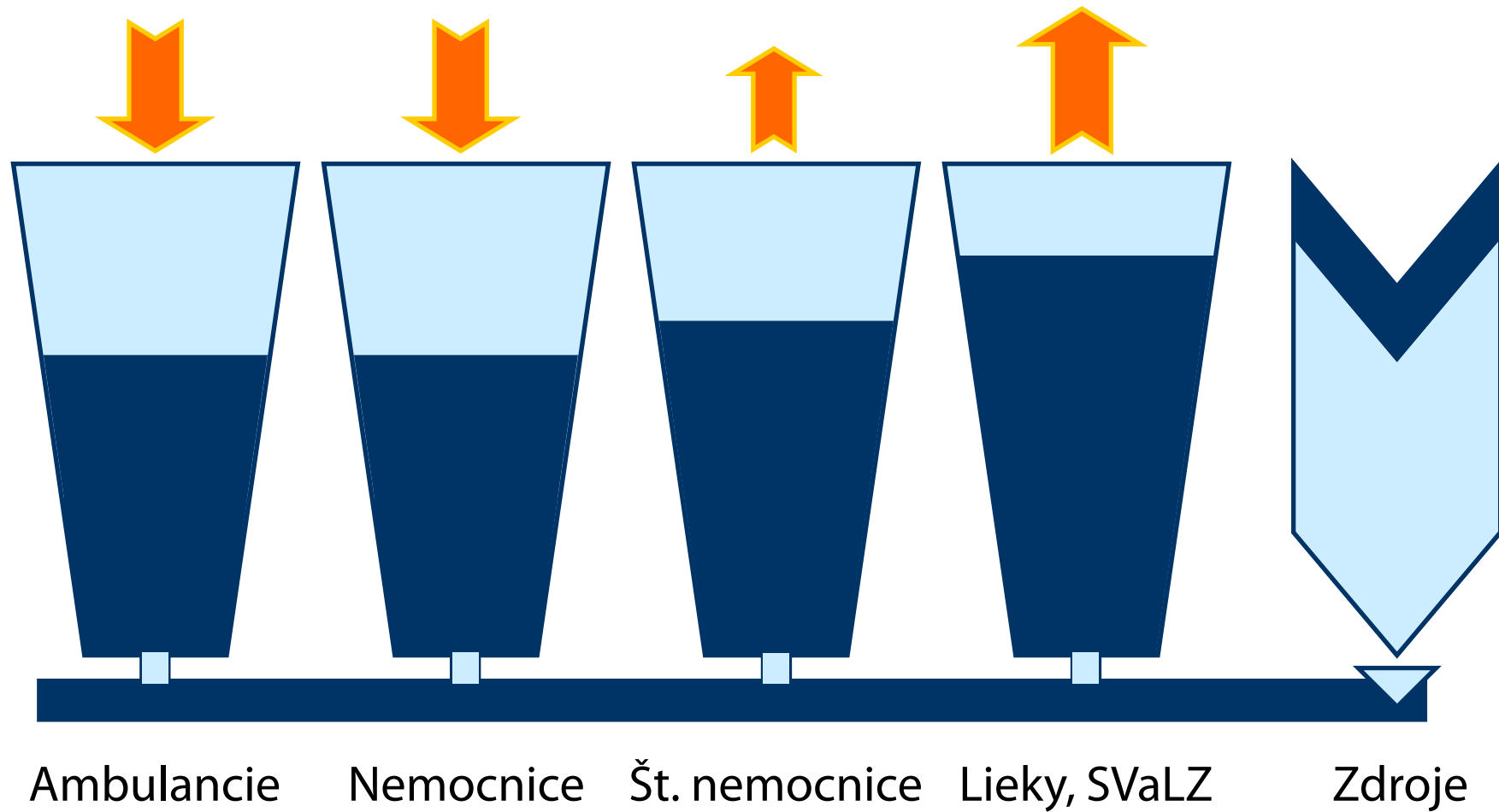
- grafika
- navigácia
- rozsah sprístupňovaných informácií

- absencia koncepčných materiálov

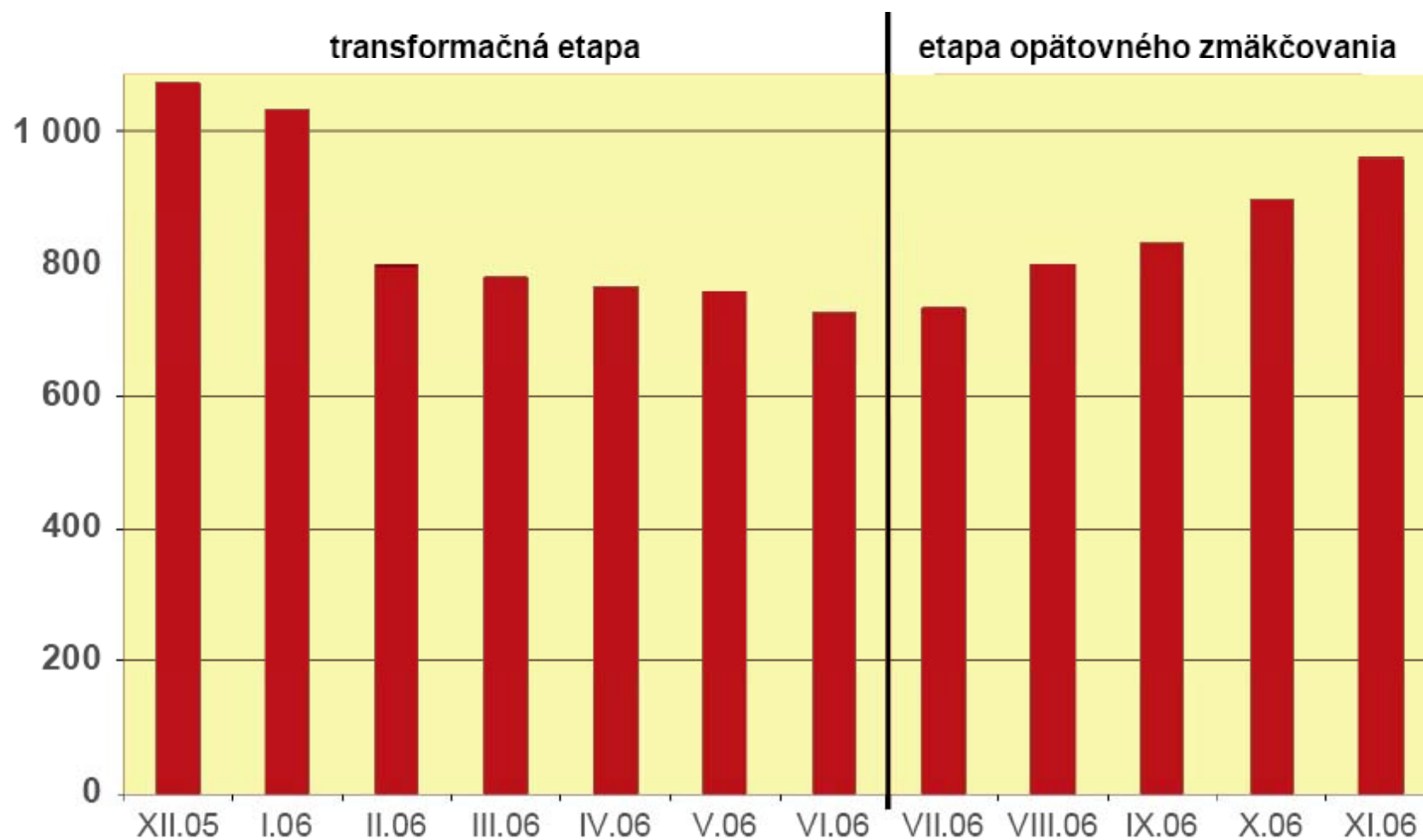
Weby: Zaujímavosti

- BA: kompetencie sú v „telefónnom zozname“ predpisov
- BB: zmätená navigácia; majú uvedené kompetencie každého zamestnanca
- PO: od januára nový web, s muškami – časť stránok nefunguje, zápisnice zo zasadania Komisie len na starom webe, chýba zoznam poskytovateľov
- TN: prehľadný a pekný web (kontextová filozofia navigácie), feedbackový formulár (návrhy na zlepšenie). Konceptia: schválená 13.12.2006 o 11:12 uznesením č.142/2006 ;)
- TT: neprehľadný – kde hľadať zdravotníctvo?
- ZA: jediní majú koncepciu na webe! (žiaľ z roku 2004...)

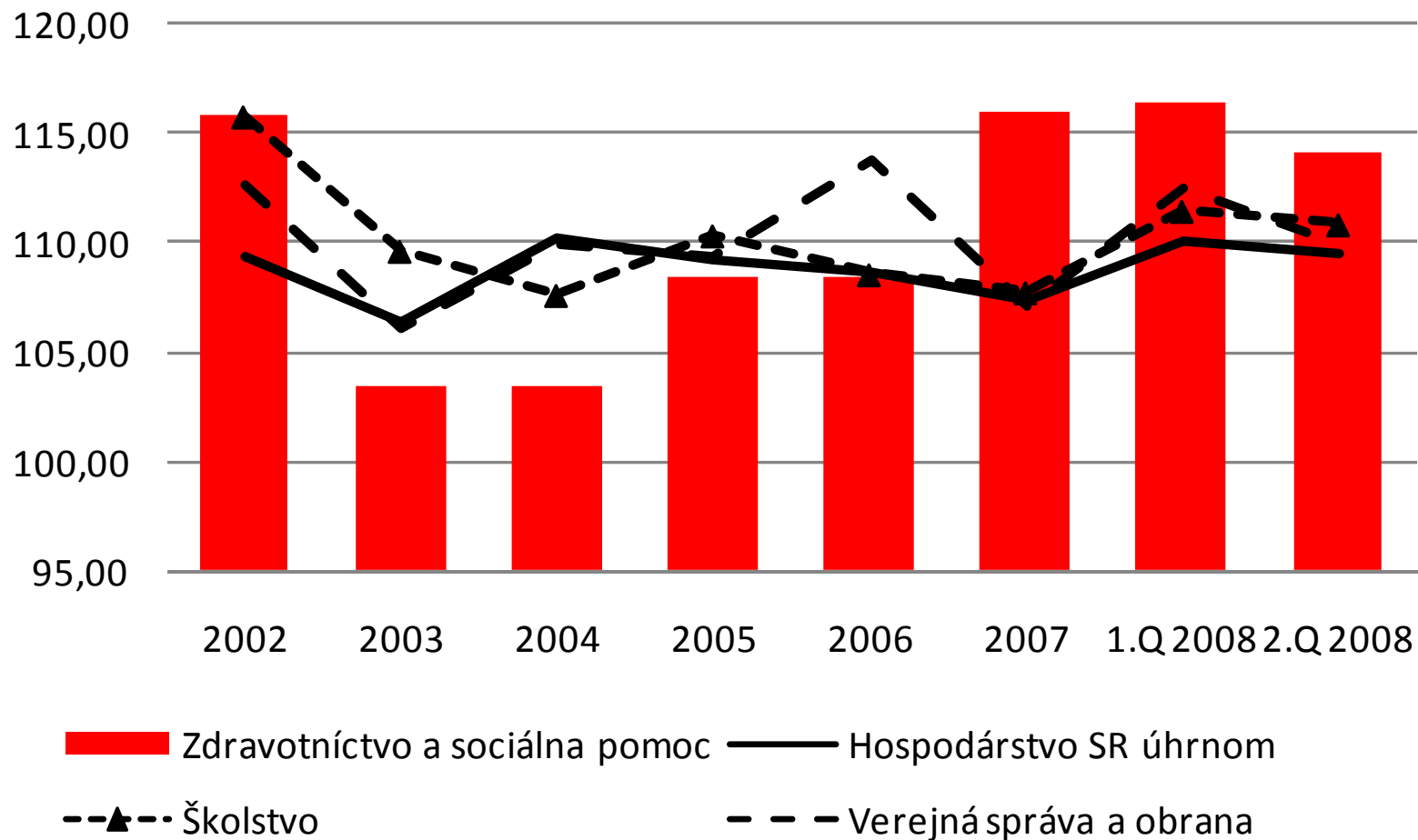
Boj o vzácne zdroje



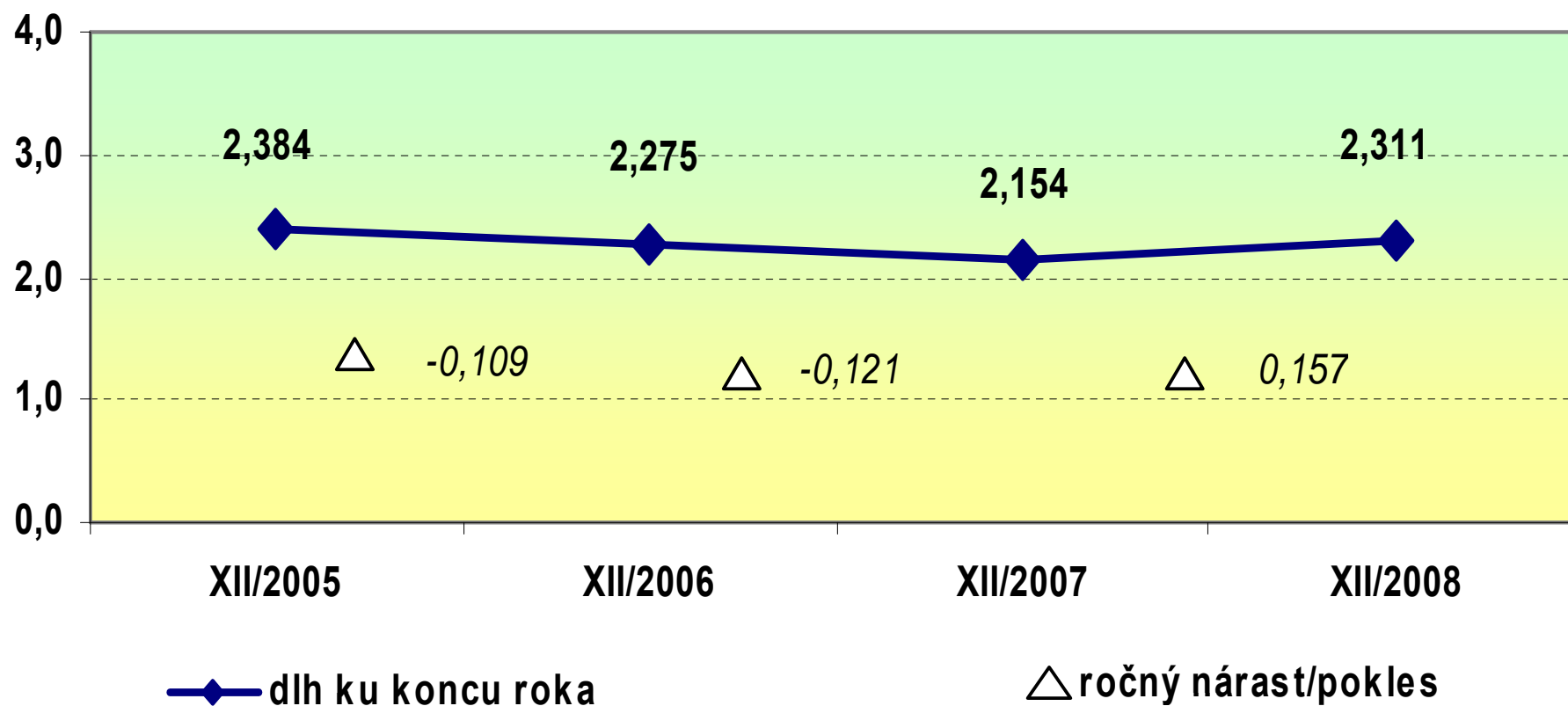
Dlh zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni (mil. Sk)



Index rastu priemernej nominálnej mzdy vo vybraných odvetviach

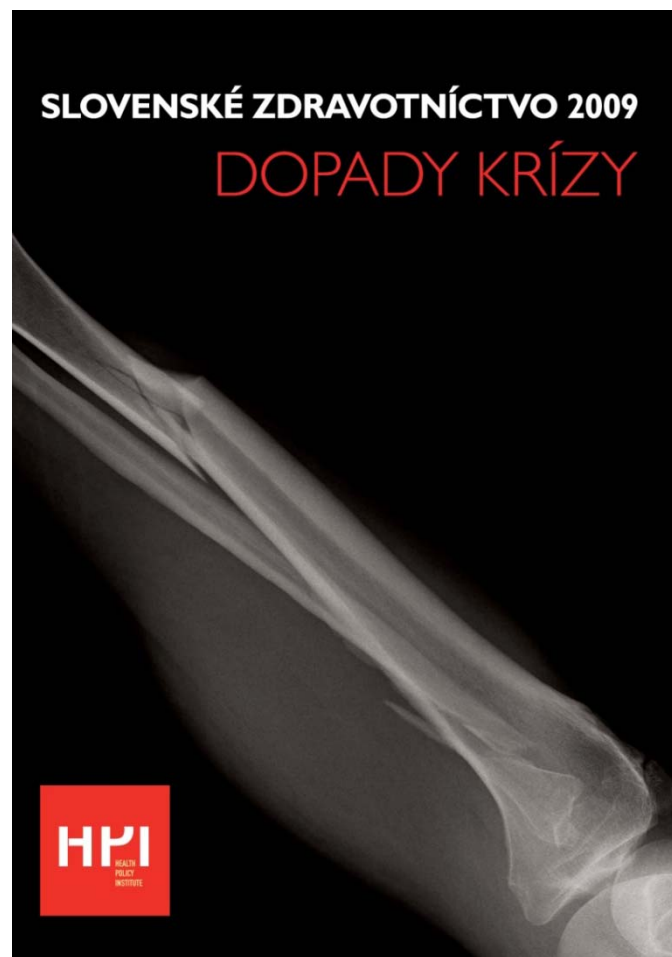


Dlh delimitovaných nemocníc (v mld. Sk)

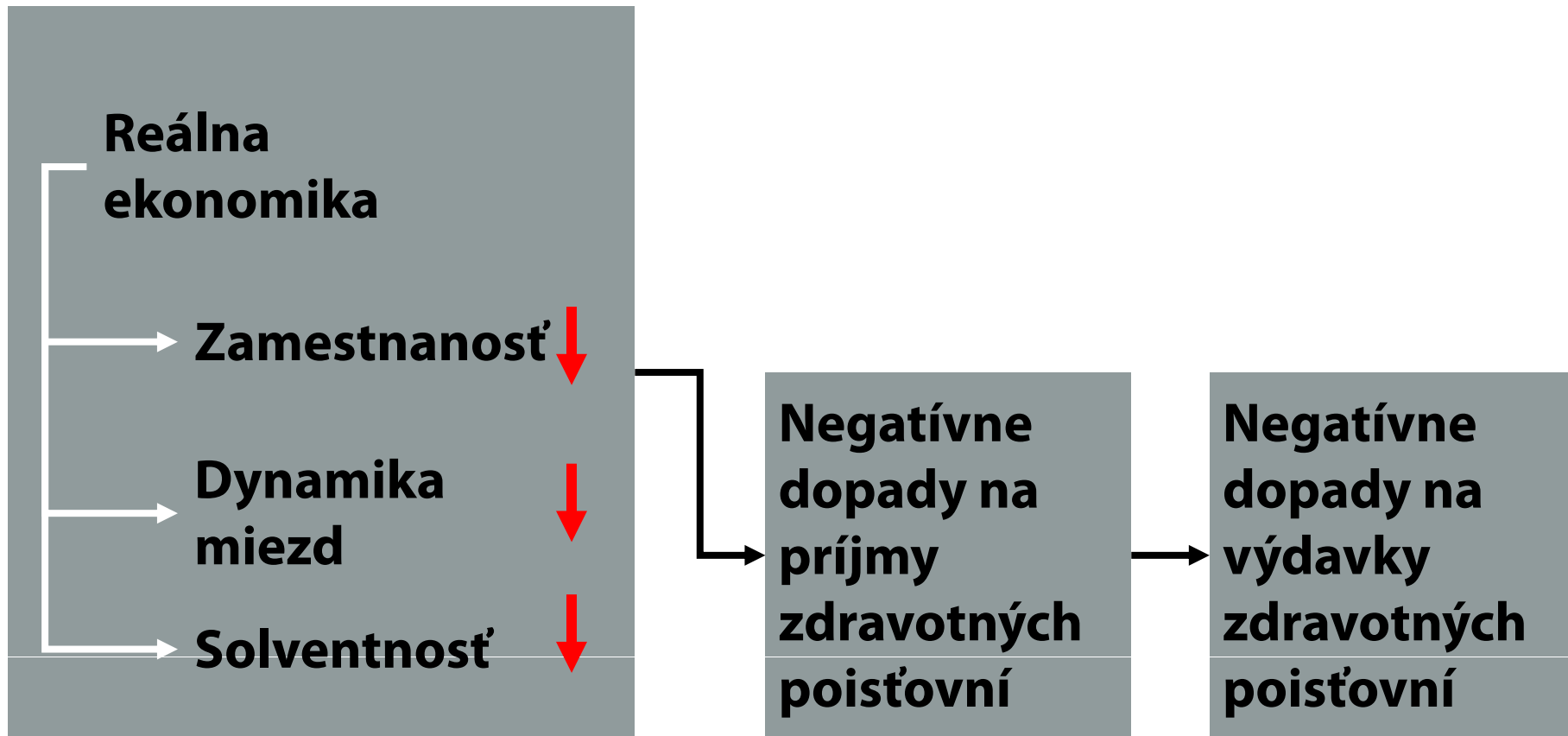


Zdroj: MZ SR, 2009

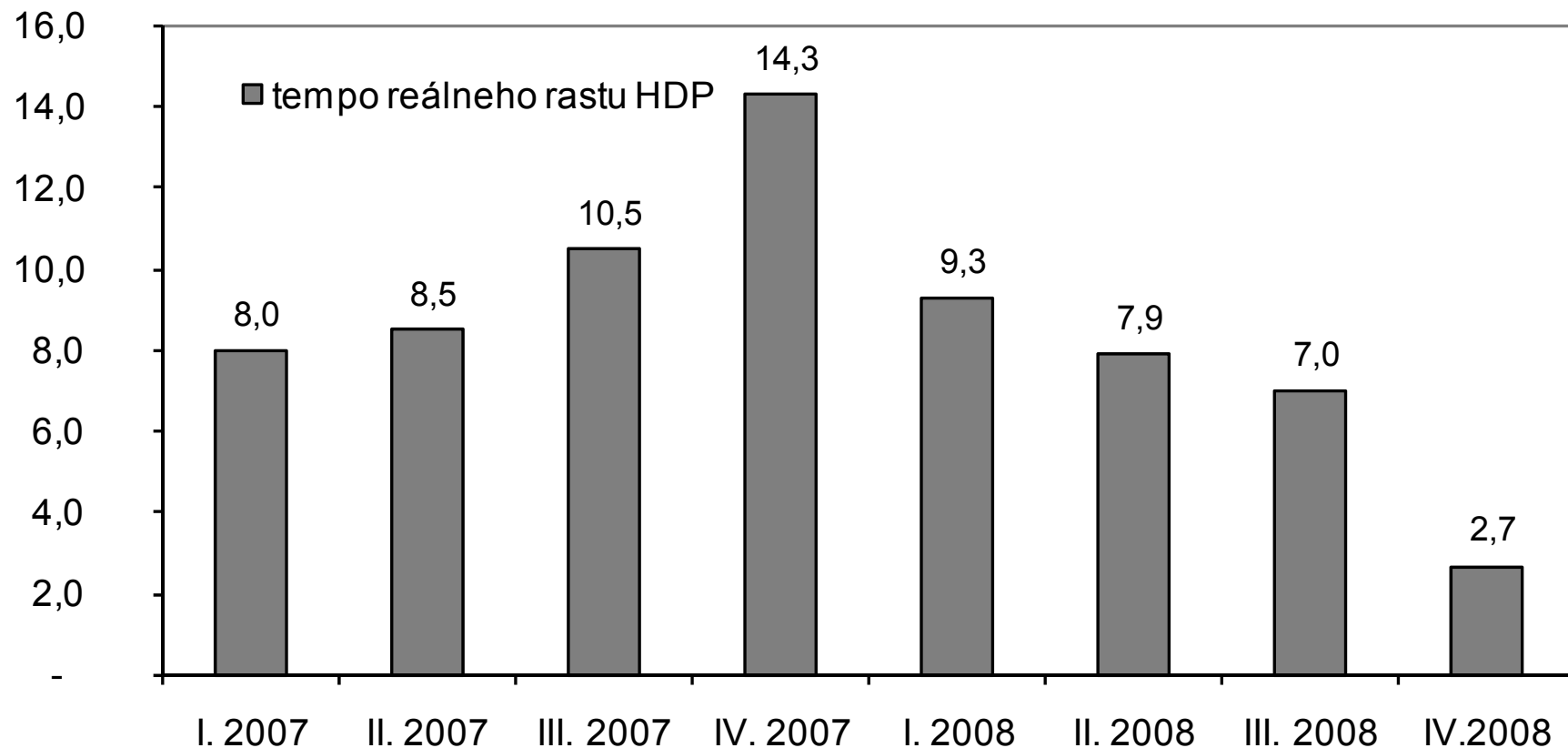
Dopady krízy



Svetová hospodárska kríza



Tempo reálneho rastu HDP: dôkaz spomaľovania rastu od začiatku 2008



Prognóza vybraných makroekonomických parametrov podľa HPI

	2008 _o	2009 _p Scenár depresie	2009 _p Scenár minimálneho rastu	2009 _p Scenár väčšej odolnosti voči kríze
Objem HDP v mld. EUR	68,4	68,0	69,7	71,5
Reálny rast HDP v %	6,4	-2,0	0,5	2,9
Rast nominálnej mzdy v %	9,0	2,0	4,0	7,0
Zamestnanosť v %	2,0	-4,6	-1,6	-0,2
Inflácia v %	4,6	3,6	3,7	3,8

Výpadok príjmov zdravotných poisťovní

- Odchýlka prognózovaného objemu príjmov zdravotných poisťovní oproti potenciálnym výnosom, ktoré by sa dosiahli bez krízy, je **128 mil až 345 mil. eur.**

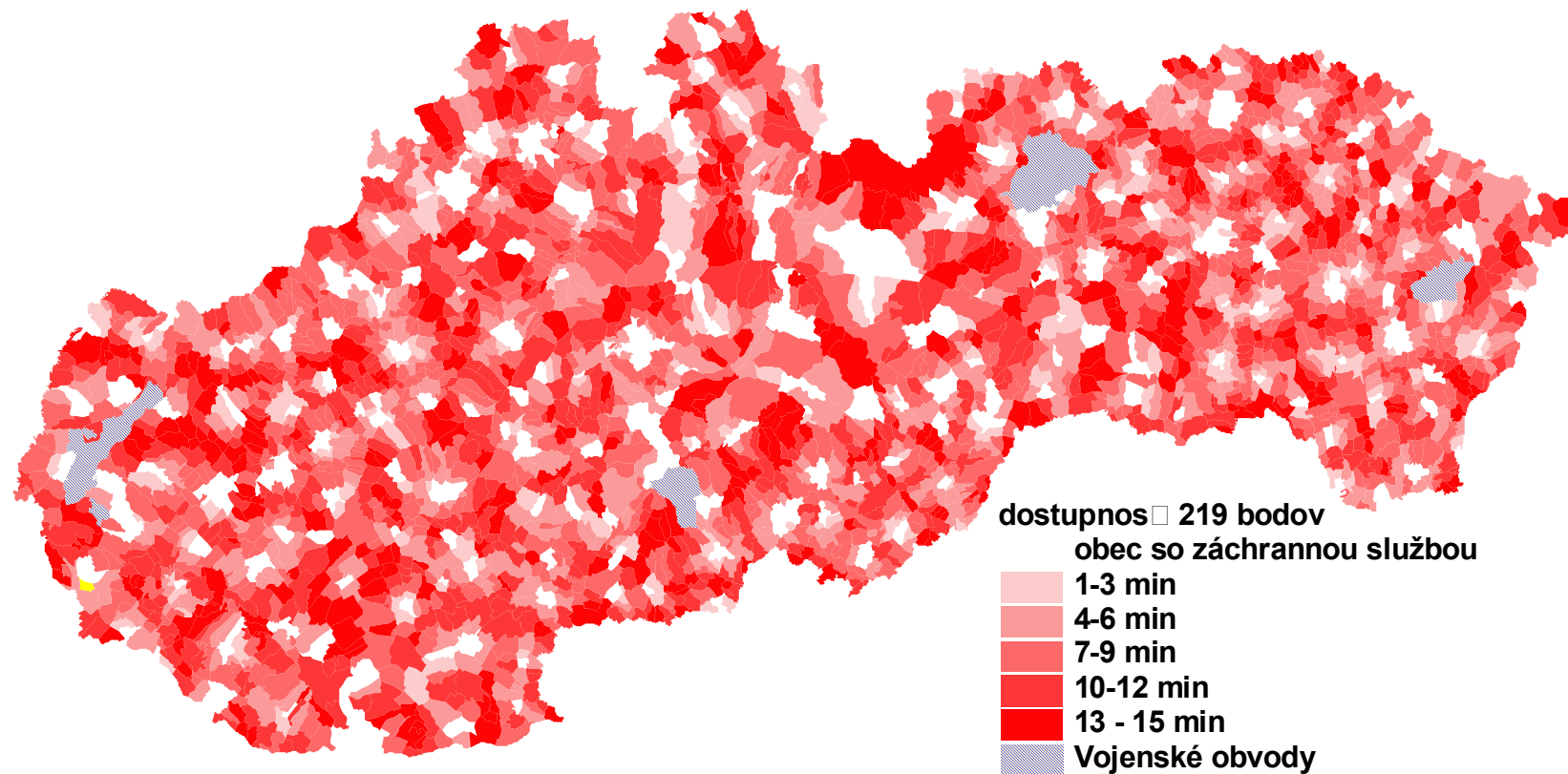
Výdavky zdravotných poisťovní

	2009 prognóza		
	scenár depresie	scenár minimálneho rastu	scenár väčšej odolnosti voči kríze
Výdavky zdravotných poisťovní	5,5%	5,6%	5,8%
1 Ostatné výdavky	1,3%	4,8%	8,0%
2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	5,7%		
2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	10,0%		
2.2 Zdravotnícke pomôcky	10,0%		
2.3 Lôžková starostlivosť	3,5%		
2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	0,5%		
2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	0,5%		
2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	8,0%		
2.7 Záchranná zdravotná služba	0,0%		
2.8 Ostatné, EU, bezdomovci	0,0%		
Prebytok/Deficit (v mil. eur)	-114	-5	94

Závery

- Nevieme, ako dlho potrvá súčasná kríza a kde je jej dno.
- Vieme však, že ani v zdravotníctve jej dopady neobídu nikoho.
- Kríza zasiahne všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov.
- Prijímanie nepopulárnych, bolestivých alebo zložitých opatrení už nie je možnosťou voľby, stáva sa nevyhnutnosťou.
- Delimitované nemocnice čaká ťažké obdobie...

Výzva: dostupnost



Analýza dostupnosti VAS

- Priemerná dostupnosť VAS v SR: **1'05"**
- V obci má VAS: 77,5 % obyvateľov
- **Do 10 minút: 99,0 % obyvateľov**

- Najhorší okresný priemer:

Medzilaborce	3'23"
Bardejov	3'10"
Sobrance	3'01"
Stropkov	3'01"

Analýza dostupnosti psychiatrickej AS

- Priemerná dostupnosť v SR: **6 minút**
- V obci má psychiatra: 49,5 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 99,3 % obyvateľov**
- Hrubov, okr. Humenné: 50 min

- Najhoršie dostupné okresy:
 - Tvrdošín 26'26" (do 30 min 72,4 %, do 15 min 0 %)
 - Poltár 20'18" (do 30 min 80,1 %, do 15 min 29,6 %)

Analýza dostupnosti neurologickej AS

- Priemerná dostupnosť v SR: **5'36"**
- V obci má neurológa: 49,6 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 99,4 % obyvateľov**

- Najhoršie dostupný okres:
 - Medzilaborce 34'42"
(do 30 min len 13,8 % obyvateľov)

Analýza dostupnosti urologickej AS

- Priemerná dostupnosť v SR: **8'06"**
- V obci má urológa: 43,1 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 97,8 % obyvateľov**

- Najhoršie dostupné okresy:
 - Medzilaborce 42'49" (do 30 min len 10,9 % obyvateľov)
 - Banská Štiavnica 27'26"
 - Nové Mesto n/Váhom 25'08"

Analýza dostupnosti očnej AS

- Priemerná dostupnosť v SR: **5'19"**
- V obci má oftalmológa: 50,6 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 99,7 % obyvateľov**

- Najhoršie dostupné okresy:
 - Turčianske Teplice 20'06"
 - Námestovo 13'16"

Analýza dostupnosti diabetologickej AS

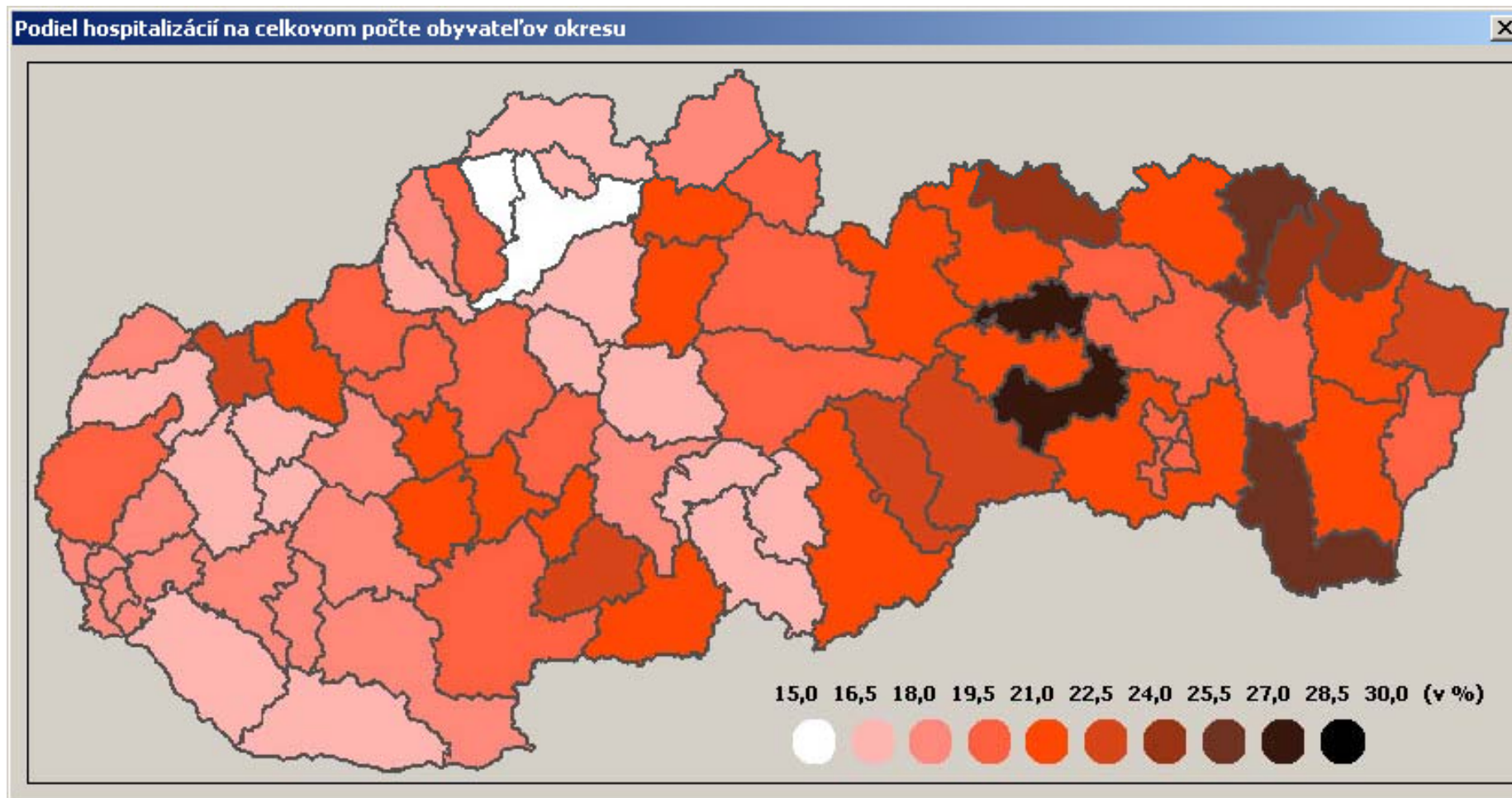
- Priemerná dostupnosť v SR: **6'16"**
- V obci má diabetológa: 46,9 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 99,4 % obyvateľov**

- Najhoršie dostupný okres:
 - Medzilaborce (do 30 minút má prístup len 10,9 % obyvateľov, priemerná dostupnosť: 43 minút)

Analýza dostupnosti ústavnej ZS

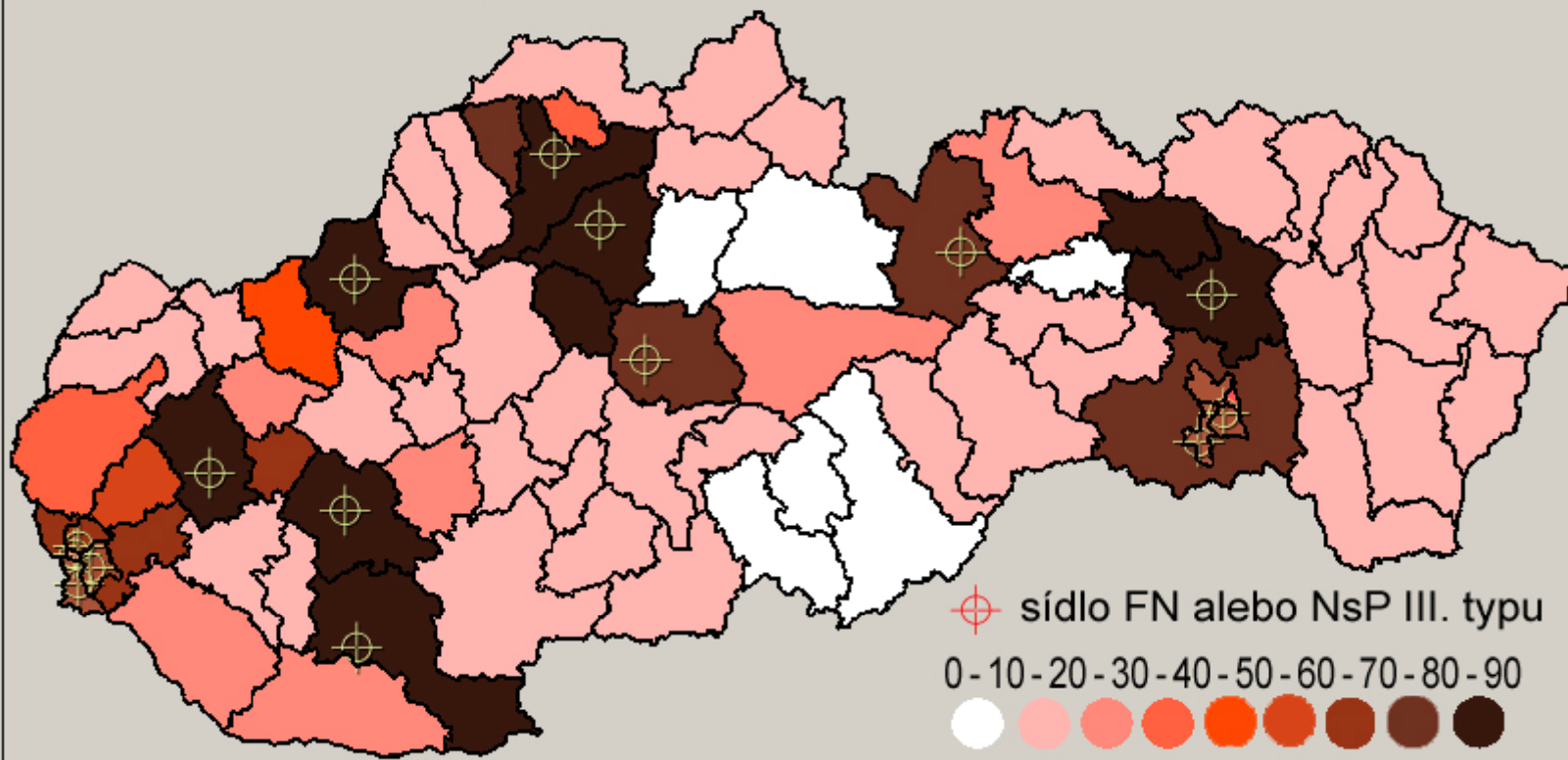
- Priemerná dostupnosť ARO v SR: **8'41"**
- V obci má ARO: 37,0 % obyvateľov
- **Do 30 minút: 97,8 % obyvateľov**
- Najhoršie dostupné okresy:
 - Medzilaborce – do 30 min len 10,9 % obyvateľov
 - Námestovo – do 30 min len 50,8 % obyvateľov
 - Nové Zámky – do 30 min len 78,4 % obyvateľov
 - Gelnica – do 30 min len 82,4 % obyvateľov

Podiel hospitalizácií na celkovom počte obyvateľov okresu



Regionálne rozdiely v podiele pacientov hospitalizovaných vo FN alebo NsP III. typu

Regionálne rozdiely v podiele pacientov hospitalizovaných vo FN al. NsP III. typu na celkovom počte všetkých pacientov z daného okresu (v %)





**ĎAKUJEM
ZA POZORNOST!**

www.hpi.sk