

JOINT FACT-FINDING MISSION TO SLOVAKIA – JANUARY 2015

HEALTHCARE SECTOR AND ITS COST-EFFICIENCY

Time and Stakeholders	Place
12 January (Monday) 9:00 – 10:00 - Health policy institute 10:15 – 11:15 - Association of doctors and hospitals	COM representation in Slovakia, Palisády 29, Bratislava

Introduction

In the area of healthcare, the main reason for concern is the lagging cost-effectiveness of the sector. Pending the release of the 2015 ageing report, Slovakia is expected¹ to have one of the highest increase (3 pps between 2010 and 2060) in the ratio of public healthcare expenditure to GDP in the EU28. At the same time, health outcomes for the Slovak population continue to lag behind the rest of the EU members. In particular, poor outcomes for selected indicators² are less likely to be affected by population lifestyle, which indicates the potential role of the healthcare system in delivering better health outcomes. This is confirmed by the OECD overall efficiency score for Slovakia that is much lower than the OECD average. The score suggests that there is a potential gain of 4.1 years in life expectancy to be made through greater efficiency in the health-care sector compared to the OECD average of 2.3 years³. Given this evidence, there is a space for reduction of inefficiencies in Slovak healthcare, notably in terms of lower costs (savings) and improved cost-effectiveness (better health with same costs) in the healthcare sector.

In 2014 the Council, as a part of the #1 recommendation, encouraged SK to:

- ..“Improve the long term sustainability of public finance by increasing the cost-effectiveness of the health-care sector, in particular by rationalising hospital care and management and by strengthening primary care.”

On top of that, the 2014 Commission staff working document highlighted that:

- Healthcare expenditure is expected to drive the ageing costs.
- health outcomes for the Slovak population continue to lag behind the rest of the EU.
- The problems are most visible in inpatient care. One of the main bottlenecks is the model of healthcare, which is centred on hospitals. Repeated debt build-up and other hospital-related indicators points to existing inefficiencies in hospitals.
- Apart from deficiencies in the inpatient segment, there are barriers in other areas as well. A lack of coordination within the fragmented outpatient healthcare segment and an ineffective gatekeeping role for GPs result in over-use of outpatient services.

¹ *Fiscal Sustainability Report 2012*, European Commission.

² Such as perinatal mortality, avoidable mortality.

³ OECD: Health care systems – Efficiency and institutions , 2010, p.20

- The relatively high levels of out-of-pocket payments raise concerns about the accessibility of care.
- In December 2013, the government adopted a strategic framework for health, covering the period 2014-30. The framework sets medium and long-term objectives, including measurable targets in the areas of outpatient and inpatient care, and public health.

Implementation of strategic framework for health for 2014-2030

In order to address the cost-efficiency issues in SK health-care, the government adopted on 18 December 2013 the Strategic framework for health for 2014-2030 (hereafter referred to as “the Strategy”). The Strategy outlines priorities in the areas of (1) Integrated outpatient healthcare (2) Inpatient healthcare and (3) Public health.

Integrated outpatient healthcare

The Strategy suggests the concept of an integrated model of healthcare focusing mainly on (a) the gatekeeping role of GPs and on (b) the concentration of activities to the centres of the integrated care. Based on the current information, the primary care services are being extended, the regular check-ups are introduced for specific diagnosis (hypertension, asthma) to save visits to second-line specialists. A residential programme is on-going with a view to attract and better retain young GPs. Plans of investment in healthcare include setting-up integrated care centres to make the care more efficient. Clinical guidelines are being rolled-out to give the GPs a clear guidance in terms of procedures. The remuneration system is being changed toward a more mixed funding model from pure capitation to half fee for service and half capitation.

1. How do you assess the governmental efforts in terms of **integrated outpatient** healthcare in general?

Úsilie vlády Slovenskej republiky v oblasti integrovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je zatiaľ možné zistiť z obsahu niekoľkých verejne prístupných dokumentov /ide hlavne o dokumenty:

- a) Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 (ďalej len “STRATÉGIA”)
- b) Pripomienkové konanie k dokumentu Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030,
- c) Integrovaný regionálny operačný program na roky 2014-2020 – Integrated Regional Operational Programme for the years 2014-2020 (ďalej len “IROP”),
- d) Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti - Implementation strategy - integrated health care system: Modernising health care infrastructure and improving access to quality services in primary and acute bed health care a
- e) Implementačná stratégia pre vytvorenie a implementovanie štandardných klinických postupov a štandardných postupov pre výkon prevencie - Implementation Strategy for the Development and Implementation of Standard Clinical Guidelines and Standard Guidelines for Prevention - a z prezentácií pracovníkov Inštitútu zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva SR na niekoľkých národných konferenciách.

STRATÉGIA bola prvým dokumentom, ktorý schválila Vláda Slovenskej republiky v decembri 2013. Z obsahu pripomienkového konania je zrejmé, že väčšina vládnych rezortov, oddelení, či vládou zriadených organizácií, ale aj ďalšie pripomienkujúce subjekty nepochopili význam tohto dokumentu, jeho kontext, klady ale aj zápory. Myslíme si, že to vyplývalo zo samotnej podstaty takto ponímaných vládnych konzultácií tak, ako sú vo väčšine organizovano na Slovensku. Sú obmedzené na určité centrálna a regionálne vládnr subjekty a nevládne organizácie, ale nie sú sprevádzané vysvetľujúcou kampaňou. Na pochopenie a reagovanie majú tieto subjekty navyše málo času. Výsledkom potom je, že množstvo pripomienok sa týka irelevantných a nesúvisiacich vecí. Dokonca od vládnych rezortov, kde by sa to nečakalo ako sú Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ktoré má na starosti sociálnu starostlivosť, Ministerstvo financií SR, Ministerstvo vnútra SR, či najväčšia štátna zdravotná poisťovňa. O Stratégii nevedeli organizácie sociálneho sektora, dokonca priamo zriadené príslušným ministerstvom podľa interného prieskumu SLK ešte rok po jej schválení, ani Rada vlády Slovenskej republiky pre seniorov. V koncepte dokumentu Ministerstva práce, rodiny a sociálnej starostlivosti SR Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015-2020, ktorý bol pripomienkovaný v druhej polovici roku 2014 sa integrácia zdravotných služieb a už vôbec nie integrácia zdravotných a sociálnych služieb v priorte č. 1 Zabezpečiť dostupnosť sociálnych služieb v súlade s potrebami cieľových skupín a komunity spomína len nepriamo a vágne. Uvádza sa nasledovné:

“Predpoklady na dosiahnutie priority

- Podporiť rozvoj existujúcich a nových sociálnych služieb a odborných činností komunitného charakteru (sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia, preventívna aktivita, terénna sociálna služba krízovej intervencie, domáca opatrovateľská služba, monitorovanie a signalizácia potreby pomoci, denné centrá, komunitné centrá, služby včasnej intervencie, podporu samostatného bývania, podporované bývanie a pod.) s dôrazom na služby pre rodiny, ktoré sa starajú o člena odkázaného na pomoc inej osoby pri sebaobsluže.
- Prepojiť systém sociálnych služieb a zdravotnú starostlivosť do systému dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti, tak na úrovni komunitných, ako aj na úrovni pobytových služieb.”

Plánované vytvorenie regionálnych centier primárnej zdravotnej starostlivosti, v ktorých by sa mali nachádzať aj niektoré vybrané sociálne služby sa tu nespomína.

Slovenská lekárska komora to oprávnene vyčíta zodpovednému Ministerstvu zdravotníctva SR aj Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ako nedostatočnú koordináciu a slabé zapojenie ďalších relevantných subjektov do prípravy týchto materiálov.

Pri konzultovaní dokumentu Integrovaný regionálny operačný program, ktorý je v gescii Ministerstva pôdohospodárstva a rozvoja vidieka SR zas chýbali hráči z oblasti odbornej verejnosti zdravotnej starostlivosti, ktorí by sa vyjadrili k zámerom prioritnej osi číslo 2 ľahší prístup k efektívnym a kvalitnejším verejným službám 2.2.1 Investičná priorita č. 2.1: Investície do zdravotníckej a sociálnej infraštruktúry, ktoré prispievajú k celoštátnemu, regionálnemu a miestnemu rozvoju, znižujú nerovnosť z hľadiska zdravotného postavenia, podporujú sociálne začleňovanie prostredníctvom lepšieho prístupu k sociálnym, kultúrnym a rekreačným službám a prechod z inštitucionálnych služieb na komunitné. Príprava IROP teda prešla úplne mimo pozornosti zdravotníckej verejnosti na Slovensku.

Slovenská lekárska komora s poľutovaním konštatuje zatiaľ slabé zapojenie organizácií zástupcov zdravotníckych pracovníkov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti do prípravy týchto dokumentov zo strany ministerstva zdravotníctva, čo sa síce v poslednom období (koniec roka 2014) trochu zmenilo (viď spoločne organizovaná konferencia o Reforme ambulantnej

zdravotnej starostlivosti na MZ SR 18. decembra 2014), avšak celkove to hodnotíme ako nepostačujúce. Žiadne so vznesených pripomienok, poznámok, a námetov zo strany Slovenskej lekárskej komory neboli zatiaľ do uvedených strategických a implementačných dokumentov zapracované, dokumenty sa tým z pohľadu Slovenskej lekárskej komory stále javia ako nejasné, nekonzistentné, problematcky implementovateľné a v niektorých prípadoch dokonca nielen že neprinášajúce nástroje na zlepšenie ukazovateľov zdravia obyvateľov Slovenska a postavenia existujúcich poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti v systéme, ale naopak zneisťujúce vo vzťahu k funkčnosti alebo dostupnosti existujúceho systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Napríklad podľa schváleného Integrovaného regionálneho operačného programu na roky 2014-2020 (ďalej len IROP) nebudú môcť byť stavovské organizácie priamo zapojené do ministerstvom vytváraných neziskových organizácií na účel získania finančných prostriedkov z Európskeho fondu regionálneho rozvoja určených na investície do budov – predpokladá sa vytváranie neziskových organizácií len v spolupráci so samosprávnymi krajinami a obcami, ktoré sú vlastníkami nehnuteľností, v čom Slovenská lekárska komora vidí priame ohrozenie prevádzok existujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na danom území, ktorí už svoju prax vybudovali.

Podľa toho istého dokumentu (strana 60) má ísť hlavne o integráciu poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti - citujem "zvýšením počtu lekárov pripadajúcich na jedno kontaktné miesto". Oproti predchádzajúcej verzii dokumentu je miernym pozitívom, že predpokladaná integrácia ambulantnej zdravotnej starostlivosti na jednom kontaktnom mieste zahŕňa aj pracoviská lekárov a nelekárov špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, čo by mohlo lekárom primárnej zdravotnej starostlivosti uľahčiť prácu delegovaním niektorých činností na iných zdravotníckych a sociálnych pracovníkov. Doterajšie skúsenosti z existujúcich polikliník na Slovensku, kde sa v súčasnosti realizuje len lekárska a lekárska zdravotná starostlivosť a kde sú už dnes lekári tzv. primárneho kontaktu a iní špecialisti "fyzicky" združení však poukazujú, že takáto "fyzická" integrácia poskytovateľov na jednom mieste jednoznačne nepostačuje na zlepšenie výsledkových ukazovateľov zdravia obyvateľstva Slovenska.

V otázke úpravy potrebných procesov sa síce v dokumente predpokladá prepojenie na Operačný program Ľudské zdroje a podpora potrebných tzv. soft nadstavby cez Európsky sociálny fond, avšak len v oblasti štandardných klinických postupov a štandardných postupov na výkon prevencie, čo však nepostačuje.

Z pohľadu Slovenskej lekárskej komory absentuje popis zabezpečenia mechanizmov vnútornej integrácie (v rámci centier) a vonkajšej integrácie (zdravotnícke zariadenia a iné zariadenia v okolí centra) odborných a špecializovaných zdravotníckych činností ako paralelne bežiacich procesov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nehovorí sa zatiaľ nič o možných formách integrácie ako takej, ale projekt sa točí predovšetkým okolo výstavby a rekonštrukcie centier zdravotnej starostlivosti na primárnej úrovni. Nemalo by však ísť len o realitný projekt. Formu a obsah plánovaných troch pilotných projektov zatiaľ nepoznáme, nemusia však postačovať na zvládnutie problémov rôznych foriem integrácie na makro (systémovej úrovni), mezo (organizačnej a profesijnej úrovni) aj mikroúrovni (klinickej úrovni). **Ich vzájomné horizontálne funkčné a normatívne prepojenie, aby sa popri starostlivosti o jednotlivca zlepšilo aj zdravie komunity a krajiny, bude výzvou a preto navrhujeme postupné a viac dimenzionálne testovanie v jednotlivých pilotných projektoch. Tých bude musieť byť pravdepodobne viac ako tri a už vôbec by nemali byť viazané na fyzické prepojenie poskytovateľov. To by malo ostať len ako jedna z alternatív.**

Slovenská lekárska komora by preto pre úspešnosť celého projektu zavedenia integrovaných centier zdravotnej starostlivosti uvítala, keby Európska komisia finančnou podporou z

Operačného programu Ľudské zdroje (alebo z iných zdrojov) paralelne reálne v tom istom čase umožnila aj

- a) definovanie takýchto štandardných “meta” integračných procesov vrátane zachytenia multidisciplinárneho rozmeru poskytovaných služieb;
- b) ďalej definovanie výsledkových kritérií kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre uzatváranie/predlžovanie zmlúv poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami (= metóda zvyšovania istoty existujúcich poskytovateľov v systéme zdravotnej starostlivosti, že pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti môžu v systéme naďalej zotrvať a nebudú vznikom integrovaných centier bez možnosti nápravného prostriedku - odvolania a podobne - ohrození⁴);
- c) definovanie kritérií na tvorbu minimálnej a optimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (dôvod detto);
- d) vytvorenie a kapacitná podpora vzniku potrebných štruktúr zodpovedných za ich dodržiavanie a priebežnú aktualizáciu a
- e) vytvorenie pracovných skupín a podkladov pre uskutočnenie príslušných súvisiacich legislatívnych zmien a ich implementácie.

Stavovské organizácie v zdravotníctve a organizácie zastupujúce poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku by sa veľmi radi stali oficiálnym riešiteľom alebo spoluriešiteľom týchto dokumentov.

Rovnako je potrebné povedať, že ešte pred spustením pilotných centier integrovanej zdravotnej starostlivosti by bolo vhodné upraviť slovenskú legislatívu v tom zmysle, aby stavovské organizácie mali väčší vplyv na reguláciu zdravotníckych pracovníkov príslušného zdravotníckeho povolania ako doposiaľ a to schválením inštitútu povinného členstva v lekárskej komore. Súčasný duálny model uplatňovaný na Slovensku – registrácia v komore/členstvo v komore, ktorý umožňuje, aby zdravotnícky pracovník v prípade, že mu hrozí disciplinárne konanie vedené komorou sa mu vyhol tým, že vystúpi z členstva v komora, nie je v poriadku. Umožňuje, aby v systéme boli bez problémov tolerovaní zdravotnícki pracovníci, ktorí majú tendenciu ku nekvalite alebo k neetickému správaniu bez akéhokoľvek postihu a je potrebné ho opraviť. Slovenská lekárska komora by uvítala, keby EK Slovensku odporučila a podporila takéto legislatívne zmeny ešte pred spustením pilotného overovania integrovaných centier zdravotnej starostlivosti.

⁴ Pozn. : V súčasnom systéme uzatvárania zmlúv poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami o úhrade poskytovanej zdravotnej starostlivosti z prostriedkov plynúcich z povinného zdravotného poistenia na Slovensku je praxou uzatváranie zmlúv na rok (okrem zdravotnej poisťovne Union, ktorá uzatvára zmluvy na dobu neurčitú) s tým, že cenové podmienky sa ustanovujú na 6-12 mesiacov. Uzavretie zmluvy nie je nárokovateľné po splnení vopred stanovených podmienok, absentujú výsledkové kritériá kvality, ktoré by sa v danom systéme dali použiť. Voči neuzavretiu zmluvy, resp. neuhradeniu tzv. nadlimitných výkonov, ktoré ale pacient reálne a odôvodnene potreboval nie je možné sa odvolať. Doplnenie alebo podpora chýbajúcich kapacít poskytovateľov ambulantnej starostlivosti je z pohľadu Slovenskej lekárskej komory stále len deklaratórna, naráža na fakticky v praxi existujúcu bariéru neuhrádzania tzv. nadlimitných zdravotných výkonov (aj keď pre pacienta potrebných a opodstatnených) zo strany zdravotných poisťovní bez možnosti opravného prostriedku a podobne. Ochota ku zmenám v úhradovom systéme poskytovanej zdravotnej starostlivosti v súvislosti so zavedením integrovaných centier zdravotnej starostlivosti zatiaľ nebola ministerstvom zdravotníctva prezentovaná.

Celkove, ešte pokiaľ ide o otázku načasovania – v prvej fáze implementácie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku je síce pozitívom, že sa podľa vyjadrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (18. december 2014) počíta len so spustením najviac 3 pilotných integrovaných centier zdravotnej starostlivosti, z pohľadu dĺžky programovacieho obdobia a teda aj faktickej investičnej podpory centier (2020) s cieľovou hodnotou 134 centier v roku 2023 je otázne, či tak dôležitá fáza pilotného overovania, ktorá by mala trvať najmenej 3 roky nebude nevhodne skrátená, resp. z čoho bude vznik integrovaných centier financovaný v budúcnosti.

Z nášho pohľadu je uvedený dokument nepripravený na praktickú realizáciu a priamo z dokumentu vyplýva, že autori nepochopili skutočný význam systému integrovanej zdravotnej starostlivosti ako i aktuálnych potrieb slovenského zdravotníctva. Naopak svoju aktivitu a pozornosť zamerali predovšetkým na budovanie zdravotníckych zariadení, bez predchádzajúcej prípravy a overení si prínosu a významu pre slovenského pacienta, lekára a zdravotníckeho pracovníka.

If possible comment also specifically on issues as follows:

- I. Roll-out of integrated care centres
Centrá ešte neboli spustené. V najbližšom období sa očakáva dopracovanie Stratégie implementácie centier ministerstvom zdravotníctva, prvé výzvy na podávanie projektov resp. začatie realizácie projektov pilotných centier podľa nášho odhadu možno očakávať najskôr v septembri 2015.
- II. Residential program for graduated GPs
Rezidenčný program prebieha. Nie je doriešené ako sa naloží (odkúpenie štátom alebo iná metóda) s praxami tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí budú musieť ukončiť činnosť, pretože boli "nahradení" absolventmi rezidenčného programu v nových integrovaných centrách. Tiež nie je legislatívne ošetrené, ako sa zabezpečí prevod kmeňa pacientov medzi takýmito poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ale ani zabezpečenie financovania poradenstva resp. konzílií staršími skúsenejšími kolegami z existujúceho portfólia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- III. reform of education with respect to promotion of GPs' gate keeping role in the system
S ohľadom na limitované reálne dostupné kapacity GPŕ na Slovensku (rezidentský program je de facto len v začiatkoch, zdravotný stav obyvateľstva je alarmujúci, potreba reagovať na celkový trend starnutia obyvateľstva, atď.) navrhujeme zatraktívniť aj finančne rolu GP ako gate keepera.
- IV. transfer of competences from second-line specialists to GPs
Zatiaľ bol (rok 2014) odborným usmernením ministerstva zdravotníctva umožnený len transfer kompetencií na výkon predoperačných vyšetrení. Slovenská lekárska komora by uvítala rozsiahlejšie zapojenie stavovských organizácií do procesu tvorby štandardných klinických postupov (nominácie expertov, zabezpečenie úhrady ich činnosti zo strany MZ SR, cestovných nákladov a pod.).

V. roll-out of Standard Clinical Guidelines

Slovenská lekárska komora zaevidovala prijatie 2 nových odborných usmernení ministerstva zdravotníctva charakteru nastavenia nových štandardných klinických postupov (1 pre umožnenú kompetenciu GP's na výkon predoperačných vyšetrení a 1 pre zjednotenie postupu pri indikovaní laboratórnych vyšetrení) – obidvoje v roku 2014.

Stavovské organizácie a zástupcovia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti neboli zatiaľ do procesu tvorby štandardných klinických postupov účinne pozvaní. Uvítali by sme, keby mohli stavovské organizácie k jednotlivým témam nominovať expertov, ktorých činnosť by bola financovaná z projektu MZ SR alebo obdobne. Jedno z mála zastúpení, o ktorom sme informovaní, má Asociácia súkromných lekárov SR avšak len v monitorovacom výbore. Ministerstvom zdravotníctva SR bolo (konferencia 18. decembra 2014) avizované možné zapojenie pri tvorbe postupov, ktoré budú podporované prostredníctvom projektu financovaného cez Operačný program Ľudské zdroje, t.j. podľa nášho odhadu od roku 2016.

VI. payment mechanism for GPs (half per capita, half per service fee)

Slovenská lekárska komora zatiaľ nezaznamenala žiadnu iniciatívu smerom k zmene úhradových mechanizmov orientovaných na zmenu pomeru úhrad realizovaných metódou “per capita” a “per servis fee”.

VII. e-health readiness to support integrated outpatient healthcare

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a stavovské organizácie boli v období posledného roka vo vzťahu k zavádzaniu e-Health návrhmi zákonov postupne zaväzovaní na poskytovanie potrebných údajov (register zdravotníckych pracovníkov, register licencií), avšak zatiaľ bohužiaľ stále bez zabezpečenia potrebného finančného krytia (viď pripomienky SLK k návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. a niektoré ďalšie zákony na www.portalpravnychpredpisov.sk aktuálne dokument dňa 22.12.2014 ministerstvom zdravotníctva predložený na rokovanie vlády SR) na potrebné softvérové zmeny súvisiace so zjednocovaním a integráciou dát u stavovských organizácií a poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti (príspevok štátu, príspevok z fondov EÚ, iná forma), čo je pre niektoré stavovské organizácie aj poskytovateľov – keď vezmeme navyše hrozbu pokuty zo strany štátu takmer likvidačné. Uvítali by sme finančnú podporu komôr v tejto oblasti.

VIII. bill on regulating fees which the out-patient (ambulatory) doctors can charge to patients for extra services

Financovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti ja extra kapitolou. Platby od poisťovní vo veľkej miere nepokrývajú náklady ambulancie na zdravotnú starostlivosť. Nájomné, materiál, náklady na energie platy sestier nezohľadňujú nedostatok zdrojov v zdravotníctve. Lekárovi nepomáha ani výrazne väčší počet pacientov, ako by mal v skutočnosti mať. Absolútny nedostatok lekárov GP, ich prestárlosť a hlavne neatraktívnosť v tomto odbore spôsobuje vysoký počet pacientov na jedného lekára. Množstvo platených povinností, ktorý ani okrajovo nesúvisia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako bezpečnostný projekt, pracovná služba, projekt zodpovednosti za citlivé údaje a podobne ešte viac prehlbujú deficit niektorých ambulancií, ktoré aby udržali činnosť, personálne obsadenie a aspoň aký taký štandard samotného lekára nemajú inú možnosť ako vyberať poplatky/doplatky nesúvisiace priamo so zdravotnou starostlivosťou. Uvedomujeme si ale, že toto nie je tá správna cesta ani pre pacienta ani lekára, ale súčasná organizácia a financovanie slovenského zdravotníctva, tomu prispieva. Slovenská lekárska komora však pripravuje systémové opatrenia, ktoré by tento stav zmenili.

Inpatient healthcare

The Strategy aims to re-evaluate a number and structure of acute beds and to strengthen after-care, rehabilitation, nursing beds and beds for long-term patients. The aim is to achieve balanced budgets for all state owned hospitals in 2015. To this effect, some facilities may consider extending their services provided while downsizing and closures can be expected elsewhere. The insufficient supply of service in Bratislava resulted in a plan to build up a new hospital through a PPP with public procurement for the concession. The introduction of the DRG is expected in 2016 at the earliest only after analysis on 2014 and 2015 data is carried out.

2. How do you assess the governmental efforts in terms of **inpatient healthcare in general?**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky spustilo 7. januára 2015 na svojej internetovej stránke verejné obstarávanie na výber partnera na výstavbu, financovanie, 30-ročnú prevádzku a údržbu novej nemocnice v Bratislave, ktorá bude poskytovať nielen špičkovú zdravotnú starostlivosť, ale zameria sa aj na oblasť vzdelávania a výskumu. Vyhláseniu verejného obstarávania predchádzalo okrem schválenia zámeru Vládou SR a vypracovania štúdie uskutočniteľnosti aj množstvo rokovaní a získavania skúseností v zahraničí. Slovenská lekárska komora s poľutovaním konštatuje, že bohužiaľ paralelne neprebiehali vôbec žiadne rokovania so slovenskou odbornou verejnosťou napríklad zo skúseností zástupcov slovenských zdravotníckych pracovníkov s implementovaním zahraničných poznatkov a skúseností na slovenské podmienky.

Podľa vyjadrenia poradcu ministerstva zdravotníctva SR k danej problematike v Slovenskom rozhlase dňa 8. januára 2015 bola vypracovaná štúdia uskutočniteľnosti odtajnená a sprístupnená verejnosti na internetovej stránke ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky dňa 9. januára 2015.

Uvedený pripravovaný projekt prevádzky najvyššieho zdravotníckeho zariadenia s výukou medikov na Slovensku súkromnou firmou vyjadruje preukázateľné zlyhávanie štátu vo svojej funkcii efektívne riadiť verejné nemocnice a tým zabezpečiť pacientom zdravotnú starostlivosť garantovanú ústavou Slovenskej republiky. Koncesionarizáciou nemocníc dochádza de facto k ich privatizácii a tým k zániku verejného zdravotníctva.

Slovenská lekárska komora musí bohužiaľ opätovne konštatovať, že zástupcovia organizácií zdravotníckych pracovníkov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti neboli k tvorbe takého projektu akým je plánovaná výstavba a prevádzka novej Univerzitnej nemocnice prizvaní.

If possible comment also specifically on issues as follows:

- I. efforts to prevent the build-up of debt in hospitals
- II. envisaged model of DRG based on German model, lessons learnt so far, delays in implementation and its impact on SK healthcare once operational
- III. efforts to cut/transform acute care beds
- IV. issue of long-term care and social care in SK
- V. minimum network of hospital care providers
- VI. efforts to start private and public partnership projects to build-up new hospitals, in particular the faculty one in Bratislava

Public health

The Strategy targets implementation of fast, affordable and effective exchange of information in the healthcare (eHealth). Based on current information, e Prescription is envisaged in spring 2015.

Further to that, the Strategy aims at implementing medical preventive programs which would have a potential to support citizens' responsibility for their health, thus decreasing cost of a follow-up treatment and improving health prospects for patients. Slovakia reports one of the lowest rates for both cervical and breast cancer screening and almost the highest mortality of colorectal cancer from all OECD countries. More extensive screening programmes, not least for cancer, as outlined and targeted in the Strategy, may yield sizeable promotions for the quality of living and increase in life expectancy.

3. How do you assess the governmental efforts in terms of **public health** in general?

Slovenská lekárska komora v súčasnosti disponuje podrobnou analýzou STRATÉGIE cca v rozsahu 20 strán, v prípade záujmu môžeme obratom poskytnúť.

Doterajšie medicínske preventívne programy podpory zdravia Národný program ochorení srdca a ciev na roky 2014 až 2018, Národný diabetologický program na roky 2014 až 2018, Skriningové programy onkologických ochorení – karcinómu hrubého čreva, karcinómu prsníka a karcinómu krčka maternice na roky 2014-2018, ktoré mali byť podľa pôvodného zoznamu úloh vlády Slovenskej republiky pripravované ako samostatné preventívne programy, boli subsumované a zlúčené s inými plánovanými aktivitami v oblasti prevencie obesity a inaktivity, fajčenia, alkoholizmu, duševných ochorení a podobne do jedného už existujúceho dokumentu Aktualizácia Národného programu podpory zdravia v Slovenskej republike, ktorý bol 10. decembra 2014 schválený uznesením vlády SR.

Bohužiaľ podľa predkladacej správy a doložky vplyvov k uvedenému dokumentu⁵ zatiaľ úplne bez špecifikácie príslušného finančného krytia na jednotlivé roky. Vyjadrenie, že - citujeme z predkladacej správy, "Aktualizovaný národný program podpory zdravia v Slovenskej republike bude realizovaný v rámci schválených limitov dotknutých kapitol, konkrétne programy a ich financovanie budú vypracované v roku 2015", považujeme za celkové podcenenie dlhodobých ukazovateľov zdravia obyvateľstva SR, ktoré jednoznačne ukazujú, že doposiaľ prijímané opatrenia v oblasti podpory zdravia je potrebné zintenzívniť, ďalej zabezpečiť, aby zachytávali širší okruh populácie ako doposiaľ, zdokonaľiť a zintenzívniť procesy interdisciplinárnej všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v oblasti podpory zdravia (= nefarmakologické intervencie) ako aj intersektoriálnej spolupráce, čo v iniciálnej fáze zintenzívnenia pôsobenia vždy predpokladá nasmerovanie potrebného objemu finančných prostriedkov do danej oblasti.

If possible comment also specifically on issues as follows:

- I. Delays in eHealth implementation and its impact on SK healthcare once operational
Oneskorenie zavádzania e-Healthu v oblasti public health podľa nášho názoru oddďaľuje systémové možnosti podpory zdravia obyvateľov avšak celkom ich realizáciu nevylučuje v

⁵ dostupný na internetovej stránke Úradu vlády SR –online, citované 9. januára 2015
<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=24097>

prípade, že by došlo minimálne k úprave príslušných platobných mechanizmov. Širšia prevencia sa môže začať realizovať skôr, aj bez zavedenia e-Health.

II. Scope to further regulate ambulance services (unjustified used of the service)

III. Scope to cut expenditures on pharmaceuticals and medical tools

Náklady sa síce znižujú, ale to zatiaľ neznamená, že pacient bude spokojnejší a zdravší. Keďže absentuje rozsiahlejší systém podpory zdravia obyvateľstva posilnený rozsiahlejším systémom nefarmakologických intervencií,⁶ koncept dlhodobej starostlivosti a integrácie komunitnej a zdravotnej starostlivosti sa pripravujú už cca 20 rokov, ale zatiaľ neboli do praxe premietnuté, jednostranná orientácia len na znižovanie výdavkov zdravotných poisťovní síce môže na jednej strane môže priniesť úspech zdravotných poisťovní v podobe úspory financií, ale na druhej strane zaťaženie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti napríklad v podobe ich solidárnosti so zdravotnými poisťovňami ako spolufinancovateľmi zdravotnej starostlivosti v prípade neuhradenia tzv. nadlimitných výkonov, alebo v podobe odloženej zdravotnej starostlivosti, zanedbanie sledovania a reagovania na rizikové faktory zdravia u pacienta a v konečnom dôsledku zaťaženie pacienta v podobe ďalšieho zhoršovania zdravia.

IV. Efforts to roll-out prevention programmes including incentives for doctors and patients

Stimuly pre lekárov, zdravotníckych pracovníkov podporujúcich činnosť lekárov a pacientov na zintenzívnenie prevencie a systematických intervencií sú vovšeobecnosti zatiaľ minimálne – pozrite vyššie – platobné mechanizmy, prílišná (legislatívne zakotvená) orientácia na výkon (= realizácia čo najviac výkonov, duplikácia výkonov pre zabezpečenie potrebných financií a pod., ďalej viď napríklad projekt poisťovne, podľa ktorého sú diagnostické výkony nemocnic hradené nižšou sumou ako operačné, čím sú nemocnice na jednej strane motivované operovať, ale na druhej strane demotivované vykonávať prevenciu a podobne) zohľadnenie potrieb pacienta sa tým paradoxne dostáva potom niekedy až na druhé až tretie miesto v prioritách poskytovateľov.

Concluding word

Looking at the existing reform efforts and at the system globally, do you see any pertinent weak spots and areas where efforts should be strengthened? (ig. loosening of the legal requirements and delegate doctor-specific tasks to other medical staff; regulation of demand side – out-of-pocket payments, standard/non-standard services; issue linked to waiting lists and emergency receptions; regulated minimum wages in the health-care sector; strengthening accountability of hospital managers).

Na vypracovaní odpovedí za SLK spolupracovali:

MUDr. Marian Kollár – prezident Slovenskej lekárskej komory

MUDr. Jozef Weber – člen zahraničného výboru Slovenskej lekárskej komory

MUDr. Zuzana Teremová – členka prezídia a Rady Slovenskej lekárskej komory

PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH – špecialistka pre strategické a implementačné záležitosti SLK

V Bratislave, 16. januára 2015. Schválil: MUDr. Marian Kollár – prezident SLK, 16. januára 2015.

⁶ pritom je všeobecne známe, že pri niektorých civilizačných ochoreniach využitie nefarmakologických intervencií znižujú úmrtnosť až o 80 %