

Martin Vlachynský

CHÝBAJÚCI ZDRAVOTNÍCI: 21 ZLEPŠENÍ



CHÝBAJÚCI ZDRAVOTNÍCI: 21 ZLEPŠENÍ

Autor: Martin Vlachynský

Fotografia na obálke: Pixabay

Rok vydania: 2022

Obsah

Zhrnutie	1
Pod'akovanie	2
Úvod	3
1 Súčasný a budúci stav	4
1.1 Svet	4
1.2 Slovensko	5
1.3 Nedostatok? Čo to presne je?	8
1.4 Zlepšenia	11
2 Viac bielych plášťov	13
2.1 Vzdelanie - lekári	13
2.2 Vzdelanie - ostatní zdravotníci	14
2.3 Podmienky pre starších zdravotníkov	15
2.4 Rómske komunity	15
2.5 Mzdy	16
2.6 Zahraniční pracovníci	17
3 Viac zdravotníkov nebude	19
3.1 Zmena kompetencií	19
3.2 Administratívna činnosť	21
3.3 Aktívnejšie ovplyvňovanie dopytu po zdravotných službách	22
3.4 Outsourcing	23
3.5 Emancipovanejší pacient a rodina	24
3.6 Gig ekonomika v zdravotníctve	24
4 Technológie - umožnená evolúcia	26
4.1 Henry Ford z Indie	27
4.2 Technológie zajtrajška(?)	27
5 Záver	29
O autorovi	30

Zhrnutie

Táto publikácia v úvodnej časti kapitole popisuje problém nedostatku zdravotníkov vo svete a najmä na Slovensku. Vo zvyšných častiach sa zameriava na možné zlepšenia problému nedostatku zdravotníckych pracovníkov. Tie sa zameriavajú ako na extenzívne aj intenzívne zvýšenie dostupnosti zdravotníckych služieb.

Počet zdravotníkov je však celosvetovo diskutovaná otázka. WHO očakáva 18 miliónov chýbajúcich zdravotníkov v roku 2030, hlavne v krajinách s nižším a stredným príjmom. Dvaja z piatich dnes aktívnych lekárov v USA budú v nasledujúcej dekáde vo veku 65 a viac rokov. Medzi zdravotníckymi pracovníkmi nižších stupňov (zdravotnícki asistenti a pod.) má behom nasledujúcich 5 rokov chýbať 3,2 milióna zamestnancov. V Nemecku bolo v roku 2021 nenaplnených 14 000 sesterských pozícií v nemocniciach a ďalších 8 000 na jednotkách intenzívnej starostlivosti, pri lekároch sa píše o 5 000 pozíciách. Takmer polovica všeobecných lekárov vo Francúzsku v roku 2019 hlásila, že už neberie nových pacientov.

Kým počet lekárov na Slovensku v posledných 12 rokoch narástol zhruba o 13 %, počet sestier poklesol približne o 3 %. Podiel lekárov vo veku nad 65 rokov narástol z necelých 7 % v roku 2009 na viac ako 16 % v roku 2020. V prípade lekárov sa však aspoň udržiava, respektíve mierne zvyšuje podiel mladých lekárov. Na rozdiel od lekárov však výrazne klesá podiel mladších sestier. Kategória pod 40 rokov tvorila v roku 2009 takmer 44 %, v roku 2020 to bolo už len 22 % sestier. Podľa Európskej komisie (údaj z marca 2020) bude do roku 2030 na Slovensku chýbať viac ako tritisíc lekárov a 9 900 sestier. Významne viac lekárov je v Bratislavskom kraji (viac ako 6 lekárov na 1 000 obyvateľov) oproti iným krajom (2,5 - 4 lekári na 1 000 obyvateľov). Kým v roku 2009 bolo na 1 000 ľudí vo veku 65+ k dispozícii 27 lekárov a 49 sestier, v roku 2020 ich bolo už len 22 a 34.

Kroky na zlepšenie tohto stavu sme rozdelili na dve podskupiny. Jedny sú extenzívne, zaoberajú sa kvantitou, teda tým, ako zvýšiť absolútny počet zdravotníkov, alebo aspoň udržať či spomaliť ich pokles. Druhá časť sa zaoberá intenzívnymi zmenami, teda tým, ako vyprodukovať viac služieb bez potreby dodávania ďalších pracovníkov dnešných typických zdravotníckych kvalifikácií.

Extenzívne:

1. Reforma vzdelávania lekárov a atestačnej praxe
2. Reflektovanie správy NKÚ o rezidentskom štúdiu, stanovenie konečného cieľa
3. Preskúmanie možnosti zvýšenia kapacity stredných zdravotných škôl
4. Reflektovať zistenia NKÚ pri strednom školstve v oblasti zdravotníctva
5. Analýza prekážok ďalšieho rozvoja čiastočných úväzkov v zdravotníctve
6. Vytvorenie stratégie pre nábor rómskych zdravotníkov
7. Postupný ústup zo mzdového automatizmu
8. Zlepšenie regulačných podmienok pre rozvoj polikliník a sietí ambulancií, umožnenie vzniku viacerých typov zmluvných sietí
9. Program na hladký vstup zdravotníkov z tretích krajín na Slovensko, obzvlášť ukrajinských utečencov

Intenzívne:

10. Pravidelné prehodnocovanie kompetencií všetkých účastníkov v sektore s cieľom zvýšiť zapojenie, vrátane podmienok vzdelania. Ako štartovací bod sa ponúka zapojenie rozsiahlej siete lekární do poskytovania zdravotnej starostlivosti a prehodnotenie povinného vzdelania a rolí nižšieho zdravotného personálu.
11. Pravidelný audit byrokratických povinností v zdravotníctve a ich eliminácia na spôsob podnikateľského „kilečka“
12. Zavedenie poplatkov aspoň v najproblematickejších odvetviach (záchranky a pod.)
13. Alternatíva poplatku k výmennému lístku
14. Postupné budovanie nárokovateľných čakacích lehôt
15. Zjednodušenie administratívnej dostupnosti liečby (preskripčné a indikačné obmedzenia)
16. Povinný dial'kový (telefón, aplikácia) rozhovor pred bezplatnou návštevou lekára
17. Rozvoj možnosti alikvotného preplatenia relevantných výkonov aj v zahraničí
18. Výrazné posilnenie výuky o zdraví a ľudskom tele v školách
19. Vytvorenie legálneho a morálneho priestoru na zapojenie rodinných príslušníkov do vykonávania zdravotnej starostlivosti
20. Príprava legislatívnej pôdy pre flexibilnejšie formy kontraktov medzi poskytovateľmi a zdravotníkmi
21. Technológiám sa darí v systéme, kde inovácie nie sú nariadené zhora, ale účastníci systému po nich sami siahajú, pretože im prinášajú konkurenčnú výhodu. Šírenie inovácií v zdravotníctve preto potrebuje menej direktívne a viac konkurenčné nazeranie na systém.

Pod'akovanie

Za cenné rady a pripomienky ďakujeme Miriam Lapuníkovej, Mariánovi Faktorovi, Martinovi Kultánovi a spoločnosti Agel.

Na činnosť INESS prispeli aj zdravotné poisťovne Dôvera a Union.

Úvod

Téma nedostatku zdravotníckych pracovníkov sa počas pandémie dostala na Slovensku medzi najvyššie priečky sledovanosti. Je to však problém dlhodobý, ktorý sa podobá plávajúcemu ľadovcu – najväčšiu časť zatiaľ nevidieť.

Táto publikácia v prvej kapitole popisuje problém nedostatku zdravotníkov vo svete a najmä na Slovensku. Štatistik a analýz na túto tému v posledných rokoch zaznelo pomerne dosť, preto sa zameriavame skôr na sumarizáciu doterajších zistení.

Vo zvyšných častiach publikácie sa venujeme možným zlepšeniam problému nedostatku zdravotníckych pracovníkov. Tieto zlepšenia majú viacero rozmerov. Budeme sa baviť o zvýšení počtu zamestnancov v tomto odvetví, ale aj o tom, že absolútne zvýšenie počtov zdravotníkov je v budúcnosti skôr nepravdepodobné. Súčasný model zdravotníctva bude musieť prejsť rozsiahlymi vnútornými zmenami, ak má ďalej rozvíjať dostupnosť, rozsah a kvalitu služieb pre ľudí.

Našťastie, zlepšenia ležia pred nami, stačí sa ich prestať báť.

1 Súčasný a budúci stav

Diskusiu o zdravotníkoch na Slovensku sprevádza konštatovanie faktov o tom, koľko z nich odišlo, odchádza, alebo plánuje odísť do zahraničia. Z toho by mohol nezaujatý divák nadobudnúť dojem, že sa jedná primárne o problém Slovenska a podobných (východoeurópskych) ekonomík. Počet zdravotníkov je však celosvetovo diskutovaná otázka.

1.1 Svet

Analýza z roku 2017¹ postavená na dátach WHO o globálnych počtoch zdravotníkov a očakávaných zdravotných potrebách populácie prišla k záveru, že kým v roku 2013 bolo na svete zhruba 40 miliónov zdravotníckych pracovníkov, tak v roku 2030 ich bude potreba 80 miliónov. Ich reálny počet na základe očakávaných trendov má byť iba 65 miliónov, čo znamená globálny deficit 15 miliónov zdravotníkov. Samotné WHO na svojich stránkach píše dokonca o 18 miliónoch² chýbajúcich zdravotníkov v roku 2030, hlavne v krajinách s nižším a stredným príjmom.

Nie je prekvapujúce, že horšie vyhliadky sú v rozvojových štátoch. Afrika má podiel³ 24 % na svetovom zaťažení chorobami („disease burden“), no len 3 % podiel na zdravotníkoch vo svete. Naopak, dva americké kontinenty sú domovom pre 37 % zdravotníkov sveta, kým ich obyvatelia znášajú 10 % svetového zaťaženia chorobami.

Potreba zdravotníkov nie je nezávislé číslo. Je funkciou vyspelosti ekonomiky. Spojené štáty americké sú krajina s jednoznačne najväčšími zdrojmi na zdravotníctvo vo svete. Zdravotníctvo tvorí takmer pätinu americkej ekonomiky, čo znamená 12 500 dolárov ročne na osobu, zhruba 2-krát viac ako v Nemecku. Americké univerzity a nemocnice poskytujú fantastický priestor pre zdravotnícku kariéru. Napriek tomu sú americké médiá plné alarmujúcich správ o nedostatku zdravotníkov. Dvaja z piatich⁴ dnes aktívnych lekárov v USA budú v nasledujúcej dekáde vo veku 65 a viac rokov. Medzi zdravotníckymi pracovníkmi nižších stupňov (zdravotnícki asistenti a pod.) má behom nasledujúcich 5 rokov chýbať 3,2 milióna⁵ zamestnancov, počet pracovných pozícií pre zdravotné sestry má rásť najrýchlejšie⁶ spomedzi všetkých profesií v americkej ekonomike. Už v roku 2021 bolo 53 otvorených pozícií⁷ registrovaných sestier na jednu uchádzačku. V roku 2032 má v USA chýbať vyše 120 000 lekárov⁸. Jedná sa pritom o lukratívne zamestnania aj na americké pomery. Registrovaná zdravotná sestra v USA v roku 2020 zarobila mediánovú mzdu 75 000 dolárov ročne⁹, všeobecný lekár 240 000 dolárov a špecialista 344 000 dolárov ročne¹⁰.

Podobne bolo v Nemecku v roku 2021 nenaplnených 14 000¹¹ sesterských pozícií v nemocniciach a ďalších 8 000 na jednotkách intenzívnej starostlivosti, pri lekároch sa píše o 5 000 pozíciách¹². Takmer polovica¹³ všeobecných lekárov vo Francúzsku v roku 2019 hlásila, že už neberie nových pacientov.

Tieto príklady ilustrujú, že „nedostatok“ zdravotníkov je oveľa komplexnejší problém ako mzdy či atraktivita pracovného prostredia a týka sa celého sveta.

1 <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2>

2 https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

3 <https://www.weforum.org/agenda/2019/07/5-ways-to-bridge-the-global-health-worker-shortage/>

4 <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/aamc-report-reinforces-mounting-physician-shortage>

5 <https://www.hcinovationgroup.com/policy-value-based-care/news/21241090/mercer-report-healthcare-labor-shortage-will-continue-to-grow>

6 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>

7 <https://www.axios.com/health-care-employment-worker-squeeze-d963ef94-db74-4864-a75c-128f9d58ea27.html>

8 <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/new-findings-confirm-predictions-physician-shortage>

9 <https://money.usnews.com/careers/best-jobs/registered-nurse/salary>

10 <https://weatherbyhealthcare.com/blog/annual-physician-salary-report>

11 <https://www.iamexpat.de/career/employment-news/germanys-shortage-nursing-staff-continues-worsen>

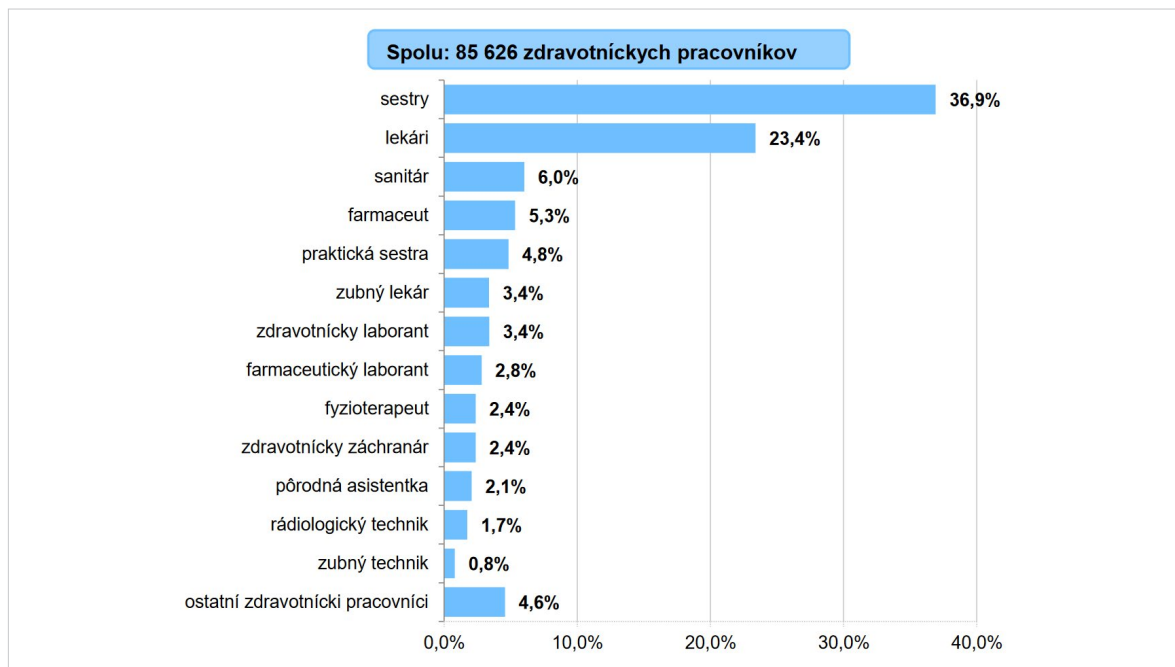
12 <https://www.dw.com/en/doctor-shortage-in-germany-called-acute/a-1071282>

13 https://www.french-property.com/news/french_health/doctor_shortages

1.2 Slovensko

Na základe spracovaných údajov NCZI pracovalo v roku 2020 v slovenskom zdravotníctve 114 284 pracovníkov (ženy 89 364; muži 24 920) – fyzických osôb, pričom 74,9 % (v počte 85 626) z nich boli zdravotnícki pracovníci. V rámci zdravotníckych povolání boli zastúpené najväčším podielom sestry 36,9 %, ďalej to boli lekári 23,4 %, sanitári 6 %, farmaceuti 5,3 % alebo praktické sestry/zdravotnícki asistenti 4,8 %.

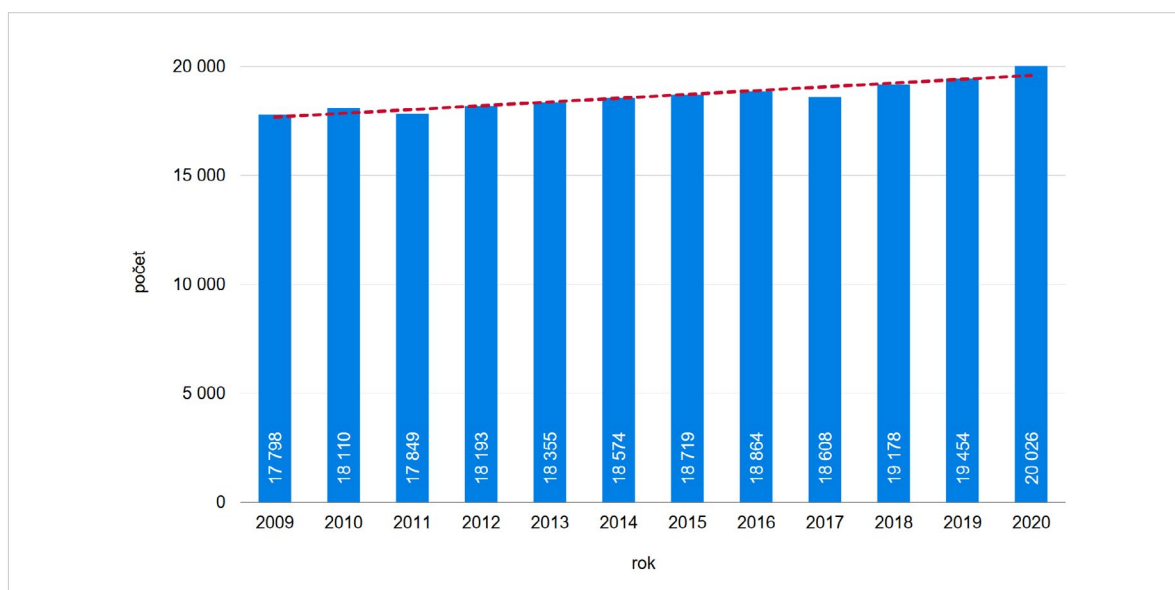
Graf 1: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov podľa povolania za rok 2020



Zdroj: NCZI¹⁴

Utvoriť si predstavu o doterajšom aj nadchádzajúcom vývoji nám pomôžu grafy počtu lekárov a sestier a ich vekového zloženia. Kým počet lekárov na Slovensku v posledných 12 rokoch narástol zhruba o 13 %, počet sestier poklesol približne o 3 %. Upozorňujeme však, že pandemický rok 2021 môže týmito číslami zamiešať, dáta však momentálne ešte nie sú dostupné.

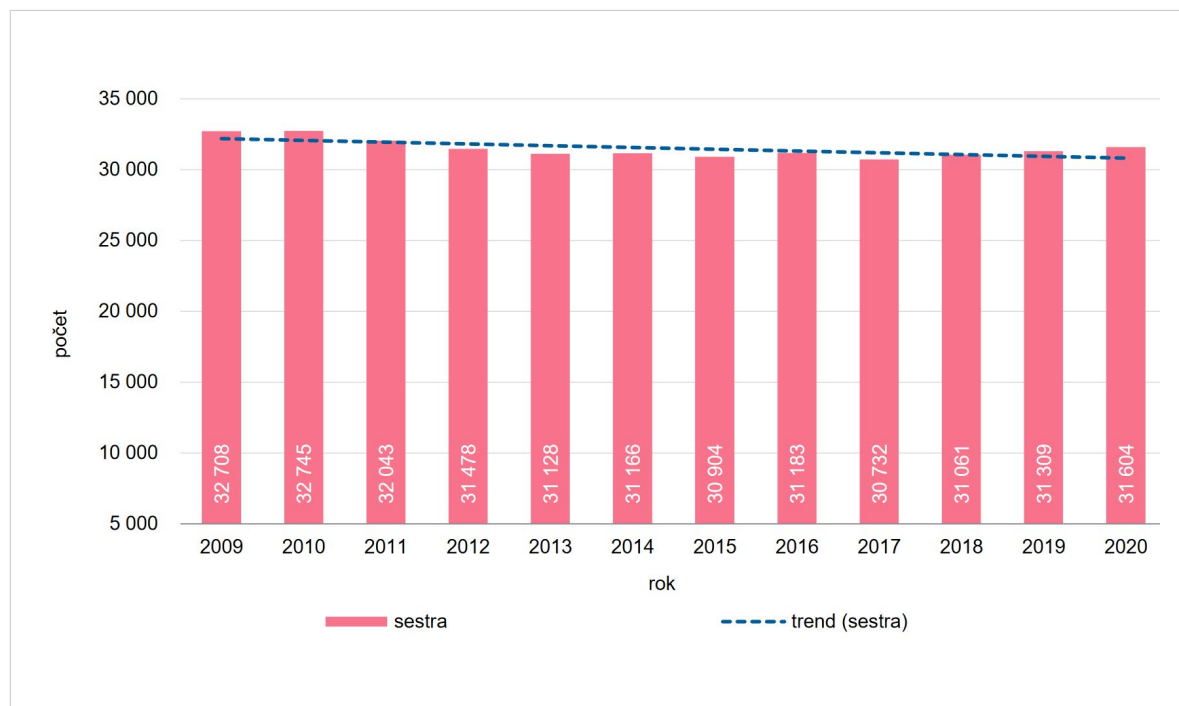
Graf 2: Počet lekárov za obdobie rokov 2009 - 2020



Zdroj: NCZI

¹⁴ https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Pracovnici_zdravotnictve/Pracovnici_v_zdravotnictve_SR_2020.pdf

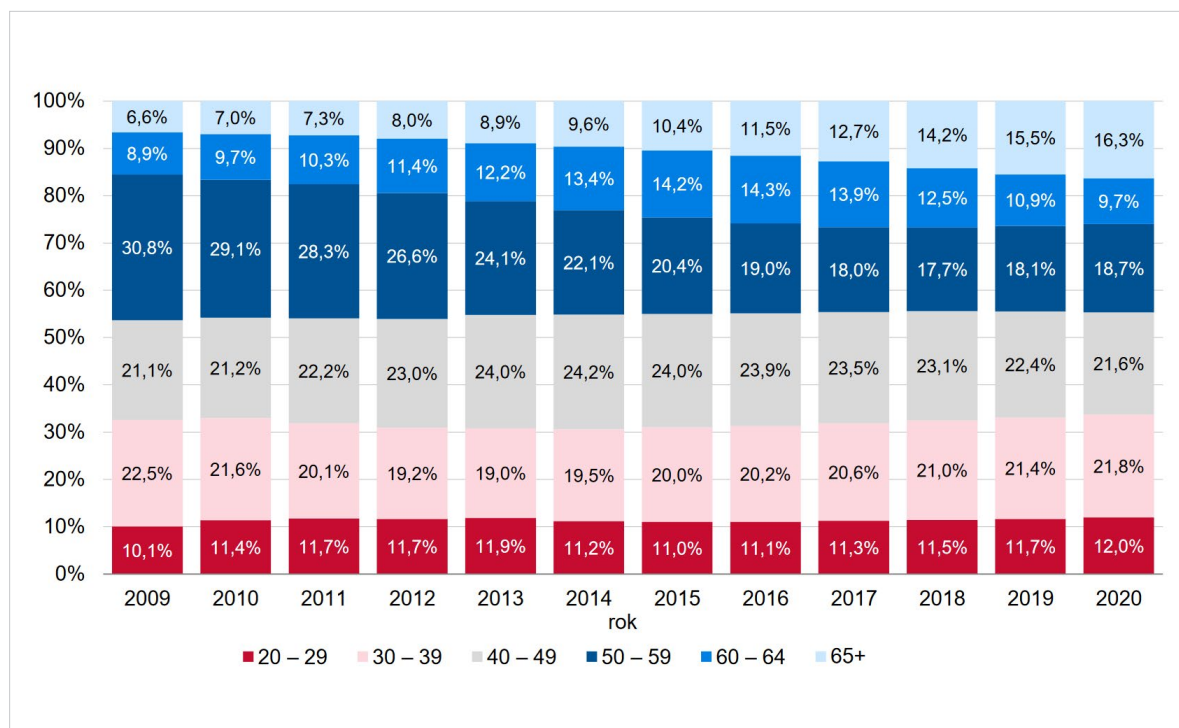
Graf 3: Počet sestier za obdobie rokov 2009 - 2020



Zdroj: NCZI

Zásadnou informáciou je aj veková štruktúra oboch profesií, kde je starnutie očividné. Podiel lekárov vo veku nad 65 rokov narástol z necelých 7 % v roku 2009 na viac ako 16 % v roku 2020. V prípade lekárov sa však aspoň udržiava, respektíve mierne zvyšuje podiel mladých lekárov.

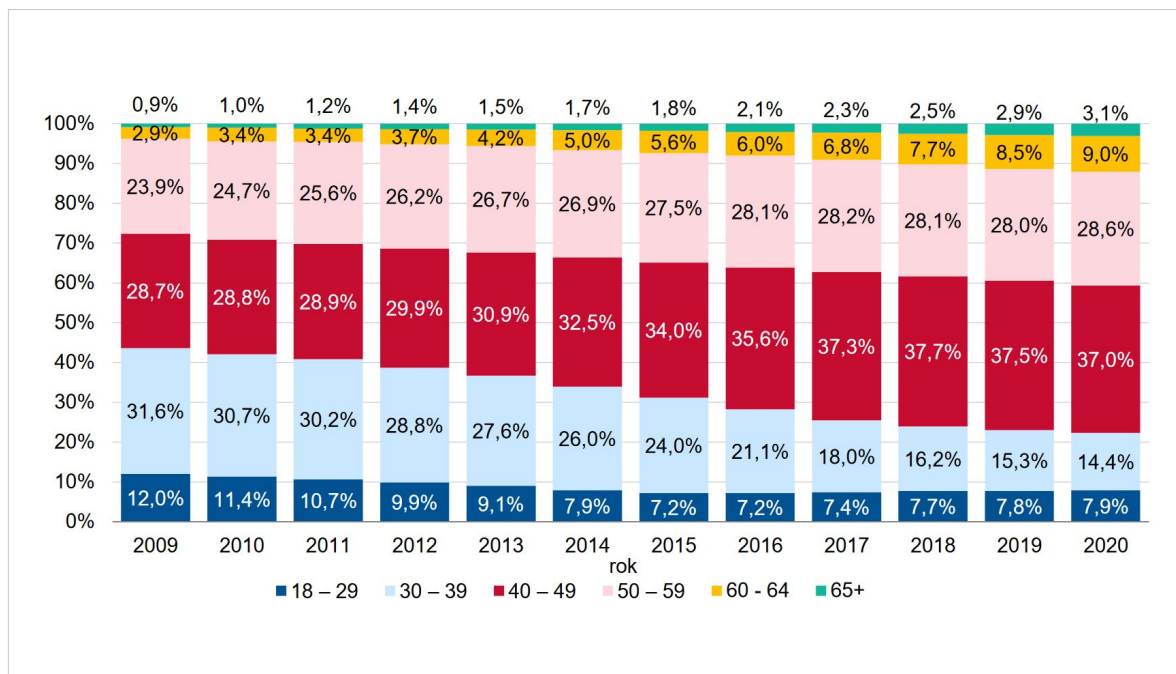
Graf 4: Veková štruktúra lekárov za obdobie rokov 2009 - 2020



Zdroj: NCZI

To sa nedá povedať o zdravotných sestrách. Podiel kategórie 65+ je síce podstatne menší ako v prípade lekárov, no takisto rýchlo rastie. Na rozdiel od lekárov však výrazne klesá podiel mladších sestier. Kategória pod 40 rokov tvorila v roku 2009 takmer 44 %, v roku 2020 to bolo už len 22 % sestier. Jedinou pozitívnou správou je počet zdravotníckych asistentov (chvíľu známych aj ako „praktická sestra“), ktorí z 1 100 ľudí v roku 2009 narástli na 4 100 v roku 2020.

Graf 5: Veková štruktúra sestier za obdobie rokov 2009 - 2020



Zdroj: NCZI

Z napísaného je zjavné, že skutočný pokles počtu zdravotníkov na Slovensku ešte len začína. Podľa Európskej komisie (údaj z marca 2020) bude do roku 2030 na Slovensku chýbať¹⁵ viac ako tritisíc lekárov a 9 900 sestier. Z iných zdrojov (najmä profesných komôr a združení, či zo strany Ministerstva zdravotníctva) zazneli v minulosti aj iné čísla¹⁶. Pre naše účely nie je podstatná presná suma, postačí konštatovanie, že deklarovaný nedostatok v nasledujúcich rokoch bude dosahovať rád tisícov.

Nie je tajomstvom, že slovenskí zdravotníci odchádzajú aj do zahraničia. Napríklad ale vo vzťahu k Českej republike bola situácia v posledných 5 rokoch pred pandemiou relatívne stabilná, minimálne z hľadiska lekárov. Počty slovenských lekárov v tomto období rástli len veľmi mierne. Štatistika však zachytáva len lekárov, ktorí neštudovali v ČR. Slovenských lekárov vyštudovaných na českých univerzitách je v krajine ďalších 4000.

Tabuľka 1: Lekári s cudzou lekárskou fakultou v ČR

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020	2021
Celkom	624	1711	1948	2644	3232	3246	3321	3341
Slovensko	524	1564	1679	2008	2218	2223	2241	2223

Zdroj: ČLK¹⁷

15 <https://www.webnoviny.sk/vzdravotnictve/nedostatok-sestier-a-lekarov-na-slovensku-sa-moze-prehlbit-varuje-europska-komisia/>

16 <https://www.webnoviny.sk/kalavska-sestry-chybaju-avsak-nie-az-tolko-kolko-uvadza-komora/>

17 <https://www.zdravotnickidenik.cz/2022/02/lekaru-z-ukrajiny-v-cr-pribyva-proti-roku-2010-je-jich-osmkat-vice/>

Okrem kvantitatívneho aspektu celkového počtu zdravotníkov existujú aj kvalitatívne aspekty. Významne viac lekárov¹⁸ je v Bratislavskom kraji (viac ako 6 lekárov na 1 000 obyvateľov) oproti iným krajom (2,5 - 4 lekári na 1 000 obyvateľov). V niektorých špecializáciách sa vyskytuje kombinácia nadpriemerného nedostatku ľudí a veľmi vysokého priemerného veku (všeobecné lekárstvo, pediatria, detská psychiatria...).

Z hľadiska podielu na pracovnej sile tvoria zdravotné sestry a pôrodné asistentky 2,2 % zo všetkých zamestnancov na Slovensku, čo je rovnaká hodnota ako je priemer EÚ, podobne ako má Rakúsko (2,2 %) Česko (1,9 %) či Holandsko (2,3 %), ale menej ako v Nemecku, Nórsku či Fínsku, kde je to viac ako 3 % pracovnej sily¹⁹.

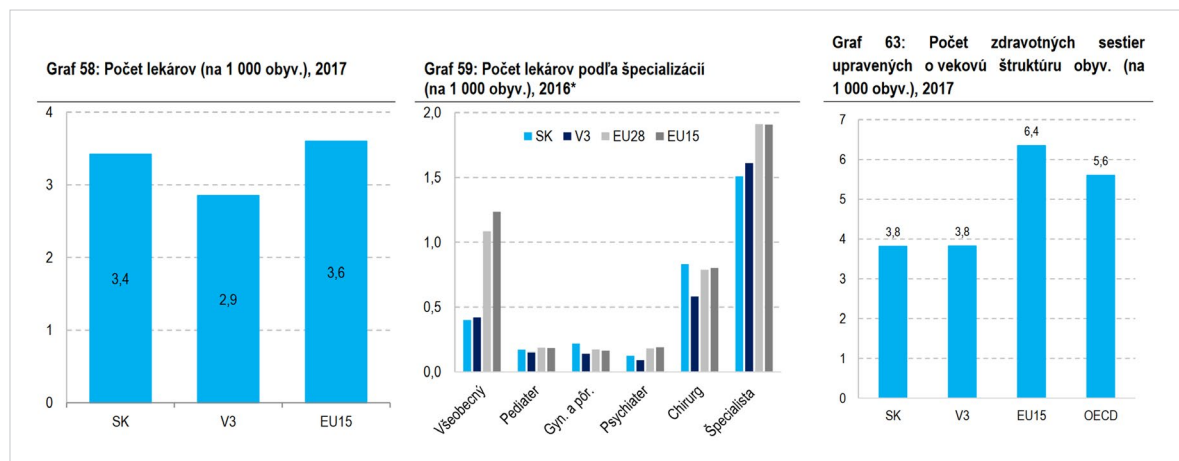
1.3 Nedostatok? Čo to presne je?

S pojmom „nedostatok zamestnancov“, či už sú to zdravotníci, rušňovodiči, alebo programátori, sa v médiách niekedy pracuje ako s objektívnym, nezávislým číslom. Objektívny môže byť nedostatok paliva v nádrži (motor zhasne), alebo kyslíka v krvi (človek zomrie). V prípade spoločenského „nedostatku“ sa však vždy bavíme o nedostatku voči nejakému vykonštruovanému ideálu. Pre pochopenie problematiky je práca s pojmom „nedostatok zdravotníkov“ dôležitá, preto sa pri ňom na chvíľu zastavíme.

Vonkajšie porovnanie

Nedostatok môžeme vnímať pri vonkajšom porovnaní Slovenska s iným štátom. Pri pohľade na relatívne počty zdravotníkov na Slovensku a v západnej Európe je zjavný rozdiel pri sestrách, menej už pri lekároch. Priemerné hodnoty (v prepočte na 1 000 obyvateľov) však nezachytávajú pomerne širokú škálu hodnôt. Menší počet lekárov ako Slovensko má (podľa dát WHO²⁰) napríklad Spojené kráľovstvo, Francúzsko, Spojené štáty aj Kanada. Naopak výrazne vyšší počet má napríklad Bielorusko, Gruzínsko či Kazachstan. V prípade sestier je jedinou vyspelou krajinou s výrazne nižším počtom Grécko, drvivá väčšina vyspelých krajín má výrazne vyšší relatívny počet sestier. V prípade „východného bloku“ je situácia podobná, hoci aj tu existujú štatistickí premianti v podobe Česka či Slovinska, ale aj niektorých postsovietskych štátov (Bielorusko).

Graf 6: Medzinárodné porovnanie počtov zdravotníkov



Zdroj: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II²¹

18 <https://www.linkedin.com/pulse/%C4%8Dasovan%C3%A1-bomba-v-lek%C3%A1rskych-ambulanci%C3%A1ch-11%C4%8Das%C5%A5-jozef-mathia/>

19 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200512-1>

20 <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

21 https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia_zdravotnictvo_2.pdf

Pozorný čitateľ si všimne, že niektoré dáta si vyžadujú bližšie skúmanie. Najmä v prípade zdravotných sestier a ošetrovateľského personálu je medzinárodné porovnanie niekedy problematické, pretože štáty môžu jednotlivé kategórie (napríklad diplomovaná zdravotná sestra, zdravotný asistent...) reportovať rôzne. Presné číselné hodnoty preto prosím berte s istou rezervou, kľúčové sú aspoň približné proporcie.

Podkapitolu zhrnieme konštatovaním, že vonkajšie porovnanie závisí od rámca, do ktorého zasadíme Slovensko. Zároveň (primárne pri lekároch) platí, že aj vyspelá krajina môže mať podpriemerný počet zdravotníkov a fungujúce zdravotníctvo.

Vnútorne porovnanie

Ďalším spôsobom, ako identifikovať „nedostatok“, je urobiť porovnanie v rámci jednej krajiny. To môže byť časové, teda jednoduchý vývoj celkového počtu zdravotníkov v krajine, pričom minulosť berieme za štandard. Ako sme si ukázali na grafoch vyššie, ak berieme ako štandard nedávnu minulosť, lekárov pribudlo a sestier (pred covidom) dramaticky neubudlo. Ak pohľad natiahneme viac do minulosti, vidíme ubúdanie celkového počtu pracovníkov v zdravotníctve, ale nárast počtu lekárov.

Tabuľka 2: Vývoj počtu pracovníkov v zdravotníctve na Slovensku

	1960	1970	1980	1988	2000	2010	2015
Vývoj počtu pracovníkov úhrn za celý rezort	59 386	76 173	106 762	127 203	120 773	108 079	106 682
Z toho lekári spolu	6 159	9 802	16 198	18 678	19 894	18 110	18 719
Počet obyvateľov na 1 lekára	652	463	308	282	272	300	290

Zdroj: Búranie mýtov²²

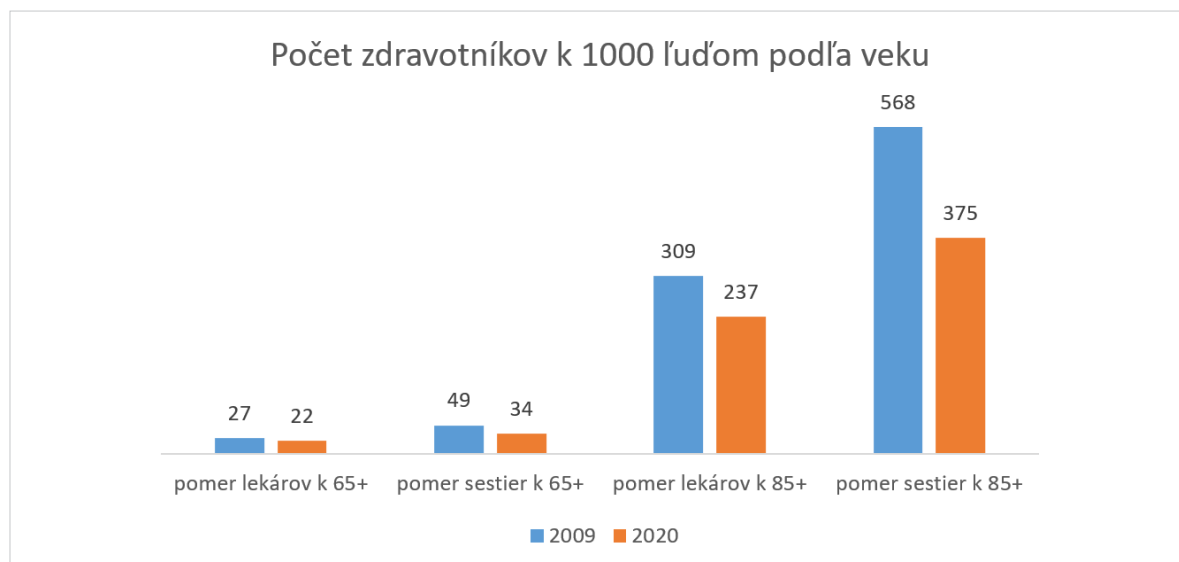
Vnútorne porovnanie môžeme spraviť aj na základe existujúcich štandardov a normatífov, napríklad v podobe počtu sestier na existujúce lôžko. Počet lôžok krát normatív poskytne referenčný rámec, s ktorým je možné porovnať existujúci a budúci stav. Problém tohto porovnania je čiastočne v normatíve (môže sa v budúcnosti zmeniť, napríklad vďaka nových technológiám či postupom, ktoré ušetria prácu) a hlavne v počte postelí. Aj počet postelí sa môže v budúcnosti zásadne meniť, napríklad rozvojom jednoduchovej chirurgie.

Ďalšou možnosťou je porovnať vývoj pracovníkov nie v absolútnych hodnotách, ako je zaznačené v grafoch vyššie, ale v hodnotách vážených vekovou štruktúrou obyvateľov. Väčšina zdravotnej starostlivosti sa spotrebováva až v dôchodkovom veku (menšia časť ešte v prvých dvoch rokoch života). Preto je rozdiel mať 5 zdravotných sestier na 1 000 obyvateľov, z ktorých je len 100 dôchodcov a 5 sestier na 1 000 obyvateľov s 300 dôchodcami.

Pri takomto porovnaní vidíme už dnes dramatické zmeny. Kým v roku 2009 bolo na 1 000 ľudí vo veku 65+ k dispozícii 27 lekárov a 49 sestier, v roku 2020 ich bolo už len 22 a 34. Momentálne sa Slovensko nachádza vo fáze intenzívneho demografického prechodu, keď podiel 65+ má v roku 2070 presiahnuť 31 % a z toho podiel kohorty 85+ má dokonca presiahnuť 14 % obyvateľstva v roku 2070.

²² <https://buraniemytov.sk/wp-content/uploads/Socializmus%20-%20realita%20namiesto%20m%C3%BDtov.pdf> (str.227)

Graf 7: Počet zdravotníkov k 1000 obyvateľom podľa veku



Zdroj: NCZI, ŠÚ²³, prepočet INESS

Váženie počtu zdravotníkov vekom obyvateľov je trochu hrubá, ale na ilustráciu viac ako výpovedná metóda. Pre získanie detailnejšieho pohľadu je možné začať vek rozmieňať na jednotlivé diagnózy a ich vývoj a vážiť počet zdravotníkov počtom diagnóz.

Od liečenia k zlepšovaniu života

Všetky doteraz predstavené metódy hľadania nedostatku sú „mechanické“ – mechanicky porovnávajú počty zdravotníkov a množstvo úkonov, ktoré musia vykonať. Neopúšťajú však existujúci rámec nazerania na zdravotníctvo. Ten je prísne medicínsky a pracuje s úkonmi „liečenia“. Spoločenské predstavy o zdravotníctve sa však vyvíjajú. Rozširuje sa dopyt ľudí po tom, čo chcú robiť so svojím telom a v akom stave ho chcú mať. Liečenie sa posúva viac k zlepšovaniu života, alebo trefnejšie anglicky – „treatment“ sa mení na „well being“.

Požiadavkou na zdravotné služby už nie je len odvrátiť smrť či ťažké poškodenie tela. Ľudia si chcú čo najdlhšie zachovať schopnosť športovať, byť sexuálne aktívni, psychickú pohodu či fyzickú atraktivitu. Už v roku 1948 WHO zadefinovalo zdravie ako „stav kompletnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody, nie jednoduchá absencia choroby či vady“ – takáto definícia je však zhora neobmedzená (nedá sa dosiahnuť telesná a psychická dokonalosť), preto sa zdravotnícke riešenia stále rozširujú.

V praxi to na jednej strane znamená, že tí istí zdravotníci riešia stále širšiu škálu problémov (napr. upravujú nosy, implantujú vlasy, rovnajú zuby, pomáhajú v dosiahnutí vyšších športových výkonov...). Na strane druhej to znamená aj rozširovanie toho, čo si predstavíme pod pojmom „zdravotnícke služby“ – k ambulanciám a lekárom v plášťoch pribúdajú fyzioterapeuti, poradne, ale aj inteligentné hodinky či dátové služby a služby umelej inteligencie. Aplikovanie mierky dnešného sektora zdravotníctva na budúcnosť vzdialenú roky preto nevyhnutne vedie k nereálnym predstavám o nedostatku, v dobrom aj v zlom.

Preto v nasledujúcom texte budeme používať aj termín „manažment zdravia“. Zahŕňa nie len lekárske a zdravotnícke výkony, ale aj také veci, ako sú administratívne úkony (potvrdenie PN...), zber a spracovanie dát (wearables...), infraštruktúru (webové stránky...) a čokoľvek iné, spojené so službami okolo analýzy a zlepšovania tela človeka.

²³ http://statdat.statistics.sk/cognosext/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=storeID%28%22i73A51921BEAC4C85B747133F2FF9824A%22%29&ui.name=Vekov%2c%20skupiny%20-%20SR%2c%20oblasti%2c%20kraj%2c%20okresy%2c%20mesto%2c%20vidiek%20%5bom7007rr%5d&run.outputFormat=true&cv.header=false&ui.backURL=%2fcognosext%2fcps4%2fportlets%2fcommon%2fclose.html&run.outputLocale=sk

Existuje nedostatok zamestnancov?

Pomerne často z médií počuť vyjadrenia o nedostatku vodičov kamiónov či programátorov. Je to však len rétorický obrat. Ich množstvo priamo úmerne zodpovedá ochote spotrebiteľov platiť za ich služby. Stačí zvyšovať ponukovú cenu až do momentu, kým sa voľný vodič alebo programátor nezjaví. Ak takú cenu nie sme ochotní zaplatiť, znamená to, že iné potreby majú u nás vyššiu prioritu, ako prepravenie tovaru či naprogramovanie aplikácie. Rastúca cena zároveň do odvetvia láka nových poskytovateľov služieb.

Problém nastáva, ak je cenový mechanizmus porušený. V prípade programátorov existuje minimum prekážok. Platby za IT služby sú neregulované a vstup do odvetvia je otvorený, stačí vedieť programovať. V prípade vodičov kamiónov sa objavujú prvé poľená pod nohami – vstup do odvetvia nie je voľný (potreba vodičského oprávnenia), existujú cezhraničné obmedzenia, regulácie ohľadom vozidiel a nákladu a podobne. Stále je však otvorená strana dopytu – dopytové ceny za služby prepravy sú plne v rukách zákazníkov.

V prípade zdravotníctva tento mechanizmus nefunguje. Na jednej strane sú rozsiahle prekážky vstupu na trh (od vzdelania až po zazmluvnenie), na strane druhej má pacient minimálne možnosti ako zvyšovať dopytovú cenu, pretože množstvo prostriedkov v systéme je dané rozpočtom. Mzdy zdravotníkov síce poskytovatelia môžu teoreticky zvyšovať aj nad rámec zákona, v praxi sú však limitovaní celkovým množstvom prostriedkov, ktoré je dané rozpočtom.

Existujú však výnimky v podobe viac-menej plne komercializovaných sektorov. Napríklad mladí (pod 40 rokov) lekári tvorili v roku 2009 necelých 25 % zubných lekárov na Slovensku, v roku 2020 to bolo už 40 %. Toto odvetvie zjavne nemá problém k sebe lákať pracovníkov. Podobne v prípade korekcií zraku či kozmetických klínik nebyla množstvo zdravotníkov skloňovaným problémom.

V trhovej ekonomike je pracovnej sily presne toľko, koľko si zákazníci nakúpia. Nedostatok sa objaví až v momente, keď začneme situáciu porovnávať s nejakým hypotetickým ideálnym stavom (každý občan by mal mať prístup k zdravotnej starostlivosti, potravinám, bývaniu...). Snaha odstrániť takto vnímaný nedostatok vedie k vytváraniu rôznych opatrení, ktoré narúšajú mechanizmus ponuky a dopytu (vytvorenie centrálne plánovaného systému) a následne vzniká nedostatok aj v rámci existujúcich produkčných schopností ekonomiky. Inými slovami – nedostatok v takomto systéme je väčší, ale rovnomernejšie rozložený.

Bez ohľadu na toto teoretické cvičenie, predchádzajúce čísla nám ukázali, že súčasný početný stav zdravotníkov sa v nadchádzajúcich rokoch bude dramaticky meniť. Pri zachovaní súčasnej zotrvačnosti v systéme sa slovenské zdravotníctvo rýchlo dostane do stavu, v ktorom teoretická dostupnosť služieb bude len papierová a mnohé, dnes stále ešte bežné služby sa stanú reálne nedostupnými. Problémom nebudú len zložité vyšetrenia či operácie, ale aj rutinná návšteva špecialistu či všeobecného lekára.

Jednoduché, rýchle a bezbolestné riešenie neexistuje. Medzi ponukou a dopytom v zdravotníctve sa rýchlo roztvárajú nožnice, ktoré nie je možné zatvoriť jedným zákonom. Pôvodný názov nasledujúcej kapitoly bol „riešenia“, zmenili sme ho však na realistickejšie „zlepšenia“.

1.4 Zlepšenia

Kroky na zlepšenie tohto stavu sme rozdelili na dve podskupiny. Jedny sú extenzívne, zaoberajú sa kvantitou, teda tým, ako zvýšiť absolútny počet zdravotníkov, alebo aspoň udržať či spomaliť ich pokles. Druhá časť sa zaoberá intenzívnymi zmenami, teda tým, ako vyprodukovať viac služieb bez potreby dodávania ďalších pracovníkov dnešných typických zdravotníckych kvalifikácií.

Sektorálna zmena vždy prichádza odspodu, tým, že podnikatelia, profesionáli a zákazníci začnú robiť veci inak ako dosiaľ. Telekomunikácie nezmenila politická reforma, ale firmy ako Ericsson, Nokia a Apple. Dopravu zmenil Standard Oil, Ford a Ryanair a opäť ju mení Uber a Bolt. Kancelársku prácu nezmenila 350-stranová stratégia Európskej komisie, ale Google, Microsoft a Zoom. Oni všetci uspeli len preto, pretože zákazníci to chceli a dovolili. Ak sa odohrá revolúcia vo fungovaní zdravotníctva, aj tá sa odohrá zdola. Bez „dovolenia“ štátu to však v tomto prípade nepôjde. Nasledujúce body sú príkladom, ako by tá zmena mohla vyzeráť a čo pre ňu štát môže urobiť.

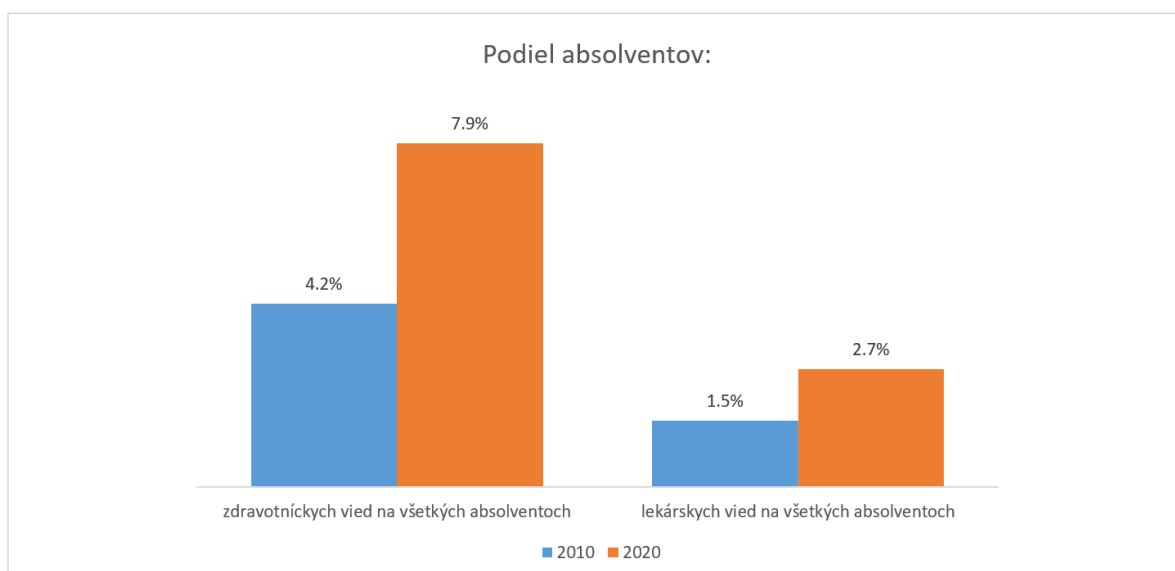
2 Viac bielych plášťov

Zmena absolútneho počtu zdravotníkov je najpriamočiarejší krok na zlepšenie dostupnosti ich služieb. Zároveň je to ale ťažšia cesta. Práceschopných ľudí bude vďaka starnutiu postupne ubúdať, súťaž o zdravotníkov je medzinárodná a konkurovať v nej bohatším štátom bude pre Slovensko náročné.

2.1 Vzdelanie - lekári

Univerzity sú továrňou na zdravotníkov, prvý pohľad pri snahe zvýšiť ich počet preto smeruje tam. Zdravotnícke vedy absolvovali na Slovensku pred 10 rokmi 4 % absolventov a dnes ich absolventi tvoria až 8 % všetkých absolventov (po odrátaní cudzincov). Ak sa pozrieme len na lekárske vedy, tak podiel 1,5 % v 2010 narástol na 2,7 % v 2020, opäť bez započítania cudzincov. Hoci celkový počet vysokoškolských absolventov v tomto období na Slovensku výrazne poklesol (zo 42 000 na 26 000), počet absolventov oboch podskupín narástol aj v absolútnych číslach. V týchto počtoch navyše nie sú zarátaní absolventi zo zahraničia, najmä univerzít v Česku.

Graf 8: Podiel absolventov



Zdroj: CVTI

Samotné zvyšovanie voľných miest pre študentov na lekárske fakultách tak bude mať už len limitovaný efekt. Podiel stredoškolákov, ktorí sa chcú venovať zdravotníctvu, obzvlášť lekárstvu, nemôže rásť donekonečna.

Aj v prípade čerstvých absolventov platí, že hlavnými problémami sú odchod do zahraničia a dosiahnutie ďalšej kvalifikácie (atestácia). Medici sú na praxi počas bežného štúdia a neskôr aj špecializačného štúdia využívaní ako lacná pracovná sila, nedostanú sa k novým technológiám, starší kolegovia na nich nemajú čas. Úvodné finančné ohodnotenie je slabé a kariérny postup ťažkopádny, atestácia sa neraz preťahuje. V realite má lekár často už po 30-ke, keď začne „normálne“ fungovať.

Zlepšenie #1: Reforma vzdelávania lekárov a atestačnej praxe

Slovo „reforma“ nie je čarovný prútik a nevyčaruje viac času pre školiteľov, ani krajšie nemocnice, ktoré by ohúrili medikov. Nie je nutné fixovať pohľad na veľké zmeny. Existuje aj dostupný priestor na relatívne rýchle a lacné zmeny - pomôcť medicom so získavaním miesta v nemocniciach, rýchlym zaškolením v administratíve a IT systémoch, zaviesť mentorstvo a podobne. Kľúčové však je nastavenie motivácií nemocníc v systéme. Musí platiť, že pobyt začínajúceho lekára vníma nemocnica ako prínos nielen morálne, ale aj prevádzkovo.

(napríklad v podobe zaviazania si študenta po úspešnej atestácii). V roku 2020 prišlo ku skráteniu doby špecializačného štúdia pri niektorých odboroch o jeden rok. Takýto dlhodobý cieľ by mal byť pri všetkých špecializáciách - inovácie postupujú vpred aj vo vzdelávaní. Ak kariéra atestovaného lekára trvá 40 rokov, skrátenie štúdia o jeden rok znamená zvýšenie ponuky o 2,5 %. V slovenskom systéme špecializačného vzdelávania je viacero nelogických, až absurdných nastavení. Napríklad neuznávanie praxe pri zmene špecializácie, neuznávanie zahraničnej praxe (často na kvalitnejšom pracovisku, ako je na Slovensku...), obmedzenie cirkulácie lekárov, nízky počet termínov atestačných skúšok a mnoho ďalších. Pre viac detailov z praxe odporúčame blog lekára Vladimíra Popelku²⁴.

Rezidentské štúdium

Tento model dotovaných rezidentských miest v súkromných ambulanciách bol zavedený v roku 2014, čiastočne po vzore ČR, kde funguje od roku 2009. Rezidentské štúdium „nevyrába“ dodatočných lekárov, ale snaží sa zatraktívniť najkritickejšie odbornosti. Pôvodné nastavenie tohto programu cielilo len na všeobecné lekárstvo a pediatriu, keďže sa jedná o čisto ambulantné odbory, ku ktorým neexistuje možnosť pracovať v nemocnici.

Národný kontrolný úrad v roku 2021 pripravil rozsiahlu správu²⁵ o tomto programe, v ktorej konštatuje: „Po šiestich rokoch realizácie rezidentského štúdia tak MZ SR verejnosti nevie zodpovedne a preukázateľne povedať a zdokladovať, či finančné prostriedky vyčlenené na jeho realizáciu boli použité efektívne a účinne a aké sú vlastne výsledky RŠ. Úspešnosť RŠ ministerstvo zdravotníctva totižto vôbec nesledovalo a nehodnotilo.“

Hlbší problém rezidentského štúdia, ale aj rôznych dotácií na otvorenie takej, alebo onakej ambulancie, je nesystémovosť. Verejná správa sa snaží chýbajúce čísla vo svojich tabuľkách získať posýpaním peniazmi a vytváraním rôznych špeciálnych výhod a režimov. Takáto snaha je odsúdená na náhodné (ne)fungovanie. Viacerí odborníci, s ktorými sme túto publikáciu konzultovali, vyjadrovali potrebu zásadného rozšírenia rezidentského štúdia, najmä vďaka možnostiam refundácie, ktoré z neho vyplývajú.

Zlepšenie #2: Reflektovanie správy NKÚ o rezidentskom štúdiu, stanovenie konečného cieľa.

Finančné motivácie na výber špecializácie musia byť systémové. Ak nadproporčne chýbajú všeobecní lekári alebo alergiológovia, musí stúpať ich „cena“, teda to, koľko zdravotné poisťovne za ich služby zaplatia. Štát by mal v prvom rade realisticky nastaviť sieť. Rezidentské štúdium by malo fungovať ako prechodná fáza s jasne danými cieľmi.

2.2 Vzdelanie - ostatní zdravotníci

Ako sme ukázali vyššie, dnes je podiel absolventov zdravotníckych odborov na Slovensku 8 % zo všetkých absolventov. Očakávať masívnejšiu zmenu záujmu študentov v blízkej budúcnosti sa príliš nedá. Formulku „treba zlepšiť pracovné podmienky zdravotníkov“ počul už každý, jej naplnenie je však skôr otázkou manažérskych schopností a profesionality jednotlivých zamestnávateľov v zdravotníctve, nie otázkou nejakého zákona či novely. Podobne otázka zvýšenia miezd je otázkou ekonomických zdrojov v zdravotníctve.

V prípade podskupiny zdravotníckych pracovníkov so stredoškolským vzdelaním si môžeme vypomôcť ďalšou správou Najvyššieho kontrolného úradu z roku 2021 s názvom Efektívnosť a účinnosť stredného školstva v oblasti zdravotníctva²⁶. Ani táto kontrola nedopadla lichotivo. NKÚ vyčítal absenciu strategických dokumentov, absenciu priorít, rozdielnosť údajov v analytických dokumentoch, ale aj zložitnosť systému prijímania žiakov prvých ročníkov, vyplývajúcu zo závislosti od rozhodovacích procesov nadradených

24 <https://dennikn.sk/blog/2086885/neduh-y-postgradualneho-vzdelavania-lekarov-alebo-preco-lekari-migruju/>

25 https://www.nku.gov.sk/documents/10157/1407476/Sprava_NKU_rezidentske+studium+lekarov.pdf/4658b793-6284-4a7e-9dba-cba52d4be4b

26 <https://www.nku.gov.sk/documents/10157/265201/96772-0-110.pdf>

organizácií. Dobrou správou však bolo, že záujem o štúdium zdravotníckych odborov (na kontrolovaných školách) viac ako dvojnásobne prevyšoval počty žiakov, ktorých školy mohli prijať.

Výraznejšiu zmenu môže priniesť až redefinícia niektorých požiadaviek na zdravotníckych pracovníkov, ktorú spomenieme v druhej časti kvalitatívnych zlepšení. Väčšie rozvrstvenie kompetencií si bude vyžadovať aj zadenovanie vzdelávania (nových (?) profesií).

Zlepšenie #3: Preskúmanie možnosti zvýšenia kapacity stredných zdravotných škôl

Zlepšenie #4: Reflektovať zistenia NKÚ pri strednom školstve v oblasti zdravotníctva

2.3 Podmienky pre starších zdravotníkov

Vysoký priemerný vek pracovníkov v zdravotníctve znamená, že behom nasledujúcich rokov bude veľa zdravotníkov stáť pred voľbou pokračovania v práci, alebo odchodu na dôchodok. Nie je ale nevyhnutné, aby toto rozhodovanie bolo na úrovni 0-1. Pre zdravotníctvo bude prínosom aj to, ak sa pracovník rozhodne aj na dôchodku pokračovať polovičným, alebo hoci tretinovým úväzkom, prípadne za nových podmienok, ktoré budú lepšie vyhovovať ich fyzickým možnostiam. Je v prvom rade úlohou zamestnávateľov (poskytovateľov), aby aktívne hľadali spôsoby, ako udržať zamestnancov v pracovnom procese dlhšie.

Od roku 2011 zákonník práce umožňuje nariadiť prácu nadčas či nočné služby zdravotníkom nad 50 rokov len s ich súhlasom²⁷. To na jednej strane zvyšuje motiváciu pracovníkov zostať pracovať v danej inštitúcii, na strane druhej pevná hranica nereflektuje posun priemerného veku zdravotníkov. Je však pravdepodobné, že posunutie vekovej hranice na povinné služby by zvýšilo motiváciu starších zdravotníkov opustiť prácu v lôžkových zariadeniach. Situácia sa bude líšiť pracovisko od pracoviska, preto je tu priestor opäť spomenúť potrebu väčšej autonómie poskytovateľov v otázkach manažmentu prevádzky. Pre štát je tu však otvorený priestor aspoň na hľadanie dodatočných legislatívnych a daňovo-odvodových motivácií na zotrvanie v práci aj v dôchodkovom veku.

Zlepšenie #5: Analýza prekážok ďalšieho rozvoja čiastočných úväzkov v zdravotníctve

2.4 Rómske komunity

Zdravotný stav rómskej komunity je výrazne horší ako stav majority a len nižšiemu priemernému veku Rómov vďačíme za to, že tento problém existuje zatiaľ pod povrchom. Bez čo najskoršieho zásahu bude postupné starnutie veľkej populácie (dnes mladých) Rómov predstavovať ďalšie navýšenie záťaže pre zdravotný systém, pretože zdravotné problémy sa u nich zjavujú skôr, ako u majority. Jednou z ciest pre zlepšenie stavu je cieleňá podpora výchovy rómskych zdravotníkov, pri ktorých je najlepší predpoklad odozvy z komunity. Podobnému problému v domorodých indiánskych komunitách čelia napríklad aj USA a Kanada, kde sa snažia motivovať príslušníkov týchto etník na výber zdravotníckeho povolania²⁸, hoci s premenlivými výsledkami²⁹.

Schopnosť štátu osloviť rómske komunity je mizivá, preto predpokladáme skôr rolu neziskových organizácií. Štát však môže byť v týchto aktivitách nápomocný, napríklad vytvorením materiálov v rómčine, iniciovaním spolupráce s rôznymi zdravotníckymi združeniami, cez stredné zdravotné školy a podobne.

Zlepšenie #6: Vytvorenie stratégie pre nábor rómskych zdravotníkov

27 <https://hnonline.sk/prakticke-hn/419350-nocnu-a-nadcas-mozu-zdravotnici-odmietnut>

28 <https://www.aamc.org/news-insights/more-native-american-doctors-needed-reduce-health-disparities-their-communities>

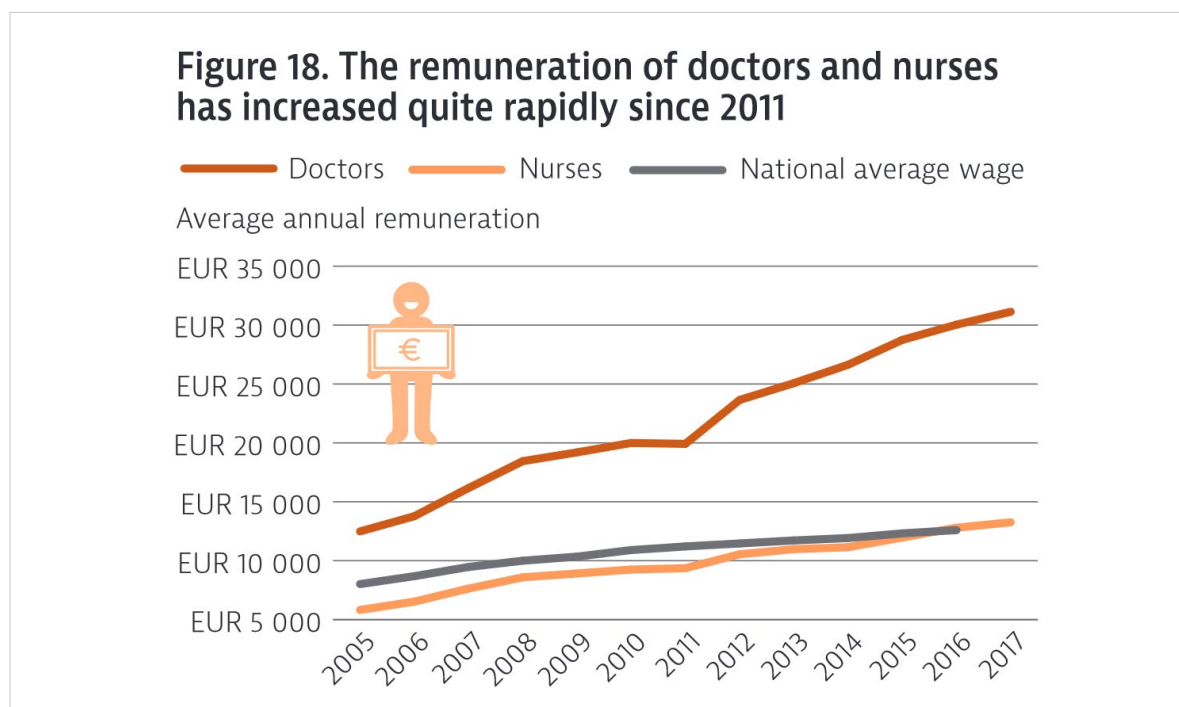
29 <https://nunatsiaq.com/stories/article/nunavut-struggles-to-recruit-inuit-health-care-workers/>

2.5 Mzdy

V otázke miezd zdravotníkov na Slovensku môžeme konštatovať dva fakty. Po prvé, priemerné mzdy zdravotníkov v posledných 15 rokoch nadpriemerne rástli. Po druhé, rast miezd bude musieť zoči-voči globálnej konkurencii ďalej pokračovať, napriek tomu, že tieto mzdy budú vyčerpávať čoraz väčšiu časť financií v zdravotníctve.

Priemerné mzdy lekárov dosahujú zhruba trojnásobok priemernej mzdy v ekonomike³⁰. Rast miezd zdravotných sestier bol výrazne pomalší, no i tak nad priemerom trhu práce.

Graf 9: Porovnanie priemernej ročnej mzdy v ekonomike (šedá), sestier (oranžová) a lekárov (červená)



Zdroj: OECD³¹

Nástup pandémie Covid 19 vďaka pandemickým príplatkom rast miezd ešte ďalej (aspoň dočasne) akceleroval.

Tabuľka 3: Zmena priemernej hrubej mzdy v %

PODSKUPINA ZAMESTNANÍ	PRIEMERNÁ HRUBÁ MESAČNÁ MZDA V 1. ŠTVRŤROKU 2021	MEDZIROČNÝ POKLES PRIEMERNEJ HRUBEJ MESAČNEJ MZDY V %
2263 Špecialisti hygieny, verejného zdravia a zdravia pri práci	1 575 €	+48 %
5329 Pracovníci v oblasti osobnej zdravotnej starostlivosti	1 173 €	+32 %
2221 Špecialisti v ošetrovatelstve	1 788 €	+28 %
3256 Zdravotníckí asistenti	1 234 €	+23 %
2211 Všeobecní lekári	2 223 €	+18 %
2212 Lekári špecialisti	2 571 €	+10 %

Zdroj: Trexima³² na základe dát z Informačného systému o cene práce (zahŕňa všetky podniky nad 20 zamestnancov a vzorku menších podnikov)

30 <http://sozzass.com/wp-content/uploads/2022/01/statistika-rok-2021.pdf>

31 <https://read.oecd.org/10.1787/c1ae6f4b-en?format=pdf>

32 <https://www.trexima.sk/najviac-rastli-mzdy-v-zdravotnictve/>

Mzdy zdravotníkov budú pokračovať v raste, no priestor na ďalšie zrýchlenie tohto rastu je už obmedzený. Preto je väčšou otázkou štruktúra odmeňovania. Tá je do nemalej miery postavená na tabuľkách a ako každé tabuľkové hodnotenie, aj toto vedie k tlaku na priemernosť.

Zlepšenie #7: Postupný ústup zo mzdového automatu

Nastavenie vysokej hranice automatu väčšine poskytovateľov, najmä z radov nemocníc, neumožňuje diferencovať odmeňovanie na základe kvalitatívnych a kvantitatívnych ukazovateľov. Systém s automatom je systém bez finančnej motivácie.

V ambulantnej sfére sú výraznejším problémom ako mzdy počiatočné náklady na zriadenie ambulancie. Rôzne dotácie a úvery sú nesystémové a v konečnom dôsledku budú len tlačiť cenu ambulancií nahor. Povinné „odovzdanie“ (do rúk VÚC a pod.) ambulancie lekárom odchádzajúcim na dôchodok je legálne problematické (ak je ambulancia viazaná na s.r.o.) a narazilo by na odpor lekárov, ktorí počítali s jej trhovou hodnotou pri odchode na dôchodok. Logika teritoriálneho zazmluvňovania ambulancií vytvára na trhu umelý vzácny statok (zazmluvnenú ambulanciu). Toto je čiastočne zmiernené možnosťou žiadať preplatenie (časti) nákladov na zdravotnú starostlivosť poskytnutú aj nezmluvným lekárom. Dlhodobejším zlepšením je úprava systému tak, aby umožnil vznik rôznych poistných produktov s rôznym rozsahom zazmluvnenia poskytovateľov (rôzne veľké siete, ako v Holandsku), čo by umožnilo konkurovať aj ambulanciám bez pevného zazmluvnenia.

Ďalšou vetvou zlepšenia je organizácia ambulancií do väčších celkov (či už cez obec/VÚC, alebo podnikateľské subjekty či inak štruktúrované „platformy“) tak, aby zdravotníkov odbremenili od manažérskych obchodných úloh. Je potrebné zanalyzovať a následne prispôbiť regulačné podmienky na efektívnejšie fungovanie veľkokapacitných ambulancií (pravidlá telemedicíny, objednávanie, kompetencií lekár-sestry-administratíva).

Zlepšenie #8: Zlepšenie regulačných podmienok pre rozvoj polikliník a sietí ambulancií, umožnenie vzniku viacerých typov zmluvných sietí

2.6 Zahraniční pracovníci

Vyššie popísané body pracovali so zvýšením počtu zdravotníkov z domácich „zdrojov“. V mnohých vyspelých krajinách však už pochopili, že zvýšenie počtu zdravotníkov je pre krajinu prínosom bez ohľadu na to, z akej krajiny zdravotník prichádza. Na Slovensku sa doterajšia diskusia týkala primárne zdravotníkov z blízkejších krajín ako je Ukrajina či Srbsko. Takýto pohľad je veľmi krátkozraký. Exodus zdravotníkov z týchto krajín už dávno prebieha, navyše rovnako ako Slovensko majú problém so starnutím populácie. Mnohé krajiny sa preto už obzerajú po zdravotníkoch (najmä) z ázijských štátov, kde je mladá populácia s veľkým hladom po vzdelaní a kariérnych príležitostiach.

Napríklad v Českej republike už od roku 2016 funguje „Projekt Ukrajina³³“, ktorého cieľom je uľahčiť vstup na pracovný trh pre vysokokvalifikovaných zamestnancov, vrátane zdravotníkov. Počty ukrajinských a ďalších zahraničných lekárov v ČR rástli aj predtým.

Tabuľka 4: Lekári s cudzou lekárskou fakultou v ČR

	2000	2005	2010	2015	2018	2019	2020	2021
Celkom	624	1711	1948	2644	3232	3246	3321	3341
Slovensko	524	1564	1679	2008	2218	2223	2241	2223
Ukrajina	16	38	79	261	562	564	607	636
Rusko	49	72	98	186	234	236	239	243
Poľsko	2	11	17	24	37	37	41	42
Bielorusko	1	4	9	27	34	34	36	37

Zdroj: ČLK

³³ <https://www.mpo.cz/cz/rozcestnik/pro-media/tiskove-zpravy/navrh-mpo-na-zatraktivneni-pilotniho-projektu-zvlastni-postupy-pro-vysoce-kvalifikovane-zamestnance-z-ukrajiny-byl-schvalen--174110/>

Celkovo je v ČR aktívnych zhruba 50 000 lekárov (tabuľka však nezachytáva zahraničných lekárov vyštudovaných v ČR). Ani v ČR však nie je situácia ružová. Odhliadnuc od povinnosti ovládania českého jazyka, aprobačná skúška z piatich disciplín (v rozmere štátnic) prebieha v jediný deň, zatiaľ čo bežní študenti majú štátnicové skúšky postupne počas roka. Cez aprobačnú skúšku tak na prvý pokus v ČR prejde zhruba 15 % uchádzačov³⁴. Ako v prípade Slovenska, tak aj v prípade Českej republiky je hlavný odpor voči úpravám podmienok zo strany domácich lekárskeho záujmových skupín.

Zhruba 50-ročnú tradíciu má migrácia zdravotných sestier z indickej Keraly do Európy³⁵. Vzdelávacie inštitúcie so zameraním na zdravotníctvo v Indii v uplynulých dekádach narástli závažným tempom. Kým v roku 2004 bolo v krajine 187 inštitúcií ponúkajúcich vysokoškolské sesterské vzdelanie, v roku 2010 ich už bolo 1 244. V Európe pracujú aj tisíce sestier z Filipín a iných štátov tretieho sveta. Častou väzbou je bývalá koloniálna prítomnosť (napr. obyvatelia Indonézie či Surinamu v Holandsku), no neraz sa jedná o nové vzťahy (napríklad v roku 2008 bolo v Taliansku skoro 2 000 peruánskych sestier a ošetrovateľov). Nemecká federálna agentúra pre zamestnávanie podpísala³⁶ v rámci programu „Triple Win“ s vládou indického štátu Kerala dohodu o nábore zdravotných sestier. Kerala sa tak pridala k Bosne, Filipínam, Tunisku a Vietnamu, ktoré dohodu s Nemeckom už majú. Veľký záujem je o zdravotníkov aj z iných krajín, napríklad Mexika³⁷.

Invázia na Ukrajinu a následná utečenecká kríza privádza na Slovensko historicky bezprecedentné množstvo utečencov. Časť z nich sú aj zdravotníci rôznych stupňov. Akékoľvek slovenské vajatanie ohľadom ich zapojenia, bude veľmi krátkozraké. Ak im nedáme šancu u nás, veľmi rýchlo po nich skočia ostatné krajiny. Bohužiaľ, ich začleňovaniu je častokrát najsilnejšie bránené zvnútra sektora.

Zlepšení #9: Program na hladký vstup zdravotníkov z tretích krajín na Slovensko, obzvlášť pre ukrajinských utečencov

34 <https://www.e15.cz//domaci/ukrajinske-zdravotniky-ceka-v-cesku-karierni-propad-zustanou-bez-ministerske-vyjimky-1388568>

35 <https://www.mea.gov.in/images/pdf/InternationalMobilityofNursesfromIndia.pdf>

36 <https://socialeurope.eu/germanys-reliance-on-its-healthcare-brown-angels>

37 <https://www.dw.com/en/germany-looks-abroad-for-nurses-caregivers/a-54576126>

3 Viac zdravotníkov nebude

Túto kapitolu začneme zlou správou. Viac zdravotníkov v dnešnom ponímaní vzhľadom k potrebám v nasledujúcich dekádach nebude. Aj keby sa podarilo presadiť rozsiahle zmeny, ktoré by znamenali nárast záujemcov o túto prácu, prácu dnešných zdravotníkov až do hlbokého dôchodkového veku, návrat emigrovaných zdravotníkov a príchod zahraničných zdravotníkov na Slovensko, podobné reformy sa budú diať v štátoch po celom svete. Prinajlepšom tak môžeme optimisticky dúfať, že celkový počet zdravotníkov bude približne taký, aký je dnes. Je však isté, že zdravotné potreby budú narastať. Počet tradičných zdravotníkov na jednu „potrebu“ tak bude nezadržateľne klesať. To je fakt, s ktorým nedokáže pohnúť žiadna reforma, vláda ani politik.

Hneď však nasleduje dobrá správa. V trhovej ekonomike produktivita rastie nelineárne. Pri správnej kombinácii práce, kapitálu a inovácií je možné dosiahnuť významný rast produktivity. Je možné dosiahnuť stav, kedy bude k dispozícii viac služieb naplňajúcich potreby manažmentu zdravia aj bez toho, aby stúpil absolútny počet ľudí, dnes označovaných ako „zdravotník“. V nasledujúcich podkapitolách predstavíme niekoľko myšlienok a zlepšení, pomocou ktorých to dosiahnuť.

Pre lepšie pochopenie zámeru tejto kapitoly čitateľom, použijeme osobnú historku autora. V čase vrcholiacej pandémie sa autorovej príbuznej blížil termín na ďalšiu dávku vakcíny proti kliešťovej encefalitíde. Proces na absolvovanie tohto úkonu bol nasledovný: niekoľko pokusov o telefonát do ambulancie praktického lekára, až kým neprišla odozva. Elektronická preskripcia len na základe žiadosti pacienta nemožná, potrebné navštíviť lekára. Po nemalom čakaní v ambulancii a pohľade do papierovej karty pacienta vydaný elektronický recept. Vakcína vyzdvihnutá v lekární, skladovanie v domácej chladničke, opätovné čakanie u lekára, podanie vakcíny a zápis do karty (tentokrát našťastie už elektronický). Výsledkom bolo minútých niekoľko hodín času na strane pacienta a zhruba pol hodiny času lekára a sestry, rozkúskovaná na niekoľko telefonátov a zápisov.

Vakcínu by pritom mohol vydať lekárnik (kompetencie), na základe autorizovaného (súkromie) nazretia do elektronickej zdravotnej karty zákazníka (e-data) a automatizovaného posúdenia údajov v nej (umelá inteligencia), prípadne na základe informovaného súhlasu (emancipácia pacienta). Vakcínu by mohol pracovník lekárne rovno aj podať a spraviť zápis do karty (opäť kompetencie). Zákazník by za vakcínu nič neplatil, pretože by si ju rovno uplatnil v rámci benefitov svojej poisťovne (vertikálna integrácia). Niektorú túto reťaz udalostí však musí najskôr objaviť (podnikateľské objavovanie motivované ziskom) a uviesť do života (investície).

To je iba jeden príklad v rámci tisícov zdravotníckych činností, ktorý môže ušetriť množstvo hodín tam, kde najviac chýbajú. Na to, aby takýchto zmien bolo čo najviac, nestačí zmeniť jeden zákon, ale treba začať nazerať na produkciu služieb spojených s manažmentom zdravia novou optikou. Nasleduje prehľad zlepšení, ktoré by takýto posun mohli priniesť.

3.1 Zmena kompetencií

Kompetencie sú jedným z magických slov (podobne ako „nárok“, či „záujem pacienta“), o ktorých sa v slovenskom zdravotníctve veľa hovorí, ale málo sa deje. Jeden zo zásadných problémov je, že diskusie o kompetenciách sa často točia v kruhu. Príkladom sú kompetencie praktických lekárov. Väčšina sektora sa zhodne na tom, že by mali byť väčšie, aby to zvýšilo atraktivitu tejto špecializácie v očiach medikov, ale aj efektívnosť systému ako takého. No v momente, keď začneme zvyšovať kompetencie existujúcich všeobecných lekárov, narazíme na problém, že ich je málo a dodatočné úlohy by ich ešte viac preťažili.

Meniť kompetencie v rámci uzavretej skupiny pomôže maximálne uhasiť nejaké lokálne požiare (ak je menej kardiológov ako internistov, prehodí sa časť práce z jedných pliec na druhé). No základnou pointou zmeny

kompetencií musí byť rozširovanie pyramídy ľudí, ktorí poskytujú služby spojené s manažmentom zdravia. Zjavná cesta je posúvanie kompetencií v rámci výkonu zdravotnej starostlivosti vertikálne od najvyššej kvalifikácie (lekárskej) k nižším (sanitári, administratívna sila). Významné je aj posúvanie (alebo aspoň ujasnenie) kompetencií aj na horizontálnej úrovni, napríklad medzi lekármi a lekárňami, či poskytovateľmi sociálnej a rôznej komunitnej podpory.

Veľa kompetencií v zdravotníctve je „zabetónovaných“ relevantnými aj domnelými obavami o bezpečnosť pacienta. Tieto pravidlá je nevyhnutné pravidelne prehodnocovať ako na základe inovácií (napr. nové možnosti monitoringu pacienta), tak na základe reálnej situácie v teréne (akútny nedostatok). Neraz sa však jedná o súboje záujmových skupín vnútri sektora, ako sme mohli sledovať na vzájomných prestrelkách všeobecných lekárov a špecialistov ohľadom predpisovania liekov vo februári 2022³⁸.

Pekný príklad, ako drobné kompetenčné zmeny môžu ovplyvniť dostupnosť pracovnej sily, bolo vidieť na experimente s „praktickými sestrami“. Tieto vznikli premenovaním zdravotných asistentov v roku 2018, ktorým sa ešte pred tým, v roku 2017, zmenil rozsah praxe. Podľa Asociácie stredných zdravotníckych škôl bol počet záujemcov o štúdium v odbore zdravotnícky asistent/praktická sestra v roku 2020 o 40 % vyšší ako v roku 2018. Nárast záujemcov udáva vo svojej správe aj NKÚ³⁹, hoci číslo neuvádza. V roku 2021 prišlo zase k spätnému premenovaniu praktických sestier na zdravotných asistentov z dôvodu odporu záujmových skupín a nesúlady z európskymi normami. Dopad týchto spätných zmien na záujem študentov zatiaľ nepoznáme.

Zahraničným príkladom môže byť vakcinácia proti Covid 19 v USA. Okrem tradičných miest (kliniky) a veľkokapacitných centier boli do očkovania rýchlo zapojené aj maloobchodné siete (Walmart, CVS). V záujme rýchleho zaočkovania mohli vakcíny podávať farmaceuti, farmaceutickí laboranti a v niektorých štátoch dokonca aj stážisti pod dohľadom farmaceutu či veterinára⁴⁰.

Ak má byť cieľom zvýšenie dostupnosti služieb, systém musí byť nastavený na neustále prehodnocovanie kompetencií s preddefinovaným cieľom rozšíriť ich. Napríklad akreditovaný kurz sanitára trvá v ČR 180 hodín (100 hodín teoretická príprava, 80 hodín praktická príprava), sanitár na Slovensku musí mať podľa aktuálnej legislatívy ukončené stredoškolské vzdelanie v odbore sanitár⁴¹.

Otvorenou zostáva aj otázka formálneho zapojenia nedoštudovaných lekárov. Ak študent medicíny absolvoval úspešne 3-4 ročníky, ale nemá za sebou strednú zdravotnú školu, jeho vzdelanie je považované za nulové.

Kľúčové však je väčšie „rozvrstvenie“ kompetencií. Napríklad Spojené kráľovstvo pozná až tri druhy „nástrojárov“ (na chirurgickej sále) - surgical care practitioner, operating department practitioner, theatre nurse. Základná úloha týchto profesií je podobná (procesný a technologický manažment pacienta a sály pred, počas a po operácii), líši sa však úroveň kompetencie, aj úroveň potrebného vzdelania, či praxe. Podobne v USA poznajú surgical assistant, aj surgical technologist. Vyššia úroveň kompetencií si typicky vyžaduje univerzitné vzdelanie, no na nižšiu stačí 1-2 ročný nadstavbový kurz a prípadný internship/job shadowing v teréne. Takéto rozvrstvenie kompetencií má niekoľko výhod - šetrí čas drahších pracovníkov, umožňuje zapájať pracovníkov s nižším vzdelaním do náročnejších úloh a umožňuje dlhodobý kariérny rast (vzdelanie na vyššiu úroveň kompetencií je väčšinou možné absolvovať počas práce na nižšej úrovni). Rozvrstvenie kompetencií však musí nastať nielen na úrovni pracovísk, ale musí začať už na úrovni vzdelávania.

Povinné vzdelanie nemusí byť nutne naviazané na šúchanie školských lavíc. Napríklad v Spojenom kráľovstve existuje kategória Healthcare assistant, ktorého certifikácia spočíva v kurze (možno ho absolvovať online)

38 <https://ekonomika.sme.sk/c/22818614/zmena-podmienok-predpisovania-liekov-poskodi-pacienta-i-lekarov.html>

39 <https://www.nku.gov.sk/documents/10157/265201/96772-0-110.pdf>

40 <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210303.890600/full/>

41 <https://dennikn.sk/blog/2529213/bez-reformy-vzdelavania-sa-nepohne/>

a polročnej sťaži⁴². Ako HA (ale napríklad aj ako Dietetic assistant či Maternity support worker) sa môžete neskôr kvalifikovať na Assistant practitioner⁴³. Jasné možnosti kariérneho postupu tak zvyšujú atraktivitu aj tých najzákladnejších zdravotníckych povolání, pričom kľúčová je najmä prax, nie počet hodín odkrútených v škole. V prípade Slovenska je možné preskúmať napríklad priestor na prax záchranárov v nemocniciach na urgente a podobne, prípadne na rozsah kompetencií budúcich zdravotníkov počas praxe/štúdia.

Pre pragmatický prístup zapájania nových pracovníkov do zdravotníckych procesov existuje konkrétny anglický termín – task shifting (posúvanie úloh), v novej literatúre sa objavuje aj menej provokujúci termín task sharing⁴⁴ (zdieľanie úloh). WHO definuje task shifting ako „racionálnu redistribúciu úloh v rámci zdravotníckych tímov“ a má k nemu oficiálne odporúčania a návody⁴⁵. Task shifting sa spomína primárne v súvislosti s rozvojovými krajinami, často s dôrazom na monitoring HIV v rámci komunít. Viaceré príklady nájdeme aj v oblasti oftalmológie, keď skrining diabetickej retinopatie či glaukómu v populácii pomáhajú robiť (napríklad meraním vnútroočného tlaku) zdravotné sestry⁴⁶, či dokonca trénovaní laici v rámci svojich komunít⁴⁷.

V chudobných krajinách, kde je dostupnosť zdravotnej starostlivosti výrazne nižšia ako na západe a regulačné prostredie voľnejšie, je väčší priestor na experimentovanie. No v posledných rokoch sa tento fenomén čoraz viac objavuje aj vo vyspelých krajinách. Metaštúdia z roku 2020⁴⁸ analyzovala 21 štúdií zaoberajúcich sa task shiftingom, pričom len dve štúdie boli z krajín s nižším a stredným príjmom. Zhruba dve tretiny štúdií sledovali presun úloh na zdravotné sestry a tretina na farmaceutov. Sledovali posun úloh v manažmente chronických pacientov (vysoký tlak, diabetes, HIV/AIDS), ale aj presun kompetencie predpisovať lieky na sestry a farmaceutov⁴⁹.

Lekciu z úpravy kompetencií či task shiftingu môžeme zhrnúť do troch bodov: nové kategórie zdravotníkov, zvyšovanie kvalifikácie spojené so zvyšovaním kompetencií, zapojenie rodiny do zdravotníckych činností.

Zlepšenie #10: Pravidelné prehodnocovanie kompetencií všetkých účastníkov v sektore s cieľom zvýšiť zapojenie, vrátane podmienok vzdelania. Ako štartovací bod sa ponúka zapojenie rozsiahlej siete lekární do poskytovania zdravotnej starostlivosti a prehodnotenie povinného vzdelania a rolí nižšieho zdravotného personálu, vrátane vytvorenia úplne nových rolí.

3.2 Administratívna činnosť

Jednou z ciest, ako zvýšiť dostupnosť služieb kvalifikovaných pracovníkov, je odobrať im z pliec administratívnu a nízkoproduktívnu činnosť. Pod administratívnou činnosťou si môžeme predstaviť výkazníctvo a rôzne potvrdenia (PN, OČR). No môžu tam byť zahrnuté aj menej zrejmé, širšie povinnosti. Citujeme bývalého tajomníka Ministerstva zdravotníctva Petra Stachuru⁵⁰: „... máme tu ošetrovateľských profesorov, ktorí vymýšľajú rôzne veci, ktoré v praxi sestry len zbytočne zaťažujú a vyvolávajú nevôľu pracovať. Sestra by mala byť pri lôžku s pacientom a nemala by vypisovať sesterské diagnózy a sesterský proces.“ Absurdnosťou sú najmä situácie, keď triviálne dokumenty („ospravedlnenky“ do škôlky či školy) musí riešiť lekár. Technické možnosti generovať takéto dokumenty automaticky existujú už roky.

42 <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/healthcare-support-worker/roles-healthcare-support-worker/healthcare-assistant>

43 <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/wider-healthcare-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/assistant-practitioner>

44 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767666/>

45 https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/

46 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767666/>

47 <https://hbr.org/2018/07/task-shifting-could-help-lower-costs-in-u-s-health-care>

48 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2021.1954616>

49 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27873322/>

50 <https://dennikn.sk/2683507/byvaly-statny-tajomnik-stachura-polne-nemocnice-ani-povinne-ockovanie-by-som-nezaviedol-s-triedenim-pacientov-sme-zacali-skoro/>

Zlepšenie #11: Pravidelný audit byrokratických povinností v zdravotníctve a ich eliminácia na spôsob podnikateľského „kilečka“

3.3 Aktívnejšie ovplyvňovanie dopytu po zdravotných službách

Ak nie je viac zdravotníkov (ponuka), zlepšením môže byť menej pacientov (dopyt). Dopyt v zdravotníctve sa na prvý pohľad tvári ako nezávislá premenná – rozhodujú o ňom predsa vírusy, baktérie, zranenia či vek. No nie je tomu úplne tak. Veľká časť výkonov nie je akútnych a je aj na rozhodovaní pacienta, kedy takúto službu začne dopytovať. Plošné zníženie dopytu po zdravotnej starostlivosti nie je tá najlepšia cesta. Menej jednoduchých výkonov (preventívne prehliadky) môže časom znamenať viac náročných výkonov (akútne). Existuje však viacero situácií, kedy ovplyvnenie dopytu význam má. Môžu nimi byť príliš defenzívna medicína (vyšetrenia „pre dobrý pocit“), obchádzanie čakania (využívanie urgentov), čierne pasažierstvo (využívanie záchraniek), nahrádzanie sociálnej starostlivosti (ubytovanie v nemocnici), ale aj chýbajúca emancipácia a sebavedomie pacientov (vyžadovanie triviálnych zákrokov, napríklad odstránenie kliešťa).

Existujú dva spôsoby, ako ovplyvniť dopyt – finančné a nefinančné. Finančné majú podobu zmeny priamych platieb (poplatkov). Na Slovensku sú ešte v pamäti tzv. „zajacovky“, teda 20-korunové poplatky za návštevu lekára z roku 2006. V reakcii na ne návštevy u všeobecných lekárov poklesli v druhom polroku 2003 o 10 %. Návštevy u lekárskej služby prvej pomoci poklesli o 13 %. Pokles návštev pri lekároch špecialistoch a v nemocniciach bol oveľa menší (v oboch prípadoch mierny pokles o 2 %) ⁵¹.

Keďže poplatky za návštevu lekára sú vo svete pomerne rozšírené, existujú oveľa rozsiahlejšie štúdie ich efektov. Metaštúdia z roku 2013 analyzovala 47 štúdií vyspelých štátov z rokov 1990 - 2011 z pohľadu efektu zmeny poplatkov ⁵². Podľa jej záveru väčšina štúdií zistila, že poplatky znižujú spotrebu liekov, návštevy všeobecných lekárov aj návštevy špecialistov, no neznižujú hospitalizácie. Štúdia však upozorňuje, že väčšia redukcia spotreby prichádza na strane nízkopríjmových skupín.

Zavedenie plošných poplatkov je zaručenou cestou k zníženiu dopytu v ambulantnej sfére, ich sofistikovanejšia verzia by však mala obsahovať nástroje ako ročné stropy, či výnimky pre určité skupiny obyvateľstva (napr. na základe chronických diagnóz, absolvovanej prevencie a podobne).

Doplňkom k poplatkom je rozvoj poistného trhu, kedy by si poistenci mohli vybrať z rôzne nadizajnovaných produktov, pričom niektoré by umožňovali poistencovi spolupodieľať sa (zníženým poistným či inými výhodami) na ušetrených zdrojoch vďaka ním zníženej spotrebe zdravotnej starostlivosti. Poplatky sú síce priamočiar a účinný nástroj, no z dlhodobého hľadiska je žiaducejšie mať vybudovaný systém, v ktorom si úspory zo zdraviu zodpovedného správania občanov delí štát, manažér (poisťovňa) a samotný poistenec. Taká zmena by si však vyžadovala značné prebudovanie dnešného pseudopoistného systému smerom k skutočnému poisteniu, v ktorom sa oceňuje riziko.

Zlepšenie #12: Zavedenie poplatkov

Druhý spôsob obmedzenia dopytu je nefinančný, a to v podobe vytvárania rôznych formálnych a neformálnych časových a administratívnych bariér. Typickým formálnym príkladom na Slovensku sú výmenné lístky na návštevu špecialistu, neformálnym príkladom sú neexistujúce objednávacie systémy a poradovníky. Mnohé bariéry sú hybridné – hlavným dôvodom ich existencie je dodržanie správneho medicínskeho postupu a bezpečnosť pacienta, ale „bonusom“ je aj zníženie dopytu. Najlepším príkladom sú indikačné a preskripčné obmedzenia ⁵³. V blízkej budúcnosti sa tak budú množiť prípady, keď síce formálne budú dostupné hradené moderné lieky, ale pacienti budú čakať dlhé mesiace, kým sa dostanú k špecialistovi, ktorý im ich predpíše.

51 <http://www.hpi.sk/2013/05/zajacove-20-korunacky-inspirovali-strednu-europu/>

52 https://www.researchgate.net/publication/256290834_How_does_copayment_for_health_care_services_affect_demand_health_and_redistribution_A_systematic_review_of_the_empirical_evidence_from_1990_to_2011

53 <https://mykysuce.sme.sk/c/22825364/lekarka-z-kysuc-posobi-v-cechach-nejde-mi-o-peniaze-ale-o-kvalitu-zdravotnictva.html?ref=trz>

Tieto prekážky síce z definície fungujú na znižovanie dopytu (hoci časť ich efektu je následne vybalansovaná napríklad zvýšenými návštevami urgentu). Dopad týchto dvoch nástrojov na pacienta je však rozličný. Na rozdiel od poplatkov čakacie doby znižujú dopyt plošne, neumožňujú ponechať rozhodovanie na pacientovi (ak má moja potreba vysokú naliehavosť, môžem zaplatiť poplatok, ale nemôžem obísť čakaciu listinu) a vytvárajú neistotu ohľadom reálnej dostupnosti služby. Ich použitie by malo byť sofistikovanejšie, napríklad vo forme alternatív výmenného lístka a poplatku, či transparentných čakacích lehôt a zoznamov.

Pomerne jednoduchým, ale funkčným nástrojom môže byť povinné absolvovanie telefonického hovoru (prípadne použitie ďalších komunikačných prostriedkov) pred samotnou návštevou lekára bez poplatku, aspoň v prípade niektorých diagnóz / špecialistov / skupín obyvateľstva (výnimka pri sťaženej schopnosti komunikovať a pod.). Tu je značný priestor využiť zdravotnícke callcentrá na úrovni poisťovní, či iných väčších celkov (VÚC a pod.) a vďaka úsporám z rozsahu znížiť zaťaženie zdravotníkov.

Zlepšenie #13: Alternatíva poplatku k výmennému lístku

Zlepšenie #14: Postupné budovanie nárokovateľných čakacích lehôt

Zlepšenie #15: Zjednodušenie administratívnej dostupnosti liečby (preskripčné a indikačné obmedzenia)

Zlepšenie #16: Povinný dial'kový (telefón, aplikácia) rozhovor pred bezplatnou návštevou lekára

3.4 Outsourcing

S narastajúcim preťažením zdravotníkov bude rásť ako ich vlastná nespokojnosť, tak aj nespokojnosť pacientov so zdravotníctvom hradeným z verejného zdravotného poistenia. Obe skupiny začnú budovať paralelný komerčný systém, do ktorého bude utekať časť lekárov a pacientov. Toto bude vytvárať negatívnu spätnú väzbu – čím viac zdravotníkov sa presunie do komerčnej sféry, tým horšia bude situácia vo verejnom zdravotníctve a zdravotníci budú ešte viac motivovaní opúšťať ho. Vytvorí sa dvojkoľajný systém (relatívne) dostupného komerčného zdravotníctva pre pacientov s vyššími príjmami či jednoduchšími diagnózami a silne zaostávajúceho verejného zdravotníctva.

Cieľom zdravotnej politiky by malo byť udržať tieto dve koľaje čo najbližšie pri sebe. To znamená hľadať možnosti, ako ponúknuť možnosť obslúžiť poistencov verejného systému aj pre nezmluvných poskytovateľov a naopak, ako poskytovateľom vo verejnom systéme umožniť rozvíjať svoje podnikanie aj mimo prísne hranice podmienok dnes existujúcich pravidiel.

Nie je pritom dôvod obmedzovať toto myslenie len na geografické hranice Slovenska. Ak si je pacient ochotný a schopný (napríklad aj s pomocou svojej zdravotnej poisťovne) zabezpečiť podstúpenie výkonu v zahraničí, treba hľadať spôsob, ako využiť existujúce zdravotné poistenie – napríklad formou preplatenia alikvotnej časti nákladov bez zbytočnej byrokracie. Nadnesene napísané – ak sa slovenskí zdravotníci nevracajú z Čiech, pošleme výkony za nimi. Časom je možné uvažovať v ešte širších súvislostiach, napríklad v outsourcovaní analýzy dát (laboratórnych vyšetrení, scanov a pod.), kde vďaka internetu fyzická vzdialenosť zohráva stále menšiu úlohu.

Niektoré možnosti už sú otvorené (časté je napríklad využívanie u nás nedostupného gama noža), dôležité je preto aj otvorené komunikovanie takýchto alternatív pacientom aj zo strany štátu.

Zlepšenie #17: Rozvoj možnosti alikvotného preplatenia relevantných výkonov aj v zahraničí

3.5 Emancipovanejší pacient a rodina

Každý človek si inštinktívne chytí krvácajúcu ranu. Skoro každý človek je schopný si umyť a zalepiť drobnú odreninu či vyliečiť sa z nádchy. Slovensko má zásobu 5,4 milióna „zdravotníkov“. Je kľúčové, aby znalosti ľudí o fungovaní tela a možnostiach liečby rástli. Vďaka výpočtovej technike a internetu má každý nadosah celý svet informácií a analytických nástrojov. „Doktor Google“ nie je nepriateľ, ale spojenec zoči-voči hroziacej kríze v dostupnosti zdravotných služieb.

Premena pacienta a jeho väčšia emancipácia je celospoločenská otázka, v ktorej má štát obmedzené nástroje pre zmenu. Významnejšou zmenou môže byť najmä výraznejšie zaradenie predmetov orientovaných na ľudské telo a zdravie do učebných osnov základných a stredných škôl. Narážame tu na problém decentralizácie – školy kvôli centrálnemu plánu nemôžu samé od seba nahradiť výuku o životnom cykle bezstavovcov besedou s alergiológom.

Zlepšenie #18: Výrazné posilnenie výuky o zdraví a ľudskom tele v školách

Rodina je aj dnes pre pacienta kľúčovou oporou. S ubúdajúcimi zdravotníkmi bude jej úloha rásť aj nad rámec psychologické podpory. Pri absencii zdravotných sestier a sanitárov budú rodinní príslušníci nútení čoraz viac zvládať ošetrovateľské a diagnostické úkony. Aktívne zapojenie rodiny do poskytovania zdravotnej starostlivosti je bežné v rozvojovom svete, ale ako jeden zo svojich 10 receptov na nedostatok pracovnej sily ho ponúka⁵⁴ aj Americká asociácia nemocníc (American Hospital Association). Známa sieť indických nemocníc Narayana Health (o ktorej ešte bude reč) si nechala Stanfordskou univerzitou vyvinúť kurz Noorah Health⁵⁵, ktorým inštruuje rodiny, ako sa starať o pacientov po absolvovaní intenzívnej starostlivosti v nemocniciach (inštruktáž prebieha počas návštevy pacienta – člena rodiny).

Ani v tomto prípade neexistuje priamočiare odporúčanie čo zmeniť, skôr niekoľko nápodiev – kurzy pre laikov na zdravotných školách, školiaci personál, kvalitné inštruktážne manuály (prevádzovanie, predchádzanie preležaninám, rehabilitácia...), ale aj legislatívna možnosť zdieľanej zodpovednosti za pacienta. Pokiaľ zdravotník nebude mať možnosť ochrániť sa pred možnosťou postihu, spoluzodpovednosť rodiny neumožní.

Zlepšenie #19: Vytvorenie legálneho a morálneho priestoru na zapojenie rodinných príslušníkov do vykonávania zdravotnej starostlivosti

3.6 Gig ekonomika v zdravotníctve

Posledné roky priniesli zrod platforiem a tzv. „gig“ ekonomiky. Miesto tradičného vzťahu zamestnanec-zamestnávateľ vznikli internetové platformy (virtuálne trhoviská), ktoré sprostredkovávajú kontakt, podmienky a platby medzi objednávateľom a dodávateľom. Obchodované služby môžu mať charakter rôznych IT a administratívnych úloh (napríklad Amazon Mechanical Turk, Upwork), alebo sú úzko zamerané na jednu činnosť (napr. Uber).

V zdravotníctve nie je tento koncept žiadnou novinkou. História už od 19. storočia⁵⁶ pozná „cestujúcich doktorov“ aj zdravotné sestry. Ten spôsob dočasného obsadzovania voľných miest pre zdravotníkov je známy aj pod latinským výrazom „locum tenens“ a formálne sa rozvinul v USA v 70. rokoch minulého storočia. V posledných rokoch so stúpajúcim nedostatkom zdravotníkov zažíva tento model v USA renesanciu, v roku 2019 takýmto spôsobom pracovalo 6 % lekárov a podiel kliník využívajúcich locum tenens stúpol

54 <https://www.healthcareitnews.com/news/aha-offers-10-tips-how-deal-workforce-shortage>

55 <https://extreme.stanford.edu/projects/noora-health/>

56 <https://fusionhcs.com/a-brief-history-of-the-locum-tenens-industry/>

z 11 % v 2016 na 21 % v 2019⁵⁷. Iné prieskumy⁵⁸ dokonca hovoria až o 85 % zdravotníckych zariadeniach využívajúcich dočasných zdravotníkov. Takýto mód umožňuje zdravotníkom vyskúšať si prácu na konkrétnom mieste bez vytvárania prvotných veľkých záväzkov, dáva im väčšiu flexibilitu a možnosť raz za pár mesiacov či rokov „vypnúť“. Variáciou tohto pracovného módu sú kliniky, ktoré slúžia ako platformy pre lekárov. Jednou zo známejších je Surgery Center of Oklahoma. Je vlastnená 40 lekármi, ktorá funguje ako platforma na predaj ich služieb, vrátane „e-shopového“ predaja cez internet⁵⁹, výhradne pre samoplatcov. Ponúka transparentné a výrazne nižšie ceny, než aké sú štandardne účtované americkými nemocnicami pri využití zdravotnej poisťky.

Gig economy v modernom ponímaní, teda ako skutočné online trhoviská a nie len zoznamy voľných pracovných miest, sa v zdravotníctve začala rozvíjať až v posledných 2-3 rokoch. Len v roku 2021 aplikácie a platformy ConnectRN, Trusted, ShiftMed, Nomad, CareRev či HealthGigJobs získali od investorov na rozvoj dokopy skoro 400 miliónov dolárov⁶⁰. Všetky nejakým spôsobom spájajú ponuku a dopyt po zdravotníckych profesionáloch, pričom niektoré manažujú aj finančnú stránku kontraktov, rovnako ako Uber manažuje platby za jazdu.

Využitie platforiem v zdravotníctve sa nelimituje len na zdravotníkov. Ako príklad môžeme uviesť platformu Modivcare, ktorá sa sústreďuje na neakútnu zdravotnú dopravu v niektorých mestách USA a spája dopyt menej mobilných pacientov s príhodne vybavenými a zaškolenými vodičmi.

Ako vždy v prípade startupov, mnohé z nich skončia v slepej uličke. No postupný ústup od klasických pracovných zmlúv smerom k „on demand“ vzťahom sa bude nezdramateľne šíriť aj zdravotníctvom. Vďaka tomu, že časť činností je možné spraviť online (vyhodnocovanie snímok, konzultácie – napríklad slovenský projekt diagnose.me), tento trend nebude striktne geograficky ohraničený. Otázka je, či sa slovenská legislatíva bude na tento trend pozerieť pasívne, alebo mu vykročí oproti.

Zlepšení #20: Příprava legislativní půdy pro flexibilnější formy kontraktů mezi poskytovateli a zdravotníky

57 <https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/locum-tenens-use-widespread-2019-survey-shows>

58 <https://www.staffcare.com/siteassets/resources/thought-leadership/staffcare2020survey.pdf>

59 <https://www.econtalk.org/keith-smith-on-free-market-health-care/>

60 <https://www.axios.com/the-gig-economy-is-trying-to-solve-health-cares-burnout-crisis-b9ff5715-3f89-42d1-9edf-e71857287b84.html>

4 Technológie - umožnená evolúcia

Asi sa ťažko nájde niekto, kto by od inovácií neočakával zlepšenie situácie v zdravotníctve. Vo zvyšku publikácie predstavíme niekoľko technologických konceptov a nástrojov, v ktorých vidíme potenciál na lepšie využitie pracovnej sily v zdravotníctve.

Na úvod je však treba krotiť optimizmus, ktorý neraz z technologicky zameraných komentárov kypí. Umelá inteligencia, big data, e-health, wearables, robotika a ďalšie inovácie majú obrovský potenciál na zmenu. No pri pohľade do nedávnej histórie musíme skonštatovať, že treba čakať skôr evolúciu a nie revolúciu. Skutočná výzva sa často skrýva nie v objavení, ale v nasadení nového konceptu do života. Geoffrey Hinton, jeden z najväčších svetových expertov na umelú inteligenciu, v roku 2016 rádiológom odkázal, aby prestali študovať, pretože do 10 rokov ich úplne nahradia počítače⁶¹. No nasadenie umelej inteligencie a pridružených technológií v teréne ukazuje, že stále existuje závažné množstvo ich nedostatkov. Napríklad metaštúdia z roku 2021 ukázala, že 94 % testovaných AI systémov bolo v rozpoznaní rakoviny prsníka slabších, ako vyhodnotenie jedným ľudským rádiológom. Ak boli rádiológovia dvaja, porazili 100 % AI systémov⁶².

Umelá inteligencia musí byť kŕmená kvalitnými vstupmi. Nejde tak len o nedokonalosť samotných technológií, ale aj chýbajúcu infraštruktúru v zdravotníctve. Aj technologická evolúcia však musí byť „umožnená“. Stačí sa pozrieť na slovenské zdravotníctvo. Kým vo väčšine odvetví sú veci ako elektronická komunikácia či elektronické databázy samozrejmosťou už dve dekády, do zdravotníctva ešte len začínajú prenikať. V komerčnom sektore je nasadenie inovácií jedným zo spôsobov, ako sa udržať v konkurenčnom boji. Socializované zdravotníctvo postavené na byrokratických princípoch má tendencie skôr opačné. Inovácie menia zabehané poriadky, ohrozujú existujúcu štruktúru moci, vyžadujú si kapitál, decentralizované rozhodovanie, flexibilitu, rýchlu spätnú väzbu a priamu motiváciu zainteresovaných. Preto je prenikanie inovácií do zdravotníctva, najmä procesných, veľmi pomalé. Príkladom je telemedicína. Hoci je technologicky možná už celé dekády, oficiálnou súčasťou nášho zdravotníctva sa stala až vďaka pandémie, dovtedy čakala, kedy sa stane oficiálnym výkonom s vlastným kódom. Dobrou správou je, že situácia sa vie zmeniť veľmi rýchlo. V roku 2020 malo len 7 % ľudí v USA skúsenosť s virtuálnou návštevou lekára. Behom jediného roka pandémie zvýšila tento podiel na 32 %⁶³. Nejde však len o zlyhanie štátu – zmeny sa udejú často až na základe tlaku pacientov, ktorí sú neraz (aj vzhľadom k veku) voči zmenám konzervatívni.

Pomalá implementácia procesných a IT inovácií do zdravotníctva a možnosti jej urýchlenia sú predmetom mnohých štúdií a stratégií. Čitateľovi dávame do pozornosti napríklad *Empowering the health workforce: Strategies to make the most of the digital revolution* od OECD⁶⁴, či *The Impact of New Technology on the Healthcare Workforce* od MIT⁶⁵, ktoré pojednávajú o IT v kontexte zdravotníkov.

Len v krátkosti sa zmienime o inováciách medicínskych. Tie sú z pohľadu vyťaženia pracovnej sily dvojsečnou zbraňou. Jedno ostrie zvyšuje dostupnosť služieb. Typickým príkladom je jednodňová chirurgia. Ak pacient strávi v nemocnici len 8 hodín miesto 72, znamená to 9-krát nižšiu potrebu obslužného personálu na oddelení. Aj tu však platí, že tieto inovácie bývajú často brzdené nastavením systému, či už sú to úhradové mechanizmy, alebo regulácia siete (uvidíme, čo spraví optimalizácia siete nemocníc na Slovensku s rozvojom ambulantných riešení...).

Druhým ostrím medicínskych inovácií je už spomínaný fakt, že medicínske inovácie zvyšujú dopyt pacientov po zdravotných službách, a tým aj dopyt po zdravotníkoch. Naviac systém medicínskych štandardov minimalizuje oficiálnu možnosť voliť medzi časovo viac a menej náročnými zákrokmi.

61 <https://moreisdifferent.substack.com/p/ai-deep-learning-radiology-medicine-overhyped?s=r>

62 <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1872>

63 <https://www.accenture.com/us-en/insights/health/digital-adoption-healthcare-reaction-or-revolution>

64 <https://www.oecd.org/health/health-systems/Empowering-Health-Workforce-Digital-Revolution.pdf>

65 <https://workofthefuture.mit.edu/wp-content/uploads/2020/10/2020-Research-Brief-Bronsoler-Doyle-VanReenen.pdf>

4.1 Henry Ford z Indie

Doktor Devi Shetty získal v Indii prezývku Bypasswale Baba, niečo ako "svätec rozdávací bypass". Nielen preto, že sa podieľal na viac ako 15 000 operáciách srdca, ale najmä preto, že spravil zdravotnú starostlivosť oveľa dostupnejšou pre stámilióny chudobných Indov. Pred vyše 20 rokmi založil v Indii sieť nemocníc Narayana Health. Bypass v týchto nemocniciach stojí menej ako 2 000 dolárov (s dlhodobým cieľom stlačiť cenu pod 1 000 dolárov), pričom kvalitatívne ukazovatele (napr. mortalita do 30 dní od operácie) sú rovnaké alebo lepšie ako je priemer v USA, kde podobná operácia stojí okolo 100 000 dolárov. Sieť ponúka „klubové karty“ s výhodami, či denné dynamické oceňovanie (podľa aktuálnej vyťaženia a finančných výsledkov siete), takže k operácii majú šancu dostať sa aj pacienti s menším obnosom peňazí, či dokonca zadarmo. Údajne až 60 % pacientov platí nižšie ceny ako sú uvedené v cenníku.

Tento „zázrak“ dosiahol aplikovaním princípov Henryho Forda⁶⁶ na výrobu v medicíne. Budovy kliník sú navrhnuté úsporne (na lacných pozemkoch, s nízkou energetickou náročnosťou) a účelne. Kľúčom úspechu jeho projektu je workflow. Každá nemocnica má niekoľko desiatok chirurgov, operuje sa od 6. hodiny ráno do 10. hodiny večer. Pacientov „rozrábajú“ mladší lekári, skúsenejší prichádzajú len na kľúčovú časť operácie, následne sa presúvajú k ďalšiemu stolu. Vďaka tomuto príkladu task shiftingu⁶⁷ vykonávajú najdrahší lekári za deň zhruba 4-krát viac zákrokov ako v USA. To predstavuje nielen finančnú úsporu, ale aj cestu k rýchlemu rastu mladých lekárov. Podobne je oveľa vyššie využitie drahých prístrojov, keďže bežia non-stop väčšinu dňa. Rodina pacienta je motivovaná k aktívnemu zapojeniu sa do ošetrovateľskej starostlivosti po operácii (aj vďaka už spomínanému rýchlokurzu Noorah Health), čo ďalej finančne odľahčuje nemocnicu.

V klinikách sa snúbi tradičný prístup rozvojového sveta (zapojenie rodiny) s najmodernejšími technológiami. Od všetkých pacientov sú zbierané priebežné vitálne dáta zo všetkých nemocníc do centrálneho IT systému. Tieto dáta slúžia jednak k okamžitému zásahu personálu, ak sa pacientovi na lôžku pohorší, a zároveň s pomocou umelej inteligencie a obrovskej dátovej bázy (sieť Narayana má 2,5 milióna pacientov ročne) umožňujú aj odhadnúť výskyt komplikácií u konkrétného pacienta v budúcnosti a aktívne im predchádzať. Narayana má okrem kliník aj 800 centier telemedicíny a mobilné stanice navštevujúce vidiecke komunity.

Narayana Health je štandardná akciová spoločnosť, ktorej akcie si môžete kúpiť na indickej burze. Je príkladom, že aj v zdravotníctve je možné dosiahnuť významné úspory z rozsahu manažérskymi zmenami a aplikovaním inovácií - a to všetko v prostredí so striedmym množstvom kapitálu.

4.2 Technológie zajtrajška(?)

Nové technológie majú potenciál nahrádzať pracovnú silu najmä vďaka robotizácii (vykonávanie manuálnych repetitívnych úkonov), umelej inteligencii (diagnostika snímok, plánovanie a predikcie a pod.), či vďaka zberu a analýze dát (diaľkový a laický monitoring...). Napríklad poradenská spoločnosť OliverWyman odhaduje⁶⁸, že umelá inteligencia dokáže do roku 2025 nahradiť v USA ekvivalent práce 2 500 rádiológov, pretože skráti čas na vyhodnotenie MRI scanu z 50 na 10 minút. Ďalšími príkladmi sú uľahčenie administratívnej práce zdravotníckych asistentov (ekvivalent práce 95 000 ľudí do roku 2025). Ďalším príkladom je tiež pokročilé vyhodnocovanie scanov sietnice, šetriace čas očným lekárom. Konkrétnymi príkladmi technológií⁶⁹ sú napríklad ultrazvuky ako Venue, ktoré dokážu automatizovať vyhodnocovanie obrazu priamo v ambulancii či cloudové služby ako Edison True PACS, ktoré ponúkajú uloženie snímok, ich spracovanie, vizualizáciu a vyhodnotenie umelou inteligenciou a kompletný workflow pre rádiológov. Mural Virtual Care zase obstaráva diaľkový monitoring a analýzu pacientov v intenzívnej starostlivosti.

66 <https://iness.sk/sk/spotrebitelska-revolucia-v-zdravotnictve>

67 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26699352/>

68 <https://www.oliverwyman.com/our-expertise/insights/2019/sep/health-innovation-journal/the-role-of-digital-and-technology/how-an-infusion-of-tech-will-reverse-the-worker-crisis.html>

69 <https://www.gehealthcare.com/article/the-future-of-the-healthcare-workforce-5-predictions-for-2022>

Dva „zlepšováky“ vo forme aplikácií v roku 2021 predstavila spoločnosť Apple. Prvá z nich sa zameriava na prevenciu pádov u starších ľudí. Prostredníctvom monitorovania ukazovateľov ako rýchlosť chôdze, dĺžka krokov a čas, počas ktorého sú obe nohy na zemi, aplikácia monitoruje stabilitu chôdze a varuje pred hroziacim nebezpečenstvom, čím znižuje potrebu neustáleho dozoru. Druhou funkciou, s ktorou spoločnosť Apple prišla, je zdieľanie užívateľských zdravotných údajov s inými ľuďmi. K údajom, ako je napríklad pulz a tlak, tak môže mať prístup aj ďalšia osoba (resp. až 5 osôb) okrem samotného užívateľa. V prípade, že aplikácia na základe zozbieraných dát určí, že zdravotný stav užívateľa sa zmenil, pošle vybranej osobe upozornenie. Tá potom môže rýchlejšie zasiahnuť alebo prísť na pomoc. V USA môžete svoje aplikáciu zozbierané zdravotné údaje dokonca zdieľať s vybranými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Zatiaľ čo vyššie spomenuté funkcie sú určené predovšetkým pre jednotlivcov, aplikáciu Tucuvi aktívne využívajú aj inštitúcie. Používa ju viacero nemocníc v Španielsku a Portugalsku na monitorovanie rôznych chorôb u svojich pacientov, napríklad chronických srdcových problémov, rakoviny a problémov s dýchacími cestami.

Doktor v aplikácii nastaví individuálny monitorovací protokol pre konkrétnych pacientov. Umelá inteligencia aplikácie následne komunikuje s pacientami (prostredníctvom hovorov a četových konverzácií) podľa pripravených protokolov a v reálnom čase konverzácie analyzuje. Otázky sa môžu týkať napríklad prípadných príznakov chorôb, ale aj všeobecného zdravotného stavu pacientov. Získané informácie potom posieľa klinickému tímu, ktorý v prípade potreby zakročí. Pacienti používajúci aplikáciu menej často navštevujú zdravotné strediská, znižujú počet nepotrebných telefonných konzultácií, zvyšujú rýchlosť zdravotníckych zásahov (a teda aj pravdepodobnosť ich úspechu). V Japonsku, krajine s najväčším demografickým problémom na svete, sa až štvrtina technologických startupov zameriava na starostlivosť o starých a domovy sociálnych služieb⁷⁰.

Významnú skupinu predstavujú technológie uľahčujúce administratívu a manažment. Jedná sa o rôzne nástroje digital patient engagement (respektíve virtual intake management), ktoré automatizujú objednávanie pacientov, pripomienky, ich registráciu pri príchode do zariadenia či formálne náležitosti po ukončení návštevy. Tieto nástroje sa však často zameriavajú primárne na americký trh, kde je špecifický problém administratívne zložitého preverovania poisťných plánov a komunikácie s poisťovňami.

Treba však pripomenúť fakt, že kým mnohé inovácie šetria čas zdravotníkom, vyžadujú si zvýšené zapojenie IT a technologických špecialistov.

Väčšie zapojenie inovácií sa nedá podporiť úzko definovaným zlepšením. Vyžaduje si komplexnú zmenu myslenia, väčšiu autonómiu všetkých zúčastnených subjektov (primárne však nemocníc), flexibilitu regulačného prostredia, prílev kapitálu založený na jasných finančných kritériách návratnosti (keďže väčšina technologických inovácií si vyžaduje nemalé kapitálové vstupy). Nevyhnutnosťou je zrýchlenie digitalizácie zdravotníctva, vrátane legislatívneho ošetrovania (ochrana zdieľanie dát a podobne).

Zlepšenie #21: Technológiám sa darí v systéme, kde inovácie nie sú nariadené zhora, ale účastníci systému po nich sami siahajú, pretože im prinášajú konkurenčnú výhodu. Šírenie inovácií v zdravotníctve preto potrebuje menej direktívne a viac konkurenčné nazeranie na systém.

70 <https://edwest.substack.com/p/children-of-men-is-really-happening?s=r>

5 Záver

Hoci absolútny počet zdravotníkov sa za na Slovensku začne výraznejšie meniť až v nadchádzajúcich rokoch, už dnes prichádza k znižovaniu ich relatívneho počtu vzhľadom k potrebám, najmä v dôsledku starnutia populácie a tým aj zvyšovania výskytu zdravotných problémov. Nie je to slovenské špecifikum, ale celosvetový fenomén.

Pokiaľ v nasledujúcich rokoch chceme na Slovensku zachovať súčasný štandard zdravotnej starostlivosti, vrátane hustoty pokrytia, frekvencie a časovej dostupnosti zdravotníckych služieb, bude nám na dosiahnutie tohto cieľa chýbať veľké množstvo zdravotníkov. Na zhoršovanie stavu pôsobí hneď niekoľko síl (odchod zdravotníkov do dôchodku, odchod zdravotníkov z verejného systému, rastúci priemerný vek obyvateľstva, rastúce nároky na kvalitu služieb). Výzva je preto väčšia, než by mohol napovedať aktuálny pohľad na naplnenosť zdravotníckych stavov.

Túto situáciu je možné zlepšiť z dvoch pohľadov. Jeden pohľad je extenzívny – zameraný na získanie dodatočných zdravotníkov. Priestor na to existuje, aj keď limitovaný.

Druhý pohľad je intenzívny – zameraný na zvýšenie produktívnosti existujúcich a budúcich zdrojov, ako aj na ovplyvnenie dopytu po zdravotných službách. Tu je priestor na pokrok veľmi široký. Zahŕňa zmenu kompetencií, flexibilnejší pohľad na zdravotné služby, ale aj technické inovácie.

V publikácii sme predstavili 21 rôznych krokov na zlepšenie situácie. Pri reformách je však pravidlom, že samotné opatrenia sa dajú jednoducho vyvodiť pozorovaním sektora a diskusiou s jeho účastníkmi. Kľúčová je implementácia zmien, ktorá potrebuje politický kapitál a odvahu popasovať sa so zotrvačnosťou a zakonzervovanými názormi. Bohužiaľ, podobne ako v iných silne regulovaných profesiách, aj v prípade zdravotníctva platí, že najväčšie prekážky na vyvolanie zmeny sa nachádzajú vnútri sektora.

O autorovi



Martin Vlachynský pôsobí ako analytik INESS od roku 2012. Vyštudoval na Ekonomicko-správnú fakultu MU v Brne, následne absolvoval štúdium na University of Aberdeen. Zaoberá sa hospodárskou politikou, podnikateľským prostredím a konkurencieschopnosťou, najmä v zdravotníctve a energetike.

Vydal: INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz

www.iness.sk

Autor: Martin Vlachynský

Grafický dizajn: INESS

Rok vydania: 2022

Kontakt:

Martin Vlachynský

martin.vlachynsky@iness.sk

[illegible]

