

OSKAR DVOŘÁK

Zdravotníctvo v čase personálnej krízy

Ako sa popasovať s nedostatkom zdravotníckeho
personálu a premeniť rozpadajúci sa systém
na moderné zdravotníctvo pre všetkých



ÚVOD

Covid strhol potemkinovskú fasádu slovenského zdravotníctva. Pri pohľade na jeho zúbožený stav krajina neprijemne precitla – napriek tomu, že Slováci a Slovenky dlhodobo vnímali jeho slabiny. Najviac bil do očí nedostatok zdravotníckeho personálu: mali sme lôžka, no nemal ich kto obsluhovať. Pre preplnené nemocnice a preťaženosť zdravotníkov a zdravotníčok sa prestala robiť biela medicína a počet odvrátiteľných úmrtí prudko stúpol. Aj odvrátením nedávnych masových výpovedí lekárov a lekárovi sme len získali niečo málo času navyše, pred nevyhnutným personálnym kolapsom, ku ktorému naďalej smerujeme.

Slovenské zdravotníctvo a aj pohľad, ako má vyzeráť zdravotná starostlivosť a kto ju má poskytovať, sa v nasledujúcich rokoch radikálne zmení. Generácia našich detí si stav, ktorý je dnes, nebude vedieť ani predstaviť. Zmeny nastanú z nevyhnutnosti, akými sú starnutie populácie a úbytok zdravotníčok aj zdravotníkov, ale aj z dôvodu pokroku a zavádzania inovácií. Zmeny nás buď zvalcujú a zo Slovenska sa stane krajina obrovských nerovností, kde majú na kvalitnú zdravotnú starostlivosť nárok len vyvolení alebo ich využijeme v prospech všetkých obyvateľov a obyvateľiek.

Tento text diagnostikuje stav slovenského zdravotníctva a opisuje výzvy, ktorým bude v nadchádzajúcich rokoch čeliť. Dovoľuje si nekonvenčnú myšlienku, že jednoduché navýšenie počtu zdravotníckeho personálu slovenské zdravotníctvo nevylieči. Namiesto izolovaných návrhov prináša komplexnú víziu, ako nevyhnutné zmeny využiť na vytvorenie moderného zdravotníctva pre každého.

DIAGNOSTIKA

Súčasný stav slovenského zdravotníctva

(Ne)dostupná zdravotná starostlivosť

Väčšina Slovákov a Sloveniek zažila skúsenosť, že keď sa za nimi zavreli dvere na ambulancii všeobecného lekára alebo lekárky, ostali na chodbe stáť s výmenným lístkom v rukách. Očakávanie, že by automaticky získali termín vyšetrenia u iného lekára či lekárky, je na Slovensku v 21. storočí stále sci-fi. V lepšom prípade dostali odporúčanie na špecialistku alebo špecialistu; v tom horšom si neodniesli žiadny návod, na koho sa ďalej obrátiť.

Tu sa však útrapy len začínajú. Pacient či pacientka si pri návšteve špecialistu či špecialistky pravdepodobne privstanú o štvrtej ráno, aby stihli čakanku s nízkym poradovým číslom. Na vyšetrenie si počkajú v preplnenej čakárni. Ak mali šťastie a podarilo sa im do ambulancie dovoliť, aby si rezervovali termín, nezriedka naň čakajú týždne až mesiace. A ani potom nemajú vyhraté. Lekár či lekárka má na vyšetrenie len málo času, častokrát je nevyhnutné doplniť si ďalšie vyšetrenia. A kolotoč hľadania ambulancie, pokusov dovoliť sa a čakanie sa opäť roztáča.

V tomto prípade sa určite nedá hovoriť o kvalitnej a vôbec nie dostupnej zdravotnej starostlivosti. A situácia sa stále zhoršuje. V niektorých regiónoch prístup k lekárovi či lekárke nezabezpečí ani zaplatenie prémiového balíčka alebo telefonát známemu, pretože tam nikto nepôsobí.

Ak sa pacient alebo pacientka nedostane do ambulancie včas, liečbe sa nevyhne. Akurát sa oddiali a bude náročnejšia, dlhšia aj drahšia. Vytvára to nápor aj na urgentné príjmy a sanitky, ktoré by sa mohli venovať iným prípadom. V porovnaní s rokom 2010 sa priemerné dojazdy sanitiek v roku 2020 predĺžili o takmer dve minúty¹ kvôli prípadom, ktoré sa mohli riešiť včasne v ambulancii. Riziko nesprávnej orientácie nášho zdravotníckeho systému na nemocničnú a urgentnú starostlivosť je naozaj obrovské a cesta späť je drahá, dlhá a komplikovaná.

Nezdravé Slovensko

Nekompromisné vysvedčenie nášmu zdraviu vystavujú štatistiky. Stredná dĺžka života Slovákov a Sloveniek je 75 rokov, čo je jeden z najnižších priemerných vekov dožitia v krajinách Európskej únie. Pre porovnanie, obyvatelky a obyvatelia škandinávskych krajín žijú o osem rokov viac. Máme tiež vysoké počty úmrtí, ktorým sme mohli predísť. S počtom 241 odvrátiteľných úmrtí na 100 000 obyvateľov sme takmer na chvoste krajín Európskej Únie (škandinávske alebo južanské štáty ich majú o polovicu menej²). A to najhoršie na koniec: Ak sa Slováci a Slovenky aj dožijú vysokého veku, majú len nízku pravdepodobnosť, že si ho užijú v zdraví. Podľa štatistík sa 65-ročný Slovák dožije v zdraví len štyri a pol roka, čo je takmer najmenej v celej Európe. 65-ročný Ír zatiaľ prežije v zdraví až trinásť rokov a Čech alebo Poliak až osem rokov³.

Pri bližšom pohľade na naše regióny je očividné, že Slovensko je krajina veľkých rozdielov. O tom, kto sa dostane na vyšetrenie, rozhoduje aj bydlisko. Súčasná slovenská legislatíva však realitu nereflektuje. Poistovne formálne každý rok naplnia vo väčšine okresov minimálne počty ambulancií⁴. Napriek tomu, že oficiálne predikčné modely hlásia nedostatky snád' vo všetkých zdravotníckych povolaniach⁵. Najhoršie sa to dotýka oblasti všeobecných lekárov a lekároek. Na Orave alebo na stredoslovenských lazoch je doslova umenie zohnať všeobecnú lekárku alebo lekára, ktorý ma na vás čas. Je ich málo a sú v dôchodkovom veku⁶. Ak sa tu aj nejakí nachádzajú, pôsobia skôr v krajských či okresných mestách. Aj napriek tomu slovenské zákony uvádzali, že všeobecných lekárov a lekároek je v každom kraji dosť. Podobná situácia nastáva aj pri hľadaní špecialistov a špecialistiek či už v oblasti

¹ - Výročné správy Operačného strediska záchrannej zdravotnej služby SR. Dostupné na: <https://155.sk/vyroczne-spravy/>

² - Slovakia: Country Health Profile 2021. European Observatory on Health Systems and Policy. 2021. Dostupné na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovakia-country-health-profile-2021>

³ - Eurostat, dáta za rok 2019. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/TEPSR_SP320

⁴ - Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia, ÚDZS. Dostupné na: <https://www.udzs-sk.sk/urad/dokumenty/spravy/>

⁵ - Správa o výsledku kontroly: Efektívnosť a účinnosť stredného školstva v oblasti zdravotníctva. NKÚ, 2021. Dostupné na: <https://www.nku.gov.sk/documents/10157/fad6b7ad-ee1e-440f-a5a6-9bd60b208d96>

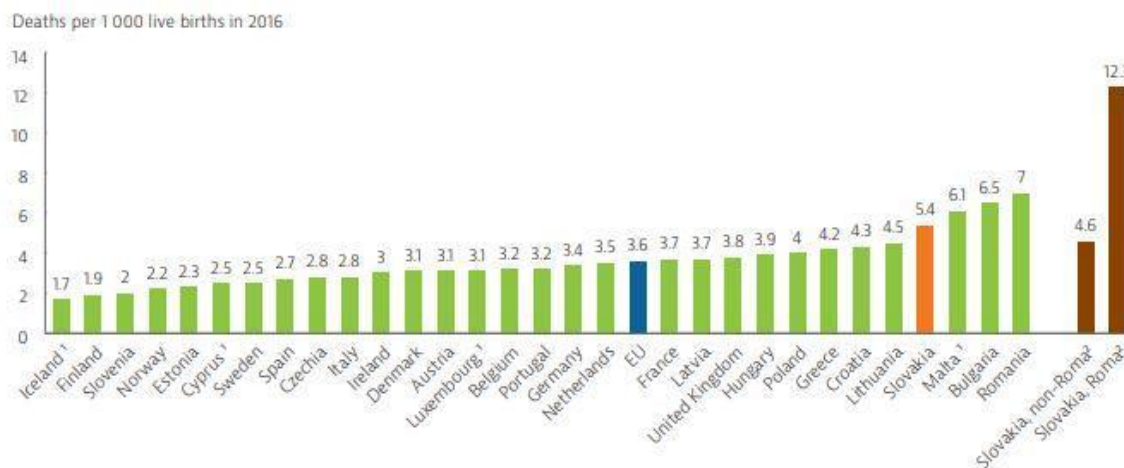
⁶ - Vyhodnotenie stavu a klasifikácie okresov všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS) k 1.7.2020. Ministerstvo zdravotníctva SR, 2021. Dostupné na: <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=500801>

neurologie, endokrinologie, gastroenterologie, kardiologie, urolgie a mnohých ďalších. V niektorých okresoch ich ani nenájdete, alebo sú úplne preťažení a preťažené⁷, aj napriek tomu, že súčasná legislatíva a normatívy hovoria, že je všetko v poriadku.

Marginalizované zdravie

Okrem regionálnych rozdielov máme obrovský problém aj so zdravím marginalizovaných rómskych komunít. Rómska menšina, ktorá má v slovenskej populácii zastúpenie osem percent, ma výrazne horšie zdravie ako majorita. V zdravotných výsledkoch sa približuje obyvateľstvu rozvojových krajín. V priemere sa odhaduje, že ženský odhadovaný vek je v rómskych komunitách o sedem rokov kratší ako u majority a rómski muži sa dožívajú až o desať rokov menej. V oblasti dojčenskej úmrtnosti dosahujú rómske komunity dvakrát viac úmrtí ako majorita a takmer až štvornásobne viac úmrtí v porovnaní s európskym priemerom. Marginalizované komunity majú tiež nižšiu mieru zaočkovanosti a viac rizikových faktorov kvôli zlej životospráve. Napriek tomu tieto komunity čerpajú najmenej zdravotnej starostlivosti kvôli rôznym sociálnym alebo diskriminačným bariéram. Okrem marginalizovaných komunít sa podobné vylúčenie týka aj slabších socioekonomických vrstiev. Muži, ktorí dosiahli vysokoškolské vzdelanie, sa dožívajú až o štrnásť rokov dlhšie ako tí so základným vzdelaním. Pri ženách je tento rozdiel sedem rokov⁸. Pandémia tieto rozdiely len prehĺbila. Ľudia v marginalizovaných rómskych komunitách zomierali počas pandémie oproti majorite dvojnásobne viac a zaočkovanosť bola tiež výrazne nižšia⁹.

Graf 1: Dojčenská úmrtnosť rómskej populácie na 1000 obyvateľov



Zdroj: European Observatory on Health Systems and Policies - Slovakia: Country Health Profile 2019

⁷ - Stratégia nákupu špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS), Všeobecná zdravotná poisťovňa, 2020. Dostupné na: <https://web.archive.org/web/20200918112614/https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zmluvne-vztahy/siet-sas.html>.

⁸ - Slovakia: Country Health Profile 2019. European Observatory on Health Systems and Policy. 2019. Dostupné na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovakia-country-health-profile-2019>

⁹ - Slavomír Hidas, Katarína Vaľková, Gabriel Machlica, Andrej Belák: Vplyv pandémie na marginalizované rómske komunity. Ministerstvo financií SR, 2022. Dostupné na: https://www.mfsr.sk/files/archiv/22/2022_1_Vplyv-pandemie-na-MRK_final.pdf

Ak s týmito nerovnosťami nič nespravíme, situácia sa bude len zhoršovať. Dostupná a kvalitná zdravotná starostlivosť sa postupne stane výsadou privilegovaných a pre väčšinu ľudí zostane teoretickým konceptom.

Nezdravo veľa pacientov na málo personálu

Zhoršujúca sa demografická kríza ešte viac zvýši tlak na náš systém. Do roku 2060 budeme mať o vyše 300-tisíc obyvateľov menej a priemerný vek sa ešte viac predĺži, čo spôsobí ďalší tlak na systém. Veľmi znepokojujúco pôsobí postupný odchod populačne silných ročníkov, ktoré sú dnes v produktívnom veku, do dôchodku. V porovnaní s dneškom má ubudnúť až takmer milión ľudí v produktívnom veku. Počet ľudí v dôchodkovom veku má narásť o trištvrte milióna¹⁰. Zdravotníctvo je spolu so sociálnym a dôchodkovým systémom jednou z oblastí, ktorá bude najviac zasiahnutá. Budeme mať menej pracovníkov a pracovníčok a zároveň viac starších ľudí, ktorí budú trpieť chronickými chorobami, ako sú cukrovka, vysoký krvný tlak alebo neurologické ochorenia, ktoré si budú vyžadovať viac stálej starostlivosti.

Zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok je už dnes vo väčšine krajín nedostatok a pandémie COVID-19 tento problém iba prehĺbila. Podľa WHO a Svetovej banky môže celosvetovo chýbať do roku 2030 až 18 miliónov zdravotníckych pracovníkov¹¹ a pracovníčok. To je výpadok až 20%. Aj pri optimistických scenároch to znamená, že väčšina krajín, vrátane Slovenska, sa bude musieť čoskoro popasovať s otázkou, ako zabezpečiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pri čoraz zmenšujúcom sa počte zdravotníckeho personálu. Nahradiť dvadsaťpercentný výpadok zdravotníckeho personálu budeme musieť pomocou iných nástrojov.

Riešenia existujú. Nebudú však ani rýchle, ani ľahké. Slovensko nie je jedinou krajinou s týmto problémom a má k dispozícii množstvo príkladov, pozitívnych, aj negatívnych, ktorými sa môže inšpirovať. Doteraz sa v horšom prípade nerobilo nič, v lepšom prípade sa prijímali skratkové riešenia navyšovania počtu študentov a plátov.

Ľudských zdrojov bude nedostatok všade, a preto je samotné navyšovanie počtu personálu bez hlbších systémových zmien iba krátkodobé, čiastkové a neudržateľné riešenie. Štát sa bude musieť intenzívnejšie venovať tomu, ako efektívnejšie plánovať, produkovať a distribuovať už dnešné ľudské zdroje, ako zvyšovať produkciu zdravotníctva, ktoré väčšinou zaostáva za inými sektormi ekonomiky¹², ako sa pripraviť na štvrtú priemyselnú revolúciu digitalizácie a umelej inteligencie a predovšetkým, ako zmeniť desiatky rokov zakorenený pohľad na zdravotníctvo, ktoré sa venuje hlavne liečbe a nie predchádzaniu chorôb. Tento

¹⁰ - Branislav Bleha, Branislav Šprocha, Boris Vaňo: Prognóza vývoja obyvateľstva Slovenska do roku 2060. Revízia poznatkov a predpokladov v kontexte pokračujúcej transformácie. INFOSTAT, Bratislava, 2018.

¹¹ - World Health Organization: Global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHO library, 2016. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>

¹² - Nikhil Sahni, Pooja Kumar, Edward Levine, Shubham Singhal: The productivity imperative for healthcare delivery in the United States. McKinsey Center for US Health System Reform, 2019. Dostupné na: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-productivity-imperative-for-healthcare-delivery-in-the-united-states>

dokument predstavuje víziu, ako sa udržateľným spôsobom vysporiadať s najväčšími hrozbami nášho zdravotníctva v najbližších rokoch.

DVAKRÁT MERAJ, RAZ OPERUJ

Ako lepšie plánovať

Plánovanie a distribúcia ľudských zdrojov

Predošlá kapitola popisovala, akým vzácnym a nedostatkovým zdrojom sú zdravotnícki pracovníci a pracovníčky. O to dôležitejšie je dôkladne poznať ich počet, rozloženie v regiónoch, špecializácie a hlavne vedieť, koľko ich budeme potrebovať. Až na základe opatrného plánovania s týmito krehkými zdrojmi môže a musí štát robiť rozhodnutia. Žiaľ, v praxi takýto postup dlhodobo nezohľadňuje a pri plánovaní ľudských zdrojov je hluchý a slepý. Samotný Najvyšší kontrolný úrad tvrdí, že „*Ministerstvo (zdravotníctva) nemá vypracovaný strategický dokument zameraný na oblasť zdravotníckeho personálu, ktorý by z dlhodobého hľadiska definoval ciele a spôsob ich dosiahnutia a komplexne riešil problematiku zdravotníckych pracovníkov*“ (NKÚ 2022).

V porovnaní s inými vyspelými krajinami sa pri počtoch lekárov a lekárk držíme na európskom priemere, zatiaľ čo pri zdravotných sestrách a bratoch výraznejšie zaostávame. Avšak napriek zdaniu, že lekárov a lekárk máme dosť, je opak pravdou. Sú zle rozložené po regiónoch, ale aj do špecializácií. Zatiaľ čo Bratislava má v priemere 6,4 lekárov na 1000 obyvateľov, v niektorých regiónoch Slovenska pripadá na tisíc obyvateľov a obyvateľiek iba 2,7 lekárov a lekárk¹³. Keďže neexistuje žiadne plánovanie ani regulácia, na čo sa majú mladí absolventi a absolventky špecializovať, následne sa to prejavuje v nedostatku neurológov a neurologičiek, anesteziológov a anesteziologičiek, všeobecných lekárov a lekárk, atď. Štát tiež nemá dosah na počty potrebných ambulancií a lekárov a lekárk potrebných v nemocniciach.

Vzhľadom na to, že počty lekárov a lekárk by sa mohli postupne stabilizovať¹⁴, o to viac stúpne dôležitosť prístupu ich rozdeľovania do špecializácií, regiónov, ambulancií, nemocníc.

V prípade zdravotných sestier a bratov nikto ich obrovský nedostatok nespochybňuje. Chaos v riadení ľudských zdrojov najlepšie vidieť pri snahe zistiť zo slovenských zdrojov, koľko ich budeme potrebovať. Odhady sa pohybujú od dvetisíc až po 18-tisíc. Záleží od toho, koho sa pýtate a čo je cieľom. Rozdielne pohľady majú Ministerstvo zdravotníctva, Ministerstvo financií, ale aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek¹⁵. Navyše, sestry pôsobia aj v sociálnej starostlivosti, čo pri starnúcej populácii vytvorí dodatočný tlak na ich ešte väčšiu potrebu.

¹³ - Slovakia: Country Health Profile 2021. Dostupné na:

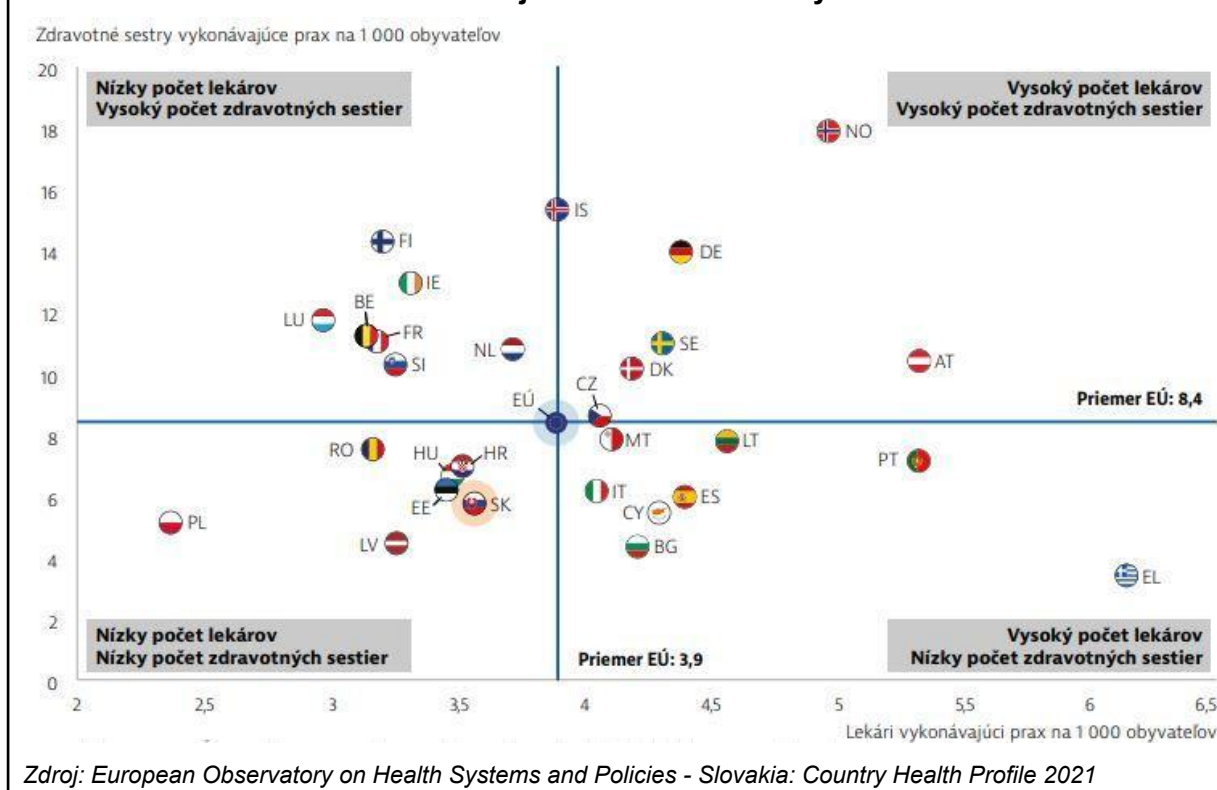
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovakia-country-health-profile-2021>

¹⁴ - Ministerstvo zdravotníctva: Informácia o stave zdravotníckeho personálu v Slovenskej republike, 2018. Dostupné na:

<https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/23194/1>

¹⁵ - Najvyšší kontrolný úrad: Správa o výsledku kontroly - Efektívnosť a účinnosť stredného školstva v oblasti zdravotníctva, 2021. Dostupné na: <https://www.nku.gov.sk/documents/10157/fad6b7ad-ee1e-440f-a5a6-9bd60b208d96>

Graf 2: Počet lekárov a sestier v krajinách EÚ na 1 000 obyvateľov



Jedným z najväčších problémov v riadení ľudských zdrojov je dnes malý vplyv Ministerstva zdravotníctva SR na to, koľko študentov budeme mať a na čo sa budú špecializovať. Počty študentov na vysokých školách si do veľkej miery určujú fakulty a počty študentov na stredných zdravotníckych školách zas vyššie územné celky. Ministerstvo zdravotníctva nemá žiadne efektívne nástroje na to, aby systematicky ovplyvňovalo produkciu a zameranie študentov. Príkladom, ako by mal byť systém nastavený, môže byť Holandsko¹⁶. V Holandsku je zriadená komisia, ktorá zahŕňa poisťovne, školy a profesné združenia, ktorá každoročne určuje, koľko študentov bude potrebných a v akých špecializáciách. Predikcie sa robia spravidla na 20 rokov, čo znamená, že sa vyhýbajú unáhleným rozhodnutiam. Zohľadňuje sa migrácia, počty študentov, bežný pracovný čas, predpokladaný odchod do dôchodku, demografia populácie, chorobnosť a mnoho ďalších. Vláda má následne právomoc obmedzovať počty študentov, ktorí budú prijatí, ale aj počty lekárov vstupujúcich do špecializácií.

Slovenská vláda zúfalo potrebuje podobný nástroj na lepšiu distribúciu lekárov. Bezcieľne navyšovanie počtu študentov na lekárske fakultách totiž nie je udržateľným riešením. Obzvlášť, keď už dnes majú lekárske fakulty v niektorých ročníkoch až polovicu zahraničných študentov¹⁷ a tieto kapacity môžu byť v prípade núdze použité pre domácich študentov a študentky. To, že problém nie je v množstve vyštudovaných lekárov a lekároch, dokazuje aj fakt, že ani v medzinárodnom porovnaní nemáme nedostatok absolventov a

¹⁶ - OECD: Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2016. Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Doctors-Netherlands.pdf>

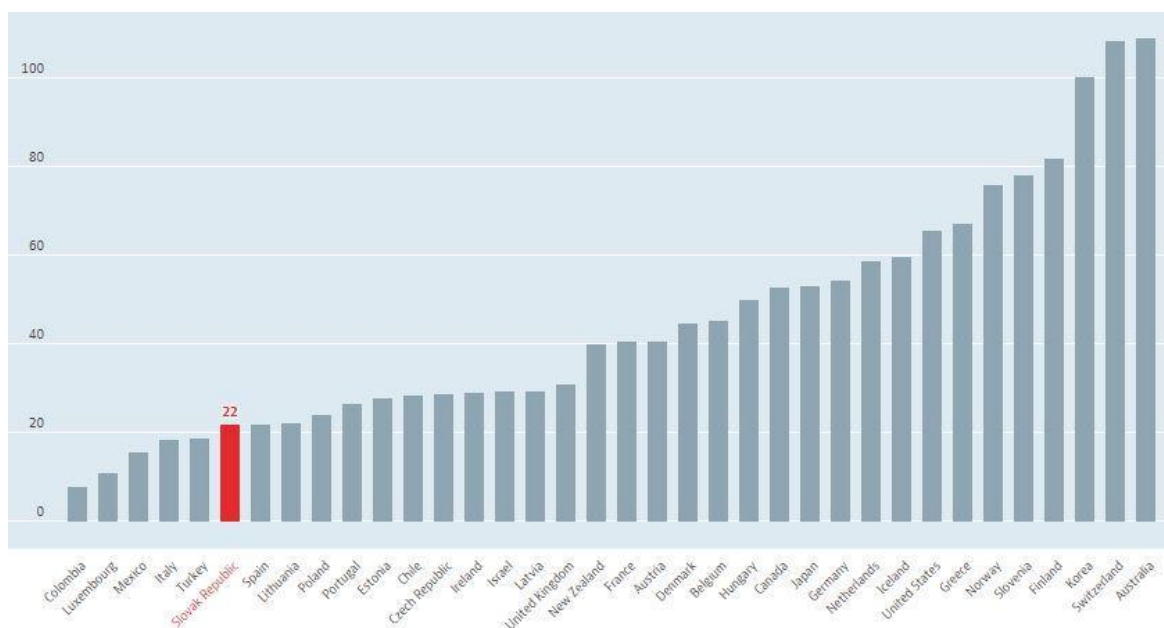
¹⁷ - Výročné správy lekárske fakult.

absolventiek. Okrem toho, navyšovanie počtov študentov a študentiek vytvára množstvo dodatočných negatívnych efektov. Ak sa zvyšujú počty bez investícií do infraštruktúry, konkrétne tréningu nových pedagógov a pedagogičiek, nových výučbových miestností na školách, či väčšieho množstva výučbových lôžok v nemocniciach, ohrozuje to aj kvalitu výučby, a teda kvalitu budúcich lekárov a lekárk.

Štát by mohol do distribúcie lekárov a lekárk efektívne vstupovať aj cez reguláciu počtu a typov ambulancií v konkrétnych okresoch. Dnes regulácia prakticky neexistuje. Počty ambulancií sú v zákone nastavené tak nízko, že je prakticky na zdravotných poisťovniach, koľko ich zazmluvnia, pretože minimálne počty sa im podarí splniť ľavou-zadnou. A oproti tomu, čo pacienti a pacientky naozaj potrebujú, sú tieto počty žalostne prinízke.

V prípade zdravotných sestier a bratov je situácia naozaj kritická. Oproti ostatným krajinám máme výrazne menej absolventiek a absolventov¹⁸. Už počet prijímaných študentiek a študentov je sám osebe nízky a aj z tohto nízkeho počtu nastúpi do praxe len 44% absolventiek a absolventov, čo je menej ako polovica. Na porovnanie, po ukončení medicíny nastúpi do praxe až 82%¹⁹ lekárov a lekárov. O to nepochopiteľnejšie sú niektoré rozhodnutia o znižovaní počtu prijímaných študentov a študentiek na zdravotnícke školy²⁰.

Graf 3: Počet absolventiek – sestier na 100 000 obyvateľov v OECD Krajinách



Zdroj: OECD

¹⁸ - OECD data: Nursing graduates. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthres/nursing-graduates.htm#indicator-chart>

¹⁹ - Ministerstvo zdravotníctva: Informácia o stave zdravotníckeho personálu v Slovenskej republike, 2018. Dostupné na: <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/23194/1>

²⁰ - Webnoviny.sk: ANS nesúhlasí so znižovaním počtu žiakov na zdravotníckych školách, 2019. Dostupné na: <https://www.webnoviny.sk/vzdravotnictve/ans-nesuhlasi-so-znizovanim-poctu-ziakov-na-zdravotnickych-skolach/>

Nástroje stabilizácie

Jedným z vážnych faktorov odchodu zdravotníckeho personálu do zahraničia je aj výška mzdy. Zvýšenie platov síce nie je systémovým nástrojom na získanie ďalších pracovníkov a pracovníčok, slúži však na ich stabilizáciu. Ak budeme ako krajina výrazne platovo zaostávať oproti okolitým krajinám, zdravotnícky personál bude stále odchádzať vo veľkých počtoch. Na druhej strane, nie je veľmi racionálne platy zvyšovať radikálne a skokovito na úroveň okolitých krajín, ako sa to v prípade lekárov a lekároek stalo na Slovensku, pretože v rámci platovej vojny o zdravotníkov a zdravotníčky budú pravdepodobne podobne reagovať aj okolité krajiny, čo v konečnom dôsledku predražuje systém a robí ho neudržateľným. Každý takýto krok je preto nutné robiť na základe stratégie ľudských zdrojov a nie ad hoc, izolovane, na poslednú chvíľu a bez jasne zadefinovaného cieľa.

Po poslednom skokovitom zvýšení platov lekárov a lekároek sa ich platy pohybujú na úrovni ich českých kolegov a kolegýň. Vzhľadom na to, že Česká republika vynakladá na zdravotníctvo 9,2% HDP, čo je presne o 2% viac ako na Slovensku, tak zo strany Slovenska ide o odvážny a riskantný krok. Už dnes sa ozývajú totiž v Česku a ostatných krajinách V4 hlasy o ďalšom zvyšovaní platov, na čo nemôžeme donekonečna reagovať ich dorovnávaním²¹. Ak by sme chceli dorovnať Česko vo vynaložených zdrojoch, museli by sme výdavky na zdravotníctvo zvýšiť o približne dve miliardy eur, čo sme nespravili. Už dnes niektoré nemocnice vynakladajú 90% svojich zdrojov iba na platy, čo znamená, že nemajú priestor na svoj rozvoj – na motivačné hodnotenie svojho personálu alebo na nevyhnutné investície a obnovu svojich budov a prístrojov, tobôž už vôbec nie na výstavbu. Platový automat, cez ktorý sme zároveň zvýšili mzdy zohľadňuje iba počty odpracovaných rokov, nijak nezohľadňuje kvalitu personálu a ich práce, nenecháva možnosť ohodnotiť ten najvýkonnejší a najkvalitnejší personál lepšie, a teda betónuje priemernosť, keďže minimálna mzda sa zároveň stáva maximálnou kvôli nedostatku zdrojov v zdravotníctve.

Pre úspešné intervencie je potrebné sledovať aj migračné trendy našich zdravotníkov a zdravotníčok. V priebehu rokov 2000-2018 odišlo do zahraničia takmer 4600 absolventov a absolventiek lekárskech fakúlt. Najčastejšie odchádzajú do Česka (vyše 2200 odchodov), ktoré nasleduje Nemecko (vyše 1000 odchodov). Nemecku sa dlhodobo darí lákať zahraničných pracovníkov a pracovníčky na lepšie ekonomické podmienky. Až 20% lekárov a lekároek pôsobiach v Nemecku, pochádza zo zahraničia. Je otázne, nakoľko nedávne skokovité zvýšenie platov tieto trendy zmierni, keďže ako je spomenuté nižšie, u lekárov a lekároek zavážia ostatné faktory oveľa viac ako samotná výška mzdy. Aj z toho dôvodu na české fakulty nastupuje množstvo slovenských študentov a študentiek už po strednej škole, ktorí a ktoré nikdy do slovenského systému ani nevstúpia.

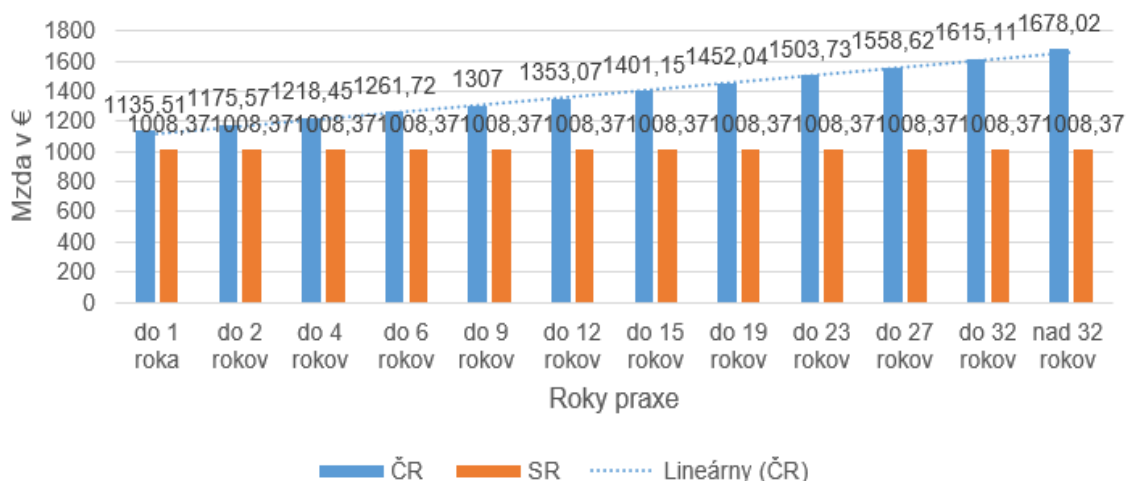
²¹ - Eurozpravy.cz: „Zdravotníkům by se měly zvýšit tarify o 15 procent, Žádají odbory“. Dostupné na: <https://eurozpravy.cz/domaci/zdravotnictvi/zdravotnikum-by-se-mely-zvysit-tarify-o-15-procent-zadaji-odbory.c09c45e0>

Spolu s Poľskom a Maďarskom sme jedinými krajinami, kde každoročne odíde viac doktorov a doktoriek do zahraničia, ako príde. Zároveň sme krajinou, ktorá má v absolútnych číslach jednu z najväčších emigrácií zdravotníkov a zdravotníčiek. Blíži sa k 30%²².

Podobné trendy sledujeme aj u zdravotných sestier a bratov.

Podľa dát Slovenskej komory zdravotných sestier a pôrodných asistentiek zarobila v roku 2021 sestra v Českej republike s pokročilou praxou až o tretinu viac ako na Slovensku²³. V Českej republike mali oproti Slovensku sestry donedávna navyše garantované zvyšovanie základnej zložky mzdy v závislosti od odpracovaných rokov. Vďaka týmto faktorom a jazykovej príbuznosti je Česko ich najčastejšou destináciou pre odchod zo Slovenska.

Graf 4: Vývoj mzdy sestier bez špecializácie podľa odpracovaných rokov v roku 2021



Zdroj: SKSaPA

Aj preto sa nedávne zvyšovanie plátov sestier na Slovensku dá vnímať iba pozitívne, aj keď podobne ako pri lekároch a lekárkach okrem počtu odpracovaných rokov absentuje výraznejší motivačný faktor ohodnotenia lepšej kvality práce. Keďže počty sestier a ich predikcia do budúcnosti sú oveľa kritickejšie ako u lekárov, je zároveň veľkým zlyhaním, že ich platy v absolútnych číslach narástli oveľa menej ako platy lekárov. Okrem samotných plátov zdravotníkov a zdravotníčok je ale nutné riešiť aj ostatné finančné a nefinančné motivácie. Je napríklad nutné vytvoriť motivačné schémy pre návrat našich zdravotníkov a zdravotníčok naspäť na Slovensko, podobné tým, ktoré už teraz využívame pri návrate iných profesionálov a profesionálok do štátnej správy. Je prirodzené, že zdravotníci a zdravotníčky

²² - Socha-Dietrich, K. and J. Dumont: "International migration and movement of doctors to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin", OECD Health Working Papers, No. 126, OECD Publishing, Paris, 2021. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>

²³ - Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek: Sme chudobní príbuzní bratov Čechov aj v odmeňovaní zdravotníkov. Sestry vláda svojou ľahostajnosťou vyháňa zo Slovenska. 2022. Dostupné na: <https://www.sksapa.sk/aktuality-a-oznamy/sme-chudobni-pribuzni-bratov-cechov-aj-v-odmenovani-zdravotnikov-sestry-vlada-svojou-lahostajnostou-vyhana-zo-slovenska.html>

cestujú skôr do západných krajín za lepšími ekonomickými podmienkami. Slovensko by preto nemalo ignorovať potenciál kvalifikovaných zdravotníkov a zdravotníčok z tretích krajín. Za predpokladu splnenia kvalifikačných predpokladov by ich malo odbremeniť od byrokracie a čo najviac im uľahčiť príchod.

Na druhej strane to, že mzda nie je jediným faktorom, ale pôsobí skôr ako čiastkový stabilizátor personálu, ukazujú aj prieskumy spokojnosti zdravotníkov a zdravotníčok. V prípade lekárov a lekároek je výška platu až na siedmom mieste v rebríčku príčin odchodu do zahraničia. Viac ich trápí práca so zastaralým vybavením, nespokojnosť s vedením, nedostatočné profesijné a kariérne možnosti, korupcia a nekompetentný priamy manažment²⁴. Vzhľadom na omnoho nižšie ohodnotenie zdravotných sestier a bratov, je najväčším dôvodom ich nespokojnosti plat. Hneď v závese nasleduje nespokojnosť s prepracovanosťou, kompetenciami, pracovnými podmienkami, kariérnymi možnosťami a vzdelávaním²⁵.

Graf 5: Dôvody odchodov lekárov a lekároek do zahraničia



Zdroj: O. Dvořák - Naši lekári odchádzajú. Zistili sme skutočné dôvody, prečo (Prieskum)

Ako sme ilustrovali v tejto kapitole, nedostatok zdravotníkov a zdravotníčok je realita, s ktorou sa budeme musieť naučiť v najbližších rokoch žiť. Pre vzácnosť ľudských zdrojov v našom zdravotníctve je preto potrebné, aby sme všetky rozhodnutia robili s chirurgickou presnosťou. Účelom tejto kapitoly bolo ilustrovať zložitosť a zároveň citlivosť plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve, čo nám v slovenskom zdravotníctve stále veľmi chýba. Ako prvé musíme nastaviť systém plánovania ľudských zdrojov a následne zaviesť stabilizačné opatrenia. V prípade zdravotných sestier a bratov musia byť smerované na navýšenie kapacít, zatiaľ čo pri lekároch a lekároekach na lepšiu distribúciu medzi špecializácie a regióny.

²⁴ - Oskar Dvořák: Naši lekári odchádzajú. Zistili sme skutočné dôvody, prečo. 2018. Dostupné na:

<https://dennikn.sk/blog/1247515/nasi-lekari-odchadzaju-zistili-sme-skutocne-dovody-preco/>

²⁵ - Prieskum Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, 2017. Dostupné na:

<https://www.sksapa.sk/obsah/tlacove-spravy-1/prehľad-tlacovych-sprav/tlacova-sprava-prieskum-sestry-a-porodne-asistentky-su-nespokojne-s-nizkou-mzdou-prepracovanostou-minimalnou-podporou-pri-sustavnom-vzdelavani.html>

VIAC MUZIKY ZA MÁLO ZDRAVOTNÍKOV

Ako lepšie zorganizovať prácu

Prečo potrebujeme viac všeobecných lekárov a lekárk

Bezcieľne navyšovanie počtu zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok môže spôsobiť neželané efekty, ako je napríklad nadspotreba vyvolaná nadmernou ponukou. Preto musíme vedieť, aké špecializácie chceme podporovať; kde musíme počty študentov a študentiek navyšovať; kde musíme regulovať vstupy do postgraduálnej prípravy a predovšetkým, aké správanie, respektíve organizáciu práce od zdravotníkov a zdravotníčok očakávame.

Z pohľadu efektivity systému je najracionálnejšie sústrediť sa na zachytávanie chorôb v čo najskoršom štádiu – predtým, ako rozvinujú a skomplikujú. Za toto by mali zodpovedať všeobecní lekári a lekárky. Ak budeme mať dostatočne silnú a odolnú primárnu sféru, vystačíme si aj s nižším počtom špecialistov a špecialistiek v nemocniciach a budeme o to lepšie pripravení na prichádzajúcu krízu nedostatku personálu. Na Slovensku je trend, žiaľ, úplne opačný. Ak urýchlene nezasiahneme, tak nevyhnutne prídem do stavu, kedy sa väčšina lekárov a lekárk bude koncentrovať v nemocniciach, budeme mať viac preťažené urgentné príjmy a záchranné služby a v konečnom dôsledku celý systém ešte viac predražíme, keďže platí, že liečiť pacienta alebo pacientku s vážnymi komplikáciami na urgentnom príjme je náročnejšie a drahšie, ako keby sme ich liečili včas v ambulancii, alebo investovali do prevencie.

Popularita všeobecnej medicíny však klesá všade na svete a študenti a študentky si čoraz častejšie vyberajú chirurgické odbory²⁶. Príklady krajín, ktorým sa tento trend podarilo zvrátiť a ktoré majú zdravotný systém vystavaný primárne okolo všeobecných lekárov, sú Holandsko a Izrael. Všeobecné lekárstvo je dnes v Holandsku dokonca najobľúbenejšia špecializácia²⁷.

Holandsko dáva na svoj zdravotný systém viac peňazí ako Slovensko (11,2% HDP oproti 7,7 HDP v roku 2020²⁸). Pri podobnom počte doktorov a doktoriek na tisíc obyvateľov²⁹ sa však až štvrtina percent všetkých lekárov a lekárk špecializuje na všeobecné lekárstvo³⁰. Na Slovensku je to iba deväť percent³¹. V Holandsku totiž vláda dlhodobo podporuje všeobecné lekárstvo či už lepšími platbami, vyššími platmi alebo celkovo vyšším povedomím o všeobecnom lekárstve a aktívnym budovaním jeho prestíže. Holandsku sa táto investícia vypláca, je jednou z európskych krajín s najdlhšou dĺžkou dožitia – až 81,5 rokov³².

²⁶ - WHO: Health employment and economic growth: an evidence base, 2017. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411>

²⁷ - World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Kroneman, Madelon, Boerma, Wienke, van den Berg, Michael. et al. (2016). Netherlands: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe

²⁸ OECD Data: Health Spending. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

²⁹ - The World Bank Data: Physicians (per 1,000 people). Dostupné na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=NL>

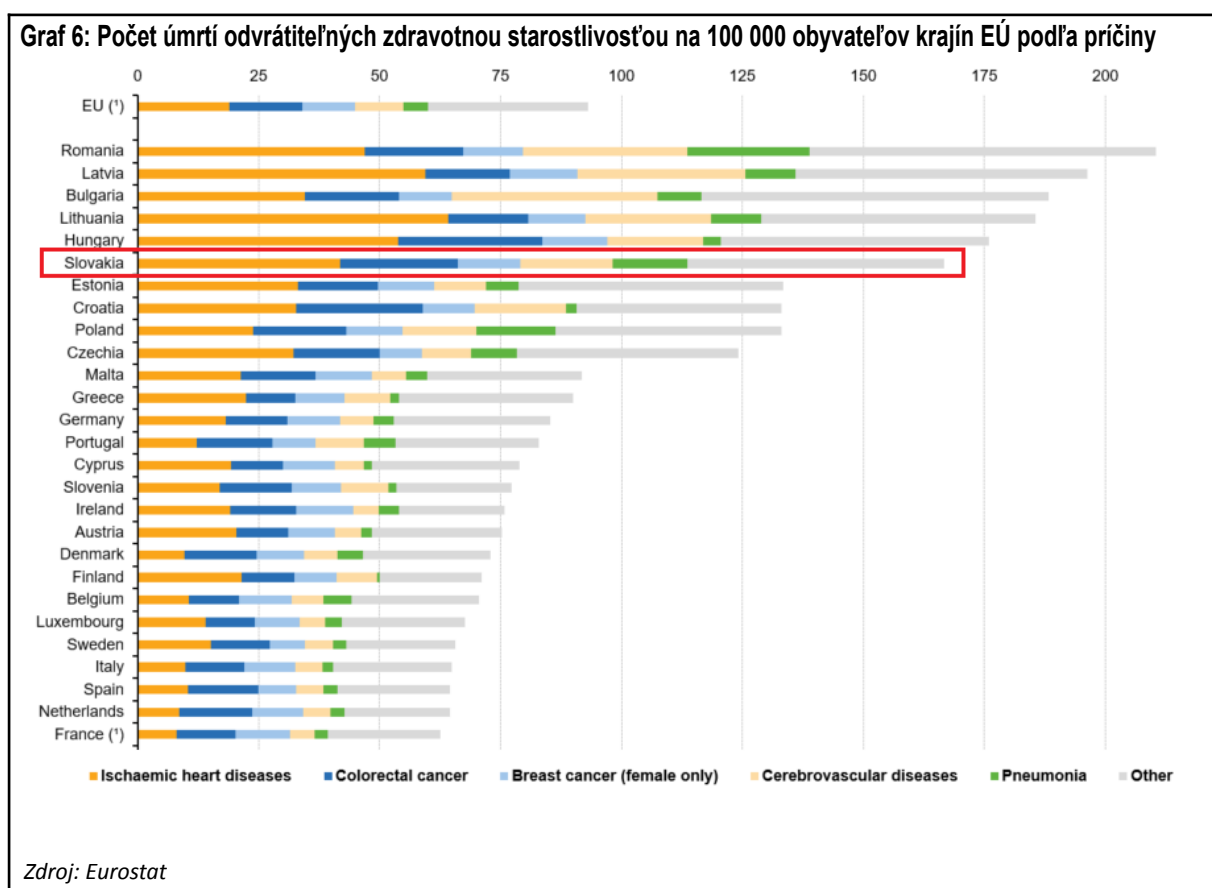
³⁰ - OECD Data: Health Care Resources - Physicians by categories. Dostupné na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30173#>

³¹ - OECD Health policy overview: Health policy in the Slovak Republic, 2017. Dostupné na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Slovak-Republic-March-2017.pdf>

³² - OECD Data: Life expectancy at birth. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

Izrael má v zdravotníctve nižšie výdavky ako Slovensko (7,5% HDP) a menej doktorov na tisíc obyvateľov. Približne 16% lekárov a lekároek sa však venuje všeobecnému lekárstvu pre dospelých a pre deti,³³. Izraelu sa podobne ako Holandsku táto investícia do všeobecného lekárstva vypláca, keďže priemerný vek dožitia je takmer 82,6 rokov oproti 74,8 roku na Slovensku³⁴.

Slabá všeobecná starostlivosť na Slovensku spôsobuje aj množstvo odvrátiteľných hospitalizácií s diagnózami, ktoré mohli byť riešené práve v ambulanciách všeobecných lekárov a lekároek. Pri kardiovaskulárnych diagnózach a diabete máme o 40% viac hospitalizácií ako je priemer Európskej Únie³⁵. To, že nedokážeme zachytiť odvrátiteľné komplikácie v skorých štádiách a následne zabrániť zbytočnými hospitalizáciami, zbytočne predraňuje systém a zvyšuje nároky na počty nevyhnutného špecializovaného personálu a v nemocniciach.



Pri posilnení primárnej ambulantnej starostlivosti sa musíme sústrediť na dva ciele:

³³ - OECD Health policy overview: Health policy in the Slovak Republic, 2017. Dostupné na:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Slovak-Republic-March-2017.pdf>

³⁴ - OECD Data: Life expectancy at birth. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

³⁵ - OECD/European Observatory on Health Systems and Policies: Slovak Republic: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, 2021. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/4ba546fe-en>

Po prvé, všeobecných lekárov a lekárrok musí byť dostatok, aby mohli plniť svoju úlohu. Ako sa píše vyššie, v priemere iba 9% slovenských lekárov a lekárrok sa rozhodne robiť všeobecnú medicínu, čo je hlboko pod priemerom EÚ. Podľa najnovších analýz Ministerstva zdravotníctva SR nám chýba takmer 500 všeobecných lekárov a lekárrok. Množstvo z nich je už dnes v dôchodkovom veku, prípadne dôchodkový vek čoskoro dovŕši³⁶. Ako už bolo spomenuté, legislatíva bola donedávna nastavená tak, že minimálne počty boli formálne dosiahnuté vždy a problém s nedostatkom všeobecných lekárov a lekárrok oficiálne neexistoval. V úlohe zabezpečiť dostatok všeobecných lekárov a lekárrok nezlyhal iba regulátor, ale aj zdravotné poisťovne, ktoré majú v rukách množstvo motivačných nástrojov – hlavne pomocou platieb z poistného – ktoré sa rozhodli nepoužiť v dostatočnej miere. Ak všeobecných lekárov a lekárrok nie je dostatok, sú prirodzene preťažení a nemôžu si plniť svoje úlohy tak, ako by sme od nich očakávali. Existujú regióny, kde je lekár rád, ak stihne predpísať aspoň recepty na lieky.

S podobným problémom, ako máme na Slovensku, sa stretávali aj v Holandsku alebo v Izraeli. V Holandsku vláda zregulovala vstup do špecializácií a navýšila ohodnotenia. V Izraeli vláda začala tlačiť na produkciu nových lekárov a lekárrok cez obmedzovanie zahraničných študentov a študentiek na lekárske fakultách, uvoľnila prechody medzi špecializáciami, znížila kvalifikačné predpoklady a otvorila nové školy³⁷. Podobne ako Slovensku, je na ich lekárske fakultách množstvo zahraničných študentov a študentiek; množstvo lekárov a lekárrok je v dôchodkovom veku a takmer dve tretiny súčasných lekárov a lekárrok pochádza zo zahraničia³⁸. Ak chceme na Slovensku stabilizovať primárnu starostlivosť a zmierniť krízu nedostatku zdravotníckeho personálu, musíme použiť podobné nástroje ako Izrael.

Po druhé, dôležitým cieľom musí byť zmena organizácie práce tak, aby menej zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok dokázalo obslúžiť viac pacientov a pacientok. Netýka sa to len všeobecných lekárov a lekárrok, ale aj špecialistov a špecialistiek, zdravotných sestier a bratov, atď. Na Slovensku ešte stále prevažuje model fungovania, kde má jeden lekár jednu ambulanciu s jednou sestrou, kým v zahraničí sa už dávno trendy hýbu k zdieľaným miestnostiam, využívaniu nezdravotníckych pracovníkov, zdieľaniu sestier, integrácii praxí či využívaniu digitalizácie a technológií.

Ako zvýšiť produktivitu zdravotníckeho personálu

V prípade nedostatku zdravotníkov a zdravotníčok je kľúčovým pojmom produktivita. Priamo ovplyvňuje, koľko pacientov a pacientok vie lekár či lekárka vyliečiť za hodinu svojho času. Aj

³⁶ - Ministerstvo zdravotníctva SR: Vyhodnotenie stavu a klasifikácie okresov siete VAS k 1. 7. 2020. Dostupné na: <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/DocumentPreview.aspx?DocID=500801>

³⁷ - Mark Britnell: Human: Solving the global workforce crisis in healthcare, Chapter 5. Oxford: Oxford University Press, 2019.

³⁸ - Socha-Dietrich, K. and J. Dumont: "International migration and movement of doctors to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin", OECD Health Working Papers, No. 126, OECD Publishing, Paris, 2021. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>

napriek tomu, že máme na jedného obyvateľa najviac návštev ambulancií ročne (až 11)³⁹, sme aj jednou z krajín s najvyšším počtom hospitalizácií⁴⁰. Poukazuje to na fakt, že čas našich zdravotníkov a zdravotníčok nie je využitý najlepšie. Počas ordinačného času zvládnu vidieť veľa pacientov, ale nedokážu ich vyliečiť. Ako potvrdzuje viacero štúdií, zdravotníctvo je jedným zo sektorov, ktorý je najviac závislý na ľudských zdrojoch. Zároveň má jednu z najnižších produktívít oproti ostatným sektorom ekonomiky⁴¹. Tieto zistenia potvrdzujú nevyhnutnosť lepšej organizácie práce u našich zdravotníkov a zdravotníčok.

V prípade všeobecných lekárov a lekároek je obrovským problémom na Slovensku platobný mechanizmus financovania ambulancií. Väčšinu z ich príjmov tvorí takzvaná kapitácia, teda paušálna platba, ktorú lekár dostane bez ohľadu na to, či videl jedného pacienta alebo všetkých, či urobil jeden výkon alebo tisíc, či vyliečil pacienta alebo ho len poliečil. Štát na tieto demotivačné platby nemá v súčasnosti takmer žiadny dosah, keďže kontrakty sú plne v kompetenciách zdravotných poisťovní. Platí to isté, čo pri vzniku nových ambulancií – zdravotné poisťovne doteraz nevyvinuli výraznejšie úsilie na to, aby zmenili zaužívaný model paušálnych platieb – aj keď právomoci na to majú. Štát preto musí zvážiť zmenu legislatívy a reguláciu platobných mechanizmov tak, aby lekári a lekárky nemali garantované iba paušálne platby, ale aby boli motivovaní k vykonávaniu prevencií, manažmentu chronických chorôb, telemedicíny, integrácií s ostatnými ambulanciami, využívaniu ostatného zdravotníckeho personálu a k mnohým ďalším aktivitám, ktoré povedú k vyššej produktivite ambulancií. V konečnom dôsledku to zníži nároky na vysoké počty chýbajúcich zdravotníkov a zdravotníčok. Podobné motivačné mechanizmy treba zaviesť aj u ostatných špecializácií.

Keďže počty lekárov a lekároek, ale najmä zdravotných sestier a bratov klesnú, bude treba viac zapojiť ostatný zdravotnícky personál. Uvoľnenie vzdelávacích kritérií, skrátenie času na vzdelávanie, prípadne presun lekárskeho či sesterského kompetencií na asistentov a asistentky vyvoláva vášne snád' v každej krajine. Presvedčil sa o tom aj spomínaný Izrael, kde sa proti zavedeniu nového povolania „lekárskeho asistenta“ a znižovaniu kvalifikačných nárokov postavili zrejme všetky hlavné medicínske asociácie. Argumentovali ohrozením pacienta⁴². Podobné protesty zažívame aj na Slovensku pri debate o kompetenciách medzi zdravotnými sestrami a praktickými sestrami, respektíve zdravotníckymi asistentkami a asistentmi. Napriek odporu bude presun kompetencií na ostatný zdravotnícky personál nevyhnutný aj na Slovensku. Zároveň bude musieť štát tieto profesie zatriktívniť, keďže sa často pohybujú na úrovni minimálnej mzdy. Následne sa budú môcť lekári a lekárky a zdravotné sestry a bratia vďaka efektívnejšej delbe práce venovať najmä vysokošpecializovaným úkonom, a nielen zaskakovaniu činností kvôli výpadkom personálu. Zaujímavým príkladom je Nórsko, kde legislatíva nevyžaduje prítomnosť vysokoškolsky

³⁹ - OECD Data: Doctors Consultations. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>

⁴⁰ - OECD Data: Hospital discharge rates. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm#indicator-chart>

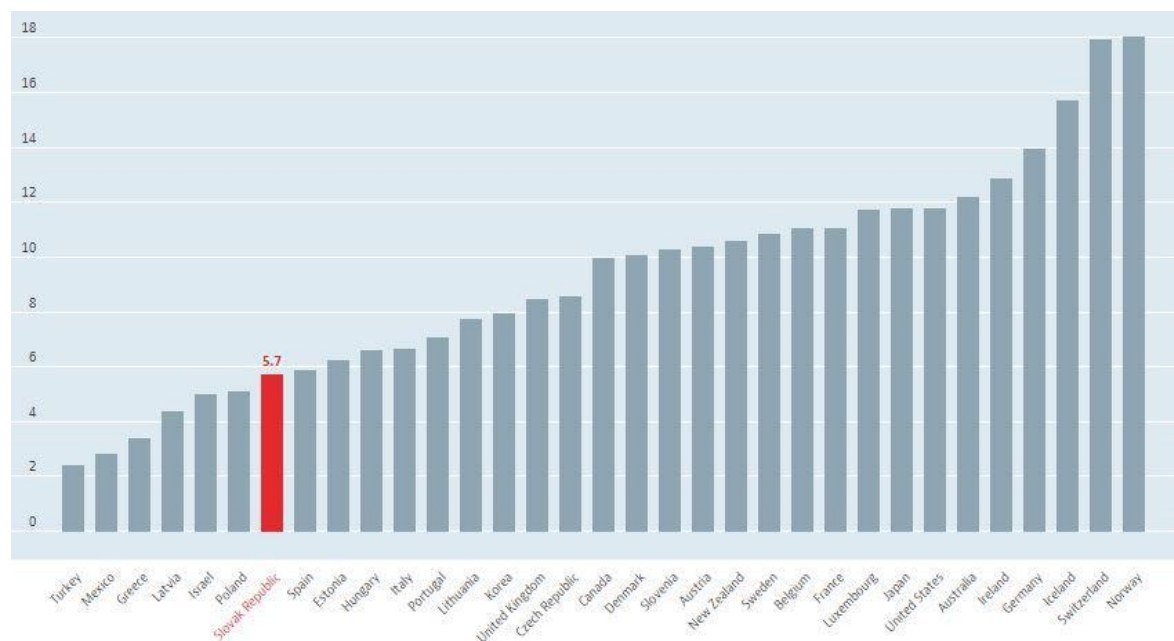
⁴¹ - Nikhil Sahni; Pooja Kumar, MD; Edward Levine; Shubham Singhal: The productivity imperative for healthcare delivery in the United States. McKinsey, 2019. Dostupné na:

<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-productivity-imperative-for-healthcare-delivery-in-the-united-states>

⁴² - Mark Britnell: Human: Solving the global workforce crisis in healthcare, Chapter 5. Oxford: Oxford University Press, 2019.

vzdelanej sestry v ambulancii a doktori fungujú väčšinou iba s pomocou zdravotníckych asistentov a asistentiek. Tí vedú zabezpečiť všetku administratívu a zdravotnú starostlivosť, ktorá si nevyžaduje lekárov čas (odoberanie vzoriek, vyberanie stehov a iné). Platí, že výraznejším ohrozením pacienta je, ak sa ku starostlivosti nedostane vôbec ako to, že sa o neho postará lekárske asistent alebo praktická sestra. K podobným krokom pristupujú prakticky všetky krajiny vyspelého sveta, na ktoré nazeráme často ako na inšpiráciu – Holandsko, Švajčiarsko, Anglicko, USA, Izrael a mnohé ďalšie⁴³.

Graf 7: Počet sestier na 100 000 obyvateľov v OECD Krajínach



Zdroj: OECD

Ďalším účinným nástrojom na lepšie využitie personálu je štandardizácia a centralizácia procesov. Dobrý krok v tomto ohľade prináša najnovšia schválená reforma nemocničnej siete na Slovensku, ktorá záväzne určí, aká starostlivosť sa bude v akej nemocnici poskytovať. Reforma nemocníc vytvára predpoklad na to, že lekári a lekárky, ale aj ostatný personál sa budú vysoko špecializovať, čo zníži priestor na chyby, zvýši kvalitu starostlivosti, a tak priamo zníži aj počty komplikácií a rehospitalizácií. Slovenskí pacienti a pacientky navštevujú lekárov a lekárky v ambulancii v priemere najviac spomedzi krajín Európskej únie. Podobne ako v nemocniciach, je potrebné organizovať prácu aj v ambulanciách. Vhodnými nástrojmi sú zavádzanie minimálnych počtov výkonov pre jednoduchú ambulantnú starostlivosť, rajonizácia špecialistov, spájanie kontraktov medzi ambulanciami, a teda integrácia praxí, atď. V zahraničí sa overila aj centrálna podpora telemedicínskych centier na diaľku, kde špecialisti a špecialistky podporujú lekárov a lekárky prvého kontaktu⁴⁴. Zároveň ale platí, že pri pohľade na aktivitu poisťovní pri doterajšej sieťotvorbe a cenotvorbe, bude musieť

⁴³ - OECD: Health Workforce Policies in OECD Countries, 2016.

⁴⁴ - Shradha Sharma: Oncologist, entrepreneur, startup mentor: how HCG's Dr Ajaikumar is using technology to transform cancer care. YourStory, 2018. Dostupné na:

<https://yourstory.com/2018/06/oncologist-entrepreneur-startup-mentor-hcgs-dr-ajaikumar-using-technology-transform-cancer-care/amp>

bremeno implementácie na seba oveľa viac prebrať štát. Obrovský problém s nadspotrebou riešilo napríklad Japonsko. Lekári a lekárky mali ohromnú voľnosť a nemali určené žiadne záväzné štandardné postupy liečenia. Ak nejaké existovali, častokrát ich bolo viacero a protirečili si. Japonsko aj preto pristúpilo k väčšej štandardizácii liečenia, začalo vydávať jednoduché a jasné usmernenia, ktoré postupne situáciu zlepšili⁴⁵. Podobný problém máme aj na Slovensku. Oficiálne ministerské štandardy sú zdĺhavé, komplikované, často si protirečia s európskymi štandardmi alebo so štandardmi odborných spoločností a hlavne nie sú záväzné a vynútiteľné. Mnohé krajiny preto tieto postupy čo najviac zjednodušujú, premieňajú do grafov a vydávajú ich nie len pre lekárov a lekárky, ale aj pre ostatný zdravotnícky personál. Ako príklad si môžeme vziať Anglicko alebo Južnú Afrikú so svojim tzv. PACK systémom⁴⁶.

Nesmieme zabúdať ani na to, že v medicíne pôsobí stále viac žien ako mužov, čo má výrazný vplyv na požiadavky trhu práce a samotnú organizáciu práce. Ani samotný rezidentský program na Slovensku, ktorý má byť hlavným nástrojom na kapacitné posilnenie všeobecného lekárstva, tento trend donedávna nezohľadňoval a boli prípady, kedy lekárky na materskej dovolenke museli platiť obrovské pokuty⁴⁷. Feminizácia medicíny neznamená problém, ale príležitosť. Podpora škôlok, flexibilného pracovného času, čiastočných úväzkov, programy proti obťažovaniu, odstránenie platových rozdielov za identickú prácu alebo zatraktívňovanie pozície zdravotných bratov sú len niektoré z mnohých opatrení, ako sa pripraviť na prichádzajúcu vlnu feminizácie medicíny⁴⁸.

Ako sa píše v tejto kapitole, jedným z najdôležitejších opatrení pri zmierňovaní nedostatku ľudských zdrojov je nastavenie správnych cieľov pri práci s našimi zdravotníkmi a zdravotníčkami. Po prvé, prioritu musíme dať všeobecným lekárom a lekárkam. Lekárov a lekárov máme síce v porovnaní s ostatnými krajinami dosť, ale tých, ktorí sa špecializujú na všeobecnú medicínu, je žiaľom málo. V prvom kroku je preto nutné kapacitne stabilizovať všeobecné lekárstvo. V prípade, že sa všeobecným lekárom a lekárkam podarí zachytiť odvrátiteľné diagnózy v skorých štádiách, o to menej personálu budeme potrebovať v nemocniciach. Druhým cieľom musí byť zmena štýlu práce našich lekárov a lekároch a navýšenie ich produktivity. Budeme musieť viac využívať ostatný zdravotnícky personál, zdieľané praxe, platby za kvalitu a mnohé ďalšie nástroje. V tomto prípade tiež platí, že najefektívnejším nástrojom sú finančné motivácie. Tie mali doteraz v rukách výhradne zdravotné poisťovne, ktorým sa lekárov a lekárky nepodarilo motivovať k moderným spôsobom organizácie práce. Aj preto bude musieť štát výraznejšie zakročiť a začať ich motivovať k želanému správaniu. Čím budú naši produktívnejší, tým viac pacientov a pacientky stihnú vyliečiť a tým menej pocítime v budúcnosti nedostatok zdravotníckeho

⁴⁵ - Mark Britnell: Human: Solving the global workforce crisis in healthcare, Chapter 16. Oxford: Oxford University Press, 2019.

⁴⁶ - Cornick R, Picken S, Watrus C, et al: The Practical Approach to Care Kit (PACK) guide: developing a clinical decision support tool to simplify, standardise and strengthen primary healthcare delivery. BMJ Global Health, 2018.

⁴⁷ - SME.sk: Lekárske odbory vyzývajú štát, aby napravil rezidentský program, 2018. Dostupné na: <https://domov.sme.sk/c/20765049/lekarske-odbory-vyzyvaju-stat-aby-napravil-rezidentsky-program.html>

⁴⁸ - Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017

personálu. Žiaľ, nedávne kroky vlády zvýhodňujú prácu lekárov a lekároek v nemocniciach a zabúdajú na rozvoj a dofinancovanie ambulancií. Platí, že čím neskôr začneme s preferovaním ambulancií a prevenciou ochorení v skorých štádiách, tým ťažší tento proces bude, pretože množstvo ambulancií sa dovedy zavrie a množstvo lekárov a lekároek sa presunie do nemocníc. Dostať ich následne späť do ambulancií bude zdĺhavé, náročné a drahé.

ŠTVRTÁ PRIEMYSELNÁ REVOLÚCIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Ako využiť digitalizáciu a umelú inteligenciu na zmiernenie nedostatku personálu

Ďalším spôsobom, ako odľahčiť zdravotníkov a zdravotníčky a zmierniť v budúcnosti nedostatok zdravotníckeho personálu, je automatizácia a väčšie zapájanie pacientov, pacientok a ich okolia do zdravotnej starostlivosti. Platí, že čím viac budeme vedieť odbremeniť zdravotníkov a zdravotníčky od rutinných činností, tým viac sa budú môcť venovať pacientom. Štvrtá priemyselná revolúcia, ako sa nazýva aj príchod automatizácie, digitalizácie a umelej inteligencie, nebude v zdravotníctve nahrádzať ľudí, ktorých je už teraz nedostatok. Skôr ich odbremení od niektorých rutinných činností, ktoré by už nemuseli robiť. Tento trend si vyžiada zmenu vzdelávania, rekvalifikácie, investície do infraštruktúry, ale aj systémové zmeny, ako sú napríklad platobné mechanizmy alebo organizačné zmeny. Samozrejme, táto budúcnosť nie je bez rizík a prevažne v prechodnom období si bude stále vyžadovať výrazné ľudské zdroje, na konci nás ale odmení väčšou produktivitou, menšími nárokmi na personál, ale aj financiami a čo je najdôležitejšie, väčším komfortom a kvalitou liečby pre pacientov a pacientky.

Automatické notifikácie na pripomenutie vyšetrení, automatický rozvrh služieb, robotické operácie na diaľku, robotická príprava liekov, kontrola postupov pre minimalizáciu omylov cez informačné systémy, analýza rádiologických vyšetrení umelou inteligenciou, hľadanie zdravotných rizík cez veľké datasety a mnohé ďalšie vymoženosti, sú len niektoré z nástrojov, ktoré sa už v niektorých zahraničných krajinách využívajú a mohli by aj na Slovensku zmierniť krízu personálu. V tejto oblasti sú najďalej Izrael⁴⁹ a Čína⁵⁰. Každoročne investujú desiatky miliónov do rôznych telemedicínskych služieb, programov na diagnostiku cez umelú inteligenciu alebo aplikácií na zapojenie pacientov a pacientiek do starostlivosti o zdravie.

V zdravotníctve ale nepracujú iba zdravotníci a zdravotníčky. Sú tu aj stovky účtovníkov a účtovníčiek, recepčných, sanitárov a sanitároek, manažérov a manažeriek, kuchárov a kuchárieek, upratovačov a upratovačiek a mnohých ďalších. Podobne ako v iných sektoroch, zautomatizovať sa dá plánovanie služieb personálu, objednávanie pacientov, platba faktúr,

⁴⁹ - Israel Approves \$300M National Digital Health. Dostupné na:

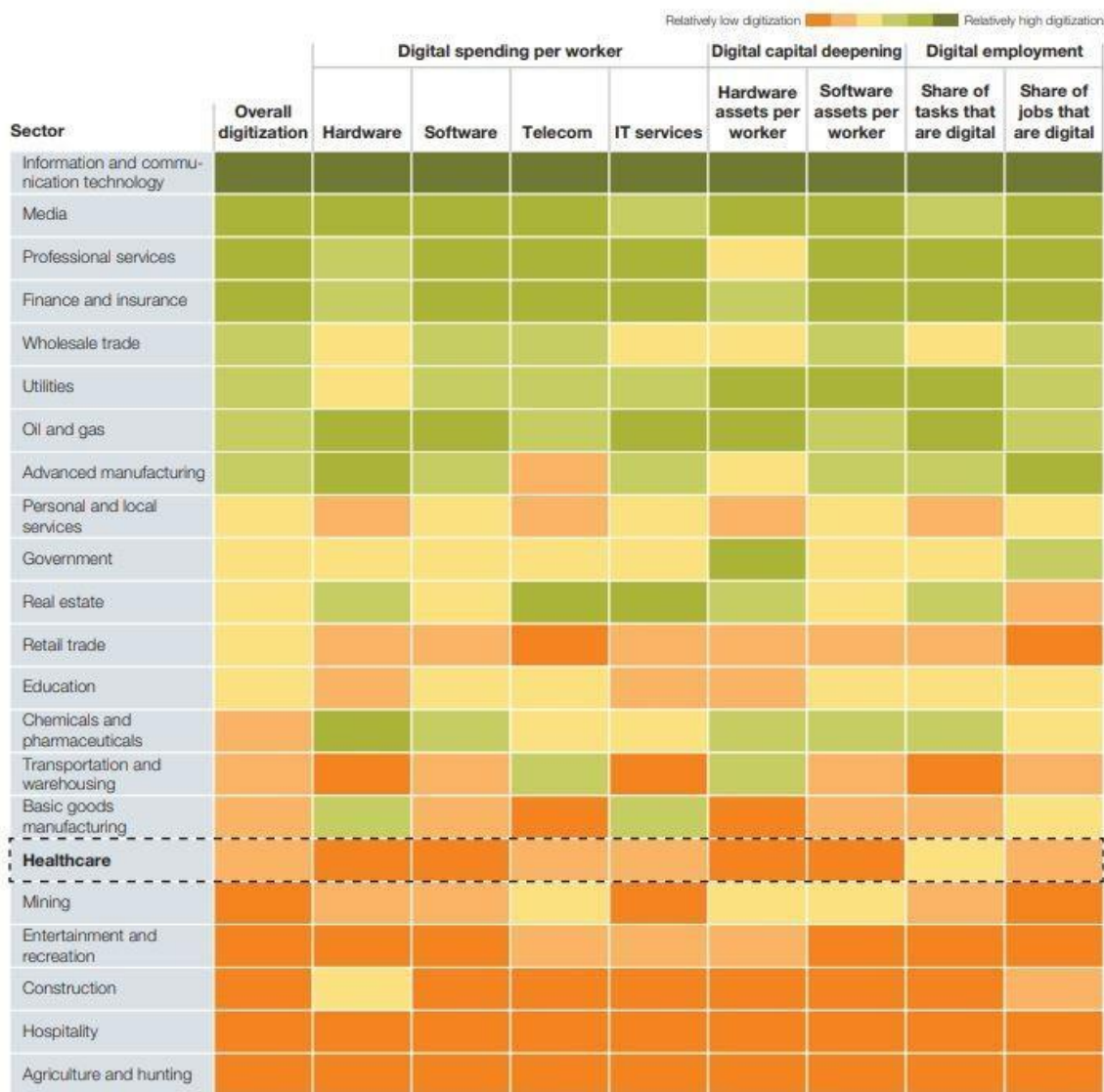
<https://nocamels.com/2018/03/israel-approves-300m-national-digital-health-plan/>

⁵⁰ - Yiting Sun: AI could alleviate China's doctor shortage. MIT technology review, 2018. Dostupné na:

<https://www.technologyreview.com/2018/03/21/144544/ai-could-alleviate-chinas-doctor-shortage/>

zber a odosielanie dát, objednávanie služieb, atď. Takýchto rutinných úloh, ktoré vykonávajú nemedicínski pracovníci a pracovníčky a mohli by byť zjednodušené, odhadujú niektoré štúdie až na 30% z celkového počtu ich úloh⁵¹. Samozrejme, nebude to jednoduché. Zdravotníctvo je jeden zo sektorov ekonomiky, kde aj v zahraničí preniká digitalizácia najpomalšie. Len podľa amerických dát je zdravotníctvo na úrovni digitalizácie v baníctve alebo stavebníctve. Na opačnom, pozitívnom konci sú zas sektory ako infromatické a telekomunikačné firmy, banky, komerčné poisťovne, alebo médiá.

Graf 8: Úroveň digitalizácie v sektoroch ekonomiky USA



Zdroj: McKinsey

⁵¹ - Nikhil Sahni; Pooja Kumar, MD; Edward Levine; Shubham Singhal: The productivity imperative for healthcare delivery in the United States. McKinsey, 2019. Dostupné na: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-productivity-imperative-for-healthcare-delivery-in-the-united-states>

Pre úspešnú digitalizačnú transformáciu v zdravotníctve je zásadných niekoľko faktorov. Po prvé, lekári a lekárký musia mať potrebný výcvik a vzdelanie na to, aby vedeli využívať nové nástroje, čo si vyžaduje systém rekvalifikácií a tréningov. Jedným z problémov môže byť napríklad aj množstvo lekárov a lekároek v dôchodkovom veku, keďže títo môžu mať obmedzené IT zručnosti. Po druhé, musí existovať dostatočná infraštruktúra pre lekárov a lekárký. Reč nie je len o dátových centrách a dostupnom internetovom prepojení, ale aj o počítačoch, webkamerách, automatických telefónnych ústredniach, telemedicínskych prístrojoch, softvéroch a mnohých ďalších technológiách, ktoré sú nevyhnutné pre skutočne digitálnu medicínu. Na zabezpečenie potrebnej infraštruktúry sú spravidla potrebné investície z verejného sektora. A na záver, je nutné prispôbiť legislatívu, vrátane platobných mechanizmov. Ako už bolo spomenuté skôr, najúčinnejším motivátorom na vykonávanie nejakých kompetencií alebo výkonov sú totiž platby za výkony. Tie majú dnes v rukách primárne poisťovne, preto je potrebné, aby štát zasiahol aj v tejto sfére a nasmeroval platobné mechanizmy smerom k inováciám. Pandémia ochorenia Covid-19 ukázala, že ak je to potrebné, štát vie zasiahnuť a zaviesť extra platby za telefonické a video konzultácie na diaľku, aby minimalizoval fyzické kontakty. Okrem toho je nutné riešiť aj oblasti ako sú ochrana osobných údajov, zmena definícií poskytovania zdravotnej starostlivosti a podobne.

Štartovaciu čiaru k digitalizácii nemáme najlepšiu. Slovensko sa v európskom digitálnom indexe nachádza až na 23. mieste z 27 krajín⁵². Lekári a lekárký dodnes nevedia medzi sebou zdieľať elektronické záznamy a pacient musí chodiť z ambulancie do ambulancie s kopou papierov aj napriek tomu, že na elektronické zdravotníctvo sme už minuli stovky miliónov eur. Telemedicína u nás znamená rozhovor cez telefón namiesto skutočných riešení merania životných funkcií na diaľku. Dokonca tieto rozhovory cez telefón financujeme nesystémovo nad rámec paušálnych platieb pre lekárov a lekárký. Nemocnice pod hlavičkou štátu ešte stále nemajú jednotný informačný systém, ktorý by vedel ušetriť stovky zbytočných hodín práce a o nejakom praktickom využití umelej inteligencie ani nemôžeme hovoriť. Práve preto si musíme na Slovensku uvedomiť skutočný potenciál prichádzajúcej digitálnej revolúcie.

Inovácie ale nepôsobia len ako nástroj zvyšovania kvality a produktivity našich lekárov a lekároek. V budúcnosti bude ich význam stúpať aj pri zabezpečovaní základnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Už dnes existujú regióny, kde je kvôli nízkemu počtu obyvateľstva problém zabezpečiť lekára či lekárkú. Možnosti sú dve. Buď v budúcnosti začneme lekársku starostlivosť vo vyludnených regiónoch výraznejšie dotovať, prípadne zabezpečíme mobilné – výjazdové služby, alebo zabezpečíme zdravotnú starostlivosť prostredníctvom telemedicíny. Množstvo konzultácií môžu pacienti a pacientky absolvovať s lekárom a lekárkou cez videohovor už dnes. Existujú prístroje na meranie životných funkcií z domu; odbery môže absolvovať sestra, prípadne iný personál, ktorý príde do oblasti raz za pár dní.

⁵² - The Digital Economy and Society Index (DESI). Dostupné na: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>

V niektorých krajinách sa využíva telemedicína aj na vzájomný kontakt medzi lekármi a lekárkami. V tomto prípade je primárnym kontaktom pacienta všeobecný lekár alebo lekárka s prístupom k telemedicínskym centrá so špecialistami a špecialistkami, s ktorými môžu pacientov stav konzultovať. Tento typ centralizácie znižuje nielen personálne nároky, ale hlavne zvyšuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Včasná konzultácia zvyšuje šancu, že pacientka alebo pacient bude vyliečený všeobecným lekárom alebo lekárkou a nebude musieť blúdiť systémom.

Možnosti sú prakticky neobmedzené. Otázka je, ako ich budeme vedieť v našom zdravotníctve využiť a pripraviť sa na ne prostredníctvom investícií, vzdelávania či úpravy platieb a legislatívy.

Jednou z najväčších výhod nových technológií je možnosť väčšieho zapojenia pacientov a pacientok do ich liečby. V mnohých prípadoch to znamená, že lekári a lekárky nemusia venovať toľko času pacientom, ktorých stav nie je závažný a môžu ho presmerovať na komplikovanejšie prípady. Už dnes má väčšina ľudí dotykový telefón alebo hodinky, cez ktoré si môžu sledovať svoj zdravotný stav. Tieto hodnoty môže kontrolovať aj priamo lekár či lekárka. Cez rôzne aplikácie je možné sledovať nielen životné funkcie, ale aj životosprávu, ktorá je najdôležitejším faktorom zdravia.

Najprv však treba otočiť zaužívaný hierarchický vzťah lekára k pacientovi. S prichádzajúcimi technológiami sa totiž mení skôr na partnerský, nie direktívny. Zmena kultúry vnímania lekárov a lekároch ako nadriadených a nadriadené, ktorí sú výhradne zodpovední a zodpovedné za naše zdravie potrvá ešte dlho. Na konci dňa však prispeje k lepšiemu zdraviu. Viaceré štúdie totiž poukazujú na to, že pacientky a pacienti, ktorí sa viac zapájajú do takejto formy starostlivosti, sú viac ochotní a odhodlaní nasledovať svoju liečbu⁵³ a menej navštevujú bezdôvodne urgentné príjmy⁵⁴. Problém vo využívaní nových technológií a starostlivosti o vlastné zdravie môže byť skôr na strane lekárov a lekároch. Z rôznych prieskumov sa ukazuje, že oveľa viac preferujú osobné konzultácie a v porovnaní s pacientmi veľmi telemedicíne nedôverujú⁵⁵.

Zdravotnícky personál môžu okrem samotných pacientov a pacientiek odbremeniť aj rodiny a komunity. V zahraničí napríklad využívajú v nemocniciach automatické kiosky na samoregistráciu pacientov pred hospitalizáciou alebo vyšetrením. Existujú aj príklady inštruktážnych videí pre rodinných príslušníkov na pooperačnú starostlivosť svojich blízkych, ktorú ešte v nemocnici alebo už doma nemusí vykonávať zdravotnícky personál⁵⁶. Platí, že

⁵³ - Wayne Smith: Diabetes Digital Behaviour Change Programmes: North West London Pilot. Imperial College Health Partners, 2018. Dostupné na:

<https://imperialcollegehealthpartners.com/wp-content/uploads/2018/03/Diabetes-Health-Apps-Report-26th-March-2018.pdf>

⁵⁴ - NHS Confederation: Reducing hospital admissions among high users of urgent care. NHS Vale of York Clinical Commissioning Group, 2017.

⁵⁵ - Richard Vize: Unleashing the power of the digital patient. Digital Health London, 2017. Dostupné na:

<https://digitalhealth.london/digitalpatients>

⁵⁶ - Tech Advisory: 5 Benefits of self-service kiosks in hospitals, 2016. Dostupné na:

<https://www.techadvisory.org/2016/04/5-benefits-of-self-service-kiosks-in-hospitals/>

ak sa chceme v budúcnosti vyrovnáť s krízou nedostatku personálu, automatizácia a telemedicína sú nástroje, ktoré vedú nielen zvýšiť produktivitu našich zdravotníkov, ale najmä zabezpečiť základnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti tam, kde lekár či lekárka nemôže byť fyzicky. Úlohou štátu je tieto nástroje vytvoriť a poskytnúť ich zdravotníkom a zdravotníčkam. Netreba objavovať koleso. Stačí sa inšpirovať, ako sa používajú podobné nástroje v zahraničí a prevziať ich často s minimálnymi nákladmi.

ZDRAVIE, NIELEN ZDRAVOTNÍCTVO

Ako nás uzdraví prevencia

Za kvalitu nášho zdravia zodpovedá z najväčšej časti strava, pohyb, životné prostredie a celková životospráva. Zdravotníctvo nastupuje v prípade, keď treba riešiť buď dôsledky zlej životosprávy alebo akútne situácie. Ak chceme skutočne odbremeniť zdravotníkov a zdravotníčky, musíme sa začať pozeráť na zdravie novým, moderným spôsobom. Ak štát prepojí zdravotnú starostlivosť so školstvom, športom, životným prostredím, pôdohospodárstvom, verejným zdravotníctvom a dokonca aj s daňovou politikou, dokáže znížiť záťaž na zdravotníctvo takým spôsobom, že prichádzajúcu krízu nedostatku personálu zďaleka nepocítíme tak kriticky. Starostlivosť o zdravie mimo nemocníc a ambulancií je najlepším nástrojom na zlepšovanie zdravotných výsledkov, na zvyšovanie produktivity či na predchádzanie komplikáciám. Ako už bolo spomenuté, dôležitá nie je len dĺžka dožitia, ale dĺžka dožitia v zdraví. Je rozdiel, ak je človek na dôchodku plne mobilný a žije plnohodnotný život, ako keď je pripútaný k invalidnému vozíku a v horšom prípade k posteli. Podľa štatistík sa 65-ročný Slovák dožije v zdraví len štyri roky, čo je najmenej v celej Európe. 65-ročný Ír prežije v zdraví až trinásť rokov a Čech alebo Poliak osem rokov⁵⁷. Čo sa týka zdravia, Slovensko je na chvoste Európy.

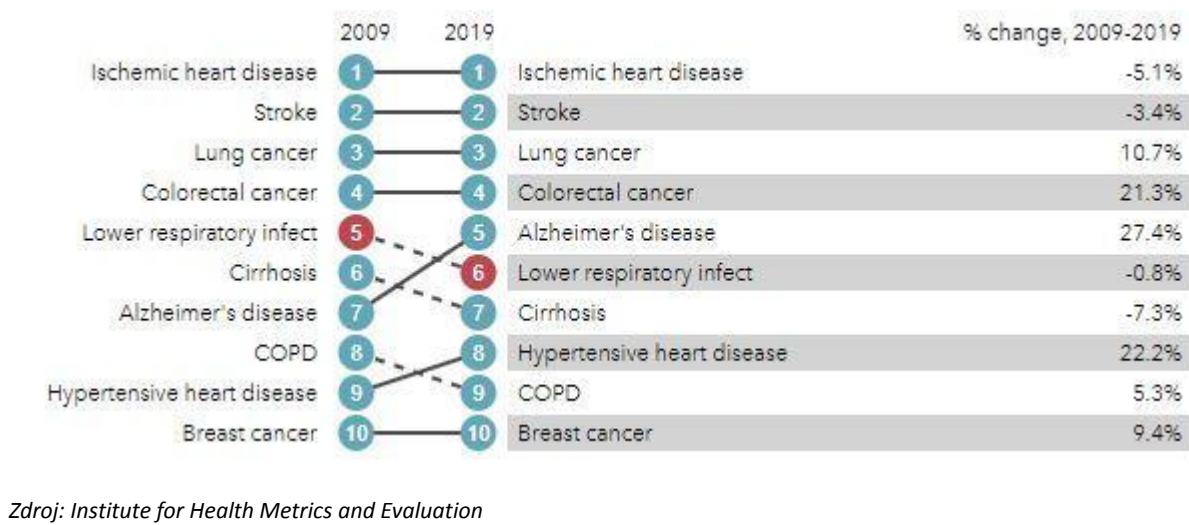
Tento pohľad podporujú aj dostupné dáta. Najviac rokov života nám na Slovensku odoberajú ischemické choroby srdca, porážky, rakovina pľúc a kolorektálna rakovina. Život prežitý v zdraví skracujú aj bolesti chrbta, diabetes, pády a cirhóza pečene. Nie je prekvapením, že najväčšie faktory, ktoré stoja za zníženým zdravím, sú vysoký tlak, zlé stravovacie návyky, tabak, obezita, hyperglykémia, cholesterol, alkohol a znečistené ovzdušie⁵⁸. Aj doterajšie analýzy poukazujú na vplyv kvality ovzdušia v regiónoch Slovenska na výskyt obštrukčnej choroby pľúc. Ešte väčší vplyv na výskyt týchto ochorení a hlavne aj rakoviny má socioekonomický a demografický status, keďže populácia s horším socioekonomickým statusom zvykne viac fajčiť a riziko ochorení pľúc si ďalej zvyšovať⁵⁹.

⁵⁷ - Eurostat: Healthy life years at age 65 by sex. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/TEPSR_SP320

⁵⁸ - Health Data - Slovakia. IHME. Dostupné na: <https://www.healthdata.org/slovakia>

⁵⁹ - Inštitút zdravotnej politiky: Vplyv životného prostredia na zdravie obyvateľstva II: Životné prostredie a chronická obštrukčná choroba pľúc. Ministerstvo zdravotníctva SR, 2018. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/IZP/pdf/vplyv_zp_chochp.pdf

Graf 9: Najčastejšie dôvody úmrtia na Slovensku v rokoch 2009 a 2019



Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie a Svetového ekonomického fóra sa najúčinnnejšie opatrenia na zníženie takzvaných neprenosných ochorení (rakovina, cukrovka, vysoký tlak, atď.) dotýkajú samotného zdravotníctva minimálne. Ide hlavne o zvyšovanie daní na tabakové výrobky, výrobky s vysokým obsahom cukrov, soli a alkohol, obmedzovanie reklám, obmedzovanie miest predaja a užívania, cielená terapia a konzultácie pre kardiovaskulárnych pacientov, povinné očkovania a rozšírenie skrýningov. Podľa štúdií by zavedenie všetkých spomenutých intervencií dokázalo odvrátiť až 15% odvrátiteľných úmrtí a za každé investované euro priniesť naspäť až trojnásobok⁶⁰.

Na Slovensku sa, žiaľ, verejné zdravotníctvo vždy viac sústreďovalo na hygienickú úlohu namiesto tej prevenčnej. Tento trend sa, žiaľ, vplyvom pandémie ešte viac posilnil. Aj preto musíme urýchlene prehodnotiť úlohu verejného zdravotníctva na Slovensku, stavať a posilniť poradne zdravia, začať s výchovou k zdravému životnému štýlu už od škôl a hlavne vytvoriť medzirezortnú platformu na zavedenie overených, účinných opatrení zo zahraničia. Nie sme taká bohatá krajina, aby sme si mohli dovoliť neinvestovať do rokmi overených opatrení - či už kvôli verejnej mienke alebo iným faktorom. Platí, že čím viac zainvestujeme do opatrení na prevenciu, tým viac sa nám podarí zmierniť prichádzajúcu krízu nedostatku zdravotníkov a zdravotníčok.

ZÁVER A ODPORÚČANIA

Z predošlých kapitol je zrejmé, že celosvetová kríza zdravotníckeho personálu sa bude len viac a viac prehĺbovať. Celosvetovo bude chýbať až 20% potrebných zdravotníkov a zdravotníčok. Slovensko so svojou starnúcou populáciou nebude výnimkou. Riešenia na tento problém existujú. Nebudú jednoduché ani rýchle a budú musieť na seba nadväzovať. Žiaľ, toto ide proti bežnému zmýšľaniu politikov a političiek, ktorí sa väčšinou orientujú na

⁶⁰ - WHO, WFE: From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, 2011. Dostupné na: https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf

horizont jedného volebného cyklu. Ak však chceme uspieť, štát bude musieť na seba prebrať väčšiu úlohu a zodpovednosť. Doterajšie zásahy boli väčšinou v rukách zdravotných poisťovní a samospráv, ktorým sa prichádzajúci problém nepodarilo zvrátiť. Zlyhal aj štát, ktorý dlhodobý problém ignoroval a odvracal zrak od varovných signálov. Ak sa však skombinuje dôkladné plánovanie ľudských zdrojov, zreguluje sa ich produkcia a distribúcia, zreorganizuje práca, masívne sa podporia inovácie a hlavne, sústredíme sa na zdravie, nielen zdravotníctvo, Slovensko bude v budúcnosti schopné vykompenzovať prichádzajúci nedostatok zdravotníkov a zdravotníčok. Tieto zmeny si nebudú vyžadovať len systémové reformy, ale aj dlhodobý posun vnímania toho, ako definujeme zdravotnú starostlivosť, kto nám ju má poskytovať a ako nám ju bude poskytovať. Prvotný záchranný balíček sa musí preto sústrediť na tieto oblasti a opatrenia:

1) Plánovanie, distribúcia a produkcia ľudských zdrojov

Štát si musí stanoviť cieľ využívať zdravotníkov a zdravotníčky čo najefektívnejšie. Dnes je k ľudským zdrojom v zdravotníctve hluchý a slepý. Nevie povedať, koľko zdravotníckeho personálu a v akých špecializáciách bude potrebovať. Nemá v rukách ani efektívne nástroje na to, aby mohol ovplyvňovať ich vzdelávanie, vstup do špecializácií alebo rozmiestnenie po regiónoch. Preto je nevyhnutné:

- Plánovanie ľudských zdrojov sa musí stať strategickou prioritou štátu. Štát by mal vytvoriť jednotný orgán zodpovedný za plánovanie ľudských zdrojov v zdravotníctve vo forme dlhodobej stratégie, ktorá sa bude každoročne aktualizovať a odpočítavať. Môže to mať na starosti Ministerstvo zdravotníctva SR – spolu s právomocou ovplyvňovať počty študentov a študentiek na stredných a vysokých školách a aj v postgraduálnom vzdelávaní. Počty prijímaných študentov a študentiek na stredných zdravotníckych školách sa budú musieť navýšiť – aj keď momentálne ešte nevieme o koľko a na ako dlho. Na slovenských vysokých školách študuje mnoho zahraničných študentov a študentiek, ktorí po ukončení štúdia odchádzajú preč zo Slovenska. Na počty prijímaných študentov a študentiek zo zahraničia však aktuálne Ministerstvo zdravotníctva SR nemá dosah.⁶¹ Tieto počty by museli upraviť univerzity samy, respektíve aj tu musí štát zasiahnuť.
- Zaviesť regulácie počtov v konkrétnych zdravotníckych povolaniach a špecializáciách (tzv. Numerus clausus). Ministerstvo zdravotníctva SR musí mať právomoc na základe stratégie ľudských zdrojov ovplyvňovať, koľko lekárov a lekárov ale aj iných zdravotníkov a zdravotníčok spadá do tej-ktorej špecializácie. Môže sa tak diať priamo cez reguláciu študentov a študentiek, prípadne počty ambulancií alebo cez rozdeľovanie finančných zdrojov. Týmto spôsobom bude môcť pružne reagovať a zvyšovať, prípadne znižovať počty zdravotníkov a zdravotníčok v konkrétnych špecializáciách podľa potreby. Zmeny by mali byť súčasťou väčšej reformy vzdelávania, ktorá ujasní, kto, kde, kedy, koľko a akých zdravotníkov a zdravotníčok bude musieť vychovať.
- Štát musí mať možnosť ovplyvňovať geografickú distribúciu zdravotníckeho personálu. Plánovanie ľudských zdrojov musí rátať aj s nástrojmi, ktoré pomôžu predchádzať

⁶¹ MZ SR má vplyv jedine na Slovenskú zdravotnícku univerzitu, ktorá je príspevkovou organizáciou štátu.

koncentracii zdravotníkov a zdravotníčok len vo veľkých mestách a rozvinutých regiónoch. Napríklad určenie miesta otvorenia ambulancie už pri vstupe do atestácie, finančné motivácie (dotácie a zvýhodnené platby) pre zdravotníkov a zdravotníčky v menej rozvinutých okresoch alebo priama regulácia ich počtov v každom regióne.

- Vytvoriť krízový program pre návrat slovenských zdravotníkov a zdravotníčok, ktorých sú v zahraničí tisíce. Podobné jednorazové dotačné schémy už v štátnej správe existujú pre úradníkov a úradníčky.
- Zjednodušiť vstup pre kvalifikovaných zdravotníkov a zdravotníčky zo zahraničia vrátane tretích krajín. Aby sme ich motivovali k pôsobeniu na Slovensku, musíme odbúrať zbytočnú byrokraciu a vytvoriť jednotné kontaktné body na vybavenie všetkej administratívy; vytvoriť podporné programy na presídlenie (hlavne pomoc s ubytovaním) a poskytnúť jazykové a praktické tréningové plány. Zároveň musí byť vytvorený systém, ktorý prichádzajúcich zdravotníkov a zdravotníčky prerozdeli do nemocníc a ambulancií po celom území Slovenska.
- Dorovnať platy nižšieho zdravotníckeho personálu na úroveň krajín V4 s cieľom stabilizovať situáciu a zabrániť odchodom, a nie vyvolať cenovú vojnu s našimi susedmi.

2) Posilnenie primárnej ambulantnej starostlivosti

Poučenie z iných krajín nám ukazuje, že štáty, ktoré posilnili úlohu všeobecných lekárov a lekároek vo svojom zdravotnom systéme, dosahujú nižšie počty zbytočných komplikácií, hospitalizácií a v konečnom dôsledku aj predčasných úmrtí. Zároveň platí, že čím viac pacientov a pacientiek vylieči všeobecný lekár alebo lekárka vo svojej ambulancii, tým viac štát ušetrí na špecializovanej liečbe či lôžku v nemocnici. Menej tiež pocítime nižší počet zdravotníckeho personálu. Všeobecní lekári a lekári sa, žiaľ, zredukovali na poštárov a poštárky s výmennými lístkami. Schopnosť vykonávať širšie kompetencie však obmedzuje aj ich nedostatok. Preto potrebujeme v prvom rade navýšiť ich počty:

- Pomocou regulácie navýšiť počty študentov a študentiek, ktorí sa budú špecializovať na všeobecnú medicínu a vypracovať krízový plán na prechod personálu z iných špecializácií.
- Rozšíriť a zrevidovať rezidenčný program pre všeobecných lekárov a lekárk, aby sa z neho odstránili byrokratické bariéry a zaviedla sa jasná „cestovná mapa“ pohybu lekárov a lekároek, aby každý vedel, kto má aké povinnosti. Zároveň je potrebné naň vynaložiť aj viac financií.
- Zaviesť povinné kvóty pre nemocnice na vzdelávanie všeobecných lekárov a lekároek; urobiť rozsiahlu marketingovú kampaň, ktorá bude cieľiť na medikov a medičky praktické informácie a predovšetkým urobiť revíziu všetkých administratívnych bariér pre potenciálnych lekárov a lekároek.
- Vytvoriť ďalšie motivačné granty na vznik ambulancií všeobecných lekárov a lekároek (ktoré do určitej miery zavádza najnovšie schválená reforma ambulantnej starostlivosti), na medzigeneračnú obmenu lekárov a lekároek, nákupy prístrojov a zamestnanie zdravotných

sestier a bratov, prípadne ostatného potrebného personálu prioritne v nedostatkových regiónoch.

- Ministerstvo už v rámci prijatia novej ambulantnej reformy vypracovalo novú koncepciu všeobecného lekárstva, ktorá má za cieľ stanoviť jasné kompetencie všeobecných lekárov a lekárk voči špecialistom a špecialistkám, zdravotným sestrám a bratom a ostatnému personálu za cieľom zatraktívnenia tohto odboru, nutné je ale pokračovať s koncepciami pre ďalšie špecializácie a následne aj mechanizmoch na ich vynútenie.
- Zaviesť cenovú reguláciu, ktorá prinesie poriadok do platobných mechanizmov v ambulanciách medzi zdravotnými poisťovňami a nastaví správne motivácie. Štát bez vplyvu na platby v ambulanciách nemôže efektívne vykonávať svoju zdravotnícku politiku a zvyhodňovať želané správanie lekárov a lekárk.
- Navýšiť financie smerujúce do primárnej ambulantnej starostlivosti hlavne na platby za výkony, kvalitu a výsledky, nielen paušálne platby. Prioritou by mala byť prevencia a starostlivosť o chronické a civilizačné choroby.

3) Zmena organizácie práce

Zdravotníkov a zdravotníčky musíme využívať čo najefektívnejšie a snažiť sa zvýšiť ich produktivitu. Je rozdiel, ak lekár s tímom v ambulancii prijímá denne v ambulancii 50 pacientov alebo dvojnásobok. Štát by sa mal preto sústrediť na tieto opatrenia:

- Zrevidovať zastarané legislatívne bariéry, ktoré bránia väčšiemu zapojeniu zdravotných sestier a bratov a ostatného zdravotníckeho personálu do poskytovania zdravotnej starostlivosti. Napríklad špecializované sestry by mohli robiť viac prevencie, predpisovať vybrané lieky alebo zdravotné pomôcky. Neznamená to však, že každá ambulancia by nevyhnutne musela mať sestru s vysokoškolským vzdelaním.
- Podporiť platobné mechanizmy na zamestnávanie viacerých sestier a bratov a ostatného zdravotníckeho personálu, aby ambulancie stihli obslúžiť viacero pacientov a pacientiek. Na druhej strane by mal penalizovať tých, ktorí len hromadia zdravotné karty bez toho, aby zamestnali ďalší personál, čo znamená, že množstvo pacientov a pacientiek dostane nekvalitnú, prípadne žiadnu starostlivosť.
- Vytvoriť finančné dotácie a podporiť vznik združených ambulancií, kde sa na jednom mieste koncentruje viacero odborníkov a odborníčok schopných vyšetriť viac pacientov a pacientiek vo vyššej kvalite. Ak nie je možné spojiť lekárov fyzicky, je nutné podporovať aspoň ich sieťovanie na diaľku cez informačné technológie. Nový typ platieb tiež vytvára nástroj na lepší manažment pacienta, ktorý nebude musieť blúdiť medzi ambulanciami.
- Zaviesť platobné mechanizmy, ktoré odmenia nielen liečenie, ale aj vyliečenie. Lekári a lekárky nemajú byť odmenení za to, ak vykonávajú iba pravidelné prehliadky stabilizovaných pacientov a pacientiek, ale majú byť motivovaní k tomu, aby liečili aj nové, komplikovanejšie prípady.

- Finančne podporiť tvorby ambulancií a zamestnávanie ambulantných lekárov a lekároek v regionálnych nemocniciach, čím budú po vzore napr. Japonska motivovaní čiastočne rotovať aj v nedostatkových regiónoch v spádovom území nemocnice.
- Zaviesť nové povolania a úlohy pre ostatný zdravotnícky personál, aby vykonával samostatnú mobilnú a terénnu zdravotnú starostlivosť hlavne v nedostatkových regiónoch za cieľom zníženia tlaku na lekárov a lekárky. Tento personál by vykonával buď samostatnú prax alebo by mal zavedené udržiateľné platby za svoje výkony.

4) Inovácie a telemedicína

Existujú oblasti, kde už dnes neexistujú lekári a lekárky a pravdepodobne sa tam ani v budúcnosti nachádzať nebudú. Na druhej strane v nemocniciach, ale aj v ambulanciách musia množstvo rutinných úloh vykonávať prekvalifikovaní zdravotníci a zdravotníčky, ktorí by svoj čas mohli využiť efektívnejšie. Inovácie, ktoré sú už dnes k dispozícii, môžu nielen zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti, produktivitu personálu, ktorého je čoraz menej, ale môžu aj priniesť zlepšenie dostupnosti pre regióny, kde je výrazný nedostatok lekárov a lekároek. Slovensko musí po vzore ostatných krajín začať systematicky podporovať zavádzanie inovácií, ktoré môžu výrazne zmierniť nastupujúci nedostatok zdravotníckeho personálu. Preto je potrebné:

- Vytvoriť jeden orgán zodpovedný za zavádzanie inovácií a kvality v zdravotníctve na Slovensku po vzore zahraničných krajín, ako sú napríklad Nemecko (IQWiG) alebo Izrael (Innovation Authority). Medzi jeho hlavné činnosti by patril dohľad nad digitalizáciou zdravotníctva, podpora nových technológií cez grantové schémy, tvorba nových kvalitatívnych postupov a platobných mechanizmov za účelom zavádzania inovácií do praxe a rozvoj telemedicínskych služieb štátu. Úrad by mohol vzniknúť aj premenou Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve, Národného centra zdravotníckych informácií alebo Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- Zaviesť systematickú podporu pre telemedicínu cez podporu infraštruktúry (nákup prístrojového vybavenia a softvérov, tvorba zdieľateľných dát a iné) ale aj nové platobné mechanizmy, ktoré budú motivovať zdravotníkov a zdravotníčky poskytovať zdravotnú starostlivosť dištančne. Nové formy poskytovania starostlivosti môže podporiť reguláciami priamo štát alebo ich môže pilotne podporiť Všeobecná zdravotná poisťovňa.
- Legislatívne zaviesť elektronické zdravotníctvo do praxe ako povinnosť vo všetkých funkcionalitách, kde je to možné (vrátane zmien definícií poskytovania starostlivosti v zákonoch, ale aj ochrany osobných údajov). Množstvo funkcionalít je už pripravených na spustenie, prípadne sa v štátnom systéme elektronického zdravotníctva nachádzajú, akurát sa nevynucuje ich používanie. Je absurdné, ak pacienti a pacientky musia výsledky vyšetrení nosiť stále na papieri, prípadne si musia osobne chodiť pre výmenné lístky a zbytočne zaťažovať lekárov a lekárky.
- Komplexným auditom zrevidovať byrokráciu zaťažujúcu zdravotníkov a zdravotníčky, ktorí sa kvôli nej nemôžu venovať pacientom a pacientkám. Množstvo dát a správ sa dnes

nahlasuje duplicitne, prípadne úplne zbytočne. Zdravotnícky personál musí ručne vypisovať dokumenty, ktoré už mohli byť dávno automatizované, digitalizované alebo zrušené. Viaceré výskumy poukazujú na to, že zdravotníci a zdravotníčky zbytočne strácajú čas administratívou, ktorú za nich môže odstrániť digitalizácia a/alebo ostatný zdravotnícky personál⁶².

- Zaviesť jednotný informačný systém do všetkých nemocníc v pôsobnosti štátu. Množstvo činností, ktoré dnes zdravotníci a zdravotníčky vykonávajú v nemocniciach, sa môže eliminovať vďaka softvéru ktorý zaznamená rozdelenie služieb, objednávanie pacientov a pacientok, ich pohyb po oddeleniach a vyšetreniach, vydávanie liekov, zdieľanie dát medzi poskytovateľmi, vykazovanie pre poisťovne a ostatné činnosti, ktoré zdržujú zdravotnícky personál od starostlivosti o pacientov a pacientky.

5) Zdravie, nielen zdravotníctvo

Najlepší pacient, ktorý najlepšie odbremení doktora, je taký, ktorý do ambulancie ani nepríde, pretože nemusí. Najúčinnším spôsobom, ako sa pripraviť na prichádzajúcu krízu vyplývajúcu z nedostatku zdravotného personálu, je investovať do starostlivosti o zdravie, nielen do zdravotníctva. Najväčší vplyv na kvalitu nášho zdravia má náš životný štýl. Na zdravie sa treba pozeráť novým, moderným spôsobom a začať prepájať politiky rezortu zdravotníctva so školstvom a športom, životným prostredím a sociálnou starostlivosťou. Štát by mal preto urobiť tieto opatrenia:

- Vytvoriť vládnu medzirezortnú platformu na koordináciu všetkých dotknutých rezortov pri starostlivosti o zdravie
- Zadefinovať jasné kompetencie a zdroje pre samosprávy v starostlivosti o zdravie, ktoré sú k občanom a občiankam najbližšie a často problematiku poznajú najlepšie.
- Vybudovať jednotný, prehľadný zdroj pod hlavičkou štátu s dôveryhodnými informáciami o zdraví a vytvárať pravidelné mediálne kampane na zvýšenie povedomia o zdravom životnom štýle.
- Zaviesť výchovu o zdraví už na základných školách.
- Zrevidovať dane na takú výšku, aby to ľudí motivovalo vzdať sa škodlivých návykov a starať sa viac o svoje zdravie (dane z cukru, nezdravých jedál, alkoholu, tabaku a iné). Obmedziť by sa mal aj predaj a reklama, ktorá propaguje neduhy. Cílené daňové opatrenia musia byť tiež zacielené na znečisťovateľov životného prostredia.
- Zaviesť platové motivácie pre lekárov a lekárky na podporu vykonávania väčšej prevencie, očkovania a zdravotného poradenstva.
- Zaviesť motivačné programy vo forme dotácií, zliav z poisťného alebo voucherov na podporu športových aktivít, absolvovanie preventívnych prehliadok alebo iných zdraviu prospešných aktivít.

⁶² - Napr. „McDonald CJ et al. Use of internist's free time by ambulatory care electronic medical record systems. JAMA Internal Medicine. 2014“ alebo „Sinsky C et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study in 4 specialties. Annals of Internal Medicine. 2016

- Vypracovať novú koncepciu starostlivosti o zdravie a zreformovať úrady verejného zdravotníctva a výraznejšie podporiť poradne zdravia a ich činnosť pri zdravotnej osвете a prevencii už na školách, v marginalizovaných komunitách, pri závislostiach, atď.
- Vypracovať akčný plán na odstránenie najväčších environmentálnych záťaží.
- Vypracovať a schváliť reformu starostlivosti o duševné zdravie, ktorá bude zahŕňať navýšenie kapacít psychológov a psychologičiek, psychiatrov a psychiatričiek, psychoterapeutov a psychoterapeutiek. Bude obsahovať aj podporu duševného zdravia už od útleho veku za pomoci školských psychológov a psychologičiek.



**Progresívne
Slovensko**