

## AK NEMÁTE ČAS A KAPACITU ČÍTAŤ CELÚ KNIHU, TAK TU SÚ KLÚČOVÉ ZÁVERY:

1. Na pozadí koronakrízy sa tak začína objavovať konflikt medzi etatisticky ladeným ministerstvom (unitár, obmedzenie zisku zdravotných poisťovní a viac kompetencií pre štát), technokratmi na MF SR (snaha o byrokratické riadenie výdavkov) a súkromným sektorom, ktorý sa oprávnenne cíti ohrozený vo svojom základnom podnikateľskom poslaní.
2. V súčasnosti viac ako 90 % účastníkov trhu v slovenskom zdravotníctve sú súkromníci (ambulantní poskytovatelia, špecialisti, polikliniky, poskytovatelia zobrazovacej diagnostiky, laboratóriá, záchranky, nemocnice, lekárne, optiky a ďalšie zdravotnícke zariadenia), a preto je nevyhnutné nachádzať také riešenia, ktoré vytvárajú prienik medzi spoločenskými cieľmi normotvorcu a súkromnými cieľmi jednotlivých subjektov, a to v dlhodobom horizonte.
3. Potvrdením prechodu na trhovo orientovaný model v roku 2004 je analýza *principal component analysis* (Joumard et al., 2010). Slovensko sa v nej po reforme nachádza na pozícii krajín so silnými trhovými signálmi a presne medzi mäkkou a tvrdou reguláciou. Patrí tak do skupiny spolu so Švajčiarskom, s Holandskom a Nemeckom.
4. Slovenské zdravotníctvo za málo peňazí (dlhodobu okolo 6,9 % z HDP s klesajúcou tendenciou) poskytuje málo muziky – má iba priemerné výsledky (17. miesto v EHCI z celkov 35 krajín a 722 bodov z maxima 1 000 bodov). Klub 800 – 8 elitných krajín s najlepším zdravotníctvom je ešte veľmi ďaleko. Čo je alarmujúce, že podiel výdavkov na HDP sa za posledných 20 rokov výrazne nezmenil a nekorešponduje s trendom ekonomického rastu.
5. Koronakríza otestovala slovenské zdravotníctvo (step test) a nedopadlo to vôbec dobre. Prvú vlnu Slovensko zvládlo dobre, druhú neutrálne a tretia je jedna z najhorších na svete. Kríza nepotvrdila, že štát je dobrý vlastník a manažér, práve naopak. Kríza bola zvládnutá vďaka enormnému nasadeniu lekárov, personálu, samospráv a súkromného sektora.
6. Slovenský model má liberálno-trhové „gény“ od čias Zajacovej reformy, ktoré sú potláčané (deformované) nezmyselnými reguláciami, resp. snahami o centralizáciu a zoštátnenie. Je potrebné nastaviť prostredie tak, aby výhody liberálneho trhového nastavenia boli citeľné. Zároveň treba nastaviť, kde má štát výrazne zlepšiť svoju činnosť a kde ju má ubrať.
7. V období antireformy (2006 – 2010 a 2012 – 2020) vlády nepodporovali rast verejných zdrojov ani neumožňovali legálne súkromné zdroje. Treba zásadne pridať verejné zdroje a uvoľniť možnosť legálneho financovania (použitia) súkromných zdrojov podľa jasne definovaných pravidiel. Zároveň v tomto období absentovala snaha o zvyšovanie efektivity systému, a preto sa zvyšovali straty (a dlhy) systému, ktoré nikomu neposlúžili. Premrhala sa tak šanca, ktorú Slovensku poskytli bohaté roky hospodárskeho rastu.

Napriek svojej rozdielnosti majú zvýšený etastický a technokratický tlak spoločnú črtu – absentuje v nich dôraz na preferencie pacientov a spotrebiteľov v zdravotníctve. Jedným z cieľov tohto dokumentu je formulovať takú víziu slovenského zdravotníctva, ktorá rešpektuje práve individuálne potreby a preferencie spotrebiteľov (nie ministerstva, nie technokratov), a práve preto sa opiera o princípy manažovanej konkurencie, ktorá vychádza z modelu maximalizácie úžitku pre spotrebiteľa (Enthoven, 1993).

Zistenie súladu súčasného modelu s princípmi manažovanej konkurencie je dôležité na objektívne posúdenie, kde sa dnes slovenský model nachádza, a zároveň na definovania medzery, ktorú treba zaplniť.

Tabuľka 1 vzájomne mapuje komponenty manažovanej konkurencie podľa Enthovena a model organizácie zdravotného systému na Slovensku. Všimnime si, že slovenský model je rozdelený na stimuly a regulácie. Pridanou hodnotou takéhoto videnia je to, že stimul odkazuje na motivačné faktory v systéme (aby hráči mali motiváciu v ňom byť, fungovať, podnikáť aj dosahovať svoje súkromné ciele) a regulácia referuje o obmedzeniach, ktoré regulujú správanie hráčov (aby sa napĺňali spoločenské ciele).

**Tabuľka 1: Vzájomné namapovanie komponentov oboch modelov**

Princípy manažovanej konkurencie podľa Enthovena		Model organizácie zdravotného systému na Slovensku podľa Pažitný – Zajac	
Oblasť	Princíp	Stimul	Regulácia
Definovať pravidlá spravodlivosti	Každý má byť poistený a má mu byť poskytnuté poistné krytie za atraktívnych podmienok.		Univerzalita zdravotného poistenia založená na solidárnosti.
	Poistovňa nesmie odmietnuť poistenca.		Nie je možnosť odmietnuť poistenca.
	Platí komunitný, nie rizikový rating.	-	-
Vyberať participujúce zdravotné poisťovne	Reguluje vstup a výstup z trhu.		Podmienky licencie, Podmienky výstupu z trhu
	Definuje podmienky fungovania zdravotných poisťovní.	Právna forma a. s. Štandardné corporate governance Možnosť dosahovať zisk Možnosť vytvárať podnikateľskú hodnotu	Tvrde rozpočtové obmedzenia Platobná schopnosť Limit prevádzkových nákladov Čakacie lehoty
	Monitoring kvality	Nezávislosť ÚDZS	
Manažovať proces prepoisťovania	frekvenciu – napr. raz za rok	Ročné uzamknutie	
	pravidlá prepoisťovania		Prihláška Tvrдый DDL

Vytvárať cenovo-elastický dopyt	Príspevok garanta k cene poisťky nesmie byť vyšší ako najnižšia cena poisťky.	-	-
	Podporuje definovanie štandardizovaných balíkov a produktov.	Slobodná voľba platobného mechanizmu Slobodná cenotvorba a flexibilné ceny Slobodná voľba kritérií kontraktu	Zákonný nárok Spoluúčasť poistencov Minimálna sieť
	Podporuje zverejňovanie informácií o kvalite.		Povinné zverejňovanie zmlúv Povinné zverejňovanie indikátorov kvality
	Podporuje výber zdravotnej poisťovne na úrovni jednotlivca, nie zamestnávateľa.	Slobodný výber zdravotnej poisťovne	
Manažovať selekciu rizika	Povinnosť akceptovať všetkých prihlásených poistencov.		Nie je možnosť odmietnuť poistenca.
	Podporuje štandardné balíky/produkty.	-	-
	Kompenzácia rizík – spravodlivé prerozdelenie zdrojov medzi poisťovňami	Miera prerozdelenia ako % z predpísaného poistného	Kompenzácia rizikovej štruktúry
	Monitoring prepoisťovacích praktík	Možnosť využiť maklérov Možnosť finančnej odmeny klientom	Etika
	Monitoring kvality	Možnosť odzmluvniť poskytovateľa zo strany ZP, ak je odchýlka indikátorov kvality opakovaná a štatisticky významná.	Indikátory kvality Zohľadňovanie poradia poskytovateľov podľa indikátorov kvality

Zdroj: Pažitný, 2020, doplnené autormi

Poznámka: Zeleným poľom je zvýraznený chýbajúci komponent.

Predstavená organizačná vízia sa smelo pozerá až do roku 2030 a je rámcovaná:

1. Budúcou organizáciou slovenského zdravotníctva na princípoch manažovanej konkurencie, čím sa bude *konzistentne* pokračovať v reformách začatých v 90. rokoch a hlavne v reformách Rudolfa Zajaca z roku 2004.

2. Budúcim konsenzom na dosahovaní spoločenských a súkromných cieľov, kde je možné, aby sa spoločenské a súkromné ciele dosahovali *súčasne* tak, aby boli rešpektované hodnota pre spotrebiteľa, záujmy spoločnosti, ako aj jednotlivých hráčov zdravotného systému.
3. Budúcou kapacitou získavať verejné a súkromné zdroje na rozvoj zdravotníctva, a to ako zmenami poisťného systému, zvyšovaním platby štátu, tak zavedením inteligentnej schémy spoluúčasti, ako aj mimoriadnymi zdrojmi z plánu obnovy, eurofondov či zdrojov z prípadnej privatizácie VŠZP alebo zdrojov z verejno-súkromných partnerstiev či koncesných modelov.
4. Budúcou modernizáciou slovenského zdravotníctva na základe získaných poznatkov a dopadov covidu-19, kde dôležitú úlohu zohrávajú inovatívne riešenia a vizionárske prvky, akým spôsobom ďalej rozvíjať slovenské zdravotníctva na báze manažovanej konkurencie na pilieroch Zajacovej reformy. Patria sem:
  - *Stewardship*
  - Zákonný nárok ako poisťný produkt
  - Nominálne poisťné
  - Inteligentná schéma spoluúčasti
  - Integrované zdravotné služby
  - Koncesný model
  - *Telehealth* a telemedicína
  - Elektronizácia a digitalizácia

Zasadenie vízie do týchto pevných rámcov vymedzuje predstavenú víziu ako dosiahnuteľnú a realizovateľnú, ktorá rešpektuje súčasné legislatívne piliere slovenského zdravotníctva, konkrétne zákony:

- 576/2004
- 577/2004
- 578/2004
- 579/2004
- 580/2004
- 581/2004