

Revízia výdavkov na zdravotníctvo II

Záverečná správa

október 2019

Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu



Operačný program
Efektívna
verejná správa



Európska únia
Európsky sociálny fond



Jedným zo zadaní projektu Hodnota za peniaze je revízia výdavkov verejnej správy. Tento materiál Ministerstva financií SR a Ministerstva zdravotníctva SR je hodnotením výdavkov na zdravotníctvo v zmysle uznesenia vlády SR č. 202/2018, úloha B.6. Hodnotenie pripravili za Útvár hodnoty za peniaze MF SR Štefan Kišš, Lucia Grajcarová, Daniel Kozák, Adam Marek a Kristína Kráľovičová a za Inštitút zdravotnej politiky MZ SR Martin Smatana, Michal Štofko, Michaela Laktišová a Ján Dudek. Kapitoly 2.2 a 4.6 pripravili Miriama Letovanec a Daniela Potočnáková z Implementačnej jednotky ÚV SR.

Podakovanie

Za hodnotné návrhy a pripomienky počas prípravy správy ďakujeme oficiálnym recenzentom Zuzane Baťovej (ŠÚKL), Michaele Černenko (IFP MF SR) a Tomášovi Szalayovi (HPI), tiež kolegom z Ministerstva financií zo Sekcie rozpočtovej politiky, Alexandre Bražinovej (LF UK), Jozefovi Haštovi (FN TN), Ľubomíre Izákovéj (SPS SLS, UN BA), Kataríne Jandovej (SKP, UN BA), Jane Ježíkovej (BSK), Lige za duševné zdravie, Zite Michlerovej (SPS), Jozefovi Šuvadovi (MZ SR), Tomášovi Tesařovi (FaF UK) a Kataríne Harrison Tvarožkovej (Royal London Hospital), ako aj účastníkom recenzného workshopu.

Chyby a opomenutia zostávajú zodpovednosťou autorov.

Obsah

Zoznam tabuliek a grafov	5
Úvod a zhrnutie	9
1 Výsledky a ciele	13
2 Výdavky	15
2.1 Výdavky podľa oblastí zdravotnej starostlivosti	17
2.2 Priame platby pacientov za zdravotnú starostlivosť	17
3 Rozpočet	20
3.1 Výdavky bez zmien politik	22
3.2 Výdavky so zmenami politik	23
3.3 Úsporné opatrenia	26
3.4 Výdavky mimo VZP	31
3.5 Nevyčíslené opatrenia a štrukturálne opatrenia	32
3.6 Lepšie rozpočtovanie	33
3.7 Rozpočet a skutočné výdavky 2019	36
4 Ústavná zdravotná starostlivosť	39
4.1 Výdavky na ÚZS	39
4.2 Kvalita, dostupnosť a efektívnosť ÚZS	40
4.3 Reforma ÚZS - stratifikácia siete nemocníc	40
4.4 Hospodárenie najväčších nemocníc	44
4.5 Systém úhrad za DRG	46
4.6 Optimalizácia vybraných prevádzkových (nemedicínskych) nákladov	48
4.7 Platby od zdravotných poisťovní	50
5 Ambulantná zdravotná starostlivosť	52
5.1 Výdavky na AZS	52
5.2 Efektívnosť a kvalita AZS	52
5.3 Efektívne nastavenie primárnej starostlivosti	55
5.4 Jednodňová zdravotná starostlivosť	59
Dofinancovanie ústavnej a ambulantnej starostlivosti	60
6 Lieková politika	61
6.1 Celková spotreba liekov	62
6.2 Ceny a úhrady liekov	64
6.3 Nákladová efektívnosť liekov	70
6.4 Zbytočné doplatky pacientov	74
7 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	75
7.1 Laboratórne vyšetrenia	75
7.2 CT a MR vyšetrenia	76
8 Zdravotnícke pomôcky	79
9 Špeciálny zdravotnícky materiál	80
10 Čakanie na zdravotnú starostlivosť	81
11 Personál	83
11.1 Odmeňovanie personálu	83
11.2 Počet personálu	85
11.3 Zvýšenie atraktivity všeobecného lekárstva a povolania sestry	87
11.4 Kompetencie, mix personálu	88
11.5 Platobné mechanizmy	89
12 Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy	91

12.1	Prípadová štúdia - Postupy pri starostlivosti o matku a dieťa	91
12.2	Nevhodné postupy pred pôrodom	93
12.3	Počas pôrodu	93
12.4	Po pôrode	95
13	Zdravotnícke systémy	96
13.1	Zdroje v zdravotníctve	97
13.2	Spravovanie zdrojov	98
13.3	Regulácia zdravotného systému	102
13.4	Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	102
14	Dlhodobá starostlivosť	104
14.1	Výdavky na dlhodobú starostlivosť	104
14.2	Organizácia dlhodobej starostlivosti	106
15	Prevenčia ochorení a podpora zdravia	110
15.1	Výsledky v oblasti prevencie a podpory zdravia	110
15.2	Výdavky na prevenciu a podporu zdravia	111
15.3	Efektívne a nákladovo-efektívne programy prevencie a podpory zdravia	112
16	Duševné zdravie	118
16.1	Záťaž duševnými poruchami na zdravie	118
16.2	Záťaž na financie	119
16.3	Zvýšenie dostupnosti a efektívnosti starostlivosti o duševné zdravie	120
	Prílohy	125
	Zoznam literatúry	157
	Zoznam skratiek	161

Zoznam tabuliek a grafov

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Výskyt ochorení v populácii a úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (2017).....	14
Tabuľka 2: Výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP), 2018.....	17
Tabuľka 3: Rozpočet v programovej štruktúre (v mil. eur).....	21
Tabuľka 4: Rozpočet 2020 a zmeny výdavkov.....	22
Tabuľka 5: Zmeny výdavkov voči roku 2019 - VZP - bez zmien politik (v mil. eur).....	22
Tabuľka 6: Opatrenia - zmeny VZP voči roku 2019 (v mil. eur).....	23
Tabuľka 7: Opatrenia – úspory VZP voči roku 2019.....	26
Tabuľka 8: Opatrenia - zmeny výdavkov voči roku 2019 mimo VZP – nemocnice (mil. eur).....	31
Tabuľka 9: Výdavky VZP v programovej štruktúre (v mil. eur).....	35
Tabuľka 10: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť.....	35
Tabuľka 11: Celkové výdavky VZP (v mil. eur).....	37
Tabuľka 12: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politik (v mil. eur).....	37
Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politik Hodnota za peniaze (v mil. eur).....	37
Tabuľka 14: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze (v mil. eur).....	38
Tabuľka 15: Nové výdavkové položky a úspory nezahrnuté v rozpočte VZP (v mil. eur).....	38
Tabuľka 16: Prehľad minimálnych objemov vybraných výkonov podľa Leapfrog group.....	41
Tabuľka 17: Rozdelenie nemocníc podľa ZS – prvý návrh zo štúdie.....	43
Tabuľka 18: Záväzky 13 najväčších nemocníc.....	44
Tabuľka 19: Výnosy a náklady 13 najväčších nemocníc.....	45
Tabuľka 20: Porovnanie všeobecných nemocníc podľa náročnosti prípadov.....	48
Tabuľka 21: Analýza prevádzkových nákladov UN a FN v Revízii I. a Revízii II.	49
Tabuľka 22: Zabezpečenie vybraných prevádzkových služieb v UN a FN (2018).....	50
Tabuľka 23: Rozdiely medzi zdravotnými poisťovňami v platbách nemocniciam* na DRG.....	51
Tabuľka 24: Počet návštev lekárov (2016) a výskyt ochorení (2017).....	53
Tabuľka 25: Úspora zo zníženia počtu návštev u špecialistov.....	54
Tabuľka 26: Náklady a počet návštev vo vybraných ŠAS, 2017.....	55
Tabuľka 27: Úspora zo zníženia počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3, 2015.....	55
Tabuľka 28: Porovnanie kompetencií všeobecných lekárov -.....	57
Tabuľka 29: Príklad lieku, ktorý je na Slovensku v nevýhodnej veľkosti balenia, ktorá v zahraničí nie je.	65
Tabuľka 30: Povinné zníženie ceny pri vstupe nového lieku do kategorizácie, platné od januára 2019.....	67
Tabuľka 31: Limity pre výpočet nákladovej efektivity liekov (2018).....	70
Tabuľka 32: Doplatky, ktorým sa pacienti mohli vyhnúť podľa typov skupín (v mil. eur, 2018).....	74
Tabuľka 33: Prehľad TOP 10 poskytovateľov laboratórnych služieb 2018.....	76
Tabuľka 34: Príklad variability doby čakania na operáciu kolena podľa zariadení s najväčším počtom výkonov.....	82
Tabuľka 35: Priemerná dĺžka čakania na plánovanú operáciu podľa zdravotných poisťovní (v dňoch; 2018).....	82
Tabuľka 36: Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu zdravotníckemu personálu*** vo verejnej ÚZS/AZS po kvartáloch.....	84
Tabuľka 37: Úspora z odstránenie nadbytočných vyšetrení v tehotenstve, 2017.....	93
Tabuľka 38: Úspora pri znížení počtu cisárskych rezov (CR) na úroveň odporúčanú WHO (10 %), 2017.....	94
Tabuľka 39: Úsporné opatrenia.....	101
Tabuľka 40: Porovnanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť po zohľadnení vekovej štruktúry.....	104
Tabuľka 41: Programy podpory zdravia a prevencie podľa vekových skupín.....	121
Tabuľka 42: Vývoj priamych platieb v SR per capita (eur).....	126

Tabuľka 43: TOP 3 oblasti ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu OOP (2017).....	126
Tabuľka 44: Výkony, ktoré by mohli prejsť do kompetencie všeobecných lekárov.....	129
Tabuľka 45: Porovnanie základných balíkov, vybrané krajiny	136
Tabuľka 46: Typ dobrovoľného zdravotného poistenia.....	137
Tabuľka 47: Nedokonale kompenzovaní pacienti.....	140
Tabuľka 48: Kompenzácia poisťovní (rok).....	141
Tabuľka 49: Kalkulácia úspor v obstarávaní elektrickej energie	142
Tabuľka 50: Kalkulácia úspor v obstarávaní zemného plynu	142
Tabuľka 51: Kalkulácia úspor v upratovacích službách.....	143
Tabuľka 52: Kalkulácia úspor v prácich službách.....	144
Tabuľka 53: Kalkulácia úspor v stravovacích službách	144
Tabuľka 54: Kalkulácia úspor v strážnych službách zabezpečených pracovníkmi.....	145
Tabuľka 55: Kalkulácia úspor v právnych službách.....	145
Tabuľka 56: Úhradová skupina U106 od 1.7.2019 do 30.9.2019 s negatívnym dopadom na VZP, bez pridanej hodnoty.....	146
Tabuľka 57: Plánovaná zmena v úhradovej skupine U106 od 1.10.2019.....	146
Tabuľka 58: Výhody a nevýhody tradičných platobných mechanizmov.....	149
Tabuľka 59: Počty sestier v kategórii Practising nurses krajín OECD, problém s dátami a riešenia	153
Tabuľka 60: Programy a podprogramy návrhu programovej štruktúry pre VZP	156

Zoznam grafov

Graf 1: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100-tisíc obyv.)	13
Graf 2: Očakávaná dĺžka života pri narodení v rokoch	13
Graf 3: Novorodenecká úmrtnosť (počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených).....	14
Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou	14
Graf 5: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, % HDP	15
Graf 6: Vzťah medzi bohatstvom krajiny a jej výdavkami na zdravotníctvo, 2018	15
Graf 7: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, na obyv. v parite kúpnej sily, USD.....	16
Graf 8: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2016	16
Graf 9: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP).....	16
Graf 10: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva	16
Graf 11: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP na obyvateľa (2017).....	18
Graf 12: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (2017)	18
Graf 13: Podiel domácností čeliacich katastrofickým priamym platbám	18
Graf 14: Podiel domácností čeliacich ochudobňujúcim priamym platbám.....	18
Graf 15: Zložky OOP podľa typu zdravotnej starostlivosti (2015).....	19
Graf 16: Plat špecializovanej sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017	20
Graf 17: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017	20
Graf 18: Výdavky na ÚZS, % HDP	39
Graf 19: Výdavky na ÚZS, % výdavkov na zdravotníctvo	39
Graf 20: Výdavky na 1 deň na lôžku, bežné ceny PPP, 2017	40
Graf 21: Počet dní na lôžku na 1 obyv., 2017.....	40
Graf 22: Vzťah kvality a objemu zdravotnej starostlivosti	41
Graf 23: Rozsah a medián objemu resekcie rakoviny pažeráka podľa poskytovateľa, 2014-2016	43
Graf 24: EBITDA fakultných a univerzitných nemocníc, 2018	45
Graf 25: Výnosy zo zdravotných poisťovní a náklady FaUN	46

Graf 26: Podiel nákladov na vybraných prevádzkových nákladoch* na výnosoch od zdravotných poisťovní, 2018	46
Graf 27: Výdavky na AZS, % HDP, 2017	52
Graf 28: Výdavky a AZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017	52
Graf 29: Počet návštev lekárov v ambulanciách na obyv., 2016	53
Graf 30: Počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách na 1 obyv., 2017*	54
Graf 31: Absolútny počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách v miliónoch, 2017*	54
Graf 32: Schopnosť primárnej starostlivosti pokryť širokú škálu starostlivosti v Európe	56
Graf 33: Podiel vyšetrení bez odporúčenia k špecialistovi, 2017*	56
Graf 34: Podiel populácie žijúcej v obci vzdalenej 10 a viac km od najbližšej lekárskej ambulancie (%)	58
Graf 35: Výdavky na JZS, % HDP, 2017	59
Graf 36: Výdavky a JZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017	59
Graf 37: Podiel vybraných zákrokov vykonaných v jednodňovej starostlivosti, 2017	60
Graf 38: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach (2017)	61
Graf 39: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach na osobu, bežné ceny (v eur., 2017) ⁴⁶	61
Graf 40: Prehľad slovenskej spotreby liekov a EÚ krajín s porovnateľným vykazovaním (podľa ATC skupín, v denných definovaných dávkach – DDD, 2017)	62
Graf 41: Celková spotreba liekov (skupiny z grafu 40, 2017, DDD na 1 000 obyvateľov na deň)	63
Graf 42: Spotreba antibiotík v roku 2017 (v DDD na 1 000 obyvateľov / deň; ATC skupina J01)	63
Graf 43: Podiel generík na celkovej spotrebe liekov uhrádzaných z VZP (%, 2017)	67
Graf 44: Ročné úhrady z VZP za lieky na výnimky (v mil. eur)	73
Graf 45: Úhrady ZP (v eur) za lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poistencov (za prvý polrok)	73
Graf 46: Rozloženie doplatkov za recept podľa veku (v mil. eur; 2018)	74
Graf 47: Priemerné doplatky za lieky na recept podľa veku (v eur; 2018) ⁸⁹	74
Graf 48: Podiel SVLZ výdavkov (verejných aj súkromných) k výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017)	75
Graf 49: Počet vyšetrení zobrazovacími prístrojmi (na 1 000 obyv., 2017)	77
Graf 50: Porovnanie štandardnej rentability tržieb so súkromnými poskytovateľmi MR vyšetrení (zisk / tržby, %, firmy s veľkosťou tržieb 2 – 30 mil. eur. v roku 2018)	77
Graf 51: Porovnanie cien MR vyšetrení hlavy	78
Graf 52: Porovnanie cien CT vyšetrení hlavy ⁹⁶	78
Graf 53: Podiel výdavkov na zdravotnícke pomôcky k celkovým výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017)	79
Graf 54: výdavky na zdravotnícke pomôcky (na obyvateľa, v eurách, 2017) ⁹⁸	79
Graf 55: Priemerná čakacia doba na výmenu kĺbu (v dňoch, 2017)	81
Graf 56: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017	83
Graf 57: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017	83
Graf 58: Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017	85
Graf 59: Počet lekárov podľa špecializácií	85
Graf 60: Veková štruktúra lekárov podľa odborností	85
Graf 61: Počet všeobecných lekárov na 100-tisíc obyv., 2017	86
Graf 62: Počet chýbajúcich sestier podľa štatistického zisťovania a prognózy MZ	87
Graf 63: Počet zdravotných sestier upravených o vekovú štruktúru obyv. (na 1 000 obyv.), 2017	87
Graf 64: Dojčenská úmrtnosť – benchmark (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016	92
Graf 65: Dojčenská úmrtnosť – skladba podľa skupín obyv. (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016	92
Graf 66: Priemerná dĺžka pobytu v nemocnici podľa typu pôrodu, v dňoch, 2017	92
Graf 67: Vzťah ALOS pri spontánnom pôrode a celkovej dojčenskej úmrtnosti; 2017	92
Graf 68: Podiel cisárskych rezov na 1000 pôrodov	94

Graf 69: Odvrátiteľná úmrtnosť a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP	96
Graf 70: Očakávaná dĺžka života pri narodení a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP	96
Graf 71: Vývoj hospodárenia VŠZP	100
Graf 72: Prírastok/úbytok počtu poistencov	101
Graf 73: Zmena priemerných výdavkov na ZS na 1 poistenca, upravené o poistný kmeň	101
Graf 74: Výdavky na dlhodobú starostlivosť, % HDP, 2016	104
Graf 75: Podiel obyv. vo veku 65+, 2016	104
Graf 76: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, % HDP	105
Graf 77: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, v mil. eur	105
Graf 78: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+	107
Graf 79: Úmrtnosť, ktorej sa dá predísť lepšou prevenciou (<i>Preventable mortality</i>), na 100-tisíc obyv., 2016	110
Graf 80: Závažnosť chorôb vrátane predčasného úmrtia (DALY) na Slovensku, % z celku, 2017	110
Graf 81: Výdavky na prevenciu*, % HDP, 2017	111
Graf 82: Výdavky na prevenciu*, % z celkových výdavkov na zdravotníctvo, 2017	111
Graf 83: Zaočkovanosť na osýpky	113
Graf 84: Zaočkovanosť na chrípku, % obyv. nad 65 rokov, 2017	113
Graf 85: Podiel žien, ktoré absolvovali skrining na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79, 2017*	113
Graf 86: Úmrtnosť na rakovinu prsníka, na 100-tisíc žien, 2015	113
Graf 87: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (kričok maternice), vo veku nad 19 rokov	114
Graf 88: Fajčenie* u 15-16 ročných, 2015	115
Graf 89: Každodenné fajčenie u dospelých, 2016	115
Graf 90: Nárazové ťažké pitie alkoholu* u 15-16-ročných, 2015	115
Graf 91: Konzumácia alkoholu u dospelých, litre, 2016	115
Graf 92: Obezita u 7-8-ročných, 2017	116
Graf 93: Obezita u dospelých, 2014	116
Graf 94: Úmrtnosť kvôli vystaveniu sa vplyvu vonkajších PM2.5 a ozónu, 2016	117
Graf 95: Rozdiel v obezite podľa vzdelania, 2014	117
Graf 96: Výskyt ochorení v populácii, 2017*	118
Graf 97: Závažnosť duševnými poruchami počas života, % zo záťaže počas života všetkých chorôb, SK, 2017	119
Graf 98: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou	119
Graf 99: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, mil. eur	120
Graf 100: Výdavky na zdravotnú starostlivosť zameranú na duševné poruchy a celková záťaž duševnými chorobami DALY*	120
Graf 101: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv.	123
Graf 102: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv.	123
Graf 103: Zvýšenie výkonu modelu pridaním ďalších parametrov	141

Úvod a zhrnutie

Revízia výdavkov je súčasťou vládneho projektu Hodnota za peniaze, v rámci ktorého reformuje pravidlá, nastavuje procesy a posilňuje inštitúcie, ktoré podporia prijímanie dobrých rozhodnutí vo verejnom záujme a významne zvýšia hodnotu za peniaze v slovenskom verejnom sektore.

V štvrtom roku revízie výdavkov sú hodnotené výdavky s dopadom na sociálne začleňovanie skupín ohrozených chudobou a sociálnym vylúčením, výdavky na zamestnanosť a odmeňovanie vo verejnej správe, výdavky na poľnohospodárstvo a verejné výdavky na zdravotníctvo. Priebežné správy identifikujú oblasti, kde existuje najväčší priestor pre zlepšenie efektívnosti. Záverečné správy následne pomenujú opatrenia s akčným plánom ich plnenia.

Revízia výdavkov prehodnotí väčšinu verejných výdavkov počas volebného obdobia. Navrhnuté opatrenia umožnia fiškálnu úsporu, lepšie verejné služby pre občanov a/alebo presun financií na priority vlády. Prináša opatrenia, ktoré sú dlhodobo udržateľné.

Vo vyspelých krajinách je revízia výdavkov štandardný nástroj, ktorý vládam pomáha hľadať priestor vo verejných politikách pre efektívnejšie využívanie verejných prostriedkov, ako aj úspory nevyhnutné na splnenie národných aj európskych fiškálnych záväzkov.

Zdravotníctvo je po starobných dôchodkoch najväčšia výdavková oblasť slovenských verejných financií s veľkým potenciálom pre zlepšenie zdravia a tým aj celkovej kvality života občanov.

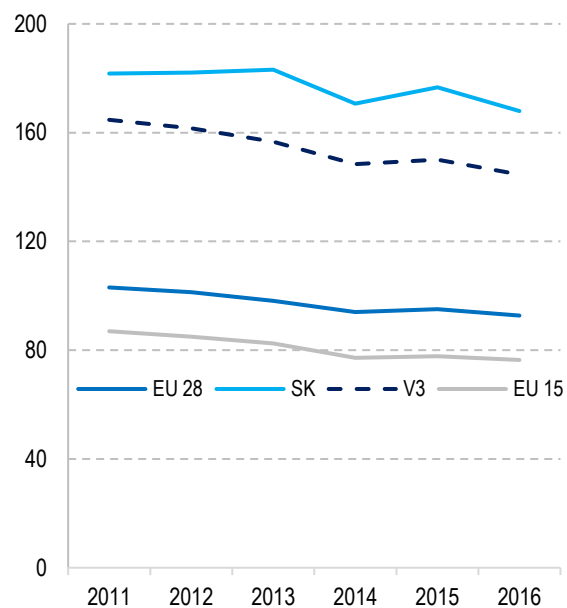
V prvej revízii výdavkov na zdravotníctvo v roku 2016 boli identifikované potenciálne úspory v hodnote 363 mil. eur, z čoho sa vláda zaviazala usporiť ročne 196 mil. eur do roku 2019.

Napriek pozitívnemu vývoju v ostatných rokoch existuje priestor pre zlepšovanie zdravia pacientov zvyšovaním alokačnej efektívnosti. Vláda SR preto udelila mandát Ministerstvu financií a Ministerstvu zdravotníctva na druhú revíziu výdavkov zdravotníctva v jednom volebnom cykle. Revízia výdavkov na jednej strane identifikuje úspory v oblastiach, kde sú prostriedky využívané neefektívne, na druhej strane stanoví oblasti pre realokáciu usporených zdrojov.

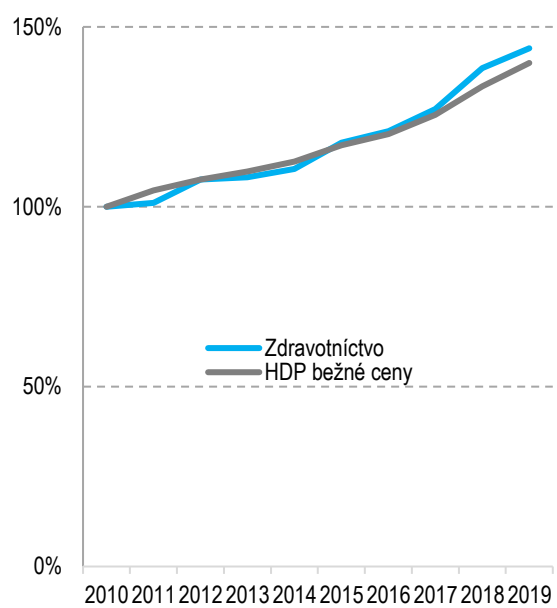
Zdravotníctvo musí byť prioritou slovenskej verejnej politiky pre potenciál zlepšenia blahobytu občanov, veľkosť sektora aj slabé výsledky. Vyspelé krajiny investujú do zdravotníctva rýchlejšie ako rastie ich ekonomika. Slovenské zdravotníctvo je druhá najväčšia výdavková položka verejných financií, jeho výsledky ale výrazne zaostávajú za porovnateľnými krajinami.

Verejné výdavky na zdravotníctvo rastú a zodpovedajú možnostiam ekonomiky. V roku 2020 dosiahnu 5,6 mld. eur. Za posledných 10 rokov narástli o 44 %, zatiaľ čo HDP o 40 %. Slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo sú 5,7 % HDP, čo je viac ako priemer krajín V3 (5,1 %) a menej ako priemer EÚ15 (7,2 %).

Výsledky slovenského zdravotníctva však nezodpovedajú výdavkom. Na Slovensku pripadá ročne na 100-tisíc obyvateľov až 168 úmrtí, ktoré mohli byť odvrátené včasnou a efektívnou zdravotnou starostlivosťou. V ostatných krajinách V4 je takýchto úmrtí ročne 145 na 100-tisíc obyvateľov. Podobne zaostáva aj očakávaná dĺžka života a iné výsledkové ukazovatele. Vláda SR si dala za cieľ znížiť počet odvrátiteľných úmrtí na úroveň V3 do roku 2025.

Odvratiteľná úmrtnosť (na 100 000 obyvateľov)

Zdroj: Eurostat

Porovnanie rastu výdavkov na zdravotníctvo a HDP

Zdroj: Eurostat, Hlavná kniha rozpočtu

Dôraz na výsledky a stabilitu financovania v zdravotníctve podporí zavedenie programového rozpočtovania vo verejnom zdravotnom poistení a zmena v spôsobe rozpočtovania výdavkov na zdravotníctvo. V roku 2020 sa zavedie vecné členenie výdavkov VZP, čo je štandardom v krajinách OECD. Stabilita vo financovaní sa zabezpečí určovaním celkových verejných výdavkov na zdravotníctvo. Ročná suma poistného plateného štátom bude od 1.1.2020 stanovená zákonom o štátnom rozpočte a poistné platené štátom viac nebude naviazané na priemernú mzdu. Zmena spôsobu financovania umožní lepšie určovať potrebné výdavky na zdravotníctvo, pretože namiesto arbitrálneho percenta za poistencov štátu spôsobujúceho volatilitu celkových výdavkov začína diskusiu od reálnych potrieb rezortu a znižuje prepojenie na ekonomický cyklus.

Nižšiu hodnotu za peniaze v slovenskom zdravotníctve spôsobuje neefektívna alokácia zdrojov. Slovensko má v porovnaní s inými krajinami vysoké výdavky na lieky, diagnostiku a vyšetrenia u špecialistov spôsobené nadmerným počtom návštev. Sú hlavnými kategóriami výdavkov s priestorom na zefektívnenie. Naopak, primárna starostlivosť, dlhodobá starostlivosť, prevencia a podpora duševného zdravia sú podfinancované. **Potenciál úsporných opatrení identifikovaných revíziou je 542 miliónov eur ročne.** Opatrenia nie je možné naplniť hneď, vyžadujú si postupný nábeh, niektoré až 10 rokov. V roku 2020 je, po dohode medzi MF SR a MZ SR, možné usporiť 148 mil. eur bez negatívneho vplyvu na výsledky.

V liekovej politike sú potenciálne úspory 216 mil. eur, priestor je najmä v znížení výdavkov na lieky, ktoré nespĺňajú kritéria nákladovej efektívnosti, v rozširovaní centrálnych nákupov a v elektronizácii. Z verejných zdrojov sú dnes plne hradené aj lieky na zriedkavé ochorenia, ktoré boli v Kanade alebo Anglicku vyhodnotené ako príliš drahé. Úsporu vo výške až 114 mil. eur je možné dosiahnuť v roku 2020.

Lepšia organizácia ambulantnej starostlivosti môže priniesť 207 mil. eur ročne. Špecializovaná ambulantná starostlivosť je na Slovensku využívaná nadmerne, aj na výkony, ktoré v západných krajinách robia všeobecní lekári. Je to zapríčinené najvyšším počtom návštev lekára na obyvateľa z krajín EÚ a vysokou mierou predpisovania vyšetrení u špecialistov všeobecnými lekármi. Pre dosiahnutie zmeny je potrebné rozšíriť kompetencie aj počty všeobecných lekárov. Ušetrené zdroje môžu byť efektívnejšie rozdelené medzi existujúcich poskytovateľov.

Potenciál ostatných úsporných opatrení je 119 mil. eur. Ide najmä o znižovanie nadmerného využívania a jednotkových cien laboratórnej a zobrazovacej diagnostiky, zlepšenia v revíznej činnosti vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a efektívnejší nákup zdravotníckych pomôcok.

Prostriedky uvoľnené úspornými opatreniami je potrebné investovať do podfinancovaných oblastí s potenciálom priniesť lepšie výsledky. Vyšší počet všeobecných lekárov by spolu s rozšírením ich kompetencií zlepšil manažment pacienta a znížil potrebu návštev drahších špecialistov, v súlade dobrou praxou v zahraničí. Po zvýšení miezd sestier na medzinárodnú úroveň je potrebné zvýšiť ich počty. Investície do prevencie a podpory duševného zdravia znižujú budúcu záťaž na zdravotný aj sociálny systém a zvyšujú produktivitu práce. Podľa vzoru západných krajín môžu byť vysoko návratné. Hodnotu v zdravotníctve pomáhajú zvyšovať aj kapitálové výdavky ministerstva zdravotníctva do nemocníc vo výške 69 mil. eur v roku 2020 a v rokoch 2021 a 2022 až 98 mil. eur ročne.

Veľkou výzvou je starnutie populácie a tým súvisiaca dlhodobá starostlivosť. Nedostatky sú v kapacitách nemocníc a komunitných zariadení, tiež v podpore domácej starostlivosti a integrácii zdravotných a sociálnych služieb. Vzhľadom na starnutie populácie bude dôležitosť témy narastať. Investície do dlhodobej starostlivosti zvýšia kvalitu života ľuďom závislým od pomoci a aj ich rodinám a súčasne znížia záťaž na zdravotný systém tým, že potrebná starostlivosť bude presunutá mimo drahších akútnych nemocničných lôžok.

Za uplynulé roky sa revíziou výdavkov podarilo ušetriť 115 mil. eur ročne bez negatívneho vplyvu na zdravie občanov, najmä znižovaním nadsпотреby liekov, referencovaním cien špeciálneho zdravotníckeho materiálu voči zahraničiu a zlepšením revíznych činností vo VŠZP.

Všetky výdavky na zdravotníctvo sú podrobne zdokumentované v rozpočte verejných financií. Scenár nezmenených politík zohľadňuje rast miezd podľa platového automatu, infláciu a rast spotreby liekov. Ostatné výdavky sú rozdelené do opatrení, úsporných aj hodnotových. Rozpočet počíta aj s vplyvom starnutia populácie, potrebným dofinancovaním sektora a vstupom nových liekov na trh. Takto sa rozpočtuje zdravotníctvo od štartu projektu hodnoty za peniaze v roku 2016. Potreba dofinancovať zdravotníctvo v priebehu roka, podobne ako sa udialo v roku 2019 vyplýva z neplnenia dohodnutých opatrení, nových opatrení predstavených v priebehu roka a zlého manažmentu.

Výdavky na mzdy sa medziročne zvýšia o 144 mil. eur. Najväznejším personálnym problémom nie je výška platu, ale nedostatok sestier, veková štruktúra lekárov aj sestier a rozloženie lekárov medzi špecializáciami. Platy slovenských lekárov a zdravotných sestier, vyjadrené ako násobok priemernej mzdy, teda so zohľadnením ekonomickej úrovne Slovenska, sú porovnateľné s ostatnými európskymi krajinami. Každoročne rastú podľa priemernej mzdy v ekonomike vďaka platovému automatu. Na jedného všeobecného lekára pripadajú až traja špecialisti, kým v západných krajinách je špecialistov len o 60 % viac ako všeobecných lekárov. Až 43 % všeobecných lekárov a 20 % sestier má viac ako 60 rokov. Chýba minimálne 3 600 zdravotných sestier.

Stratifikácia nemocníc zvýši kvalitu zdravotnej starostlivosti, skráti priemerný pobyt v nemocnici a tým zvýši zdroje na hospitalizovaného pacienta. Akútne nemocničné lôžka uvoľnené stratifikáciou budú transformované na kapacity následnej starostlivosti. Univerzitné a fakultné nemocnice sú naďalej stratové, pomôcť by malo ich dofinancovanie a stratifikácia.

Zavedenie a dodržiavanie štandardných postupov založených na najlepšej zahraničnej praxi je ďalším z nástrojov pre zlepšenie kvality starostlivosti a šetrenia zdrojov, na Slovensku sa tvoria pomaly. Zlú alokáciu zdrojov v slovenskom zdravotníctve dobre ilustruje pôrodnictvo. Na Slovensku je úmrtnosť novorodencov vyššia ako napríklad vo Veľkej Británii, napriek tomu, že tam ženy absolvujú menej predpôrodných vyšetrení, väčšinu výkonov a konzultácií zabezpečujú pôrodné asistentky namiesto lekárov,

viac pôrodov prebehne mimo nemocnice a pobyt na lôžku po pôrode je výrazne kratší – 1,4 dňa namiesto slovenských 4,7.

Na zdravotnú starostlivosť doplácajú obyvatelia Slovenska priamymi platbami približne 1 mld. eur. Pomer súkromných peňazí k verejným je porovnateľný s európskymi krajinami, Slovenský systém doplatkov pacientov je však neprehľadný a bez jasnej stratégie. Doplatky na lieky predstavujú 40 % súkromných platieb, zvyšok ide najmä na zdravotné pomôcky, zubnú a ústavnú starostlivosť. Pacienti by ušetrili 66 mil. eur ak by si v lekárni vybrali generikum namiesto originálneho lieku vždy, keď je to možné.

Pre zlepšenie slovenského zdravotníctva sú nevyhnutné aj systémové reformy, ktoré nemajú priamy finančný vplyv, ako e-Health a DRG. Elektronizácia zdravotnej dokumentácie a elektronická preskripcia v rámci projektu e-Health, okrem znižovania neželanej nadspotreby zlepšuje informovanosť lekára o liekoch, ktoré pacient užíva, a tým znižuje počet nežiadúcich interakcií. Zdieľanie výsledkov vyšetrení medzi lekármi prispeje k znižovaniu počtu duplicitných vyšetrení. Implementácia ďalších zmien v súvislosti s DRG zvýši transparentnosť a spravodlivosť platieb za zdravotnú starostlivosť a má potenciál zvýšiť efektívnosť hospodárenia nemocníc. V oboch opatreniach bol v roku 2019 dosiahnutý významný pokrok, ale stále nie sú plne funkčné. Oneskorenie oberá slovenské zdravotníctvo o očakávané prínosy.

1 Výsledky a ciele

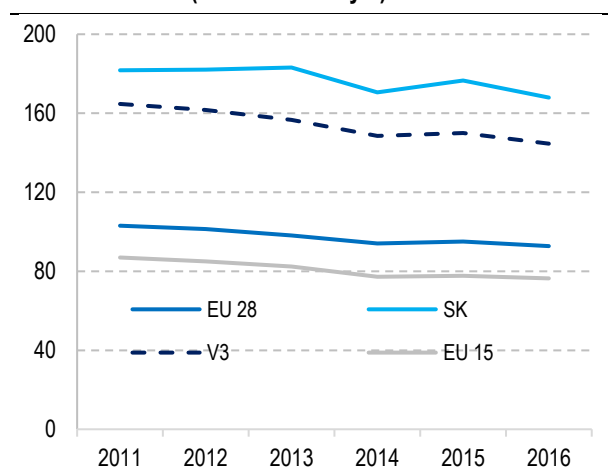
Zdravie obyvateľstva je do veľkej miery ovplyvniteľné fungovaním zdravotníctva v krajine. Štát by mal obyvateľom zabezpečiť včasnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť, ktorej výsledkom je záchrana životov, prevencia, diagnóza a liečba chorôb a zmiernenie ich prejavov. Podľa OECD (2017) dobre fungujúci zdravotný systém vyžaduje správne nastavený mechanizmus financovania, vzdelaný a adekvátne platený zdravotný personál, politiky a rozhodnutia založené na spoľahlivých dátach a infraštruktúru zodpovedajúcu technologickému pokroku.

Hlavným ukazovateľom stavu slovenského zdravotníctva je úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (z angl. *treatable mortality*)¹. Tento ukazovateľ vyjadruje počet odvrátiteľných úmrtí pripadajúcich na 100 000 obyvateľov. Za odvrátiteľné sa považujú tie úmrtia, ktorým sa dalo predísť včasnou a efektívnou liečbou. Najčastejšími odvrátiteľnými príčinami úmrtia v krajinách EÚ sú ischemické choroby srdca, cievne mozgové ochorenia a niektoré formy rakoviny (Eurostat, 2019).

Cieľom vlády je znížiť úmrtnosť odvrátiteľnú zdravotnou starostlivosťou na úroveň krajín V3 do roku 2025. Slovenská miera odvrátiteľnej úmrtnosti (168 úmrtí na 100 000 obyvateľov)² je viac ako dvojnásobok priemeru krajín EÚ15 (76 úmrtí) a vyššia než priemer krajín V3 (145 úmrtí). Ak by Slovensko v roku 2016 bolo na úrovni priemeru krajín V3, predišlo by sa úmrtiu približne 1 300 ľudí. Ak by sa dostalo na úroveň EÚ15, znamenalo by to o približne 5 000 odvrátiteľných úmrtí ročne menej.

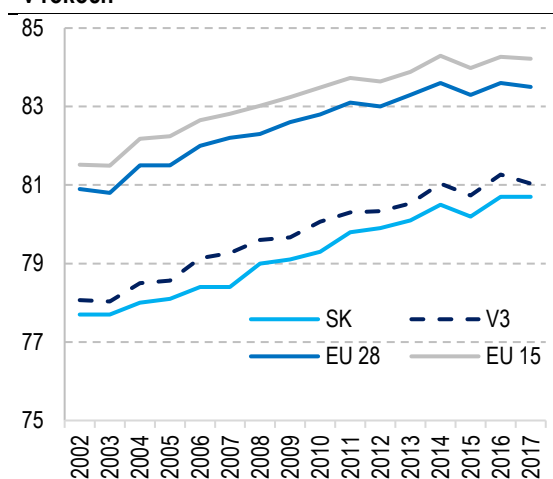
Doplňkovým výsledkovým ukazovateľom je očakávaná dĺžka života žien pri narodení, aj tu Slovensko zaostáva za referenčnými krajinami. Výhodou tohto ukazovateľa je jeho dlhodobé vykazovanie a relatívne ustálená metodika. Nevýhodou je že medzi príčinami úmrtia sú zahrnuté aj tie, ktoré nie sú ovplyvniteľné zdravotnou starostlivosťou.

Graf 1: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100-tisíc obyv.)



Zdroj: Eurostat

Graf 2: Očakávaná dĺžka života pri narodení v rokoch



Zdroj: OECD

¹ Do roku 2018 bol používaný termín „amenable mortality“. Koncom roku 2018 sa Európska komisia spolu s OECD dohodli na zmene zaužívaného termínu z „amenable mortality“ na „treatable mortality“, a takisto na zjednotení metodiky výpočtu (OECD & Eurostat, 2019).

² Nižšie hodnoty oproti predchádzajúcim Revíziám výdavkov na zdravotníctvo vysvetľuje zmena metodiky výpočtu z roku 2018. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Slovensko vo výsledkoch zdravotníctva zaostáva za susednými krajinami napriek porovnateľnému výskytu ochorení, ktoré najviac prispievajú k úmrtiam odvrátiteľným zdravotnou starostlivosťou (Tabuľka 1). Podľa údajov z Institute for Health Metrics and Evaluation³ má Slovensku dokonca nižší výskyt kardiovaskulárnych chorôb, chronických dýchacích chorôb, cukrovky a ochorení obličiek.

Tabuľka 1: Výskyt ochorení v populácii a úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (2017)

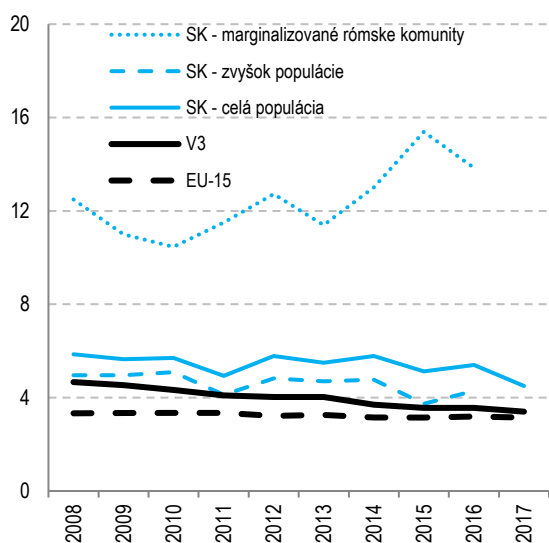
	Odvrátiteľná úmrtnosť 100-tisíc obyv.	Výskyt ochorení v populácii					
		Kardio-vaskulárne	Dýchacie chronické	Onkologické	Cukrovka a obličky	Neurologické	Tráviace
SK	168	13 %	10 %	3 %	17 %	48 %	30 %
V3	145	15 %	13 %	3 %	21 %	48 %	30 %
EÚ15	76	12 %	13 %	4 %	19 %	51 %	27 %

Zdroj: GBDCN,, Eurostat

Nerovnosť v zdraví na Slovensku ukazuje úmrtnosť novorodencov, ktorá je výrazne vyššia v marginalizovaných rómskych komunitách oproti zvyšku populácie (Graf 3). Zároveň je vyššia ako porovnávaných krajinách aj po očistení o marginalizované rómske komunity (viac v kapitole 12).

V miere úmrtnosti odvrátiteľnej prevenciou (z angl. *preventable mortality*) je Slovensko na podobnej úrovni ako susedné krajiny a oveľa horšie ako západné krajiny (Graf 4). Patria sem úmrtia na choroby, ktorým sa dalo predísť lepšími programami verejného zdravia a prevencie (viac v kapitole 15).

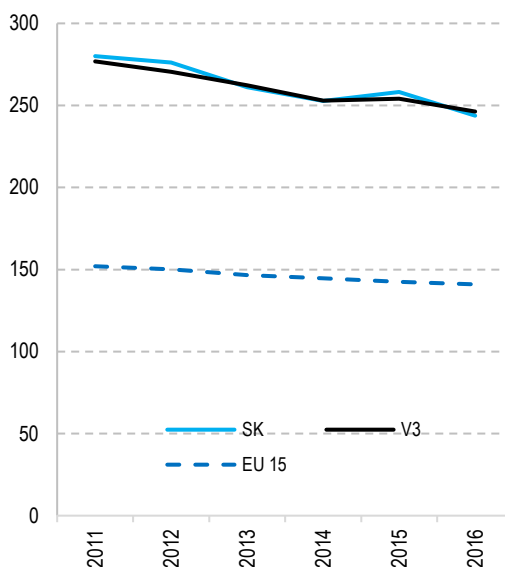
Graf 3: Novorodenecká úmrtnosť (počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených)



Pozn.: Všetky hodnoty priradujú ľudí do jednotlivých krajín podľa ich trvalého pobytu.

Zdroj: Register fyzických osôb, Atlas rómskych komunit 2013, Eurostat, výpočty ÚHP

Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou (na 100-tisíc obyv.)



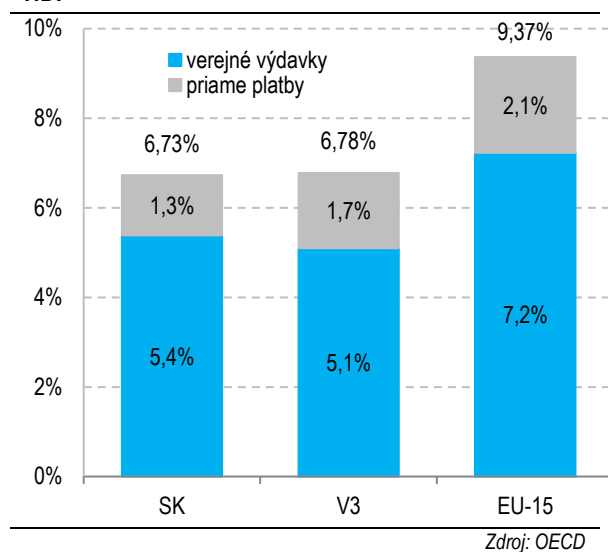
Zdroj: OECD

³ Institute for Health Metrics and Evaluation spravuje svetovú databázu ku Globálnej záťaži chorobami, Global Burden of Disease: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

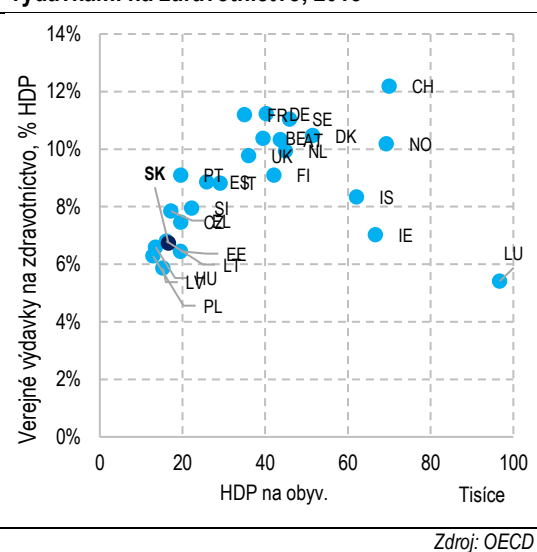
2 Výdavky

V roku 2018 dosiahli na Slovensku celkové výdavky na zdravotníctvo 6,7 % HDP, verejné výdavky tvoria 5,4 % HDP a zvyšok sú priame platby domácností⁴. Slovensko dáva na zdravotníctvo porovnateľnú časť HDP ako je priemer krajín V3 (6,8 %), a menej ako priemer krajín EÚ15 (9,4 %) (Graf 5). Všeobecne platí, že čím bohatšia krajina je, tým viac míňa na zdravotníctvo nielen v nominálnom vyjadrení, ale aj ako % HDP. Slovenské výdavky na zdravotníctvo zodpovedajú bohatstvu a štádiu rozvoja krajiny (Graf 6). Z verejných výdavkov dáva Slovensko na zdravotníctvo v porovnaní so susednými krajinami väčšiu časť HDP.

Graf 5: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, % HDP



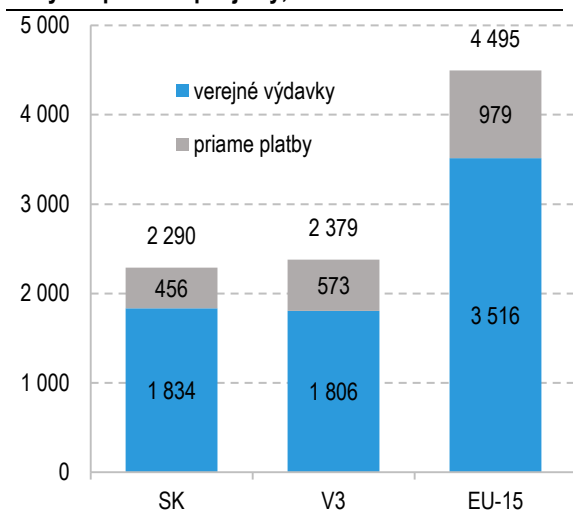
Graf 6: Vzťah medzi bohatstvom krajiny a jej výdavkami na zdravotníctvo, 2018



Slovensko dáva na zdravotníctvo celkovo o niečo menej peňazí ako krajiny V3 v prepočte na obyvateľa po úprave o kúpnu silu. Vynakladá však v porovnaní s nimi viac verejných výdavkov a výsledky v zdraví sú horšie. Na Slovensku ide celkovo na zdravotníctvo o 4 % menej peňazí ako priemerne v krajinách V3, miera odvrátiteľnej úmrtnosti je však vyššia o 16 %. Na Slovensku je viac úmrtí, ktorým sa dalo predísť lepšou zdravotnou starostlivosťou ako v Poľsku, Estónsku a Grécku (95 - 143 odvrátiteľných úmrtí, priemer je 122, teda o 27 % menej ako na Slovensku), napriek tomu, že priemer výdavkov týchto krajín je o 5 % nižší (Graf 8).

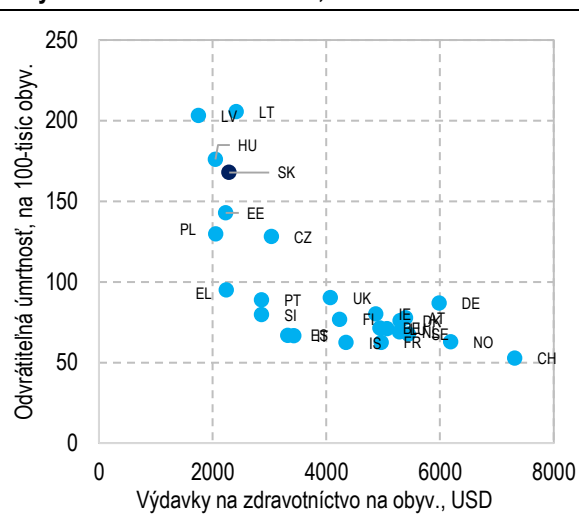
⁴ Údaj o verejných výdavkoch na zdravotníctvo vo výške 5,4 % HDP uvádzajú štatistiky OECD. OECD dáta vychádzajú z metodiky SHA (System of Health Accounts). Alternatívou sú prepojené metodiky COFOG a ESA 2010, ktoré uvádzajú v roku 2018 verejné výdavky na zdravotníctvo vo výške 7,2 % HDP. COFOG a ESA 2010 však dvakrát započítavajú výdavky verejných nemocníc. Aj údaj podľa metodiky SHA sa líši od skutočnej výšky výdavkov, ktoré predstavujú 5,7 % HDP.

Graf 7: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, na obyv. v parite kúpnej sily, USD



Zdroj: OECD

Graf 8: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2016

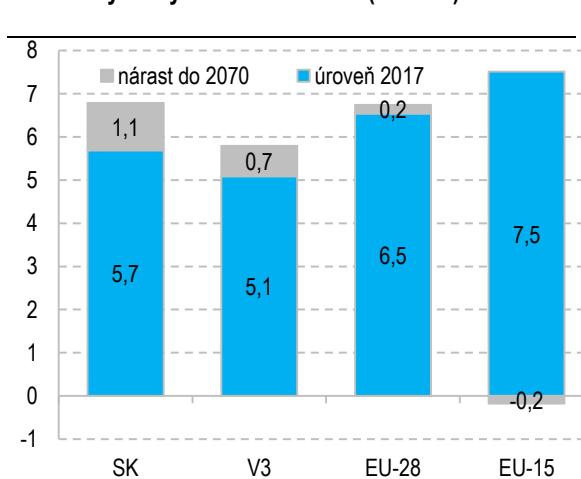


Zdroj: OECD, Eurostat

Podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo na celkových verejných výdavkoch je na Slovensku vyšší ako v krajinách EÚ. V roku 2018 predstavovali výdavky na slovenské zdravotníctvo 17,7 % verejných výdavkov, zatiaľ čo priemer krajín EÚ15 bol 15,5 % a priemer krajín V3 13,6 %.

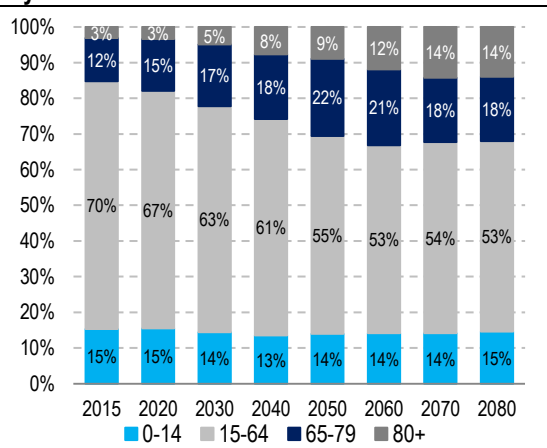
V dlhodobom horizonte bude silnieť tlak na rast výdavkov na zdravotníctvo. Podľa prognózy Európskej komisie (EK) výdavky na zdravotníctvo v dôsledku starnutia populácie na Slovensku porastú ako šieste najrýchlejšie v EÚ a najrýchlejšie spomedzi krajín V4 (EK, 2017). Dôvodom je nárast strednej dĺžky života a nízka pôrodnosť. Podľa prognózy EK majú slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo do roku 2070 vzrásť o ďalších 1,1 p.b. na 6,8 % HDP (Graf 9). Hlavnou príčinou je rastúca potreba zdravotnej starostlivosti vo vyššom veku, napríklad ročné náklady na zdravotnú starostlivosť priemerného 75-ročného muža sú približne 7-násobne vyššie ako na 25-ročného. Slovenská zdravotnícka politika by sa tak mala snažiť v prvom rade nastaviť efektívne alokovanie prostriedkov, správne fungovanie systému a následne riadené navyšovanie výdavkov v súlade s prognózou starnutia.

Graf 9: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP)



Zdroj: EK 2017

Graf 10: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva



Zdroj: Eurostat

2.1 Výdavky podľa oblastí zdravotnej starostlivosti

Až 77 % objemu výdavkov v zdravotníctve ide na tri oblasti: lieky (22 %), ústavnú (30 %) a ambulantnú zdravotnú starostlivosť (24 %). Vyše 40 % výdavkov tvoria výdavky na mzdy personálu v zdravotníctve.

Tabuľka 2: Výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP), 2018

	mil. eur	podiel z VZP
Zdravotná starostlivosť (ZS)	4 564	95 %
Lieky a dietetické potraviny	1 066	22 %
Zdravotnícke pomôcky	170	4 %
Ústavná zdravotná starostlivosť	1 312	27 %
Všeobecná ambulantná starostlivosť	256	5 %
SVLZ*	541	11 %
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	882	18 %
Pohotovostná služba	20	0,4 %
Záchranná zdravotná služba	94	2 %
Kúpeľná starostlivosť	54	1 %
Doprava	27	1 %
Vrtuľníková záchranná služba	11	0,2 %
Ostatné subjekty a iná ZS	130	3 %
Iné výdavky VZP	222	5 %
VZP spolu (nezahŕňa iné úhrady a finančné operácie)	4 786	-

Pozn.: *Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (CT, MR a laboratórne vyšetrenia)

Zdroj: MZ SR, ZP

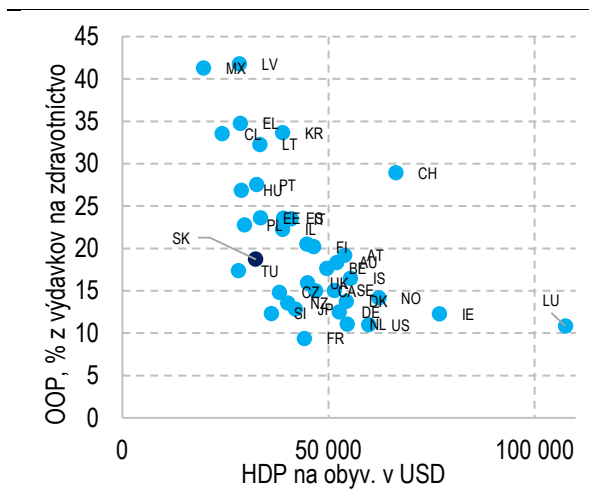
2.2 Priame platby pacientov za zdravotnú starostlivosť

Priame platby za zdravotnú starostlivosť sú jedným zo štandardných zdrojov financovania zdravotníctva. Kľúčové je, aby nemali negatívny dopad na zdravie s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti najmä ekonomicky slabších obyvateľov. Vhodne nastavené priame platby domácností v zdravotníctve (z angl. out-of-pocket payments alebo OOP) môžu napr. pomôcť racionalizovať využívanie zdravotných služieb, zvýšiť efektivitu a kvalitu služieb, pokryť náklady poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo zvýšiť príjmy. Na druhej strane nekontrolovaná miera a štruktúra OOP môže vytvárať finančné problémy a bariéry v prístupe k potrebnej zdravotnej starostlivosti s dopadom na zdravie, chudobu a nerovnosť spoločnosti. Priame platby domácností závisia na ich schopnosti a/alebo ochote platiť. Ak cena zdravotnej starostlivosti prevyšuje schopnosť domácnosti za starostlivosť zaplatiť, domácnosť zdravotnú starostlivosť odďaľuje alebo sa jej úplne vzdáva. Ak domácnosť v dôsledku OOP má problém uhrádzať ostatné životné náklady, hovoríme o finančnej núdzi.

Pacienti platia z vlastného vrecka za nejakú časť starostlivosti vo všetkých krajinách. V krajinách s vyššou životnou úrovňou je podiel priamych platieb na celkových výdavkoch na zdravotníctvo nižší než v menej bohatých krajinách (Graf 11).

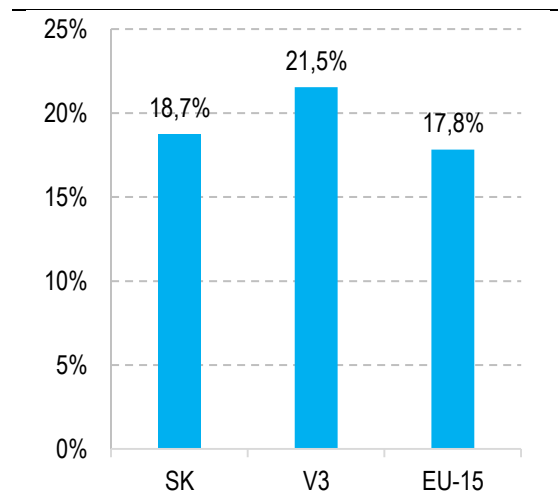
Slovensko je v podiele priamych platieb na celkových výdavkoch na zdravotníctvo mierne nad priemerom EÚ (Graf 12). Slovenské domácnosti vynakladali na zdravotnú starostlivosť z vlastného vrecka 18,7 % prostriedkov, priemerný Slovák zaplatil za zdravotnú starostlivosť v roku 2017 z vlastného vrecka takmer 200 eur (NCZI).

Graf 11: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP na obyvateľa (2017)



Zdroj: OECD

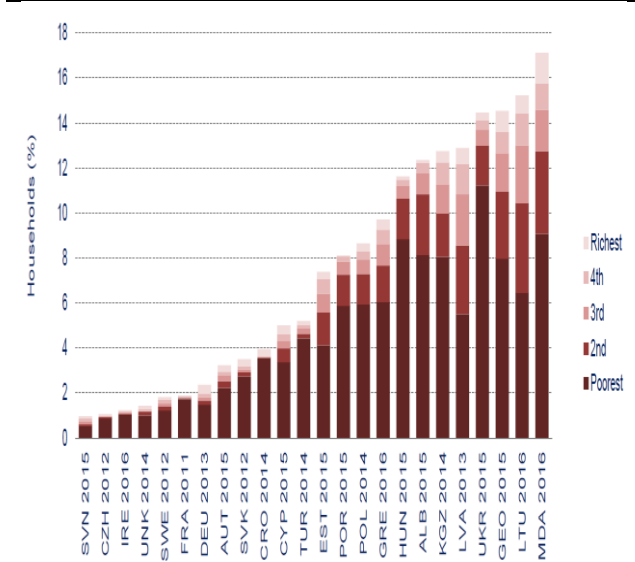
Graf 12: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (2017)



Zdroj: Eurostat

Podiel domácností, ktoré čelia finančnej núdzi v dôsledku priamych platieb je na Slovensku v porovnaní so zahraničím relatívne nízky (WHO, 2019). Katastrofickým platbám⁵ čelí približne 3,5 % domácností (Graf 13). Vo všetkých krajinách Slovensko nevyvímajúc spôsobujú OOP finančné problémy najmä domácnostiam s nízkou spotrebou resp. príjmami. Podobne je SR v medzinárodnom porovnaní aj v prípade tzv. ochudobňujúcich platieb⁶ (Graf 14). Tie postihujú menej ako 2 % slovenských domácností, avšak väčšina z nich sa nachádza pod hranicou chudoby už pred vynaložením OOP (červená časť grafu).

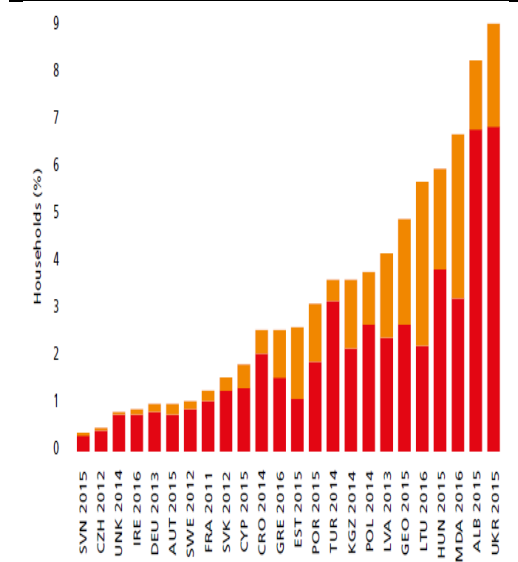
Graf 13: Podiel domácností čeliacich katastrofickým priamym platbám



Pozn.: Kvintily podľa potreby domácností

Zdroj: WHO

Graf 14: Podiel domácností čeliacich ochudobňujúcim priamym platbám



Pozn.: oranžová f. – domácnosti, ktoré klesli pod hranicu chudoby v dôsledku OOP
červená f. – domácnosti, ktoré boli pod hranicou chudoby už pred OOP

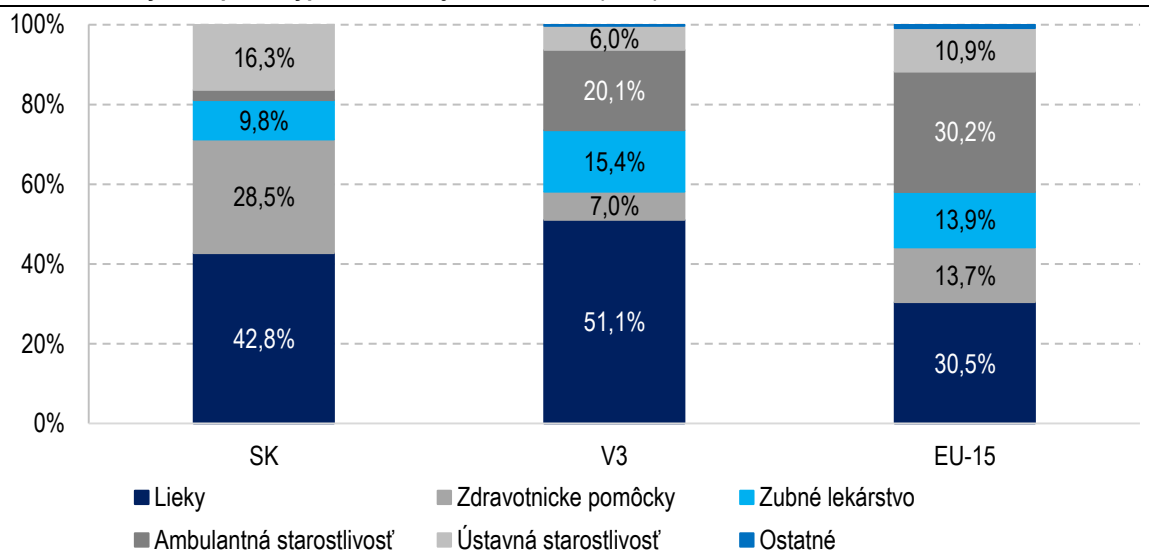
Zdroj: WHO

⁵ Katastrofické platby (z ang. catastrophic health spending) predstavujú výšku OOP prevyšujúcu 40 % rozpočtu domácnosti po odrátaní výdavkov na základné potreby.

⁶ Ochudobňujúce platby (z ang. impoverishing health spending) sa posudzujú na základe pozície domácnosti vzhľadom ku hranici chudoby pred a po zaplatení OOP.

Krajiny OECD vrátane Slovenska doplácajú najviac na lieky a zdravotnicke pomôcky, časť tvoria dobrovoľné doplatky. Z hľadiska typu zdravotnej starostlivosti platia domácnosti krajín OECD najviac za lekárenskú ZS zahŕňajúcu lieky a zdravotnicke pomôcky, za ktoré domácnosti vynakladajú takmer polovicu OOP (Graf 15). Na Slovensku tento podiel dosahuje až 71 %. Druhou najväčšou kategóriou OOP sú ambulantné služby vrátane zubného lekárstva. Táto špecializácia je charakteristická vysokou spoluúčasťou pacientov vo väčšine krajín. Slovensko je v platbách za ambulantné služby hlboko pod priemerom krajín OECD. V roku 2015 zaplatili pacienti u zubárov 10 % OOP, v ostatnej ambulantnej ZS iba 3 % (kapitola 6.4.).

Graf 15: Zložky OOP podľa typu zdravotnej starostlivosti (2015)



Pozn.: U niektorých krajín EU15 ambulantné služby zahŕňajú zubné lekárstvo, ak nie je uvedené zvlášť

Zdroj: OECD

Problém s priamymi platbami na Slovensku je ich neprehľadnosť, ktorá súvisí s chýbajúcou definíciou základného balíka a vytvára priestor pre neoprávnené poplatky. Oprávnené platby poskytovateľom sú uvedené v legislatíve a poskytovateľmi jasne vykazované. Mnohí poskytovatelia však požadujú neoprávnené poplatky, napr. za objednanie (priamo alebo cez iné firmy) a znižujú tak dostupnosť ZS pre socio-ekonomicky slabšie skupiny obyvateľstva.

Opatrenie: Zaviesť prehľadné pravidlá pri priamych platbách pacientov.

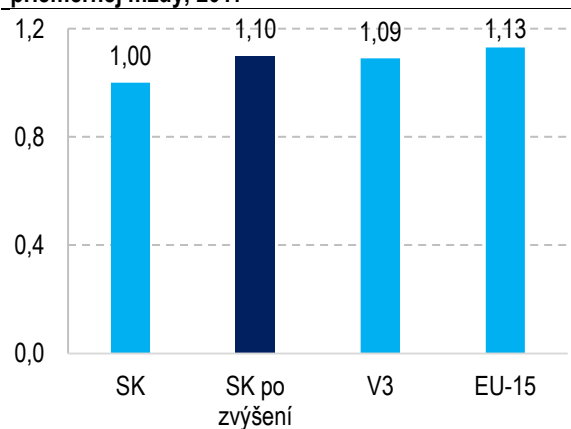
3 Rozpočet

Nový rozpočet pre rok 2020 prináša zdravotníctvu 5,6 mld. eur, z toho verejné zdravotné poistenie predstavuje 5 418 mil. eur. Do nemocníc bude nad rámec zdrojov z verejného zdravotného poistenia investovaných 69 mil. eur na kapitálové výdavky a zvyšok predstavujú bežné výdavky kapitoly MZ. Výdavky verejného zdravotného poistenia tak oproti rozpočtu 2019 narastú o 487 mil. eur.

Peniaze v novom rozpočte budú použité na priority, ktoré najviac zlepšia výsledky zdravotníctva a prinesú pacientom viac hodnoty za peniaze. V roku 2020 narastú výdavky na následnú zdravotnú starostlivosť v ústavnom aj domácom prostredí, čo zlepší doliečovanie a dostupnosť profesionálnej starostlivosti pre dlhodobo chorých pacientov, najmä seniorov. Investície do následnej a dlhodobej starostlivosti sú nevyhnutné, aby sa pokryli potreby s ohľadom na rýchle starnutie obyvateľstva.

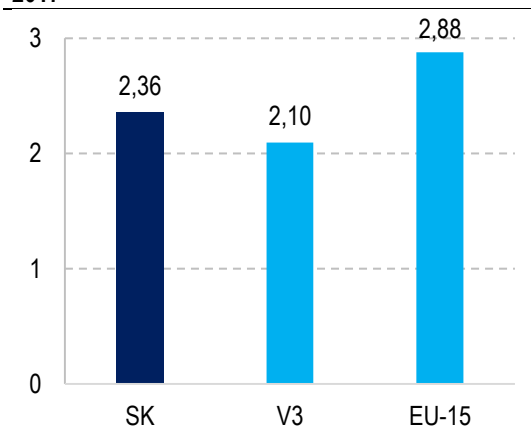
Najvyšší nárast rozpočtu predstavujú výdavky na mzdy, ktoré sa každoročne zvyšujú podľa rastu priemernej mzdy v hospodárstve, v roku 2020 o 144 mil. eur. V roku 2019 sa v rozpočte plošne zvýšili prostriedky na mzdy sestier a iného nelekárskeho personálu o 123 mil. eur (10 %) nad rámec platového automatu. Mzdy zdravotných sestier na Slovensku boli dlhodobo nižšie ako v iných európskych krajinách, po zmene sa dostávajú na 1,1-násobok priemernej mzdy a ich platy tak budú po novom porovnateľné s krajinami V3 a EÚ15 (Graf 16). Problémom je však stále ich počet (viac v kapitole 11). Platy slovenských lekárov v ústavných zariadeniach sú vyššie ako v krajinách V3, avšak o približne 18 % nižšie ako priemer krajín EÚ15 s dostupnými dátami (Graf 17).

Graf 16: Plat špecializovanej sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017



Zdroj: OECD

Graf 17: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017



Zdroj: OECD

Rozpočet zohľadňuje dlhodobé potreby súvisiace so starnutím populácie. Starnutie populácie nevyhnutne prináša rast nákladov na zdravotnú starostlivosť vo všetkých oblastiach zdravotníctva. Odhadovaný vplyv je 28 mil. eur v roku 2020 (viac v kapitole 3.1).

Nemocnice dostanú 69 miliónov eur alokovaných na kapitálové výdavky nad rámec príjmov z verejného zdravotného poistenia, najmä na obnovu budov a modernizáciu prístrojov. Bude tým pokračovať podpora pokrývania dlho neriešeného investičného dlhu nemocníc. Pre maximalizáciu úžitku týchto peňazí je dôležité ich investovať v súlade s prijatou stratégiou stratifikácie siete nemocníc (kapitola 4.3) a investície verejne vykazovať.

Zefektívnením zdravotníckych politík sa v roku 2020 dosiahne úspora 148 mil. eur. Najviac, spolu 114 mil. eur, sa ušetrí na liekoch, ďalších 10 mil. eur na zdravotníckych pomôckach a 10 mil. eur v rámci spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (Tabuľka 3).

Tabuľka 3: Rozpočet v programovej štruktúre (v mil. eur)

	2019 OS	2020 N	Medziročná zmena		Úsporné opatrenia
			mil. eur	%	mil. eur
Zdravotná starostlivosť	4 931	5 168	236	4,8 %	-144
Lieky a dietetické potraviny	1 085	1 039	-45	-4 %	-114
Zdravotnícke pomôcky	173	164	-9	-5 %	-10
Ústavná zdravotná starostlivosť	1 508	1 642	135	9 %	-6
Všeobecná ambulantná starostlivosť	290	317	27	9 %	0
SVLZ*	578	600	22	4 %	-10
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	929	996	68	7 %	-4
Pohotovostná služba	25	26	1	4 %	0
Záchranná zdravotná služba	111	131	20	18 %	0
Kúpeľná starostlivosť	55	59	4	7 %	0
Doprava	32	33	1	3 %	0
Vrtuľníková záchranná služba	11	12	0	4 %	0
Ostatné subjekty a iná ZS	135	147	13	9 %	0
Iné výdavky VZP	236	251	15	6 %	-4
VZP spolu (nezahŕňa iné úhrady a finančné operácie)	5 167	5 418	251	4,9 %	-148

Pozn.: *Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (CT, MR a laboratórne vyšetrenia)

Od roku 2020 nastane zmena spôsobu financovania zdravotníctva. Príjmy verejného zdravotného poistenia sa skladajú z odvodov za ekonomicky aktívnych poistencov a platby za poistencov štátu. Platba za poistencov štátu bola doteraz naviazaná na výšku priemernej mzdy. Spôsobovalo to cyklické financovanie zdravotníctva. Po novom platba poistencov štátu plní dorovnávaciu funkciu. Jej výška je určená ako rozdiel medzi potrebami rezortu a príjmami z odvodov ekonomicky aktívnych obyvateľov. Umožňuje to stabilnejšie financovanie rezortu.

Za alokáciu zdrojov z verejného zdravotného poistenia, po zohľadnení legislatívnych možností a obmedzení, zodpovedajú zdravotné poisťovne. Ak ich stratégia nákupu zdravotnej starostlivosti nezodpovedá rozpočtu, môže to spôsobiť problémy s dodržaním rozpočtu. Napríklad v roku 2019 sú očakávané výdavky na ambulantnú starostlivosť a spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky o 56 mil. eur vyššie ako bolo plánované v obchodno-finančnom pláne VŠZP.

Box 1: Spôsob zostavovania rozpočtu

Rozpočet nasledujúceho roka je zostavený ako súčet skutočnosti za rok, ktorý predchádza aktuálnemu roku, dohodnutých zmien v aktuálnom roku a plánovaných zmien výdavkov v budúcom roku. K zmenám výdavkov môže dochádzať bez zmien v politikách (NPC), alebo sú dôsledkom zmien v politikách, buď zvyšujúcich výdavky alebo šetriacich zdroje:

- Výdavky bez zmien politík, tiež NPC** (z angl. no-policy-change) zachytávajú bežný rast výdavkov, ktorý vychádza zo súčasného nastavenia systému. Nemzdové výdavky rastú typicky podľa inflácie alebo legislatívne stanovených hodnôt, mzdové výdavky sa odvíjajú podľa rastu priemernej mzdy a platnej regulácie (napríklad tzv. platového automatu⁷ v ústavnej zdravotnej starostlivosti).

⁷ Vysvetlenie v kapitole 11 v boxe.

2. **Výdavky so zmenami politik**, tiež **PC** (z angl. policy-change) predstavujú rast výdavkov spôsobený hodnotovými opatreniami alebo inými opatreniami. **Hodnotové opatrenia hodnoty za peniaze** zlepšujú kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, vyplývajú z revízie výdavkov. **Ostatné zmeny** v politikách zvyšujú výdavky a vyplývajú zo schválených legislatívnych zmien.

Súčasnú zmenu politik (PC) sa pri tvorbe ďalšieho rozpočtu stanú súčasťou scenára bez zmien politik (NPC), keďže v tom roku už pôjde o platnú legislatívu. Opatrenie zostáva súčasťou zmien politik (PC), ak má postupný nábeh v priebehu viacerých rokov.

3. **Úsporné opatrenia hodnoty za peniaze** zahŕňajú úspory, ktoré vyplývajú z revízie výdavkov. Ak časť úspory nebola dosiahnutá v dohodnutom roku, bude premietnutá ako očakávaná úspora v nasledujúcom roku.

Tabuľka 4: Rozpočet 2020 a zmeny výdavkov

	mil. eur
Rozpočet 2019 schválený Vládou SR*	4 931
Očakávaná skutočnosť 2019	5 167
Zmeny 2020 voči očakávanej skutočnosti 2019, z toho	251
NPC	232
PC	167
úsporné opatrenia	-148
Rozpočet VZP 2020 (OS 2019 + zmeny)	5 418
Nárast rozpočtu voči očakávanej skutočnosti 2019	4,9 %
Rozpočet na zdravotníctvo 2020 (vrátane kapitoly MZ)	5 577

*ďalších 55 mil. eur pribudlo po rokovaní NR SR 2019

3.1 Výdavky bez zmien politik

Bez zmien v politikách sa rast výdavkov v roku 2020 odhaduje na 232 mil. eur. Nemzdové výdavky rastú o infláciu, mzdové výdavky zdravotníckych pracovníkov rastú podľa platnej legislatívy (tzv. platový automat) a mzdové výdavky ostatného personálu rastú podľa priemernej mzdy v hospodárstve, v súlade s manuálom pre tvorbu scenára nezmenených politik.

Tabuľka 5: Zmeny výdavkov voči roku 2019 - VZP - bez zmien politik (v mil. eur)

č.	2020	2021	2022
Spolu	232	455	680
Nemzdové	35	70	107
1 Nemzdové bez liekov (o CPI)	35	70	107
Mzdové	144	297	450
2 Automat lekári ÚZS	32	68	105
3 Automat ostatní ÚZS + MM*	48	100	151
4 Nezdravotníckí zamestnanci	19	40	61
5 Ambulantní zdravotníckí zamestnanci	40	83	127
6 Záchranári	6	6	6
Iné výdavky VZP	15	21	28
7 Správa ZP, príspevky na UDZS, OS ZZS, NCZI, iné úhrady	15	21	28
8 Starnutie	28	57	85
9 Lieky (nárast chorobnosti)	10	10	10

Pozn.: *MM – minimálna mzda

- Rast nemzdových výdavkov bez zmien politík sa skladá z výdavkov na lieky a ostatných výdavkov. Výdavky na lieky v NPC scenári nerastú, prípadné zmeny vo výdavkoch na lieky zachytávajú PC položky (kapitola 3.2), rast zvyšných výdavkov sa odhaduje na úrovni inflácie, dosahuje tak 35 mil. eur v roku 2020 (č.1, Tabuľka 5).
- Automatické zvyšovanie plátov (podľa platných legislatívnych pravidiel, tzv. platový automat) pre lekárov v ústavných zariadeniach dosiahne hodnotu 32 mil. eur v roku 2020 (č.2), pre ostatných zdravotníckych zamestnancov 48 mil. eur (č.3), pre nezdravotníckych zamestnancov 19 mil. eur (č.4).
- Zvyšovanie miezd ambulantných pracovníkov dosiahne 40 mil. eur v roku 2020. Hoci je ambulantná starostlivosť financovaná prostredníctvom platieb za výkony a kapitácie, ich hodnoty sú zvyšované, aby sa zabezpečil rast porovnateľný s rastom miezd zdravotníckych pracovníkov v ústavnej starostlivosti (č.5).
- Zamestnancom záchranej služby sa mzdy zvýšia o 6 mil. eur (č.6).
- Iné výdavky VZP vzrastú na 15 mil. eur v roku 2019 (č.7). Patria sem napr. príspevky na chod ÚDZS a NCZI.
- Rozpočet zohľadňuje vplyv starnutia populácie. Spôsobuje rast výdavkov, ktoré sa prejavuje napr. vyšším užívaním liekov alebo spotrebovanej zdravotnej starostlivosti. Odhadovaný vplyv je 28 mil. eur v roku 2019 (č.8). Hodnoty vychádzajú z výpočtov Rady pre rozpočtovú zodpovednosť.
- Výdavky na lieky budú rásť o 10 mil. eur kvôli rastúcej spotrebe vyplývajúcej z vyššej chorobnosti a lepšej diagnostiky (č.9).

3.2 Výdavky so zmenami politík

Zmeny zdravotníckych politík navýšia rozpočet o 167 mil. eur v roku 2020. Navýšenie zahŕňa nárast výdavkov na následnú zdravotnú starostlivosť, lieky, cezhraničnú starostlivosť, záchrany, dobeh zazmluvnených nárastov výdavkov na zdravotnú starostlivosť a kompenzáciu poisťovní po zastavení exekúcií.

Revízia zároveň pomenúva dlhodobé prioritné opatrenia zvyšujúce kvalitu, dostupnosť a udržateľnosť zdravotnej starostlivosti. Investície do prioritných oblastí (všeobecná ambulantná starostlivosť, personál, dlhodobá starostlivosť, prevencia a duševné zdravie) sú nevyhnutné na to, aby sa zlepšili výsledky v zdraví obyvateľov pri udržateľnom raste zdrojov. **Úspešne dosiahnuté úspory z opatrení pomenovaných v časti 3.3 je potrebné nasmerovať do týchto oblastí.** Revízia identifikuje tzv. potenciál hodnotových opatrení, teda potrebné cieľové navýšenie zdrojov v danej oblasti. Rozpočet určuje horizont plnenia, teda počet rokov, v ktorom sa potenciál dosiahne a navýšovanie zdrojov v jednotlivých rokoch. Potenciálna hodnota investícií do prioritných oblastí predstavuje 792 mil. eur ročne v horizonte 10 rokov.

Tabuľka 6: Opatrenia - zmeny VZP voči roku 2019 (v mil. eur)

č.	2020	2021	2022	Potenciál	Horizont plnenia v rokoch
Spolu	167	245	323	-	-
Hodnotové opatrenia - Hodnota za peniaze	53	131	209	792	
10 Všeobecná ambulantná starostlivosť	0	11	23	113	10
11 Personál - navýšenie počtu sestier	0	11	21	107	10
12 Dlhodobá starostlivosť	15	21	27	340	10
13 Prevencia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
14 Duševné zdravie	0	12	24	118	10
15 Dofinancovanie ÚZS, ŠAS a VAS	38	76	114	114	3
Ostatné zmeny politík	114	114	114	-	-
16 Lieky - dopad novely 363/2011	35	35	35	-	-
17 Lieky - vstup novokategorizovaných liekov	20	20	20	-	-
18 Z.poisťovne - zastavenie exekúcií	12	12	12	-	-
19 Dobež ZS podľa zmlúv z r. 2019	33	33	33	-	-
20 Záchranná zdrav. služba typu „S“	12	12	12	-	-
21 Nárast cezhraničnej starostlivosti	3	3	3	-	-

10. Všeobecná ambulantná starostlivosť

V porovnaní s krajinami V3 je na všeobecnú ambulantnú starostlivosť (VAS) v slovenskom zdravotníctve alokovaný menší podiel zdrojov. Rozšírená VAS podľa dobrej praxe šetrí zdroje tým, že všeobecní lekári majú široké kompetencie a pokrývajú mnohé výkony, ktoré inak robia drahší špecialisti. Všeobecní lekári na Slovensku majú obmedzené kompetencie, zároveň ich je málo a rýchlo starnú, a tak na výkon ďalších kompetencií nemajú kapacitu. Pred ďalším rozšírením kompetencií je potrebné investovať do navýšenia počtu a zdrojov pre všeobecných lekárov, ich vzdelania v nových kompetenciách a do príslušného technicko-materiálneho vybavenia (viac v kapitolách 5 a 11). Cieľovo budú výdavky na VAS budú ako % HDP dorovnané na úroveň krajín V3 v horizonte 10 rokov na 113 mil. eur, z toho 11,3 mil. eur v roku 2021.

11. Personál - navýšenie počtu sestier

Podľa MZ SR v súčasnosti v slovenskom zdravotníctve chýba minimálne 3 600 sestier. Ich nedostatok zaťažuje už v súčasnosti pracujúce sestry, čo môže mať dopad na kvalitu a dostupnosť starostlivosti. Nedostatok sestier bráni aj prenosu časti kompetencií z lekárov na sestry, čo by pomohlo šetriť zdroje. Navýšenie počtov prebehne počas desiatich rokov, deje sa vďaka krokom ako zlepšenie platových podmienok v roku 2019 alebo zavedenie stabilizačných štipendií (viac v kapitole 11). Investícia odráža počet sestier a superhrubú mzdu v každom roku, cieľovo sa v desiatom roku zainvestuje 107 mil. eur ročne, z toho 10,7 mil. eur v roku 2021.

12. Dlhodobá starostlivosť

Vzhľadom na rýchle starnutie obyvateľstva je potrebné rozširovať kapacity dlhodobej starostlivosti, ktorá už dnes nepokrýva potreby dlhodobo chorých pacientov a seniorov. Podľa dobrej praxe v zahraničí je potrebné popri lôžkových doliečovacích oddeleniach a zdravotno-sociálnych zariadeniach posilniť najmä komunitnú starostlivosť, asistované bývanie a domácu starostlivosť. Rozšírená dlhodobá starostlivosť šetrí zdroje nemocniciam, kde sú v súčasnosti dlhodobo chorí pacienti často drahších akútnych lôžkach, predchádza rehospitalizáciám vďaka dostatočnému doliečeniu pacientov a znižuje záťaž na opatrojúcich rodinných príslušníkov (viac v kapitole 14). Výdavky na dlhodobú starostlivosť budú dorovnané na úroveň krajín EÚ15 ako % HDP v horizonte 10 rokov o 340 mil. eur upravené o vekovú štruktúru. V roku 2020 sa navýšia výdavky do následnej ošetrovateľskej starostlivosti, ústavnej hospicovej starostlivosti, domov ošetrovateľskej starostlivosti a agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa zainvestuje vo výške 15 mil. eur.

13. Prevencia

V rámci EÚ má Slovensko šiestu najvyššiu úmrtnosť na choroby (tzv. *preventable mortality*), ktorým sa dá predísť lepším životným štýlom, priaznivejšími vplyvmi prostredia, prevenciou a skriningami. Na Slovensku v súčasnosti nie je jednoznačne vyčíslená suma výdavkov na prevenciu, preto nie je možné určiť, či dáva viac alebo menej ako iné krajiny. V súvislosti so zlými výsledkami je však pravdepodobné, že výdavky je potrebné výrazne navyšovať. Investície do programov prevencie a podpory zdravia sú pritom nákladovo-efektívne, niektoré aj viac ako samotná liečba (viac v kapitole 15).

14. Duševné zdravie

Slovensko vo výdavkoch na starostlivosť o duševné zdravie zaostáva za ostatnými rozvinutými krajinami. Problémy s duševným zdravím pritom popri kvalite života zasiahnutých ľudí výrazne zaťažujú ekonomiku. Investície do modernej zdravotnej starostlivosti založenej najmä na posilnení služieb v komunite a psychoterapie majú vysokú návratnosť. Výdavky budú navýšené po vzore obdobnej reformy v Českej republike – v horizonte 10 rokov sa zainvestuje balík ČR upravený o počet obyvateľov vo výške 118 mil. eur, z toho 11,8 mil. eur v roku 2021 (viac v kapitole 16).

15. Dofinancovanie ústavnej a ambulantnej starostlivosti

V roku 2020 prebehne navýšenie zdrojov v ústavnej a ambulantnej starostlivosti. Univerzitné a fakultné nemocnice sú každoročne v strate, čo sa pretavuje do narastajúceho dlhu. K strate prispieva aj skutočnosť, že výnosy zo zdravotných poisťovní dlhodobo nepokrývajú náklady nemocníc na personál, lieky, krv a zdravotnícky materiál. Ak by mali nemocnice nulové náklady na prevádzku budovy (napr. elektrina, kúrenie, pranie), väčšina z nich by z verejného poistenia stále nepokryla náklady na liečbu. V ambulantnej starostlivosti budú navýšené zdroje pre vybrané odbornosti vrátane všeobecného lekárstva v súlade s posilnením všeobecnej ambulantnej starostlivosti (opatrenie č. 10).

16. Lieky - dopad novely 363/2011 Z.z.

V roku 2018 nadobudla účinnosť novela liekového zákona, ktorej zámerom bolo umožniť viac pacientom s veľmi zriedkavými ochoreniami dostať sa k hradenej liečbe. Počas legislatívneho procesu však došlo ku kontroverzným zmenám znenia návrhu, ktoré spôsobili, že medzi dlhodobo hradené lieky sa dostalo výrazne viac liekov bez dokladovania nákladovej efektivity ako bol pôvodný zámer, čo sa naplno prejaví v rozpočte VZP od roku 2020.

17. Lieky – vstup novokategorizovaných liekov

Opatrenie zachytáva očakávaný nárast výdavkov VZP na hradené lieky, ktoré v rokoch 2018 a 2019 prišli na Slovensko štandardným procesom (splnili podmienky nákladovej efektivity). Odhadovaný dopad na verejnú finančnú záťaž je 20 mil. eur od roku 2020.

18. Ukončenie exekučných konaní

V júni 2019 schválila NR SR zákon č. 233/2019 Z.z. o ukončení niektorých exekučných konaní. Podľa zákona budú od 1.1.2020 zastavené tie exekúcie, kde uplynula rozhodná doba v dĺžke 5 rokov od doručenia poverená na vykonanie exekúcie. Zdravotné poisťovne majú veľké množstvo exekučných konaní, ktoré spĺňajú túto podmienku, z čoho viaceré ešte neboli vykryté opravnými položkami. Trovy konania sa na „staré“ exekúcie stanovili na 42 EUR s DPH / kus.

Podľa zákona budú poisťovne už v roku 2019 povinné zarátavať opravné položky do hospodárskeho výsledku a v rokoch 2020 – 2023 im vyplývú náklady na trovy zastavenia týchto konaní. Na rok 2020 sa odhadujú náklady na zastavenie takmer 298-tisíc starých exekúcií vo výške 12,1 mil. EUR.

19. Dobeň starých zmlúv z roku 2019

Zdravotné poisťovne nemajú jednotný termín rokovania o dodatkoch k zmlúvam, s asociáciami a jednotlivými poskytovateľmi rokujú počas roka. Tieto časové posuny spôsobujú, že zdravotná starostlivosť je zazmluvnená za daných podmienok aj na ďalšie roky. Vznikla tak situácia, že niektoré výdavky sa posúvajú v čase a navýšenia v roku 2018 sa čiastočne preklopili do roku 2019 a tie z roku 2019 do roku 2020. Tento tzv. „dobeň“ je vyčíslený na 32,7 mil. eur na rok 2020 a zahŕňa výdavky na ústavnú a ambulantnú starostlivosť, SVLZ, záchranky, kúpele a dopravnú službu.

20. Záchranná zdravotná služba typu „S“

Ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci „S“ je určená najmä na neodkladnú prepravu pacientov medzi zdravotníckymi zariadeniami v prípade, ak zdravotný stav pacienta vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti pri preprave.

21. Nárast cezhraničnej starostlivosti

V súlade s vývojom v minulých rokoch sa predpokladá nárast starostlivosti, ktorú poistenci slovenských zdravotných poisťovní absolvujú v zahraničí. Dôvodom môže byť nárast cestovania, migrácia a vycestovanie za starostlivosťou, ktorá nie je poskytovaná na Slovensku.

3.3 Úsporné opatrenia

V roku 2020 budú realizované úsporné opatrenia vo výške 148 mil. eur z verejného zdravotného poistenia.

Úsporné opatrenia sa zameriavajú na oblasti zdravotníctva, kde dochádza k neefektívnemu využívaniu zdrojov. Časť úspor vychádza z dorovnania hodnôt slovenských ukazovateľov na zahraničný benchmark (prístup „top-down“), iné z konkrétnych zmien nastavenia systému (prístup „bottom-up“). **Obyvatelia Slovenska dostanú viac za tieto peniaze, ak budú presunuté do opatrení v prioritných oblastiach, ktoré sú popísané vyššie** (kapitola 3.2). Revízia identifikuje tzv. potenciál, čo je celková ročná úspora, ktorá sa dá dosiahnuť zavedením daného opatrenia. Rozpočet určuje horizont plnenia v rokoch, počas ktorých sa potenciálna úspora dosiahne, a postupné šetrenie zdrojov v jednotlivých rokoch.

Tabuľka 7: Opatrenia – úspory VZP voči roku 2019

č.	mil. eur	2020	2021	2022	Potenciál	Horizont plnenia v rokoch
Spolu		-148	-249	-333	-542	
22	Ústavná ZS					
	Zníženie počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3	-1,5	-3,0	-4,4	-7,4	5
23	Ambulatná ZS					
	Zníženie počtu návštev ŠAS	0,0	-20,7	-41,4	-207	10
	Lieky					
24	Nákladová efektívnosť liekov	-8,0	-36	-55	-55	3
25	Centrálny nákup liekov	-13	-26	-26	-26	2
26	Nadspotreba liekov	-1,4	-2,8	-4,2	-7	5
27	Podpora vstupu generík a biosimilárov	-3	-3	-3	-3	1
28	Medzinárodné porovnávanie cien liekov dvakrát ročne	-2,1	-2,1	-2,1	-2,1	1
29	Externé referencovanie	-2,4	-4,8	-4,8	-4,8	2
30	Poklesy úhrad za kategorizované lieky v priebehu 2019 (vstup biosimilárov a generík, ext. Referencovanie, úhradové skupiny)	-30	-30	-30	-64,6	2*
31	Zmena úhradových skupín od 1.1.2020	-7,9	-7,9	-7,9	-7,9	1
32	eHealth	-30	-30	-30	-30	1
33	Lieky na výnimky	-16	-16	-16	-16	1
	SVLZ					
34	Referencovanie cien výkonov s ČR	-0,3	-4,2	-8,9	-8,9	3
35	Nadbytočné vyšetrenia	0,0	-12,3	-24,6	-24,6	3
36	Laboratórne vyšetrenia - úhrady	-9,7	-9,7	-9,7	-9,7	1
	Zdravotnícke pomôcky					
37	Centrálny nákup inkontinenčných pomôcok	-1,1	-2,2	-2,2	-2,2	2
38	Inkontinenčné pomôcky - zavedenie základného funkčného typu	-4,7	-9,3	-14	-14	3
39	Rozšírenie medzinárodného porovnávania cien	-3,8	-3,8	-3,8	-3,8	1
	Štandardné postupy					
40	Pôrodnictvo - menej tehotenských vyšetrení a cisárskych rezov	0	-0,8	-1,7	-4,2	5
	VŠZP					
41	Revízná činnosť, sprísnenie nepriamych revízií	-8	-14	-28	-28	3
42	Zefektívnenie prevádzky	-4	-10	-15	-15	3

*zvyšných 35 mil. eur sa ušetrí už v roku 2019

22. Ústavná ZS - zníženie počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3

Pacienti na Slovensku sú nadmerne hospitalizovaní na choroby, ktorým možno predísť lepšou ambulantnou starostlivosťou. Slovensko prevyšuje priemer krajín V3 najmä v počte hospitalizácií na hypertenziu, zlyhanie srdca a astmu. Znížením počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3 možno ušetriť vyše 7 mil. eur ročne v horizonte 5 rokov, z toho 1,5 mil. eur v roku 2020. Pre dosiahnutie úspory je potrebné rozšírenie všeobecnej ambulantnej starostlivosti (opatrenie č.10).

23. Ambulantná ZS - zníženie počtu návštev špecialistov prechodom do všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS)

Pacienti na Slovensku navštevujú lekárov v ambulanciách príliš často, najčastejšie z celej EÚ, napriek tomu sú výsledky v ich liečbe horšie. Slováci nadmerne navštevujú špecialistov, všeobecných lekárov naopak menej. Dôvodom je, že časť zdravotnej starostlivosti, ktorú na Slovensku poskytujú špecialisti, v zahraničí vykonávajú všeobecní lekári so širšími kompetenciami.

Ak by sa počet návštev špecialistov na Slovensko znížil na úroveň V3, ušetrilo by sa 207 mil. eur., z toho 20,7 mil. eur v roku 2020. Časť z návštev špecialistov prejde k všeobecným lekárom so širšími kompetenciami tak, aby sa počtom návštev vo VAS dostali na úroveň V3. Tento scenár si preto okrem úspory v ŠAS vyžaduje nárast zdrojov vo VAS na úroveň V3 (opatrenie č. 10). Na dosiahnutie úrovne V3 je však potrebné aj celkové zníženie počtu návštev v ambulanciách – niektoré dnešné návštevy sú úplne zbytočné (viac v kapitole 5). Ušetrené zdroje budú realokované medzi existujúcich poskytovateľov do vyšších miezd, na rozšírenie portfólia služieb či na investície, podľa priorit identifikovaných v hodnotových opatreniach (č. 10 až 15).

24. Nákladová efektivita liekov

Stanovenie podmienok nákladovej efektivity aj pre lieky na vzácne choroby a vyžadovanie farmako-ekonomického rozboru.

Lieky na vzácne choroby s výskytom v populácii menej ako 1:50 000 majú v súčasnosti mimoriadne postavenie v systéme a nemusia vôbec preukazovať, akú hodnotu za peniaze prinášajú. Výsledkom je, že z verejných financií sú hradené lieky, ktoré dosahujú aj 100x nižšiu efektivitu, ako je podmienka pre štandardné lieky. Hoci môže byť prínosné lieky na vzácne choroby mierne zvýhodniť oproti ostatným liekom, je potrebné stanoviť jasné pravidlá. Aktuálne Slovensko plne hradí aj lieky, ktorých cena sa zdala byť privysoká aj štátom ako Veľká Británia či Nórsko. Stanovenie podmienok prinesie 2 mil. eur v roku 2020 a má ročný úsporný potenciál 10 mil. eur.

Prehodnotenie úhrad pri liekoch, ktoré nespĺňajú podmienky nákladovej efektivity

Opatrenie sa týka najmä liekov, ktoré využili dočasnú medzeru v znení zákona 363/2011 Z.z. v roku 2018 (opatrenie 16) a iných málo efektívnych liekov, ktoré vstúpili do systému ešte pred rokom 2011. Zlé znenie zákona z roku 2018 už bolo opravené, ale stále má negatívny dopad na rozpočet 39 mil. eur v roku 2019 a 74 mil. eur od roku 2020. Držitelia registrácie majú rôzne možnosti ako ceny liekov prispôsobiť tak, aby splnili aktuálne podmienky dostatočnej hodnoty za peniaze. Ak tak neurobia, tieto lieky by mali byť vyradené zo zoznamu hradených liekov. Pacienti, ktorí dané lieky už užívajú ich budú mať hradené aj naďalej. Pri liekoch, ktoré využili dočasnú medzeru v roku 2018 je ročný úsporný potenciál 40 mil. eur, z toho 4 mil. v roku 2020. U ostatných liekoch je možné dosiahnuť úsporu 5 mil. eur, z toho 2 mil. eur v prvom roku.

25. Rozšírenie centrálného nákupu liekov

Rozšírenie objemu centrálnych nákupov zo súčasných 13 % na 25 % by prinieslo úsporu VZP 26 miliónov eur. Dosiahnutie štvrtinového podielu zodpovedá situácii, kedy by napríklad iba všetky receptové lieky podávané v nemocniciach a ambulanciách (so spôsobom úhrady „A“ a „AS“) boli nakupované centrálné. Príklad z Dánska

naznačuje, že tento cieľ je dosiahnuteľný. Opatrenie má úsporný potenciál 26 mil. eur, z toho polovicu v prvom roku.

26. Nadspotreba liekov – antibiotiká

Predpisovanie antibiotík v prípadoch, kedy nie sú potrebné je spojené s medicínskymi rizikami aj zbytočnými finančnými nákladmi. Kvôli vysokej spotrebe antibiotík sa baktérie stávajú odolnými voči liečbe, čo ohrozuje celú populáciu, nie len pacienta, ktorý ich užíva pričasto. Slovenská spotreba antibiotík je výrazne vyššia ako vo Švédsku, ktoré patrí medzi lídrov v tejto oblasti. Lepšia informovanosť lekárov a pacientov či povinné hradenie CRP vyšetrení u všeobecných lekárov a na pohotovostiach môže pomôcť k výraznému zníženiu predpisov antibiotík. Úsporný potenciál opatrenia je 7 mil. eur s nábehom v piatich rokoch (1,4 mil. v roku 2020).

27. Podpora vstupu generík a biosimilárov

Po vstupe lacnejších liekov do systému dochádza k úprave úhrad za ostatné zameniteľné lieky. Od apríla 2019 došlo k nedostatočne odôvodnenej zmene doterajšej praxe a po novom k úprave úhrad dochádza v časti prípadov až o 3 mesiace neskôr. Opatrenie má ročný potenciál 3 mil. eur, ktorý je možné dosiahnuť od roku 2020.

28. Medzinárodné porovnanie cien liekov dvakrát ročne

Legislatíva umožňuje porovnávať so zahraničím 2x ročne lieky, ktoré prišli do systému v posledných 3 rokoch. Táto možnosť nebola doteraz využívaná napriek tomu, že môže priniesť významné úspory. Dosiahnuteľná ročná úspora opatrenia je od roku 2020 vo výške 2,1 mil.

29. Externé referencovanie

Slovensko má nízke ceny liekov vďaka porovnávaniu cien so zahraničím. Cena lieku je určená ako priemer troch najnižších cien v Európe. Doteraz však boli porovnávané len rovnaké veľkosti balenia. Výrobcovia liekov to vo viacerých prípadoch využívali tak, že na Slovensko dodávali inú veľkosť balenia ako do ostatných krajín EÚ a tak sa vyhli porovnávaniu. Napríklad injekčný liek, ktorý je v iných krajinách EÚ dostupný ako 1ks balenie je na Slovensko dodávaný len v balení 10 ks. Cena na Slovensku za balenie je však 20 násobná. Jednotkové porovnanie cien problémových liekov so zahraničím zamedzí týmto špekuláciám zo strany výrobcov. Opatrenie má ročný potenciál úspory 4,8 mil. eur, v prvý rok je možné dosiahnuť polovicu z tejto sumy.

30. Poklesy úhrad za kategorizované lieky v priebehu 2019 (vstup biosimilárov a generík, externé referencovanie, úhradové skupiny)

V priebehu roka 2019 došlo k zmenám úhrad za kategorizované lieky najmä vplyvom vstupu lacnejších liekov, medzinárodným porovnávaním cien a prehodnotením zloženia úhradových skupín. Časť úspor sa stihla prejavíť na výdavkoch už v roku 2019, zvyšok má pozitívny vplyv na rozpočet od roku 2020. V roku 2019 tieto zmeny usporili 34,6 mil. eur, ďalších 30 mil. prinesú do rozpočtu od budúceho roku.

31. Zmena úhradových skupín od 1.1.2020

Od začiatku budúceho roka dôjde k výraznému prehodnoteniu úhrad liekov ako výsledok výrazných zmien v zložení úhradových skupín. Zmena usporí na verejnom poistení 7,9 mil. eur ročne od roku 2020.

32. Opatrenie – eHealth

Výdavky na lieky negatívne ovplyvňuje duplicitná preskripcia a nežiadúce liekové interakcie. Zavádzanie modulov elektronického zdravotníctva do praxe im pomôže a prinesie úsporu 30 mil. eur v roku 2020. Dosiahnutie úspory vyžaduje včasné spustenie príslušných modulov na NCZI.

33. Lieky na výnimky

Pomocou výnimiek zdravotné poisťovne platia pacientom aj lieky, ktoré nie sú oficiálne hrazené na Slovensku (kategorizované). Dnes neexistujú jednotné pravidlá schvaľovania výnimiek, schvaľovací proces zostáva na individuálnom posúdení zdravotných poisťovní.

Novela zákona 363/2011 Z.z. (zmena politik č. 16) mala za cieľ úplne zrušiť hradenie liekov formou výnimiek a presunúť časť z nich medzi kategorizované. Hoci vplyvom novely prišli do systému lieky za 75 mil. eur bez preukázania nákladovej efektivity (z toho 22 mil. eur sa presunulo z výnimiek), celkové výdavky zdravotných poisťovní na výnimky medziročne rastú. Dochádza teda k duplicite nárastu výdavkov a neefektívite v liekovej politike. Zohľadnenie objemu presunutých liekov pôvodne hradených cez výnimky (po očistení o variabilitu v indikáciách) prinesie úsporu 16 mil. eur od roku 2020.

34. Prehodnotenie úhrad za CT a MR výkony s ohľadom na české ceny

Z verejných zdrojov Slovensko hradí niektoré zdravotnícke výkony výrazne štedrejšie ako Česko, aj vďaka čomu súkromné firmy dosahujú netradične vysoké ziskové marže. Prehodnotenie cien má ročný potenciál 8,9 mil. eur, z toho sa však kvôli platným zmluvám v roku 2020 dosiahne úspora len 0,3 mil.

35. Zníženie nadbytočných SVLZ vyšetrení pomocou štandardov a revíznej činnosti

Časť slovenských SVLZ výkonov môže byť duplicitných a teda pre pacienta neprínosných. Slovenskí pacienti absolvujú napríklad výrazne väčší počet CT a MR v porovnaní s okolitými krajinami V4. V systéme je možné vidieť aj množstvo prípadov, kedy pacient za rok absolvoval aspoň 5 MR alebo najmenej 10 CT vyšetrení. Definovanie štandardov, kedy nie je potrebné opakovať vyšetrenia a detailnejšia revízna činnosť môžu priniesť úspory VZP. Opatrenie má úsporný potenciál 24,6 mil. eur, z toho sa dosiahne 12,3 mil. v roku 2021.

36. Laboratórne vyšetrenia - úhrady

V súčasnosti sa vykonávajú laboratórne vyšetrenia, pre ktoré existujú lacnejšie metódy, úhrady pre vybrané vyšetrenia by mali byť vo výške najlacnejšej metódy. Zároveň spustenie modulu „e-lab“ v rámci systému eHealth pomôže eliminovať duplicitné vyšetrenia v rámci laboratórnej diagnostiky.

37. Centrálny nákup inkontinenčných pomôcok

Projekt Optimalizácia výdavkov vo VŠZP odhadol úsporný potenciál centrálného nákupu plienok vo VŠZP na 1,7 – 2,6 mil. eur. Centrálna nakupovaná plienka môžu byť dodávané na miesta s hromadným odberom (ako napríklad zariadenia sociálnych služieb). Opatrenie má úsporný potenciál 2,2 mil. eur, z toho sa dosiahne 1,1 mil. v roku 2020.

38. Inkontinenčné pomôcky - zavedenie základného funkčného typu

Potenciál úspor pri zmenách systému úhrad u vybraných zdravotníckych pomôcok dosahuje 14 mil. eur. Táto úspora vychádza z porovnania s Českým modelom, ktorý má inak definované parametre úhrad, ako aj nižšiu spotrebu. Opatrenie má trojročný nábeh, v roku 2020 sa dosiahne úspora 4,7 mil. eur.

39. Rozšírenie medzinárodného porovnávania cien zdravotníckych pomôcok

Podobne ako lieky, aj zdravotnícke pomôcky sú predmetom porovnávania cien so zahraničím. V súčasnosti sa však ceny porovnávajú iba s Českom v dôsledku nedostatočného prepojenia údajov na zahraničné databázy. Úsporný potenciál predstavuje rozšírenie porovnávania o ďalšie krajiny. Opatrenie má úsporný potenciál 3,8 mil. eur, ktorý sa dosiahne už od roku 2020.

40. Štandardné postupy - zlepšenie procesov v pôrodníctve

Na Slovensku chýbajúce štandardné diagnosticko-terapeutické postupy založené na dobrej praxi a najnovších poznatkoch. Dobre nastavené a dodržiavané postupy zvyšujú kvalitu starostlivosti a pomáhajú predchádzať plytvaniu zdrojov na nepotrebné výkony. Príkladom je vykonávanie nadbytočných vyšetrení počas tehotenstva a cisárskych rezov pri nerizikových tehotenstvách. Eliminovanie zbytočných vyšetrení a zníženie podielu cisárskych rezov ušetrí 4,2 mil. eur ročne.

41. VŠZP – Zlepšenie revíznej činnosti

Nepriame revízie predstavujú kontrolu faktúr od poskytovateľov, časť kontrol vykonáva automaticky softvér. Lepšie nastavenie a obsluha programu vo VŠZP by spolu ušetrilo 28 mil. eur, z toho 8 mil. eur v roku 2020.

42. VŠZP – Efektívnejšia prevádzka

Počet zamestnancov VŠZP od roku 2012 rastie aj napriek tomu, že počet poistencov klesá. V súčasnosti poisťovňa vynakladá na zdravotnú starostlivosť 3 mld. eur (z toho 1 mld. eur na lieky a pomôcky, zvyšok ide poskytovateľom) a na prevádzku 100 mil. eur.

V roku 2020 je možné týmito opatreniami znížiť výdavky na prevádzku o 4 mil. eur, s výhľadom do troch rokov znížiť výdavky o 15 mil. eur. Opatreniami ako zníženie rozsahu služieb na pobočkách (napr. zavedením e-pobočky), optimalizáciou podporných činností, zrušením prenájmu málo využitých budov, lepším nastavením veľkosti pobočiek, optimalizáciou zmluvy na telekomunikačné služby alebo insourcovaním niektorých činností a procesov je možné prevádzku poisťovne zefektívniť.

S cieľom zefektívniť hospodárenie najväčšej zdravotnej poisťovne prešla VŠZP optimalizačným projektom⁸. Boli identifikované opatrenia s potenciálom do 128 mil. eur, pričom v prvom roku je možné realizovať opatrenia za 28 mil. eur. Opatrenia 41 a 42 sa týkajú špecificky VŠZP, ostatné opatrenia spolu za 16 mil. eur sú súčasťou ostatných opatrení v tabuľke 7.

Podobne, ako v celej revízii výdavkov na zdravotníctvo je cieľom využiť uvoľnené zdroje na oblasti s najväčším potenciálom zlepšiť výsledky zdravotníctva. Plnenie plánu sleduje Implementačná jednotka ÚV SR.

⁸ Projekt realizovala spoločnosť BCG s účasťou ÚHP a IJ

3.4 Výdavky mimo VZP

Tabuľka 8: Opatrenia - zmeny výdavkov voči roku 2019 mimo VZP – nemocnice (mil. eur)

č.	2020	2021	2022	Potenciál	Horizont plnenia v rokoch
Spolu	56,1	80	80	-18	
43 Preádzkové náklady nemocníc	-3,1	-6,1	-6,1	-6,1	2
ŠZM					
44 Rozšírenie medzinárodného porovnávania cien	-4,2	-4,2	-4,2	-4,2	1
45 Vytvorenie základného funkčného typu	-2,0	-4,0	-4,0	-4,0	2
46 Úhrada vo výške najlacnejších obstarávacích cien nemocníc	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	1
47 Nemocnice - kapitálové výdavky (nezarátané medzi výdavky VZP)	69	98	98		

43. Preádzkové náklady nemocníc

Optimalizáciou jednotkových cien obstarávaných prevádzkových služieb v UN a FN je možné dosiahnuť úsporu 6,1 mil. eur. Úspora vyplýva z porovnania nemocníc na úrovni zmlúv a skutočných nákladov za rok 2018 na obstaranie elektrickej energie, zemného plynu, upratovania, stravovania, prania a strážnych služieb.

44. Rozšírenie medzinárodného porovnávania cien

Rovnako ako v prípade zdravotníckych pomôcok, pri ŠZM sa ceny v praxi porovnávajú iba s Českom a existuje možnosť úspory rozšírením referencovania o ďalšie krajiny. Opatrenie má úsporný potenciál 4,2 mil. eur, ktorý sa dosiahne už od roku 2020.

45. Vytvorenie základného funkčného typu (nové úhradové skupiny)

Na rozdiel od liekov, aktuálne zaradenie ŠZM do skupín je nedostatočne napojené na výšku úhrady. V skupinách sú zaradené rôzne typy tovarov a maximálna výška úhrady v skupine často nezodpovedá reálnym cenám. Vytvorenie úhradových skupín navzájom zameniteľných ŠZM tovarov a maximálna úhrada vo výške najlacnejšieho v skupine by zvýšili transparentnosť cenotvorby aj nároku pacienta. Opatrenie má úsporný potenciál 4 mil. eur, z toho 2 mil. sa dosiahnu v roku 2020.

46. Úhrada vo výške najlacnejších obstarávacích cien nemocníc

Nemocnice si ŠZM zaobstarávajú samostatne a pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti im je preplatený zdravotnými poisťovňami. Nastavenie úhrady poisťovni na výšku najlacnejších nákupných cien by podporilo motiváciu pre ostatné nemocnice nakupovať výhodne. Opatrenie má úsporný potenciál 3,7 mil. eur, ktorý sa dosiahne od roku 2020.

47. Nemocnice - kapitálové výdavky (nezarátané medzi výdavky VZP)

Nemocnice dostanú 69 miliónov eur ročne alokovaných na kapitálové výdavky, najmä na obnovu budov a modernizáciu prístrojov. Bude tým pokračovať podpora pokrývania dlho neriešeného investičného dlhu nemocníc. Pre maximalizáciu úžitku týchto peňazí je dôležité ich investovať v súlade so stratégiou stratifikácie siete nemocníc (kapitola 4.3) a investície verejne vykazovať. Časť prostriedkov bude zabezpečená z fondov EÚ.

3.5 Nevyčíslené opatrenia a štrukturálne opatrenia

Významný potenciál pre zvýšenie efektívnosti predstavujú opatrenia, zatiaľ bez špecifikovaného finančného dopadu a štrukturálne opatrenia bez priameho finančného dopadu. Tieto opatrenia vyplývajú z odporúčaní, ktoré revízia pomenúva v príslušných kapitolách, a sú v súlade s vyčíslenými opatreniami v kapitole 3.2 až 3.4. Patria sem tieto opatrenia⁹:

- **Stratifikácia siete nemocníc** s dôrazom na zvyšovanie kvality cez predpísaný minimálny počet výkonov a zlepšovanie efektívnosti poklesom dĺžky hospitalizácie a počtu lôžok (kapitola 4.3).
- **Prehodnotenie relatívnych váh DRG a zavedenie platieb nemocniciam na základe DRG** (kapitola 4.5).
- **Zlepšenie prerozdelenia mechanizmu** zavedením nových parametrov a ex-post prerozdelení (kapitola 13.2.2).
- **Definícia základného balíka zdravotnej starostlivosti** (kapitola 13.1.1).
- **V ambulantnej starostlivosti** podpora gatekeepingu pred príchodom k všeobecnému lekárovi (redukcia „administratívnych“ návštev, telefonická konzultácia namiesto návštevy, domáca liečba v prípade virózy), prehodnotenie mechanizmu financovania ambulancií (kapitola a platba za výkon), jednoduchší vstup všeobecných lekárov na trh a podpora vzniku integrovaných kliník všeobecnej ambulantnej starostlivosti (kapitola 5 a 11).
- **V liekovej politike** posilnenie kapacít pre analýzy nákladovej-efektívnosti (HTA), podpora ďalších vstupov generických liekov, posilnenie informačnej kampane o zbytočných doplatkoch liekov, prehodnotenie zloženia úhradových skupín a zlepšenie konkurenčného prostredia v centrálnych nákupoch (kapitola 6).
- **Prehodnotenie systému odmeňovania personálu v nemocniciach – tzv. platového automatu** – naviazať rast balíka na mzdy na priemernú mzdu v hospodárstve a nechať nemocniciam flexibilitu v prerozdelení (kapitola 11.1).
- **Pre optimalizáciu vybraných prevádzkových výdavkov nemocníc** zjednotiť parametre zmlúv o obstarávaní štátnych nemocníc pre lepšiu porovnateľnosť, benchmarkovať ceny služieb každých 6 mesiacov v rámci zdravotníctva a verejnej správy a uzatvárať zmluvy minimálne na jeden rok.
- **V personálnych opatreniach** prehodnotiť mix personálu a personálnych kompetencií vo všetkých zariadeniach (kapitola 5 a 11).
- **V rámci štandardných diagnosticko-terapeutických postupov** urýchlenie procesu schvaľovania ŠDTP. V súlade s prípadovou štúdiou v revízie zavedenie ŠDTP počas tehotenstva a pôrodu, urýchlenie prepustenia matky a dieťaťom, vytvorenie kapacít v domácej a komunitnej starostlivosti pre matky s deťmi (kapitola 12).
- **Pre zdravotné poisťovne** určiť pravidlá narábania zo zdrojmi z VZP, ktoré neboli použité na zdravotnú starostlivosť (kapitola 13.2.1).
- **Zaviesť pravidlá pri priamych platbách pacientov** (kapitola 2.2)
- **Rozšíriť zber dát o najčastejšie situácie, kedy pacient čaká** na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.
- **V rámci prevencie** investovať do účinných opatrení prevencie a podpory zdravia (kapitola 15).
- **V rámci duševného zdravia** uskutočnenie epidemiologického výskumu, odstránenie bariér pre vstup psychoterapeutov do zdravotníctva, podpora psychoterapie, správne postupy v predpisovaní liekov, zaradenie diagnostiky psychických symptómov pri fyzických ochoreniach (kapitola 16).

⁹ Opatrenia tejto revízie sú zosumarizované v tabuľke 6, 7 a 8, v kapitole 3.5 a opatreniach pomenovaných vo zvyšku materiálu v samostatných rámčekom.

3.6 Lepšie rozpočtovanie

Revízia identifikuje tri hlavné rozpočtové nástroje, ktoré umožnia efektívnejší posun k naplneniu cieľov v slovenskom zdravotnom systéme pri súčasnom objeme výdavkov:

1. **rozpočtovanie výdavkov na základe výsledkov**
2. **zmena spôsobu financovania**
3. **kvantifikácia všetkých zdravotníckych opatrení, zvyšujúcich hodnotu aj znižujúcich výdavky**, ktoré pomôžu dosiahnuť stanovené ciele v jednotlivých oblastiach zdravotnej starostlivosti

3.6.1 Programové rozpočtovanie

Od roku 2020 sa zavedie rozpočtovanie založené na výsledkoch v podobe programového rozpočtovania. Rozpočtovanie založené na výsledkoch je moderný systém riadenia verejných výdavkov, ktorý v praxi využívajú viac ako dve tretiny krajín OECD (OECD, 2017b). Považuje sa za užitočnejší ako v minulosti rozšírený systém, ktorý iba účtovne rozdeľuje peniaze do výdavkových kategórií, napríklad na mzdy a tovary, a sleduje ich čerpanie (tzv. line-item budgeting) (OECD, 2007). **Programové rozpočtovanie (programme-based budgeting) je najrozšírenejší nástroj, ktorým štáty uplatňujú rozpočtovanie založené na výsledkoch.**

Box 2: Princíp programového rozpočtovania

1. V prvom rade sa sektor rozdelí do strategických oblastí, tzv. programov. Programy sa určia podľa priorít a zmysluplnosti.
2. Pre každý program sa zdefinuje, ktoré ukazovatele má štát sledovať, aké ciele treba naplňať a aké vstupy a zdroje budú na naplňanie týchto cieľov alokované.
3. Následne sa vyhodnocuje, či sa skutočné výsledky blížia k cieľom a ako sú čerpané alokované zdroje. Tieto informácie slúžia ako vstup pre tvorbu rozpočtu a určovanie nových cieľov pre ďalšie obdobie. Je to teda nástroj na diskusiu o alokácii zdrojov, výsledkové ukazovatele slúžia ako podklad pre rozhodovanie.

Skúsenosti krajín OECD¹⁰ ukazujú niekoľko výhod rozpočtovania na základe výsledkov a programového rozpočtovania:

- Poskytuje štruktúrované informácie o cieľoch a prioritách v sektore a určuje, cez aké opatrenia budú naplňané
- Upramuje pozornosť na výsledky, poskytuje signály o tom, či opatrenia fungujú
- Umožňuje efektívnejšie alokovanie zdrojov
- Zvyšuje transparentnosť pre zákonodarcov a verejnosť

Nevýhody systému vychádzajú z jeho komplexnosti. Krajiny sa stretávajú s viacerými problematickými otázkami:

- Ako správne prepojiť zdroje, vstupy a výsledky a správne nastaviť ciele
- Ako zlepšiť meranie výsledkov
- Ako zabezpečiť dodržiavanie plánov
- Ako najlepšie využiť informácie o výsledkoch pri zostavovaní rozpočtu a ďalšom plánovaní politik

Rozpočtovanie založené na výsledkoch vďaka spomínaným výhodám používa väčšina krajín OECD.

Na Slovensku bolo programové rozpočtovanie zavedené v roku 2004 v rámci reformy riadenia verejných financií. Do programov sa rozdelili výdavky štátneho rozpočtu aj územnej samosprávy. Programovému rozpočtovaniu ale chýbali základy v podobe kapacít na ministerstvách a verejná diskusia o výsledkoch. Ukazovatele priradené programom boli iba formálne, v prevažnej miere len vstupné alebo výstupové, nehovorili o výsledkoch a poskytovali minimálnu pridanú hodnotu pri rozhodovaní. V roku 2011 boli z týchto dôvodov zo zverejnenej rozpočtovej dokumentácie vypustené.

V zdravotníctve bolo programové rozpočtovanie zavedené len pre výdavky Ministerstva zdravotníctva, ktoré patrí pod štátny rozpočet.¹¹ Namiesto výsledkových ukazovateľov kapitola vyhodnocuje len to, do akej výšky boli peniaze z rozpočtu čerpané na položky ako mzdy alebo kapitálové výdavky.

Verejné zdravotné poistenie (VZP) však do zmeny rozpočtových procesov nebolo zapojené a programové rozpočtovanie sa doteraz nezaviedlo.¹² Výdavky, s ktorými VZP pracuje, sú pritom približne 30-krát vyššie ako výdavky kapitoly Ministerstva zdravotníctva.

Do roku 2017 boli zdroje VZP formálne rozpočtované ako jeden veľký balík peňazí bez naviazania na potreby a výsledky v zdravotníctve. Zdroje následne vyplácajú zdravotné poisťovne zazmluvneným poskytovateľom podľa množstva poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencom.

Revízia odporúča zaviesť programové rozpočtovanie aj vo verejnom zdravotnom poistení. Pre zostavenie štruktúry navrhuje ako programy použiť oblasti zdravotnej starostlivosti spolu s jasne nastavenými ukazovateľmi a cieľmi. Tabuľka 9 uvádza výdavky VZP v navrhovanej programovej štruktúre a tabuľka 10 príklad programu Ústavná zdravotná starostlivosť. Úspešnosť plnenia programového rozpočtovania je závislá od plnenia systémových opatrení, ktoré zabezpečia záväznosť rozpočtu pre všetky zdravotné poisťovne a jasne definovanú pozíciu regulátora.

¹¹ Programy rozpočtu MZ: Prevencia a ochrana zdravia, Zdravotná starostlivosť, Tvorba a implementácia politík, Implementácia Medzinárodných zdravotných predpisov WHO a Informačné technológie financované zo štátneho rozpočtu.

¹² V čase zavádzania programového rozpočtovania platná legislatíva neuvažovala so zapojením subjektov verejnej správy.

Tabuľka 9: Výdavky VZP v programovej štruktúre (v mil. eur)

mil. eur	2017 S	2018 S	2019 R	2019 OS	2020 N
Zdravotná starostlivosť	4 341	4 564	4 704	4 931	5 168
Lieky a dietetické potraviny	1 070	1 066	1 069	1 085	1 039
Zdravotnícke pomôcky	188	170	190	173	164
ÚZS (lôžka)	1 276	1 312	1 466	1 508	1 642
VAS	235	256	256	290	317
SVLZ*	495	541	527	578	600
ŠAS	809	882	877	929	996
Pohotovostná služba PP	16	20	17	25	26
Záchr. zdravotná služba	87	94	96	111	131
Kúpeľná starostlivosť	52	54	56	55	59
Doprava	26	27	27	32	33
Vrtuľníková záchr. služba	11	11	12	11	12
Ostatné subjekty a iná ZS	76	130	111	135	147
Iné výdavky VZP	198	222	227	236	251
VZP spolu (nezahŕňa iné úhrady a finančné operácie)	4 539	4 786	4 931	5 167	5 418

*Spoločné vyšetrenie a liečebné zložky (CT, MR a laboratórne vyšetrenia), S – skutočnosť, OS – očakávaná skutočnosť, R – rozpočet, N- návrh rozpočtu

Tabuľka 10: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť

Program	Ústavná zdravotná starostlivosť	Rok X		Rok X+1	
		Plán	Skutočnosť	Plán	Skutočnosť
Ciele	Zvyšovanie kvality poskytovanej ZS pomocou koncentrácie výkonov o 5 % Znižovanie dĺžky hospitalizácie v súlade so schválenou stratifikáciou nemocníc				
Nástroje	Stratifikácia siete nemocníc (kapitola 4.3) Úprava spôsobu odmeňovania personálu				
Merateľné ukazovatele	Celkové náklady ústavnej zdravotnej starostlivosti v mil. eur	...	...	...	...
	EBITDA v mil. eur	...	...	...	...
	Závazky po lehote splatnosti v mil. eur	...	...	...	...
	Priemerná dĺžka hospitalizácie v dňoch	...	...	...	...
	Počet lekárov (na 1 000 obyv.)	...	...	...	...
	Počet sestier (na 1 000 obyv.)	...	...	...	...
	Výška kapitálových výdavkov v mil. eur	...	...	...	...

Zdroj: UHP a IJ

3.6.2 Zmena spôsobu financovania - odvody a platba štátu

Celkový balík rozpočtu zdravotníctva doteraz namiesto potrieb závisel od toho, ako sa darilo slovenskému hospodárstvu. Verejné zdravotné poistenie je totiž z veľkej časti financované odvodmi pracujúcich poistencov a platbou štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov (tzv. poistenci štátu, napr. deti, dôchodcovia, študenti).¹³ Platba za poistencov štátu je výdavkom rozpočtu Ministerstva zdravotníctva a doteraz bola závislá od priemernej mzdy.¹⁴

¹³ Definícia poistencov štátu v zákone č. 580/2004 o zdravotnom poistení.

¹⁴ Výška platby je spravidla stanovená ako 4 % vymeriavacieho základu, tým je priemerná mzda spred dvoch rokov (Zákon č. 580/2004 Z.z.). O tom, či je sadzba vo výške 4 % dostatočná sa opakovane diskutuje a viackrát bola upravovaná.

Od roku 2020 nastane zmena financovania zdravotníctva, rozpočet bude odrážať celkové potrebné výdavky na zdravotníctvo. V súlade s princípom hodnoty za peniaze a rozpočtovaním založenom na výsledkoch je dôležité, aby stanovovanie cieľov prebiehalo v súlade s rozhodovaním o veľkosti balíka. Ciele musia zodpovedať možnostiam rozpočtu a rozpočet by mal zároveň reflektovať potreby a ciele rezortu.

V prvom rade sa určia celkové očakávané výdavky na zdravotníctvo a odhadne výška odvodových príjmov zdravotných poisťovní. Výška ročného poistného plateného štátom sa následne stanoví ako rozdiel týchto očakávaných výdavkov a príjmov. Ročná suma poistného plateného štátom bude stanovená zákonom o štátnom rozpočte a poistné platené štátom viac nebude naviazané na priemernú mzdu.

Určovanie potrebných výdavkov zvýši transparentnosť pri tvorbe rozpočtu. Základ je vyčíslenie vplyvov ako inflácia, nárast miezd a starnutie populácie, ktoré sa dejú aj bez zmien akýchkoľvek opatrení rezortu. To zabezpečí, že výdavky na zdravotníctvo zodpovedajú ekonomickému a demografickému vývoju. Následne je možné prirátat zmeny, ktoré vyplývajú z novej legislatívy a úspory, ktoré je možné v rezorte dosiahnuť. Takýto postup pomôže predísť podfinancovaniu rezortu, zabezpečí potrebné financie aj v horších ekonomických časoch a zároveň pomôže zabrániť nekontrolovanému nárastu výdavkov, ako sa stalo v niekoľkých vyspelých krajinách.

Platba štátu je „dorovnávací“ platba, ktorá má opodstatnené miesto v solidárnom systéme, kde odvody od pracujúcich nepokryjú výdavky na zdravotnú starostlivosť všetkých obyvateľov. Dofinancovanie zdravotníctva štátom preto môže byť legitímne, ak sa napríklad vyberie menej odvodov, ako sa predpokladalo pri schvaľovaní rozpočtu.

V horšom prípade štát dofinancuje zdravotníctvo, pretože peniaze z rozpočtu neboli zdravotnými poisťovňami alokované podľa plánu. Po určení rozpočtu je balík zdrojov rozdelený medzi zdravotné poisťovne, ktoré majú voľnú ruku pri nákupe zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov. Môže tak nastať situácia, keď napríklad rozpočet navýši zdroje na nemocnice, ale poisťovňa za tieto peniaze nakúpi viac starostlivosti u špecialistov alebo v laboratóriách, s čím nerátal rozpočet a obchodno-finančný plán poisťovne. V nemocniciach potom zdroje chýbajú a štát ich dofinancuje. **Takéto dofinancovanie je neefektívne a kriví motivácie v nakladaní so zdrojmi pridelenými v rozpočte.**

Alokácia poisťovňami v súlade s plánom v čase rozpočtu je tiež nevyhnutná na to, aby dobre fungovalo programové rozpočtovanie vo verejnom zdravotnom poistení.

3.7 Rozpočet a skutočné výdavky 2019

V roku 2019 budú výdavky na zdravotníctvo o 235 mil. eur vyššie ako bolo plánované v rozpočte. Časť z tohto rozdielu vysvetľuje zmena bázy v roku 2018, z ktorej vychádzal rozpočet na rok 2019 – skutočné výdavky v roku 2018 boli o 74 mil. eur vyššie, než predpokladal rozpočet (Tabuľka 11).

Opatrenia hodnoty za peniaze, ktoré identifikovala Priebežná správa revízie výdavkov a s ktorými rátal rozpočet, sa plnili len čiastočne. Podľa plánu sa navýšili výdavky vo výške 82 mil. eur na mzdy zdravotníckeho personálu nad rámec platového automatu. Zatiaľ nie je možné určiť, o koľko sa navýšili výdavky na skriningy. Úspory na liekoch vo výške 88 mil. eur sa neudiali (Tabuľka 13 a Tabuľka 14). Ostatné zmeny politik v rozpočte sa v súčte takmer naplnili, viac výdavkov išlo na dlhodobú starostlivosť a ochranný limit doplatkov na lieky, menej na dopad novely zákona o lieku 363/2011 Z.z.

V priebehu roka vznikli nové rozpočtové požiadavky vo výške 76 mil. eur, najmä na rast výdavkov na lieky, na SVLZ, záchranky a ambulantnú starostlivosť. Na rekreačné poukazy sa minie dodatočných 10 mil. eur. Zároveň došlo aj k úspore výdavkov na lieky zmenou úhradových skupín, vstupom nových generických

a biosimilárnych liekov a referencovaním cien (Tabuľka 15). Oproti rozpočtu výrazne narástli iné výdavky VZP (Tabuľka 12)¹⁵. Nové rozpočtové požiadavky aj zmena bázy pre rok 2019 boli plne pokryté dofinancovaniami počas roka 2019.

Tabuľka 11: Celkové výdavky VZP (v mil. eur)

	Rozpočet 2019*	Očakávaná skutočnosť 2019	Rozdiel
Výdavky VZP spolu	4 931	5 167	235
Báza (Výdavky 2018, očistené od jednorazových položiek)	4 712	4 786	74

*schválený Vládou SR, po rokovaní NR SR pribudlo ďalších 55 mil. eur

Tabuľka 12: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politik (v mil. eur)

	Rozpočet 2019	Očakávaná skutočnosť 2019	Rozdiel
Spolu	131	162	30
Nemzdové (rast o CPI)	29	29	0
Mzdové	96	96	0
Automat lekári ÚZS	23	23	0
Automat ostatní ÚZS + MM	36	36	0
Nezdravotnícki zamestnanci	9	9	0
Ambulantní zdravotnícki zamestnanci	28	28	0
Iné výdavky VZP	-17	14	31
Správa ZP, príspevky na UDZS, OS ZZS, NCZI, splácanie istiny (Dôvera)	-17	14	31
Starnutie	23	23	0

Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politik Hodnota za peniaze (v mil. eur)

	Rozpočet 2019	Očakávaná skutočnosť 2019	Rozdiel
Spolu	180	172	-9
Hodnotové opatrenia - Hodnota za peniaze	87	82	-5
Prevenia - skriningy	5	N/A	N/A
Zmena financovanie RTG	5	5	0
Rast miezd nelekárskeho personálu ÚZS	59	59	0
Rast miezd nelekárskeho personálu AZS	18	18	0
Zazmluvnenie nových SVLZ poskytovateľov	0	0	0
Ostatné zmeny politik	93	90	-4
Dlhodobá starostlivosť	N/A	5	5
ZZS - paušály	1	1	0
Urgenty - paušály	7	6	-1
Nárast liečby v cudzine	3	3	0
Lieky - novela 363/2011 Z.z.	56	42	-14
Dofinancovanie nákladov ambulancií so zavedením e-health a bonusy za jeho využívanie	2	2	0
Ochranný limit doplatkov*	0	7	7
Rast príplatkov za prácu v noci, cez víkendy a sviatky	24	24	0
Dofinancovanie VŠZP pre nemocnice	0	0	0

¹⁵ Nárast je primárne spôsobený splátkou dlhu ZP Dôvera.

Tabuľka 14: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze (v mil. eur)

	Rozpočet 2019	Očakávaná skutočnosť 2019	Rozdiel
Spolu	-92	-4	88
Lieky - variabilita v predpisovaní, vplyv e-preskripcie	-30	0	30
Revízia úhrad kategorizovaných liekov	-50	0	50
Výnimky na lieky - zavedenie pravidiel pre preplácanie výnimiek*	-8	0	8
Zdravotnícke pomôcky - externé referencovanie a revízna činnosť*	-4	-4	0

*Zmena oproti verzii schválenej Vládou SR

Tabuľka 15: Nové výdavkové položky a úspory nezahrnuté v rozpočte VZP (v mil. eur)

	Rozpočet 2019	Očakávaná skutočnosť 2019	Rozdiel
Spolu	0	76	76
Rekreačné poukazy	0	10	10
Záchranári - vyššie koeficienty	0	17	17
Limity pre kúpele	0	1	1
Nárast cien energií pre nemocnice	0	3	3
Poklesy úhrad za kategorizované lieky v priebehu 2019 (vstup biosimilárov a generík, ext. referencovanie, úhradové skupiny)	0	-35	-35
Nárast výdavkov na lieky	0	22	22
Dofinancovanie ÚZS kvôli neefektívite globál. rozpočtov a zmluvnej politiky	0	4	4
Dofinancovanie ambulantu (nadlimity a navýšenie platieb)	0	10	10
Navýšenie JZS (limity a presuny A liekov)	0	16	16
Navýšenie platieb SVLZ	0	23	23
Dofinancovanie DZS	0	4	4

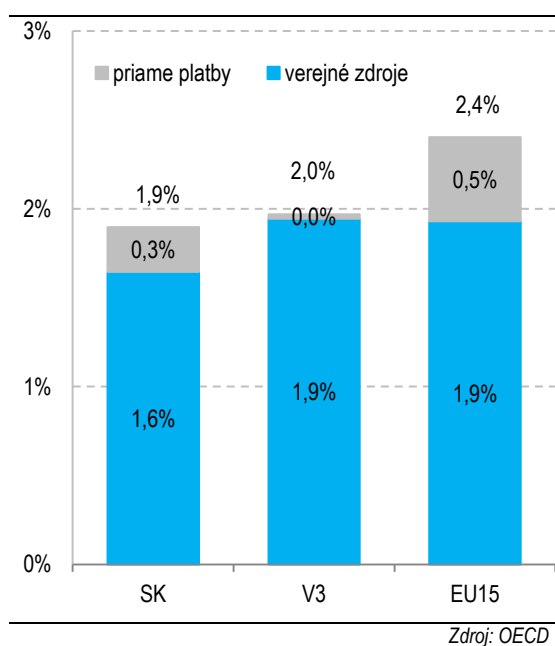
4 Ústavná zdravotná starostlivosť

4.1 Výdavky na ÚZS

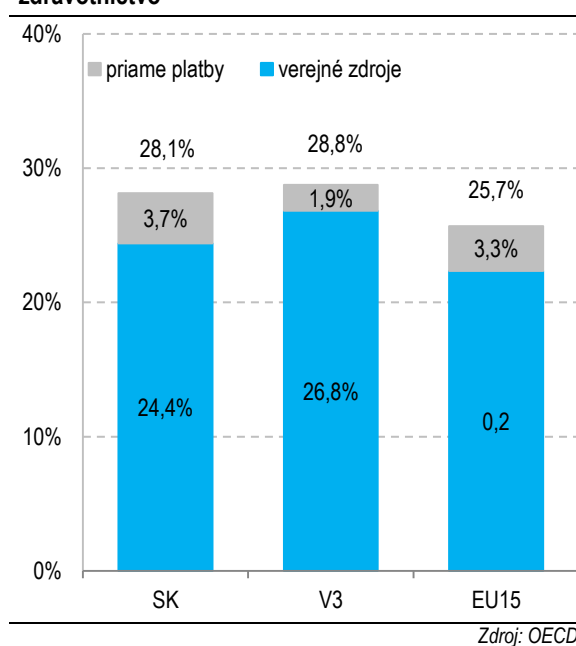
Slovensko dáva na ÚZS 1,9 % HDP, teda o niečo menej ako dávajú krajiny V3 (2 %) a výrazne menej ako bohaté krajiny (2,4 %) (Graf 18), čo je v súlade s trendom rastu výdavkov na zdravotníctvo s rastom bohatstva krajiny.

Z celého balíka výdavkov na zdravotníctvo ide na Slovensku na nemocnice menší podiel ako v krajinách V3, ale väčší podiel ako v krajinách EÚ15 (Graf 19). Vyspelé krajiny s lepšími výsledkami teda dávajú na ÚZS celkovo viac peňazí, ale ešte viac investujú do iných oblastí s vyššou prioritou, napr. primárnej starostlivosti, dlhodobej starostlivosti a prevencie.

Graf 18: Výdavky na ÚZS, % HDP



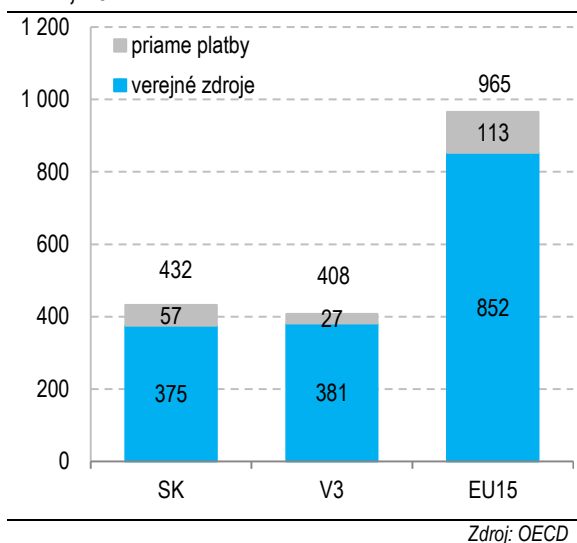
Graf 19: Výdavky na ÚZS, % výdavkov na zdravotníctvo



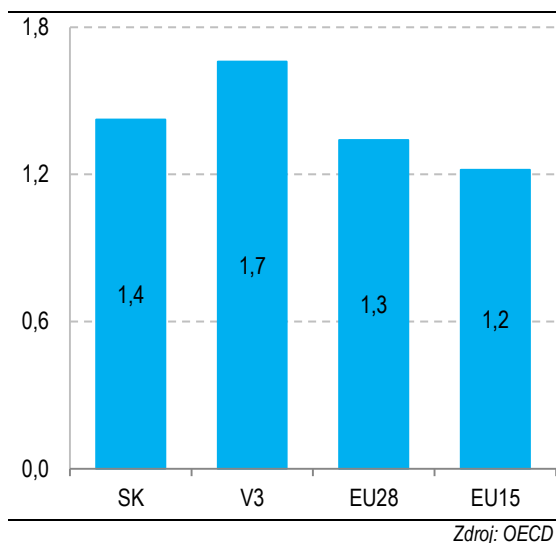
Po zohľadnení efektívnosti systému aj kúpnej sily dáva Slovensko o niečo viac peňazí na liečbu v nemocniciach ako susedia, ale oveľa menej ako krajiny EÚ15. V ÚZS možno efektívnosť merať ako celkový počet dní, ktoré pacienti strávili na lôžku – menej dní spravidla predstavuje vyššiu efektívnosť. Počet dní na lôžku tvorí počet hospitalizácií a dĺžka pobytu. Vysoký počet hospitalizácií môže súvisieť s odlišnou mierou chorobnosti, ale aj menej efektívnym systémom preventívnej a primárnej starostlivosti. Dlhé hospitalizácie odrážajú zlý manažment pacienta, nevhodné medicínske postupy a málo rozvinutú následnú, komunitnú a domácu starostlivosť. **Na jeden deň pacienta na lôžku vynaloží Slovensko vyše 400 dolárov v parite kúpnej sily, kým krajiny EÚ15 dajú takmer 1 000 dolárov** (Graf 20). Oveľa vyššie výdavky v krajinách EÚ15 aj po úprave o paritu kúpnej sily môže vysvetliť lepšie vybavenie nemocníc, vyšší počet personálu alebo aj vyšší ekonomický status personálu v spoločnosti.

Z dlhodobého hľadiska je potrebné navyšovať zdroje v ÚZS s rastom celkového balíka na zdravotníctvo (v súlade s rastom bohatstva krajiny a starnutím), ale nezvyšovať podiel z balíka na úkor iných oblastí. Zdroje je potrebné hľadať v lepšom nastavení systému (kapitola 4.3). Krátkodobo však navýšenie môžu byť opodstatnené, najmä ako kapitálové investície.

Graf 20: Výdavky na 1 deň na lôžku, bežné ceny PPP, 2017



Graf 21: Počet dní na lôžku na 1 obyv., 2017



4.2 Kvalita, dostupnosť a efektívnosť ÚZS

Medzi jednotlivým slovenskými nemocnicami existujú výrazné rozdiely v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo sa týka miery úmrtnosti, reoperovanosti a rehospitalizovanosti pacientov. Ako ukázala Priebežná správa Revízie 2018¹⁶, 30 dní po prepustení z niektorých nemocníc zomrie okolo 0,1 % pacientov, zatiaľ čo pri porovnateľných diagnózach v iných nemocniciach sú to až 4 %. **Ústavná zdravotná starostlivosť je pre pacientov geograficky zároveň veľmi dobre dostupná**, 87 % obyvateľstva sa dostane do najbližšej nemocnice do 30 minút, do 60 minút sa dopraví až 99 % populácie. Spoľahlivé údaje o časovej dostupnosti, teda čakacích lehotách na jednotlivé zákroky, v súčasnosti nie sú dostupné. Kvalitu nemocníc možno merať aj výskytom nákaz získaných počas pobytu v zariadení (nozokomiálnych nákaz), v súčasnosti však ich vykazovanie nie je spoľahlivé.

Súčasný systém je v porovnaní s krajinami západnej Európy¹⁷ neefektívny. Analýza k pripravovanej reforme nemocníc ukázala, že priemerná dĺžka hospitalizácie je o 22 % vyššia, obsadenosť lôžok je o 10 % nižšia. Navyše sa v dôsledku starnutia obyvateľstva a faktorov ovplyvňujúcich zdravotnú starostlivosť¹⁸ do roku 2030 zvýši dopyt po ÚZS o takmer 18 %, čo pri súčasnom systéme iba zvýši náklady a záťaž na personál.¹⁹

4.3 Reforma ÚZS - stratifikácia siete nemocníc

Ministerstvo zdravotníctva v roku 2018 pripravilo reformu ústavnej zdravotnej starostlivosti, tzv. **stratifikáciu nemocníc, ktorej cieľom je do roku 2030 výrazne skvalitniť ústavnú zdravotnú starostlivosť**. Návrh reformy vychádza zo Štúdie k stratifikácii nemocníc MZ 2017.

¹⁶ <https://www.finance.gov.sk/files/archiv/uhp/3370/76/Revizia-vydavkov-zdravotnictvo-II.pdf>

¹⁷ Porovnané krajiny – počet hospitalizácií: Nemecko, Rakúsko, Francúzsko, Fínsko, Švédsko, Dánsko, Holandsko; priemerná dĺžka hospitalizácie: Dánsko, Švédsko, Holandsko, Nórsko, Veľká Británia, Taliansko; obsadenosť lôžok: Veľká Británia, Nórsko, Nemecko, Švédsko, Taliansko, Francúzsko, Rakúsko; počet lekárov a sestier: Nemecko, Francúzsko, Holandsko, Rakúsko, Nórsko.

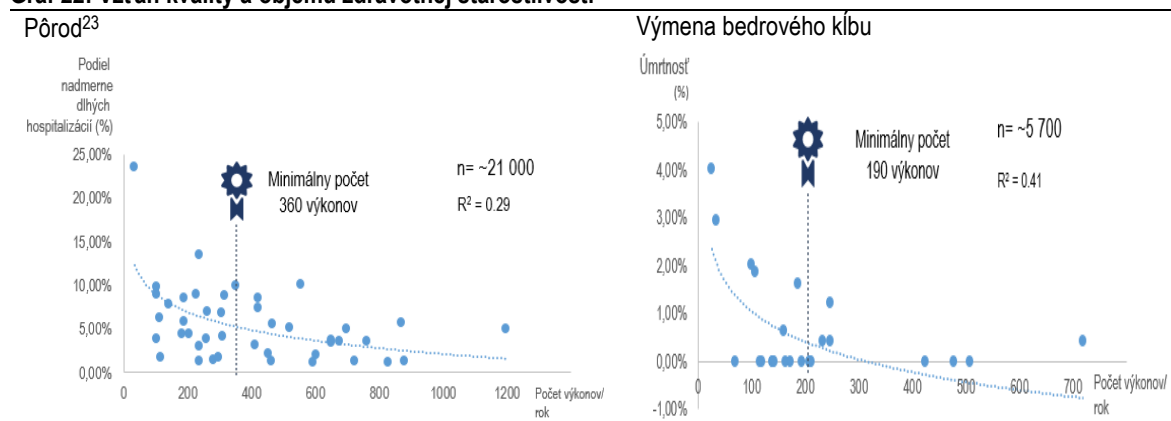
¹⁸ Napríklad zvýšená rezistencia voči antibiotikám, viac transplantácií orgánov vďaka bio-inžinierstvu, riziká spojené s vyšším vekom matiek pri prvom pôrode.

¹⁹ Údaje sa líšia od výsledkov analýzy revízie výdavkov v zdravotníctve a revízie miezd. Dôvodom je porovnanie Slovenska s inými skupinami krajín, väčšinou bohatšími s vyššími celkovými výdavkami na zdravotníctvo.

Kvalita výkonov zdravotnej starostlivosti rastie s ich počtom v rámci zariadenia. Vzťah medzi objemom a kvalitou ZS vyplýva z interného porovnania nemocníc²⁰ a zahraničného výskumu.²¹ Príčinami sú rast zručnosti a skúsenosti zdravotníckeho personálu pri vyššom počte výkonov, ako aj dostupnosť doplnkových špecializácií či vhodného vybavenia.

Slovenské nemocnice preto po novom dostanú povolenie poskytovať určitú špecializáciu iba ak dosiahnu predpísaný minimálny počet výkonov. Podľa pôvodnej štúdie by nemocnica napríklad mohla predbežne vykonávať pôrody iba ak ich ročný počet prevyší 640, výmenu bedrového kĺbu až od 190 operácií ročne²². Štúdia identifikovala minimálne počty výkonov v literatúre alebo v predpisoch v Rakúsku, Nemecku a USA zatiaľ len pre obmedzenú skupinu výkonov.

Graf 22: Vzťah kvality a objemu zdravotnej starostlivosti



Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Ako ďalší príklad sa dajú uviesť výstupy spoločného projektu MZ a Svetovej banky „Minimal volume thresholds“, ktorý sa podobne zameril na porovnanie početnosti jednotlivých výkonov medzi poskytovateľmi. Súčasne sa počty porovnávali aj s prieskumom Leapfrog group, ktorý identifikoval **minimálne objemy na základe zberu dát z viacerých krajín.**

Tabuľka 16: Prehľad minimálnych objemov vybraných výkonov podľa Leapfrog group

Výkon	Minimálny počet (the Leapfrog Group)	Minimálny počet (Iné krajiny)
Resekcia – rakovina pažeráka	20	10 (Nemecko) 20 (Holandsko)
Operácia – rakovina konečníka	16	
Operácia – rakovina pankreasu	20	10 (Nemecko) 20 (Holandsko)
Operácia – rakovina pľúc	40	20 (Holandsko)

Zdroj: Štúdia MZ SR a Svetovej Banky – Minimal Volume Threshold

²⁰ Porovnanie vypracovala spoločnosť BCG na príklade siedmich výkonov (operácia pankreasu, operácia žlčníka, resekcia, hrubého čreva, resekcia konečníka, operácia konečníka, úplná výmena bedrového kĺbu, pôrod) u všetkých nemocníc s dostupnými dátami. Analýza bola upravená o náročnosť hospitalizačných prípadov v jednotlivých nemocniciach prostredníctvom ukazovateľa case-mix index.

²¹ Napríklad Chowdhury et al. (2007). "A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome". Halm et al. (2002). "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature."

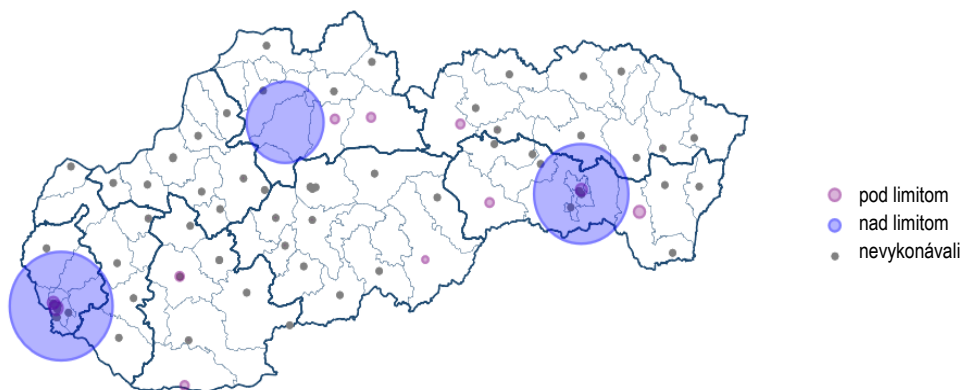
²² Minimálny limit počtu výkonov bol určený na základe metodológie v Nimptsch & Mansky (2017). "Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014." BMJ open 7.9.

²³ Spoločnosť BCG v spolupráci s expertmi definovala 9 a viac dní ako nadmerne dlhú hospitalizáciu.

Súčasťou štúdie je aj potreba zabezpečenia **regionálnej dostupnosti a centralizácie**. Regionálna centralizácia niektorých výkonov je nevyhnutným predpokladom zabezpečenia dostatočného počtu potrebných zdrojov.

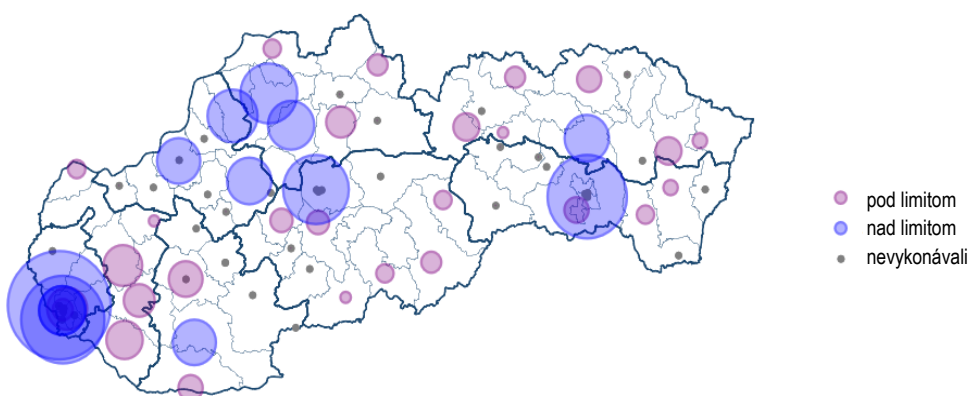
Na mapách je možné vidieť aktuálny objem jednotlivých výkonov, pričom je zrejmé, že bez dodatočnej centralizácie nebude možné dosiahnuť dostatočné počty jednotlivých výkonov a následne zabezpečiť celkové zvýšenie kvality. Niektoré výkony sa centralizujú už dnes (ako je možné vidieť na mape – operácia rakoviny pľúc), ide však o výkony, ktoré si vyžadujú špeciálne vybavenie a preto nie sú pre menšie nemocnice rentabilné.

Mapa 1: Operácia rakoviny pľúc



Zdroj: MZ SR

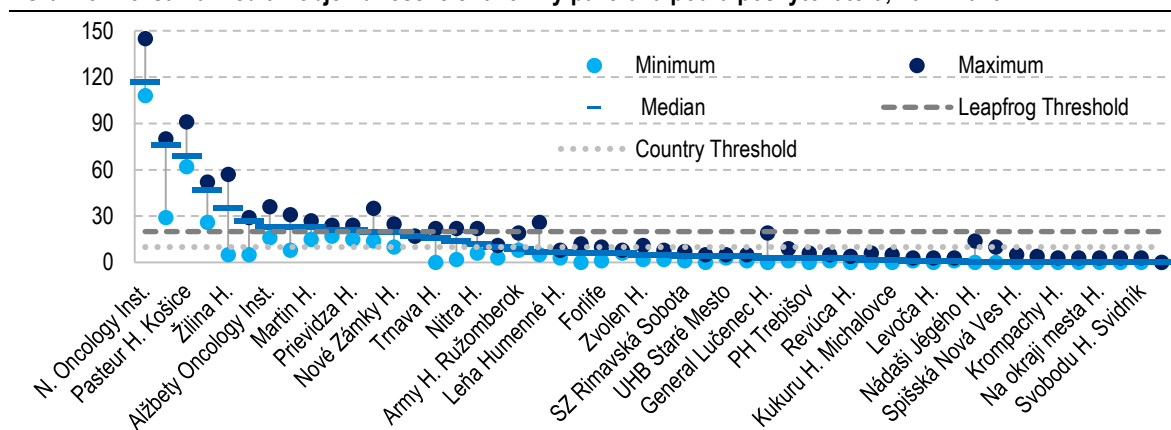
Mapa 2: Resekcia pažeráka



Zdroj: MZ SR

Vo väčšine prípadov však k centralizácii výkonov (a tým aj zdrojov) nedochádza. Graf zobrazuje počet resekcii pažeráka medzi jednotlivými poskytovateľmi. **Väčšina poskytovateľov nenaplnia očakávanú úroveň ani na úrovni stanoveného štandardu v SR, pričom pri porovnaní s medzinárodnou hranicou ide o ešte väčšie odchýlky.** Návrh stratifikácie schválený vládou v septembri 2019 vychádzal z vyššie uvedených štatistík a po konzultácii s odbornými spoločnosťami obsahuje 28 skupín výkonov s definovanými minimálnymi počtami.

Graf 23: Rozsah a medián objemu resekcie rakoviny pažeráka podľa poskytovateľa, 2014-2016



Pozn.: Leapfrog Threshold – limit podľa organizácie the Leapfrog Group, Country Threshold – limit daný v krajine (na Slovensku) Zdroj: MZ SR

Zároveň sa má upraviť sieť nemocníc, vzniknúť majú lokálne, regionálne a národné nemocnice, ktoré sa budú líšiť podľa náročnosti a akútosti špecializácií. **Plánuje sa zefektívnenie celej lôžkovej siete bez negatívneho dopadu na dostupnosť pre pacientov v regiónoch.** Zefektívnenie nemocníc môže viesť k transformácii až 5 600 lôžok, uvoľneniu priestorových a personálnych kapacít, medicínskych a prevádzkových zdrojov. Tie môžu byť lepšie využité v ambulantnej starostlivosti, jednodňovej chirurgii, dopravnej službe a najmä v dlhodobej starostlivosti, ktorej potreba v ďalších rokoch výrazne porastie kvôli starnutiu obyvateľstva.

Tabuľka 17: Rozdelenie nemocníc podľa ZS – prvý návrh zo štúdie

Úroveň ZS	Základná ZS	Regionálna ZS	Národná ZS
Typ nemocnice			
Lokálna nemocnica	musí poskytovať	môže poskytovať, ak splní štandardy	nemôže poskytovať
Regionálna nemocnica	musí poskytovať, ale v pomerne menšej miere	musí poskytovať aspoň jednu špecializáciu	môže poskytovať, ak splní štandardy
Národná nemocnica	musí poskytovať, ale v pomerne menšej miere	musí poskytovať, ale v pomerne menšej miere	musí poskytovať aspoň jednu špecializáciu
Geografické rozloženie	dostupnosť do 30 minút 45 spádových oblastí	dostupnosť do 60 minút 10 spádových oblastí	dostupnosť do 120 minút 3 spádové oblasti

Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Zdroje v nemocničnom systéme sa budú využívať efektívnejšie najmä zlepšením manažmentu pacienta a presunom pacientov do iných oblastí zdravotnej starostlivosti, a tiež odstránením neobsadených lôžok. Lepší manažment pacienta (napr. modernejšie medicínske postupy a elektronizácia údajov o pacientovi) a presun pacientov (napr. neakútnych chronických pacientov) do dlhodobej alebo ambulantnej starostlivosti povedie k zníženiu priemernej dĺžky hospitalizácie z 8,3 na 6,5 dňa a tým aj zníženiu celkového počtu

ošetrovacích dní.²⁴ Spolu so zvýšením obsadenosti lôžok zo 72 % na 80 % tak príde k celkovému úbytku nadbytočných lôžok. S tým spojený nižší počet ošetrovacích dní uvoľní prostriedky spojené s personálom, zdravotníckym materiálom a prevádzkou.

Opatrenie: Implementovať reformu nemocníc (stratifikáciu).

4.4 Hospodárenie najväčších nemocníc

Závazky po lehote splatnosti 13 najväčších nemocníc²⁵ stále rastú. V roku 2018 narástli o 10 mil. eur, čo bolo výrazne menej ako v minulom roku, ale najmä vďaka procesu oddľžovania. Bez oddľženia by narástli o 117 mil. eur.²⁶ Podľa súčasného rastu sa závazky v roku 2019 zvýšia o 79 mil. eur, v tejto sume je však zarátané aj oddľženie v roku 2019 (Tabuľka 18). **Závazky nemocníc rastú kvôli každoročnej strate²⁷.** Pre zastavenie trendu zadľžovania je nevyhnutné dosahovať aspoň vyrovnaný hospodársky výsledok.

Tabuľka 18: Závazky 13 najväčších nemocníc

	2015	2016	2017	2018	2019 1. polrok	2018 bez oddľženia	2019 predikcia bez oddľženia
v lehote splatnosti	120	123	128	156	162	156	169
po lehote splatnosti	427	527	646	656	684	763	888
Spolu	547	650	774	813	846	919	1 057
Nárast závazkov po lehote splatnosti		100	119	10	27	117	125

Zdroj: dáta MZ SR, IJ, výpočty ÚHP

V roku 2018 fakultné a univerzitné nemocnice (FaUN) MZ dosiahli pozitívny prevádzkový hospodársky výsledok EBITDA, ale len vďaka jednorazovému oddľženiu. Nemocnice v roku 2018 vykázali EBITDA vo výške 4,5 mil. eur, čo predstavuje zlepšenie o 81 mil. oproti minulému roku. **Po očistení dát o vplyv oddľženia hospodárili nemocnice najhoršie za posledné tri roky.** Oddľženie univerzitných a fakultných nemocníc voči pohľadávkam Sociálnej poisťovne a iných veriteľov v roku 2018 dosiahlo 106,7 mil. eur. Po očistení je prevádzkový hospodársky výsledok -103 mil. eur. Negatívny hospodársky výsledok po očistení majú všetky FaUN okrem Fakultnej nemocnice v Nitre (Graf 24). V rámci oddľžovania prijali nemocnice ozdravné plány, ktoré monitoruje MZ.²⁸

²⁴ Počet ošetrovacích dní sa rovná súčinu počtu hospitalizácií a priemernej dĺžky hospitalizácie.

²⁵ Univerzitná nemocnica Bratislava, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Univerzitná nemocnica Martin, Detská fakultná NsP Bratislava, Detská fakultná nemocnica Košice, Detská fakultná nemocnica Banská Bystrica, Fakultná NsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica, Fakultná nemocnica Trnava, Fakultná nemocnica Trenčín, Fakultná NsP J. A. Reimana Prešov, Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Fakultná nemocnica Nitra, Fakultná NsP Nové Zámky.

²⁶ Koncepciu oddľženia zdravotníckych zariadení schválila vláda SR v roku 2017.

²⁷ V období 2013-2017 strata nemocníc vysvetľuje až 60 % nových závazkov. Zvyšných 40 % z nárastu dlhu vysvetľujú neprevádzkové náklady,²⁷ nové investície, nárast pohľadávok, hotovosti na účtoch, zásob a prostriedky, ktoré za už poskytnuté výkony prídu nemocniciam na účet v ďalšom roku (príjmy budúcich období). Tieto faktory zároveň vysvetľujú, prečo vývoj dlhu nekopíruje trend v prevádzkovej strate.

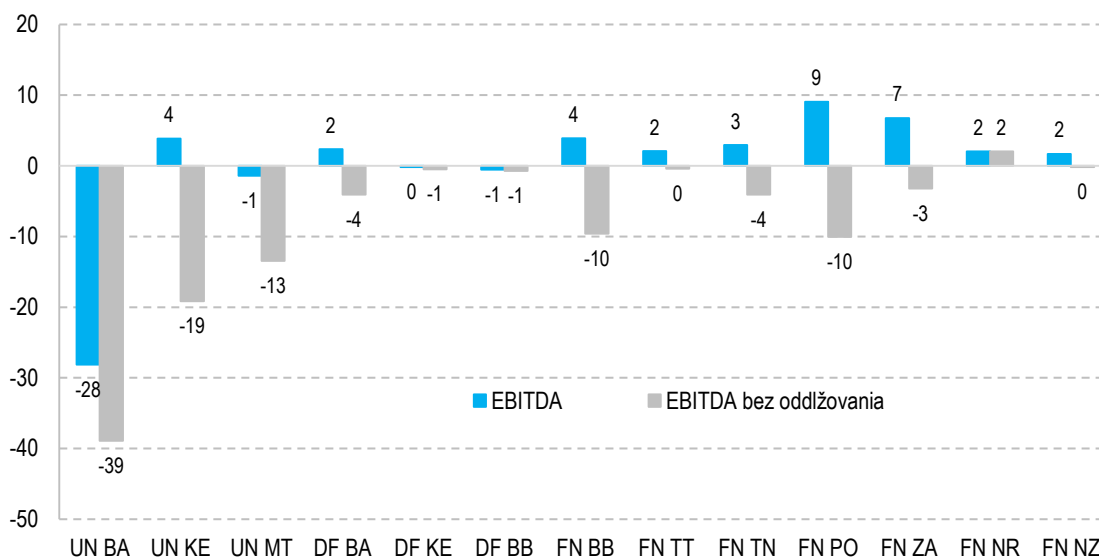
²⁸ <https://ekonomika.sme.sk/c/22205761/nemocnice-by-sa-mali-v-tretom-kole-oddzit-o-takmer-sto-milionov.html>

Tabuľka 19: Výnosy a náklady 13 najväčších nemocníc

	V mil. eur					Rast			
	2015	2016	2017	2018	2018 bez oddĺženia	2016	2017	2018	2018 bez oddĺženia
Výnosy celkom	719	762	784	1064	852	6 %	3 %	36 %	9 %
Iné výnosy	56	55	63	301	89	-2 %	15 %	378 %	42 %
Výnosy zo ZP	663	707	721	763	763	7 %	2 %	6 %	6 %
VšZP	478	513	520	549	549	7 %	1 %	6 %	6 %
Dôvera	142	148	156	168	168	4 %	5 %	8 %	8 %
Union	43	45	45	46	46	6 %	0 %	2 %	2 %
Náklady celkom	783	843	861	1060	955	8 %	2 %	23 %	11 %
Osobné náklady	460	490	513	549	549	7 %	5 %	7 %	7 %
Lieky a ŠZM	210	238	229	282	282	13 %	-4 %	23 %	23 %
Ostatné náklady	113	115	119	228	123	2 %	3 %	92 %	3 %
EBITDA	-64	-81	-77	4	-103	-27 %	5 %	105 %	-33 %

Zdroj: MZ, IJ

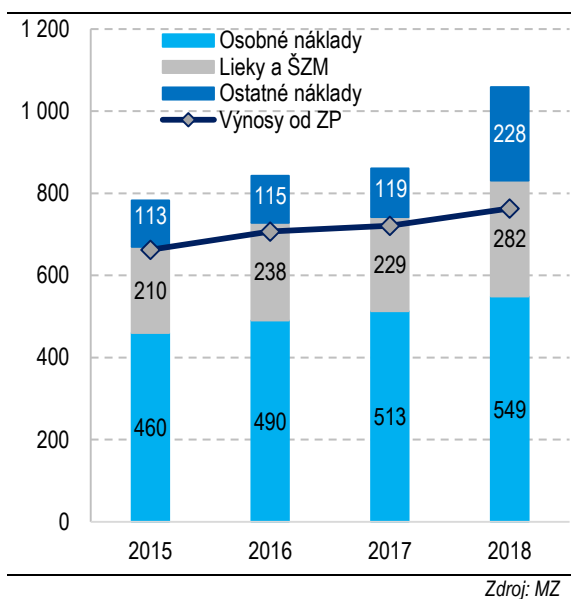
Graf 24: EBITDA fakultných a univerzitných nemocníc, 2018



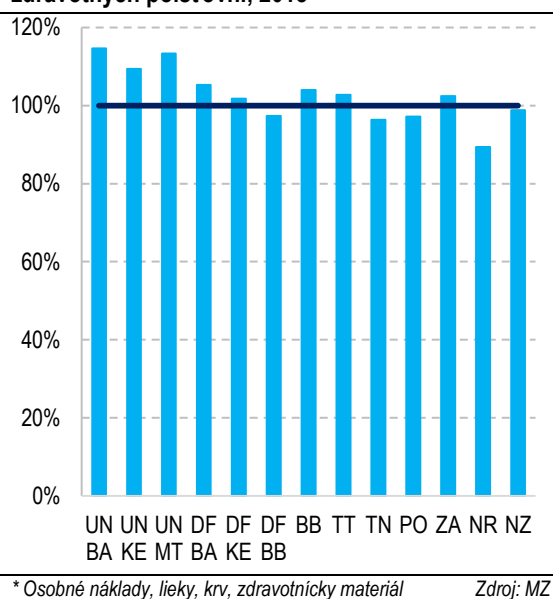
Zdroj: MZ, IJ

Výnosy zo zdravotných poisťovní dlhodobo nepokrývajú náklady nemocníc na personál, lieky, krv a zdravotnícky materiál. Ak by mali nemocnice nulové náklady na prevádzku budovy (napr. elektrina, kúrenie, pranie), väčšina z nich by z verejného poistenia stále nepokryla náklady na liečbu (Graf 25). Najvypuklejší je tento problém práve u najzadĺženejšej UN Bratislava, a UN Martin (Graf 26).

Graf 25: Výnosy zo zdravotných poisťovní a náklady FaUN



Graf 26: Podiel nákladov na vybraných prevádzkových nákladoch* na výnosoch od zdravotných poisťovní, 2018



Zlepšiť hospodárenie nemocníc môže:

- **Zníženie medicínskych nákladov** – stratifikácia, individuálne zefektívnenie manažmentu pacienta a liečebných postupov, ako ilustruje kapitola 12 na pôrodoch
- **Zníženie prevádzkových nákladov** – kapitola 4.6 nižšie.
- **Sfunkčnenie DRG a lepšie finančné mechanizmy**
- **Navýšenie výnosov od zdravotných poisťovní** – napríklad zjednotením platieb nemocniciam za rovnaký prípad (kapitola 4.7)
- **Navýšenie výnosov mimo zdravotných poisťovní** – napr. výhodný prenájom vlastných priestorov

Opatrenie: Optimalizovať náklady nemocníc a zlepšiť finančné mechanizmy.

Opatrenie: Alokovať kapitálové výdavky vo výške 69 mil. eur v roku 2020 a 98 mil. eur v rokoch 2021-2022.

4.5 Systém úhrad za DRG

Úhradový mechanizmus naviazaný na DRG (Diagnosis Related Groups) má zefektívniť hospodárenie nemocníc. DRG je nástroj na zoskupovanie individuálnych prípadov jednotlivých pacientov do nákladovo a medicínsky homogénnych skupín. Homogénne skupiny umožňujú porovnávanie „výkonnosti“ poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ak je jasné, aké prípady nemocnice riešia, je možné ich za tieto výkony odmeňovať podľa štandardných cenníkov a nevzniká priestor na rôzne podmienky v zmluvách medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami. Úhradový systém naviazaný na DRG predstavuje platbu, ktorá je jednotná pre všetky prípady spadajúce do definovanej diagnostickej skupiny, bez ohľadu na rozdiely v dĺžke pobytu v nemocnici alebo typy oddelení, na ktorých bol pacient liečený. Výskumy ukazujú, že zavedením platby za DRG sa v mnohých prípadoch znížila priemerná dĺžka hospitalizácie. Na druhej strane je tento systém náročný na správne nastavenie, nacenenie skupín a vykazovanie (Matthauer & Wittenbecher, 2013). Diagnostické skupiny na Slovensku sú inšpirované modelom v Nemecku.

V roku 2018 začal päťročný proces približovania individuálnych sadzieb jednotlivých nemocníc. Cieľom je ich úplná konvergencia do jednej celoslovenskej referenčnej základnej sadzby. V súčasnosti sa DRG využíva primárne pre vykazovanie výkonov, platby nemocniciam zatiaľ podľa neho nie sú nastavené. Zdravotné poisťovne stále uplatňujú úhradový mechanizmus na základe globálnych rozpočtov.

V súčasnosti je problémom predovšetkým zastaraný katalóg prípadových paušálov, ktorý jednotlivým diagnostickým skupinám pripisuje relatívne váhy. Dnešné váhy neodrkadľujú nové medicínske postupy a zmeny v pomeroch jednotlivých nákladových oblastí - mzdy, lieky, ŠZM, výkony. Je potrebné nanovo upraviť výšku týchto váh a následne prehodnotiť mix náročnosti prípadov (z angl. case mix index, CMI) jednotlivých nemocníc a súčasne aj základné sadzby za skupiny.

Ani plné zavedenie DRG však nevyrieši finančné problémy nemocníc, najmä veľkých koncových. Koncové nemocnice majú pokrývať starostlivosť pri závažných a komplikovaných prípadoch, slúžia ale aj ako bežné všeobecné nemocnice. Bežných prípadov je pritom väčšina, vo výsledku je priemerný prípad v koncovej nemocnici podobný ako v nemocniciach v menších mestách, niekedy aj menej náročný. Napríklad priemerný prípad v Univerzitnej nemocnici Bratislava je menej náročný ako v nemocnici v Komárne alebo Lučenci (Tabuľka 20). Po tom, čo sa sadzby za DRG úplne zjednotia, by preto koncové nemocnice mali za hospitalizačné prípady v priemere dostať aj podobné platby ako bežné nemocnice.

Časť nákladov veľkých nemocníc je pritom oproti bežným nemocniciam oprávnené vyššia, keďže majú navyše vybavenie pre riešenie zložitých prípadov a zamestnávajú špičkových odborníkov. **Keďže ale tieto nemocnice z veľkej časti riešia bežné prípady, nie je jasné, či vedú dostatočne využiť aj špičkové kapacity. Môže sa tak stať, že hoci nemocnica má tieto kapacity, z úhrad na základe DRG nemusia byť kompenzované.** Niektoré krajiny EÚ, napr. Belgicko²⁹, riešia tento problém viac-úrovňovým financovaním, keď nemocnice dostávajú popri platbe za DRG dodatočný paušál za to, že držia špičkové kapacity a vybavenie v univerzitných nemocniciach.

Ďalšie nedostatky úhrad za DRG v zahraničí kompenzujú rôzne inovatívne platobné mechanizmy. Príkladom je „platba za epizódu starostlivosti“ (“Bundled payments for episodes of care“)³⁰, v ktorej je zahrnuté aj hodnotenie lekárov, prípadne aj pooperačná starostlivosť, kontrola u špecialistu, a pod. Vo Švédsku využívajú tento spôsob pri niektorých zákrokoch (výmena bedrového kĺbu, operácie chrbtice – pred/po operačná starostlivosť) alebo pri chronických ochoreniach (cukrovka). V Belgicku sú nad rámec DRG paušálne platené popáleninové centrá, vybrané centrá za špeciálnu ošetrovateľskú starostlivosť pre vybrané skupiny pacientov alebo nemocnice za pacientov s nízkym socio-ekonomickým statusom³¹. Viac o platobných mechanizmoch v zdravotníctve v prílohe.

²⁹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302C_Payment_methods_hospital_stays_Short_Report.pdf

³⁰ OECD. Better Ways to Pay for Health Care (2015)

³¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302C_Payment_methods_hospital_stays_Short_Report.pdf

Tabuľka 20: Porovnanie všeobecných nemocníc podľa náročnosti prípadov

	náročnosť 1 hospitalizačného prípadu*
Koncové nemocnice	
FNsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica	1,27
UN Martin	1,26
FNsP Žilina	1,20
UN L. Pasteura Košice	1,12
FNsP J.A. Reimana Prešov	1,12
UN Bratislava	1,10
FNsP Nové Zámky	1,07
FN Trnava	0,98
FN Trenčín	0,98
Nemocnica Poprad, a.s.	0,98
FN Nitra	0,94
<i>Priemer - koncové nemocnice</i>	<i>1,09</i>
Všeobecné nemocnice s náročnosťou vyššou alebo rovnakou ako koncová nemocnica s najnižšou náročnosťou	
Nemocnica arm. Gen. L.Svobodu Svidník, a.s.	1,74
Nemocnica Handlová, a.s.	1,56
Svet zdravia - Nemocnica Topoľčany, a.s.	1,44
Nemocnica Komárno s.r.o.	1,12
Všeobecná NsP Lučenec, n.o.	1,10
Nemocnica A.Leňa Humenné, a.s.	1,07
NsP v Ilave, n.o.	1,06
NsP Považská Bystrica	1,06
Nemocnica Košice-Šaca, a.s.	1,00
NsP Kráľovský Chlmec, n.o.	0,99
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o	0,98
Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	0,98
Nemocnica Poprad, a.s.	0,98
Nemocničná a.s.	0,96
Dolnooravská NsP Dolný Kubín	0,95
Nemocnica Zlaté Moravce, a.s.	0,94
Nemocnica Levice, s.r.o.	0,94
Kysucká NsP Čadca	0,94

*celkový case-mix nemocnice na počet hospitalizácií

Zdroj: MZ

Opatrenie: Zaviesť podrobné jednotné vykazovanie nákladov a aktualizovať relatívne váhy jednotlivých DRG skupín.

4.6 Optimalizácia vybraných prevádzkových (nemedicínskych) nákladov

Optimalizáciou jednotkových cien obstarávaných prevádzkových služieb v UN a FN je možné dosiahnuť úsporu 6,1 mil. eur. Úspora vyplýva z porovnania nemocníc na úrovni zmlúv a skutočných nákladov za rok 2018 na obstaranie elektrickej energie, zemného plynu, upratovania, stravovania, prania a strážnych služieb. Analyzované služby tvorili v roku 2018 7 % prevádzkových nákladov³² sledovaných 13 UN a FN. Najväčší úsporný potenciál (4,2 mil. eur) má spomedzi analyzovaných služieb výhodnejšie obstaranie upratovacích služieb. Úsporný potenciál bol identifikovaný v nadväznosti na optimalizáciu jednotkových cien len v UN a FN a len v sektore zdravotníctva, bez dodatočného benchmarkingu voči súkromným holdingovým sieťam či ostatným oblastiam verejného a súkromného sektora, ktorý by úsporu potenciálne navýšil. Rovnako tak analýza abstrahuje od kvalitatívneho posúdenia dodávaných služieb. Predpokladom pre túto analýzu je skutočnosť, že ak nemocnica kontrakt po realizácii verejného obstarávania uzatvorila, s kvalitou poskytovanej služby je spokojná.

³² Prevádzkové náklady bez zahnutia osobných nákladov.

Už Revízia I³³ analyzovala náklady UN a FN na elektrickú energiu, zemný plyn, upratovanie a pranie v celkovej výške 27 mil. eur. Výsledkom bolo odporúčanie pre MZ SR zaviesť vzájomný benchmark parametrov prevádzkových zmlúv UN a FN, a prijať opatrenia pre elimináciu nevýhodných podmienok. Implementáciou opatrení malo dôjsť k úspore 3,1 mil. eur. V skutočnosti sa medzi rokmi 2015 a 2018 náklady v 4 analyzovaných položkách v súčte zvýšili o 227-tisíc eur. MZ SR zároveň do 31.12.2018 nevytvorilo funkčný nástroj pre vzájomné porovnanie parametrov zmlúv podriadených nemocníc. Revízia II rozšírila analýzu prevádzkových nákladov o stravovacie, bezpečnostné a poradenské služby, čím adresovala náklady vo výške 34 mil. eur v sledovaných 13 UN a FN.

Tabuľka 21: Analýza prevádzkových nákladov UN a FN v Revízii I. a Revízii II.

	Revízia I.			Revízia II.			Zmena výšky nákladov 2015 - 2018 v tis. eur
	Náklady v 2015	Podiel na prevádzkových nákladoch	Úspora Revízie I. (tis. eur)	Náklady v 2018 (tis. eur)	Podiel na prevádzkových nákladoch	Úspora Revízie II. (tis. eur)	
Elektrická energia	7 714	2,22 %	383	8 534	1,77 %	262	820
Plyn	6 905	1,99 %	462	6 029	1,25 %	401	-876
Upratovanie	10 097	2,91 %	2 138	10 323	2,14 %	4 236	226
Pranie	2 380	0,69 %	145	2 437	0,51 %	412	57
Súhrn Revízie I.	27 097	7,81 %	3 128	x	x	x	x
Stravovanie	5 542	1,60 %	x	5 884	1,22 %	759	342
Bezpečnostné služby	1 031	0,30 %	x	654	0,14 %	51	-377
Poradenstvo	474	0,14 %	x	565	0,12 %	-	91
Spolu	34 143	9,85 %	x	34 426	7,15 %	6 121	283

Zdroj: Revízia I, hlavné knihy 2018 UN a FN

Lepšiemu hospodáreniu v rámci prevádzky môže pomôcť sieťové riadenie univerzitných a fakultných nemocníc, napr. formou holdingovej štruktúry, benchmarkovanie jednotkových cien prevádzkových služieb každých 6 mesiacov v sektore zdravotníctva, ako aj voči vybraným spoločnostiam v iných sektoroch verejnej správy a uzatváranie prevádzkových zmlúv minimálne na jeden rok. Zjednotenie predmetu a parametrov zmlúv o obstaraní prevádzkových služieb pre všetky UN a FN zabezpečí vzájomnú porovnateľnosť, optimalizáciu nákladov a efektívne vynakladanie verejných zdrojov.

Výsledky analýzy limitovala dostupnosť a neprehľadnosť zmlúv medzi nemocnicami a dodávateľmi služieb. Tento problém identifikovala už Revízia I z roku 2016. Napriek trojročnému obdobiu a zriadeniu ÚRPO problém nebol odstránený.

Niektoré nemocnice si zabezpečujú prevádzkové služby vo vlastnej réžii (Tabuľka 22). Prezentované úspory sa týkajú iba nemocníc, ktoré obstarávajú vybrané služby externými dodávateľmi. Porovnanie voči nemocniciam, ktoré si služby zabezpečujú internými kapacitami nebolo pre absenciu a neprehľadnosť rozúčtovania vnútropodnikového účtovníctva za rok 2018 možné³⁴. UN a FN najčastejšie (8 z 13 nemocníc) využívajú interné kapacity na zabezpečenie stravovania. Pri upratovacích a prácach službách prevažuje outsourcing, právne služby obstarávajú nemocnice v plnej miere od externých subjektov. V prípade strážnej služby neprevláda žiadna forma zabezpečenia – približne v polovici prípadov ju nemocnice vedú vo vlastnej réžii.

³³ <https://www.finance.gov.sk/sk/finance/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/revizia-vydavkov.html>

³⁴ Príkazom ministersky zdravotníctva SR č. 6/2018 s účinnosťou od 1.1.2019 bol tento problém odstránený. Príkaz zdefinoval jednotný účtovný rozvrh a postupy vedenia vnútropodnikového účtovníctva príspevkových organizácií a akciových spoločností v pôsobnosti MZ SR. (<https://www.health.gov.sk/Clanok?Príkaz-6-2018>)

Tabuľka 22: Zabezpečenie vybraných prevádzkových služieb v UN a FN (2018)

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
Podiel nezdravotníckeho personálu na osobných nákl.	11 %	13 %	13 %	12 %	10 %	14 %	7 %	9 %	11 %	14 %	14 %	9 %	15 %
Upratovanie	ext	ext	int	int	ext	int	ext	ext	int	ext	ext	ext	int
Stravovanie	int	int	ext	int	int	int	ext	int	ext	int	int	ext	ext
Pranie	ext	int	ext	ext	ext	int	ext	ext	ext	int	ext	ext	int
Osobná ³⁵ strážna služba	ext	ext	int/-	int/-	ext	int/-	ext	ext	int/-	int	ext	int	int
Právne služby	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext	ext

Pozn.: int – služba zabezpečená internými kapacitami, ext – externý dodávateľ služieb

Zdroj: UN a FN

Východiskom pre analýzu boli hlavné knihy za rok 2018 a zmluvné vzťahy platné v danom období. Za referenčnú cenu pri prevádzkových službách je považovaná najnižšia zmluvná cena spomedzi porovnávaných nemocníc. Výnimkou sú upratovacie a strážne služby – dôvody uvádzame v príslušnej pasáži. Nemocnicami vyjednané ceny za energie boli porovnávané voči cenám komodít na burze PXE³⁶. V prípade existencie viacerých zmlúv a rozdielných zmluvných podmienok v priebehu sledovaného obdobia bola výsledná jednotková cena vypočítaná ako vážený priemer daného obdobia.

Viac o prevádzkových nákladoch nemocníc a výpočte úspor v prílohe Prevádzkové náklady nemocníc.

Opatrenie:

- Optimalizovať jednotkové ceny obstarávacích prevádzkových služieb FaUN s úsporou 6,1 mil. eur ročne.
- Zjednotiť predmet a parametre zmlúv o obstaraní prevádzkových služieb pre všetky UN a FN s cieľom zabezpečiť vzájomnú porovnateľnosť, optimalizáciu nákladov a efektívne vynakladanie verejných zdrojov.
- Benchmarkovať jednotkové ceny obstarávaných prevádzkových služieb každých 6 mesiacov v sektore zdravotníctva, ako aj voči vybraným spoločnostiam v iných sektoroch verejnej správy.
- Eliminovať uzatváranie prevádzkových zmlúv na dobu kratšiu ako 1 rok.

4.7 Platby od zdravotných poisťovní

Platby nemocniciam za porovnateľného pacienta sa medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami výrazne líšia. VŠZP platí najviac, najmä v univerzitných a fakultných nemocniciach, Union platí vo väčšine nemocníc najmenej. V špecializovaných ústavoch (napr. NÚSCH, VÚSCH) a detských nemocniciach platí viac Dôvera (Tabuľka 23).

Takéto porovnanie nemocníc nebolo v minulosti priamočiare. Súčasná povinnosť nemocníc vykazovať výkony v DRG umožňuje po prvýkrát transparentne porovnať, koľko zdravotné poisťovne platia nemocniciam s ohľadom na rozdiely v náročnosti pacientov bez ohľadu na úhradový mechanizmus – stačí celkové náklady poisťovne na nemocnicu upraviť o náročnosť pacientov-poistencov danej poisťovne, tzv. case-mix pacientov³⁷.

Ak by každá nemocnica dostávala platby podľa poisťovne s najvyššou platbou za totožný prípad, ich rozpočty by sa navýšili o 72 mil. eur. Ak by nemocnice dostávali iba najnižšiu platbu, do nemocníc by sa dostalo o 100 mil. eur menej.

Dôvodom rozdielov sú pravdepodobne neefektívne nastavené platby u jednotlivých poisťovní. Ak by VŠZP za prípad platila vo výške priemeru platieb Dôvery a Unionu, ušetrila by 35 mil. eur. Najmenšia poisťovňa Union paradoxne vyjednáva najvýhodnejšie podmienky.

³⁵ Osobná v zmysle zabezpečená pracovníkmi strážnej služby.

³⁶ Power Exchange Central Europe, a.s.

³⁷ Vysvetlenie konceptu case-mix v kapitole 4.5.

Tabuľka 23: Rozdiely medzi zdravotnými poisťovňami v platbách nemocniciam* na DRG

	UaFN	Všeob. nemocnica	Špec. nemocnica	DFN	Všetky
Podiel hospitalizácií	43 %	45 %	11 %	1 %	100 %
Priemerné náklady na 1 DRG v eur					
VšZP	1 148	925	1 330	1 275	-
Dôvera	1 067	924	1 372	1 398	-
Union	1 060	875	1 329	1 280	-
Súčasná platba všetkých poisťovní, v mil. eur	519	383	271	18	1 191
Úspora - ak všetky ZP podľa minimálnych platby, v mil. eur	38	30	31	1	100
Navýšenie - ak všetky ZP podľa maximálnych platieb, v mil. eur	20	19	31	2	72

*údaje za 86 zo 107 nemocníc

Zdroj: MZ SR

Rozpočet v roku 2020 navyšuje zdroje v nemocniciach cez hodnotové opatrenia, najmä vyššie výdavky na sestry a dlhodobú starostlivosť. Časť nárastu výdavkov na chýbajúce zdravotné sestry pôjde na sestry v ústavnej zdravotnej starostlivosti (opatrenie č. 9 v rozpočte, viac v kapitole 11). Zároveň sa navýšia výdavky následnú ústavnú zdravotnú starostlivosť v nemocniciach, teda starostlivosť o dlhodobo chorých, doliečovanie a paliatívnu starostlivosť (opatrenie č. 10 v rozpočte, viac v kapitole 14).

5 Ambulantná zdravotná starostlivosť

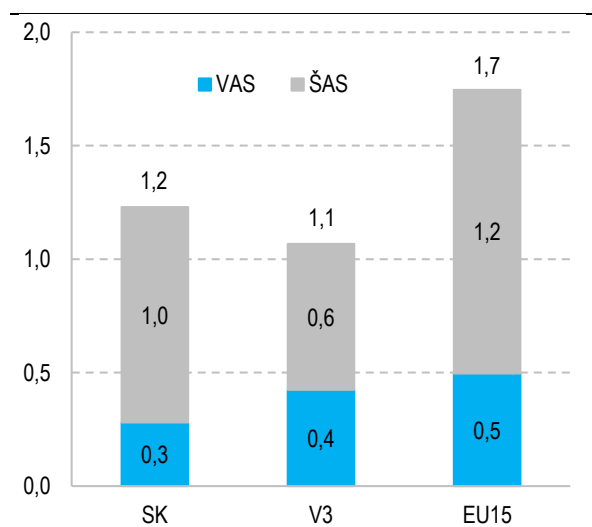
5.1 Výdavky na AZS

Slovensko dáva na ambulantnú starostlivosť 1,2 % HDP, teda viac ako susedné krajiny, zároveň dáva výrazne menej ako krajiny EÚ15 (Graf 27). Z celkového balíka ide na AZS podobný podiel ako v bohatých krajinách (Graf 28).

Trendom vo vyspelých krajinách je vytvoriť rozsiahlu primárnu starostlivosť³⁸ (na Slovensku všeobecná ambulantná starostlivosť, VAS), ktorá má pokryť širokú škálu starostlivosti. Slovensko dáva na primárnu starostlivosť 0,3 % HDP, čo je menej ako susedné krajiny. Aj z celkového balíka na zdravotníctvo alokujú susedné a bohaté krajiny na primárnu starostlivosť väčší podiel prostriedkov ako Slovensko.

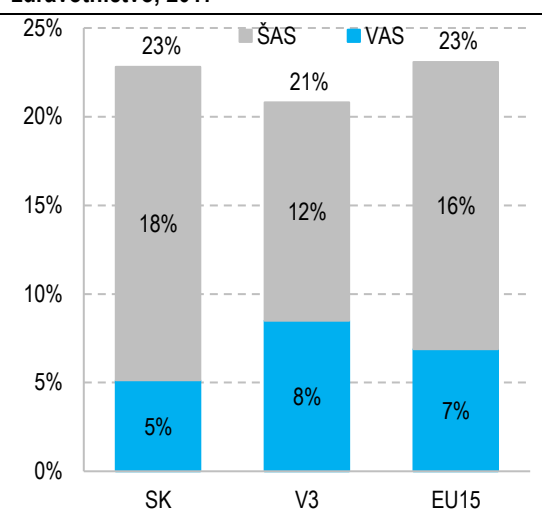
Na druhej strane na špecializovanú ambulantnú starostlivosť (ŠAS) ide oproti krajinám V3 viac peňazí ako % HDP aj ako podiel z balíka na zdravotníctvo. Slovensko prikladá ŠAS väčšiu prioritu ako krajiny EÚ15.

Graf 27: Výdavky na AZS, % HDP, 2017



Zdroj: OECD

Graf 28: Výdavky a AZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017



Zdroj: OECD

Z dlhodobého hľadiska je potrebné cielene navyšovať zdroje v AZS s rastom celkového balíka na zdravotníctvo (v súlade s rastom bohatstva krajiny a starnutím), a zároveň realokovať zdroje zo špecializovanej do primárnej starostlivosti.

5.2 Efektívnosť a kvalita AZS

Primárna starostlivosť na Slovensku je neefektívna, vyplýva to z rozsiahlych správ Svetovej banky v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva (v texte WB (2018a) a WB (2018b)). Neadekvátna primárna starostlivosť spôsobuje plytvanie zdrojmi tým, že pri ochoreniach, ktoré sa podľa skúseností v zahraničí dajú manažovať v primárnej starostlivosti, dochádza k

- vysokému počtu návštev v špecializovanej zdravotnej starostlivosti,
- vysokému počtu hospitalizácií na tieto ochorenia.

³⁸ <https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>. Medzi VAS/primárnu starostlivosť sa v revízií rátajú všeobecní lekári pre dospelých, pre deti a dorast.

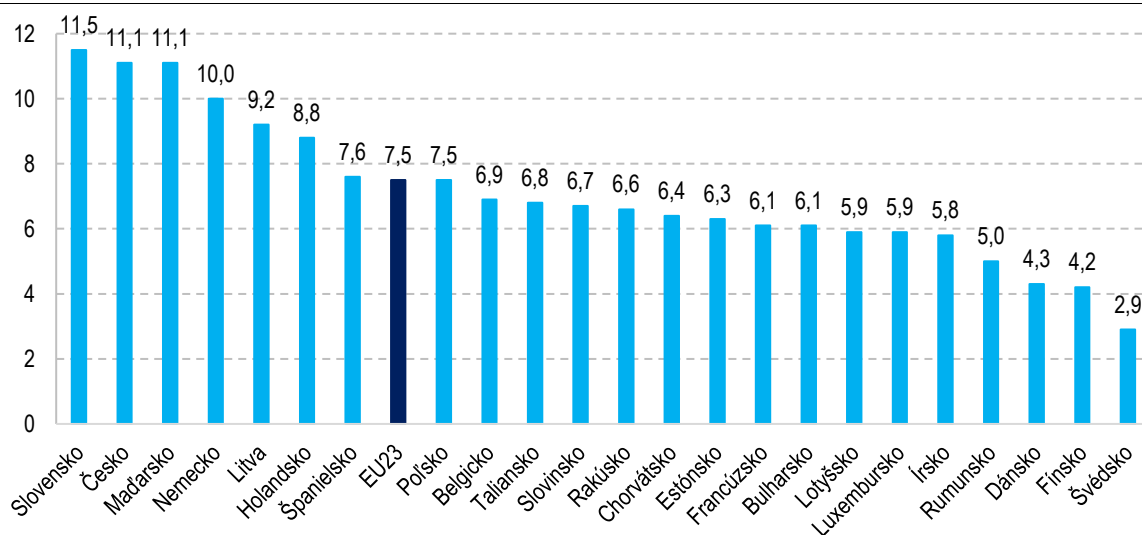
Kvalitná primárna starostlivosť prináša lepšie výsledky v zdraví, najmä pri ochoreniach, kde prevencia hrá dôležitú úlohu (napr. kardiovaskulárne a onkologické) aj vďaka bližšiemu a dlhšiemu vzťahu lekára a pacienta (Schafer et al., 2017), menej ochorení sa prejaví v neskorom štádiu. Úmrtnosť a chorobnosť na tieto chronické ochorenia bude narastať so starnutím populácie, dobré nastavenie systému primárnej starostlivosti je kľúčové pre zabezpečenie produktívneho života veľkej časti populácie (WB, 2018a).

S rozvinutou primárnou starostlivosťou je spojená aj väčšia spokojnosť pacientov vďaka ušetrenému času, ktorý by inak trávili návštevami viacerých špecialistov, možnosťou konzultovať viaceré problémy a riešiť ich koordinovane. Zároveň **zvyšuje férovosť**, keďže viac ľudí má lokálny prístup k všeobecnému lekárovi ako k špecialistovi, najmä u socio-ekonomicky znevýhodnených a zdravotne rizikových skupín.

5.2.1 Nadbytočné návštevy

Pacienti na Slovensku navštevujú lekárov v ambulanciách príliš často, najčastejšie z celej EÚ (Graf 29), napriek tomu sú výsledky v ich liečbe horšie. V priemere navštívi obyvateľ lekára 11,5 krát za rok, kým v krajinách V3 je to o 1,6 návštevy menej (Tabuľka 24)³⁹. Výskyt ochorení je medzi krajinami V4 porovnateľný, rozdiel v návštevnosti lekárov teda vyplýva najmä z neefektívne nastaveného systému zdravotnej starostlivosti. **V západných krajinách s najlepšimi výsledkami v zdraví ľudia zvyknú navštevovať lekára ešte sporadickejšie.**

Graf 29: Počet návštev lekárov v ambulanciách na obyv., 2016



Zdroj: OECD, Eurostat.

Tabuľka 24: Počet návštev lekárov (2016) a výskyt ochorení (2017)

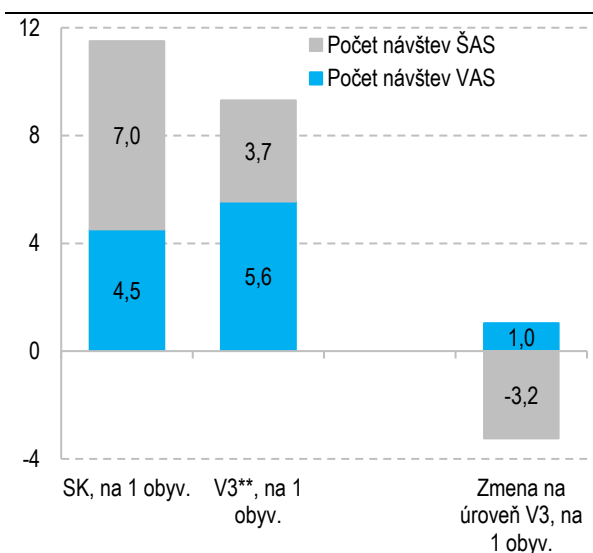
	Počet návštev na obyv.	Odvratiteľná úmrtnosť, počet úmrtí na 100 tisíc obyv.	Diabetes	Gynekologické	Neurologické	Chronické dýchacie	Očné	Kožné	Psychické
SK	11,5	168	8 %	13 %	48 %	10 %	15 %	27 %	12 %
V3	9,9	145	12 %	13 %	48 %	13 %	16 %	28 %	12 %
EÚ15	6,1	76	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: GBDCN, Eurostat

³⁹ Pacienti do ordinácií prichádzajú aj za účelmi, ktoré nie sú spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, napr. po potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti. Tieto typy „administratívnych“ návštev nie sú zarátané v analýze.

Slováci nadmerne navštevujú najmä špecialistov. Navštevy ambulantných lekárov sa skladajú z návštev všeobecných lekárov v primárnej starostlivosti a špecialistov. Počet návštev všeobecných lekárov je o niečo nižší ako v krajinách V3, počet návštev špecialistov je však na Slovensku 1,5-násobný (Graf 30). Dôvodom je, že časť zdravotnej starostlivosti, ktorú na Slovensku poskytujú špecialisti, v zahraničí vykonávajú všeobecní lekári so širšími kompetenciami. Tento nepomer je zároveň spojený aj s nižším podielom všeobecných lekárov oproti špecialistom na celkovom lekárskom personáli (kapitola 11.2).

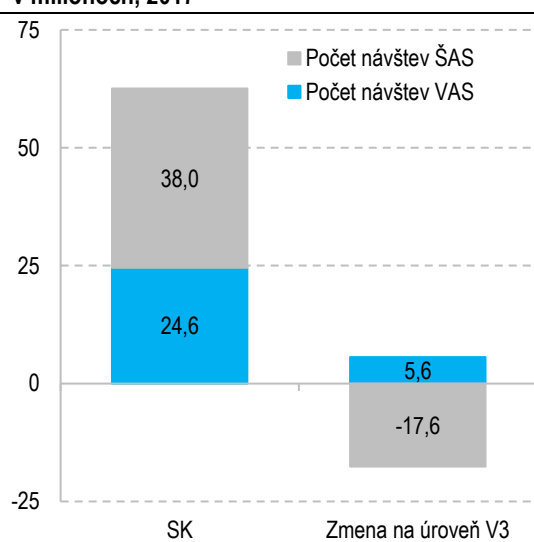
Graf 30: Počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách na 1 obyv., 2017*



*alebo skôr; **bez CZ

Zdroj: OECD, NCZI, PL, HUN zdroje

Graf 31: Absolútny počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách v miliónoch, 2017*



*alebo skôr; **bez CZ

Zdroj: OECD, NCZI, PL, HUN zdroje

Špecialisti a všeobecní lekári sa zároveň líšia v mechanizmoch úhrad od zdravotných poisťovní, ktoré majú odlišný vplyv na motiváciu poskytovať zdravotnú starostlivosť. Špecialisti sú platení najmä za výkon (fee-for-service), čo môže motivovať k nadmernému počtu výkonov. Všeobecní lekári dostávajú mesačne kapitáciu (platbu za pacienta v kapitačnom kmeni ordinácie). Úhrada za výkon tvorí len malú časť financovania, lekár tak môže mať motiváciu liečiť len ľahšie prípady. Oba typy mechanizmov sú bežné aj v zahraničí, kde ich nedostatky kompenzujú inovátné platobné mechanizmy (OECD, 2015).

Zníženie počtu návštev v ambulanciách špecialistov na úroveň priemeru V3 by mohlo ušetriť 207 mil. eur (Tabuľka 25). Úspora vychádza z poklesu návštev o 18 miliónov a nákladov na priemernú návštevu vo výške 11,7 eur u špecialistov s kompetenciami, ktoré majú v zahraničí aj všeobecní lekári (Tabuľka 26). Opatrenie si vyžaduje postupný nábeh, úspora v plnej výške sa očakáva za 10 rokov. Ušetrené peniaze budú cielene prerozdelené medzi existujúcich poskytovateľov.

Časť návštev špecialistov by prešlo do VAS na úroveň priemeru V3. Nestačí však pokryť úhrady vo VAS za tieto nové návštevy. Aby všeobecní lekári mohli pokryť nové návštevy, je potrebné navýšiť aj personálne a materiálno-technické kapacity vo VAS. Tento scenár si preto okrem úspory v ŠAS vyžaduje nárast zdrojov vo VAS (kapitola 5.3). Na dosiahnutie úrovne V3 je však potrebné aj celkové zníženie počtu návštev v ambulanciách – niektoré dnešné návštevy sú úplne zbytočné (viac v kapitole 5.3).

Tabuľka 25: Úspora zo zníženia počtu návštev u špecialistov

Nadbytočný počet návštev v ŠAS na 1 obyv.	-3,2
Nadbytočný počet návštev v ŠAS, v mil.	-18
Priemerná úhrada za návštevy vo vybraných ŠAS	11,7
Úspora - pokles ŠAS na úroveň V3, v mil. eur	-207

Zdroj: OECD, NCZI, Statistics Poland, KSH HU

Tabuľka 26: Náklady a počet návštev vo vybraných ŠAS, 2017

ŠAS	Náklady spolu, v mil. eur	Počet návštev spolu, v mil.	Priemerné náklady na návštevu, v eur
Kardiológia	18	1,2	14,8
Diabetológia a endokrinológia	17	2,1	8,3
Gynekológia a pôrodníctvo	46	3,2	14,2
Dermatológia	19	2,0	9,5
Neurológia	23	2,0	11,2
Pneumológia a ftizeológia	14	0,9	15,3
Oftalmológia	27	2,1	12,8
Chirurgia	37	3,4	10,9
Alergiológia a imunológia	13	1,2	10,6
Vybrané špecializácie	214	18,2	11,7

Zdroj: NCZI

Opatrenie: Znížiť počet návštev špecialistov, prinesie potenciálnu úsporu 207 mil. eur.

5.2.2 Odvrátiteľné hospitalizácie

Pacienti na Slovensku sú nadmerne hospitalizovaní na choroby, ktoré možno liečiť v kvalitnej ambulantnej starostlivosti a tým hospitalizáciám predísť. Koncept odvrátiteľných hospitalizácií (avoidable hospital admissions) sleduje OECD ako ukazovateľ kvality ambulantnej starostlivosti. Najčastejšie ide o hospitalizácie pacientov s astmou, cukrovkou, zlyhaním srdca, hypertenziou a chronickou obštrukčnou chorobou pľúc.

Voči priemeru V3 vykazuje Slovensko nadpriemerný počet hospitalizácií najmä na hypertenziu, zlyhanie srdca a astmu (Tabuľka 27). Znížením počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3 **možno ušetriť vyše 7 mil. eur ročne.** Tieto hospitalizácie pomôže znižovať aj zavedenie štandardných diagnosticko-terapeutických postupov (kapitola 12) a stratifikácia siete nemocníc (kapitola 4.3).

Tabuľka 27: Úspora zo zníženia počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3, 2015

skupina odvrátiteľných hospitalizácií	počet hospitalizácií vo V3, na 100 tisíc obyv.	počet hospitalizácií v SR, na 100 tisíc obyv.	rozdiel v počte SVK hospitalizácií voči V3, na 100 tisíc obyv.	priemerná úhrada za hospitalizáciu v SR, v eur	Úspora, v mil. eur
astma	59	93	34	735	1,4
zlyhanie srdca	422	417	-5	1 299	-0,35
Chronická obštr. choroba pľúc	155	145	-9	776	-0,4
diabetes	192	204	12	923	0,6
hypertenzia	160	350	190	602	6,2
Spolu	987	1 209	222	867	7,4

Zdroj: OECD, eHealth

Opatrenie: Znížiť počet odvrátiteľných hospitalizácií lepšou zdravotnou starostlivosťou v ambulanciách, prinesie potenciálnu úsporu 7,4 mil. eur.

5.3 Efektívne nastavenie primárnej starostlivosti

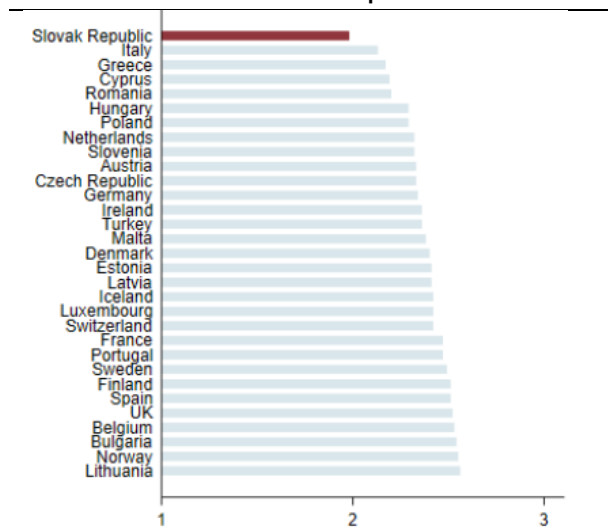
Neefektívnosť v ambulantnej starostlivosti vyplýva z nedostatkov nastavenia primárnej starostlivosti na Slovensku. Podľa Svetovej banky zaostáva primárna starostlivosť najmä v rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorú dokáže pokryť, a kompetenciách zdravotníckeho personálu, čo je prepojené na nedostatočné kapacity a štruktúru personálu a slabú koordináciu naprieč špecializáciami.

5.3.1 Rozsah starostlivosti a kompetencie v primárnej starostlivosti

V schopnosti pokryť „širokú škálu starostlivosti“⁴⁰ už v rámci primárnej starostlivosti vychádza Slovensko najhoršie zo všetkých krajín, ktoré vo svojej správe porovnávala Svetová banka (Graf 32) (WB, 2018a).

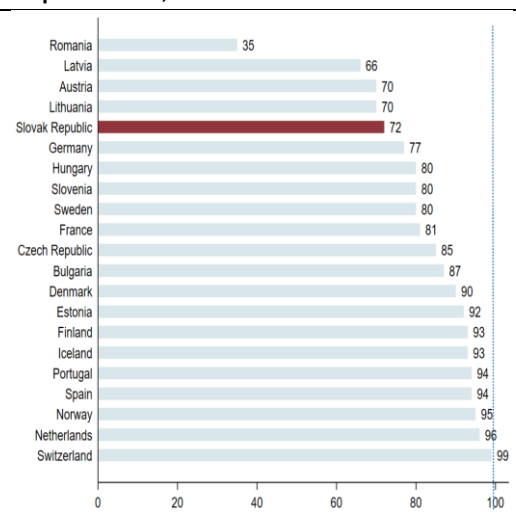
Prejavuje sa to napríklad tým, že všeobecní lekári vyšetria bez následného odporúčenia špecialistovi 72 % pacientov, priemer krajín EÚ je 83 % (Graf 33). V krajinách s rozvinutým systémom primárnej starostlivosti dosahuje táto miera nad 90 %. Podľa správy Svetovej banky sa odborníci, pacienti aj samotní všeobecní lekári na Slovensku zhodujú, že primárna starostlivosť je málo rozsiahla. Slovenskí lekári zároveň zhodnotili, že sa tento stav za posledných 20 rokov takmer nezmenil.

Graf 32: Schopnosť primárnej starostlivosti pokryť širokú škálu starostlivosti v Európe



Zdroj: Kringos et al. (2013)

Graf 33: Podiel vyšetrení bez odporúčenia špecialistovi, 2017*



*dáta 2012, podľa MZ sa podiel za Slovensko do roku 2017 nezmenil
Zdroj: Kringos et al. (2013)

Primárna starostlivosť na Slovensku nedokáže pokryť širokú škálu starostlivosti kvôli nízkemu rozsahu a uplatňovaniu kompetencií všeobecných lekárov.

Slovenskí všeobecní lekári využívajú len 70 % z kompetencií priemerného všeobecného lekára v EÚ, a dokonca len 48 % kompetencií kolegov v krajinách s najlepšou primárnou starostlivosťou (Tabuľka 28). Zaostávajú najmä v možnosti vykonávať drobné chirurgické zákroky a v dostupnosti medicínskeho vybavenia (EKG, otoskop), ktoré je nevyhnutné pre isté typy vyšetrenia (Kringos, 2013). Pri množstve chronických porúch všeobecní lekári nemajú kompetenciu pacientom indikovať lieky, iba vystavovať opakované recepty, ktoré už predtým predpísal špecialista. Mnoho chronických ochorení všeobecný lekár nemôže ani monitorovať (WB, 2018a).

⁴⁰ ukazovateľ zadaný v štúdiu Svetovej banky

Tabuľka 28: Porovnanie kompetencií všeobecných lekárov -

	Medicínske vybavenie	Prvý kontakt	Manažment vybraných diagnóz	Drobné chirurgické zákroky	Preventívna starostlivosť	Podpora zdravia	Spolu	Podiel počtu SK/benchmark
Počet bodov v kategóriách – čím viac bodov, tým väčšie kompetencie môže lekár uplatňovať								
SK	4	5	6	0	4*	4	23	-
EU	8	6	7	3	6	3	33	70 %
Krajiny s najlepším systémom	9	≥9	9	≥8	≥9	4	48	48 %
Najvyšší možný počet bodov	9	10	9	10	11	4	53	43 %

*Poznámka: * Ak sú zahrnuté oblasti kompetencií praktických lekárov pre deti a dorast a gynekológov – hodnotenie by predstavovalo 8/11
Autori štúdie WB (2018a) uznávajú, že primárna starostlivosť môže byť vyhodnotená ako komplexnejšia, ak je do nej zahrnutá aj gynekológia a pediatria*

Zdroj: Kringos et al. (2013)

Box 3: Čo patrí do primárnej starostlivosti na Slovensku

V tejto Revízii sa do primárnej starostlivosti zaraďujú ambulantní lekári v špecializáciách

- Všeobecný lekár pre dospelých
- Všeobecný lekár pre deti a dorast
- Lekárska služba prvej pomoci – ambulantná starostlivosť pre dospelých
- Lekárska služba prvej pomoci – ambulantná starostlivosť pre deti a dorast

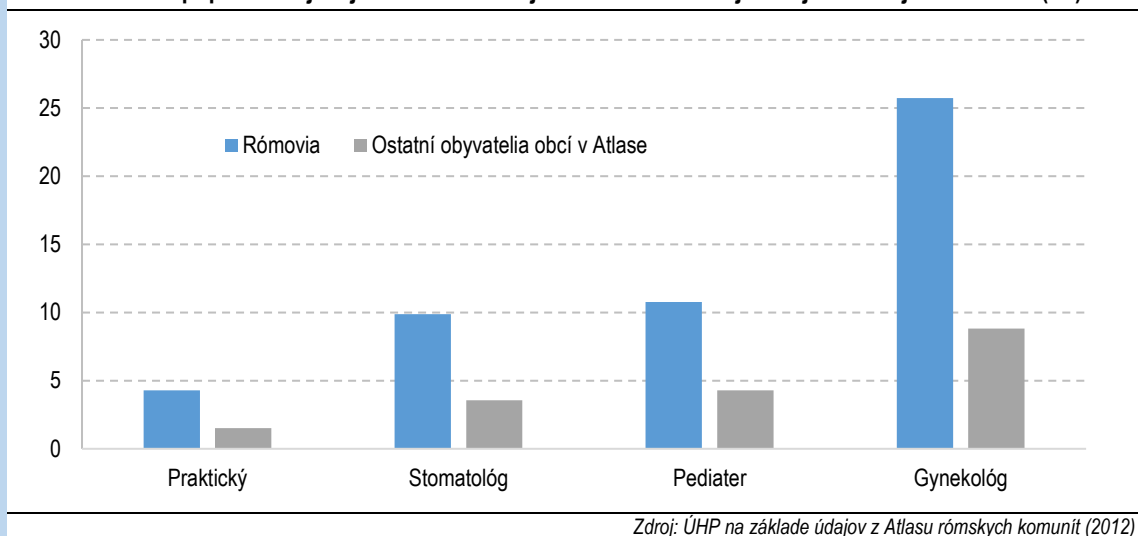
Do primárnej starostlivosti sa v mnohých krajinách zaraďujú aj gynekológovia. Aj na Slovensku sú gynekológovia v niektorých zdrojoch radení do primárnej starostlivosti, keďže sú napr. platení formou kapitácií, na ich návštevu netreba odporúčanie všeobecného lekára a zabezpečujú celú gynekologickú starostlivosť vrátane preventívnej.

Svetová banka odporúča prenos časti kompetencií gynekológov na všeobecných lekárov pre zlepšenie prístupu k primárnej starostlivosti. V krajinách so silnou primárnou starostlivosťou sa o pacientky stará predovšetkým všeobecný lekár, gynekológa-špecialistu navštevujú iba vo výnimočných prípadoch, napr. pri rizikovitom tehotenstve (WB, 2018b).

Keďže na Slovensku je menej gynekológov ako všeobecných lekárov, gynekologická starostlivosť už teraz nie je dostupná pre časť obyvateľstva, najmä pre znevýhodnené skupiny a obyvateľov na vidieku, v rovnakej miere ako všeobecná starostlivosť. Podľa Revízie výdavkov na marginalizované skupiny MF SR je vzdialenosť zdravotníckych zariadení od miesta bydliska jedným z dôvodov nízkej spotreby zdravotnej starostlivosti v znevýhodnených rómskych komunitách. V obciach s prítomnosťou marginalizovaných rómskych komunit je podiel Rómov žijúcich 10 a viac kilometrov od akejkoľvek najbližšej ambulancie skoro trojnásobný oproti majoritnej populácii (Graf 34). Najväčší problém je s dostupnosťou gynekologických ambulancií – až štvrtina obyvateľiek marginalizovaných rómskych komunit musí cestovať 10 a viac kilometrov.⁴¹

⁴¹ Do tohto porovnania bola zahrnutá celá rómska populácia zahrnutá v Atlase rómskych komunit, nie iba obyvatelia MRK.

Graf 34: Podiel populácie žijúcej v obci vzdialenej 10 a viac km od najbližšej lekárskej ambulancie (%)



V rokoch 2014 a 2015 došlo na Slovensku k rozšíreniu kompetencií všeobecných lekárov⁴². Toto rozšírenie však bolo iba čiastočné a väčšina lekárov nové kompetencie v praxi ani nezačala uplatňovať (WB, 2018a).

Podľa Svetovej banky potrebnému zvýšeniu efektivity primárnej starostlivosti a presunu kompetencií na všeobecných lekárov oficiálne aj v praxi na Slovensku bránia:

- nízke výdavky na primárnu ZS
- nízky počet všeobecných lekárov pre dospelých, starnúci personál
- nízka atraktivita špecializačného odboru všeobecného lekárstva medzi študentami
- platobné mechanizmy lekárov, ktoré neposkytujú vhodné motivácie vo VAS a ŠAS
- nedostatočná kooperácia a koordinácia so špecialistami

Ďalšími bariérami pre vytvorenie efektívnejšej primárnej starostlivosti sú:

- nedostatočná pripravenosť na vykonávanie kompetencií
- nízka dostupnosť primárnej ZS, najmä na vidieku
- chýbajúce štandardné diagnosticko-terapeutické postupy
- chýbajúci manažment pacienta na diaľku

Témam a opatreniam týkajúcich sa počtu, štruktúry, odmeňovania a kompetencií personálu sa venuje kapitola 11, štandardným postupom kapitola 12.

Zavedenie silnej primárnej starostlivosti, ktorá pokrýva širokú škálu starostlivosti, si vyžaduje počiatočné investície (WB, 2018b), najmä do personálu, zaškolenia, odmeňovania a vybavenia a priestorov ambulancií. Investície do primárnej starostlivosti sú spojené s dlhodobým nižším rastom výdavkov na zdravotníctvo vďaka lacnejšej a včasnejšej liečbe mnohých ochorení, ktoré inak výrazne zaťažujú systém (kardiovaskulárne ochorenia, diabetes).

Opatrenie: Zvýšiť zdroje na primárnu starostlivosť na úroveň 0,4 % HDP - priemer výdavkov v krajinách V3, čo predstavuje potenciál 113 mil. eur v horizonte 10 rokov.

⁴² Medzi výraznejšie zmeny, ktoré sa udiali v roku 2014 patrí rozšírenie obsahu a úhrad preventívnych aktivít (EKG, prevencia rakoviny hrubého čreva), vymedzenie delegovaných odberov, umožnenie vykonávať niektoré predoperačné vyšetrenia a úhrada očkovania nad rámec kapitácie. Kompetencie boli rozšírené aj v oblasti manažmentu pacientov s hypertenziou.

Jedným zo spôsobov, ako lekárom uvoľniť viac priestoru na výkon nových kompetencií, je odstránenie zbytočných návštev.

V krajinách so silnou primárnou starostlivosťou sa pacienti s niektorými ľahkými ochoreniami do ordinácie ani nedostanú. Príkladom sú virózy, ktoré je potrebné vyliečiť najmä dostatočným oddychom – na Slovensku mnohí pacienti s virózou strávia čas čakaním v ordinácii a lekár im predpíše zväčša nepotrebné lieky, veľmi často antibiotiká (viac v kapitole 6).

Niektoré krajiny pre takéto prípady zaviedli telefonickú komunikáciu ako formu prvého kontaktu, kde po konzultácii sestra alebo lekár vyhodnotia, či má pacient prísť do ordinácie. Okrem filtrovania na začiatku ochorenia sa telefonicky dá monitorovať priebeh mnohých chorôb a predchádzať tak návštevám za účelom kontroly zdravotného stavu. Tento systém zaviedli napr. ambulancie v Anglicku⁴³.

Pacienti do ordinácií prichádzajú aj za účelmi, ktoré nie sú spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, napr. po potvrdení o zdravotnej spôsobilosti, čo uberať lekárom ďalšie kapacity. Elektronické vystavenie potvrdení po telefonickej konzultácii s lekárom môžu ďalej eliminovať nepotrebné administratívne návštevy.

Vzdelávanie pacienta o príznakoch a charaktere ochorení môže pomôcť predísť zbytočným návštevám, napr. na virózy.

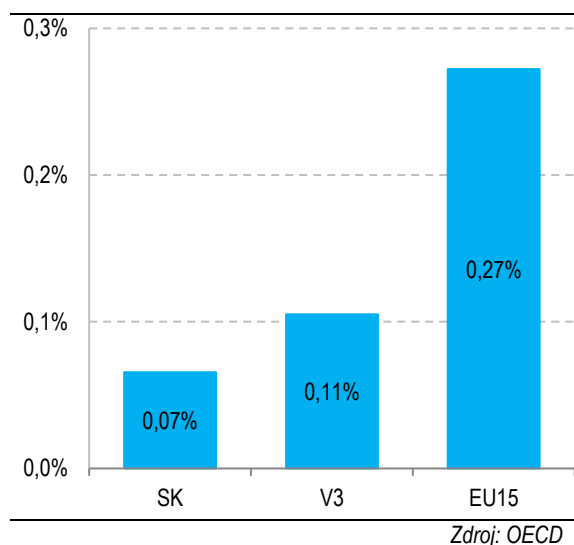
Opatrenia:

- Zaviesť možnosť telefonickej konzultácie pred návštevou lekára, kontrola cez telefón.
- Znížiť počet „administratívnych“ návštev.
- Vzdelávať pacienta o potrebe prevencie a domácej liečbe.

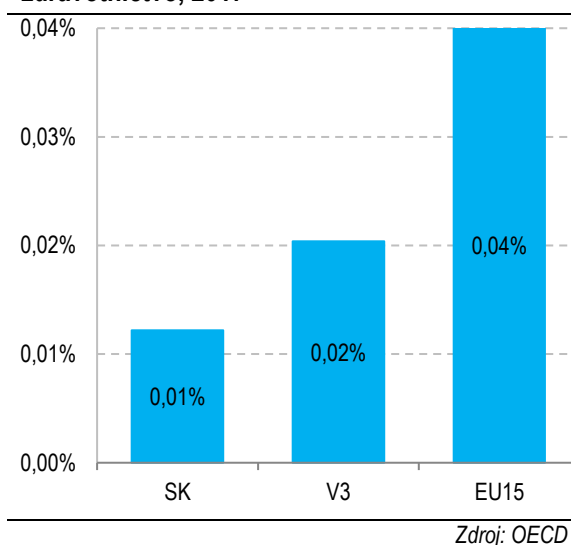
5.4 Jednodňová zdravotná starostlivosť

Slovensko dáva na jednodňovú zdravotnú starostlivosť (JZS) menej zdrojov ako % HDP aj ako podiel z celkového balíka v porovnaní s susednými krajinami aj členmi EÚ15.

Graf 35: Výdavky na JZS, % HDP, 2017



Graf 36: Výdavky a JZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017

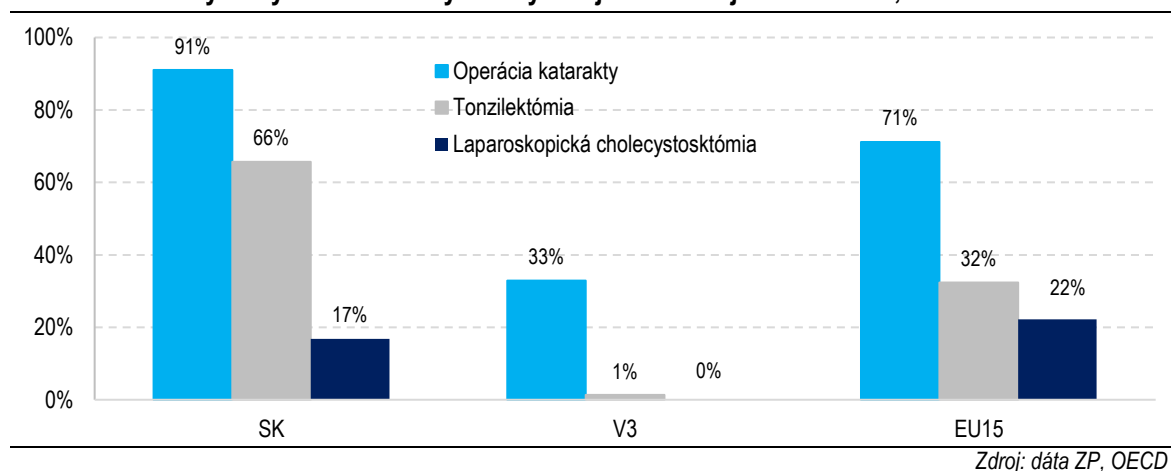


⁴³http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/PCF_Press_Releases/Making-Time-in_General_Practice_FULL_REPORT_28_10_15.pdf

Jednodňová starostlivosť šetrí zdroje tým, že pokrýva jednoduché chirurgické zákroky, ktoré možno vybaviť počas jedného dňa a pacient tak nemusí absolvovať drahšiu hospitalizáciu. Na Slovensku sa jednodňová starostlivosť vykonáva najmä v odbornostiach oftalmológia, gynekológia, chirurgia, ortopédia, otorinolaryngológia. **Dobre nastavené kapacity a systém financovania jednodňovej starostlivosti sú nevyhnutné pre úspech reformy ústavnej starostlivosti** (kapitola 4.3).

Podiel jednodňovej starostlivosti pri vybraných zákrokoch je vyšší ako v zahraničí. Vyše 90 % operácií katarákt, väčšina tonzilektómii (odstránenie podnebných mandlí) prebehlo v JZS. Laparoskopické odstránenie žlčových kameňov JZS v krajinách V3 takmer nevykonáva, kým na Slovensku je to 17 % zákrokov.

Graf 37: Podiel vybraných zákrokov vykonaných v jednodňovej starostlivosti, 2017



Nepomer medzi výdavkami a podielom vybraných zákrokov v JZS v porovnaní s inými krajinami si vyžaduje hlbšie skúmanie. Vysvetlením môže byť, že v OECD databáze sú dostupné len dáta práve na len na vybrané zákroky, teda nie všetky, ktoré pokrýva JZS v jednotlivých krajinách. Tieto vybrané zákroky môžu byť zároveň relatívne lacné, a rozdiely vo výdavkoch na JZS medzi krajinami vychádzajú z rozdielov v iných a drahších zákrokoch. Príčinou môžu byť rozdiely v chorobnosti alebo vo vykazovaní.

Opatrenie: Postupne zvyšovať podiel jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Dofinancovanie ústavnej a ambulantnej starostlivosti

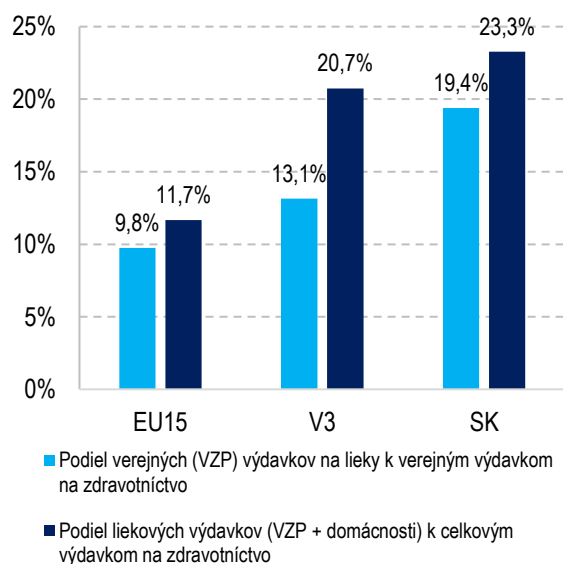
V roku 2020 prebehne navýšenie zdrojov v ústavnej a ambulantnej starostlivosti. Univerzitné a fakultné nemocnice sú každoročne v strate, čo sa pretavuje do narastajúceho dlhu. K strate prispieva aj skutočnosť, že výnosy zo zdravotných poisťovní dlhodobu nepokrývajú náklady nemocníc na personál, lieky, krv a zdravotnícky materiál. Ak by mali nemocnice nulové náklady na prevádzku budovy (napr. elektrina, kúrenie, pranie), väčšina z nich by z verejného poistenia stále nepokryla náklady na liečbu. V ambulantnej starostlivosti budú navýšené zdroje pre vybrané odbornosti vrátane všeobecného lekárstva v súlade s posilnením všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Opatrenie: Dofinancovať ústavnú a ambulantnú starostlivosť.

6 Lieková politika

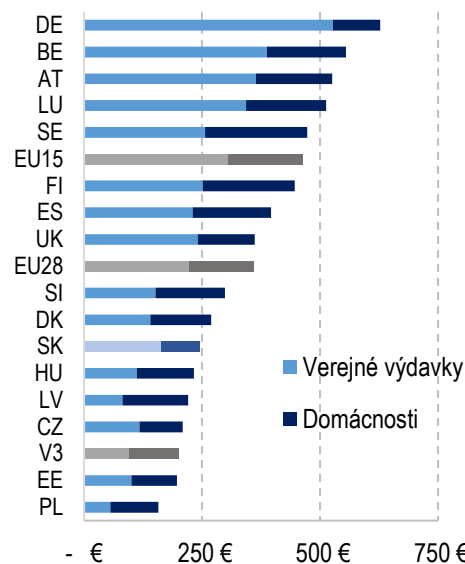
Slovensko dáva z verejných zdrojov na lieky 1,2 miliardy eur ročne. V porovnaní s krajinami V4 tvoria lieky väčšiu časť výdavkov na zdravotníctvo (graf 38)⁴⁴. Dorovnanie priemeru ostatných krajín V4 by v zdravotníctve uvoľnilo 96 mil. ročne, pričom pacientom by ušetrilo ďalších 48 miliónov eur⁴⁵.

Graf 38: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach (2017)⁴⁶



Zdroj: OECD, NCZI

Graf 39: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach na osobu, bežné ceny (v eur., 2017)⁴⁶



Zdroj: OECD, NCZI

Krajiny V4 dávajú na lieky väčšiu časť výdavkov v rámci zdravotníctva v porovnaní so západnou Európou. Rozdiely v cenách balení liekov medzi krajinami sú totiž nižšie ako variabilita pri mzdách a ďalších nákladoch. V princípe platí, že čím je krajina bohatšia, tým viac prostriedkov si môže dovoliť minúť na lieky (graf 39) a napríklad vo väčšej miere z verejných zdrojov hradí aj menej nákladovo efektívne lieky.

Celkové výdavky na lieky závisia od cien balení liekov, celkovej spotreby a od štruktúry spotreby.

- Oficiálne ceny liekov sú na Slovensku nízke vďaka externému referencovaniu - ceny jednotlivých balení liekov sú stanovené ako priemer troch najnižších cien v EÚ. Porovnanie sa však nemusí týkať drahých liekov podávaných v nemocniciach, ktoré sú v zahraničí typicky nakupované cez centrálné nákupy a ich reálna cena nevstupuje do referencovania.
- Celková spotreba liekov v denných dávkach je na Slovensku podobná EÚ krajinám s rovnakým vykazovaním, tiež neodôvodňuje vyššie výdavky na lieky.
- **Možným vysvetlením vysokých výdavkov Slovenska na lieky v porovnaní s V3 je vyššia spotreba a vyššie ceny drahých liekov ako aj dlhodobým nevynucovaním revízie úhrad liekov.**

⁴⁴ Medzinárodne porovnania výdavkov na lieky zahŕňajú len lieky vydávané v lekárňach. Lieky podávané v nemocniciach a ambulanciách ako súčasť výkonov zdravotnej starostlivosti nie sú spoľahlivo vykazované.

⁴⁵ Ak by pomer úhrad VZP na celkových liekových výdavkoch (VZP + domácnosti) ostal nezmenený.

⁴⁶ Tieto dáta OECD by podľa metodiky nemali obsahovať výdavky na lieky podané pacientovi priamo v ústavnej a ambulantnej starostlivosti (lieky typu A/AS). Slovensko však do OECD poslalo údaje aj za spomínaný typ výdavkov (centrálna nakupované lieky typu „A/AS“ a časť iných A/AS liekov). Použitie pôvodných Slovenskom dodaných OECD dát verejných výdavkov na lieky by výrazne nadhodnotilo slovenskú spotrebu. Z tohto dôvodu do porovnania boli za Slovensko zohľadnené NCZI údaje z výkazu L02_R_2017 ako verejné výdavky na lieky.

Verejné výdavky na drahé lieky súvisia s fungovaním kategorizácie liekov a posudzovaním nákladovej efektivity, kde má lieková politika vážne nedostatky. Zlepšenia v oblasti nákladovej efektivity sú hlavným opatrením liekovej politiky, s úsporným potenciálom 55 mil. eur. Mnohé z liekov dnes plne hrađených z verejných zdrojov nemuseli dokazovať svoju nákladovú efektívnosť aby sa dostali do kategorizácie, napriek tomu, že boli vyhodnotené ako príliš drahé v mnohých bohatších krajinách.

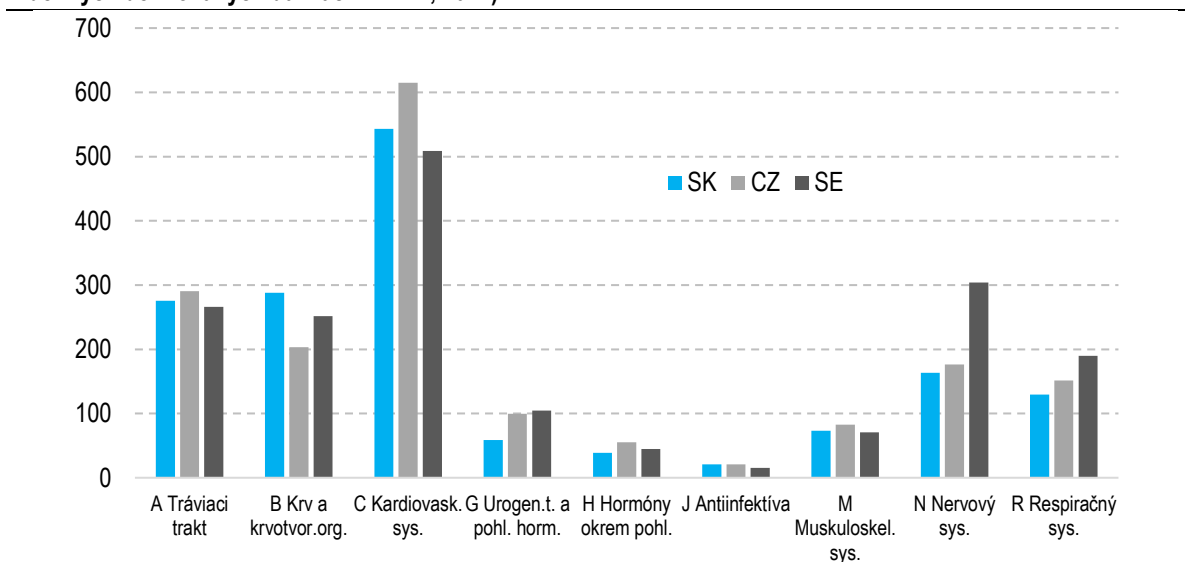
Rozširovanie centrálneho nákupu liekov prinesie úsporu 26 mil. eur. V zahraničí sú výdavky na drahé lieky popri prísnejšom posudzovaní nákladovej efektívnosti tlačené nadol aj centrálnymi nákupmi. Na Slovensku objem centrálne nakupovaných liekov rastie, ale stále existuje veľký priestor na rozšírenie.

Celkový ročný potenciál úsporných opatrení je pri liekoch 216 mil. eur, pričom v roku 2020 sa usporí 114 miliónov. Opatrenia vychádzajú zo špecifických nedostatkov slovenského systému liekovej politiky (prístup k úspore bottom – up).

6.1 Celková spotreba liekov

Slovenská spotreba liekov sa množstvom významne nelíši od krajín EÚ s porovnateľným vykazovaním (graf 41). Mierne rozdiely v spotrebe medzi krajinami sú však v zložení podľa terapeutických skupín liekov (graf 40; graf 42), slovenskí doktori predpisujú o 50 % viac antibiotík ako švédski. Švédske zdravotníctvo je považované za jeden z príkladov dobrej praxe v EÚ. Hoci sa na Slovensku spotrebuje menej liekov, je možné pozorovať štrukturálne rozdiely medzi týmito krajinami. Nižšia spotreba niektorých liekov nemusí byť pozitívom. Švédski pacienti spotrebujú výrazne viac liekov na nervový systém a urogenitálny trakt. Jedným z možných vysvetlení vyššej spotreby liekov na nervový systém vo Švédsku je menšia stigma v otázkach duševného zdravia (kapitola 16)⁴⁷. Naopak, slovenskí pacienti užívajú viac antibiotík (graf 42).

Graf 40: Prehľad slovenskej spotreby liekov a EÚ krajín s porovnateľným vykazovaním (podľa ATC⁴⁸ skupín, v denných definovaných dávkach – DDD, 2017)⁴⁹



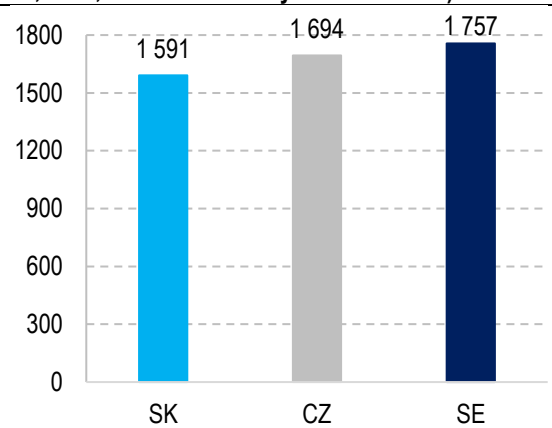
Zdroj: OECD

⁴⁷ Hoci skupina N obsahuje aj iné druhy liekov, podľa NCZI výkazov psycholeptiká a psychoanaleptiká tvoria väčšinu spotreby.

⁴⁸ Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém liekov

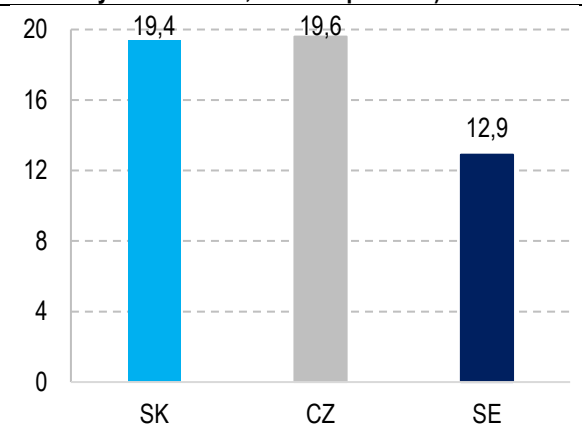
⁴⁹ V rámci ATC skupiny B je celková spotreba v DDD značne nadhodnotená, keďže Slovensko, Česko aj Švédsko vykazujú spotrebu kyseliny listovej podstatne odlišne ako ostatné OECD krajiny kvôli rozdielnej definícii jednej DDD (0,4 mg vs. 10 mg). Kyselina listová tvorí veľkú časť skupiny B (na Slovensku cez 50 %), a preto 25 násobný rozdiel vo vykazovaní významne zvyšuje počet denných dávok. Táto metodická odlišnosť SK,CZ, SE však nebola dôvodom nezahnutia iných krajín do porovnania, dôvody nezahnutia sú v boxe 4.

Graf 41: Celková spotreba liekov (skupiny z grafu 40, 2017, DDD na 1 000 obyvateľov na deň)



Zdroj: OECD

Graf 42: Spotreba antibiotík v roku 2017 (v DDD na 1 000 obyvateľov / deň; ATC skupina J01)



Zdroj: OECD

Box 4: Metodika porovnávania spotreby liekov

Za účelom medzinárodného porovnania sa počet spotrebovaných liekov prepočítava z balení na denné dávky definované svetovou zdravotníckou organizáciou. Za Slovensko dodáva od roku 2016 údaje NCZI. Spôsob vykazovania dát je podstatne rozdielny naprieč krajinami, niektoré štáty napríklad zverejňujú dáta bez údajov z nemocníc, prípadne bez voľnopredajných liekov. Ďalšou prekážkou u niektorých krajín je zverejňovanie počtu do lekárni dodaných liekov namiesto spotreby.

V priebežnej správe revízie výdavkov na zdravotníctvo II boli považované za porovnateľné EÚ krajiny Česko, Dánsko, Estónsko, Švédsko a Taliansko. Po podrobnejšej analýze metodiky zberu dát ohľadom zahrnutých liekov sú krajiny s porovnateľným spôsobom vykazovania v rámci EÚ iba Česko a Švédsko.

6.1.1 Nadspotreba antibiotík

Slovenská spotreba antibiotík je porovnateľná s Českom, avšak je výrazne vyššia ako vo Švédsku, ktoré patrí medzi lídrov v tejto oblasti (graf 42)^{50,51,52}.

Predpisovanie antibiotík v prípadoch, kedy nie sú potrebné, je spojené s medicínskymi rizikami aj zbytočnými finančnými výdavkami. V roku 2018 bolo pacientom predpísaných 5,1 milióna balení antibiotík, pričom výdavky VZP na antibiotika tvorili 20 mil. eur a doplatky pacientov 12 mil. eur⁵³.

Vysoká spotreba antibiotík spôsobuje, že baktérie sa stávajú odolnými voči liečbe. Nadmerné užívanie antibiotík ohrozuje celú populáciu, nie len pacienta, ktorý ich užíva pričasto. Hrozí, že choroby, ktoré sú už desaťročia považované za ľahko liečiteľné, sa stanu opäť závažnými⁵⁴. Niektoré predikcie varujú, že v roku 2050 môže byť antimikrobiálna rezistencia častejšou príčinou smrti ako rakovina⁵⁵. Odolné baktérie sa šíria vo

⁵⁰ Porovnanie spotreby z roka na rok je problematické, keďže dochádza k zmenám metodiky prepočtu spotreby jednotlivých balení, podľa najnovšej WHO ATC definície DDD. Slovensko spätne neprepočítava spotrebu za minulé roky podľa najnovšej metodiky.

⁵¹ Švédsko ma jednu z najnižších spotrieb antibiotík v EÚ, vyplýva to z analýzy: European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption. (2018) In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC

⁵² MÖLSTAD, Sigvard, et al. Lessons learnt during 20 years of the Swedish strategic programme against antibiotic resistance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2017, 95.11: 764.

⁵³ Zdroj: NCZI výkazy za rok 2018 L02_R a L02_LA_R

⁵⁴ European Commission. (2017). A European One Health Action Plan Against Antimicrobial Resistance (AMR). *European Commission*.

⁵⁵ Review on Antimicrobial Resistance. (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations*. Review on antimicrobial resistance.

voľnom prostredí, kde sa nimi môže infikovať ďalší jedinec. Vysoká odolnosť baktérií môže ohroziť aj bezpečnosť operácií a ďalších medicínskych intervencií.

Najčastejšie antibiotiká predpisujú všeobecní lekári pre dospelých a deti, ktorí v roku 2017 predpísali 73 % balení. V počte predpísaných antibiotík sa výrazne líšia jednotliví lekári. Významne vybočujúce hodnoty by mali byť predmetom revíziej činnosti poisťovní z medicínskych aj finančných dôvodov. Kým priemerný podiel predpísaných antibiotík na všetkých receptoch bol 32 % u všeobecných lekárov pre deti a dorast, našli sa v tejto skupine aj lekári, ktorí predpísali cez 60 % všetkých receptov práve na antibiotiká. Pre relevantnosť výsledkov do analýzy boli zahrnutí iba lekári, ktorí v danom roku predpísali recept aspoň 500 rôznym pacientom.

CRP vyšetrenia nie sú štandardne hradené všetkými poisťovňami priamo v ambulanciách u všeobecných lekárov pre dospelých, napriek ich možným prínosom v znižovaní počtu zbytočne predpísaných antibiotík. CRP vyšetrenie z prsta dokáže z kvapky krvi na počkanie naznačiť, či ochorenie je bakteriálneho alebo vírusového pôvodu, a teda či je vhodné predpísať antibiotikum. Pri deťoch všetky poisťovne hradia CRP vyšetrenie, vo výške okolo 4 eur. Tiež je potrebné posilniť úlohu klinických farmakológov v ÚZS.

Opatrenie: Nadspotreba antibiotík – znížiť preskripciu na úroveň Švédska

Cieľom opatrení v oblasti preskripcie antibiotík je významne zníženie ich spotreby a postupné priblíženie sa k úrovni spotreby vo Švédsku. Zníženie vykazovanej spotreby nie je priamo smerodajné, keďže môže prameniť len zo zmeny definícií denných dávok WHO, ku ktorej dochádza každoročne.

Poisťovne by mali povinne zabezpečiť, aby pacient mohol zadarmo absolvovať v nejasných prípadoch CRP vyšetrenie s výsledkom do niekoľkých minút. Štandardom by mali byť aj bezplatné CRP vyšetrenia na pohotovostiach pre dospelých, kde lekári podliehajú nadmernému tlaku pacientov, aby im boli predpísané antibiotiká⁵⁶.

6.2 Ceny a úhrady liekov

Výšku úhrady z VZP významne ovplyvňuje cena konkrétnych balení liekov, ktorá je regulovaná podľa cien v ostatných krajinách EÚ. Cena lieku na Slovensku môže byť ešte nižšia pri využití centrálného nákupu liekov. Verejné výdavky na lieky závisia aj od prítomnosti generických a biosimilárnych liekov v systéme, tieto lieky prinášajú úsporu a fungujú rovnako spoľahlivo ako originálne lieky.

6.2.1 Externé referencovanie cien

Slovensko má vďaka medzinárodnému porovnávaniu cien liekov jedny z najnižších oficiálnych cien v EÚ⁵⁷, maximálna cena lieku je určená ako priemer 3 najnižších cien v EÚ. Účelom tohto tzv. externého referencovania je efektívne využívanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia (VZP) – aby za rovnaký produkt ako v zahraničí zdravotné poisťovne neplatili neprimerane veľa. Externé referencovanie môže zo zákona prebiehať 1-2x ročne.

So zahraničím sa porovnávajú iba identické veľkosti balení. Výrobcovia tento fakt využívajú a na slovenský trh dodávajú neobvyklé (predražené) veľkosti. Zmena legislatívy tak, aby sa tieto lieky porovnávali na jednotkové množstvo by priniesla ročnú úsporu okolo 5 miliónov eur.

⁵⁶ Podľa prieskumu Dôvery pacienti často navštívia pohotovosť, aby dostali antibiotiká, pretože im ich obvodný lekár nepredpísal. <https://www.dovera.sk/aktuality/a3707/kde-platime-za-antibiotika-najviac-pozrite-sa-na-mape>

⁵⁷ Cena liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na Slovensku je stanovená ako priemer troch najnižších spomedzi úradne určených cien v členských štátoch EÚ, podľa zákona 363/2011 Z.z.

Zmena zákona by nemala mať vplyv na dostupnosť liekov na Slovensku, keďže ide len o dorovnanie zahraničných cien (ktoré sa výrobcom oplatia), čo je samotný princíp externého referencovania, ktoré prebieha už od roku 2011. Farmafirmy často používajú existenciu tohto porovnávania ako zdôvodnenie, prečo sú niektoré lieky na Slovensku nedostupné. Problém s nedostupnosťou liekov je však významný aj v krajinách EÚ⁵⁸, ktoré majú obvykle vyššie ceny liekov.

Tabuľka 29: Príklad lieku, ktorý je na Slovensku v nevýhodnej veľkosti balenia, ktorá v zahraničí nie je.⁵⁹

Krajina	Názov lieku	Účinná látka a sila	Počet ks v balení	Cena výrobcu za balenie (eur)
Slovensko	lomeron 400	lomeprol 163200 mg	10	1129,75
Česko	lomeron 400	lomeprol 163200 mg	1	66,72
Maďarsko	lomeron 400	lomeprol 163200 mg	1	58,16
Grécko	lomeron inj.sol 40 %	lomeprol 163200 mg	1	54,44

Zdroj: Medzinárodná databáza cien liekov EURIPID

Pretože cena lieku priamo ovplyvňuje úhradu z VZP, jednotkové porovnanie cien by pri lieku lomeron 400 prinieslo ročnú úsporu 1 mil. eur⁶⁰. Tri najlacnejšie 1 ks balenia v EÚ sú uvedené v tabuľke 29. So zahraničím sa porovnáva tzv. cena výrobcu. Neobsahuje daň ani prirážky distribútora a lekárne, a tak sú ceny dobre porovnateľné naprieč krajinami. V prípade vybraného lieku je jedine na Slovensko dodávané 10 ks balenie, v ostatných 8 EÚ krajinách, v ktorých je liek dostupný, sa používa 1 ks balenie. Keby sa cena na Slovensku porovnávala so zahraničím jednotkovo, lomeron 400 by mohol stať maximálne necelých 600 eur. V roku 2018 sa u nás spotrebovalo podľa údajov NCZI 1 792 balení tohto lieku⁶¹.

Opatrenie: Externe referencovať na jednotku balenia (potenciál 4,8 mil. eur).

Po novom sa pri externom referencovaní budú porovnávať aj rôzne veľkosti balení v prípade, ak slovenské balenie nie je k dispozícii aspoň v troch iných krajinách EÚ. Týmto opatrením dôjde k zamedzeniu špekulácií s najväčším vplyvom na VZP. Legislatívnu zmenu zákona 363/2011 Z.z., pripravená ministerstvom zdravotníctva je už aktuálne v legislatívnom procese a mala by nadobudnúť účinnosť od 1.1.2020.

Opatrenie: Vykonávať porovnanie liekov podľa platnej legislatívy aj 2. krát ročne.

Legislatíva umožňuje porovnávať so zahraničím 2x ročne lieky, ktoré prišli do systému v posledných 3 rokoch. Táto možnosť nebola doteraz využívaná. Napríklad pri lieku Amgevita by ďalšie porovnanie k 1. októbru 2019 v skupine ušetrilo 2,1 mil. eur, druhé porovnanie sa však môže aplikovať aj pre iné lieky.

6.2.2 Centrálny nákup liekov

Centrálным nákupom (CN) liekov na úrovni poisťovní alebo MZ je možné dosiahnuť výhodnejšie cenové podmienky. Na liečbu jednej diagnózy je často možné použiť viacero účinných látok. Ak zdravotná poisťovňa nakúpila liek centrálné, na liečbu svojich pacientov sa štandardne stáva používaným práve tento liek. Výrobcovia sú ochotní si konkurovať, pretože aj keď ponúknu nižšiu cenu ako oficiálnu, neovplyvní to zahraničné externé referencovanie (výrobcovia teda nebudú musieť znížiť svoju cenu aj v zahraničí). Nižšiu predajnú cenu lieku dokáže výrobcom vykompenzovať významne zvýšený objem predaja.

⁵⁸ Zdroj: <https://dennikn.sk/1538353/sefuje-kontrola-liekov-na-tuto-pracu-treba-odvahu-inspektorke-sa-vyhrzali-pytali-sa-jej-ci-si-je-ista-ze-ma-v-poriadku-auto/>

⁵⁹ Údaje zozbierané z databázy dňa 10.7.2019. Použitý referenčný výmenný kurz MZ k júlu 2019.

⁶⁰ V úhradovej skupine, po prepočítaní cien výrobcu na konečné ceny, podľa kategorizácie k 1.10.2019

⁶¹ Liek sa používa ako kontrastná látka pri diagnostike.

Slovenský objem centrálne nakupovaných liekov je nízky, tvorí 13 % hodnoty všetkých receptových liekov, u VŠZP iba 12 %. Oproti minulým rokom však došlo k významnému zlepšeniu a medzi rokmi 2016 a 2018 VŠZP zvýšila objem CN liekov o štvrtinu. Z hľadiska distribúcie liekov pacientovi je najjednoduchší nákup liekov, ktoré sú podávané v ústavnej starostlivosti alebo si vyžadujú podanie zdravotníckym pracovníkom (lieky typu „A“, „AS“). Pri tomto type tvorili centrálne nakupované lieky v roku 2018 približne 32 %, v Dánsku je to takmer 100 %.

Súčasný systém centrálnych nákupov na Slovensku narúša motiváciu výrobcov výrazne znížiť cenu, pretože objemy predaja nie sú garantované. Napriek tomu, že výrobca vyhrá tender VŠZP na dodávku liekov a porazí svojou cenou konkurenciu, nemusí sa stať najčastejšie používaným liekom v danej kategórii.⁶² Legislatíva umožňuje konkurenčnému lieku dorovnať cenu víťaza⁶³. Konkurencia v tomto prípade nemusí znížiť svoju oficiálnu cenu lieku a svoj objem predaja si zachová. Nevíťazné lieky tak sú aj naďalej používané v nemocniciach. Aj keď sa súčasný systém zdá byť výhodný pre verejné financie (úspora vďaka zníženej cene) aj pacienta (nezmení sa mu liek na iný, hoci vlastnosťami identický), z dlhodobého hľadiska nie je vhodný, keďže je znížená motivácia výrobcov prísť na Slovensko a ponúknuť výhodnejšiu cenu.

Opatrenie: Rozšíriť objem centrálne nakupovaných liekov na aspoň 25 % celkových liekových výdavkov⁶⁴ (potenciál 26 mil. eur).

Rozšírenie objemu centrálnych nákupov zo súčasných 13 % (priemer všetkých poisťovní) na 25 % by priniesol úsporu VZP vo výške 26 miliónov eur. Podiel 25 % zodpovedá situácii, kedy by všetky receptové lieky podávané v nemocniciach a ambulanciách (so spôsobom úhrady „A“ a „AS“) boli nakupované centrálne. Príklad z Dánska naznačuje, že tento cieľ je dosiahnuteľný.

Opatrenie: Zlepšiť konkurenčné prostredie v centrálnych nákupoch

MZ SR vydalo metodické usmernenie (s platnosťou od 1.11.2019), ktoré garantuje minimálne objemy vysúťažených liekov. Táto úprava má za cieľ zvýšiť motiváciu generických a biosimilárnych výrobcov prísť na slovenský trh a tým aj nepriamo zvýšiť konkurenciu pri centrálnom nákupe liekov. Ďalším aktuálne pripravovaným opatrením MZ je povinnosť PZS používať lieky, ktoré vyhrali tender na CN.

Box 5: Nákup nemocničných liekov v Dánsku⁶⁵

Dánsko využíva verejnú inštitúciu Amgros na nákup takmer všetkých nemocničných liekov. Táto autorita zastupuje jednotlivé dánske regióny a úzko spolupracuje s výrobcami, ktorým poskytuje zaškolenie a potrebnú podporu s administratívou. Pomocou centrálného nákupu Dánsko dosahuje priemernú zľavu z oficiálnej ceny lieku 37 % pri nemocničných liekoch. Keďže má Slovensko nižšie oficiálne ceny liekov ako Dánsko, je reálne očakávať o niečo nižšiu priemernú úsporu.

Pri centrálnom nákupe v Dánsku Amgros určuje požiadavky na dodávateľov, ako napríklad dodacie časy a dátum expirácie. Zástupcovia výrobcov následne predkladajú online cenové ponuky, pričom s víťazom je uzatvorená zmluva o dodávkach lieku do nemocníc štandardne na 12 mesiacov. Nemocnice posielajú priamo víťazovi požiadavky na potrebné dodávky lieku, tento proces je automatizovaný. Prípadné výpadky dodávok liekov rieši Amgros zabezpečením náhradnej alternatívy, pričom pri problematických liekoch využíva aj vlastné skladovanie liekov.

⁶² Zdroj: Interný výstup IZP: *Alternatívy riešenia garancie zmluvných objemov pri obstarávaní biosimilárnych a generických liekov*

⁶³ V prípade, ak ľubovoľný liek v skupine má doplatok aspoň 5 % priemernej mzdy z pred 2 rokov – aktuálne 47,7 eur.

⁶⁴ Počítané ako podiel CNL na liekových výdavkoch podľa NCZI 2018 výkazov (súčet za výkazy L02 typu R a LA).

⁶⁵ Informácie získané z webu inštitúcie Amgros - amgros.dk

6.2.3 Generiká a biosimilárne lieky

Generiká a biosimilárne prinášajú významnú úsporu verejným financiám. V roku 2019 vstupy týchto liekov do systému priniesli ročnú úsporu najmenej 35 mil. eur, z toho väčšina sa prejaví na výdavkoch už v tomto roku.

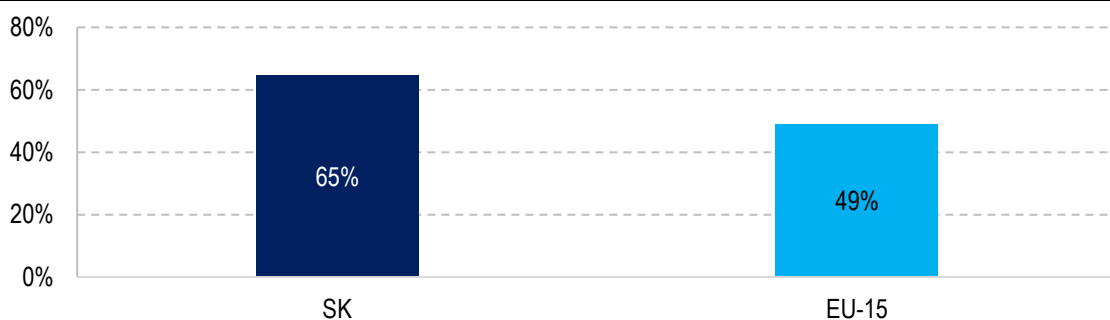
Box 6: Generiká a biosimilárne lieky

Generiká sú rovnako účinné a bezpečné ako originálne lieky, sú však lacnejšie. Po vypršaní patentu môžu iní výrobcovia vytvoriť vlastnosťami presnú kópiu originálneho lieku, tzv. generikum. Výrobcovia generík dokážu predajnú cenu nastaviť výrazne nižšie, keďže nemali tak vysoké náklady na vývoj. Musia však preukázať biologickú rovnocennosť⁶⁶ s originálnym liekom. Od originálneho lieku v tabletovej forme sa môžu líšiť napríklad farbou alebo pomocnými látkami, avšak účinná látka ako aj lieková forma musia byť rovnaké.

Biosimilárne lieky sú generickou alternatívou k biologickým liekom. Rovnako ako generiká, významne šetria prostriedky VZP, a tým zvyšujú dostupnosť liečby. Biologické lieky sú modernou liečbou, používajú sa najmä pri závažných diagnózach. Majú omnoho komplexnejšie molekuly ako bežne používané lieky, keďže na ich výrobu je potrebný živý organizmus. Z princípu nie je možné vytvoriť úplne identické molekuly ako mal pôvodný biologický liek, čo platí aj o rôznych šaržach pôvodného originálneho biologického lieku. Nové šarže originálu či biosimilárne lieky sú však natoľko identické k pôvodnému lieku, že sú rovnaké účinné a bezpečné. To je garantované ŠÚKL-om respektíve Európskou Liekovou Agentúrou (EMA).

Slovensko má väčší podiel generík na spotrebe liekov hradených z VZP ako krajiny západnej Európy (graf 43).

Graf 43: Podiel generík na celkovej spotrebe liekov uhrádzaných z VZP (%, 2017)



Pozn.: Porovnanie je indikatívne, krajiny používajú často rozdielne metodiky pri vykazovaní spotreby generík.

Zdroj: OECD

Slovenská legislatíva vyžaduje, aby každé generikum a biosimilárny liek vstupujúci do systému mal nižšiu cenu na štandardnú dávku liečiva (ŠDL) ako aktuálne najlacnejší porovnateľný liek⁶⁷ (tabuľka 30). Táto prax je bežná aj v iných krajinách EÚ a Slovensko hodnotami nevybočuje zo zahraničnej praxe⁶⁸. Vstup lacnejších liekov je spojený s transakčnými nákladmi napr. v podobe zmien predpisových návykov lekárov aj pacientov. Povinné zníženia ceny garantujú úsporu verejných zdrojov a kompenzujú nepriame náklady.

Tabuľka 30: Povinné zníženie ceny pri vstupe nového lieku do kategorizácie, platné od januára 2019

	1. neorig. liek v skupine	2. v skupine	3. a ďalší v skupine
Generický liek	-45 %	-10 %	-5 %
Biosimilárny liek	-25 %	-5 %	-5 %

Zdroj: aktuálne znenie zákona 363/2011 Z.z.

⁶⁶ Spôsob uvoľňovania lieku v tele

⁶⁷ Iný liek v systéme s rovnakou účinnou látkou a silou, ale počet ks môžu mať rozdielny.

⁶⁸ INEKO, 2018, analýza stavu a možnosti širšieho využívania biosimilárnej liečby na Slovensku

Opatrenie: Podporiť vstup ďalších generických a biosimilárnych liekov.

Zabezpečenie stabilného a predvídateľného legislatívneho prostredia v liekovej politike podporí vstup ďalších generík a biosimilárov v najbližších rokoch. Štát má možnosť uľahčiť vstup liekov na Slovensko sprehľadnením požiadaviek a aktívnou pomocou s formálnym procesom. Možnosťou je aj aktívne oslovovať výrobcov lacnejších liekov, ktoré na Slovensku zatiaľ nie sú.

6.2.4 Štvrťročná revízia úhrad

Prehodnotenie výšky úhrady z VZP, a tým aj výšky doplatkov za hradené lieky prebieha každé tri mesiace. Toto prehodnotenie (tzv. revízia úhrad) sa týka kategorizovaných liekov. Zoznam kategorizovaných liekov (ZKL)⁶⁹ reguluje lieky, ktoré sú na Slovensku čiastočne alebo plne uhrádzané z VZP.

Kategorizované lieky sú usporiadané v skupinách, pričom z verejných zdrojov sú hradené v princípe maximálne do výšky ceny najlacnejšieho lieku v skupine. Ak sa pacient rozhodne pre drahší liek, rozdiel v cenách dopláca. Štát takto motivuje pacientov brať rovnako kvalitné ale lacnejšie lieky a šetrí verejné zdroje. Jednotlivé skupiny liekov by mali byť tvorené medicínsky zameniteľnými liekmi, aby si pacient mohol vybrať liek s najnižším doplatkom v skupine.

Ak klesne cena najlacnejšieho lieku v skupine, pri najbližšej revízii sa tomu prispôbi aj výška úhrady z VZP a tým dôjde k úspore. Cena najlacnejšieho lieku sa najvýznamnejšie zvykne meniť pri vstupe prvého generického lieku do skupiny (viac o generických liekoch v kapitole 6.2.3). Zo zákona musí výrobca stanoviť cenu o 45 % (25 % pri biosimiláre) nižšiu ako pri pôvodnom lieku (tabuľka 30). Externé referencovanie tiež znižuje cenu najlacnejších liekov v mnohých skupinách. Ďalším dôvodom zmeny môže byť konkurenčný boj medzi rôznymi výrobcami lacnejších liekov navzájom alebo aj s výrobcom originálneho lieku.

V revízii úhrad od 1.4.2019 došlo k oneskoreniu úspory po vstupe generických a biosimilárnych liekov o 3 mesiace (box 7). Len pri jednej účinnej látke lenalidomid zmenou prišlo VZP o 1,8 milióna eur bez pridaného úžitku. K ďalším stratám dochádza aj naďalej.

Box 7: Zmena praxe po vstupe generických / biosimilárnych liekov

Podľa doterajšej praxe sa úhrady v skupine prehodnotili podľa ceny lacnejších liekov, aj keď boli zaradené do ZKL k rovnakému dátumu ako prebehla revízia. Ak generikum / biosimilár vstúpili do zoznamu kategorizovaných liekov k 1.4.2019, podľa štandardnej praxe by došlo od tohto dátumu aj k zníženiu VZP úhrady za originálne lieky podľa ceny vstupujúcich liekov. To by znamenalo úsporu VZP.

V apríli však v týchto prípadoch zmena úhrady nenastala. K zmene úhrady došlo až pri ďalšej revízii (k 1.7.2019). Z verejných zdrojov sú tak plne hradené drahšie lieky o 3 mesiace dlhšie. Zmena praxe sa aplikuje aj naďalej, napríklad pri vstupe lieku Benepali 50 mg sa zníženie úhrady v skupine posunulo z júla na október, čo stálo VZP najmenej 0,5 mil. eur.

Opatrenie: Opraviť oneskorené zníženia úhrady po vstupe generík a biosimilárov (potenciál 3 mil. eur).

⁶⁹ Zoznam je aktualizovaný každý mesiac a zverejnený na webe MZ, k výraznejším zmenám dochádza štvrťročne. Výšku úhrady z VZP v najväčšej miere mení príchod generík a biosimilárnych liekov, externé referencovanie, či prehodnotenie zloženia skupín. Aktuálny ZKL obsahuje približne 4 400 liekov.

6.2.5 Zmena zloženia úhradových skupín od júla 2019

Od 1.7.2019 bola do praxe zavedená rozsiahla zmena v zložení niektorých skupín liekov v ZKL, a tým sa zmenili výšky úhrad a doplatkov u veľkej časti liekov. Zmena však bola prevedená sporne.

Keďže úhrada sa určuje podľa ceny najlacnejšieho lieku v skupine⁷⁰, výšku úhrad a doplatkov podstatne ovplyvňuje spôsob, akým sú zoskupené lieky.

Pri rozhodovaní o úhradových skupinách chýbala transparentnosť (odôvodnenie spôsobu zoskupovania liekov), zmeny vytvorili nové systémové problémy (box 8, detailne v prílohe 5). Od 1. októbra 2019 došlo k ďalším zmenám, veľké úpravy v úhradových skupinách sú plánované aj od 1. januára 2020, podľa súčasného návrhu sa však hlavné nedostatky neodstránia.

Od júla sa vo výrazne väčšej miere navzájom porovnávajú aj lieky v rôznych silách – môže byť ale rozdiel, či bude pacient užívať 10 mg alebo 25 mg tabletky. Pacient sa tak niekedy nevyhne vyššiemu doplatku.

Porovnávanie v nových skupinách pri určení úhrady prebieha na základe štandardných dávok liečiva (ŠDL), ktoré primárne vychádzajú z databázy WHO. Svetová zdravotnícka organizácia však odporúča nepoužívať štandardné dávky liečiva na stanovenie výšky úhrady.⁷¹

Box 8: Nedostatky úhradových skupín (zmena od 1.7.2019)

Typy problémov zmeny úhradových skupín:

- **Pri stanovení úhrady boli zlúčené do jednej skupiny aj nezameniteľné lieky v rôznych silách, doplatok pri lieku v drahšej sile vzrástol a pacient sa tomuto nárastu nemôže medicínsky korektne vyhnúť.** Zmena má síce pozitívny finančný dopad na VZP, zaplatí ju však pacient.
- **Z verejných zdrojov sa hradia vyššie ceny aj u liekov, ktoré majú lacnejšiu, plne zameniteľnú alternatívu. Táto situácia môže byť pre VZP významne horšia, ako keby skupina nebola vytvorená vôbec** (v prílohe 5 je problém vysvetlený na príklade skupiny U106 s ročným negatívnym dopadom na VZP vo výške 340 tisíc eur, bez pridanej hodnoty pre pacienta).

Situáciu je najzreteľnejšie vidieť ak v úhradovej skupine boli zaradené aj nezameniteľné lieky v rôznych silách, úhrada sa však neurčila na základe najnižšej ceny na ŠDL ale podľa 2. alebo 3. najnižšej. Ak sú v skupine aj generické lieky, takto vytvorená skupina neodôvodnene zvyhodňuje drahších výrobcov na úkor konkurencie.

Opatrenie: Zmeniť úhradové skupín od 1.1.2020.

Od začiatku budúceho roka je naplánované prehodnotenie úhrad veľkej časti liekov ako výsledok najnovších zmien v zložení úhradových skupín. Dôjde k úspore 7,9 mil. eur ročne na verejnom zdravotnom poistení od roku 2020, zmena však neodstráni hlavné problémy spôsobu zoskupovania liekov, komplexná oprava ostáva potrebnou aj naďalej.

Opatrenie: Prehodnotiť zloženie úhradových skupín.

⁷⁰ Stanovenie úhrady podľa ceny najlacnejšieho lieku na ŠDL v skupine je správny postup, je však dôležité aby v skupine boli iba zameniteľné lieky.

⁷¹ Zdroj: https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/

6.2.6 Revízná činnosť zdravotných poisťovní

Zo záznamov poisťovní o úhradách za zdravotnú starostlivosť vidno prípady, kedy lekári predpisovali lieky v rozpore s oficiálnymi odporúčaniami výrobcu⁷², posilnenie revíznej činnosti poisťovní by pomohlo predchádzať rizikovým prípadom. Problém sa týka napríklad liekov na úzkosť (kapitola 16), kedy pacienti užívajú návykové lieky pridlho. Detailnejšia revízná činnosť a zavádzanie funkcií eHealthu môžu zredukovať viacnásobné predpisovanie rovnakého liečiva rôznymi lekármi, či závažné interakcie medzi liekmi.

Opatrenie: Zlepšiť revíznú činnosť zdravotných poisťovní a zaviesť ďalšie funkcie eHealthu.

6.3 Nákladová efektívnosť liekov

Zníženie celkových výdavkov na lieky, ktoré nespĺňajú kritéria nákladovej efektivity, prinesie úsporu 55 mil. eur. Štandardne musia lieky preukázať dostatočnú nákladovú efektívnosť, aby mohli byť hrazené z verejného zdravotného poistenia (zaradené do zoznamu kategorizovaných liekov). Mnohé z kategorizovaných liekov sa však tomuto procesu vyhli.

Na Slovensku sa na posúdenie prínosov a nákladov liekov od roku 2011 využíva ukazovateľ QALY – koľko pridovaných rokov života v plnom zdraví prinesie pacientovi nový liek. Ak nový liek pomôže žiť pacientovi o 10 rokov dlhšie ako doterajšia liečba, ale iba v polovičnom zdraví od ideálneho, liek prináša 5 jednotiek QALY. Koľko je štát ochotný maximálne zaplatiť pri liekoch za rok zdravého života je z časti ideologickou otázkou. Do konca roka 2017 bol používaný limit 24 – 35 násobok. V súčasnosti je prahová hodnota nastavená na 28 – 41 násobok priemernej mesačnej mzdy spred 2 rokov, v závislosti od splnenia pomocných kritérií.

Tabuľka 31: Limity pre výpočet nákladovej efektivity liekov (2018)

Krajina	Hodnota QALY (relatívna)	Hodnota QALY (absolútna v eur)
Slovensko do 12/2017	24 – 35 násobok priemernej mesačnej mzdy	-
Slovensko od 01/2018	28 – 41 násobok priemernej mesačnej mzdy	25 536 – 37 392
Poľsko, Maďarsko	3-násobok HDP na osobu ⁷³	32 841 eur (Poľsko), 36 890 (Maďarsko) ⁷⁴
Česko	0,9 mil. - 1,2 mil. CZK / 1 QALY ⁷⁵	34 787 - 46 382 ⁷⁶

Zo slovenských verejných prostriedkov sú uhrádzané aj lieky s nižšou nákladovou efektívnosťou ako v okolitých krajinách. Z VZP sú napríklad na Slovensku dlhodobo financované potenciálne nákladovo neefektívne lieky (PNNL), ktoré nemuseli preukázať svoju nákladovú efektívnosť. Na Slovensku sa podmienky nákladovej efektivity uplatňujú iba na lieky, ktoré vstúpili do systému od roku 2011. Navyše, ak má nový liek v liečbe nahradiť doteraz používaný liek, ktorý nemusel preukázať efektívnosť, stačí ak je nový liek efektívnejší (stále však nemusí spĺňať štandardné nákladové podmienky).

⁷² V rozpore so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC)

⁷³ CAMERON, D., UBELS, J., NORSTRÖM, F. (2018) On what basis are medical cost-effectiveness thresholds set? Clashing opinions and an absence of data: a systematic review. *Global health action*, 11.1: 1447828.

⁷⁴ Tesar, T., Obsitnik, B., Kaló, Z., & Kritensen, F. B. (2019). How Changes in Reimbursement Practices Influence the Financial Sustainability of Medicine Policy: Lessons Learned from Slovakia. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 664.

⁷⁵ Český SUKL považuje hodnotu 1,2 mil. Kč/ 1 QALY ako bežne akceptovateľnú hranicu nákladovej efektivity, pri hodnotách medzi 0,9 mil. - 1,2 mil. prihliada pri rozhodovaní na možné rizika analýzy. zdroj: <http://www.sukl.cz/leciva/sp-cau-028>

⁷⁶ Výmenný kurz ECB k 24.9.2019, 1 euro = 25,872 CZK

Ministerstvo zdravotníctva má možnosť si z vlastného podnetu vyžiadať farmako-ekonomický rozbor od držiteľa registrácie lieku aj keď už je liek hrađený (podľa zákona č. 363/2011, §93).

Vhodnejším riešením z hľadiska dôveryhodnosti údajov a možnosti kontroly by bolo, ak by mal štát možnosť v prípade podozrenia z nízkej efektivity vypracovať vlastné farmako-ekonomické hodnotenie lieku a na základe tohto hodnotenia vyradiť liek zo zoznamu hrađených liekov (pokiaľ by držiteľ registrácie neznižil cenu na požadovanú úroveň). Slovenské personálne kapacity na posudzovanie nákladovej efektivity zdravotníckych technológií sú však aktuálne nízke, čomu nasvedčuje prípadová štúdia z Nového Zélandu.

Výnimku pri preukazovaní nákladovej efektivity majú lieky určené na veľmi vzácne choroby (choroby, ktoré postihujú menej ako 1 pacienta na 50 000 obyvateľov). V roku 2018 však došlo k legislatívnej zmene, ktorá ohrozila finančnú stabilitu systému (kapitola 6.3.1).

Hodnotenie nákladovej efektivity sa neaplikuje v iných oblastiach zdravotníctva. Ak by bola aplikovaná rovnaká metodika napríklad aj pri výkonoch, poisťovne by mali byť ochotné platiť za operáciu o cca 30 tisíc eur viac ako za inú intervenciu, ak operácia prinesie v porovnaní s touto intervenciou pacientovi 1 rok života v plnom zdraví navyše. V ideálnom systéme by mali byť navzájom porovnávané napríklad aj prínosy screeningov či stavby zariadení sociálnych služieb, aby bolo jasné kde ďalšie investície prinesú najviac úžitku.

Opatrenie: Posilniť personálne kapacity na HTA analýzy.

Zvýšenie hodnoty za peniaze v liekovej politike je spojené s objektívnym analyzovaním prínosov a nákladov aj u liekov, ktoré v minulosti sa vyhli posudzovaniu. Vytvorením samostatnej HTA agentúry na hodnotenie liekov a iných medicínskych intervencií sa zabezpečí väčšia nezávislosť rozhodnutí. Posilnenie kapacít umožní vytvárať vlastné farmako-ekonomické analýzy s vyššou hodnovernosťou a vzájomnou metodickou porovnateľnosťou.

Box 9: Farmako-ekonomické analýzy na Novom Zélande⁷⁷

Nový Zéland pravidelne zostavuje rebríček liekov, podľa ich nákladovej efektivity, na základe ktorého sa stanoví, ktoré lieky môžu byť hrađené z verejných zdrojov. Hoci ma Nový Zéland porovnateľný počet obyvateľov ako Slovensko, financuje vlastnú HTA agentúru Pharmac na posudzovanie, ktoré lieky je vhodné hraďiť z verejných prostriedkov. Agentúra ma cez 100 zamestnancov a zameriava sa na analýzy prínosov a nákladov medicínskych produktov. Na rozdiel od Slovenska, kde sa kontrole HTA analýz venujú 3 zamestnanci, Pharmac sám vypracováva vlastné analýzy, aby zabezpečil dostatočne spoľahlivú kvalitu dát a vzájomnú porovnateľnosť. Pre dosiahnutie finančnej udržateľnosti používa Nový Zéland fixný rozpočet na lieky, a preto pravidelne prehodnocuje, ktoré lieky majú byť hrađené. Hodnotenie lieku môže byť znova vypracované, ak sa podstatne zmenia predpoklady, z ktorých analýza prvotne vychádzala. Pharmac vydáva podrobnú farmakoekonomickú príručku s vysvetlením, ako postupuje pri hodnotení nákladovej efektivity, je dostupná na webe:

<https://www.pharmac.govt.nz/medicines/how-medicines-are-funded/economic-analysis/pfpa/>

6.3.1 Nákladovo neefektívne lieky v systéme

V dôsledku nevhodnej definície lieku na zriedkavé ochorenia, platnej v roku 2018, sa do systému hrađených liekov dostali lieky s ročným dopadom 74 mil. eur, aj keď nemuseli preukázať nákladovú efektivitu.

Od 1. januára 2018 nadobudla účinnosť novela zákona č. 363/2011 Z.z. Jedným z dôvodov zmien bola snaha umožniť viac pacientom s veľmi zriedkavými ochoreniami dostať sa k hradenej liečbe. Výrobcovia niektorých

⁷⁷ Zdroj: <https://www.pharmac.govt.nz/>.

liekov na vzácne choroby (tzv. ultra-orphanov) tak nemusia dokladovať štandardnú nákladovú efektívnosť na to, aby ich lieky boli preplácané z verejného zdravotného poistenia (t.j. zaradené do ZKL).

Počas legislatívneho procesu došlo k výrazným zmenám znenia návrhu, ktoré spôsobili, že medzi hradené lieky sa dostalo výrazne viac liekov bez dokladovania nákladovej efektivity ako bol zámer (detaily v prílohe 6). Od januára 2019 MZ opravilo definície lieku na zriedkavé ochorenie. Problémom ostávajú lieky, ktoré sa dostali do systému v roku 2018, bez dokladovania dostatočného prínosu, a sú tak naďalej hradené z verejných zdrojov.

Opatrenie: Stanoviť podmienky nákladovej efektivity aj pre lieky na vzácne choroby. (potenciál 10 mil. eur).

Každý nový liek, ktorý žiada o vstup do kategorizácie, by mal povinne dokladovať svoju nákladovú efektívnosť⁷⁸. Férovosť a transparentnosť liekovej politiky zvýši stanovenie limitov nákladovej efektivity aj pre lieky na vzácne choroby. Nastavené kritéria sa budú vyžadovať aj od liekov, ktoré už do systému vstúpili.

Riešením pri liekoch, ktoré nespĺnia stanovené limity sú dohody o riadenom vstupe na trh (MEAs). Držitelia registrácií môžu neverejne prispôsobiť cenu limitom a tým sa vyhnúť zmenám cenotvorby v zahraničí. MEAs sú dohody medzi platiteľom (VZP, niekedy cez ZP) a držiteľom registrácie lieku za účelom stanovenia výhodnejších cenových podmienok alebo pre zníženie neistoty súvisiacej so vstupom nového lieku na trh. Častou formou je napríklad určenie maximálnej výšky úhrad za časové obdobie, čo slúži ako finančná poisťka pre platiteľa. V prípade, že sa dohodnutý limit úhrad prečerpá kvôli neočakávane vysokej spotrebe, držiteľ registrácie vráti prebytočné príjmy späť platiteľovi.

Box 10: Najdrahší plne hradený liek na Slovensku

Súčasný systém umožňuje, aby na Slovensku bol plne hradený napríklad aj liek Spinraza 12 mg určený na liečbu spinálnej svalovej atrofie, s cenou najmenej 245 tisíc eur za ročnú liečbu pacienta⁷⁹ a s plánovanou ročnou úhradou z VZP za všetkých pacientov cez 8 miliónov eur. Najnovšia štúdia⁸⁰ z kanadskej liekovej agentúry CADTH však ukazuje, že liek podľa dát výrobcu dosahuje v Kanade náklady na 1 QALY najmenej 450 tisíc eur, čím prináša viac ako 10 násobne menšiu hodnotu za peniaze ako je štandardný slovenský limit⁸¹. V Anglicku národný inštitút zdravia NICE konštatoval, že liek Spinraza je príliš drahý na to, aby mohol byť hradený z verejných zdrojov⁸², s výrobcom sa následne dohodli na neverejnej cene⁸³. Spinraza v Česku nie je hradená z verejného zdravotného poistenia⁸⁴.

Opatrenie: Prehodnotiť úhrady pri liekoch, ktoré nespĺňajú podmienky nákladovej efektivity (potenciál 45 mil. eur).

Vyradenie liekov, ktoré nespĺnia aktuálne podmienky nákladovej efektivity uvoľní 45 mil. eur, ktoré sa využijú v iných oblastiach zdravotníctva. Aby nedošlo k ohrozeniu zdravia pacientov, ktorí už aktuálne liečbu užívajú, odporúčame, aby týmto pacientom bola hradená liečba aj naďalej⁸⁵.

⁷⁸ Za nový liek v tomto prípade nie je považovaný liek vstupujúci do už existujúcej ATC skupiny.

⁷⁹ Pacient potrebuje počas prvých 2 mesiacov liečby 4 balenia lieku, následne 3 balenia ročne. Zdroj: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spinraza-epar-product-information_sk.pdf Úhrada VZP za jedno balenie je aktuálne 82 tisíc eur.

⁸⁰ <https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/pharmacoeconomic/sr0576-spinraza-resubmission-pharmacoeconomic-report.pdf>

⁸¹ Farmako-ekonomická štúdia z Kanady slúži iba na ilustráciu problému, keďže nákladová efektívnosť sa môže líšiť v závislosti od krajiny. Cena lieku v Kanade je však porovnateľná so Slovenskom. Liek pri 2. a 3. type choroby dosiahol hodnoty cez 1,4 milióna eur / QALY. Zistené hodnoty boli dokonca pri všetkých 3 typoch diagnózy považované kanadskou agentúrou za prílišne optimistické a agentúra poskytla vlastné odporúčanie používať hodnoty najmenej 5 mil. eur / 1 QALY.

⁸² Zdroj: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta588/documents/appraisal-consultation-document>

⁸³ Zdroj: <https://www.biopharmadive.com/news/cost-effectiveness-agency-clears-biogens-spinraza-for-uk-patients/554863/>

⁸⁴ Zdroj: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0222208&tab=info>

⁸⁵ Napríklad cez poisťovne formou výnimiek

MZ má právo si k liekom, ktoré obišli systém vypýtať predloženie farmako-ekonomického rozboru, ministerstvo má tiež možnosť lieky, ktoré nespĺňajú aktuálne podmienky z kategorizácie vyradiť (napríklad podľa §17 5a). Časť z predmetných liekov bude mať problém preukázať dostatočnú hodnotu za peniaze podľa slovenských podmienok. V tomto procese dôjde k vyradeniu odhadom 30-50 liekov, ktoré vstúpili pomocou sporného znenia 363/2011 Z.z. v roku 2018 (úspora 40 mil. eur).

Ďalšia časť úspory sa očakáva pri ostatných liekoch, ktoré v minulosti dostatočne nepreukázali svoju efektívnosť (úspora 5 mil. eur pri PNNL).

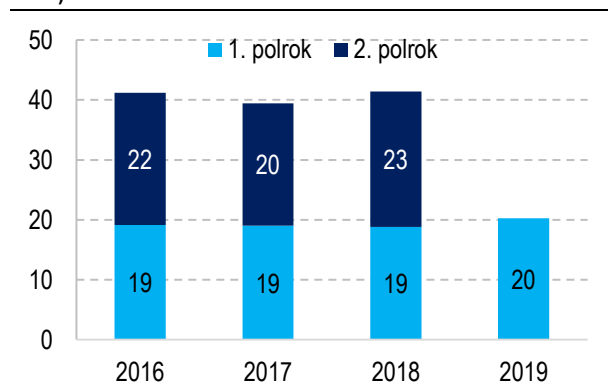
6.3.2 Lieky na výnimky

Cez zdravotné poisťovne sú pomocou výnimiek hradené aj lieky, ktoré nie sú v kategorizácii, ročne na nich z VZP ide 41 mil. eur⁸⁶. Schvaľovanie výnimiek je v kompetencii poisťovní a neexistujú pre nich jednotne záväzné pravidlá.

Hoci novela zákona 363/2011 zvýšila výdavky na kategorizované lieky v hodnote 75 mil. eur ročne, celkové úhrady za lieky na výnimky napriek pôvodnému zámeru reformy nepoklesli (graf 45). Zmena zákona v roku 2018, ktorá zvýhodnila lieky na vzácne choroby mala za cieľ presunúť veľkú časť liekov na výnimky do kategorizácie, kde by podliehali pravidlám. Od Novelizácie zákona vstúpilo do kategorizácie 76 liekov so statusom „orfan“ a 88 liekov cez štandardnú farmako-ekonomickú analýzu. 16 mil. eur z týchto liekov bolo pred Novelizáciou hradených cez inštitút liekov na výnimku. Výdavky na lieky na výnimky však o túto sumu neklesli, nakoľko sa rozpočty na výnimky často fixujú ako stabilná suma ročne na vyčerpanie.

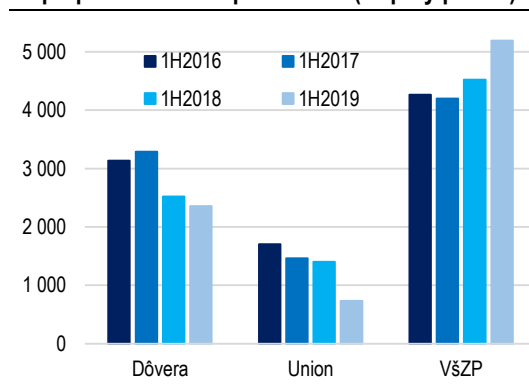
VšZP má výrazne vyššie výdavky na poistenca v liekoch na výnimky ako ostatné poisťovne (graf 45), jej medziročne výdavky na tieto lieky rastú, kým v súkromných poisťovniach klesajú.

Graf 44: Ročné úhrady z VZP za lieky na výnimky (v mil. eur)



Zdroj: ZP, MZ SR, spracovanie IJ

Graf 45: Úhrady ZP (v eur) za lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poistencov (za prvý polrok)



Zdroj: ZP, MZ SR, spracovanie IJ

Opatrenie: Lieky na výnimky – zohľadniť systémové zmeny vplyvom zákona č. 363/2011 Z. z. (potenciál 16 mil. eur)

⁸⁶ Údaj od IJ, pôvodné dáta od ZP a MZ SR

6.4 Zbytočné doplatky pacientov

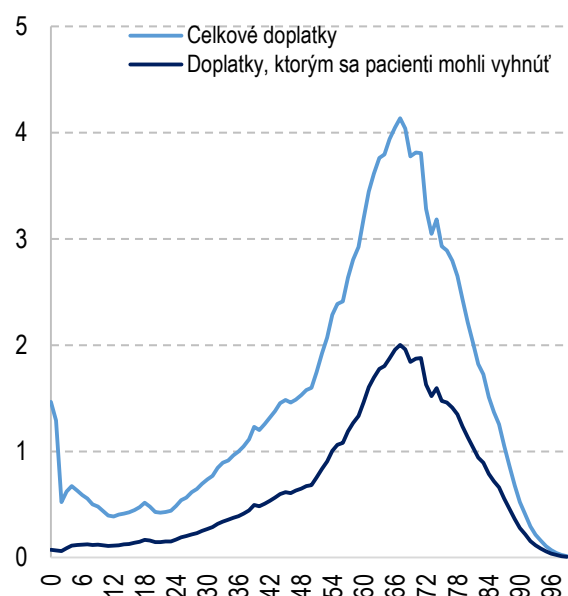
Slovenskí pacienti na doplatkoch v roku 2018 zaplatili 148 mil. eur⁸⁷, mohli však ušetriť 66 miliónov eur keby užívali rovnako kvalitné, ale lacnejšie lieky. Slováci môžu odrádzať od lacnejších liekov neopodstatnené pochybnosti o ich kvalite. Najviac mohli pacienti ušetriť na liekoch na kardiovaskulárny systém – 27 mil. eur (tabuľka 32). Starší pacienti vo väčšej miere platia doplatky, ktorým sa mohli vyhnúť (graf 47). Zdravotné poisťovne spätne vrátili pacientom 18 mil. eur v rámci ochranných limitov.⁸⁸

Tabuľka 32: Doplatky, ktorým sa pacienti mohli vyhnúť podľa typov skupín (v mil. eur, 2018)

ATC kategórie liekov	Zbytočné doplatky	Celkové doplatky	Podiel
C (Kardiovaskulárny systém)	26,9	49,2	55 %
N (Nervový systém)	9,1	16,5	55 %
A (Tráviaci trakt)	7,6	20,0	38 %
J01 (Antibiotiká)	5,5	11,8	47 %
B (krv a krvotvorné orgány)	5,1	10,5	49 %
R (Respiračný systém)	4,5	12,1	37 %
O (Ostatné skupiny)	4,5	19,4	23 %
M (Muskuloskel. Systém)	2,6	8,8	30 %
Spolu	65,8	148,4	44 %

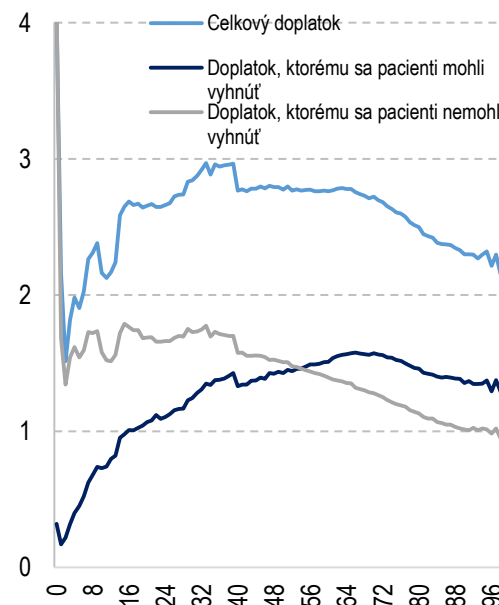
Zdroj: dáta zdravotných poisťovní

Graf 46: Rozloženie doplatkov za recept podľa veku (v mil. eur; 2018)⁸⁹



Zdroj: dáta zdravotných poisťovní

Graf 47: Priemerné doplatky za lieky na recept podľa veku (v eur; 2018)⁸⁹



Zdroj: dáta zdravotných poisťovní

Opatrenie: Zbytočné doplatky pacientov – informačná kampaň

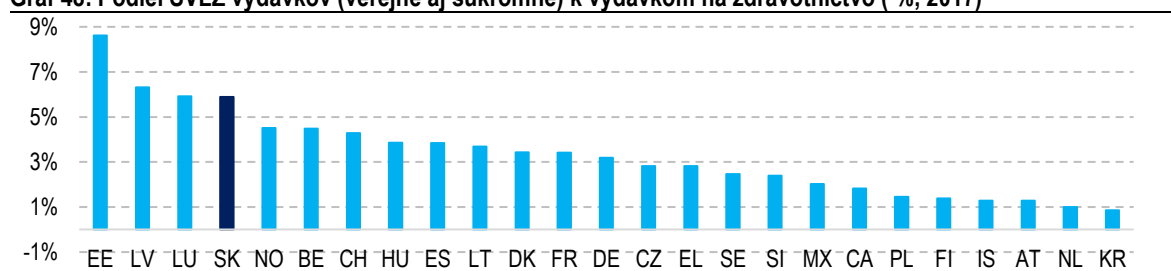
⁸⁷ Zdrojom pre všetky údaje o doplatkoch sú dáta zdravotných poisťovní, údaj za rok 2018. Zahnuté iba lieky, ktoré plne alebo čiastočne hradila zdravotná poisťovňa. Ďalších 81 mil. eur zaplatili pacienti za lieky na predpis bez úhrady z VZP (zdroj NCZI)

⁸⁸ Zdroj: Mesačný monitoring VZP.

7 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Ročne ide na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) z verejných zdrojov 560 mil. eur.⁹⁰ V rámci zdravotníctva dáva Slovensko na SVLZ pomerovo viac prostriedkov ako ostatné krajiny V4 (graf 48). SVLZ je označením pre zložky zdravotnej starostlivosti, ktoré plnia podpornú funkciu pri ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Slúžia na diagnostiku a liečbu pacienta, ide napríklad o laboratória (vyšetrenia krvi), rôzne zobrazovacie zariadenia (RTG, CT, MR) či rehabilitáciu.

Graf 48: Podiel SVLZ výdavkov (verejné aj súkromné) k výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017)



Dáta OECD podľa metodiky SHA 2011 obsahujú SVLZ výdavky najmä mimo nemocníc, nepokrývajú teda celý objem. Zdroj: OECD
Zahnuté sú kategórie laboratórne a zobrazovacie služby. Slovensko do OECD nevykazuje samostatne výdavky za zobrazovacie služby, z podkladových dát sa však zdá, že sú zahnuté v číslach za služby laboratórne. Porovnanie s inými krajinami je indikatívne, nie je možné vylúčiť podstatné metodické rozdiely.

7.1 Laboratórne vyšetrenia

Väčšinu verejných výdavkov na SVLZ tvoria laboratórne vyšetrenia. Neefektivita laboratórných vyšetrení bola predmetom analýz prvej Revízie výdavkov, ktorá na dátach identifikovala potenciál úspory vo výške 27 - 65 mil. EUR. Z tejto sumy boli 3 mil. EUR stanové ako minimálna fiškálna úspora, ktorá sa mala dosiahnuť zavedením preskripčných limitov v ambulanciách. Duplicitné, alebo defenzívne vyšetrenia boli totiž identifikované ako primárny zdroj neefektivity, a preto sa opatrenie malo realizovať cez racionalizáciu objemu vyžiadanej starostlivosti.

Toto opatrenie sa realizovalo len čiastočne, pričom úspora sa dosiahla prehodnotením objemov zmlúv s poskytovateľmi služieb a lepšou revíziou činnosťou ZP. Celkový objem uhradenej starostlivosti však od roku 2017 rástol. Kým roky 2016 – 2017 dosiahli nárast len o 0,8 %, rozdiel medzi 2017 a 2018 už predstavoval 3,9 % pričom za rok 2019 sa očakáva dodatočných 4 % nárasty. Celkový objem uhradenej starostlivosti sa pohybuje na úrovni 237,4 mil. EUR bez DPH (rok 2018). Ziskové marže, v porovnaní s rokom 2015 priemerne klesli, ale na úrovni hrubej marže a po očistení o finančné transakcie či odpisy sa stále jedná o vysoko nadpriemernú časť sektora, s hrubými maržami dosahujúcimi 35 -75 %.

⁹⁰ V roku 2017 to bolo 561 mil. eur, z toho približne 70 mil. eur z tejto sumy tvoria pripočítateľné položky, ktoré sú súčasťou platieb za výkony a teda v rozpočte sú uvedené v ambulantnej starostlivosti. Rozloženie platieb za SVLZ medzi jednotlivé zdravotné poisťovne zodpovedá rozdeleniu celkových výdavkov v rámci poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 33: Prehľad TOP 10 poskytovateľov laboratórných služieb 2018

Názov	Úhrady VZP 2018	Hrubá marža finstat (%)	Zisková marža
Alpha medical, s. r. o.	57 428 473 €	59,81	-11,2 %
Medirex, a.s.	54 680 802 €	37,21	0,7 %
HPL spol., s.r.o.	Zrušená 2017	Zrušená 2017	Zrušená 2017
synlab slovakia s. r. o.	12 003 761 €	44,63	-1,5 %
KLINICKÁ BIOCHÉMIA s.r.o.	15 341 120 €	54,71	20,3 %
Alpha medical patológia, s.r.o.	615 381 €	66,85	24,6 %
Medicyt, s.r.o.	5 573 323 €	60,13	10,5 %
Martinské bioptické centrum, s.r.o.	5 981 704 €	74,68	4,3 %
CYTOPHATOS, spol., s.r.o.	4 950 103 €	63,8	13,1 %
Analyticko-diagnostické laboratórium a ambulancie s.r.o.	3 623 398 €	47,16	7,5 %

Zdroj: VZP, finstat

Koncom roku 2020 sa zavedie to ostrej prevádzky systém elektronického objednávanie a kontroly laboratórných vyšetrení, tzv. e-lab v rámci e-zdravia. Toto opatrenie, spolu s zavedením preskripčných limitov má potenciál znížiť duplicitné vyšetrenia a realizovať pôvodný rozsah úspor.

Kým duplicitné vyšetrenia sa v priebehu roku kvôli elektronizácií postupne eliminujú, problémom zostáva cenotvorba jednotlivých výkonov. Existuje veľké spektrum laboratórných vyšetrení, ktoré sa dajú realizovať rozličnými metódami. Príkladom je napríklad glykovaný hemoglobín, kde sa najdrahšou metódou (44462) vykoná až 85 % všetkých výkonov. Ak by sa najdrahšou metódou robilo nie 85, ale 10 % všetkých vyšetrení a monitoring diabetikov by sa posunul na lacnejšiu metódu (4587a, ale štandardnú, z hľadiska presnosti, správnosti a reprodukovateľnosti, teda medicínskej kvality rovnocennú metódu), tak by úspora z pohľadu čísiel VZP mohla dosiahnuť cca 2 mil EUR ročne. Ak by sme všetky identifikované vyšetrenia robili najlacnejšou metódou, tak by sme za rok dokázali zlepšiť efektívnosť o 15,2 mil. EUR.

Každá metóda má svoje limitácie, čo sa týka času, prístrojového vybavenia či ľudských kapacít. Na základe odborného posúdenia nie je možné všetky presuny z drahšieho na lacnejší výkon zrealizovať, ale cenotvorba drahších výkonov už dávno nereflektuje jeho nákladovosť, a to ani v porovnaní s ČR ani ich pridanou hodnotou. V rámci porovnania s Českou republikou a pridanou hodnotou jednotlivých výkonov sa odhaduje možnosť úspor vo výške 9,7 mil. EUR ročne.

Opatrenie: Optimalizovať laboratórne vyšetrenia (potenciál 9,7 mil. eur).

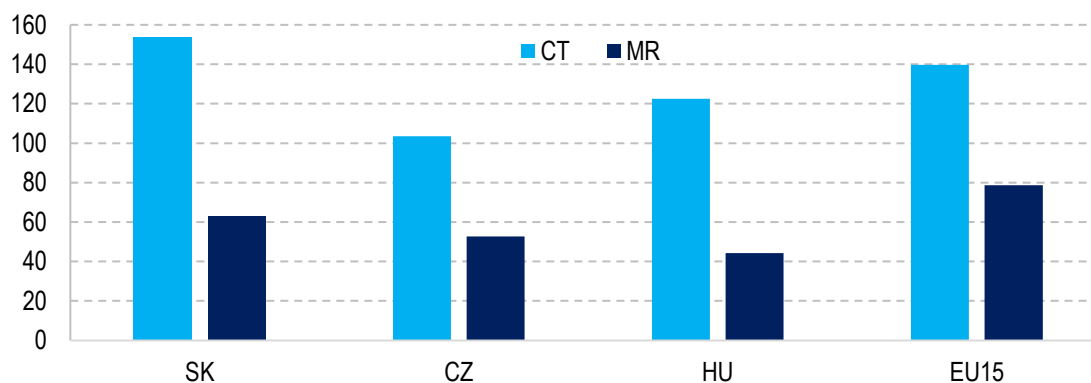
7.2 CT a MR vyšetrenia

Slovenskí pacienti absolvujú o tretinu viac CT a MR vyšetrení ako v Česku a Maďarsku (graf 49)⁹¹, v počte CT vyšetrení Slovensko prekročilo aj priemer západoeurópskych krajín. Na rozdiel od laboratórných vyšetrení, pri magnetickej rezonancii a počítačovej tomografii sú objemy výkonov medzinárodne porovnateľné. Na CT a MR vyšetrenia ide z VZP ročne približne po 50 mil. eur.⁹²

⁹¹ Poľsko používa rozdielnu metodiku, ktorá významne podhodnocuje počet vyšetrení, a preto nebolo do porovnania zahrnuté. Počet vyšetrení na Slovensku podľa dát zdravotných poisťovní sa zrejme v dôsledku rozdielnej metodiky mierne líši od NCZI dát dodaných do OECD (+7 % pri MR / +16 % pri CT). Keďže je tento rozdiel pozitívny, nemá vplyv na konštatovanie, že Slovensko má neprimerane veľa CT/MR vyšetrení.

⁹² Zdroj: dáta zdravotných poisťovní za rok 2017, filter kódov výkonov 5600 – 5613 (MR) a 5200 – 5212A (CT) .

Graf 49: Počet vyšetření zobrazovacími přístroji (na 1 000 obyvj.,2017)

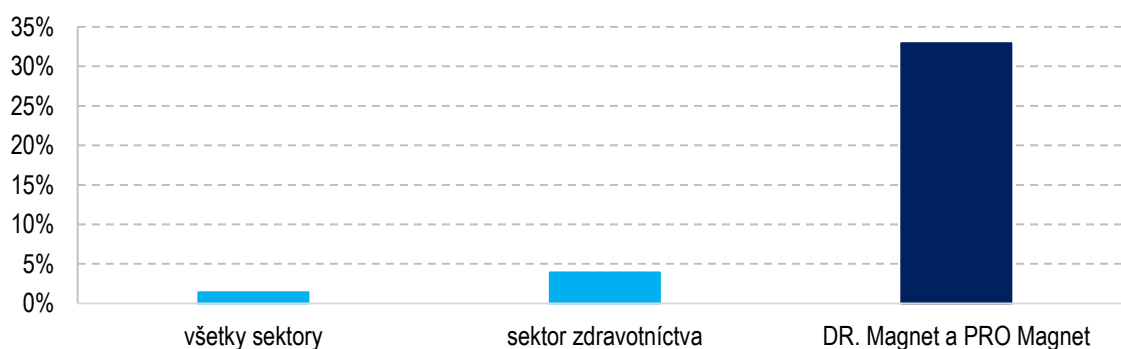


Zdroj: OECD

Nadmerné predpisovanie vyšetrení, napríklad aj pacientom, ktorí ich už nedávno absolvovali (a nie je prínosné ich opakovať) môže byť jedným z dôvodov väčšieho počtu MR a CT vyšetrení na Slovensku. Takéto predpisovanie je záťažou na pacienta aj verejné financie, je úlohou revíznej činnosti zdravotných poisťovní kontrolovať opodstatnenosť vyšetrení. Počas roka 2017 bolo 770 pacientov vyšetrených magnetickou rezonanciou aspoň 5 krát a 230 pacientov absolvovalo vyšetrenie pomocou CT prístroja najmenej 10 krát.⁹³

Väčšinu MR vyšetrení pokrýva súkromný sektor, ktorý v tomto segmente dosahuje mimoriadne vysoké marže, súkromné zariadenia sú pritom často umiestnené priamo v nemocniciach. Najsilnejšie postavenie na trhu MR výkonov má spoločnosť Pro Diagnostic Group (súčasťou najmä Dr. Magnet a Pro Magnet). Tieto dve firmy pri tržbách 13,8 mil. eur dosiahli čistý zisk 4,5 mil. eur. Zisková marža 32 % je pri firme takejto veľkosti vysoko nadštandardná aj v sektore zdravotníctva (graf 50).

Graf 50: Porovnanie štandardnej rentability tržieb so súkromnými poskytovateľmi MR vyšetrení (zisk / tržby, %, , firmy s veľkosťou tržieb 2 – 30 mil. eur. v roku 2018)



Zdroj: Finstat

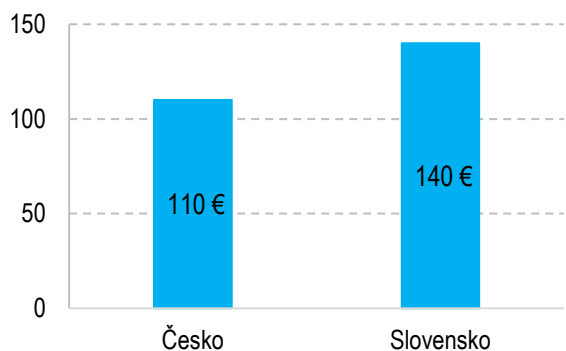
Slovenské úhrady z VZP sú u niektorých MR a CT vyšetrení výrazne vyššie ako v ostatných krajinách V4, (Transparency International, 2015⁹⁴). Hoci úhrady na Slovensku od roku 2015 poklesli, aktuálne porovnanie s Českom ukazuje, že naďalej existuje priestor na zníženie cien (graf 51, graf 52). Optimálne nastavenie cien by malo zohľadňovať aj investičné náklady⁹⁵.

⁹³ Za počet vyšetrení pre účely analýzy považujeme počet dní, v ktorých pacient absolvoval MR/CT výkony. V prípade, že počas jedného dňa bolo na pacientovi vykázaných viacero druhov MR/CT výkonov, do analýzy sa započítavajú iba raz.

⁹⁴ Zdroj: <https://transparency.sk/sk/cetecko-je-u-nas-isty-a-velmi-vyhodny-biznis/>

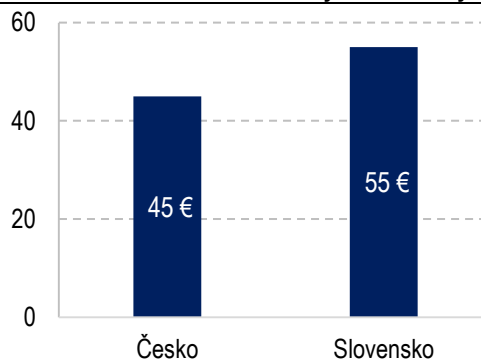
⁹⁵ MZ SR reviduje nákupne ceny prístrojov a znižuje ceny výkonov zohľadnením tejto nákupnej ceny.

Graf 51: Porovnanie cien MR vyšetrení hlavy⁹⁶



Zdroj: dáta zdravotných poisťovní 2017; český číselník výkonov v.01218, vyhláška č. 201/2018 Sb.

Graf 52: Porovnanie cien CT vyšetrení hlavy⁹⁶



Zdroj: dáta zdravotných poisťovní 2017; český číselník výkonov v.01218, vyhláška č. 201/2018 Sb.

Opatrenia:

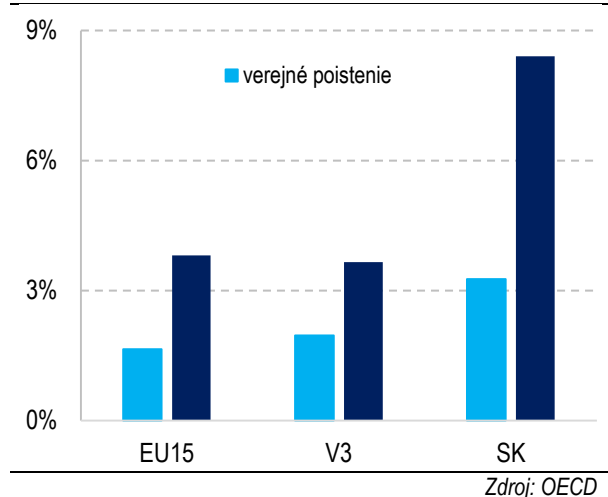
- Prehodnotiť úhrady za MR a CT výkony s cieľom optimalizovať jednotkové náklady a objem starostlivosti (potenciál 8,9 mil. eur).
- Zamedziť nadbytočným vyšetreniam MR a CT pomocou štandardov a revíznej činnosti. (potenciál 24,6 mil. eur).

⁹⁶ Údaje za Slovensko vychádzajú z priemerných úhrad ZP za kódy výkonov 5600 (MR) a 5200 (CT) v decembri 2017. Údaje za Česko sú úhrady podľa vyhlášky č. 201/2018 za výkony 89713 a 89615, platné podľa bodových hodnôt k 1.7.2019.

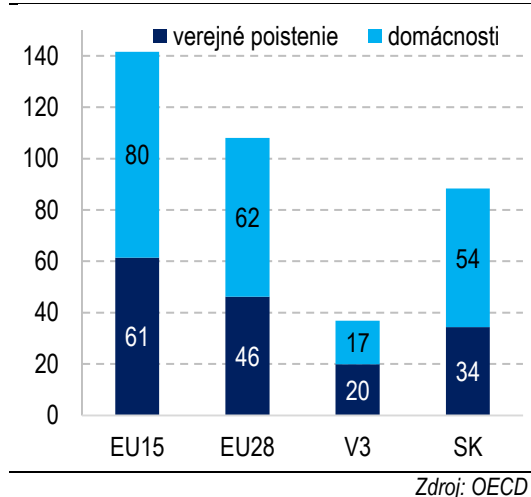
8 Zdravotnícke pomôcky

Z verejných zdrojov sa v roku 2018 použilo 183 mil. eur na zdravotnícke pomôcky.⁹⁷ Slovensko dáva z VZP výrazne viac prostriedkov na zdravotnícke pomôcky ako okolité krajiny V4 (graf 53; Graf 54). Medzi zdravotnícke pomôcky patria napríklad obvazy, plienky, načúvacie prístroje či invalidné vozíky.

Graf 53: Podiel výdavkov na zdravotnícke pomôcky k celkovým výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017)⁹⁸



Graf 54: výdavky na zdravotnícke pomôcky (na obyvateľa, v eurách, 2017)⁹⁸



Opatrenie: Centrálne nakupovať inkontinenčné pomôcky (potenciál 2,2 mil. eur).

Projekt Revízia výdavkov vo VŠZP odhadol úsporný potenciál centrálného nákupu plienok vo VŠZP na 1,7 – 2,6 mil. eur. Centrálne nakupované plienky môžu byť dodávané na miesta s hromadným odberom (ako napríklad zariadenia sociálnych služieb). Opatrenie má úsporný potenciál 2,2 mil. eur, z toho sa dosiahne 1,1 mil. v roku 2020.⁹⁹

Opatrenie: Rozšíriť medzinárodné porovnávanie o ďalšie krajiny (potenciál 3,8 mil. eur).

Podobne ako lieky, aj zdravotnícke pomôcky sú predmetom porovnávania cien so zahraničím. V súčasnosti sa však ceny porovnávajú iba s Českom v dôsledku nedostatočného prepojenia údajov na zahraničné databázy. Úsporný potenciál predstavuje rozšírenie porovnávania o ďalšie krajiny.

Opatrenie: Inkontinenčné pomôcky - zaviesť základný funkčný typ (potenciál 14 mi. Eur).

Česká VZP zrealizovala v roku 2017 revíziu systému úhrad inkontinenčných pomôcok a zadefinovala nové maximálne úrovne úhrad, nakoľko podobne ako na Slovensku dochádzalo k ich zneužívaniu a nadbytočnému predpisovaniu. Na základe odborných odhadov je v rámci zariadení pre seniorov a sociálnych služieb priemerne až 90 % ľudí, ktorí trpia inkontinenciou, pričom dlhodobý priemer v západných krajinách EÚ dosahuje okolo 50-60 %. Dôvodom nie je objektívne horší stav, ale nadpreskripcia, ktorá je stimulovaná súčasným nastavením spôsobu úhrad (savosti pomôcok a pod.).

Zreálnením jednotkovej ceny, elimináciou nadspotreby cez lepšiu revíziu činnosť a aplikovaním českého modelu úhrad očakávame potenciálnu úsporu na pomôckach až 14 mil. EUR.

⁹⁷ Zdroj: NCZI, výkaz L02_ZP_R_2018

⁹⁸ Údaje reprezentujú súčet položiek „Therapeutic appliances and other medical goods“ a „other medical non-durable goods“. Porovnanie je indikatívne, medzi krajinami môžu existovať podstatné metodické rozdiely vo vykazovaní.

⁹⁹ Zdroj: Implementačný plán VŠZP: revízia výdavkov – hodnota za peniaze a zvýšenie efektivity procesov

9 Špeciálny zdravotnícky materiál

Výdavky VZP na špeciálny zdravotnícky materiál (ŠZM) v roku 2018 boli 83 mil. eur.¹⁰⁰ ŠZM materiál predstavuje invazívne zdravotnícke pomôcky, ktoré sa používajú takmer výlučne v ústavnej zdravotnej starostlivosti. V systéme úhrad je zahradených približne 2 800 rôznych typov ŠZM. Patria sem napríklad katétre v hodnote 20 eur aj srdcové implantáty s úhradou nad 100 tisíc eur. Nemocnice obstarávajú materiály individuálne a po použití u konkrétneho pacienta náklady uhrádzajú zdravotné poisťovne.

Opatrenie: Rozšíriť externé referencovanie ŠZM (potenciál 4,2 mil. eur).

Od roku 2016 prebieha medzinárodné porovnanie cien ŠZM s Českou Republikou, ktoré prinieslo ročnú úsporu 37 mil. eur.¹⁰¹ Rozšírením porovnávania aj o ďalšie krajiny je možné dosiahnuť dodatočnú úsporu.

Opatrenie: Vytvoriť základný funkčný typ ŠZM (potenciál 4 mil. eur).

Na rozdiel od liekov, aktuálne zaradenie ŠZM do skupín je nedostatočne napojené na výšku úhrady. V skupinách sú zaradené rôzne typy tovarov a maximálna výška úhrady v skupine často nezodpovedá reálnym cenám. Vytvorenie úhradových skupín navzájom zameniteľných ŠZM tovarov a maximálna úhrada vo výške najlacnejšieho v skupine by zvýšili transparentnosť cenotvorby aj nároku pacienta.

Opatrenie: Nastaviť úhradu vo výške najlacnejších obstarávacích cien nemocníc (potenciál 3,7 mil. eur).

Nastavenie úhrady poisťovni na výšku najlacnejších nákupných cien by podporilo motiváciu pre ostatné nemocnice vzájomne si poskytovať informácie o cenách a nakupovať ŠZM výhodnejšie.

¹⁰⁰ Zdroj: NCZI, výkaz L02_ŠZM_2018

¹⁰¹ Zdroj: Priebežná implementačná správa 2018. https://www.vlada.gov.sk/data/files/7386_priebezna-implementacna-sprava-2018.pdf

10 Čakanie na zdravotnú starostlivosť

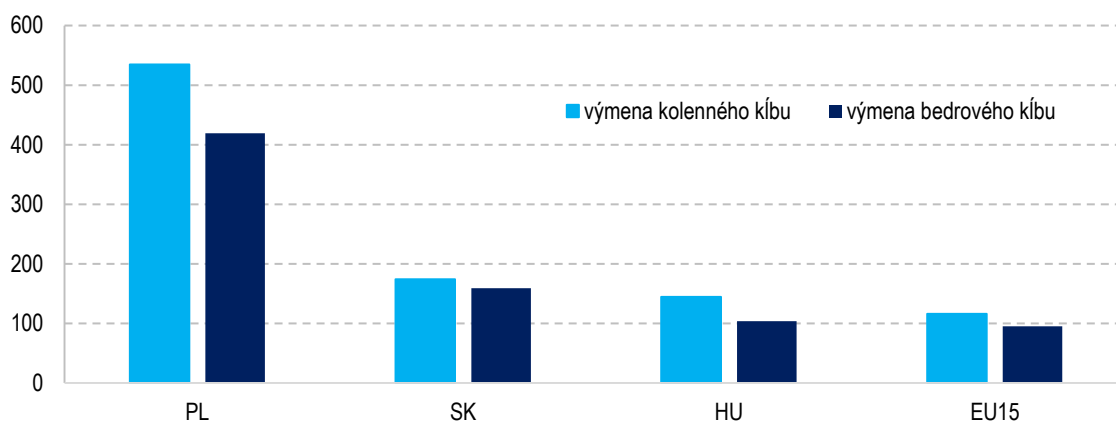
Pre sledovanie dĺžky čakania pacienta na zdravotnú starostlivosť (ZS) sa na Slovensku používajú čakacie listiny, aktuálne však neobsahujú najčastejšie prípady, kedy sa pacient k ZS nedostane hneď. V rámci projektu stratifikácie MZ SR definuje nový zoznam čakacích dôb pre ÚZS. Podobne by mali byť definované aj pre ambulantné výkony.

Príkladom čakaní, ktoré sa neevídujú povinne sú objednávania k špecialistom, na MR a CT vyšetrenia, či čakanie na operácie pri závažných diagnózach ako je rakovina prostaty. V niektorých prípadoch môže ísť aj o týždne či mesiace, dĺžka čakania sa líši medzi poskytovateľmi. Informovaní pacienti by mohli tomu prispôsobiť svoj výber lekára a tým sa dostať k zdravotnej starostlivosti skôr.

Medzinárodne sa porovnávajú iba čakacie doby na zákroky, ktoré nie sú akútne (majú v systéme nižšiu prioritu ako neodkladná zdravotná starostlivosť). Pri vybraných operáciách, kde je odhadovaná doba čakania dlhšia ako 3 mesiace sú pacienti na Slovensku zaradení na čakaciu listinu. Najväčšie zastúpenie v čakacích listinách majú operácie kolena, bedrového kĺbu a srdca.

Pri operáciách kĺbov sa doba čakania na Slovensku významne nelíši od priemeru EÚ, Slovensko dosahuje výrazne lepšie hodnoty ako Poľsko a mierne slabšie ako Maďarsko (graf 55). Čakacie doby sa významne líšia naprieč mestami (tabuľka 34), časy sú mierne variabilné aj medzi zdravotnými poisťovňami (tabuľka 35).¹⁰² Kým napríklad v Žiline sa na výmenu kolenného kĺbu čaká v priemere cez 300 dní, v bojnickej nemocnici je to menej ako 100 dní.

Graf 55: Priemerná čakacia doba na výmenu kĺbu (v dňoch, 2017)



Slovensko nevykazuje tieto dáta do OECD, pre porovnanie boli použité čakacie listiny z údajov poisťovní za rok 2018. Porovnanie je indikatívne, medzi krajinami môžu existovať podstatné metodické rozdiely. Zdroj: OECD

¹⁰² Poznámka: zahrnutí iba poisťenci, ktorí boli zaradení na čakaciu listinu po 1.1.2017. Niektorí pacienti sa nemuseli objaviť na čakacej listine vôbec ak dostali termín operácie skôr ako za 3 mesiace.

Tabuľka 34: Príklad variability doby čakania na operáciu kolena podľa zariadení s najväčším počtom výkonov

	Priemerná doba čakania na operáciu „Implementácia TEP kolenného kĺbu“ (v dňoch)	Počet pacientov, ktorí absolvovali v roku 2018 operáciu (z čakacej listiny)
Martin	180	239
Bratislava – Petržalka	188	229
Žilina	307	166
Prešov	108	156
Bojnice	97	142
Topoľčany	112	136
Košice - Západ	153	114

Zdroj: dáta zdravotných poisťovní

Tabuľka 35: Priemerná dĺžka čakania na plánovanú operáciu podľa zdravotných poisťovní (v dňoch; 2018)

Typ operácie	VšZP	Dôvera	Union
Implementácia TEP kolenného kĺbu	176	172	139
Implementácia TEP bedrového kĺbu	158	163	177
PTCA koronárnych artérií	134	154	186

Zdroj: dáta zdravotných poisťovní

Opatrenie: Rozšíriť zber dát o najčastejšie situácie, kedy pacient čaká na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

11 Personál

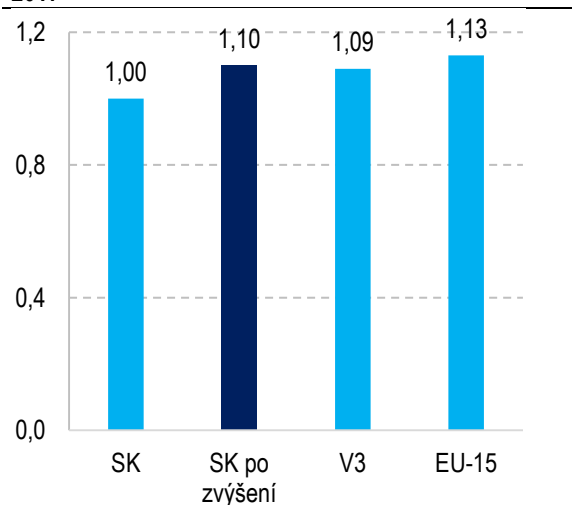
11.1 Odmeňovanie personálu

V roku 2018 sa schválilo významné zvýšenie miezd personálu, sestram a inému nezdravotníckemu personálu tak mali platy od ďalšieho roku narásť o vyše 10 % na rámec bežného rastu. Okrem rastu v platov zdravotníkov podľa tzv. platového automatu sa mzdy navýšili o príplatky za prácu v noci, cez víkendy a sviatky. Nelekárskemu personálu v ústavnej aj ambulantnej starostlivosti mal plat navyše narásť o 10 % nad rámec automatu¹⁰³, čo malo zabezpečiť nielen jednorazový nárast, ale aj dlhodobo zlepšiť ich mzdy voči priemernej mzde v hospodárstve. Cieľom opatrenia je zatraktívniť nedostatkové profesie. **Celkový rast miezd personálu v zdravotníctve mal v roku 2019 dosiahnuť 197 mil. eur.** Či sa mzdy skutočne navýšili v plnej sumy bude možné potvrdiť až po sprístupnení dát o mzdách za celý rok 2019, podľa údajov prístupných v súčasnosti mzdy sestier rastú (Tabuľka 36).

Mzdy zdravotných sestier sa tak dostávajú na 1,1-násobok priemernej mzdy a ich platy tak budú po novom porovnateľné s krajinami V3 a EÚ-28 (Graf 56).

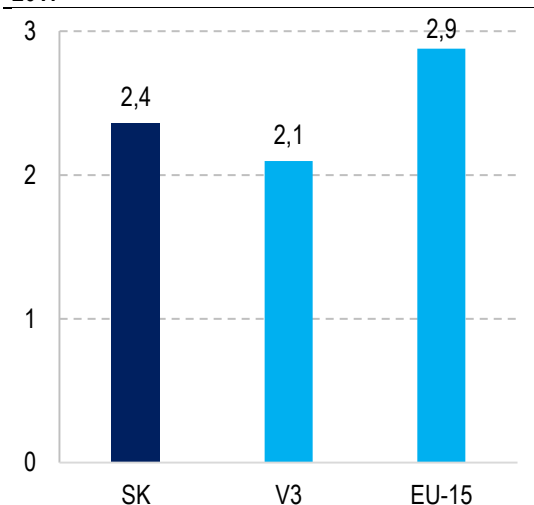
Platy slovenských lekárov v ústavných zariadeniach sú vyššie ako v krajinách V3, avšak o približne 10 % nižšie ako priemer krajín EÚ s dostupnými dátami. Porovnanie príjmov ambulantných lekárov, pracujúcich často ako samostatne zárobkovo činné osoby, dostupné nie je (Graf 57).

Graf 56: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017



Zdroj: OECD

Graf 57: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017



Zdroj: OECD

¹⁰³ Zvyšovanie sa týka všetkých nelekárskych zdravotníckych pracovníkov okrem rádiológov a farmaceutov. Zdravotné sestry tvoria veľkú väčšinu z nich.

Tabuľka 36: Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu zdravotníckemu personálu* vo verejnej ÚZS/AZS po kvartáloch**

Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu personálu v ÚZS, v mil. eur	celková vyplatená mzda	zložky vyplatenej mzdy		nárast celkovej mzdy voči predchádzajúcemu roku/kvartálu	nárast voči rovnakému kvartálu v minulom roku
		tarifný plat	ostatné*		
2017 celý rok	325	211	114	-	-
2018 celý rok	341	214	127	5 %	-
2017 Q1	78	55	24	-	-
2017 Q2	80	54	26	1,8 %	-
2017 Q3	83	50	34	4,4 %	-
2017 Q4	83	52	31	-0,1 %	-
2018 Q1	81	55	26	-2,7 %	3,3 %
2018 Q2	83	54	28	2,1 %	3,6 %
2018 Q3	87	50	37	5,6 %	4,7 %
2018 Q4	90	55	36	3,4 %	8,5 %
2019 Q1	93	63	30	2,9 %	14,8 %
2019 Q2	98	63	35	5,5 %	18,6 %

* príplatky, náhradná mzda, odmeny, osobný plat, paušálne náhrady, práca nadčas, mzda za neaktívnu časť, doplatok mzdy, ďalšia mzda, náhrada za neaktívnu časť pohotovosti mimo pracoviska, náhrada za brannú pohotovosť

Zdroj: NZCI

*** všetci zdravotníci okrem lekárov, zubných lekárov, farmaceutov a fyzikov

Regulácia miezd štátom

V súčasnosti štát špecificky určuje alebo reguluje mzdy zdravotníckych pracovníkov v ústavných zariadeniach, bez ohľadu na to, či ide o súkromných alebo verejných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Odmeňovanie pracovníkov je odvodzované od násobku priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy – tzv. platový automat.¹⁰⁴ Násobok je špecifický pre jednotlivé kategórie pracovníkov.

Tento systém má niekoľko možných nedostatkov:

- Mzdy predstavujú takmer 60 % prevádzkových nákladov nemocníc. Okrem platového automatu rast miezd v nemocniciach ovplyvňujú aj kolektívne zmluvy. Nemocnice by mali byť schopné so zdravotnými poisťovňami vyjednať aspoň rast úhrad, ktorý by zodpovedal zákonnému nárastu ich personálnych nákladov (platový automat a sociálne balíčky). V prípade, že sa tak nestane, ich hospodársky výsledok sa zhoršuje. Legislatíva nemocniciam určuje rast nákladov, avšak diskusiu o výnosoch ponecháva na zdravotné poisťovne a existenciu prospektívnych rozpočtov.
- OECD (2017c) v prehľade slovenského zdravotníckeho systému odporúča, aby mzdy lekárov neboli viazané na priemernú mzdu v krajine. Zrušenie platových automatov a prechod na nový systém s väčším dôrazom na odmeny za výkony a ich kvalitu by mohli priniesť vyššiu hodnotu za peniaze (nárast kvality pri zachovaní celkových výdavkov na mzdy).

Alternatívou k súčasnému stavu je ponechať nárast celkového balíka na mzdy podľa vývoja priemernej mzdy v hospodárstve, ale prerozdelenie zdrojov medzi personál nechať na nemocnice, čo im umožní odmeňovať výkonnosť a kvalitu.

Opatrenie: Prehodnotiť nastavenie platového automatu.

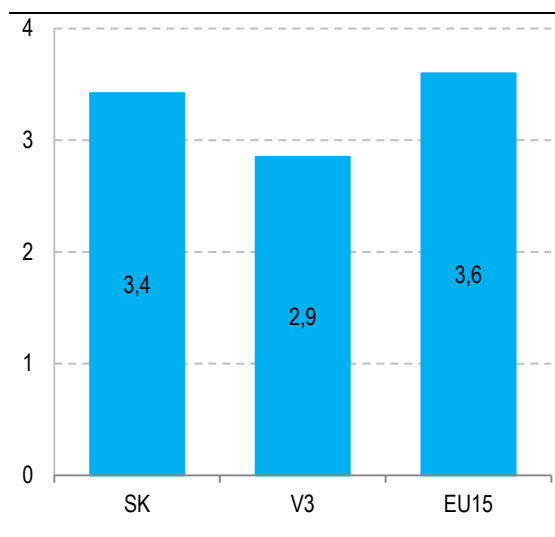
¹⁰⁴ Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

11.2 Počet personálu

Na Slovensku je oproti krajinám V3 dostatok lekárov (Graf 58), problém je v ich štruktúre oproti krajinám EÚ15. V porovnaní so západnými krajinami má Slovensko priveľa špecialistov a málo všeobecných lekárov (Graf 59), ktorí sú z vyše 40 % zastúpení staršími ročníkmi s menším počtom nastupujúcich mladých lekárov.

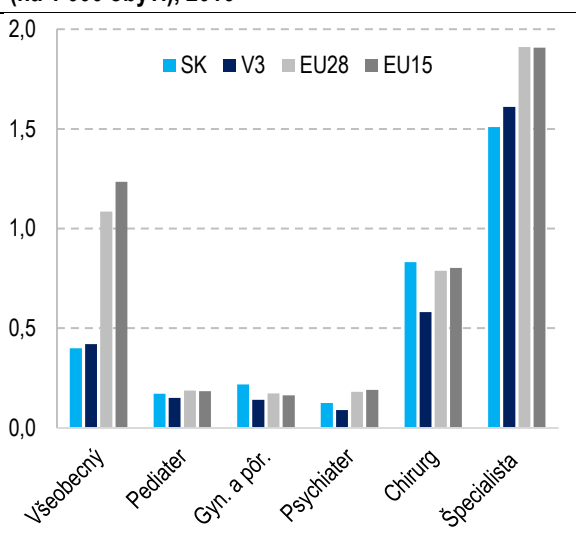
Nedostatok všeobecných lekárov znemožňuje vytvoriť efektívnejšiu ambulantnú starostlivosť, pretože nemajú kapacitu poskytovať širokú zdravotnú starostlivosť (kapitola 5).

Graf 58: Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017



Zdroj: OECD

Graf 59: Počet lekárov podľa špecializácií (na 1 000 obyv.), 2016*

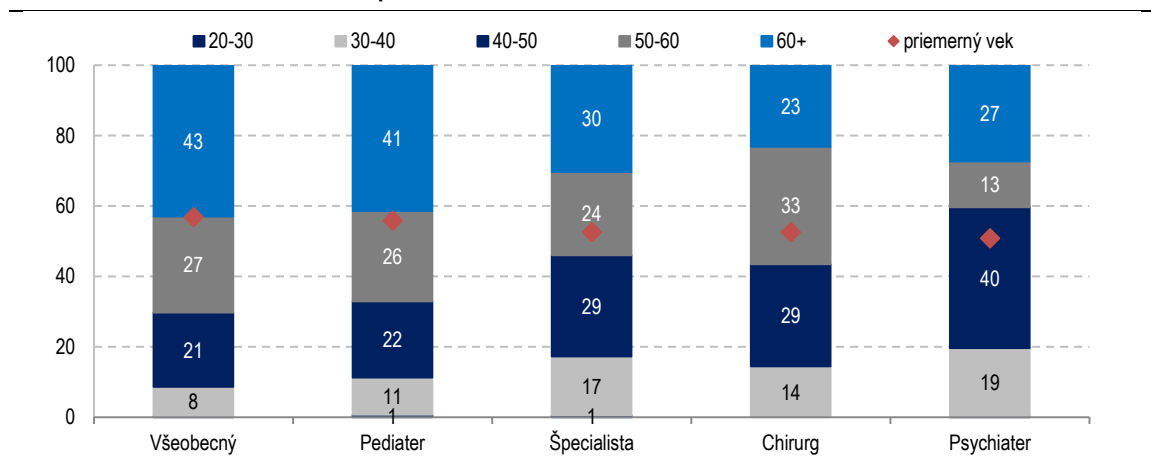


Zdroj: OECD

* Údaje za Slovensko z NCZI k 30.6.2016 podľa metodiky OECD. Údaje za V3 iba v kategórii Všeobecný, inak iba Poľsko.

Priemerný vek všeobecných lekárov je vysoký a ďalej stúpa. V roku 2016 malo 23 % lekárov viac ako 65 rokov, pričom ich priemerný vek bol 57, mladí lekári pribúdajú pomaly. Ak sa nezmení tento trend širšie kompetencie nebude možné prenášať tak, ako sa odporúča v kapitole 5.

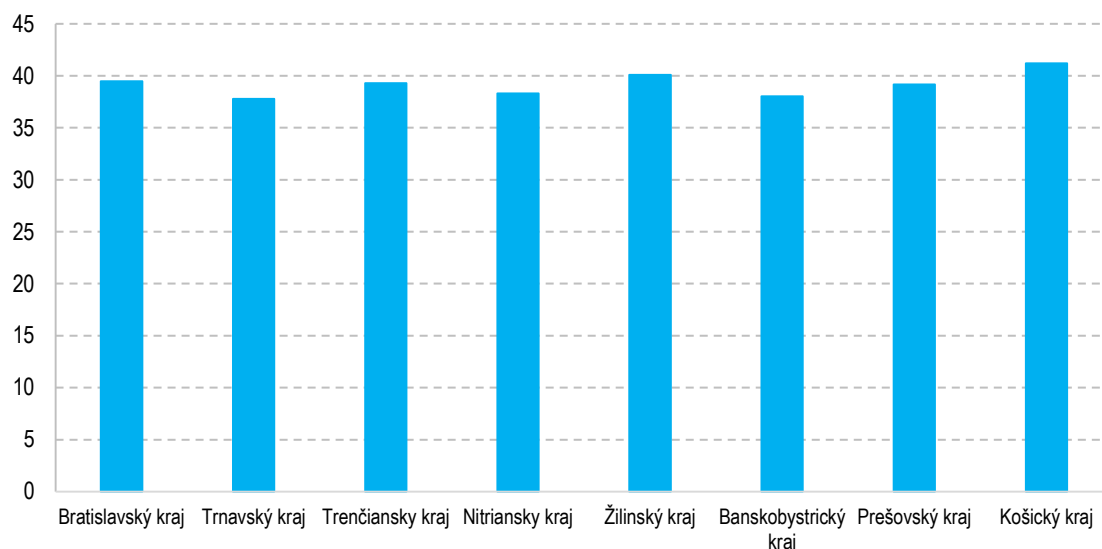
Graf 60: Veková štruktúra lekárov podľa odborností



Zdroj: Slovenská lekárska komora

Dostupnosť všeobecných lekárov na úrovni krajov sa v zásade nelíši (Graf 61), problém môže byť v menších obciach. V zahraničí sa lekári zvyknú koncentrovať vo veľkých mestách, ich presun na vidiek je potrebné stimulovať vhodne nastavenými motiváciami. Pri posudzovaní dostupnosti sa zvykne zohľadňovať počet lekárov na počet obyvateľov, vhodné je však zohľadniť aj vekovú štruktúru, ktorá sa môže výrazne líšiť v mestách a malých obciach.

Graf 61: Počet všeobecných lekárov na 100-tisíc obyv., 2017



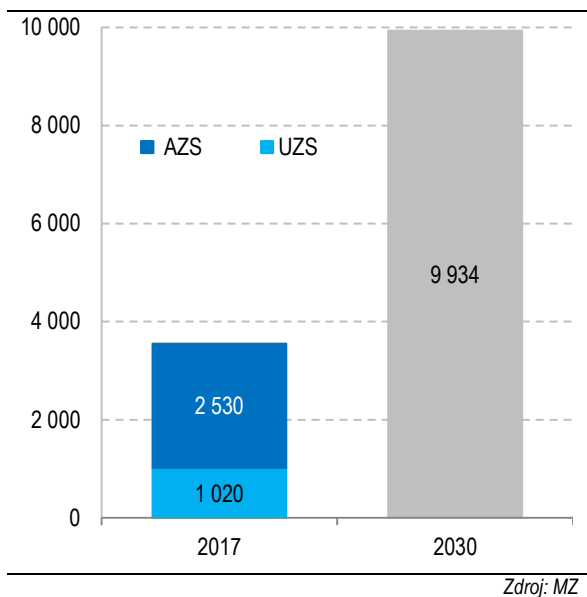
Zdroj: NCZI

Na Slovensku pracuje v porovnaní s najvyspelejšími krajinami EÚ výrazne menej zdravotných sestier. Medzinárodné porovnanie počtu sestier nie je priamočiare, keďže sestry majú v rôznych krajinách inak definované kompetencie a požiadavky na vzdelanie. **Pri súčasnom nastavení kompetencií na Slovensku podľa analýzy MZ chýba minimálne 3,6-tisíc zdravotných sestier.**

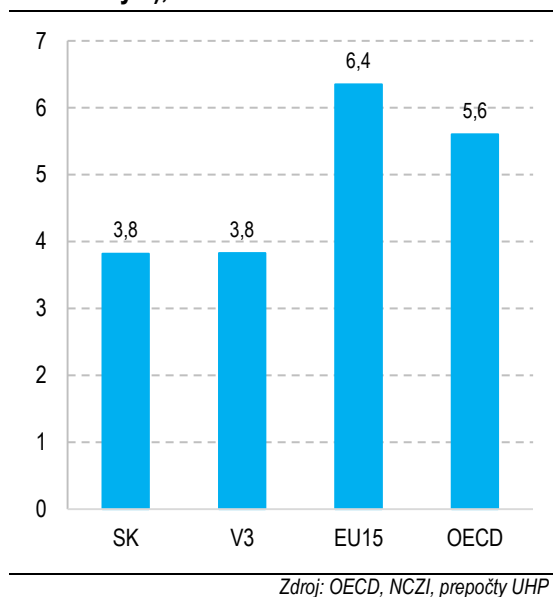
Ak by mali slovenské zdravotné sestry podobné kompetencie ako v zahraničí, chýbalo by ich až 14-tisíc. Hrubé porovnanie krajín z dát OECD v rámci jednej kategórie ukazuje prívysoký nedostatok slovenských sestier, lebo Slovensko vykazuje dáta do nesprávnej kategórie sestier pracujúcich aj na nemedicínskych pracoviskách. Korektný výpočet vychádza z porovnania v rámci správnej skupiny s krajinami s podobne vykázanými počtami. Výpočet bol upravený o rozdiely vo vekovej štruktúre obyvateľstva (a teda v potrebe zdravotnej starostlivosti) obyvateľstva v jednotlivých krajinách. Metodika výpočtu je uvedená v prílohe.

Zároveň je nepriaznivá aj veková skladba u sestier - len 15 % sestier má menej ako 35 rokov. Ak súčasný trend pretrvá, v budúcnosti sa nedostatok sestier výrazne zvýši. Z analýzy MZ vyplýva, že v roku 2030 by na Slovensku chýbalo ešte o 6 400 zdravotných sestier viac ako sú aktuálne odhady. Len na kompenzáciu vekovej štruktúry u zdravotných sestier IZP odporúča prijať každý rok o 2 300 študentov viac.

Graf 62: Počet chýbajúcich sestier podľa štatistického zisťovania a prognózy MZ



Graf 63: Počet zdravotných sestier upravených o vekovú štruktúru obyv. (na 1 000 obyv.), 2017



11.3 Zvýšenie atraktivity všeobecného lekárstva a povolania sestry

Špecializácia všeobecné lekárstvo je pre mladých lekárov neatraktívna. Iba 9 % absolventov medicíny si volí tento odbor, zatiaľ čo v EÚ je to 17 % (WB, 2018a). Medzi príčiny patrí nedostatok kontaktu s odborom počas štúdia, ako aj kvôli nízkemu finančnému ohodnoteniu oproti špecialistom, ktoré vyplýva najmä z rozdielnych platobných mechanizmov.

Pre začínajúcich všeobecných lekárov je finančne náročné otvoriť si ordináciu. Problematický súčasný stav, keď lekári pri odchode do dôchodku často predávajú svoje ambulancie ako podniky aj s celým kapitáčnym kmeňom novému lekárovi. V prípade mladého lekára predstavuje takýto nákup ambulancie vysokú vstupnú investíciu. Pôžička sa mladému lekárovi vyplatí, len ak má dostatok kapítovaných pacientov. Uvedený stav motivuje k nákupu veľkého kmeňa pacientov, čo môže mať negatívny dopad na dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Pri úmrtí lekára sú karty pacientov presunuté na príslušný úrad VÚC, ktoré však nemajú kompetenciu priradiť pacientov miestne príslušnému lekárovi. Takýto stav môže znižovať dostupnosť lekárskej starostlivosti. Presun kompetencie priradiť lekára v definovaných prípadoch z pacienta na VÚC by zlepšila dostupnosť zdravotnej starostlivosti napr. aj rovnomernejším rozdelením kmeňa pacientov medzi lekárov.

Väčšina absolventiek štúdia v odbore ošetrovateľstvo nenastúpi na Slovensku do praxe. Podľa MZ nastúpi do praxe 44 % sestier, čiže 56 % nedoštuduje alebo nastúpi do praxe mimo SR.

Za účelom zvrátenia nepriaznivého stavu MZ SR v roku 2013 zriadilo rezidentský program na posilnenie kapacít všeobecných lekárov, ako aj zvyšovanie ich vzdelávania s cieľom posilniť primárnu zdravotnú starostlivosť. Rezidentský program by mal zároveň znížiť návštevnosť špecializovaných ambulancií a priniesť finančné úspory pri preprave pacientov do špecializovaných ambulancií. **V roku 2019 bol program rozšírený o špecializácie pre lekárov aj sestry.** Pred ďalšou podporou programu je nevyhnutné vyhodnotiť jeho účinnosť a efektívnosť využitia prostriedkov v porovnaní s alternatívnymi riešeniami. Do rezidenčného štúdia sa od 2014 zapojilo 258 účastníkov a ukončilo 120¹⁰⁵. Záujem o rezidenčný program pediatriov od roku prvého roku, kedy sa prihlásilo 30 uchádzačov, klesá. V roku 2018 sa ich prihlásilo iba 7. Rezidentský program za 3

¹⁰⁵ K februáru 2019.

roky svojej existencie iba minimálne posilnil personálne kapacity lekárov na Slovensku, nakoľko ich podľa MZ SR chýba približne 1 500.

Pre zdravotné sestry MZ SR v roku 2018 navrhlo finančné stimuly s predpokladom, že ročne nastúpi na štúdium minimálne o 188 sestier pri nezmenenom počte študentských miest. Stabilizačný príspevok by bol zabezpečovaný Fondom na podporu vzdelávania (FNPV). Stabilizačný príspevok sa stanovil vo výške 2 000 eur za každý školský rok.

Nedostatok všeobecných lekárov a sestier v ambulanciách možno čiastočne riešiť spájaním ordinácií v integrovanejších poliklinikách, čo môže zjednodušiť a skoordinať liečbu pacientov (WB, 2018b). Súčasnú polikliniku síce združujú ordinácie všeobecných lekárov a špecialistov, tie však de facto fungujú ako samostatné jednotky. Integrované kliniky môžu umožniť rozdelenie úloh medzi lekárov, rozložiť záťaž a tiež priniesť výhody z rozsahu, napr. klinika si môže dovoliť zakúpiť drahší prístroj. V súčasnosti má takmer každý všeobecný lekár jednu zdravotnú sestru, integrované kliniky môžu vytvoriť podmienky, keď bude jedna sestra asistovať viacerým lekárom. Súčasťou takéhoto nastavenia môže byť presun časti povinností sestier spojených s administratívou na nezdravotnícky administratívny personál (kapitola 11.4). Takéto nastavenie funguje napr. vo Veľkej Británii.¹⁰⁶

Opatrenia:

- Navýšenie počtu sestier o súčasný nedostatok (3 600) v priebehu 10 rokov predstavuje nárast výdavkov spojených so mzdami spolu o 107 mil. eur ročne, v prvom roku o 10,7 mil. eur.
- Zahnúť odbor všeobecné lekárstvo ako súčasť štúdia iných vybraných lekárskejších špecializácií, zahrnutie do magisterského štúdia a posilnenie praxe.
- Podporiť vznik integrovaných polikliník, kde si lekári spoja kapitačné kmene.
- Upraviť reguláciu miezd personálu v ÚZS pri ponechaní prerozdelenia zdrojov na personál na nemocnice.

11.4 Kompetencie, mix personálu

Presúvanie kompetencií na nižšie úrovne zdravotníckeho personálu pomáha lepšie využiť zdroje a zlepšiť zdravotnú starostlivosť. Viaceré západné krajiny presunuli časť zodpovedností špecialistov na všeobecných lekárov, z lekárov na sestry, z gynekológov na pôrodné asistentky a zo sestier na asistentov a sanitárov. Takéto opatrenia zvýšili dostupnosť zdravotnej starostlivosti, znížili čakacie doby a zvýšili spokojnosť pacientov a pritom mali na náklady pozitívny až neutrálny vplyv (OECD, 2017d).

Rozširovanie kompetencií všeobecných lekárov bolo Ministerstvom zdravotníctva určené ako jedno z kľúčových opatrení v rámci primárnej starostlivosti v Strategickom rámci starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030, po roku 2015 sa však tento proces zastavil.

Existuje množstvo ďalších oblastí, v ktorých by mohli všeobecní lekári prebrať časť agendy špecialistov. Patria sem najmä širšie vyšetrenia a liečba diabetikov, pacientov s ochoreniami štítnej žľazy alebo infekciách ucha. **Tieto výkony u špecialistov v súčasnosti stoja vyše 9,7 mil. eur** (výpočet v prílohe).

Významným problémom pri rozširovaní kompetencií všeobecných lekárov je ich nedostatok (kapitola 11.4). Okrem toho im chýba vybavenie na to, aby mohli vykonávať širšie kompetencie. Podľa Svetovej banky veľa lekárom chýba napr. EKG, výdychomer pre monitorovanie astmy alebo pomôcky na drobné

¹⁰⁶https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507493/CfWI_GP_in-depth_review.pdf

chirurgické zákroky. Z týchto dôvodov pri mnohých akútnych alebo chronických ochoreniach posielajú pacienti k špecialistovi.

Lekári zároveň nie sú pre využívanie širších kompetencií dostatočne vzdelaní. Pri spustení Rezidenčného programu v roku 2013 boli zavedené nové učebné osnovy pre všeobecných lekárov a uvádzajú mnohé zručnosti, ktoré by lekár mohol využiť na širšie kompetencie. Podľa Svetovej banky sú však zamerané skôr na prípravu všeobecných lekárov pracujúcich v nemocniciach a neodrážajú potreby a kontext práce všeobecných lekárov v samostatných ordináciách. Väčšina všeobecných lekárov pritom pracuje v samostatnej ambulancii v komunite. Nové osnovy boli navyše zavedené až pri spustení tzv. Rezidentského programu, nezachytávajú teda starších lekárov, ktorých je medzi všeobecnými lekármi väčšina. Podľa Svetovej banky rozšírenie kompetencií v rokoch 2014/2015 nebolo úspešné aj preto, že najmä starší všeobecní lekári sa cítili neisto pri vykonávaní nových vyšetrení.

Problém s nízkym počtom všeobecných lekárov možno riešiť aj čiastočným prenosom kompetencií na zdravotné sestry. V súčasnosti na Slovensku pôsobia sestry ako asistentky lekára, zatiaľ čo v západných krajinách samostatne riadia komunitné kliniky a poskytujú starostlivosť v oblasti prevencie a manažmentu chronických ochorení. Slovensko je zároveň jednou z mála európskych krajín, ktoré neponúkajú špecializáciu sestry v primárnej starostlivosti alebo komunite (WB, 2018b). **Rozšíreniu kompetencií musí predchádzať navýšenie počtu sestier** (kapitola 11.2). Ďalšou možnosťou je presun súčasných kompetencií a náplne práce sestier na nezdravotnícky personál. Ako bolo spomenuté vyššie, v ambulanciách všeobecných lekárov dnes sestry trávajú veľa času administratívou, časť týchto činností by mohla byť prenesená na administratívnych pracovníkov.

Opatrenia:

- Zabezpečiť materiálno-technické vybavenie zo strany štátu (priamy nákup, príspevok, výhodná pôžička)
- Zabezpečiť zaškolenie a potrebnú prax pre vykonávanie nových kompetencií u starších lekárov, resp. pravidelné preskúšavanie u všetkých
- Prehodnotiť mix personálu, preniesť kompetencie z lekárov na sestry a zo sestier na administratívny personál.

11.5 Platobné mechanizmy

Súčasnú nastavenie hlavnej časti platobných mechanizmov všeobecných lekárov nemotivuje k uplatňovaniu nových kompetencií. Všeobecní lekári sú platení z kapitácie, ktorá nemotivuje poskytovanie starostlivosti náročnejším pacientom, špecialisti platení za výkon sú naopak motivovaní k poskytovaniu nadmerného počtu výkonov.

Svetová banka (WB, 2018b) ponúka možnosti, ako systém vhodnejšie nastaviť:

- Lekári s väčším počtom kapitovaných pacientov s chronickými poruchami alebo pacienti zo znevýhodneného prostredia by mali byť viac odmeňovaní pri poskytovaní komplexnej starostlivosti.
- Podiel variabilnej kapitácie na príjmoch by sa mal zvýšiť. V súčasnosti však väčšina platieb (fixná kapitácia) odráža len vekovú distribúciu registrovaných pacientov

Súčasný systém platby za výkon môže zároveň podporovať nadmerný počet výkonov u špecialistov, ktorí môžu mať motiváciu neposielať pacientov na výkon k všeobecnému lekárovi, viac v prílohe Platobné mechanizmy. Zároveň môže u špecialistov vyvolať odpor pri presune kompetencií pri výkony, ktoré špecialistom prinášajú veľké výnosy.

Pre efektívnu starostlivosť o pacientov s chronickými ochoreniami je potrebná koordinácia všeobecných lekárov a špecialistov. Koordináciu možno motivovať správne nastavenými mechanizmami platieb, napr. platbou za výkonnosť (pay-for-performance), ktorá reflektuje starostlivosť o chronicky chorých pacientov.

Box 11: Platobné mechanizmy ambulantných lekárov			
Platobný mechanizmus	Poskytovatelia	Výhody	Nevýhody
Platba za výkon (FFS)	špecialisti	prehľadné vykazovanie, dostupnosť ZS, transparentnosť	nadmerný počet výkonov, nekontroluje náklady (nevýhoda pre správcov zdrojov)
Kapitačná platba	všeobecní lekári	pomerne jednoduché vykazovanie, flexibilita pre poskytovateľa, kontroluje náklady (výhoda pre správcov zdrojov)	motivuje k výberu „ľahších prípadov“, ktorých liečba je menej nákladná, tým pádom nižšia dostupnosť ZS

Zdroj: OECD (2016)

Opatrenia:

- Nastaviť vhodný mix fixnej a variabilnej kapitácie a platby za výkon u všeobecných lekárov, súbežne s opatreniami, ktoré lekárom vytvoria aj časovú kapacitu (navýšenie počtu všeobecných lekárov, redukovanie zbytočných návštev).
- Nastaviť platobné mechanizmy špecialistov
- Nastaviť finančné mechanizmy, ktoré motivujú koordináciu všeobecných lekárov a špecialistov

12 Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy

Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy sú jedným z najefektívnejších nástrojov pre dosiahnutie kvalitnej a nákladovo-efektívnej zdravotnej starostlivosti. Všeobecné usmernenia pre postupy pri diagnóze a liečbe ochorení založené na dôkazoch a najlepšej praxi vydáva WHO a mnohé krajiny následne zavádzajú vlastné detailnejšie usmernenia, napr. National Institute for Health and Care Excellence v UK. Kvalitné štandardné usmernenia majú podľa WHO (2007) mnoho výhod pre poskytovateľov ZS, inštitúcie v zdravotníctve a pacientov:

- **Zvyšujú bezpečnosť a kvalitu liečby** tým, že jasné usmernenia v moderných postupoch pomáhajú zdravotníckemu personálu predchádzať pochybeniam a svojvoľnému výberu nevhodných a zastaraných postupov.
- **Pomáhajú kontrolovať výdavky.** WHO odporúča nákladovú efektívnosť použiť ako jedno z kritérií pri tvorbe postupov, ich následné dodržiavanie automaticky pomáha zamedziť plytvaniu zdrojmi (napr. nadmernému počtu MR vyšetrení alebo vykonávaniu jednoduchých vyšetrení lekárom namiesto sestry).
- **Podporujú efektívne investície** (napr. do psychoterapie, ktorá je hlavným typom liečby pri ľahkej depresii).
- **Poskytujú podklad pre vyhodnocovanie správnosti postupov** zo strany regulátora, zdravotných poisťovní a pacienta
- **Zlepšujú dostupnosť kvalitnej ZS** tým, že pomáhajú zjednotiť úroveň ZS u rôznych poskytovateľov a v rôznych regiónoch.
- **Pomáhajú zlepšiť plánovanie zdrojov**, napr. potrebných liekov, materiálu, personálu a priestorov v súlade s postupmi.

Na Slovensku sa štandardné postupy tvorili pomaly a ich používanie nebolo legislatívne ukotvené. Po zmene zákona 576/2004 Z.z. (k januáru 2018) je zdravotná starostlivosť poskytnutá správne ak sa vykonáva v súlade so štandardnými postupmi. Proces tvorby štandardov bol spustený v roku 2017 a v roku 2019 vstúpili do platnosti postupy v 31 oblastiach. V pláne je ďalších 150 oblastí¹⁰⁷.

12.1 Prípadová štúdia - Postupy pri starostlivosti o matku a dieťa

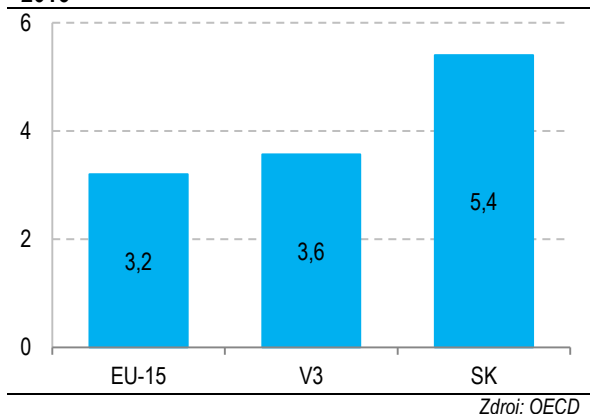
Dôsledky absencie štandardov a nezohľadňovanie moderných postupov na Slovensku dobre ilustruje starostlivosť o matku a dieťa, v období počas tehotenstva, počas pôrodu a po pôrode.

Slabé výsledky v starostlivosti o matku a dieťa na Slovensku odráža úmrtnosť novorodencov, ktorá je až o tretinu vyššia ako priemer krajín V3 (Graf 64). Významnú časť rozdielu vysvetľuje vysoká úmrtnosť novorodencov v slovenských marginalizovaných rómskych komunitách, napriek tomu aj vo zvyšku populácie na Slovensku zomiera viac novorodencov ako v susedných krajinách (Graf 65). Zlým výsledkom v zdraví marginalizovaných rómskych komunitách sa venuje Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou¹⁰⁸.

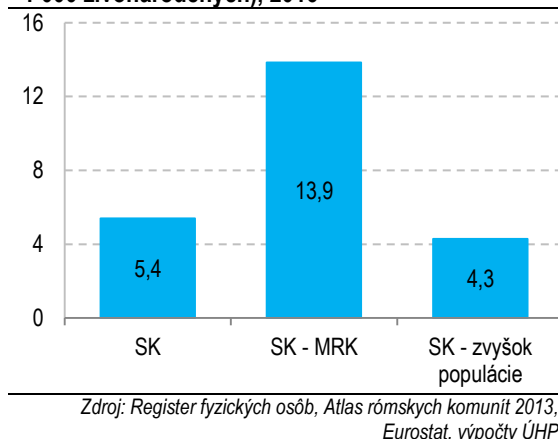
¹⁰⁷ <https://www.health.gov.sk/Clanok?standardne-diagnosticke-postupy>

¹⁰⁸ <https://www.finance.gov.sk/sk/media/tlacove-spravy/uhp-revizia-vydavkov-skupiny-ohrozene-chudobou.html>

Graf 64: Dojčenská úmrtnosť – benchmark (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016



Graf 65: Dojčenská úmrtnosť – skladba podľa skupín obyv. (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016



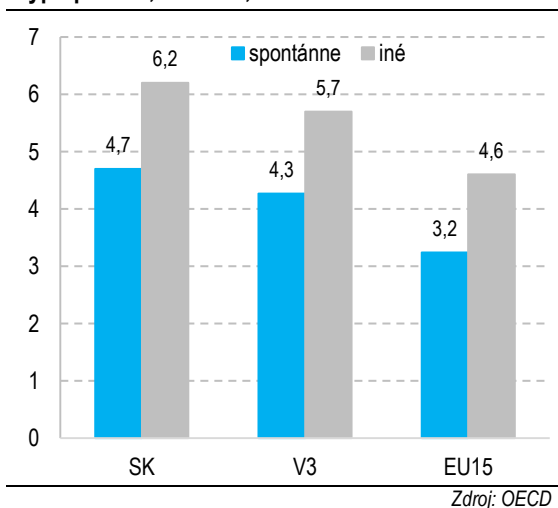
Mnoho súčasných postupov, ktoré matky a ich deti na Slovensku podstupujú, sú podľa štandardov WHO rizikové, nadbytočné, plytvajú ľudskými, finančnými a priestorovými zdrojmi počas tehotenstva, počas pôrodu, bezprostredne po pôrode a po prepustení domov.

Hlavným indikátorom neefektivity v pôrodnej starostlivosti je dĺžka pobytu v nemocnici. Pri spontánnom pôrode zostávajú ženy v nemocnici prídlho - v priemere 4,7 dňa, čo je viac ako v krajinách V3, a až o tretinu viac ako v krajinách EÚ15 (Graf 66). WHO (2015) odporúča minimálne 24 hodinový pobyt ak matka nekrváca, matka a dieťa nemajú známky infekcie a dojčenie je bezproblémové. Jeden z najkratších priemerných pobytov je v nemocniciach vo Veľkej Británii (1,4 dňa). Vo Veľkej Británii idú niektoré ženy po spontánnom nekomplikovanom pôrode domov už po 6 hodinách, po nekomplikovanom cisárskom reze už na druhý deň.

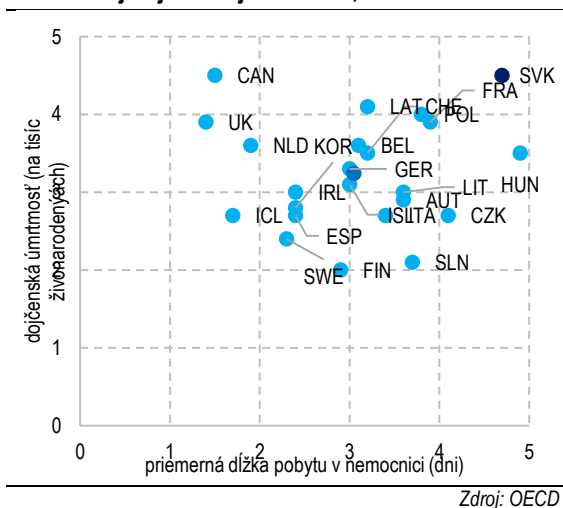
Kratší pobyt v nemocnici nie je spojený s horšími výsledkami (Graf 67). Island, Švédsko alebo Holandsko majú nízku priemernú dĺžku pobytu v nemocnici po spontánnom pôrode a veľmi nízku mortalitu.

Dôvodov pre dlhý pobyt v nemocnici na Slovensku môže byť niekoľko: prijatie ženy v skorom štádiu pôrodu, nadbytočné výkony, komplikácie pri pôrode spojené s nesprávnymi postupmi, neopodstatnený cisársky rez, nevhodné popôrodné postupy, ktoré oddávajú pripravenosť ženy a dieťaťa na odchod domov a nedostatočne rozvinuté sociálno-zdravotná starostlivosť po odchode z nemocnice.

Graf 66: Priemerná dĺžka pobytu v nemocnici podľa typu pôrodu, v dňoch, 2017



Graf 67 :Vzťah ALOS pri spontánnom pôrode a celkovej dojčenskej úmrtnosti; 2017



12.2 Nevhodné postupy pred pôrodom

Počas tehotenstva ženy navštevujú predpôrodnú poradňu nadmerne často, vyšetrenia vykonáva výlučne špecialista-gynekológ, čo starostlivosť predražuje. Po potvrdení tehotenstva ženy na Slovensku absolvujú 12 tehotenských prehliadok, v Dánsku 10, v Nórsku 8.¹⁰⁹ Vo Veľkej Británii žena vyplní vstupný dotazník u pôrodnej asistentky, ktorá tehotenstvo vyhodnotí ako nerizikové alebo rizikové, podľa toho sa určí potrebná frekvencia návštev. V západných krajinách podľa najlepšej praxe prehliadky vykonávajú najmä pôrodné asistentky a všeobecní lekári, kým ženy na Slovensku vyšetruje výlučne gynekológ. Vo Veľkej Británii ženy s bezrizikovým tehotenstvom gynekológa v niektorých prípadoch pred pôrodom vôbec nestretnú, špecialisti sídlia v nemocniciach a starajú sa len o rizikové prípady počas pôrodu.

Počas návštev gynekológa pred pôrodom podstupujú ženy veľa zbytočných vyšetrení, ktoré plytvajú ďalšími zdrojmi. WHO (2016) rámcovo odporúča vyšetrenia krvi a moču matky, testy na cukrovku, užívanie omamných látok, ale aj zisťovanie násilného správania partnera, u plodu najmä vyšetrenie hmatom a jeden ultrazvuk pred 24. týždňom tehotenstva na zistenie vrodených chýb. Zároveň neodporúča napr. rutinné vyšetrenia ultrazvukom alebo CTG. Na Slovensku ženy podstupujú množstvo vyšetrení, s ktorými sa pri nerizikovom tehotenstve v Dánsku, Nórsku či Anglicku vôbec nestretnú. **Odstránením týchto vyšetrení je možné usporiť vyše 2 mil. eur ročne.**

Tabuľka 37: Úspora z odstránenie nadbytočných vyšetrení v tehotenstve, 2017

Nadbytočné vyšetrenia	úhrada v eur
Vstupné gynekologické vyšetrenie pošvy	9
Ultrazvuk	10
CTG	7
Glukózový-tolerančný test	2
AFP krvný test	4
Test na prítomnosť streptokoka	13
Výdavky na nepotrebné vyšetrenia na 1 tehotenstvo	44
počet bezrizikových tehotenstiev	50 275
úspora v mil. eur	2,2

Zdroj: dáta ZP, NCZI

12.3 Počas pôrodu

Väčšina žien na Slovensku rodí v klasických nemocniciach za účasti drahého špecializovaného personálu. Na pôrodníckom oddelení sa každej žene v nejakej chvíli venuje lekár a striedavo niekoľko sestier. V západných krajinách nerizikové pôrody vo väčšej miere vybavujú pôrodné centrá a o ženy sa aj počas pobytu a pôrodu starajú najmä pôrodné asistentky. V Anglicku približne 54 % pôrodov v zariadeniach prebehlo v pôrodnom centre, 50 % pôrodov viedla pôrodná asistentka a 10 % všeobecný lekár alebo iný personál.¹¹⁰ V nemocnici prebiehajú zvyšné pôrody, ktoré boli označené ako rizikové pôvodne alebo akútne. V pôrodných centrách sa nenachádza žiadny gynekológ-pôrodník, všetko vybavujú práve pôrodné asistentky. Ani v nemocnici v mnohých prípadoch pôrod lekár – o každú ženu sa celú dobu stará jej pôrodná asistentka, ktorú pozná z poradne, lekár iba dohliada, konzultuje a zasahuje v prípade potreby (NHS, 2018).

Počas pôrodu podstupuje mnoho žien s nízkorizikovým tehotenstvom nepotrebné až zdravie ohrozujúce výkony. Patrí sem najmä rutinný nástrih (epiziotomia), klystýr, techniky pre vyvolanie a urýchlenie

¹⁰⁹<https://zenskekruchy.sk/velke-porovnanie-tehotenskych-vysetreni-slovensko-nemecko-dansko-norsko-com-sa-odlisujeme-od-zahranicia/>

¹¹⁰<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2017-18>

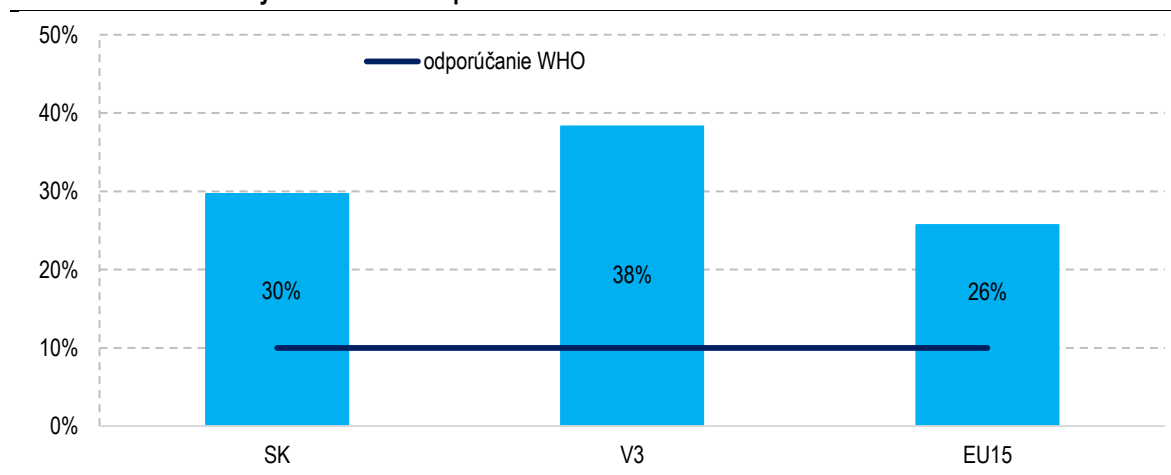
pôrodu, napr. podanie oxytocínu, aktívne prasknutie plodovej vody alebo tlačenie na brucho (WHO). Naproti tomu WHO odporúča postupy, ktoré nie sú na Slovensku samozrejmosťou, hoci zlepšujú priebeh pôrodu aj výsledky v zdraví ženy a dieťaťa, ako sú bezplatné podanie analgézie na vyžiadanie (epidurál/opioidy) alebo podpora mobility ženy a výber polohy počas pôrodu.

Až 30 % pôrodov na Slovensku prebieha cisárskym rezom, odporúčanie WHO je 10 %. Opodstatnený cisársky rez môže zachrániť život matky a dieťaťa, neopodstatnený ho môže ohroziť a spôsobiť aj dlhodobé poškodenie zdravia. V medzinárodných štatistikách úmrtnosť novorodencov klesá s nárastom počtu cisárskych rezov, kým ich podiel nedosiahne 10 % zo všetkých pôrodov. Pri podiele nad 10 % nie sú dôkazy o zlepšení výsledkov (WHO, 2015a). Naopak, podľa štúdie Sandall et al. (2018) sú s cisárskym rezom spojené mnohé riziká, krátkodobé (komplikácie spojené s anestéziou, infekcia, trombo-embolické ochorenia, dýchacie problémy u novorodenca, problémy s dojčením) a dlhodobé až permanentné (rozvinutie astmy a obezity u dieťaťa, problémy pri ďalších tehotenstvách u matky).

Podiel cisárskych rezov je vysoký všade na svete a v posledných rokoch narastal. Časť môže byť opodstatnená kvôli nárastu výskytu obezity, vysokému veku rodičiek a prvorodičiek. WHO (2018a) považuje veľkú časť za neopodstatnenú a vyvolanú na strane rodičiek (strach z bolesti, zlého zážitku) a zdravotníkov (zameranie na záchranu života bez dostatočného ohľadu na riziká, potreba vyhovieť pacientke) a tiež špecifické organizačné, sociálne a kultúrne faktory.

Neopodstatnené vykonávanie pôrodov cisárskym rezom vedie k plytvaniu zdrojmi. Tieto pôrody sú drahšie a s nimi spojené riziká prinášajú dodatočné náklady v podobe ďalšej liečby akútnych aj chronických ochorení.

Graf 68: Podiel cisárskych rezov na 1000 pôrodov



Zdroj: OECD

Znížením podielu pôrodov vykonaných cisárskym rezom na úroveň, ktorú odporúča WHO, možno ušetriť až 1,9 mil. eur (Tabuľka 38).

Tabuľka 38: Úspora pri znížení počtu cisárskych rezov (CR) na úroveň odporúčanú WHO (10 %), 2017

Počet živonarodených	57 969
Počet CR	17 203
Počet CR na úrovni odporúčanej WHO (10 %)	5 797
Priemerná úhrada za hospitalizáciu pri spontánnom pôrode, v eur	654
Priemerná úhrada za hospitalizáciu pri CR, v eur	820
Úspora pri znížení počtu CR na úroveň 10 %, v mil. eur	1,9

Zdroj: NCZI, ŠÚ, dáta ZP

12.4 Po pôrode

Moderné postupy pri popôrodnej starostlivosti o matku a dieťa sa dostali do štandardných postupov len tento rok, ich doterajšia absencia je spojená so zdravotnými rizikami a plytvaním zdrojov. Medzi prioritné odporúčania WHO (2018b) podporujúcich zdravie patrí podpora kontaktu koža na kožu matky a dieťaťa bezprostredne po pôrode, najneskôr v rámci prvej hodiny. Odopretie takéhoto kontaktu môže oddialiť naštartovanie dojčenia, zhoršuje termoreguláciu dieťaťa a je spojené s rizikom ťažšieho emočného nadviazania matky a dieťaťa. Z tohto dôvodu sa odporúča oddialiť kúpanie ideálne minimálne po 6 hodinách po pôrode, ideálne až na 24 hodín. Podpora dojčenia znižuje riziko úmrtnosti a chorobnosti, zlepšuje výsledky v zdraví po tomto období, znižuje tiež pravdepodobnosť priskorého následného otehotnenia.

WHO odporúča ponechať dieťa v jednej miestnosti s matkou na minimálne prvých 24 hodín. V UK sú spolu celú dobu, vždy má žena možnosť mať pri sebe blízku osobu, ktorá často pomáha matke aj personálu so základnými úkonmi, dieťa váži a kúpe matka alebo jej blízka osoba. Týmto spôsobom pomáha matke vytvárať si s dieťaťom puto, učí sa starostlivosti a zároveň znižuje potrebu personálu tým, že ho odbremeňuje od časti výkonov.

Po prepustení z nemocnice chýba matkám na Slovensku dostatočná zdravotno-sociálna podpora v komunite. WHO (2013) odporúča kontrolu zdravotného stavu matky, dojčenia a hojenia rán, emocionálneho stavu symptómov popôrodnej depresie, atmosféry v rodine, známk domáceho násillia, ale aj problémov s naštartovaním bezbolestného sexuálneho styku. Vo Veľkej Británii ženu po krátkom pobyte v nemocnici alebo pôrodnom centre doma v prvom týždni často navštevuje pôrodná asistentka, k dispozícii sú aj komunitné centrá a všeobecní lekári.

Opatrenie – ŠDTP:

- Vytvoriť a schváliť štandardné diagnosticko-terapeutické postupy.

Opatrenia – Tehotenstvo a pôrod:

- Zaviesť ŠDTP pre obdobie počas tehotenstva a pôrodu
- Eliminovať nadbytočné vyšetrenia počas tehotenstva
- Monitorovať dodržiavanie a aktualizovať existujúce ŠDTP k popôrodnej starostlivosti
- Presunúť kompetencie z lekárov-gynekológov na pôrodné asistentky, prípadne všeobecných lekárov
- Zaviesť „baby friendly“ pôrodnice centrá mimo budov klasických nemocníc
- Demotivovať vykonávanie cisárskych rezov – vzdelávanie žien o rizikách, povinnosť konzultácií s dvomi lekármi o rizikách, zjednotenie úhrad za fyziologický pôrod a cisársky rez
- Nastaviť procesy pre urýchlenie prepustenia zo zariadenia, vrátane zapojenia matky a blízkych osôb do starostlivosti o novorodenca
- Vytvoriť kapacity v domácej a komunitnej starostlivosti po prepustení zo zariadenia

13 Zdravotnícke systémy

Na Slovensku je zmiešaný zdravotnícky systém postavený na verejnom zdravotnom poistení a mixe verejných a súkromných poskytovateľov. Podobný model dobre funguje v mnohých západných krajinách, napr. v Holandsku alebo Nemecku. Slovenský systém má však nevýhody pluralitného systému bez očakávaných prínosov. Viacero zdravotných poisťovní znamená vyššie náklady na prevádzku, poisťovne si však nekonkurujú v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

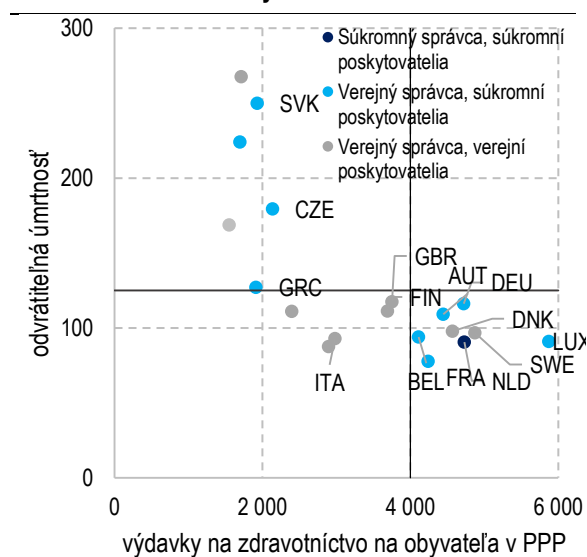
Slovenský systém zlepši dobre nastavené riadenie, alokácia zdrojov, medicínske postupy, finančné mechanizmy, elektronizácia, regulácia a z pohľadu fungovania zdravotného poistenia najmä:

- Definícia základného balíka, na ktorý má nárok každý poistenec
- Pre poistencov jednoducho dostupné a prehľadné čakacie zoznamy pre všetky bežné a dôležité výkony
- Pravidlá narábania zo zdrojmi z VZP, ktoré neboli použité na zdravotnú starostlivosť

V rozvinutých krajinách existujú rôzne typy zdravotníckych systémov, nedá sa povedať, ktorý je najlepší. Zdravotnícke systémy sa líšia v úlohe verejného a súkromného sektora. Dva základné typy systému sú **centralizovaný systém** (napr. v UK, kde sa zdravotníctvo financuje z daní a štát vlastní a spravuje väčšinu poskytovateľov) a **trhový systém** (napr. vo Švajčiarsku, s množstvom súkromných poisťovní, starostlivosť u súkromných poskytovateľov je financovaná z odvodov, súkromného poistného a vysokých priamych platieb). V mnohých krajinách, popri Slovensku napr. v Kanade alebo Nemecku, existuje **zmiešaný systém**, kde zdroje peňazí, spravovanie, alokácia a poskytovanie zabezpečuje do rôznej miery štát aj trh.

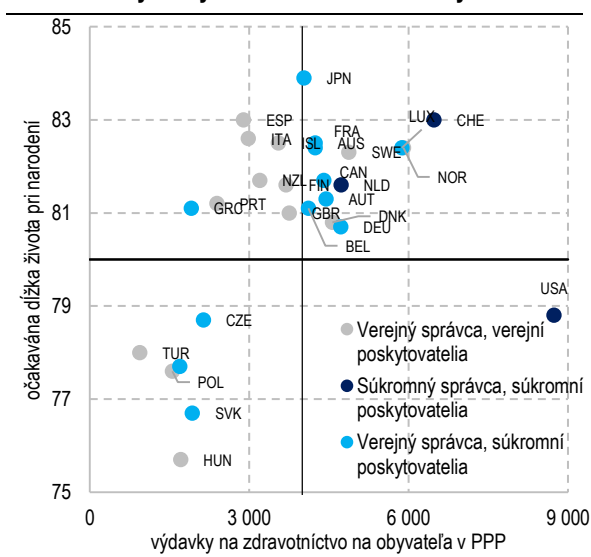
V rámci každého systému existujú krajiny s horšími aj lepšími výsledkami a rôznou výškou výdavkov. Graf 69 ukazuje, že podobne nízku odvrátiteľnú úmrtnosť majú krajiny z každej skupiny. Krajiny so štátnym správcom financií aj poskytovateľmi (napr. UK) majú mierne nižšie náklady. Graf 70 ukazuje podobný príbeh s viacerými krajinami, výraznou odchýlkou je USA, ktoré majú najvyššie výdavky a výrazne horšie výsledky ako iné bohaté krajiny.

Graf 69: Odvrátiteľná úmrtnosť a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP



Zdroj: Eurostat a OECD

Graf 70: Očakávaná dĺžka života pri narodení a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP



Zdroj: Eurostat a OECD

13.1 Zdroje v zdravotníctve

Vo väčšine krajín tvoria prevažnú časť zdrojov peňazí v zdravotníctve dane alebo odvody z príjmu pracujúcich osôb (verejné zdravotné poistenie). Nedá sa povedať, ktorý systém prináša lepšie výsledky v zdraví. Dane sú typicky zdrojom v centralizovaných systémoch a odvody v trhových s verejných zdravotným poistením. Rozdiely v odvrátiteľnej úmrtnosti kopírujú skôr výšku výdavkov na zdravotníctvo, zároveň nižšie výdavky pri podobnej kvalite vynakladajú krajiny s daňovým systémom. Ďalšími zdrojmi sú súkromné poistenie a priame platby (kapitola 2.2).

Financovanie z daní a odvodov je podobné, ak sú odvody pre platcov povinné a na zdravotnú starostlivosť má právo každý obyvateľ, ako je to na Slovensku. V takom prípade dane aj odvody slúžia na vytvorenie solidárneho systému. Pracujúci ľudia povinne platia odvody alebo dane z vlastného príjmu, ktoré mieria do spoločného balíka peňazí. Z tohto balíka je následne platená starostlivosť všetkých ľudí, nie len tých, ktorí do balíka aktívne prispeli. Odvody, rovnako ako dane, sú tak de facto verejné peniaze a sú nástrojom ochrany všetkých a najmä zraniteľných ľudí pred rizikom vysokých nákladov na liečbu.

V mnohých krajinách so systémom verejného zdravotného poistenia, vrátane Slovenska, je časť zdravotníctva financovaná aj z daní, keďže odvody nepokrývajú všetky náklady. Na Slovensku sem patrí platba štátu za ekonomicky neaktívnych obyvateľov¹¹¹. Zdroje na tieto platby však opäť pochádzajú najmä od pracujúcich a bohatších ľudí, ktorí dotujú zdravotnú starostlivosť ekonomicky neaktívnych a choršavejších obyvateľov. **Efektívne nastavená „platba štátu“ je tak legitímnou súčasťou solidárneho systému s rovnakým prístupom k zdravotnej starostlivosti všetkých občanov.**

Výhody a nevýhody rôzneho nastavenia daní a odvodov a príklad trhovho zameraného systému financovania v Holandsku sú opísané v Prílohe.

13.1.1 Základný balík zdravotnej starostlivosti

Na Slovensku je rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorú má obyvateľ nárok z verejného zdravotného poistenia, definovaný široko. Podľa ústavy „na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“¹¹². Legislatívne úpravy¹¹³ ďalej pomenúvajú typy starostlivosti, diagnózy a výkony, ktoré sú alebo nie sú uhrádzané. Tieto definície sa však nachádzajú na rôznych miestach v legislatíve, niekde sú pomerne široké, inde príliš komplikované, pri úhradách za diagnózy nie je jasné, ktoré výkony do úhrad spadajú a ktoré nie.

Mnohé krajiny, najmä so systémom verejného zdravotného poistenia podobnému Slovensku, majú definovaný tzv. základný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý jasne pomenúva, na čo majú pacienti nárok. Základný balík je naprieč krajinami podobný, líši sa niektorými podmienkami, napr. mierou spoluúčasti poistencov na nákladoch pri konkrétnych benefitoch. Veľkosť balíka sa mení v rôznych intervaloch a ideálne býva určený na základe priorit a dôkazov o potrebách v zdravotnej starostlivosti (napr. v Holandsku o balíku rozhoduje na základe odborných posudkov štátny ústav zdravotnej starostlivosti, Zorginstituut Nederland¹¹⁴).

Pre poistenca je podstatné nielen to, že jeho nároky definuje legislatíva, ale aj ako jednoducho sa v týchto nárokoch vie orientovať. Napríklad vo Švajčiarsku je balík upravovaný viacerými legislatívnymi normami, z ktorých pre poistencov Federálny úrad pre verejné zdravie publikuje zostručený prehľad so

¹¹¹ v posledných rokoch definovaná ako percento z priemernej mzdy spred dvoch rokov (Zákon č. 580/2004 Z.z.), od roku 2020 bude dorovnávať práve rozdiel medzi výberom z odvodov a potrebnými výdavkami.

¹¹² Ústava SR, čl. 40

¹¹³ zákon 577/2004, nariadenie vlády 777/2004

¹¹⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/taken/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg>

zreteľne pomenovanými benefitmi a mierou ich krytia. Poistencovi tak štát značne uľahčuje plánovanie výdavkov na zdravie a rozhodovanie sa o dobrovoľnom zdravotnom poistení.

Nejasná definícia nároku na zdravotnú starostlivosť z VZP na Slovensku má pre zdravotnícky systém dôsledky vo viacerých oblastiach:

1. Dobrovoľné (súkromné) zdravotné poistenie - je zložité vytvoriť produkt dobrovoľného zdravotného poistenia, ktorý jasne pokrýva ZS nad rámec základného balíka. Dobrovoľné zdravotné poistenie sa využíva najčastejšie v prípadoch, keď poistenec vyhodnotí obsah alebo mieru zdravotnej starostlivosti pokrytej z verejných zdrojov ako nepostačujúcu. Dobrovoľné zdravotné poistenie je produkt na trhu zdravotného poistenia, ktorého črty určuje systém zákonného zdravotného poistenia. Ak napríklad štát jasne zadefinuje, ktoré výkony a služby uhradza z verejných zdrojov každému poistencovi (t.j. určí základný balík), zdravotné poisťovne môžu vytvoriť rôzne produkty doplnkového poistenia, ktoré bude ponúkať iba špecifickým skupinám poistencov (VZP musí ponúkať všetkým).

2. Priame platby z vrecka pacienta - výrazne sa komplikuje prehľad o tom, ktoré priame platby z vrecka pacienta sú oprávnené, lekári môžu jednoduchšie požadovať privysoké alebo nelegálne poplatky.

3. Konkurenčná súťaž medzi zdravotnými poisťovňami - v pluralitnom systéme s viacerými zdravotnými poisťovňami tieto medzi sebou nemôžu zreteľne súťažiť v ponuke nad rámec základného balíka (viac v kapitole 13.1.1).

Opatrenie: Definovať základný balík, na ktorý má nárok každý poistenec z VZP a prezentovať ho čitateľnou formou poistencom Ministerstvom zdravotníctva, UDZS a zdravotnými poisťovňami.

13.2 Spravovanie zdrojov

Verejné zdroje, či už z daní alebo odvodov, spravuje a vypláca poskytovateľom zdravotnej starostlivosti buď jeden správca, štát alebo štátna poisťovňa (unitárny systém) alebo viaceré štátne a súkromné zdravotné poisťovne (pluralitný systém). Výhodou centralizovanej správy financií sú v porovnaní systému s mnohými zdravotným poisťovňami (ZP) najmä úspory na prevádzke. Ak štát nakupuje zdravotnú starostlivosť u poskytovateľov, má pri uzatváraní zmlúv výraznú vyjednávaciu silu, čím môže napríklad zabezpečiť nižšie ceny výkonov. Viaceré poisťovne môžu na druhej strane ponúkať rôzne balíky doplnkových služieb a benefitov a v rámci konkurenčného boja majú motiváciu tlačiť na vyššiu kvalitu ZS pre svojich poistencov.

13.2.1 Zdravotné poisťovne na Slovensku

Na Slovensku systém správy financovania a nákupu zdravotnej starostlivosti kombinuje nedostatky pluralitného a unitárneho systému. Financie spravujú tri zdravotné poisťovne, jedna štátna a dve zdravotné poisťovne vlastnené súkromnými akcionármi (ďalej len „súkromné poisťovne“). Štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) pokrýva približne 60 % poistencov, Dôvera 30 % a Union 10 %.

Napriek pluralitnému nastaveniu si poisťovne v súčasnosti nekonkurujú v ponuke - poistencom ponúkajú rovnaký produkt, verejné zdravotné poistenie (VZP), väčšinou majú zmluvy s rovnakými poskytovateľmi, poistencom neposkytujú informácie o kvalite a cenách poskytovateľov a výrazne sa neodlišujú ponukami nadštandardných balíčkov zdravotnej starostlivosti pre poistencov. V posledných rokoch sa výraznejší konkurenčný boj medzi zdravotnými poisťovňami odohrával prevažne v doplnkových benefitoch, ktoré sa priamo netýkajú kvality alebo rozsahu zdravotnej starostlivosti pre poistencov (viac v prílohe).

Na druhej strane systém nevyužíva výhody z rozsahu, teda úsporu na prevádzkových nákladoch, ktorú prináša unitárny systém. Spojenie zdravotných poisťovní do jednej by pri súčasných zákonných limitoch prevádzkových výdavkov prinieslo úsporu 15 mil. eur ročne.¹¹⁵

Neefektívnosť súčasného systému je aj v nejasných pravidlách pre narábanie so zdrojmi určenými na zdravotnú starostlivosť. V rokoch 2011 až 2018 vyplatili súkromné zdravotné poisťovne svojim akcionárom spolu 440 mil. eur, z toho Dôvera 408 mil. a Union 32 mil.eur. Spolu to predstavuje 223 eur na poistenca. Peniaze mohli byť alternatívne použité napríklad na zabezpečenie vyššej dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Najväčšia poisťovňa nevyužíva výhodnú vyjednávaciu pozíciu pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi. Práve naopak, údaje o úhradách v nemocniciach ukazujú, že menšie poisťovne oveľa častejšie vyjednávajú nižšie ceny za rovnaké výkony (viac v kapitole 4.7).

Opatrenie: Určiť pravidlá narábania so zdrojmi z VZP, ktoré neboli použité na zdravotnú starostlivosť.

13.2.2 Prerozdelenie rizika medzi poisťovňami

V pluralitnom systéme dostávajú zdravotné poisťovne peniaze z VZP podľa počtu poistencov a ich odvodov. Vzniká tu však riziko, že nákladní poistenci sa nerozmiestnia rovnomerne medzi poisťovne – napr. všetci chorľaví pacienti sa poistia len v jednej a zdraví pacienti v druhej poisťovni. Náklady na liečenie týchto poistencov tak nebudú zodpovedať príjmom za nich, čo prvú poisťovňu dostane do straty, kým druhej zostanú peniaze navyše. Kvôli tomuto nepomeru v príjmoch a výdavkoch môžu poisťovne cielene bojovať o zdravých pacientov a znevýhodňovať nákladných poistencov.

Spravodlivé prerozdelenie zdrojov v mnohých krajinách zabezpečuje tzv. prerozdeľovací mechanizmus. V princípe identifikuje rizikovosť poistného kmeňa každej poisťovne a zdroje následne presúva poisťovníam s najvyššími nákladmi. Pri správnom nastavení sa môže poisťovňa sústrediť na efektívnu liečbu pacienta v ktoromkoľvek rizikovom profile, keďže žiadna skupina pacientov pre ňu nie je dlhodobo stratová. Určitý typ prerozdeľovacieho mechanizmu používajú krajiny ako Belgicko, Nemecko, Holandsko alebo Slovensko.

Na Slovensku sa používa prerozdeľovací mechanizmus inšpirovaný holandským modelom, v súčasnosti má schopnosť predpovedať priemerné náklady 24 %. Toto je však aj prípad modelov v zahraničí a nemusí znamenať, že prerozdelenie bude systematicky zlé. Model stále čiastočne spôsobuje nedokonalé prerozdelenie zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami. Na druhej strane platí, že časť rozdielov v stratách a ziskoch môžu stále vysvetľovať rozdiely v schopnosti poisťovní efektívne hospodáriť. Analýza efektívnosti VŠZP z roku 2018 našla veľký priestor pre zlepšenie hospodárenia (kapitola 13.2.3).

Mechanizmus možno čiastočne vylepšiť zohľadnením ďalších parametrov („vlastností pacientov“), ktoré sa v súčasnosti v modeli nenachádzajú najmä pre nedostatok kvalitných dát. Patria sem napríklad používanie typov zdravotníckych pomôcok alebo zaradenie pacienta do diagnostickej skupiny.

Ďalším vylepšením môže byť dodatočné kompenzovanie pacientov, ktorí sú výrazne nákladoví aj po prerozdelení (tzv. ex-post prerozdelenie). Akokoľvek dobrý model nemôže zachytiť všetkých pacientov, napr. existujú pacienti, ktorí majú dlhodobo vysoké náklady, ale model im neprideľuje vysoké prerozdelenie, keďže napríklad nespádajú do žiadnej definovanej skupiny chronických ochorení. Príkladom môže byť pacient s veľmi zriedkavou chorobou, ktorý dlhodobo užíva vysoko-nákladné lieky a je pre to pre poisťovňu stratový. Aj zopár takýchto poistencov môže ovplyvniť výsledky poisťovne a preto môže byť riešením, aby toto riziko znášali všetky poisťovne spolu. Prerozdelenie ex-post sa dnes nepoužíva kvôli riziku, že by poisťovne nemali snahu efektívne manažovať drahých poistencov, ak by za nich boli plne kompenzovaní (viac o rizikách v boxe). Jednou

¹¹⁵ Výpočet podľa §6a 581/2004 Z.z.

z možností by bolo zriadenie nezávislej revíznej komisie pre všetky tri poisťovne, ktorá by rozhodovala o opodstatnenosti nákladov na liečbu u malého počtu drahých pacientov, ktorých nezachytí ex-ante model. Tým pádom by poisťovne neboli stratové a stále by ich mali motiváciu poistenca efektívne liečiť.

Princíp prerozdelenia mechanizmu, jeho súčasná podoba a možné úpravy do budúcnosti sú opísané v prílohe.

Opatrenia

- Použitie parametrov, ktoré v mechanizmoch v zahraničí lepšie vysvetľujú budúce náklady na liečbu pacientov
- Vyhodnotenie možnosti ex-post prerozdelenia po vyhodnotení vysoko-nákladných prípadov revíznou komisiou

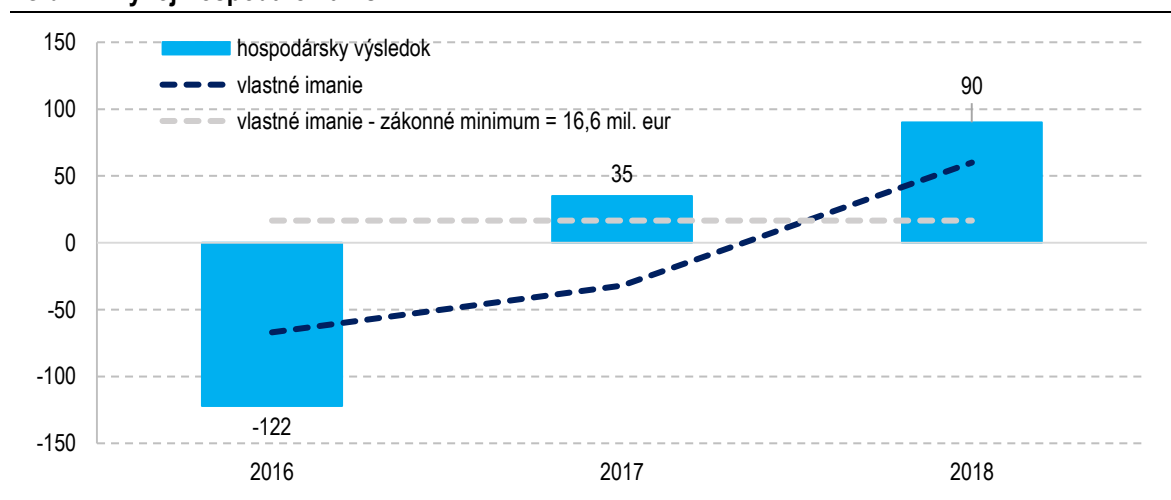
13.2.3 Všeobecná zdravotná poisťovňa

Hoci štátna VŠZP dáva menej na prevádzku a výdavky mimo ZS v prepočte na poistencov ako súkromné poisťovne, stále existuje priestor pre zefektívnenie procesov. VŠZP má dlhodobý problém s hospodárskym výsledkom, ktorý sa výrazne mení z roka na rok, a s plánovaním výnosov a nákladov v porovnaní so súkromnými poisťovňami (Graf 71).

V roku 2016 - 2017 prechádzala núteným ozdravným plánom, príčinou bol hospodársky výsledok - 122 mil. eur a pokles vlastného imania na -67 mil. eur v roku 2016. Zaviesť ozdravný plán poisťovni nariaďuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS), keď jej vlastné imanie klesne pod 16,6 mil. eur (zákonom definovaná minimálna hodnota základného imania zdravotnej poisťovne). Ozdravný plán zaviazal VŠZP k plneniu opatrení, ktoré zahŕňajú napríklad centrálny nákup liekov, zníženie nákladov na lieky, pokles cien zdravotníckych pomôcok a ŠZM, zníženie úhrad za CT a MR, odzmluvnenie neefektívnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo zlepšenie revíznych činností.

V roku 2018 UDZS oznámil, že VŠZP splnila ciele ozdravného plánu, stabilizovala náklady, zlepšila výber poistného a dosiahla kladný hospodársky výsledok, čím splnila zákonom stanovenú hodnotu vlastného imania. Ozdravný plán bol týmto ukončený, VŠZP zároveň vyjadrila zámer pokračovať v nastavených opatreniach, pravidlách a zmluvných vzťahoch.

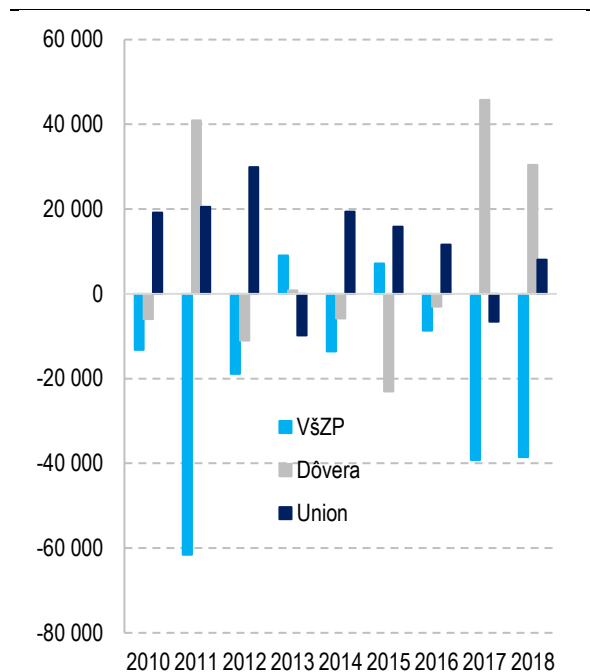
Graf 71: Vývoj hospodárenia VŠZP



Zdroj: účtovné závierky

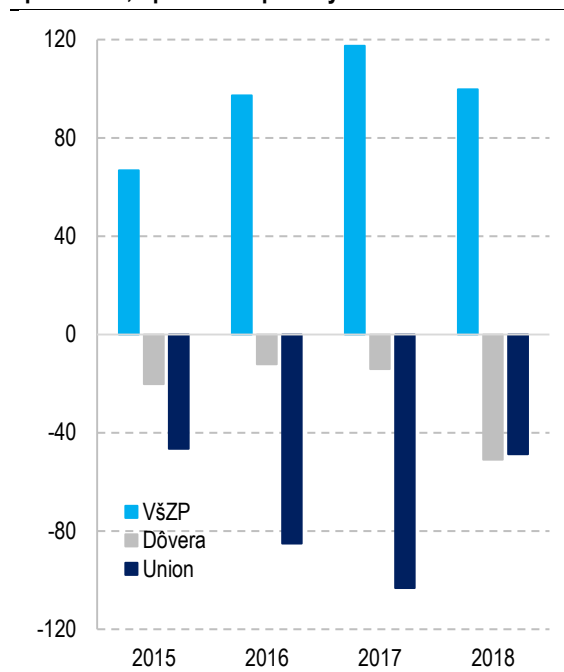
VšZP zároveň dáva na ZS na poistenca dlhodobo viac peňazí ako ostatné poisťovne, a to aj po zohľadnení rozdielov v poistnom kmeni (Graf 73), napriek tomu jej kontinuálne ubúda viac poistencov (Graf 72).

Graf 72: Prírastok/úbytok počtu poistencov



Zdroj: UDZS

Graf 73: Zmena priemerných výdavkov na ZS na 1 poistenca, upravené o poistný kmeň



Zdroj: ZP

S cieľom zefektívniť hospodárenie najväčšej zdravotnej poisťovne prešla VšZP optimalizačným projektom. Boli identifikované opatrenia s potenciálom do 150 mil. eur, pričom v prvom roku je možné realizovať 35 mil. eur. Podobne, ako v celej revízii výdavkov na zdravotníctvo je cieľom využiť uvoľnené zdroje na oblasti s najväčším potenciálom zlepšiť výsledky zdravotníctva. V súčasnosti poisťovňa vynakladá na zdravotnú starostlivosť 3 mld. eur (z toho 1 mld. eur na lieky a pomôcky, zvyšok ide poskytovateľom) a na prevádzku 100 mil. eur. Plnenie plánu sleduje Implementačná jednotka ÚV SR.

Tabuľka 39: Úsporné opatrenia

v mil. eur, interval	V prvom roku	V treťom roku
Zdravotná starostlivosť	17 - 20	77 - 107
Oblasť 1: Optimalizácia nákupu zdravotnej starostlivosti	11 - 12	35 - 58
Oblasť 2: Zdokonalenie kontroly výdavkov na zdravotnú starostlivosť	6 - 8	42 - 49
Prevádzka	4 - 6	17 - 21
Oblasť 3: Zvýšenie produktivity zamestnancov (cez zastavenie nábora zamestnancov)	1 - 1	7 - 10
Oblasť 4: Konsolidácie pobočkovej siete	1 - 2	3 - 3
Oblasť 5: Racionalizácia ostatných prevádzkových aktivít	2 - 3	7 - 8
SPOLU	21 - 26	94 - 128

Opatrenie: Plniť opatrenia optimalizačného projektu

13.3 Regulácia zdravotného systému

Reguláciu zdravotného systému na Slovensku zabezpečuje od roku 2004 úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Reguluje najmä fungovanie zdravotných poisťovní a kontroluje správne poskytovanie ZS. Predsedu aj správnu radu vymenúva vláda na návrh ministerstva zdravotníctva, dozornú radu parlament.

V oblasti regulácie zdravotných poisťovní ÚDZS pri ekonomických a iných rizikách nariaďuje poisťovniam ozdravný plán či nútenú správu.¹¹⁶

- **Ozdravný plán:**

Poisťovňa musí predložiť ozdravný plán napríklad pokiaľ je ohrozená jej schopnosť plniť si zákonné povinnosti, záväzky či keď v dôsledku záporných hospodárskych výsledkov poklesne výška jej vlastného imania pod zákonné minimum. Ak úrad návrh ozdravného plánu zamietne, ZP opatrenia vyplývajúce z ozdravného plánu neplní alebo napríklad ak je ohrozené bezpečné fungovanie VZP, ÚDZS môže poslať poisťovňu do nútenej správy. Činnosť VŠZP podliehala v roku 2017 ozdravnému plánu.

- **Nútená správa:**

Počas nútenej správy ZP sú zastavené funkcie všetkých orgánov poisťovne aj vedúcim zamestnancom priamo podriadeným predstavenstvu. Poisťovňa je predmetom kontroly vo všetkých oblastiach jej činnosti a riadenia. Účelom nútenej správy je najmä prijatie ozdravného režimu, postupná stabilizácia a obnovenie platobnej schopnosti. Ak uvedené nie je dosiahnuteľné, ZP sa môže dostať do konkurzu.

Kontrola správneho poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Pacient, ktorý sa domnieva, že mu ZS nebola poskytnutá správne má právo požiadať poskytovateľa o nápravu. V prípade, že pacientovej žiadosti nie je včas vyhovené, môže sa s podnetom obrátiť na ÚDZS.

ÚDZS v minulom roku udelil 109 pokút za nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, v celkovej výške 91 000 eur.¹¹⁷ Úrad nepodal žiadne trestné oznámenie v súvislosti s nesprávne poskytnutou liečbou.

Z 1 450 úradom priamo preverovaných podaní bolo vyhodnotených 150 prípadov ako opodstatnených. Úrad sa v roku 2018 zaoberal 2 500 sťažnosťami, z toho 73 % bolo zaslaných v danom roku. Ukončených bolo 1 900 podaní. Najčastejším predmetom sťažnosti bola nespokojnosť s postupom pri liečbe (55 %) či úmrtie v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou (25 %).

Pacienti sa pre získanie kompenzácie musia obrátiť na súd, úrad sa nimi nezaobera. Súd môže prihladiť na zistenia úradu vo veci pochybení, dokazovanie však vykonáva samostatne. Pacientom tak priamo nepomôže obrátiť sa v prípade nespokojnosti na ÚDZS.

13.4 Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Vo väčšine systémov pôsobia štátni aj súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, nedá sa povedať, ktorí fungujú lepšie len na základe ich vlastníka. Výskum v krajinách EÚ ukazuje, že verejné nemocnice sú rovnako dobré alebo lepšie v kvalite a hospodárnosti ako súkromné „for-profit“ nemocnice (orientované na zisk) (napr. metaštúdie Kurse et al., 2017 alebo Tynnkynen et al., 2018). Niektoré štúdie

¹¹⁶ Podľa § 51 a §52 zákona 581/2004 Z.z.

¹¹⁷ Zdrojom údajov o ÚDZS je správa o činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za rok 2018. Z predchádzajúcich rokov sa úrad v roku 2018 zaoberal 680 podaniami.

identifikovali lepšiu výkonnosť u for-profit nemocníc, rozdiely medzi typmi nemocníc však vychádzajú skôr z inštitucionálneho nastavenia systému (Barbetta et al., 2007). Podľa Kruse et al. (2017) nárast podielu súkromných nemocníc v Európe v posledných rokoch nie je spojený so zlepšením ich výkonnosti. Súkromné nemocnice majú vyššiu tendenciu reagovať na finančné motivácie, autori metaštúdie teda odporúčajú krajinám opatrnosť pri zavádzaní finančných nástrojov a opatrení a celkovo pri privatizovaní nemocníc.

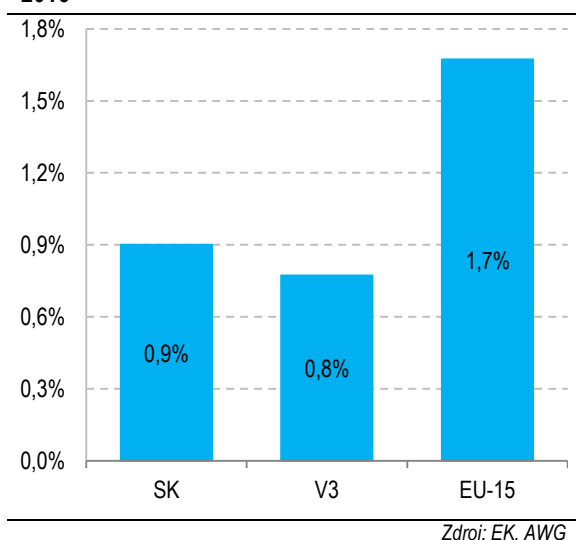
Dôležitejšie ako vlastníctvo je správne riadenie nemocnice. Manažér nemocnice by mal prejsť transparentným výberovým konaním a jeho následná činnosť by mala podliehať dôkladnej kontrole. Nemocnica má byť riadená strategicky z pohľadu výdavkov aj výsledkov. Hospodáreniu slovenských štátnych nemocníc môže pomôcť centralizované sieťové riadenie, napr. formou holdingovej štruktúry. Hospodárenie fakultných a univerzitných nemocníc v súčasnosti monitoruje Úrad pre riadenie podriadených organizácií (ÚRPO), nemá však riadiacu funkciu a nemá kompetenciu udeľovať sankcie. Hospodárenie nemocníc sa od zriadenia úradu významne nezlepšilo.

14 Dlhodobá starostlivosť

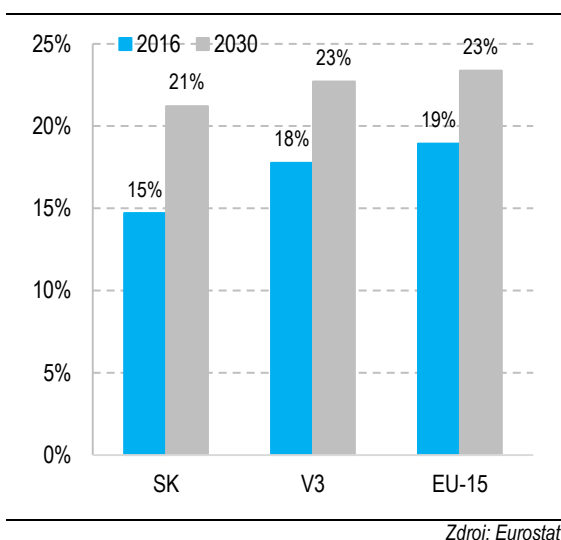
14.1 Výdavky na dlhodobú starostlivosť

Na dlhodobú starostlivosť dáva Slovensko 0,9 % HDP, menej ako priemer vyspelých európskych krajín ale viac ako priemer krajín V3. Po úprave výšky výdavkov o rozdiely vo vekovej štruktúre dáva Slovensko na dlhodobú starostlivosť o 0,4 % HDP menej ako krajiny EÚ15. V roku 2017 to predstavovalo 340 mil. eur, v súlade s prognózou starnutia bude v roku 2030 potrebné navýšenie oproti súčasným výdavkom o 818 mil. eur (Tabuľka 40, Graf 76, Graf 77). Ako dlhodobá starostlivosť sa označuje zdravotná a sociálna starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov a seniorov (Box 12).

Graf 74: Výdavky na dlhodobú starostlivosť, % HDP, 2016



Graf 75: Podiel obyv. vo veku 65+, 2016



Podľa prognóz Európskej komisie bude v nasledujúcich desaťročiach podiel obyvateľov nad 65 rokov na Slovensku narastať tretím najrýchlejším tempom v EÚ a v roku 2030 dosiahne úroveň 21 % (Graf 75). Podiel obyvateľstva nad 80 rokov vzrastie zo súčasných 3,2 % na 9 % v roku 2050 a 14,3 % v roku 2070, čo bude druhý najvyšší podiel v rámci EÚ.

Tabuľka 40: Porovnanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť po zohľadnení vekovej štruktúry

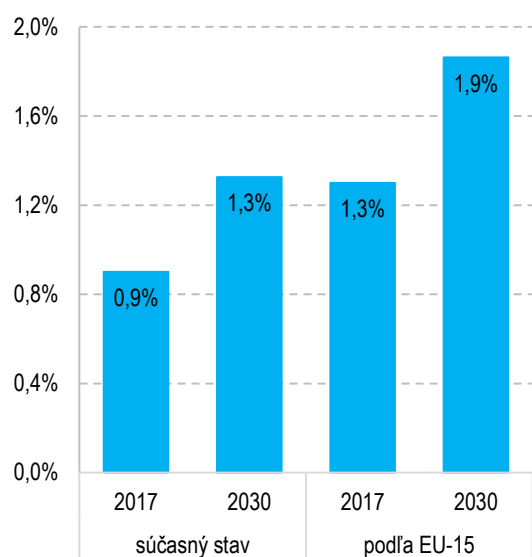
	EÚ15	V3	SK-2017	SK 2030
Výdavky na DS, % HDP	1,7 %	0,8 %	0,9 %	-
	18,9	17,8		
Podiel obyv. vo veku 65+	%	%	14,7 %	21,2 %
Výdavky na DS krajín EÚ15 pri vekovej štruktúre SK, % HDP	-	-	1,3 %	1,9 %
Rozdiel vo výdavkoch SK a EÚ15 po zohľadnení veku, % HDP	-	-	0,4 %	1 %
Potrebný nárast v mil. eur, 2017	-	-	339	818

Zdroj: EK, Eurostat

Pri takomto demografickom vývoji budú výdavky na DS rásť, v roku 2050 by mali dosiahnuť 1,8 % HDP, čo je dvojnásobok súčasného stavu. Táto prognóza pritom predpokladá zachovanie súčasného modelu DS, ktorý, ako je popísané nižšie, nezodpovedá súčasným potrebám obyvateľstva. Ak sa má systém DS na Slovensku adaptovať na potreby obyvateľstva, rast výdavkov bude ešte výraznejší. V súlade s odporúčaniami EK je preto dôležité nastaviť dlhodobo udržateľný systém financovania, s dôrazom na posilnenie medzirezortnej spolupráce v oblastiach sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Príkladom je Holandsko, ktoré z dôvodu zvyšujúcej

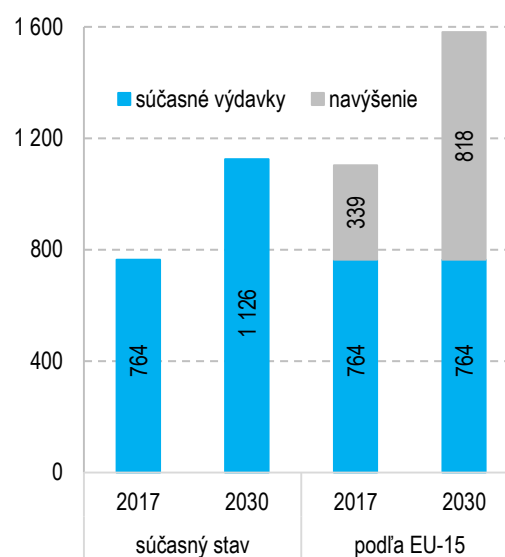
sa nákladovej náročnosti systému DS pristúpilo v roku 2015 k zásadným reformám financovania, sprísnilo kritériá pre rezidenčnú starostlivosť a presunulo množstvo kompetencií na regionálnu samosprávu

Graf 76: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, % HDP



Zdroj: EK, OECD

Graf 77: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, v mil. eur



Zdroj: EK, OECD

Box 12: Definícia dlhodobej starostlivosti

V súčasnosti na Slovensku ani v zahraničí neexistuje jednotne zdieľané vymedzenie pojmu dlhodobá starostlivosť. Revízia pre účel porovnania so zahraničím pracuje s definíciou Európskej komisie, ktorá dlhodobú starostlivosť charakterizuje ako „súhrn služieb poskytovaných osobám, ktoré sú z dôvodu nedostatku či úplnej straty fyzickej alebo mentálnej autonómie dlhodobo odkázané na sústavnú ošetrovateľskú starostlivosť alebo pomoc pri vykonávaní bežných denných činností“. Osoby, ktoré vyžadujú dlhodobú starostlivosť, EK označuje ako „long term care dependent“.¹¹⁸ Odkázanosť (dependence) je podľa EK dlhodobá, ak potreba pomoci alebo asistencie presahuje 6 mesiacov.

V závislosti od typu poskytovateľa môže byť DS formálna alebo neformálna. Formálnu DS poskytuje kvalifikovaný personál v zariadeniach sociálnej a zdravotnej starostlivosti alebo v domácom prostredí. Neformálna DS je poskytovaná nekvalifikovanými opatrovateľmi v domácom prostredí, prevažne bezodplatne (v niektorých prípadoch je kompenzovaná príspevkom na opatrovanie). Väčšinou sú opatrovateľmi členovia blízkej rodiny, príbuzní, priatelia, alebo iné osoby zo sociálneho okruhu odkázanej osoby.

¹¹⁸ Na Slovensku je ekvivalentom „dependence“ pojem OPIO - odkázanosť na pomoc inej osoby, upravený zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách. Ide o ľudí, ktorí v dôsledku nedostatku alebo straty fyzickej (telesnej), psychickej alebo mentálnej autonómie potrebujú výraznú pomoc alebo asistenciu pri vykonávaní bežných denných činností. Sem spadajú „seba obslužné úkony“ (angl. ekvivalent ADL – activities of daily living - osobná hygiena, obliekanie, stravovanie, mobilita, podávanie liekov a pod). Ďalšou kategóriou podľa zákona sú úkony starostlivosti o domácnosť (angl. IADL – instrumental activities of daily living - nákupy, varenie, donáška jedla do domu, pranie, žehlenie). Ak je osoba odkázaná na pomoc iba pri úkonoch starostlivosti o domácnosť, z hľadiska EK definície nie je odkázaná na dlhodobú starostlivosť. V závislosti od náročnosti prípadu je osoba zadelená do jedného zo 6 stupňov odkázanosti. Podľa stupňa odkázanosti sa posudzuje nárok na umiestnenie do zariadenia dlhodobej starostlivosti, nárok na ošetrovateľskú, resp. opatrovateľskú starostlivosť.

DS na Slovensku zahŕňa sociálnu aj zdravotnú starostlivosť, patrí preto do kompetencie Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (MPSVaR SR) a MZ SR. Viaceré kompetencie v exekutive sú prenesené na vyššie územné celky a na obce.

Formy dlhodobej starostlivosti (DS) na Slovensku

		SOCIÁLNA DS	ZDRAVOTNÁ DS
FORMÁLNA DS	Pobytové služby	Domov sociálnych služieb Zariadenie pre seniorov Špecializované zariadenie Zariadenie opatrovateľskej služby	Hospic Liečebňa DOS (Dom ošetrovateľskej starostlivosti) Nemocnica – oddelenia: - dlhodobo chorých - doliečovacie - geriatra - paliatívna starostlivosť
	Ambulantné/terénne služby	Denný stacionár Rehabilitačné stredisko Opatrovateľská služba	Mobilný hospic ADOS (Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti) Stacionár Domáca Ambulancie: - geriatra - paliatívna
NEFORMÁLNA DS		Príspevok na opatrovanie Ošetrovné	

14.2 Organizácia dlhodobej starostlivosti

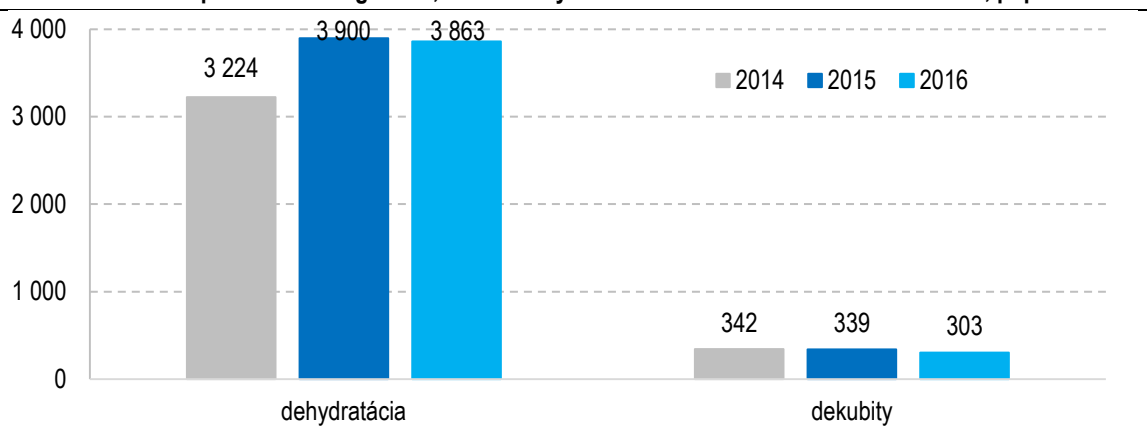
Zabezpečenie služieb dlhodobej starostlivosti o seniorov a dlhodobo chorých pacientov na Slovensku nezodpovedá súčasným potrebám obyvateľstva. Nedostatky a potreby systémov v krajinách EÚ pomenovala Európska komisia v správe z roku 2018 (EK, 2018). Podľa nej je v krajinách strednej a východnej Európy slabá medzirezortná koordinácia, poddimenzovaná domáca a komunitná starostlivosť a veľkú časť služieb pokrývajú blízki a príbuzní v domácej starostlivosti bez adekvátnej podpory štátu.

Na Slovensku sa prejavujú nedostatky vo všetkých spomínaných oblastiach:

1. slabá dostupnosť následnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti v ÚZS;
2. nízke kapacity v zariadeniach sociálnych služieb určených pre dlhodobú starostlivosť;
3. slabá dostupnosť formálnej domácej a komunitnej starostlivosti;
4. nedostatočná integrácia zdravotných a sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach zdravotnej starostlivosti;
5. nedostatočná podpora neformálnych opatrovateľov v domácom prostredí.

Dôsledkom nedostatkov systému je vysoký počet opakovaných hospitalizácií na akútnych oddeleniach, hospitalizácie v dôsledku dekubitov a dehydratácie seniorov (Graf 78) a celkovo zhoršená kvalita života seniorov a dlhodobo chorých pacientov, ale aj záťaž na príbuzných a blízkych, ktorí seniorov opatrojú. **Zmeny v systéme sú nevyhnutné, aby sa situácia s ohľadom na rýchle starnutie obyvateľstva nezhoršovala.**

Graf 78: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+



Zdroj: MZ SR

14.2.1 Následná ústavná zdravotná starostlivosť

Následná ústavná zdravotná starostlivosť predstavuje „medzistupeň“ medzi hospitalizáciou pacienta na akútnom oddelení a jeho prepustením do ambulantnej starostlivosti. V súčasnosti sú kapacity následnej ÚZS na Slovensku nedostatočné, čo v kombinácii s ďalšími spomínanými nedostatkami dlhodobej starostlivosti spôsobuje zbytočné opakované hospitalizácie.

V roku 2019 bola vládou schválená novela Zákona o zdravotnej starostlivosti¹¹⁹, ktorá má navýšiť kapacity v následnej ÚZS¹²⁰. Novela zavádza pojmy *Následná ústavná zdravotná starostlivosť* a *Následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť*. Následná ÚZS je poskytovaná najmä v rámci nemocníc – na oddeleniach dlhodobo chorých, doliečovacích, paliatívnej medicíny, fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, psychiatrie, ale tiež v hospicioch a liečebniach. Z definície má byť poskytovaná do stavu, kedy je pacient spôsobilý na prepustenie do ambulantnej liečby, avšak najviac do doby 3 mesiacov od prijatia do ÚZS.

Podľa MZ SR je potrebné súčasný počet lôžok v následnej ÚZS (3 200) do roku 2030 zdvojnásobiť. Novela pritom podmieňuje navýšenie počtu chronických lôžok znížením normatífov na akútne lôžka (opatrenie vyplývajúce zo stratifikácie ÚZS), ktoré by uvoľnilo personálne, priestorové a finančné zdroje.

Okrem lôžkových oddelení nemocníc je následná zdravotná starostlivosť poskytovaná aj v rámci hospicov¹²¹, ich kapacitné normatívy neboli až do súčasnosti objektívne posúdené. Normatív pre hospice je v súčasnosti určený na úrovni jedného zariadenia pre každý kraj, bez určenia minimálneho počtu lôžok. Podľa novely by sa mal zvýšiť na minimálne 2 hospice pre každý kraj, s celkovým počtom lôžok 290. Problémom hospicov a mobilných hospicov je najmä financovanie – z dôvodu nedostatočných platieb od ZP musia poskytovatelia stanovovať vyššie ceny služieb, čím znižujú dostupnosť pre niektoré skupiny pacientov.

Pobytové zariadenia sociálnych služieb, domáca a komunitná starostlivosť

Pobytové zariadenia sociálnych služieb nemajú dostatok miest, počet čakateľov v zariadeniach pre seniorov a v špecializovaných zariadeniach presahuje počet dostupných miest o 30 %, v domovoch sociálnych služieb o 13 %. Najvyšším počtom miest v pobytových sociálnych zariadeniach disponujú zariadenia pre seniorov určené pre celoročný pobyt pacientov s vyššími stupňami odkázanosti. V 387 takýchto zariadeniach je k dispozícii 18 500 lôžok, počet čakateľov v roku 2018 bol 5 700. Ide pritom o najvyššie stupne

¹¹⁹ Ďalej v tejto kapitole označovaná iba ako novela.

¹²⁰ Dostupné na <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24090/1>.

¹²¹ Tieto formy sú poskytované pacientom s nevyliciteľným ochorením, ktorých predpokladaná dĺžka života je do 6 mesiacov.

odkázanosti, pri ktorých je domáca starostlivosť náročná. Až 20 % respondentov v prieskume¹²² Asociácie na ochranu práv pacientov (AOPP) čakalo na umiestnenie opatrovanej osoby do zariadenia sociálnej služby viac ako 1 rok, do 2 mesiacov sa podarilo umiestniť opatrovanú osobu do zariadenia iba 40 % opýtaným. **Čakateľom môže pomôcť poskytnutie iných foriem služieb, najmä domácej a komunitnej starostlivosti.**

Trendom v dlhodobej starostlivosti v zahraničí je rozširovanie domácej a komunitnej starostlivosti (deinštitucionalizácia), na Slovensku sú tieto služby poddimenzované. Tieto formy starostlivosti umožňujú dlhodobo chorým pacientom a seniorom žiť v prirodzenom sociálnom prostredí (rodina, priatelia), a zároveň preberajú časť úloh neformálnych opatrovateľov, čím znižujú ekonomickú a psychickú záťaž starostlivosti. Novela Zákona o zdravotnej starostlivosti reflektuje potrebné navýšenie kapacít agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a mobilných hospicov, zvyšuje tiež normatívy na počet sestier aj výšku úhrad. Podľa EK existuje aj priestor na rozšírenie počtu stacionárov, denných centier a koordinovaného spoločného alebo individuálneho bývania s asistenciou opatrovateľov.

Priorizácia domácej a komunitnej starostlivosti neznamená, že kapacity pobytových zariadení by sa mali vo veľkej miere zmenšovať. V tomto ohľade neexistuje univerzálny model DS a proces deinštitucionalizácie by mal reflektovať demografický vývoj obyvateľstva a s ním súvisiace determinanty. Je dôležité, aby sa na domácu a komunitnú starostlivosť nepozeralo iba ako na „lacnú alternatívu“ rezidenčných zariadení, ale aby bol model DS v krajine založený na objektívnych potrebách obyvateľstva.

Neformálni opatrovatelia

Chýbajúce kapacity formálnej starostlivosti nahrádzajú neformálni opatrovatelia, najčastejšie príbuzní a priatelia. Táto forma starostlivosti nie je v súčasnosti na Slovensku adekvátne podporovaná a finančne kompenzovaná. Peňažný príspevok na opatrovanie osoby odkázanej na pomoc poberalo na konci minulého roku 54 700 osôb v priemernej mesačnej výške 215 eur na opatrovanú osobu. Tento typ príspevku v súčasnosti môžu poberať iba opatrovatelia osôb s ťažkým zdravotným postihnutím. Náročnú starostlivosť však často vyžadujú aj príbuzní bez priznania statusu ŤZP. Až 71 % respondentov prieskumu AOPP zabezpečovalo dlhodobú starostlivosť o príbuzného svojpomocne, pritom iba 20 % z nich poberalo príspevok na opatrovanie. **Systém s nedostatočnými formálnymi službami tak má negatívny ekonomický dopad na jednotlivcov, rodiny a spoločnosť tým, že veľký počet ľudí sa namiesto produktívnej činnosti na trhu práce venuje nekompenzovanému opatrovaniu.**

Z expertných odhadov vyplýva, že skutočný počet osôb vyžadujúcich dlhodobú starostlivosť je na Slovensku omnoho vyšší než zachytávajú sociálne a zdravotnícke štatistiky. Cez rôzne formy sociálnej starostlivosti dostalo v roku 2017 dlhodobú pomoc približne 120 000 ľudí, zdravotnícke služby dlhodobej starostlivosti využilo 61 000 ľudí, čo spolu predstavuje 2,4 % obyvateľstva vo veku nad 6 rokov. Expertné fórum¹²³ pritom už v roku 2014 odhadlo podiel osôb odkázaných na pomoc na úrovni 5,7 % populácie nad 6 rokov. Na základe demografického vývoja sa dá predpokladať, že odhadovaný podiel sa medzičasom zvýšil.

Počet neformálnych opatrovateľov na Slovensku je preto v skutočnosti vyšší než ukazujú výsledky štatistických zisťovaní. Ak neformálny opatrovateľ nemá právo poberať príspevok na opatrovanie a nevyužíva žiadnu ambulantnú formu dlhodobej starostlivosti, záťaž starostlivosti je vysoká. Čiastočne tento problém rieši novovzniknuté „dlhodobé ošetrovné“, ktoré po indikácii lekárom môže poberať rodinný príslušník opatrovanej osoby, avšak jeho limitom je časové obmedzenie poberania príspevku na 3 mesiace. Keďže čakacie doby na

¹²² Prieskum bol realizovaný v rámci projektu „Stratégie dlhodobej starostlivosti“. Na projekte pod gesciou Úradu splnomocnenca vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti spolupracujú zástupcovia Ministerstva zdravotníctva SR, Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a Asociácie na ochranu práv pacientov SR. <https://aopp.sk/clanok/priplatky-nespokojnost-s-personalom-aj-nedostatok-kapacit-v-zariadeniach-aj-odhalil-prieskum-o-dlhodobej-starostlivosti>

¹²³ Repková, K. Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby – analytické východiská. (13.3.2019)

zariadenia pre seniorov a iné pobytové a ambulantné zariadenia sociálnych služieb sú často dlhšie, je táto forma podpory nedostatočná.

Medzirezortná koordinácia

Slabá koordinácia rezortu zdravotníctva a sociálnych vecí spôsobuje, že oba typy služieb – zdravotné a sociálne – nie sú v zariadeniach oboch rezortov dostatočne integrované. Dôsledkom je nižšia kvalita zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a naopak slabé sociálne služby v zariadeniach zdravotnej starostlivosti. Medzirezortnú a regionálnu roztrieštenosť kompetencií identifikovala pracovná skupina EK ako jednu z bariér pre kvalitnú a dostupnú dlhodobú starostlivosť. Kontrola kvality služieb v zariadeniach sociálnych služieb (v kompetencií MPSVaR SR) je síce zo zákona povinná, týka sa však iba sociálnych služieb. V prípade služieb zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti môže kontrola iba zhodnotiť, či sú klientovi zabezpečené, hodnotenie ich kvality je podľa novely v kompetencií ÚDZS, avšak rozsah hodnotenia nie je bližšie zákonom určený.

Nedostatok koordinácie sociálnych a zdravotných služieb sa prejavuje aj v náročnosti prechodu pacienta z ústavnej starostlivosti do zariadenia sociálnych služieb, resp. domácej starostlivosti. Umiestnenie pacienta do zariadenia sociálnych služieb vyžaduje posúdenie stupňa odkázanosti, čo je časovo náročný proces. Keďže nemocnice nedisponujú dostatočnými kapacitami chronických lôžok a kapacity hospicov a DOS sú taktiež poddimenzované, často je pacient prepustený do domácej starostlivosti skôr, než má vybavený posudok na umiestnenie do zariadenia sociálnych služieb.

Opatrenia

- Navýšenie kapacít a výdavkov na následnú ústavnú zdravotnú starostlivosť, hospice, mobilné hospice a agentúry ošetrovateľskej služby podľa novely Zákona o zdravotnej starostlivosti ročne o 27 mil. eur, v prvom roku o 15 mil. eur.
- Navýšenie zdrojov na úroveň EÚ15 o 340 mil. eur ročne v horizonte 10 rokov.
- Výrazné posilnenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti – ADOS, mobilný hospic
- Výrazné posilnenie komunitnej starostlivosti – stacionáre, denné centrá, asistované bývanie
- Rozšírenie následnej starostlivosti
- Dostatočná finančná kompenzácia neformálnych opatrovateľov a podpora zapojenia na pracovnom trhu (napr. flexibilné pracovné zmluvy) (EK, 2018).

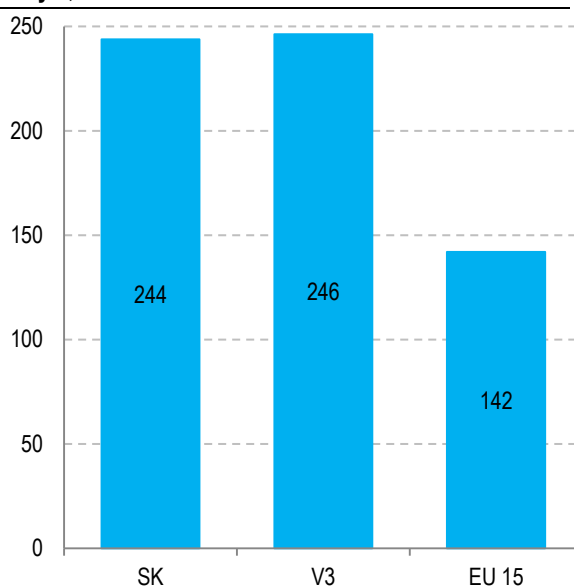
15 Prevencia ochorení a podpora zdravia

15.1 Výsledky v oblasti prevencie a podpory zdravia

Na ochorenia, ktorým sa dá predísť lepšími programami verejného zdravia a prevencie, zomrelo na Slovensko o niečo menej ľudí ako je priemer krajín V3, ale výrazne viac ako v krajinách EÚ15 (Graf 79). Počet takýchto úmrtí meria ukazovateľ úmrtnosti odvrátiteľné prevenciou (*preventable mortality*), ktorý publikuje Eurostat (Eurostat, 2019).

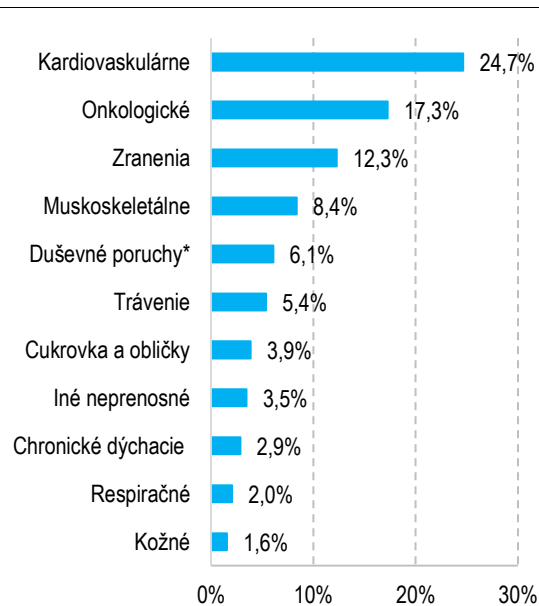
Hlavné príčiny týchto úmrtí sú kardiovaskulárne, onkologické a pľúcne ochorenia, zároveň ide o rovnaké ochorenia, ktoré vedú k väčšine úmrtí odvrátiteľných zdravotnou starostlivosťou (*treatable mortality*). Tieto ochorenia, hlavne v chronickej podobe, zároveň predstavujú najväčšiu záťaž chorobou, ktorú meria ukazovateľ DALY (*disability-adjusted life years*). DALY vyjadruje počet rokov strávený s poruchou a počet stratených rokov kvôli predčasnému úmrtiu (Schéma). Významnú časť príčin úmrtí odvrátiteľných prevenciou tvoria zranenia z automobilových nehôd a iné zranenia, choroby spojené s užívaním alkoholu a sebapoškodzovanie vrátane samovrážd.

Graf 79: Úmrtnosť, ktorej sa dá predísť lepšou prevenciou (*Preventable mortality*), na 100-tisíc obyv., 2016



Zdroj: Eurostat

Graf 80: Záťaž chorobou vrátane predčasného úmrtia (DALY) na Slovensku, % z celku, 2017



*Zahŕňa aj úrazy spôsobené sebapoškodzovaním, a škodlivé užívanie alkoholu a psychotropných látok

Zdroj: GBDCN

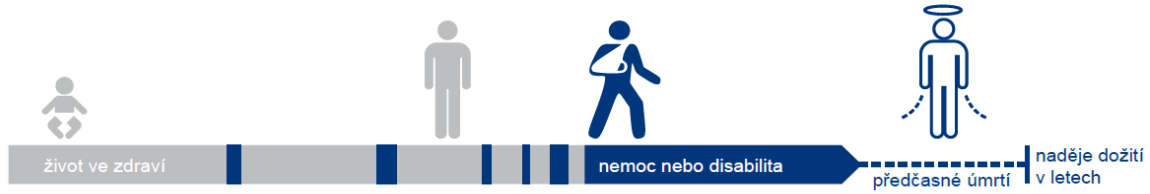
Schéma 1: Ukazovateľ DALY

DALY (Disability Adjusted Life Years)

Roky života vážené disability vyjadrujú celkovú záťaž spôsobenou ochorením a vyjádrenou súčtom počtu ztracených let v dôsledku narušeného zdravia, disability alebo predčasného úmrtí

YLD
= roky ztracené životom s disability

YLL
+ roky ztracené predčasnými úmrtiami



Zdroj: prevzaté z Winkler et al. (2013)

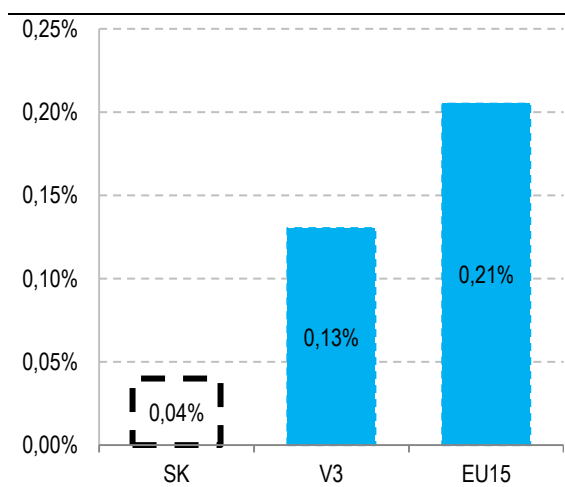
Prevenícia zahŕňa primárnu prevenciu (preventívnu zdravotnú starostlivosť, očkovania) **a sekundárnu prevenciu** (skriningy, monitorovanie ochorení). **Podpora zdravia** na druhej strane predstavuje opatrenia zamerané na zlepšenie životného štýlu (znižovanie konzumácie alkoholu, fajčenia, nedostatočnej fyzickej aktivity, nezdravého stravovania) a adresovanie rizikových faktorov v prostredí (environmentálne, socioekonomické faktory, rodinné prostredie), viac v prílohe.

15.2 Výdavky na prevenciu a podporu zdravia

Z verejných výdavkov na zdravotníctvo smeruje v krajinách V3 v priemere 2,5 % a krajinách EÚ15 v priemere 2,8 % na prevenciu, za Slovensko v súčasnosti nie je k dispozícii porovnateľný údaj (viac v boxe v prílohe). Podľa Gmeinder et al. (2017) sa môže zdať, že krajiny investujú do prevencie veľmi málo, vzhľadom na to, že mnohé opatrenia sa ukazujú ako nákladovo-efektívne, aj v ostatných krajinách však môže byť problém v podhodnotených údajoch kvôli problematickému vykazovaniu. Autori dodávajú, že nie je jednoduché určiť správny pomer výdavkov na prevenciu a liečbu, lebo mnohé účinné programy prevencie sú veľmi lacné (napr. očkovanie) a veľa vhodných programov nespadá pod sektor zdravotníctva.

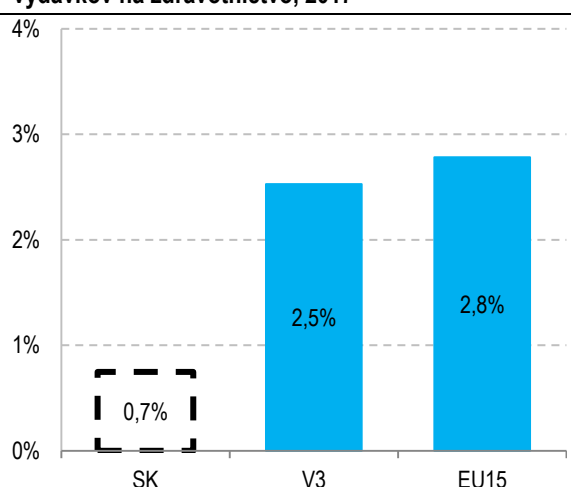
Vzhľadom na slabé výsledky na Slovensku možno predpokladať, že priestor na investovanie do prevencie a podpory zdravia, najmä neprenosných ochorení, je veľký.

Graf 81: Výdavky na prevenciu*, % HDP, 2017



*údaj vykázaný za Slovensko nie je porovnateľný s benchmarkmi
Zdroj: OECD

Graf 82: Výdavky na prevenciu*, % z celkových výdavkov na zdravotníctvo, 2017



*údaj vykázaný za Slovensko nie je porovnateľný s benchmarkmi
Zdroj: OECD

15.3 Efektívne a nákladovo-efektívne programy prevencie a podpory zdravia

Investovanie do účinných programov prevencie a podpory zdravia je preukázateľne minimálne tak nákladovo-efektívne ako liečba následných ochorení (WHO, 2015b). Štát môže zdravšie návyky ľudí ovplyvniť cez zdaňovanie, reguláciu, vzdelávanie alebo behaviorálne pôsobenie. Preventívnymi opatreniami sa za posledné dekády celosvetovo podarilo významne zvýšiť zaočkovanosť a odhaľovanie ochorení v skorom štádiu. A tiež znížiť počet nehôd a zranení a tiež znížiť konzumáciu alkoholu a cigariet.

Dôležité a zároveň zložité je identifikovať programy, ktoré naozaj fungujú, často je účinná až kombinácia viacerých opatrení. OECD zároveň upozorňuje, že znižovanie výdavkov na zdravotníctvo by nemalo byť hlavnou motiváciou pre investície do prevencie a podpory zdravia. **Najvyššie prínosy z prevencie nevychádzajú zo znižovania výdavkov na liečbu, návratnosť vyplýva najmä z vyššej produktivity, nižšej záťaže na sociálny systém a nižšej nerovnosti v zdraví a blahobyte obyvateľov (Devaux & Sassi, 2015).**

Prevencia

Zaočkovanosť detí na osýpky sa na Slovensku drží sa nad kritickou hranicou 95 %, rovnako je na tom priemer krajín V3 a v súčasnosti už aj EÚ15 (Graf 83). V posledných rokoch sa však zvyšuje neochota časti rodičov zaočkovať svoje deti z neopodstatneného strachu z vedľajších účinkov, často ako dôsledok dezinformácií. Osýpky sú pritom závažné vírusové ochorenie, ktoré môže prejsť až do zápalu pľúc, encefalitídy, hnačky a dokonca môžu spôsobiť slepotu. Očkovanie proti osýpkam je vysoko účinné. Aby boli chránení ľudia, ktorí sa nemôžu dať očkovať (napr. kvôli kontraindikácii alebo slabej imunite), je potrebné, aby sa zaočkovanosť udržala nad úrovňou 95 %. **Na Slovensku nastal výrazný pokles zaočkovanosti medzi rokmi 2011 a 2015, od roku 2016 mierne narástol. V roku 2019 vydalo MZ zákaz vstupu nezaočkovaných detí do škôlok¹²⁴.**

Podiel staršej populácie zaočkovanej na chríпку ukazuje, že Slovensko je na tom podstatne horšie než ostatné porovnané krajiny (Graf 84). Ukazovateľ berie do úvahy staršiu populáciu, ktorá je obzvlášť náchylná na komplikácie pri nákuze chrípkou.

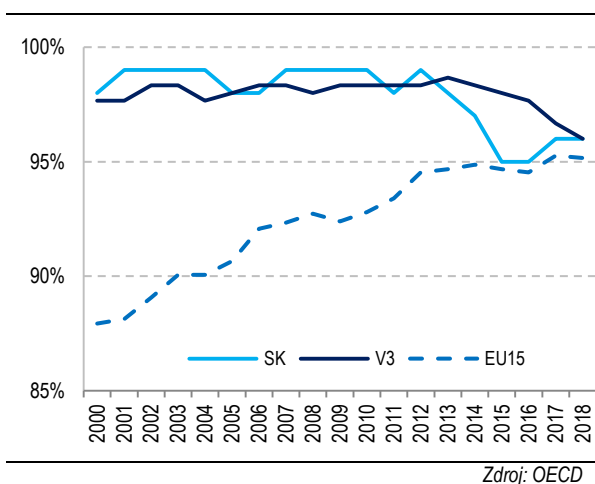
Rada Európskej Únie¹²⁵ pre zlepšenie zaočkovanosti odporúča

- zavedenie národných očkovacích programov a monitoring zaočkovanosti
- koordináciu členských krajín v očkovacích programoch
- zlepšenie dostupnosti vakcín
- očkovanie pri nástupe do školy, do zamestnania.
- očkovanie bližšie v komunite hlavne v prípade zraniteľných skupín a minorít, napr. v lekárňach, školách, na pracovisku
- zvyšovanie informovanosti o potrebe a účinkoch očkovania, budovanie dôvery v zdravotnícky systém a boj proti dezinformáciám.

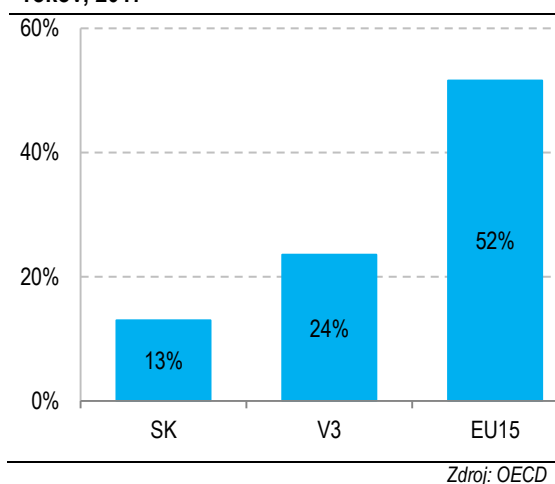
¹²⁴ <https://www.health.gov.sk/Clanok?povinne-ockovanie-ochrana>

¹²⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018DC0244&from=EN>

Graf 83: Zaočkovanosť na osýpky

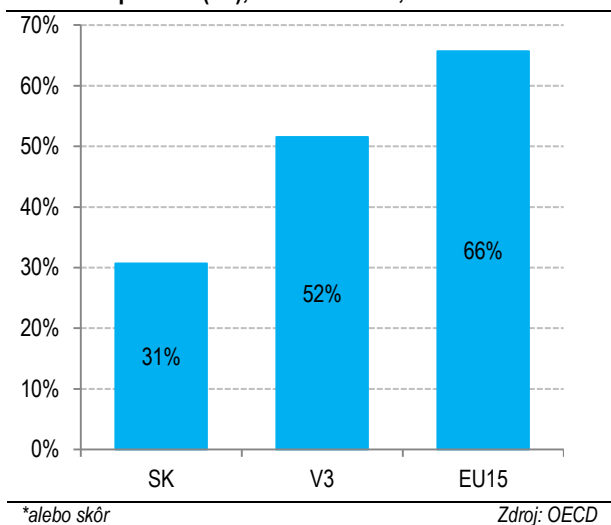


Graf 84: Zaočkovanosť na chrípku, % obyv. nad 65 rokov, 2017

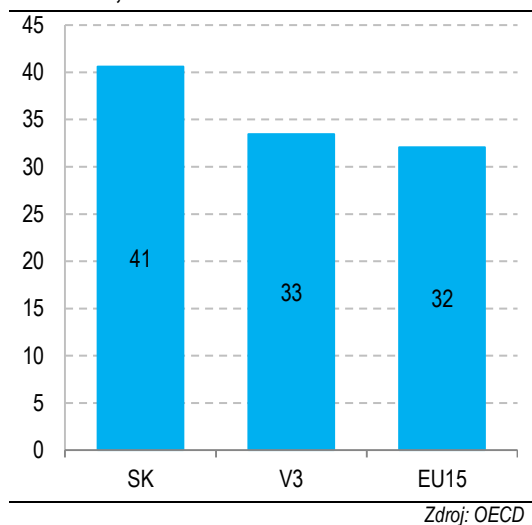


Skríningové programy majú za účel cielennými opatreniami priviesť k skríningovým prehliadkam na ochorenia viac ľudí, než by prišlo z vlastnej iniciatívy. Slovensko zaostáva v miere skríningov na rakovinu prsníka za všetkými referenčnými skupinami (Graf 85), má aj vyššiu úmrtnosť na rakovinu prsníka (Graf 86).

Graf 85: Podiel žien, ktoré absolvovali skríning na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79, 2017*

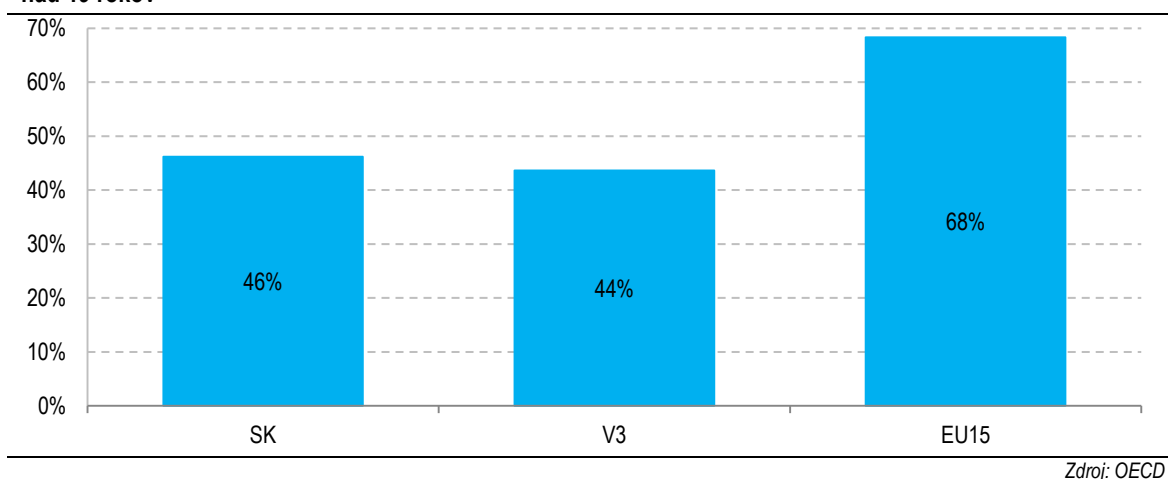


Graf 86: Úmrtnosť na rakovinu prsníka, na 100-tisíc žien, 2015



V miere skríningov na rakovinu kŕčka maternice u gynekológa je na tom Slovensko mierne lepšie ako priemer krajín V3 a výrazne horšie ako krajiny EÚ15 (Graf 87).

Graf 87: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (krčok maternice), vo veku nad 19 rokov



V roku 2019 zaviedlo MZ nové skriningové programy onkologických ochorení, najmä rakoviny krčka maternice, nádorov prsníka, kolorektálneho karcinómu a ústnej dutiny. Uplatnením Národného onkologického programu by sa mali v praxi zaviesť a rozšíriť preventívne programy na vybrané skupiny populácie podľa medzinárodných odporúčaní.¹²⁶

Posilnený skrining na karcinóm kolorekta pacientov starších ako 50 rokov raz za dva roky sa má vykonať u 160-tisíc ľudí z cieľovej skupiny nad rámec súčasného stavu. Na opatrenie bolo v rozpočte na rok 2019 vyčlenených 5 mil. eur, investícia sa má v budúcnosti niekoľkonásobne vrátiť v podobe lacnejšej liečby v skorších štádiách ochorenia. Za prvých 7 mesiacov skriningu prišlo na prehliadku takmer 25 % pozvaných. Ak by sa celkový počet pacientov, ktorí absolvujú prehliadku navýšil a zastabilizoval na úrovni 50 % všetkých pozvaných, tak by ročná pridaná hodnota pre systém dosiahla 1,6 mil. EUR a počet odvrátiteľných úmrtí by klesol z 37 na 30 úmrtí na 100-tisíc obyvateľov od roku 2020.

Zavedenie skriningov rakoviny prsníka v Česku v roku 2000 pomohlo významne znížiť úmrtnosť na rakovinu prsníka zo 43 na 29 úmrtí na 100-tisíc žien. Za posledné roky sa však prehodnocujú postupy pri skriningu kvôli častým prípadom, keď bola diagnostikovaná rakovina u zdravej pacientky (chybne pozitívne výsledky). WHO momentálne odporúča diagnostiku len u žien, ktoré spĺnia určité kritériá (WHO, 2014). MZ SR spustilo celoplošný skrining rakoviny prsníka v late 2019, kde VŠZP pozve na vyšetrenie v septembri 2 100 žien, Dôvera 1 500 a Union 550 svojich poistenkýň, a to na 15 certifikovaných pracoviskách. Cieľom MZ SR je dosiahnuť odporúčanie EÚ (účasť 70-75 % žien a zníženie počtu úmrtí o 30-35 %).

Podpora zdravia

Účinné programy podpory zdravia sa zameriavajú na znižovanie rizikových faktorov, ktoré v súčasnosti výrazne prispievajú k rozvinutiu chronických neprenosných ochorení, napr. kardiovaskulárnych chorôb. Hlavnými rizikovými faktormi sú fajčenie, škodlivé pitie alkoholu, nezdravá strava a málo fyzickej aktivity.

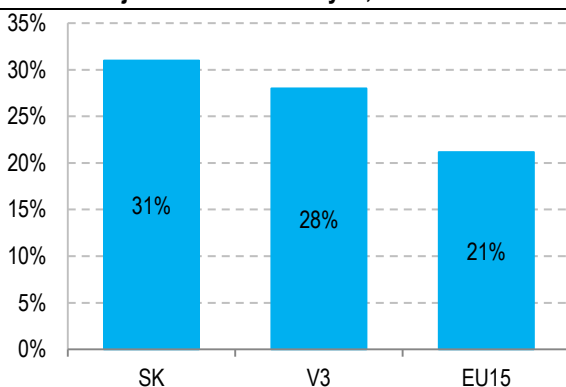
Fajčenie je najvýraznejší rizikový faktor, ktorý ohrozuje zdravie obyvateľov EÚ a hlavná príčina najčastejšieho úmrtia odvrátiteľného prevenciu – rakoviny priedušnice, priedušiek a pľúc (OECD, 2018). Na Slovensku fajčí viac ľudí ako v krajinách EÚ15 a viac adolescentov ako v susedných krajinách. Približne polovica fajčiarov zomiera predčasne, priemerne o 14 rokov. Je tiež hlavným rizikovým faktorom

¹²⁶ Pre ostatné druhy onkologických ochorení populačný skrining nie je odporúčaným riešením, napriek tomu naďalej zostáva najvhodnejšou stratégiou pre zníženie počtu úmrtí včasná diagnostika nádorového ochorenia.

vzniku kardiovaskulárnych ochorení a rakoviny – dvoch hlavných príčin úmrtí odvrátiteľných lepšou zdravotnou starostlivosťou.

Fajčenie sa darí znižovať v krajinách s prísnou reguláciou. Najefektívnejším opatrením je zvyšovanie daní na cigarety, najlepšie funguje v kombinácii so zákazom fajčenia na verejných priestranstvách a v budovách. Medzi novšie opatrenia patrí regulácia elektronických cigariet alebo zákaz fajčenia v aute za prítomnosti detí (OECD, 2018).

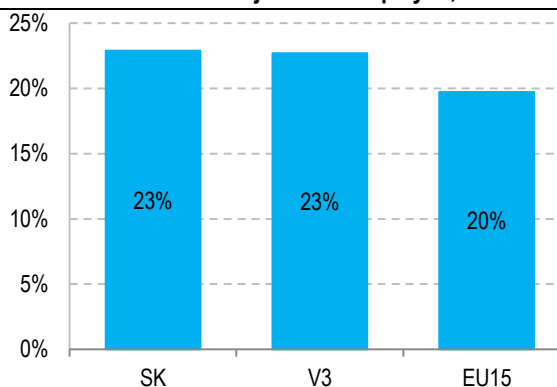
Graf 88: Fajčenie* u 15-16 ročných, 2015



*za posledných 30 dní

Zdroj: OECD (2018)

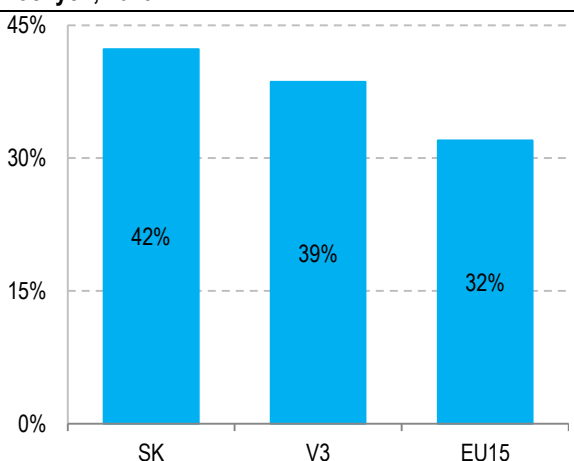
Graf 89: Každodenné fajčenie u dospelých, 2016



Zdroj: OECD

Ochorenia spojené s konzumáciou alkoholu¹²⁷ sú tretou najčastejšou príčinou ochorení odvrátiteľných prevenciou. Na Slovensku až 42 % adolescentov pije nárazovo veľké množstvá alkoholu, čo je viac ako v krajinách V3 a EÚ15 (Graf 90). V množstve skonzumovaného alkoholu v dospelosti je Slovensko na úrovni EÚ15 (Graf 91). Nárazové, ale aj dlhodobé mierne pitie prispieva ku kardiovaskulárnym ochoreniam, cirhóze pečene, niektorým druhom rakoviny, a tiež k úrazom, nehodám, násiliu, zabitiam a samovraždam. **Podobne ako pri cigaretách, hlavným opatrením je prísna regulácia cez zdaňovanie, reguláciu ceny za gram alkoholu v Škótsku s cieľom znižovať najmä nárazové pitie lacného alkoholu adolescentmi a obmedzenie prístupu k alkoholu** (OECD, 2018).

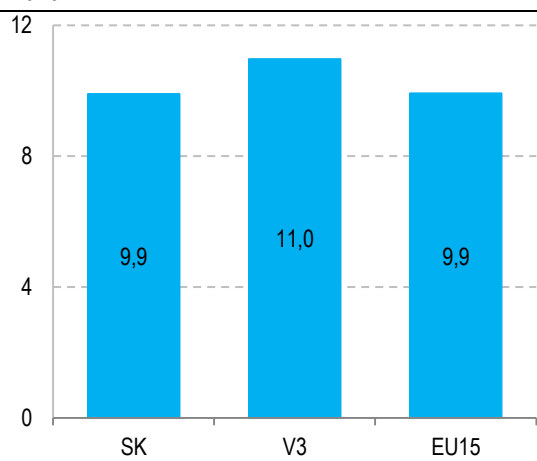
Graf 90: Nárazové ťažké pitie alkoholu* u 15-16-ročných, 2015



*za posledných 30 dní

Zdroj: OECD (2018)

Graf 91: Konzumácia alkoholu u dospelých, litre, 2016

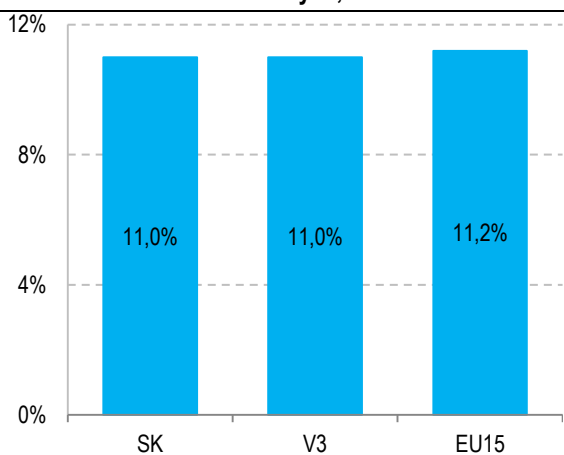


Zdroj: OECD

¹²⁷ napr. psychické poruchy, degenerácia nervovej sústavy, alkoholová kardiomyopatia, gastritída, hepatitída, cirhóza pečene

Obezita u dospelých je na Slovensku nižšia ako v susedných krajinách a porovnateľná s krajinami EÚ15, u detí je podobná u všetkých porovnávaných skupín (Grafy 92 a 93). Vo väčšine krajín s dostupnými dátami obezita narastá. Obezita zvyšuje riziko vzniku hypertenzie, vysokého cholesterolu, cukrovky, kardiovaskulárnych ochorení a niektorých druhov rakoviny. **V rámci boja proti obezite mnohé krajiny EÚ zaviedli daň z potravín a nápojov s vysokým obsahom tuku, cukru a soli** EÚ podporuje viac-úrovňový a viacsektorový prístup k prevencii obezity počas priebehu života. Už novorodencov sa vhodné opatrenia týkajú podpory dojčenia, lepšej regulácie potravín pre bábätká a zvýšenia prísunu ovocia a zeleniny. Medzi časté opatrenia patrí zvyšovanie informovanosti o zložení potravín, regulácia marketingu na potraviny, lepšie označovanie na obaloch, prísnejšie štandardy na potraviny v školách. Ďalšími opatreniami sú podpora fyzickej aktivity, bicyklovania a wellness programy na pracovisku (OECD, 2018).

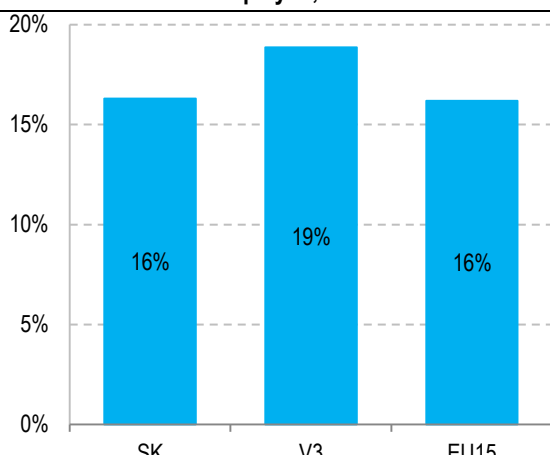
Graf 92: Obezita u 7-8-ročných, 2017



*alebo skôr

Zdroj: WHO

Graf 93: Obezita u dospelých, 2014

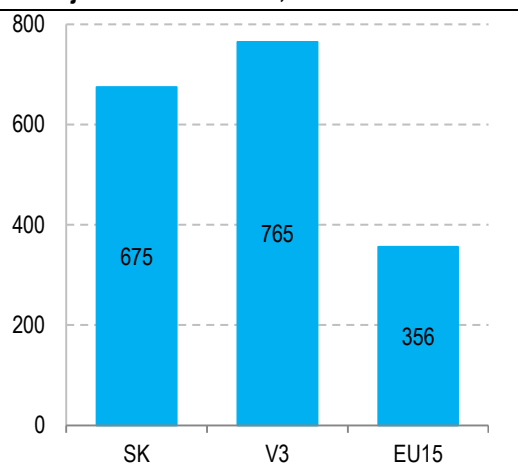


Zdroj: Eurostat

Na Slovensku je úmrtnosť spôsobená znečistením ovzdušia tuhými časticami PM2.5 a ozónom o niečo nižšia ako v krajinách V3, ale takmer dvakrát vyššia ako v krajinách EÚ15 (Graf 94). Miniaturne tuhé častice PM 2.5 poškodzujú zdravie tým, že prenikajú hlboko do respiračného systému, väčšina je produktom spaľovania z výfukových plynov, tovární, elektrární a domácností. Spaľovanie zvyšuje aj koncentráciu ozónu v atmosfére (OECD, 2018).

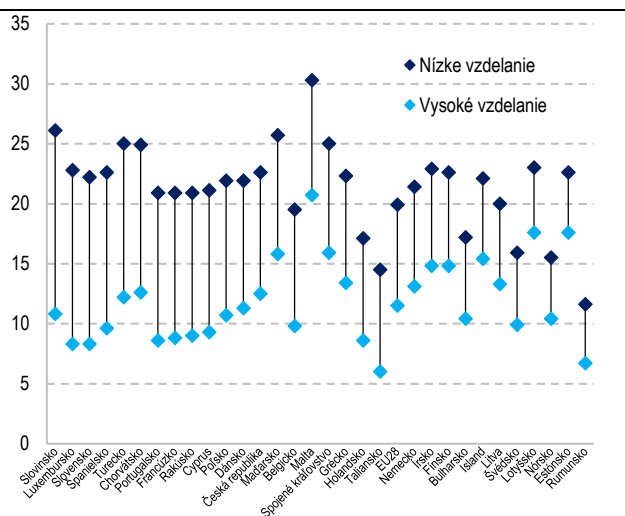
Nezdravý životný štýl majú častejšie ľudia s nižším vzdelaním a socio-ekonomickým statusom. V rámci EÚ bol na Slovensku tretí najvyšší rozdiel v obezite medzi ľuďmi s najvyšším a najnižším stupňom vzdelania. V rozvinutých krajinách majú ľudia zo slabších sociálnych vrstiev o 46 % šancu zomrieť predčasne ako ľudia s vyšších vrstiev (Brogan, 2017), najmä kvôli vyššiemu výskytu cukrovky a fajčeniu. Okrem prejavov nezdravého životného štýlu by sa politiky mali zameriavať preto aj na znižovanie chudoby (OECD, 2018).

Graf 94: Úmrtnosť kvôli vystaveniu sa vplyvu vonkajších PM2.5 a ozónu, 2016



Zdroj: GBDCN

Graf 95: Rozdiel v obezite podľa vzdelania, 2014



Zdroj: OECD (2018)

Na Slovensku existujú viaceré národné programy spojené s prevenciou ochorení, podľa MZ SR však zlyháva koordinácia a monitoring programov. Príkladmi programov sú Národný program v prevencii obezity, Národný program prevencie ochorení srdca a ciev, Národný program prevencie HIV/AIDS alebo Národný program duševného zdravia. V Agende 2030 podľa medzinárodného programu OSN „Ciele udržateľného rozvoja“¹²⁸ je jednou z priorít Dobré zdravie.

Programy združujú aktérov z viacerých sektorov (napr. zdravotníctvo, sociálne veci, školstvo, životné prostredie), financovanie z jednotlivých sektorov je podľa MZ nedostatočné. Koordinácia je slabá nielen naprieč sektormi, ale aj vertikálne (napr. v línii štát, VÚC, mesto, školy).

Podľa MZ je jednou z príčin nedostatočného financovania prevencie v zdravotníctve je návratnosť investícií až v dlhodobom horizonte, napríklad z nižších nákladov na liečbu u zdravšieho obyvateľstva. **Ďalšou príčinou je, že návratnosť sa prejaví v inom sektore než v tom, ktorý do prevencie investoval –** napríklad investícia v zdravotníctve zníži záťaž na sociálne dávky v nezamestnanosti a zvýši produktivitu zamestnancov.

Opatrenie: Investovať do účinných opatrení prevencie a podpory zdravia.

¹²⁸ <https://www.vicemier.gov.sk/sekcie/investicie/agenda-2030/index.html>

16 Duševné zdravie

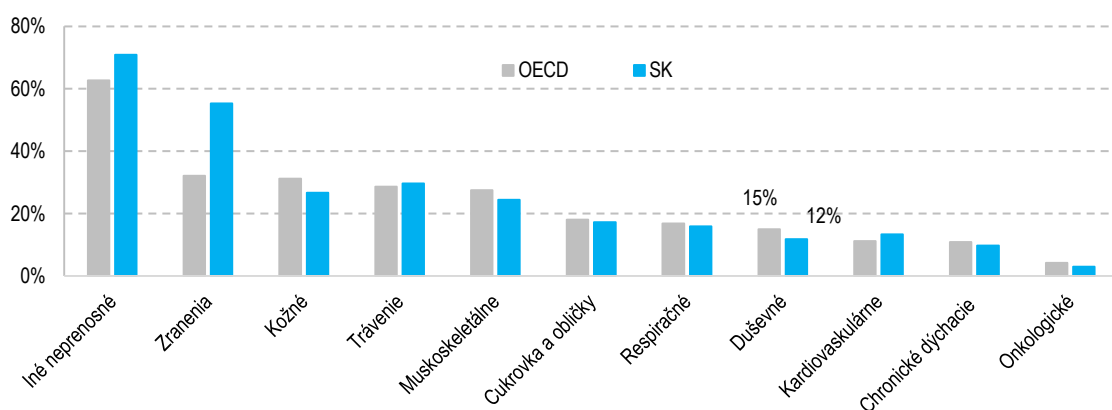
V krajinách OECD sú duševné poruchy vážny problém, na Slovensku sa im však nevenuje dostatočná pozornosť. Hlbšiemu popisu problému a opatreniam sa bude venovať samostatná štúdia UHP, nasledujúca kapitola ponúka zhrnutie.

16.1 Záťaž duševnými poruchami na zdravie

V roku 2017 trpel každý ôsmy obyvateľ Slovenska jednou alebo viacerými duševnými poruchami¹²⁹, najmä úzkostnými poruchami (Graf 96). V rámci krajín OECD zažije jeden človek zo šiestich aspoň raz za život epizódu duševnej poruchy. Podľa výskumov v USA má človek až 50 % šancu, že dostane duševnú poruchu aspoň raz za život, kým u rakoviny alebo cukrovky je to 40 % (Kessler et al., 2005; ACS, 2018; CDC, 2014). Zároveň hrozí, že duševné zdravie bude do roku 2030 hlavnou príčinou zdravotných postihnutí v bohatých krajinách (Roberts & Grimes, 2011).

Duševné poruchy zaťažujú zdravie ľudí viac ako mnohé ochorenia, ktoré majú v súčasnosti v zdravotných politikách vyššiu prioritu. Dopad duševných porúch v porovnaní s ostatnými chorobami najlepšie zachytáva ukazovateľ záťaže chorobou DALY (disability adjusted life years), ktorý meria počet rokov strávený s poruchou a počet rokov stratených kvôli predčasnému úmrtiu (viac o ukazovateli v kapitole 15.1).

Graf 96: Výskyt ochorení v populácii, 2017*



*Nezahŕňa demenciu. Demencia je v rôznych klasifikáciách zaradovaná medzi ochorenia neurologické (GBDCN) a psychiatrické (MKCH-10). Zdroj: GBDCN

Na Slovensku duševné poruchy zaťažujú ľudí počas života¹³⁰ najviac hneď po muskoskeletálnych ochoreniach a úrazoch a oveľa viac než kardiovaskulárne či nádorové ochorenia (Graf 97). Zároveň sú duševné poruchy treťou najčastejšou príčinou priznania invalidného dôchodku (Sociálna poisťovňa). Úmrtia priamo zapríčinené duševnou poruchou tvoria z veľkej časti samovraždy, ktoré sú jednou z najčastejších príčin úmrtí, ktorým sa dalo predísť vhodnou prevenciou¹³¹. Až 98 % ľudí pred výkonom samovraždy vykazuje známky duševnej poruchy. Samovražda je po automobilových nehodách druhou najčastejšou príčinou smrti u mladistvých (OECD, 2018).

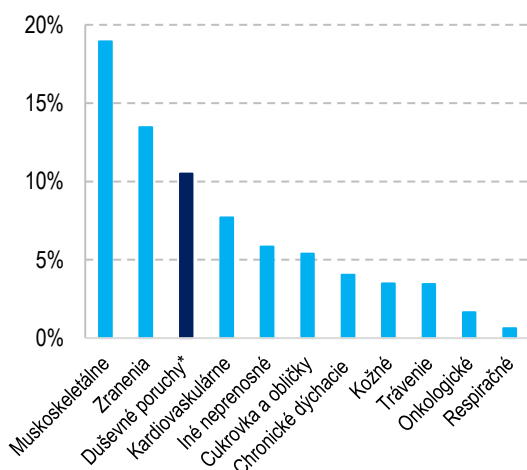
¹²⁹ Duševné poruchy tvoria široké spektrum problémov s rôznymi príznakmi, ktoré negatívne ovplyvňujú emocionálny stav, správanie, myšlienky a kognitívne schopnosti ľudí. Spektrum siaha od miernych depresii a úzkosti až po ťažké depresie a psychózy, patrí sem tiež škodlivé užívanie alkoholu a psychoaktívnych látok. Najviac ľudí trpí na úzkostné a depresívne poruchy.

¹³⁰ Ukazovateľ YLD (Years lived with disability), komponent ukazovateľa DALY (podľa schémy v kapitole 15.1).

¹³¹ Meraný ukazovateľom úmrtnosti odvrátiteľná prevenciou, *preventable mortality*.

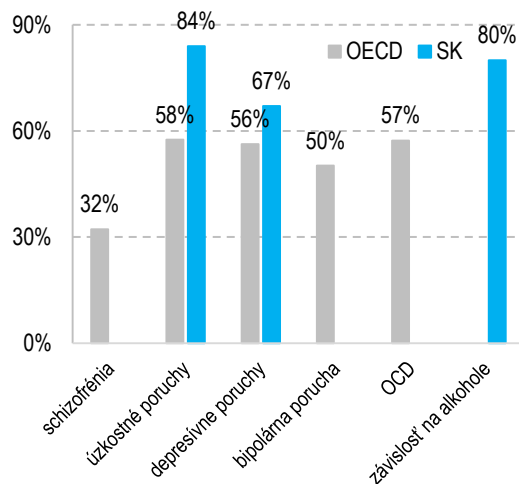
Údaje o výskyte duševných porúch a nákladoch na Slovensku sú s veľkou pravdepodobnosťou podhodnotené. Z epidemiologického výskumu na Slovensku vyplýva, že až 67 % ľudí s príznakmi depresie a 80 % závislých na alkohole sa nelieči, nedostanú sa tak do štatistik. Pri úzkostných poruchách dosahuje počet neliečených až 84 % (Bražinová, 2019) (Graf 98). Príčinou neliečenia sa býva okrem slabej dostupnosti zdravotnej starostlivosti najmä spoločenská stigma. Tá môže viesť k nevhodnej a nedostatočnej liečbe, zbytočnému nárastu duševných porúch a s tým spojenými individuálnymi a spoločenskými nákladmi. Ľudia s problémami často nevyhľadajú pomoc zo strachu z toho, že budú okolím považovaní za slabochov alebo bláznov. Stigma je spojená so slabou informovanosťou, ľudia nevedia, ako prebieha starostlivosť a môžu mať strach z reštriktívnych metód a nedobrovoľnej hospitalizácie v psychiatrickom zariadení. Podľa Slovenskej komory psychológov (SKP) v súčasnosti vzbudzuje veľký strach aj zápis o ich stave do zdravotnej dokumentácie (najmä elektronickej), z dôvodu pocitu bezpečia a zachovania intimity vyhľadávajú pomoc mimo rezort zdravotníctva. Zároveň postihnutí a ich blízki často nevedia rozoznať príznaky duševnej poruchy, pacienti sa preto často sťažujú a následne aj liečia na fyzické choroby.

Graf 97: Zátťaž duševnými poruchami počas života, % zo zátáže počas života všetkých chorôb, SK, 2017



Zdroj: GBDCN

Graf 98: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou



Zdroj: OECD, Bražinová (2019)

16.2 Zátťaž na financie

Duševné poruchy okrem utrpenia ľudí výrazne predražujú zdravotný a sociálny systém a znižujú výkonnosť ekonomiky.

Priame a časť nepriamych nákladov spojených s duševnými problémami na Slovensku možno podľa metodiky OECD odhadnúť až na 1,8 mld. eur (2,3 % HDP)¹³². Z toho

- **480 mil. eur** tvoria priame náklady v zdravotníctve: lieky, hospitalizácie a návštevy lekára spojené s duševnými poruchami.¹³³ Väčšinu tvoria náklady spojené s liečbou fyzických ochorení, ktoré sú dôsledkom alebo sprievodným faktorom veľkej časti duševných porúch. **Časť týchto nákladov vzniká kvôli neinformovanosti, stigmatu a nevedomosti pacientov, ale aj lekárov.** Podľa Slovenskej psychoterapeutickej spoločnosti (SPS) veľa pacientov napríklad nevie rozoznať panický záchvat od infarktu a volá drahú záchrannú službu namiesto toho, aby zvolil lacnejší a účinnejší spôsob

¹³² Metodika výpočtu je uvedená v OECD (2018). Do výpočtov boli zahrnuté vybrané skupiny porúch kategórie 10 Medzinárodnej kategorizácie chorôb (MKCH-10).

¹³³ OECD uvádza sumu 655 mil. eur, vychádza z metodiky v Gustavsson et al. (2011), ktorá zahŕňa aj iné ochorenia, ako nádory mozgu, epilepsiu, demenciu, nespavosť apod. Údaje v grafe boli o nákladoch týchto chorôb očistené. Presnejší spôsob výpočtu bude uvedený v pripravovanej samostatnej štúdiu na túto tému.

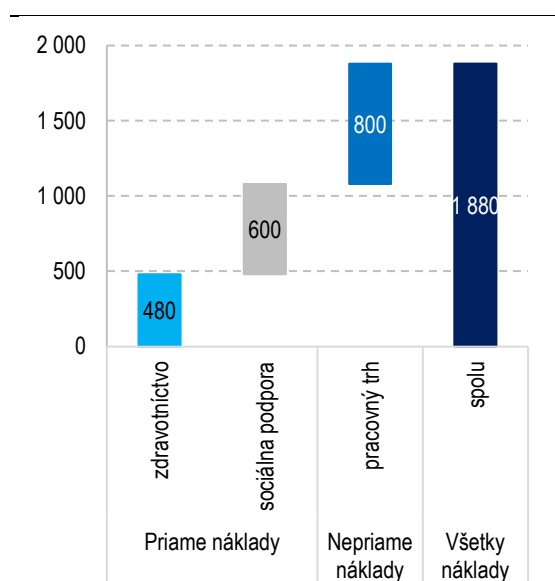
upokojenja sa. Na druhú stranu pacientov s psychicky podmienenými fyzickými ťažkosťami lekári dlhú dobu posúvajú na drahé vyšetrenia u rôznych špecialistov, psychológ či psychiater je často až poslednou voľbou.

- **600 mil. eur** predstavujú priame náklady na výdavky **na sociálnu podporu**: dávky počas pracovnej neschopnosti, invalidné dôchodky, podpora a sociálne dávky počas nezamestnanosti
- **800 mil. eur** tvoria **nepriame náklady na pracovnom trhu**: nezamestnanosť, nižšia produktivita počas pracovnej doby, menej odpracovaných hodín, a tiež vyššia úmrtnosť ľudí v produktívnom veku (OECD, 2018). Vyše polovica ľudí s poruchou je pritom v produktívnom veku..

Skutočné náklady sú však ešte vyššie. Okrem nákladov na pracovnom trhu patrí medzi nepriame náklady nižšie vzdelanie, diskriminácia ľudí s duševnými chorobami, záťaž na blízkych a rodinu postihnutých, vyššia kriminálna aktivita páchaná ľuďmi s duševnými chorobami aj voči nim a prehľbovanie sociálnej nerovnosti.

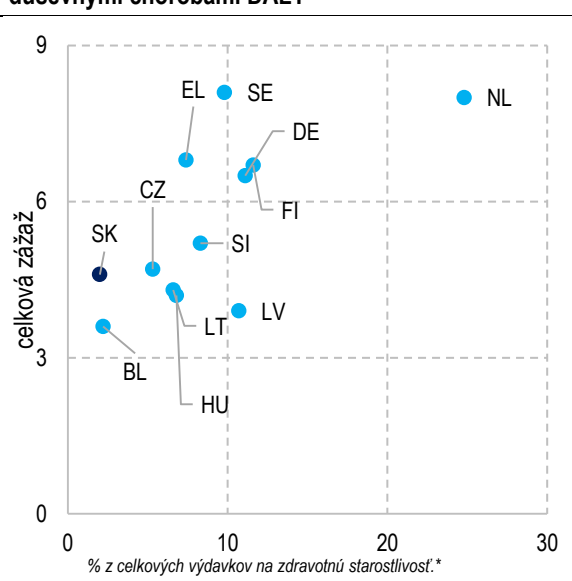
Napriek vysokej záťaži porúch na zdravie a náklady, Slovensko vo výdavkoch na starostlivosť o duševné zdravie výrazne zaostáva za ostatnými rozvinutými krajinami. Tento typ starostlivosti tvorí len 2 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, kým v Česku je to 5 % a v Nemecku 11 %. **Slovensko dáva málo peňazí aj vzhľadom na vysokú záťaž duševných porúch na život ľudí.** Krajiny s podobnou záťažou duševnými chorobami vrátane predčasného úmrtia (t.j. celý ukazovateľ DALY), ako napr. Česko, Maďarsko a Litva, na túto ZS alokujú na tento typ starostlivosti oveľa viac zdrojov v zdravotníctve (Graf 100).

Graf 99: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, mil. eur



Zdroj: OECD, 2018, prepočty ÚHP

Graf 100: Výdavky na zdravotnú starostlivosť zameranú na duševné poruchy a celková záťaž duševnými chorobami DALY*



*Výdavky: Slovensko 2017, ostatné 2013. Za Slovensko výdavky na špecializovanú a ústavnú ZS a lieky.
Záťaž: GBDCN 2017, % z celkovej záťaže.

Zdroj: Eurostat, NCZI, GBDCN

16.3 Zvýšenie dostupnosti a efektívnosti starostlivosti o duševné zdravie

Záťaž na zdravie ľudí a negatívne spoločenské a finančné dopady môže štát znížiť:

1. investíciami do účinných programov pre prevenciu vzniku duševných porúch naprieč sektormi
2. moderným nastavením systému zdravotno-sociálnej starostlivosti
3. koordinovanou medzirezortnou spoluprácou
4. investíciami do výskumu

Investície do programov prevencie a podpory zdravia

Investície do programov pre prevenciu vzniku duševných porúch naprieč sektormi patria medzi najúčinnnejšie opatrenia v oblasti duševného zdravia a zároveň majú vysokú návratnosť investícií (Patel et al., 2016).

Príkladom je najnovšia analýza efektivity ôsmich vybraných programov v zdravotníctve, školstve a sociálnych veciach, ktoré v Anglicku prinášajú 1,3 až 39 libier za 1 libru investície počas desiatich rokov,¹³⁴ z toho v priemere 1,26 libry už v prvom roku (Public Health England, 2017). Najnávrtnnejšie opatrenia sa týkali prevencie sebapoškodzovania a výučby sociálnych a emocionálnych zručností na školách. Návratnosť sa prejavuje v ušetrených nákladoch na zdravotnú starostlivosť, políciu a právny sektor, ďalej v zlepšenej školskej a pracovnej dochádzke a lepšej zamestnanosti a produktivite.

Užitočným nástrojom pre identifikovanie vhodných opatrení je rozdelenie podľa vekových skupín, keďže v rôznom veku na ľudí pôsobia rôzne rizikové faktory. Opatrenia zameriavané na podporu duševného zdravia v ranom detstve sú najúčinnnejšie. Obdobie do troch rokov je najdôležitejšie pre správny biologický, kognitívny a emočný vývoj dieťaťa, keďže sa dieťaťu najrýchlejšie vyvíja mozog. Koncept najvyššej návratnosti investícií do ľudského kapitálu v ranom detstve uviedol ekonóm James Heckman (2008). Škola predstavuje ideálne miesto pre adresovanie duševného zdravia u detí a mladistvých, najmä vďaka povinnej školskej dochádzke. Pracovisko a služby podpory zamestnanosti sú zároveň najvhodnejším priestorom pre intervencie dospelšej populácie. Význam starostlivosti nielen o fyzické, ale aj duševné zdravie seniorov vzrastá vzhľadom na starnutie obyvateľstva v európskych krajinách. Odporúčané opatrenia podľa ďalších vekových skupín sú zhrnuté v Tabuľka 41.

Tabuľka 41: Programy podpory zdravia a prevencie podľa vekových skupín

Veková skupina	Typy programov	Návratnosť za 1 libru investície (PHE, 2017)
Rané detstvo	<ul style="list-style-type: none">• zdravotná a sociálna starostlivosť o matku počas tehotenstva, vhodne vedený pôrod a aktívnu podporu niekoľko týždňov po pôrode (kapitola pôrody)• programy podporujúce hru detí a rodičov a rozvíjajúce zručnosti rodičov	-
Školský vek	<ul style="list-style-type: none">• tréningy emocionálnej gramotnosti u žiakov, tzn. poznania a zvládania vlastných emócií, rozvoja sociálnych zručností pre deti• tréningy výchovných zručností u rodičov, najmä pri prevencii porúch správania u detí• programy pre prevenciu a riešenie šikany	5,1 libry v priebehu 2 rokov
Ľudia v produktívnom veku	<ul style="list-style-type: none">• prevencia stresu zamestnancov, skrining, informovanosť, podpora zamestnancov s chorobou• prevencia u nezamestnaných bez poruchy a podpora nezamestnaných s poruchou	2 - 2,4 libry.
Seniori	<ul style="list-style-type: none">• programy v rámci komunity, záujmové krúžky a kluby seniorov, medzigeneračné aktivity, dobrovoľnícke aktivity zo strany seniorov, alebo návštevy dobrovoľníkov u menej mobilných seniorov.	1,3 libry

Zdroj: OECD, Svetová banka, PHE (2017)

V prevencii je potrebné zamerať sa na faktory, ktoré zasahujú ľudí bez ohľadu na vek a zraniteľné skupiny. Medzi rizikové faktory patria chronické ochorenia, konflikt v rodine, fyzické a sexuálne násilie, strata blízkeho, dlhodobá starostlivosť o chorého člena rodiny, vystavenie vojne, prírodnej katastrofe a toxínom. Zároveň existujú intervencie, ktoré môžu pomôcť všetkým skupinám obyvateľstva ako sú zníženie stigmy a zvýšenie informovanosti o duševných poruchách, ciele skriningy, ochrana ľudských práv, nastavenie vyšetrovacích a súdnych zložíek pre vhodné riešenie rodinných konfliktov, prevencia samovražednosti, obmedzenie dostupnosti alkoholu. Zvlášť zraniteľní sú ľudia ohrození chudobou, ľudia bez domova, migranti a žiadatelia o azyl, členovia LGBT komunity a väzni.

Na Slovensku existujú programy zamerané takmer na všetky vymenované oblasti a skupiny obyvateľov, nefungujú však ako systémové riešenie. Väčšinu z nich poskytujú mimovládne organizácie a občianske

¹³⁴ Jednotlivé intervencie majú rôznu dĺžku trvania (Tabuľka 41, stĺpec 3).

združenia, často fungujú len na regionálnej úrovni, od štátu dostávajú dotácie ad hoc, čo im neumožňuje rozvíjať aktivity dlhodobo a systematicky. Príkladom nesystémovosti je, že Liga duševného zdravia dostala minulý rok jednorazový príspevok z rezervy predsedu vlády na znovuzavedenie Linky dôvery, jej financovanie v ďalšom roku je však otázne. Podľa Ligy počas fungovania Linky klesla samovražednosť o 10 % ročne.¹³⁵ Národný program duševného zdravia v roku 2017 podporil len 5 programov vo výške než 100-tisíc eur (Výročná správa MZ SR, 2017). **Je vo verejnom záujme, aby účinnosť, návratnosť investícií a potreba financovania týchto aj ostatných vyššie spomenutých programov boli zo strany štátu preskúmané a následne aj systematicky podporené.**

Zdravotno-sociálna starostlivosť

Zdravotno-sociálna starostlivosť je nedostatočná, málo dostupná a často dokonca nevhodná. V roku 1991 bola vypracovaná a v roku 1999 schválená Reforma psychiatrickej starostlivosti na Slovensku (Hašto a kol.), nikdy však riadne neprebehla. **Investície do správneho nastavenia systému a postupov sú pritom vysoko návratné.** Vyššie investície do psycho-sociálnej liečby depresívnych a úzkostných porúch prinášajú v USA po štrnástich rokoch v priemere **4,5 dolára za 1 minútý dolár** (Chisholm et al., 2016).

Princípy modernej starostlivosti podľa WHO (2005) zahŕňajú najmä prechod z ústavnej do ambulantnej a komunitnej starostlivosti (deinštitucionalizácia), úpravu rozdelenia kompetencií medzi zdravotníkov a používanie vhodných liečebných a terapeutických metód. **Česko v súčasnosti implementuje reformu starostlivosti o duševné zdravie, podľa Európskej psychiatrickej asociácie by mohla slúžiť ako model pre ostatné krajiny s podobnými potrebami.**¹³⁶

Na Slovensku je miera deinštitucionalizácie v oblasti psychiatrie pre dospelých veľmi nízka, na druhej strane chýbajú lôžka v nemocniciach pre deti a seniorov. Existujúce zariadenia sú zastarané a s nedostatočným vybavením, chýbajú zariadenia pre súdom nariadenú ochrannú liečbu a agresívnych psychiatrických pacientov. V porovnaní s reformou v Česku sú personálne požiadavky pre dospelých sú naplnené len na 15 %, stacionárne s odbornosťou gerontopsychiatria na Slovensku chýbajú úplne. Odporúčania českej reformy pre počet ambulancií a personál sú u dospelých na Slovensku naplnené len z polovice, ambulancie pre deti a pre seniorov takmer neexistujú. **Problémom je aj dostupnosť starostlivosti** kvôli nerovnomernému geografickému rozloženiu poskytovateľov psychiatrickej starostlivosti.

Celkový nedostatok psychiatrov spôsobuje ich preťaženie, čo zhoršuje liečbu pacientov. Podľa Národného programu duševného zdravia SR vykonávajú lekári v priemere 30 vyšetrení denne. Jedným z dôsledkov je, že častejšie namiesto časovo náročnejšej psychoterapie volia rýchlejšiu liečbu psychofarmakami. Navyše pri prijímaní akútnych prípadov sa neakútne prípady presúvajú, čakacie lehoty u psychiatra sú v priemere 7,3 týždňa. **Dobrou praxou podľa WHO je rozšírenie kompetencií všeobecných lekárov.** Pri správnej odbornej príprave môžu všeobecní lekári zvýšiť dostupnosť starostlivosti pre pacientov pri nižších nákladoch¹³⁷. Pre dosiahnutie efektu však treba zabezpečiť, aby všeobecní lekári boli na nové kompetencie dobre pripravení (viac v kapitole 5 a 11).

Psychoterapia je v štandardoch mnohých krajín a odborných spoločností odporúčaná ako prvá voľba u významnej časti diagnóz duševných porúch - väčšine úzkostných porúch, ľahších formách depresie, poruchách príjmu potravy a poruchách osobnosti (NICE, APA). Lieky sú skôr doplnkom, liečba samotnými liekmi je bez psychoterapie nedostatočná (SKP, Hewlett et al. (2014), SPS SLS). **Na Slovensku je nedostatok**

¹³⁵ <http://www.vyliecmenezaujem.sk/>

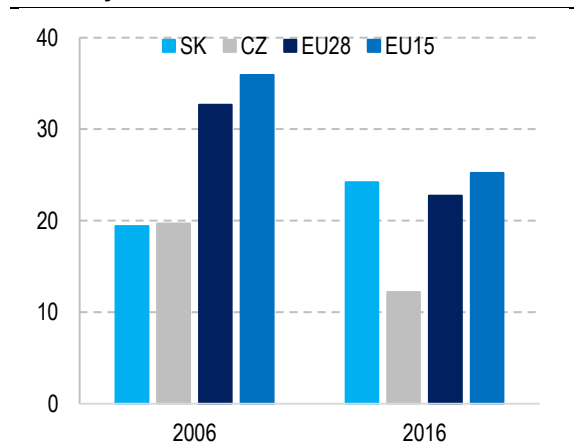
¹³⁶ <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

¹³⁷ Podľa SPS SLS budú kompetencie všeobecných lekárov riadne zadefinované v rámci bežiacieho zavádzania štandardných diagnostických a terapeutických postupov (ŠDTP). Na Slovensku sa podľa komory psychológov sa liečba založená na výsledkoch využíva nedostatočne, zabezpečiť ju má prebiehajúca tvorba štandardných diagnosticko-terapeutických postupov (ŠDTP). V súčasnosti sú schválené ŠDTP pre 4 poruchy, pri ktorých sú však kompetencie všeobecných lekárov obmedzenejšie (psychotické a schizoidné poruchy).

odborníkov v psychoterapii. Podľa údajov NCZI je činných 397 klinických psychológov a 12 detských klinických psychológov, v porovnaní s odporúčaniami českej reformy chýba v oboch špecializáciách spolu 1 200 psychológov. Nedostatok odborníkov vedie k nevhodnej a nedostatočnej liečbe duševných porúch **Dôvodmi nedostatku psychoterapeutov nie je nedostatok záujemcov, ale bariéry v možnosti vykonávať povolanie,** napr. drahý výcvik si účastníci platia sami a mnohí absolventi výcviku sa pre rozdiely v špecializácii nemôžu dostať do zdravotníckeho systému, problémom môžu byť aj nedostatočné úhrady za výkon psychoterapie. Kvôli bariéram v systéme je pre mnohých psychoterapeutov jednoduchšie pracovať v neregulovaných poradniach (napr. poradniach „životného štýlu“) mimo zdravotníctva s výlučne priamymi platbami klientov.

Psychofarmaká sú vhodnou formou liečby pre určité typy duševné porúch a pacientov, často sú však predpisované nadmerne a nevhodne. Lieky na úzkosť patrili najmä v minulosti k najužívanejším psychofarmakám. Slovensko sa v ich spotrebe momentálne nachádza na úrovni EÚ, vývoj však nie je pozitívny. **Benzodiazepíny, najznámejšie lieky na úzkosť, lekári veľmi často predpisujú dlhodobo v rozpore s odporúčaniami.** Typicky sa neodporúča užívať benzodiazepíny dlhšie ako 1 mesiac, pretože sú výrazne návykové (Department of Health and Children, IRL, 2002). V roku 2017 vyše 22 % pacientov, ktorým bol predpísaný benzodiazepín, dostalo viac ako 7 receptov na benzodiazepín za rok, teda aj s rezervou pravdepodobne užívali liek dlhšie ako mesiac a/alebo s prestávkami viackrát za rok (z dát ZP). Spotreba antidepresív, narozdiel od anxiolytík, stúpa v krajinách EÚ a dlhodobo je výrazne vyššia než na Slovensku. **Antidepresíva sú vhodnejšou alternatívou voči anxiolytikám nielen pri liečbe depresii, ale aj úzkostí po úvodnej stabilizácii.** WHO však odporúča zväziť predpisovanie antidepresív a úplne ho vynechať pri ľahkej depresii, u detí a adolescentov, na Slovensku sa tým neriadia všetci lekári pretože chýba lepšia alternatíva - psychoterapia.

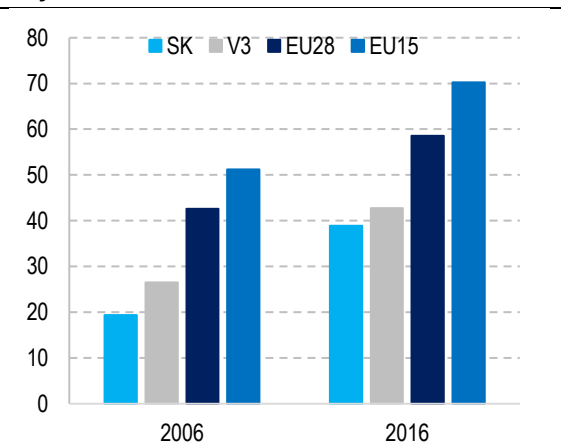
Graf 101: Spotreba liekov na úzkosť, DDD* na tisíc obyv.



*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Graf 102: Spotreba antidepresív, DDD* na tisíc obyv.



*DDD – definovaná denná dávka

Zdroj: OECD

Medzirezortná spolupráca a výskum

Účinné nastavenie a implementácia politiky v oblasti duševného zdravia si vyžadujú aktívnu medzirezortnú spoluprácu. Nevyhnutná je tesná spolupráca rezortov zdravotníctva a sociálnych vecí. Paralelne má prebiehať kooperácia s rezortmi školstva, kultúry, justície, relevantných mimovládnych organizácií a tiež samotných pacientov a ich blízkych. **Medzirezortná spolupráca v oblasti duševného zdravia na Slovensku zlyháva.** V roku 2005 vznikla Rada duševného zdravia a Národný program duševného zdravia s Akčným plánom. Podľa SPS SLS však doteraz prebehlo minimum potrebných zmien správne popísaných v Národnom programe a v rámci akčného plánu sú rôzne iniciatívy podporované nedostatočne

a nesystematicky. **Spolupráca medzi zdravotníctvom a sociálnym systémom takmer neexistuje.** Podľa Národného programu však človek s duševnou poruchou po opustení zdravotníckeho zariadenia ťažko rieši starostlivosť o seba, často sa prestáva liečiť a tým zbytočne dochádza k zhoršeniu stavu.

Pre správne nastavenie systému a monitorovanie výsledkov v duševnom zdraví je nevyhnutné podporovať výskum, najmä v oblasti epidemiológie. Obraz o skutočnom výskyte duševných porúch na slovenskom území neexistuje, pritom je východiskom pre ďalšie kroky.

Opatrenia:

- Zdravotno-sociálna starostlivosť – aktualizácia reformy psychiatrickej starostlivosti po vzore prebiehajúcej reformy v Česku so zameraním na tvorbu komunitných centier, a navyšovanie personálnych kapacít. Česká reforma bola schválená v roku 2013 s rozpočtom 6 mld. CZK na prvých 5 rokov implementácie, čo pre Slovensko predstavuje 113 mil. eur (po úprave o počet obyvateľov)
- Uskutočniť epidemiologického výskumu pre zistenie skutočného výskytu a záťaže na Slovensku
- Vytvoriť silnej medzirezortnej spolupráce, najmä MZSR a MPSVaR a spoločnej stratégie pre prevenciu a starostlivosť
- Programy prevencie a podpory zdravia – identifikácia účinných programov, spustenie pilotných programov, následné vyhodnotenie a rozšírenie s výraznou a dlhodobou finančnou podporou zo strany štátu. Pokrytie všetkých skupín s dôrazom na mladšie vekové skupiny.
- Vytvorenie štandardných postupov pre psychické ochorenia s dôrazom na psychoterapiu a menej farmakoliečby. Zaradenie diagnostiky a liečby psychických symptómov do ŠDTP pri fyzických ochoreniach.

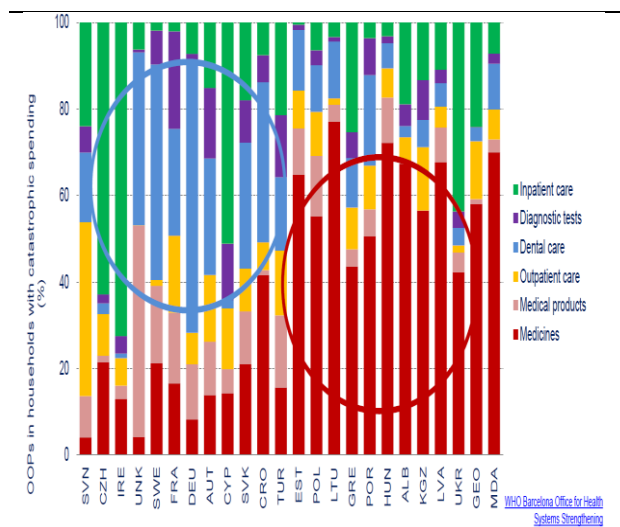
Prílohy

Príloha 1: Priame platby pacientov za zdravotnú starostlivosť

Krajiny OECD vrátane Slovenska doplácajú najviac na lieky a zdravotnícke pomôcky. Z hľadiska typu zdravotnej starostlivosti platia domácnosti krajín OECD najviac za lekárenskú ZS zahŕňajúcu lieky a zdravotnícke pomôcky, za ktoré domácnosti vynakladajú takmer polovicu OOP. Na Slovensku tento podiel dosahuje až 71 %. Druhou najväčšou kategóriou OOP sú ambulantné služby vrátane zubného lekárstva. Táto špecializácia je charakteristická vysokou spoluúčasťou pacientov vo väčšine krajín. Slovensko je v platbách za ambulantné služby hlboko pod priemerom OECD krajín. V roku 2015 sme zaplatili u zubárov 10 % OOP, v ostatnej ambulantnej ZS iba 3 % .

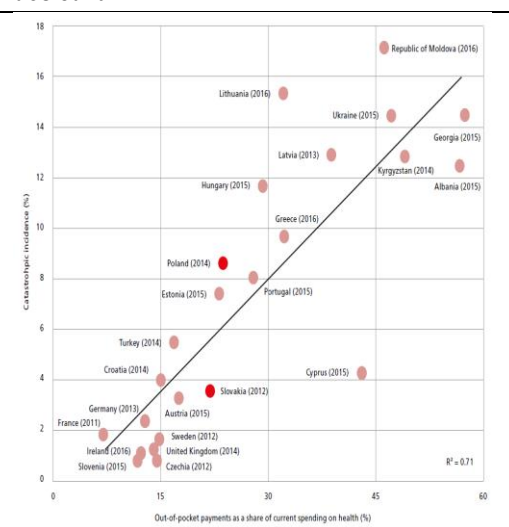
Výška OOP a riziko finančnej núdze má implikáciu aj pre tvorbu politik. S vyšším podielom OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo pozitívne koreluje výskyt finančnej núdze domácností. Štatistiky ale zároveň ukazujú, že pri nastavení zdravotného systému nestačí zamerať sa iba na podiel verejných a súkromných zdrojov. **Slovensko a Poľsko síce majú porovnateľnú úroveň podielu priamych platieb domácností na celkových výdavkoch na zdravotníctvo, Slováci však čelia finančnej núdzi v dôsledku OOP vo výrazne menšej miere (rozdiel 5 p. b.).**

Obrázok 1: Zložky OOP u domácností s katastrofickými platbami



Zdroj: WHO

Obrázok 2: Súvislosť priamych platieb domácností a výskytom finančnej núdze v ich dôsledku



Zdroj:WHO

Na Slovensku je možné rozlišovať 3 skupiny platieb z hľadiska evidovania OOP:

1. **Oprávnené platby** pacienti uhrádzajú na základe platnej legislatívy, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti ich vedú v účtovníctve a oficiálne vykazujú, na Slovensku napr. vo výkazoch pre Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI).
2. **Neoprávnené poplatky** poskytovatelia služieb požadujú oficiálne (s vydaním dokladu o zaplatení) avšak podmieňujú nimi prístup k zdravotnej starostlivosti, na ktorú už má pacient nárok zo zákona.
3. Medzi **nelegálne platby** patria úplatky. Štatistiky prezentované v tejto kapitole pokrývajú oprávnené platby pacientov a odhad úplatkov (viac v boxe 13).

1. Legálne priame platby na Slovensku medziročne mierne rastú, najviac pacienti doplácajú za zubnú starostlivosť. Priame platby slovenských domácností za zdravotnú starostlivosť sa medzi rokmi 2015 a 2017 zvýšili o 7 %. Najvyšším tempom rástli platby v ústavnej zdravotnej starostlivosti, naopak v ambulanciách platili

pacienti menej (Tabuľka 42). Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo bol v rokoch 2015–2017 konštantný (18–19 %).

Tabuľka 42: Vývoj priamych platieb v SR per capita (eur)

	2015	2016	2017
Celkové OOP	184,3	189,9	196,9
Medicínsky tovar / LZS	131,2	131,3	135,9
AZS	21,7	26,7	20,8
ÚZS	31,3	31,9	40,2
podľa kategórií vo výkazoch NCZI (mil. eur)			
Lieky	427,16	432,62	444,85
Zdravotné pomôcky	92,59	77,89	82,14
Doplnkový sortiment	184,50	202,30	202,06
Iné	295,42	317,55	341,51
Spolu	999,32	1030,95	1070,56

Zdroj: OECD, ŠÚ SR, NCZI

Z pohľadu špecializácií platia Slováci z vlastného vrecka najviac (po odrátaní platieb za lieky) u zubárov, za kúpeľnú zdravotnú starostlivosť a na gynekológii. V roku 2017 predstavovali tieto tri oblasti v súčte 61 % iných tržieb, resp. 19 % celkových OOP.

Tabuľka 43: TOP 3 oblasti ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu OOP (2017)

Špecializácie	Platby v mil. eur	Podiel na iných tržbách	Podiel na celkových OOP
Zubné lekárstvo	109	32 %	10 %
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	82	24 %	7 %
Gynekológia	18	5 %	2 %
TOP 3 spolu	209	61 %	19 %
Ostatné	133	39 %	14 %
Celkom	342	100 %	32 %

Zdroj: NCZI, ŠÚ SR

Legálne priame platby na Slovensku sú ale netransparentné, pre pacienta je ťažké zorientovať sa v ich výške a rozsahu spoplatnených výkonov. Hlavným dôvodom je, že nie je jasne definovaný rozsah ZS, na ktorý má každý poistenec nárok z VZP (tzv. základný balík – viac v kapitole 13.1.1).

Pri troch oblastiach spomenutých v tabuľke 43 legislatíva¹³⁸ osobitne určuje rozsah úhrad za poskytnutú ZS a s ňou súvisiace služby – či sú choroby a zdravotné výkony uhrádzané na základe VZP v plnej výške, čiastočne alebo sú neuhrádzané.

Najkonkrétnejšie je definovaný rozsah úhrad a spoluúčasť pacienta pri výkonoch u zubárov. Nariadenie vlády 777/2004 rozlišuje, ktoré výkony a za akých indikačných podmienok pokrýva VZP plne resp. čiastočne. Na základe toho pacient je relatívne dobre informovaný ohľadom svojej spoluúčasti za ZS u zubára. Vo všeobecnosti má pacient plne hradené preventívne prehliadky, akútne vyšetrenie a liečbu s použitím štandardných dentálnych materiálov. Liečba zubného kazu je plne hradená z VZP za predpokladu absolvovania preventívnej prehliadky v predošlom kalendárnom roku.

Prevažná časť OOP za zdravotnú starostlivosť v špecializácii **Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia** je poskytovaná v ústavnej zdravotnej starostlivosti v prírodných liečebných kúpeľoch. Zákon definuje rozsah

¹³⁸ Zákon č.. 577/2004, nariadenie vlády 777/2004

úhrad za kúpeľnú liečbu na základe indikácií. Určuje tiež výšku úhrad poistencov za pobyt a stravovanie v pevnej výške (z. 577/2004 § 38a).

V oblasti gynekológie zákon definuje rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej v rámci preventívnych prehliadok (vrátane preventívnej starostlivosti v tehotenstve) plne uhrádzanej z VZP. Nariadenie vlády ďalej definuje podmienky úhrad za výkony pri umelom prerušení tehotenstva, sterilizácii a metódach oplodnenia. Rozsah úhrad z VZP sa určuje posúdením zdravotných dôvodov pre ten ktorý zákrok.

Neprehľadnosť v legálnych platbách a nárokoch, ktoré treba hľadať v legislatíve, môžu viesť k tomu, že pacient nie je schopný rozpoznať neoprávnenú platbu, ak o ňu poskytovateľ požiada (nasledujúci bod).

2. O výške a štruktúre neoprávnených platieb v súčasnosti neexistuje prehľad. Podľa odboru zdravotníctva BSK väčšinu takýchto poplatkov vyberajú priamo poskytovatelia ZS ponukou služieb cez webové portály, kde tieto služby nesprávne prezentujú ako nadštandardné, patrí sem najmä prednostné vyšetrenie, objednanie na konkrétny čas, informovanie o výsledkoch testov telefonicky alebo rôzne balíčky starostlivosti, ktoré ale zase obsahujú len výkony, ktoré sú plne hrazené z VZP. U všeobecných lekárov často pacienti platia za rôzne potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti, napr. pri nástupe na VŠ, do detského tábora alebo do zamestnania v potravinárskom a gastronomickom odvetví. Podľa BSK aj zdravotné poisťovne môžu byť motivované riešiť takéto porušenie zákona, lebo za dané výkony už lekár nežiada úhradu od poisťovne. **Časť neoprávnených platieb pri návšteve lekára vyberajú iné firmy,** ktoré často manažujú objednávanie pacientov na konkrétny čas. Táto prax znižuje dostupnosť ZS pre socio-ekonomicky slabšie skupiny obyvateľstva. Niektorí poskytovatelia napr. vyžadujú, aby sa pacient pred vstupom do ich priestorov zaregistroval na oddelenej recepcii. Pacient sa tak ani fyzicky nedostane do priestoru, kde má dostať plne hrazenú starostlivosť u lekárov, ktorí majú zmluvy s poisťovňami. Niektoré z týchto zariadení, napr. ProCare, sú navyše súčasťou minimálnej siete, preto znižovaním dostupnosti ZS de facto porušujú aj zákon o minimálnej sieti.¹³⁹

Box 13: Zdroje dát o platbách domácností z vlastného vrecka

Na Slovensku sa platby domácností z vlastného vrecka historicky sledovali tromi rôznymi spôsobmi – prostredníctvom národných účtov, rodinných účtov alebo ekonomických výkazov NCZI – všetky vykazovali rozdielnu úroveň OOP. Na základe záverov štúdie¹⁴⁰ Inštitútu informatiky a štatistiky z roku 2016 sú za najpresnejší zdroj považované výkazy NCZI.

Do roku 2013 (vrátane) ŠÚ SR reportoval OOP do medzinárodných štatistík na základe údajov z **národných účtov**. Boli odvodené zo všeobecných zisťovaní ŠÚ SR o tržbách v maloobchode a zahŕňali odhad neformálnych platieb. Odborníci a zahraničné inštitúcie považovali takto vykazované výdavky domácností za nadhodnotené – v porovnaní s ostatnými dvoma zdrojmi údajov o OOP boli 1,7- až 2-násobné.

Rodinné účty vychádzajú z výberového zisťovania príjmov a výdavkov súkromných domácností. Posledné výberové zisťovanie sa uskutočnilo v roku 2015, na základe ktorého boli údaje v ďalších rokoch odhadnuté. Údaje o platbách domácností v rodinných účtoch sú oproti skutočnosti spravidla podhodnotené¹⁴¹. Prvým dôvodom je výber vzorky – zisťovanie zväčša nezahŕňa osoby žijúce v ústavných zariadeniach (nemocnice,

¹³⁹ Zákon 578/2004 a nariadenie vlády 640/2008

¹⁴⁰ Michal Mladý, Návrh výpočtu odhadu výdavkov domácností z vlastného vrecka na zdravie v súlade s metodikou SHA 2011 za rok 2014 v členení podľa klasifikácie funkcií zdravotnej starostlivosti (HC) a klasifikácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (HP); INFOSSTAT, Inštitút informatiky a štatistiky, 2016

¹⁴¹ World Health Organization – Estimating out-of-pocket spending for national health accounts, 2010

sociálne domovy a pod.), pričom práve tieto osoby čelia vyšším výdavkom na zdravotnú starostlivosť. Ďalším dôvodom je neschopnosť alebo neochota respondentov uviesť všetky výdavky. Vo výsledku uvádzajú rodinné účty najnižšiu úroveň OOP spomedzi spomínaných zdrojov.

Ekonomické výkazy NCZI vyplňajú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Okrem iného obsahujú údaje o tržbách poskytovateľov ZS v členení na tržby od zdravotných poisťovní a tržby od obyvateľov. Priemerná návratnosť vyplnených výkazov v rokoch 2015 až 2017 bola 78,3 %. Po prepočítaní položiek na 100 % a porovnaní údajov s číslami vykázanými zo zdravotných poisťovní bola zaznamenaná iba zanedbateľná odchýlka. Spomínaná štúdia INFOSTATu vo výpočte OOP zahrnuje aj odhad neformálnych platieb¹⁴² a saldo výdavkov na zdravie slovenských rezidentov v zahraničí a výdavkov nerezidentov v SR. Tieto dva efekty sa navzájom vyrovnali, keď pôsobili proti sebe v podobnej výške. Skutočná výška platieb domácností z vlastného vrečka sa preto dá očakávať približne na úrovni tržieb od obyvateľov v ekonomických výkazoch NCZI dopočítaných na 100 % spravodajských jednotiek.

Box 14: Platby domácností z vlastného vrečka v ekonomických výkazoch NCZI

Výkazy o ekonomike organizácií v zdravotníctve evidujú platby od domácností v 4 kategóriách:

- a) Lieky – zahŕňa doplatky za lieky na lekársky predpis, tržby za lieky neviazané na lekársky predpis a za lieky, ktoré pacientom za úhradu vydávajú priamo lekári v zdravotníckych zariadeniach
- b) Zdravotnícke pomôcky – platby za pomôcky, ktoré sú čiastočne alebo plne hrazené obyvateľstvom
- c) Doplnkový sortiment – medicínsky tovar, ktorý nemá pridelený ŠÚKL kód a všetky dietetické potraviny, ktoré sa nachádzajú v kategorizačnom zozname
- d) Iné – spoluúčasť pacientov, platby za ZS nehradenú na základe VZP, platby nezmluvným poskytovateľom, platby samoplatcov, platby za nadštandard, výber lekára, vystavenia potvrdení, predaj doplnkového tovaru u poskytovateľa.

Podľa metodiky, ktorú používa ŠÚ SR pre reportovanie údajov medzinárodným inštitúciám, lekárenskú ZS pokrývajú prvé tri kategórie doplnené o tržby špecializácie *očný optik* v kategórii Iné. Zvyšná časť *Iných tržieb* sa rozdelí medzi ambulantnú a ústavnú ZS podľa druhu útvaru¹⁴³.

Tržby sú pridelené konkrétnym nákladovým strediskám, ktoré zodpovedajú jednotlivým špecializáciám. Z výkazov je tak možné vyčíslieť priame platby obyvateľov podľa druhu špecializácie lekárov.

¹⁴² Odhad bol získaný na základe prieskumu agentúry Focus pre Transparency International Slovensko ma začiatku roka 2015 na reprezentatívnej vzorke 1000 respondentov vo veku 18+.

¹⁴³ Druhy útvarov: 0-nemedicínske pracovisko, 1-oddelenie, 2-ambulancia, 3-pracovisko, 4-útvár jednodňovej ZS, 5-útvár SVLZ, 6-stacionár, 8-ambulancia centrálného príjmu a ambulancia ústavnej pohotovostnej služby, P-pôrodná sála, S-operáčna sála. Za ambulantnú ZS sa považuje druh útvaru 2, ústavná ZS zahŕňa všetky ostatné útvary.

Príloha 2: Kompetencie lekárov

V prvom rade ide o pacientov s nekomplikovaným diabetom 2. typu, pri ktorých VLD nedisponujú dostatočným vybavením (napr. oftalmoskop pre vyšetrenie očného pozadia) a zároveň sú zásadne limitovaní preskripčnými obmedzeniami na predpis perorálnych antidiabetík. Až 90 % diagnostikovaných diabetikov na Slovensku trpí diabetom 2. typu. Včasná a efektívna liečba tohto ochorenia u všeobecného lekára má podľa OECD potenciál redukovať mieru tzv. „odvrátiteľných hospitalizácií“ spojených s týmto ochorením. Prioritou je tiež manažment pacientov s ochoreniami štítnej žľazy - hypotyreózou, resp. hypotyreózou, kde sú súčasnými bariérami chýbajúce kompetencie pri diagnostike (laboratórne testy na voľný tyroxín a protilátky aTPO, a preskripčné obmedzenia na levotyroxín. Pri infekciách ucha by mohol VLD rozšíriť vybavenie o otoskop, čo môže urýchliť inciálnu liečbu. Rozšíriť by sa mohli aj preskripčné povolenia na topické antibiotiká pri infekciách ucha a oka.

Tabuľka 44: Výkony, ktoré by mohli prejsť do kompetencie všeobecných lekárov

Ochorenie	Výkon	Výkon - kód	Počet výkonov	Celková úhrada z VZP, v eur
diabetes mellitus, 2.typ	vyšetrenie očného pozadia	1246	568 890	1 415 670
	oftalmoskopom	1246A	84 412	351 864
infekcie ucha	otoskopia	1544	188 488	405 537
		1544A	498 900	3 832 781
hypotyreóza	FT4/ tyroxín voľný	4330	613 557	2 070 313
		5766	449 464	1 636 857
bronchiálna astma	spirometrické/spirografické vyšetrenie	5766R	73	803
		5773	859	8 423
Spolu			2 404 643	9 722 249

Zdroj: eHealth

Príloha 3: Zdravotnicke systémy

Verejné zdroje:

1. Dane (všeobecné daňové príjmy štátu) – ľudia odvádzajú do rozpočtu rôzne typy daní, napr. daň z príjmu, z pridanej hodnoty alebo zo zisku. Štát následne časť týchto daní vyčlení na zdravotníctvo podľa určených priorit a zdravotnú starostlivosť poskytuje všetkým obyvateľom. Dane sú hlavným zdrojom v Spojenom kráľovstve, Španielsku, Dánsku, Írsku. Môže ísť o všeobecné dane (vyzbera sa balík celkového rozpočtu, ktorý sa následne alokuje na rezorty) alebo predurčené dane na zdravotníctvo (earmarked). Predurčené dane môžu napr. platiť EAO ako daň zo mzdy alebo z určitého typu spotreby, napr. z dane z tabaku (Austrália, škandinávské krajiny, Nemecko, Poľsko, UK), alkoholu (Francúzsko, Nový Zéland) alebo lotérie (Veľká Británia).

2. Verejné zdravotné poistenie (VZP) – je financované najmä z odvodov určených priamo na zdravotníctvo, ktoré odvádzajú ekonomicky aktívni obyvatelia zo mzdy. Tak, ako ktorékoľvek poistenie, slúži na pokrytie neistých výdavkov v budúcnosti tým, že rozkladá riziko vzniku ochorenia na veľký počet poistencov. Budúca výška výdavkov na zdravotnú starostlivosť je pre jednotlivcov neistá, keďže vznik mnohých ochorení sa nedá s predpovedať. Navyše liečba niektorých ochorení môže byť pre jednotlivca až neúnosne nákladná. Na rozdiel od komerčného poistenia za nepracujúcu časť obyvateľstva (deti, dôchodcovia, nezamestnaní) v mnohých krajinách odvádzajú príspevky štát z daní, štát tiež často reguluje výšku príspevkov. Verejné zdravotné poistenie (VZP) je hlavným zdrojom v Nemecku, Francúzsku a aj na Slovensku, môžu ho spravovať jedna alebo viaceré poisťovne, štátne alebo súkromné.

V rámci verejných zdrojov sa krajiny líšia v tom, či pokrývajú

- časť obyvateľstva (napríklad deti, seniorov, chudobných v USA) alebo celú populáciu (Francúzsko, Slovensko)
- vybrané služby (iba definovaný štandardný balíček v Holandsku) alebo kompletnú zdravotnú starostlivosť (Slovensko)
- všetky náklady počas liečby alebo pacient platí predurčenú časť z nich sám (z angl. copayments)
- výdavky iba od určitej sumy (prvotná spoluúčasť, z angl. deductibles, napr. v Holandsku museli poistenci sami pokryť prvých 358 eur za rok (2017))

Súkromné zdroje:

3. Súkromné zdravotné poistenie – princíp je podobný ako pri VZP, poistenie ako produkt si kupujú priamo spotrebiteľia, ktorí sa poisťujú proti riziku vysokých nákladov na liečbu v budúcnosti. Výška platby (poistná prémie) sa odvíja od dopytu, ponuky ale aj zdravotného stavu kupujúceho. Využíva sa najmä v USA a vo Švajčiarsku, vo väčšine rozvinutých krajín pokrývajú len 10 % výdavkov na zdravotníctvo (WHO, rok).

4. Priame platby užívateľov-pacientov - priame platby sa v bohatých krajinách využívajú v menšej miere (približne 10 – 20 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo), na špecifický typ starostlivosti alebo výkony, napr. v stomatológii alebo v oftamológii (WHO, rok).

Vo väčšine rozvinutých krajín je vo verejnom záujme, aby aspoň časť služieb v zdravotníctve pokrývali verejné zdroje. Na voľnom trhu nakupuje spotrebiteľ služby v závislosti od svojho zdravotného stavu a ochoty platiť za služby, čo vytvára bariéry pre chudobnejších ľudí alebo tých s veľmi nákladnou liečbou. Keďže je v záujme väčšiny krajín, aby prístup k zdravotnej starostlivosti mali všetci obyvatelia – či už z ekonomických dôvodov (zdraví ľudia viac produkujú) alebo sociálnych - je vhodné, aby aspoň časť financií bola zabezpečená z verejných zdrojov, ktoré možno lepšie realokovať k chudobnejším a chorým.

Dane alebo odvody

Financovanie zdravotníctva z daní alebo odvodov do VZP sa v zásade podobá, rozdiely závisia od spôsobu, akým sú implementované. Je potrebné nastaviť verejné zdroje financií tak, aby boli pre spotrebiteľa dostatočne čitateľné a bol ochotný ich platiť, aby boli odolné voči hospodárskemu cyklu a aby umožnili férové prerozdelenie v populácii (McPake et al., rok), podľa čoho ich možno ilustrovať na spektre – **Box 15**

Box 15: Atribúty financovania zdravotníctva z daní a odvodov

Spektrum



1. Transparentnosť a prijateľnosť

Odvody z konca spektra zabezpečujú najlepšiu transparentnosť tokov a pre platcov sú potenciálne prijateľnejšie. Ak človek zaplatí konkrétnu časť platu na zdravotné odvody, vie, že tieto peniaze budú financovať výlučne na zdravotníctvo. Táto istota chýba, ak sú zdrojom rôzne typy daní, ktoré v konečnom dôsledku môže štát použiť na iné priority, napr. školstvo. Spotrebiteľia v tomto prípade strácajú pocit kontroly nad svojimi príspevkami, čo môže viesť k nižšej ochote dane platiť. Výskum ukázal, že ľudia sú viac ochotnejší platiť, a dokonca aj vyššie sumy, keď vedia, kam budú ich peniaze smerovať. Jedným zo spôsobov ako zvýšiť transparentnosť pri daniach je oficiálne predurčiť časť na zdravotníctvo (z angl. earmarking), ako je to napr. v Taliansku.

Ďalšími výhodami earmarkingu daní aj odvodov je potenciál zvyšovať zvyšovanie povedomia o hodnote služieb u obyvateľstva. Nevýhodami môžu byť znížená flexibilita pri alokovaní rozpočtu medzi sektory, čo môže znižovať efektívnosť, znížená možnosť koordinácie a spolupráce medzi sektormi (najmä zdravotným a sociálnym). Aj výhody sa však nie vždy pretavia v praxi. Vlády v mnohých krajinách predurčenosť daní na zdravotníctvo nerešpektovali. Transparentnosť v odvodovom systéme zase znižuje dofinancovanie vzniknutých výdavkov štátom.

2. Nezávislosť od hospodárskeho cyklu

Dane môžu byť v menšej miere naviazané na hospodársky cyklus. Rôzne typy daní zabezpečia diverzifikáciu tokov do rozpočtu a časť z nich platia aj nepracujúci ľudia, zatiaľ čo odvody a mnohé predurčené dane sa spoliehajú na zamestnanosť a výšku miezd. Wagstaff et al (2009) ukázali, že odvody uvalené na zamestnancov a zamestnávateľov znižujú zamestnanosť. Zamestnanci a zamestnávatelia sa tiež môžu snažiť vyhnúť odvádzaniu odvodov cez rôzne neformálne úväzky. Na druhej strane, ak je výška

odvodov výlučne regulovaná štátom (a nie určená dohodou medzi zamestnancom, zamestnávateľom, zdravotnou poisťovňou), zdravotný odvod funguje defacto ako daň z príjmu.

3. Prerozdelenie zdrojov v populácii

Dane môžu lepšie zabezpečiť lepšie prerozdelenie zdrojov v rámci populácie. S platbou odvodov môže byť spojená tzv. adverzná selekcia, kedy poisťovne cielene nepoistia ľudí, o ktorých si myslia, že predstavujú príliš vysoké nákladové riziko (napr. veľmi chorí ľudia). V prípade balíka daní štát priamo zabezpečuje nárok na starostlivosť tým časťami populácie, na ktorých sa spoločnosť dohodla. V praxi však v mnohých štátoch tento problém pri odvodoch rieši zákonná povinnosť poistiť všetkých obyvateľov. Zároveň ak sa dane z platia z kapitálu, zisku alebo nehnuteľností, môžu byť progresívnejšie ako odvody, teda zabezpečiť, že bohatší ľudia prispievajú na zdravotníctvo väčšiu časť svojho majetku ako chudobnejší.

4. Kontrola nad výdavkami/nákladmi

Nie je jednoznačné, či lepšiu kontrolu nad nákladmi na zdravotnú starostlivosť zabezpečuje systém s daňami alebo odvodmi, pri odvodoch však môžu vzniknúť vyššie administratívne náklady. Vyššie a rýchlejšie výdavky na zdravotníctvo sa častejšie objavujú pri systémoch s VZP. Časť môže vysvetliť ochota ľudí platiť vyššiu poisťnú prémie, čo však neplatí, ak výšku odvodov stanovuje štát. Administratívne náklady by mal byť nižšie ak sú dane spravované v už existujúcom systéme ako pri odvodoch, ktorých výber musia spravovať zdravotné poisťovne.

Zdroj: Cashin et al. (2017)

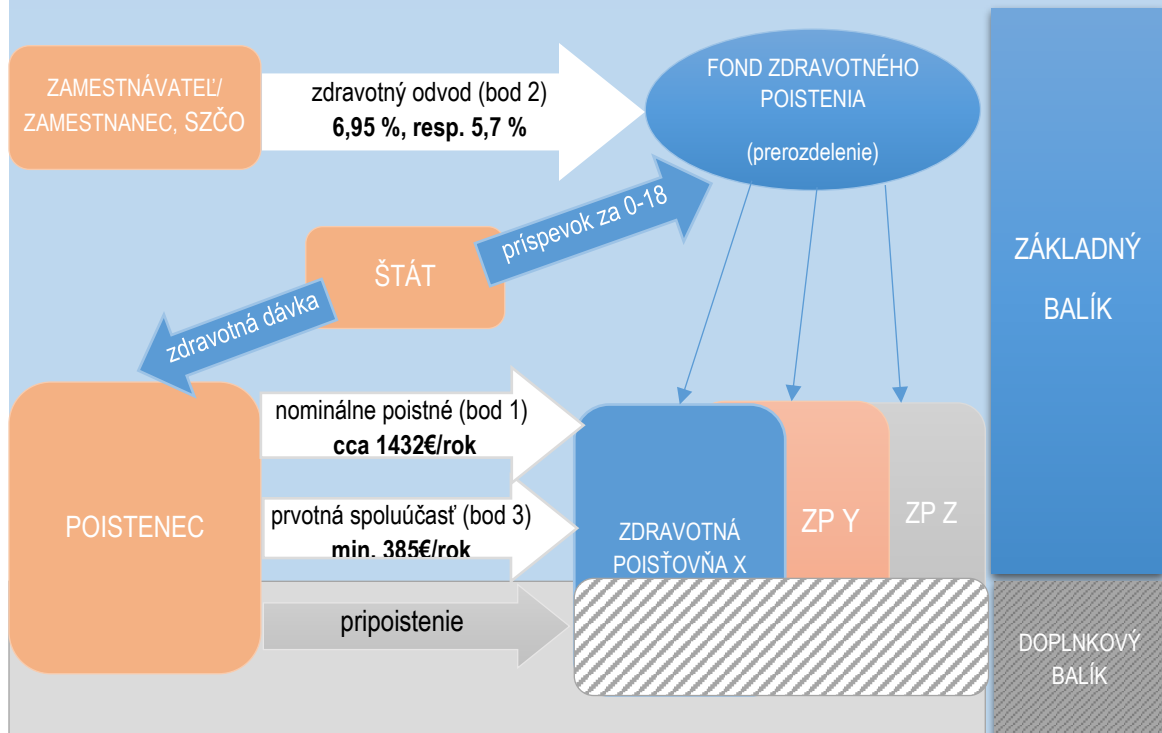
Box 16: Systém zdravotného poistenia v Holandsku

Holandsko v roku 2006 zaviedlo systém manažovanej konkurencie, ktorý predpokladá existenciu viacerých súkromných zdravotných poisťovní (ZP) a štátu v úlohe „sponzora“, ktorý určuje základné pravidlá súťaže v snahe zaručiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov. Poisťovne nakupujú zdravotnú starostlivosť u súkromných poskytovateľov v individuálnej réžii čím vytvárajú tlak na cenu a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Štát definuje základný balík zdravotnej starostlivosti (viac nižšie), manažuje proces prepoistenia, dozerá na kvalitu služieb a kompenzuje riziko, ktoré poisťovne podstupujú poistením niektorých skupín obyvateľstva.

V súčasnosti v Holandsku pôsobí 24 súkromných zdravotných poisťovní, skutočná miera ich vzájomnej konkurencie je otázná. ZP sú zoskupené v deviatich holdingoch, pričom štyri najväčšie holdingy pokrývajú približne 90 % trhu. Trhové podiely ZP (holdingov) sa zásadne nemenia a od zavedenia reformy v roku 2006 na trh nevstúpila žiadna nová zdravotná poisťovňa.¹⁴⁴ Ďalším indikátorom ich konkurenčného boja je miera prepoistenia. Podľa dostupných informácií takmer 70 % poistencov nezmenilo medzi rokmi 2006 až 2015 zdravotnú poisťovňu ani raz a 20 % v sledovanom období zmenilo ZP práve jedenkrát. Na druhej strane miera prepoistenia v Holandsku medzi rokmi 2018 a 2019 je najvyššia za posledných päť rokov. Až 7 % poistencov zmenilo ZP, na Slovensku je táto miera aktuálne 2,6 %. Poisťovne si môžu konkurovať vo výške nominálneho poistného, v cene a obsahu doplnkového poistenia a v počte a kvalite zazmluvnených poskytovateľov.

¹⁴⁴ Vyplýva zo štúdie Netherlands Authority for Consumers and Markets: *Competition in the Dutch health insurance market* (Feb 2016)

Schéma Základný balík, doplnkový balík a systém ich financovania v Holandsku



Každý obyvateľ starší ako 18 rokov sa musí poistiť v jednej zo súkromných ZP, čím získa nárok na benefity definované základným balíkom. Financovanie tohto balíka je znázornené v Schéme a pozostáva z nasledujúcich častí:

1) Základné zdravotné poistenie (ZZP, tzv. nominálne poistné)

Každý obyvateľ nad 18 rokov je povinný zakúpiť si poistenie priamo u jednej zo súkromných ZP, platba sa nazýva nominálne poistné. Táto povinnosť platí aj pre ekonomicky neaktívnych obyvateľov - dôchodcov, študentov, nezamestnaných, atď. Priemerná ročná výška nominálneho poistného v roku 2019 je 1 432 eur. Za obyvateľov do 18 rokov toto poistenie platí štát z daní do Fondu zdravotného poistenia. V záujme zabezpečiť adekvátnu zdravotnú starostlivosť pre každého občana štát v rôznej miere podporuje poistencov, ktorí by si inak nemohli dovoliť zakúpiť základné zdravotné poistenie (tzv. healthcare allowance, resp. zdravotná dávka).

2) Zdravotný odvod

V prípade zamestnancov ho platí zamestnávateľ vo výške 6.95 % zo mzdy. SZČO a občania poberajúci sociálne dávky platia odvod vo výške 5,7 % prostredníctvom daní. Odvádza sa do Fondu zdravotného poistenia.

3) „Vlastné riziko“ (tzv. prvotná spoluúčasť)

Povinnú spoluúčasť vo výške 385€ platí každý občan nad 18 rokov. Znamená to, že v kalendárnom roku si prvých 385€ z nákladov na zdravotnú starostlivosť zo základného balíka poistenec platí poistenec z vlastného vrecka (out of pocket). Výnimkou je napr. návšteva všeobecného lekára alebo starostlivosť o matku a dieťa - v týchto prípadoch sa nečerpá z „kreditu“ 385€. Cieľom prvej spoluúčasti je na jednej strane zvýšiť povedomie o nákladoch na zdravotnú starostlivosť a na druhej strane odradiť poistenca od zbytočného čerpania zdravotných služieb. Nad rámec povinnej spoluúčasti si môže poistenec dobrovoľne navýšiť

spoluúčast až do výšky 885€. Pri vyššej spoluúčasti následne platí nižšiu mesačnú nominálnu prémie, ale zároveň sa vystavuje väčšiemu riziku (v prípade nepredvídaných zdravotných komplikácií môže v konečnom dôsledku zaplatiť z dôvodu vysokej spoluúčasti viac než je čiastka, ktorú ušetril na nominálnej prémii).

Zdroje vo Fonde zdravotného poistenia (t.j. odvody a príspevky štátu za deti) tvoria približne 50 % zdrojov na zdravotnú starostlivosť. Štát ich prerozdeľuje medzi poisťovne na základe rizikovosti ich poistencov.

Ponuka zdravotnej starostlivosti pozostáva zo základného balíka a benefitov plynúcich z doplnkového poistenia. Základný balík¹⁴⁵ je zákonom definovaný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý je garantovaný na základe ZZP a má rovnaký obsah u všetkých poisťovní. Cena základného balíka (nominálne poistné) sa medzi jednotlivými poisťovňami líši, keďže poisťovne majú možnosť individuálne vyjednávať podmienky s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Do základného balíka patrí najdôležitejšia zdravotná starostlivosť: návšteva všeobecného lekára, návšteva špecialistu, ústavná zdravotná starostlivosť, krvné testy, starostlivosť o duševné zdravie, starostlivosť o matku a dieťa, lieky na lekársky predpis, dentálna starostlivosť pre poistencov do 18 rokov, z časti aj dentálna starostlivosť pre dospelých a iné.

Nad rámec základného balíka môže poistenec využiť pripoistenie, kúpou dobrovoľného doplnkového zdravotného poistenia u ľubovoľnej zdravotnej poisťovne (môže byť aj iná ZP než tá u ktorej kúpil základný balík). Poistenci zväčša využívajú doplnkové pripoistenie na dentálnu starostlivosť, príspevok na okuliare, alternatívnu medicínu alebo rozsiahlejšiu zdravotnú starostlivosť v zahraničí. Možnosť pripoistenia do rôznej miery využíva približne 85 % poistencov.

Základný balík zdravotnej starostlivosti

Zahraničné systémy sa navzájom líšia v spôsobe, akým určujú rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá je hradená z verejných zdrojov. Tento spôsob určenia môže byť¹⁴⁶:

- **jednoznačný/explicitný** (obsahuje alebo odkazuje na úplný zoznam výkonov, služieb a liekov) alebo **implicitný** (zákon sa všeobecne odvoláva na širšiu kategóriu, ako napr. pokrytie "primárnej zdravotnej starostlivosti")
- **pozitívny** (čo je hradené), alebo **negatívny** (čo je vylúčené z úhrady).

Krajiny OECD definujú hradenú ZS cez kombináciou vyššie uvedených spôsobov. Pri liekoch využíva väčšina z nich pozitívne explicitné vymedzenie na centrálnej úrovni, zatiaľ čo pri výkonoch a službách ZS krajiny využívajú rôzne spôsoby.

Ak je rozsah hradenej zdravotnej starostlivosti určený explicitne, môžeme hovoriť o tzv. základnom balíku zdravotnej starostlivosti. Tento balík má tri základné dimenzie:

1. **Šírka pokrytia populácie – opisuje, kto má nárok na základný balík zdravotnej starostlivosti a aký je právny základ pre tento nárok (ústava, iný zákon). Zároveň špecifikuje skupiny obyvateľstva, ktoré nie sú povinné platiť za základný balík z daní alebo odvodov (dôchodcovia, deti, nezamestnaní).**
2. **Rozsah pokrytia zdravotnej starostlivosti – špecifikuje aká zdravotná starostlivosť, tzn. aké „benefity“, sú v balíku zahrnuté. Pozitívne vymedzenie prevažuje napr. vo Francúzsku a Belgicku,**

¹⁴⁵ Bližšie sa základnému balíku venujeme v kapitole 1.1.3. revízie

¹⁴⁶ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jlnb591l80x-en.pdf?expires=1563275906&id=id&accname=guest&checksum=215125674DE89B6F24919C8090D23EA9> s.9

ktoré priamo vymenúvajú 7 000 – 8 500 benefitov zahrnutých v základnom balíku. Pri negatívnom vymedzení je zoširoka pomenovaná hrazená ZS a k nej sú formulované zoznamy, ktoré nie sú kryté balíkom (Švajčiarsko, Holandsko). V Taliansku funguje kombinovaný systém, pričom väčšina služieb a výkonov sa nachádza v pozitívnom zozname, v negatívnom je napr. plastická chirurgia, laserové operácie oka, a pod.

3. **Miera pokrytia – určuje, do akej miery sú náklady na služby a výkony zo základného balíka hrazené štátom.** V tomto ohľade je porovnanie medzi krajinami náročné, keďže využívajú rôzne mechanizmy financovania základného balíka, ktoré sa premietajú aj do rôznych podmienok krytia a spolufinancovania.

V zahraničí základný balík štandardne pokrýva návštevu všeobecného lekára, vyšetrenie u špecialistu, hospitalizáciu v nemocnici, úhradu liekov na predpis, niektorých zdravotníckych pomôcok (pre sluchovo postihnutých, ortopedických), liečbu porúch reči, starostlivosť o matku a dieťa, základné očkovania, a pod. V niektorých krajinách sú do základného balíka zahrnuté aj špecifické benefity, ako napr. do veľkej miery krytá alternatívna medicína vo Švajčiarsku (čínska medicína, homeopatia, fytoterapia) alebo základná dentálna starostlivosť v Nemecku. **Obsah balíka nie je v čase statický, jeho zmeny môžu reflektovať vývoj v zdraví obyvateľstva.** V Holandsku uplatňujú vymedzenie balíka od roku 2006. Holandské ministerstvo zdravotníctva pravidelne prispôsobuje obsah balíka aktuálnym potrebám obyvateľstva, a to často v spolupráci so svojimi analytickými útvarmi ktoré prognózujú vývoj zdravotného stavu obyvateľov a iné determinanty zdravotnej starostlivosti.

Na Slovensku poistencovi nie je jasne a čitateľne komunikovaný rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorú má nárok z VZP. Podľa Ústavy SR „na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“¹⁴⁷. Slovenská legislatíva vymedzuje základný nárok pozitívne aj negatívne a pomerne široko, v ostatných prípadoch zákon pripúšťa úhradu od poistencov:

1. **Jednoznačné plné krytie z VZP** - vždy má byť plne uhrádzaná neodkladná zdravotná starostlivosť, preventívne prehliadky, zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby, zdravotné výkony poskytnuté pri liečbe prioritných chorôb¹⁴⁸ a kúpeľná liečba nadväzujúca na ambulantnú/ústavnú ZS pri splnení indikačných podmienok¹⁴⁹.
2. **Jednoznačne neuhrádzaná ZS z VZP** - nepokrýva zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je indikovaná zo zdravotných dôvodov, napr. ZS poskytovaná poradenským/pracovným psychológom
3. **Ostatné zdravotné výkony so spoluúčasťou pacienta podľa diagnóz** - pri určených diagnózach vyznačených v Zozname chorôb¹⁵⁰ si pacient hradí celú liečbu alebo jej časť, v závislosti od indikačných obmedzení. V praxi je spoluúčasť uvedená ako percentuálny podiel výšky úhrady poistenca k celkovej výške úhrady za zdravotnú starostlivosť (0 % alebo 100 %). K jednotlivým chorobám sú priradené výkony z Katalógu zdravotných výkonov. Ak nie sú plne hrazené z VZP, lekár musí na viditeľnom mieste umiestniť zoznam takýchto výkonov a výšku úhrady pacientom. Ceny výkonov si lekár stanoví sám do maximálnej výšky spoluúčasti určenej zákonom a príslušnými predpismi.

¹⁴⁷ čl. 40 zákona č. 460/1992 Zb.

¹⁴⁸ Zoznam prioritných chorôb tvorí prílohu č. 3 z. 577/2004

¹⁴⁹ Indikačný zoznam pre kúpeľnú starostlivosť tvorí prílohu č. 6 zákona 577/2004

¹⁵⁰ <https://www.noveaspi.sk/products/lawText/1/58952/1/2/nariadenie-c-777-2004-zz-ktorym-sa-vydava-zoznam-chorob-pri-ktorych-sa-zdravotne-vykony-ciastocne-uhradzaju-alebo-sa-neuhradzaju-na-zaklade-verejneho-zdravotneho-poistenia>

Nemedicínske služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. stravovanie, pobyt na lôžku) sú hradené z VZP v pomerne jasne definovaných prípadoch¹⁵¹. Tieto služby sú uhrádzané na základe VZP plne/čiastočne iba ak aj súvisiaca ZS je z VZP uhrádzaná plne/čiastočne. Súčasťou plnej úhrady z VZP pri indikovanom zdravotnom výkone je objednanie poistenca na vyšetrenie vrátane objednania na konkrétny čas, vypísanie lekárskeho predpisu/poukazu, odporúčania k špecialistovi, návrhu na kúpeľnú liečbu či potvrdenie o návšteve lekára – lekár za ne od pacienta nesmie požadovať poplatok¹⁵². V prípade, že pacient má doplácať, zákon jasne určuje výšky úhrad za tieto služby a osoby, ktoré sú od úhrad oslobodené. Na rozdiel od určenia spoluúčasti pacienta za poskytnutú ZS v Zozname chorôb, pri súvisiacich službách sú úhrady poistencov definované pevnou sumou.¹⁵³

Rozsah ZS hradenej z VZP je teda síce legislatívne určený, ale pre pacienta veľmi neprehľadný, najmä čo sa týka chorôb s rôznou mierou spoluúčasti pacienta zo Zoznamu chorôb. Problémom pre pacienta je, že zákonom určený maximálny podiel úhrady pacientom sa vzťahuje na diagnózu, kým lekár zverejňuje cenník samotných výkonov – pacient nemusí vedieť vyhodnotiť, ktoré výkony sú potrebné pri jeho chorobe, a teda či lekárom vybraný poplatok je oprávnený.

Tabuľka 45: Porovnanie základných balíkov, vybrané krajiny

	Slovensko	Holandsko	Švajčiarsko	Nemecko
Definícia základného balíka ZS	čiastočné vymedzenie – pozitívny aj negatívny spôsob	jasné legislatívne vymedzenie – negatívny spôsob	jasné legislatívne vymedzenie – negatívny spôsob	vymedzený pre zákonné zdravotné poistenie (nie všetci sú povinní mať ZSP)
Prehľadnosť v systéme platieb pacienta / OOP	nízka	Stredná/vyššia	vysoká	stredná
Dobrovoľné zdravotné poistenie	nie	áno	áno	áno
Špecifické benefity obsiahnuté v základnom balíku	-	dentálna starostlivosť do 18 rokov	dentálna starostlivosť v špec. prípadoch; alternatívna medicína	základná dentálna starostlivosť pre všetkých

Ak naopak takáto definícia chýba, je náročné vytvoriť produkt DZP.

¹⁵¹ Z. 576/2004 § 13, patrí sem aj napr. spracovanie údajov v elektronickej podobe, štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu/poukazu, dopravu, pobyt sprievodnej osoby, lekársky posudok, výpis zo zdravotnej dokumentácie

¹⁵² z. 577/2004 § 3 ods. 4

¹⁵³ 577/2004

Tabuľka 46: Typ dobrovoľného zdravotného poistenia

Typ	Účel	Príklady krajín EU
Náhradné	Pokrýva poistenie obyvateľov bez základného zdravotného poistenia (ZZP), pre časť obyvateľstva, ktorá je vylúčená zo ZZP, resp. môže sa dobrovoľne rozhodnúť pre náhradné poistenie	DEU
Doplnkové (výkony)	Pokrýva tie benefity, ktoré nie sú pokryté ZZP, napr. o dentálny balík, fyzioterapiu, starostlivosť o duševné zdravie, a pod.	DNK, HUN, NLD
Doplnkové (rozsah úhrad)	Pokrýva náklady nad rámec pokrytia štátom	BEL, FRA, SVN
Doplnkové (kvalita zdravotnej starostlivosti)	Pokrýva rýchlejší prístup k ZS a širší výber poskytovateľov ZS	IRL, POL, ROU, SWE, UK

Zdravotné poisťovne na Slovensku

Jedným z predpokladov a výhod pluralitného systému je, že si poisťovne navzájom konkurujú v oblastiach, ktoré priamo súvisia s kvalitou a rozsahom zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencovi, t.j. zdravotnými benefitmi. Zdravotné poisťovne na Slovensku si však výrazne v ponuke zdravotných benefitov nekonkurujú. Napriek tomu, že sa čiastočne odlišujú ponukami nadštandardného očkovania¹⁵⁴, nadštandardných vyšetrení¹⁵⁵ a niektorými stomatologickými benefitmi, tieto rozdiely sú zvyčajne komunikované potenciálnemu poistencovi nečitateľne. Napríklad v prípade nadštandardných očkování je úhrada naviazaná iba na určitý typ vakcíny, vek pacienta, a rôzne iné podmienky, ktoré komplikujú zrozumiteľnosť ponuky. Medzi poisťovňami existujú aj výrazné rozdiely v tom, ako viditeľne umiestňujú ponuku benefitov v nadštandardnej starostlivosti na svojich webových stránkach. Niektoré benefity môže poistenc nájsť až po cielenom hľadaní na podstránkach, zatiaľ čo na hlavnej stránke sú výraznejšie prezentované iné typy benefitov opísané nižšie. Pre poistenca je tak ťažké samostatne porovnať ponuku zdravotných poisťovní, aktualizovaná a nestranná platforma pre porovnanie zatiaľ neexistuje.

V posledných rokoch sa výraznejší konkurenčný boj medzi zdravotnými poisťovňami odohrával prevažne v benefitoch, ktoré sa priamo netýkajú kvality alebo rozsahu zdravotnej starostlivosti pre poistencov, a možno ich označiť za doplnkové benefity.¹⁵⁶ Sú nimi napríklad elektronické služby a mobilné aplikácie. Ďalšími doplnkovými benefitmi sú zvýhodnené ponuky na zľavových portáloch (objavujú sa aj ako najvýraznejšia reklama na prvej stránke na webových portáloch), dovolenkové pobyty, zvýhodnené cestovné poistenie, zľavy na kozmetické produkty a doplnkový sortiment v určitých lekárňach a pod. Ako doplnkový benefit pri narodení dieťaťa ponúkajú poisťovne najmä zľavy a príspevky na nákup novorodeneckých potrieb, ktorých hodnotou sa od seba výrazne neodlišujú.

Poisťovne v niektorých prípadoch ponúkajú benefity, ktorých plošné používanie odborná verejnosť neodporúča. Jedna z poisťovní v oblasti starostlivosti o dieťa ponúka bezplatné zapožičanie monitoru dychu a pohybu novorodenca do 6 mesiacov od jeho narodenia. Podľa výrobcov je funkciou monitora upozorniť na zástavu dýchania, najmä v prípadoch tzv. syndrómu náhleho úmrtia novorodenca (SIDS). Americká akadémia

¹⁵⁴ očkovania čiastočne alebo úplne hradené poisťovňou nad rámec zákona, napr. očkovanie proti chrípke, očkovanie proti hepatitíde a pod.

¹⁵⁵ Vyšetrenia čiastočne alebo úplne hradené poisťovňou nad rámec zákona, resp. nárok na viac vyšetrení určitého typu, než predpisuje zákon, napr. prednostné mamografické vyšetrenie a pod.

¹⁵⁶ vychádzame z prehľadu ponúk na internetových stránkach jednotlivých poisťovní

pediatrov¹⁵⁷ ako aj iná odborná verejnosť¹⁵⁸ dlhodobo upozorňujú, že používanie takýchto zariadení v domácom prostredí nezaručuje včasné odhalenie zdravotných komplikácií u novorodenca, akou je SIDS. Zároveň sa zhodujú v názore, že by lekári mali odporúčať používanie monitora iba v špecifických prípadoch (napr. pri predčasne narodených deťoch), pričom rodičia musia byť pred jeho použitím dôkladne zaškolení. Používanie monitorov mimo špecifických prípadov podľa odborníkov mnohokrát vedie k neodôvodneným obavám rodičov a neprimeraným reakciám (napr. preťažujú záchrannú zdravotnú službu).

Prerozdelenie rizika medzi poisťovňami

V pluralitnom systéme dostávajú zdravotné poisťovne peniaze z VZP podľa počtu poistencov a ich odvodov. Vzniká tu však riziko, že rizikovní poistenci sa nerozmiestnia rovnomerne medzi poisťovne – napr. všetci chorľaví pacienti sa poistia len v jednej a zdraví pacienti v druhej poisťovni. Náklady na liečenie týchto poistencov tak nebudú zodpovedať príjmom za nich, čo prvú poisťovňu dostane do straty, kým druhej zostanú peniaze navyše. Kvôli tomuto nepomeru v príjmoch a výdavkoch môžu poisťovne cielene bojovať o zdravých pacientov a znevýhodňovať nákladných poistencov.

Spravodlivé prerozdelenie zdrojov v mnohých krajinách zabezpečuje tzv. prerozdeľovací mechanizmus.

V princípe identifikuje rizikovosť poistného kmeňa každej poisťovne a zdroje následne presúva poisťovníam s najvyššími nákladmi. Pri správnom nastavení sa môže poisťovňa sústrediť na efektívnu liečbu pacienta v ktoromkoľvek rizikovom profile, keďže žiadna skupina pacientov pre ňu nie je dlhodobo stratová. Určitý typ prerozdeľovacieho mechanizmu používajú krajiny ako Belgicko, Nemecko, Holandsko alebo Slovensko.

Na Slovensku sa používa prerozdeľovací mechanizmus inšpirovaný holandským modelom, v súčasnosti má schopnosť predpovedať priemerné náklady „len“ 24 %. Toto je však aj prípad modelov v zahraničí a nemusí znamenať, že prerozdelenie bude systematicky zlé. Model zároveň čiastočne spôsobuje nedokonalé prerozdelenie zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami.

Box 17: Princíp prerozdeľovacieho mechanizmu

Prerozdeľovací mechanizmus „ex-ante“ je založený na štatistickom modeli, ktorý predpovedá budúce priemerné náklady na pacienta. Na predikciu väčšina modelov používa:

- **Demografické indexy** – veku, pohlavia a typu poistenca (ekonomicky aktívna osoba a poistenc štátu). Na predikciu nákladov využívajú fakt, že starší ľudia a malé deti sú chorí častejšie ako mladí pracujúci ľudia. Výhodou demografických znakov je vysoká schopnosť predpovedať nákladovosť pacienta, ale tiež aj jednoduchý prístup k dátam.
- **Indexy založené na užívaní liekov (PCG indexy)** - budúce náklady poistenca sa predpovedajú na základe jeho dlhodobej spotreby liekov na určitú chronickú chorobu. Tým, že pacient dlhodobo poberá lieky, jeho náklady rastú kvôli cene samotných liekov a taktiež kvôli sprievodným ošetreniam v ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti. Model pracuje so skupinami chronických ochorení, tzv. PCG skupinami (pharmaceutical cost groups). Vďaka PCG indexom sú poisťovne v priemere kompenzované za liečbu chronicky chorých pacientov a dokonca majú motiváciu vytvárať špeciálne programy pre chronicky chorých kvôli zníženiu nákladovosti. V prípade komparatívnej výhody

¹⁵⁷ AAP TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics. 2016;138(5):e20162938

¹⁵⁸ Strehle EM, Gray WK, Gopisetti S, Richardson J, McGuire J, Malone S. Can home monitoring reduce mortality in infants at increased risk of sudden infant death syndrome? A systematic review Acta Paediatrica 2012; 101(1): 8-13.

jednej poisťovne oproti ostatným (napríklad pri využití rovnako efektívnej, ale menej nákladnej liečbe) môže tak poisťovňa po prerozdelení za týchto pacientov vykázať zisk.

- **Viacročné nákladové indexy (VRNI)** – odrážajú samotné náklady na poistenca z minulosti. Tieto indexy majú výhodu, ak sú napr. PCG skupiny príliš široké (napr. niektoré auto-imunitné ochorenia sú výrazne drahšie ako iné) alebo ak je pacient dlhodobo veľmi nákladný, ale nepatrí do žiadnej PCG skupiny. Výhodou oproti PCG skupinám je aj jednoduchosť, s akou sa poistenci dajú do VRNI skupín zaradiť. Nevýhodou môže byť, že poisťovne budú menej motivované k výberu najefektívnejšej liečby, keďže nákladnejšia liečba môže spôsobiť, že poistenc bude zaradený do vyššej VRNI skupiny, a tak bude časť neefektívnej platby vykompenzovaná prerozdelením mechanizmom. Prakticky by to však nemalo predstavovať problémy, keďže poisťovne dopredu nevedia, ktorí poistenci budú vybratí do ktorých VRNI skupín (hranice zaradenia sa každý rok menia a poisťovne ich dopredu nedokážu zistiť). VRN index mapuje náklady za posledné tri roky, takže zvýšením nákladov za jediný rok by poisťovňa pravdepodobne nedosiahla zaradenie do vyššej VRNI skupiny, takže tento krok by nebol ekonomicky výhodný. Ďalším možným problémom je postoj poisťovne k pacientovi – kým pri PCG skupinách môžu poisťovne vytvárať programy pre manažment špecifických ochorení, v ktorých združujú chronicky chorých a hľadajú pre nich efektívnejšiu liečbu, pri VRNI sú v jednej skupine zaradení poistenci, ktorí môžu mať veľmi rôznorodé diagnózy a zdroje nákladnej liečby.
- **Indexy založené na používaní zdravotníckych pomôcok** – budúce náklady poistenca sa predpovedajú na základe používania určitého typu pomôcok, akými sú napríklad pomôcky pre zdravotne postihnutých, ortopedické protézy alebo inkontinenčné pomôcky. Takéto pomôcky sú často drahé a nie sú zahrnuté v demografických a PCG indexoch.
- **Diagnostické nákladové skupiny (DCG)** - použitie diagnózy ako parametra pre predikciu budúcich nákladov pacienta je logickou a intuitívnou voľbou - napríklad pacient, ktorému bolo diagnostikované chronické ochorenie ľadvín, bude s najväčšou pravdepodobnosťou vyžadovať zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť nasledujúci rok. DCG sa do určitej miery prekrývajú s PCG skupinami, keďže diagnostikovaní chronicky chorí pacienti, často dlhodobo užívajú lieky. Neplatí to však vždy - napríklad pri diagnóze infarkt môže pacient podstúpiť rehabilitačnú liečbu a prípadne operáciu, ale nemusí byť zachytený modelom ako chronicky chorý pacient podľa potreby liekov. Implementácia tohto parametra je však zložitejšia a menej transparentná ako napríklad PCG alebo VRN indexy, keďže existujú tisíce diagnóz, ktoré treba správne zoskupiť tak, aby boli použiteľné a užitočné v modeli.
- **Dĺžka poistenia** – model všeobecne predpovedá priemerné náklady za určité obdobie poistenia, napr. 12 mesiacov. Vždy však existuje skupina poistencov, ktorí sú poistení kratšie – novonarodení, zomrelí, novo prisťahovaní alebo odsťahovaní obyvatelia. Pri vážení modelu počtom mesiacov sa berie do úvahy, že čím vyšší je počet mesiacov, tým je menšia šanca, že sú náklady príliš nízke alebo vysoké len kvôli nízkemu počtu mesiacov pozorovania.

Prerozdelenie mechanizmus „ex-post“ kompenzuje náklady na poistencov, ktoré nezachytí ex-ante model. Akokoľvek dobrý model nemôže zachytiť všetkých pacientov, napr. existujú pacienti, ktorí majú dlhodobo vysoké náklady, ale model im neprideliť vysoké prerozdelenie, keďže napríklad nespádajú do žiadnej definovanej skupiny chronických ochorení. Príkladom môže byť pacient s veľmi zriedkavou chorobou, ktorý dlhodobo užíva vysoko-nákladné lieky a je pre to pre poisťovňu stratový. Aj zopár takýchto poistencov môže ovplyvniť výsledky poisťovne a preto môže byť riešenie, aby toto riziko znášali všetky poisťovne spolu.

Ex-post prerozdelenie má však výrazné riziko - ak by poisťovňa bola vždy kompenzovaná za všetky náklady pre svojich poistencov, nemala by žiadnu motiváciu znižovať nákladovosť liečby a hľadať efektívnejšie

riešenia, pretože by neprinášali žiadny zisk. V holandskom modeli prerozdelenia využitý ex-post mechanizmus len pre časť fixných nákladov zdravotných zariadení a je cezeň rozdelených len približne 0,9 percenta celkových zdrojov v zdravotníctve. Podľa konzultačnej spoločnosti Gupta by mal tento mechanizmus zavedený len v troch konkrétnych prípadoch: cieľom zavedenia je znížiť riziko pre poisťovňu; poisťovňa nemá možnosť ovplyvniť náklady na liečbu; poisťovňa je v prechodnom období, kedy sa jej výrazne mení poisťný kmeň kvôli jeho rozširovaniu.

Zdroj: IZP

Na Slovensku sa používa prerozdeľovací mechanizmus inšpirovaný holandským modelom, v súčasnosti má schopnosť predpovedať priemerné náklady „len“ 24 %. Toto je však aj prípad modelov v zahraničí a nemusí znamenať, že prerozdelenie bude systematicky zlé. Model, ktorý do roku používal iba demografické a PCG indexy¹⁵⁹ mal predikčnú silu len 18 %, tá stúpla zaradením VRN indexov¹⁶⁰ (vysvetlenie indexov v boxe). Dôsledkom je, že pre väčšinu poisťencov prerozdeľovací mechanizmus prideli príliš vysokú alebo príliš nízku sadzbu – ak však tieto odchýlky u pod- a nadkompenzovaných poisťencov nie sú systematicky odlišné medzi poisťovňami, pri dostatočne veľkom počte poisťencov bude súčet odchýlok pre každú poisťovňu približne nulový. Problémom by bolo, ak by sa prerozdeľovací mechanizmus dlhodobo mýlil a jedna z poisťovní by dostávala viac negatívnych odchýlok ako tých pozitívnych.

Podľa analýzy Inštitútu zdravotnej politiky (IZP) je výsledkom súčasného modelu približne 700-tisíc poisťencov, ktorí sú po prerozdelení pod- alebo nadkompenzovaní sumou vyššou ako 1 000 eur. Tabuľka 47 ukazuje, že počet nedokonale kompenzovaných poisťencov klesol po tom, čo sa do modelu vstúpili VRN indexy.

Tabuľka 47: Nedokonale kompenzovaní pacienti

	Model demografia a PCG	Model aj s VRNI
Celková pod a nadkompenzácia	1,9 mld. eur	1,7 mld. eur
Počet podkompenzovaných pacientov	1,2 mil.	-
Počet prekompenzovaných pacientov	4 mil.	-
Počet podkompenzovaných o viac ako 1 000 eur	0,4 mil.	0,36 mil.
Počet prekompenzovaných o viac ako 1 000 eur	0,5 mil.	0,35 mil.

Zdroj: IZP

Model zároveň čiastočne spôsobuje nedokonalé prerozdelenie zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami. Účinnosť modelu pri prerozdeľovaní medzi zdravotnými poisťovňami IZP analyzoval porovnaním rozdielov medzi príjmami a nákladmi. Tabuľka 48. ukazuje, že pri pôvodnom modeli VŠZP minie na zdravotnú starostlivosť o takmer 73 miliónov eur viac ako dostane z prerozdeľovacieho mechanizmu, Dôvera a Union zase dostanú viac. Časť tohto rozdielu je vysvetlená nedokonalým prerozdeľovacím mechanizmom, keďže pridaním ďalších indexov do modelu sa rozdiely medzi poisťovňami zmenšili.

¹⁵⁹ V súčasnosti sa používa 72 kombinácií demografických znakov - Legislatíva – môže sa meniť, najnovšie bola rozdelená skupina 0-4 ročných detí na skupinu 0 rokov a 1-4 rokov, lebo náklady na novorodencov sú výrazne vyššie ako na staršie deti.

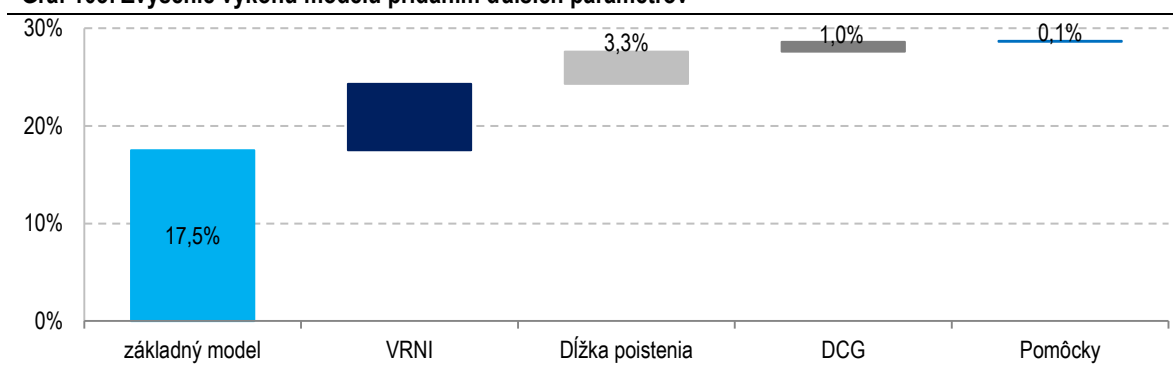
¹⁶⁰ Súčasný model pracuje s 27 PCG skupinami chronických ochorení, Legislatíva – môže sa meniť, ako. Každá poisťovňa má právo podávať návrhy na zmeny v ATC a PCG skupinách a prislúchajúcich diagnózach, akými sú napríklad vyradenie alebo doplnenie, do 30. júna pre zaradenie do prepočtu nasledujúceho roku (napr. do 30.6.2017 pre zaradenie do výpočtu na rok 2018). Spôsob výpočtu konkrétnej sadzby sa nachádza v prílohe.

Tabuľka 48: Kompenzácia poisťovní (rok)

rozdiel medzi príjmami a nákladmi, v mil. eur*	Model demografia a PCG	Model aj s VRNI
VšZP	-73	-33
Dôvera	51	18
Union	22	14

*účet všetkých finančných tokov je nulový kvôli premise, že celkové príjmy sú rovné celkovým nákladom v danom roku – čísla preto nezodpovedajú reálnym finančným tokom v danom roku. Zdroj: IZP

Pridanie ďalších parametrov môže zvýšiť presnosť slovenského modelu a tým znížiť pod- a nadkompenzáciu poisťencov. Podľa IZP sa do slovenského modelu po VRNI plánujú pridať aj indexy užívania pomôcok, indexy DCG a váženie dĺžkou poistenia¹⁶¹. Graf 103 ukazuje, ako nové parametre zvýšia predikčnú schopnosť modelu, čím rôznou mierou zvýšia platby za podkompenzovaných a znížia platby pre nadkompenzovaných poisťencov (viac v prílohe).

Graf 103: Zvýšenie výkonu modelu pridaním ďalších parametrov

Zdroj: IZP

Na druhej strane platí, že časť rozdielov v stratách a ziskoch môžu stále vysvetľovať rozdiely v schopnosti poisťovní efektívne hospodáriť. Analýza efektívnosti VšZP z roku 2018 našla veľký priestor pre zlepšenie hospodárenia.

V súčasnosti sa na Slovensku zdroje neprerozdeľujú ex-post. Variant ex-post prerozdelenia bol na Slovensku použitý v roku 2017 (tzv. kompenzácia nadlimitných výkonov), medzi poisťovne bolo rozdelených 160 mil. eur. Mechanizmus definoval limit¹⁶² a nadlimitné platby predstavovali rozdiel medzi skutočnými platbami a týmto limitom. Následne bolo 80 % nadlimitných platieb sčítaných za všetkých poisťencov a táto suma bola rovnomerne rozdelená medzi všetky poisťovne. Tým pádom za vysoko nákladného poistenca poisťovňa zaplatila priamym spôsobom len náklady do výšky stanoveného limitu a 20 percent z nadlimitnej čiastky, pokým nepriamym spôsobom cez nadlimitný mechanizmus zaplatila ďalšiu tretinu nákladov.

V súčasnosti sa ex-post prerozdelenie nepoužíva, poisťovne tak môžu byť do istej miery „neoprávnene“ stratové. Možno to však korigovať posudzovaním opodstatnenosti jednotlivých prípadov. Prerozdelenie ex-post sa dnes nepoužíva kvôli riziku, že by poisťovne nemali snahu efektívne manažovať drahých poisťencov, ak by za nich boli plne kompenzovaní (viac o rizikách v boxe). Jednou z možností by bolo zriadenie nezávislej revíznej komisie pre všetky tri poisťovne, ktorá by rozhodovala o opodstatnenosti nákladov na liečbu u malého počtu drahých pacientov, ktorých nezachytí ex-ante model. Tým pádom by poisťovne neboli stratové a stále by ich mali motiváciu poistenca efektívne liečiť.

¹⁶¹ Podľa legislatíva – môžu pridať premennú iba ak prida 0,01 do R2

¹⁶² Mechanizmus nadlimitných platieb z roku 2017 definoval „limit“ ako súčet kompenzácie udelenej prerozdeľovacím mechanizmom a 20-krát priemerného nákladu na poistenca za rok 2017.

Príloha 4: Prevádzkové náklady nemocníc

Elektrická energia

Výhodnejšie obstarávanie elektrickej energie môže priniesť úsporu 262 tis. eur. Jednotkové ceny¹⁶³ v UN a FN platné počas roka 2018 variovali od 33,9 do 50,1 eur za MWh. Zmluvné ceny sa trhovej hodnoty¹⁶⁴ na PXE líšili v priemere o 27 %. Úspora je kalkulovaná voči referenčnej cene, ktorá sa od trhovej ceny líši maximálne o túto priemernú výšku odchýlky.

Tabuľka 49: Kalkulácia úspor v obstarávaní elektrickej energie

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
zmluvná JC 2018 (eur/MWh)	33,86	46,87	39,94	48,25	-	40,9	48,25	39,66	43,68	50,08	-	49,15	-
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	1447	1815	1616	572	-	491	394	370	463	476	482	117	108
náklady pri referenčnej cene (tis. eur)	1883	1706	1783	522	-	529	360	411	468	419	-	105	-
potenciálna úspora (tis. eur)	-	108,6	-	49,6	-	-	34,2	-	-	57,2	-	12,1	-

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN, PXE

Zemný plyn

Znížením variability v jednotkových cenách za dodávku zemného plynu a uzatváraním kontraktov na štandardnú dĺžku trvania (1až 2 roky) je možné ušetriť 401 tis. eur. Podobne ako pri el. energii bola úspora kalkulovaná porovnaním voči cene komodity na PXE burze. Najvyššia cena a zároveň potenciálna úspora identifikovaná v UN KE bola dôsledkom uzatvorenia nevýhodného krátkodobého dodatku k zmluve.

Tabuľka 50: Kalkulácia úspor v obstarávaní zemného plynu

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA ¹⁶⁵	DF KE	DF BB
zmluvná JC 2018 (eur/MWh)	21,24	32,42	23,47	24,47	-	-	21,8	19,33	22,10	-	-	-	17,55
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	1747	1154	1841	93	-	-	413	423	20	-	290	-	48
náklady pri referenčnej cene (tis. eur)	1875	812	1789	86	-	-	432	499	20	-	-	-	63
potenciálna úspora (tis. eur)	-	342,4	52,7	6,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN, PXE

¹⁶³ Kalkulácia vychádza z jednotkových cien za dodávku elektriny bez zložky za distribúciu, daní a iných poplatkov.

¹⁶⁴ Priemerná cena v období január-november 2017 bola 34,8 eur/MWh – hodnotené obdobie za predpokladu obstarania el. energie v decembri 2017 pre dodávku na rok 2018.

¹⁶⁵ Parametre zmluvy neboli pre analýzu dodané.

Upratovanie

Zjednotením cien za upratovacie služby na úroveň druhej¹⁶⁶ najnižšej ceny v UN a FN je možné ušetriť 4,2 mil. eur. Jednotkové ceny upratovacích služieb sa medzi nemocnicami líšili aj dvojnásobne. Rozdielne zmluvné podmienky boli prítomné aj v rámci rovnakého dodávateľa. Vychádzajúc z dostupných údajov v zmluvách UN a FN analýza abstrahovala od rozlíšenia priestorov na administratívne a medicínske.

Tabuľka 51: Kalkulácia úspor v upratovacích službách

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
zmluvná JC 2018 (eur/m2/rok)	21,41	12,80	-	-	22,75	-	15,20	17,35	-	10,15	12,30	2,53	-
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	4 296	1 713	-	-	1 677	-	625	890	-	449	670	2,6	-
náklady pri referenčnej JC (tis. eur)	2 037,1	1 358,4	-	-	748,5	-	417,6	520,6	-	448,7	552,9	-	-
potenciálna úspora (tis. eur)	2 258,7	354,9	-	-	928,7	-	207,6	369,4	-	0,0	117,1	-	-

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN

Pranie

Obstarávaním pracích služieb za najnižšiu zistenú jednotkovú cenu je možné ušetriť 412 tis. eur. Úsporu nebolo možné vyčíslieť pre FN NR, ktorá v roku 2018 nemala uzatvorený zmluvný vzťah s dodávateľom pracích služieb a objednávala ich priebežne podľa potreby. Zvolený prístup je neefektívny – FN NR zaznamenala najvyššie náklady na pranie spomedzi UN a FN, pričom veľkosťou je považovaná za priemernú až menšiu nemocnicu. Pre porovnanie, najväčšia UN Bratislava s takmer trojnásobne vyšším počtom hospitalizačných prípadov vynaložila na pranie v roku 2018 o 7 % menej zdrojov ako FN NR.

Až 4 z 8 porovnávaných nemocníc mali rovnakého dodávateľa pracích služieb (LAVATON s.r.o.). Jednotkové ceny týchto nemocníc variovali od 0,51 do 0,75 eur/kg. Hrubá analýza naznačuje vzťah medzi zmluvným množstvom a cenou. To podporuje myšlienku centrálného obstarávania služieb pre všetky UN a FN prostredníctvom ÚRPO s cieľom dosiahnuť úspory z rozsahu.

¹⁶⁶ Najnižšiu jednotkovú cenu (2,5 eur/m2/rok) platí DF KE za upratovanie spoločných priestorov. Služba je súčasťou zmluvy o nájme uzavretej s UN KE. Cena je atypická svojou výškou aj pokrytím služieb, preto bola úspora kalkulovaná z druhej najnižšej ceny.

Tabuľka 52: Kalkulácia úspor v prácich službách

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN N	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
zmluvná JC 2018 (eur/kg)	0,51	-	0,44	0,65	0,60	-	0,65	na objednávku	0,58	-	0,54	0,75	-
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	534,9	-	112,7	371,7	248,4	-	285,4	572,8	181,1	2,9	84,4	42,5	-
náklady pri referenčnej JC (tis. eur)	468,9	-	112,7	254,5	184,2	-	195,4	-	139,5	-	69,0	25,2	-
potenciálna úspora (tis. eur)	66,0	-	0,0	117,2	64,2	-	90,0	-	41,7	-	15,4	17,3	-

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN

Stravovanie

Úsporný potenciál obstarávania stravovacích služieb pre pacientov a ich sprievodcov v UN a FN je 759 tis. eur. Kalkulovaná úspora sa týka iba 5 z 13 nemocníc – ostatné zabezpečujú stravovanie vo vlastnej réžii. Viac ako 500-tisícovú úsporu je možné dosiahnuť znížením jednotkových cien vo FN BB.

Až 3 z 5 nemocníc (FN BB, FN TN, FN TT) obstarávajú stravovanie pacientov cez 10-ročné koncesné zmluvy. V týchto nemocniciach sa cena za celodennú stravu pohybuje od 6,94 do 9,02 eur. Ďalším špecifikom stravovacích služieb v UN a FN je vysoká koncentrácia dodania služby od jedného dodávateľa a taktiež previazané majetkovo-právne vzťahy v spoločnostiach zabezpečujúcich stravovacie služby v 4 z 5 sledovaných nemocníc.

Tabuľka 53: Kalkulácia úspor v stravovacích službách

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
zmluvná JC ¹⁶⁷ 2018 (celodenná strava/€)	-	-	9,02	-	-	-	6,94	-	7,95	-	-	7,36	6,89
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	-	-	2 256,8	-	-	-	1 770,0	-	1 545,9	-	-	164,1	115,3
náklady pri referenčnej JC (tis. eur)	-	-	1 724,9	-	-	-	1 758,6	-	1 340,3	-	-	153,8	115,3
potenciálna úspora (tis. eur)	-	-	531,9	-	-	-	11,4	-	205,7	-	-	10,4	0,0

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN

¹⁶⁷ Pri existencii viacerých sadzieb pre rozdielne diéty boli jednotkové ceny kalkulované ako vážený priemer.

Bezpečnostné služby

Na ochrane objektov zabezpečenou pracovníkmi strážnej služby môžu UN a FN ušetriť 51 tis. eur. Analýza vyhodnotila jednotkové ceny za osobohodinu strážnej služby, nehodnotila iné formy bezpečnostných systémov, ktoré v súčasnosti využívajú 3 zo sledovaných nemocníc. Strážnu službu vo vlastnej réžii si zabezpečovali 4 nemocnice.

Tabuľka 54: Kalkulácia úspor v strážnych službách zabezpečených pracovníkmi

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
zmluvná JC 2018 (osobohodina)	4,46	6,04	-	-	3,37 ¹⁶⁸	-	6,54	4,22	-	-	4,07	-	-
skutočné náklady 2018 (tis. eur)	115,9	16,7	-	-	245,2	-	86,1	66,6	-	-	114,8	-	-
náklady pri referenčnej JC (tis. eur)	105,6	11,2	-	-	295,8	-	53,5	64,1	-	-	114,8	-	-
potenciálna úspora (tis. eur)	10,4	5,5	-	-	-	-	32,6	2,5	-	-	0,0	-	-

Zdroj: Zmluvy UN a FN, hlavné knihy UN a FN

Právne služby

Mesačné náklady na právne služby zabezpečené advokátskymi kancelárkami pre UN a FN sa výrazne líšia. Analýza porovnávala iba zmluvne dohodnuté mesačné platby za právne služby, nie odmeny za zastupovanie pri právnych sporoch. Na základe parametrov dostupných zmlúv a miery detailu účtovníctva UN a FN nebolo možné identifikovať úsporu. Napriek tomu pre porovnanie rozdielov medzi nemocnicami uvádzame výšky mesačných paušálnych platieb (Tabuľka 55). Najväčší mesačný paušál za právne služby platí FN PO, ktorý je 10-krát vyšší ako paušálna platba v UN MT. Stanovením jednotných pravidiel pre výber právnych služieb v UN a FN by sa zabezpečila väčšiu transparentnosť možnosť kontroly.

Tabuľka 55: Kalkulácia úspor v právnych službách

	UN BA	UN KE	FN BB	UN MA	FN PO	FN ZA	FN TN	FN NR	FN TT	FN NZ	DF BA	DF KE	DF BB
Zmluvný paušál 2018 (eur/mesiac)	-	1 650	1 100	600	6 741	-	2 191	1 600	600	-	1 660	-	1 000
Rozdiel oproti najnižšej hodnote	-	175 %	83 %	0 %	1023 %	-	265 %	167 %	0 %	-	177 %	-	67 %

Zdroj: Zmluvy UN a FN

¹⁶⁸ Pre analýzu neboli z FN PO dodané kompletne údaje pokrývajúce celé sledované obdobie. Uvedená cena preto nie je považovaná za referenčnú.

Príloha 5: Príklad nevhodne vytvorenej úhradovej skupiny (U106)

Od 1.7.2019 bola vytvorená úhradová skupina U106, ktorá mala významne horší dopad na VZP aj konkurenčné prostredie, ako keby zmena nenastala (tabuľka 56). Pacient si nepolepšil.

Od 1. októbra 2019 má dôjsť k zmene výšky úhrady v danej skupine (tabuľka 57). Skupina ostane problematická, nie však pre VZP, ale pacienta.

Tabuľka 56: Úhradová skupina U106 od 1.7.2019 do 30.9.2019 s negatívnym dopadom na VZP, bez pridanej hodnoty.

Kód	Názov	Veľkosť a sila	Konečná cena	Úhrada do 06/2019	Doplatok do 06/2019	Úhrada 7/2019 - 09/2019	Doplatok 07/2019 - 09/2019	spotreba 2018 (ks)	Ročný dopad na VZP
5290B	URSOMED 250 mg	100x250mg	23,42	23,42	0,00	23,42	0,00	25 276	- €
91017	Ursofalk 250 mg	100x250mg	26,09	23,43	2,66	26,09	0,00	26 459	- 70 381 €
95094	URSOSAN	100x250mg	27,47	23,43	4,04	26,10	1,37	100 011	- 267 030 €
97864	URSOSAN	50x250mg	16,25	11,72	4,53	13,05	3,20	2 401	- 3 193 €
5292B	URSOMED 500 mg	100x500mg	39,95	39,95	0,00	39,95	0,00	16 438	- €

Pozn.: Lieky sú určené na liečbu problémov v tráviacej sústave. Využívajú ako účinnú látku kyselínu ursodeoxycholovú

Zdroj: mesačné kategorizačné zoznamy liekov, výkazy NCZI L02 typu R a LA

Vysvetlenie Tabuľky 56:

Do júla 2019 boli úhrady nastavené v danej skupine rozdielne pri liekoch v sile 250 mg a 500 mg. Pacient mal pri oboch silách k dispozícii liek bez doplatku (Ursomed 250 mg a Ursomed 500 mg). Poistovne správne hradili lieky iba do výšky najlacnejšieho pri danej sile, ak chcel pacient zbytočne drahší liek, doplácal.

Spojením oboch síl do jednej úhradovej skupiny sa úhrady prepočítali na jednotku sily podľa najlacnejšieho lieku – Ursomedu 500 mg. Napríklad za 100 ks balenia 250 mg sily by od júla poistovne hradili iba 19,98 eur a zvyšok by bol doplatok. V snahe vyhnúť sa rastu doplatkov pri všetkých liekoch v sile 250 mg, MZ nastavilo úhradu podľa 3. najnižšej jednotkovej ceny v skupine a tak poistovne musia napríklad hradiť lieky v sile 250 mg až do výšky 26,10 eur, hoci najlacnejší stojí iba 23,42 eur.

Pacient si nepolepšil – aj pred zmenou mal pri každej sile liek bez doplatku. Naopak zmena významne pomohla konkrétnym liekom Ursofalk 100x250 mg a Ursosan 100x250 mg, ktoré tak môžu úspešne vytláčať lacnejšiu konkurenciu. Dôvod vytvorenia tejto skupiny nie je známy.

Tabuľka 57: Plánovaná zmena v úhradovej skupine U106 od 1.10.2019

Kód	Názov	Veľkosť a sila	Konečná cena	Úhrada do 06/2019	Doplatok do 06/2019	Úhrada od 10/2019	Doplatok od 10/2019	spotreba 2018 (ks)	Ročný dopad na VZP
5290B	URSOMED 250 mg	100x250mg	23,42	23,42	0,00	19,97	3,45	25 276	87 202 €
91017	Ursofalk 250 mg	100x250mg	26,09	23,43	2,66	19,97	6,12	26 459	161 929 €
95094	URSOSAN	100x250mg	27,47	23,43	4,04	19,97	7,50	100 011	750 083 €
97864	URSOSAN	50x250mg	16,25	11,72	4,53	9,98	6,27	2 401	15 054 €
5292B	URSOMED 500 mg	100x500mg	39,95	39,95	0,00	39,95	0,00	16 438	- €

Pozn.: Lieky sú určené na liečbu problémov v tráviacej sústave.

Zdroj: mesačné kategorizačné zoznamy liekov, výkazy NCZI L02 typu R a LA

Vysvetlenie Tabuľky 57:

V porovnaní so situáciou v predošlej tabuľke, v skupine sa od októbra nastavila úhrada už nie podľa 3 najnižšej ceny na ŠDL, ale podľa najnižšej (podľa lieku Ursomed 500 mg). Zlúčenie liekov v sile 250 mg a 500 mg do jednej skupiny prinesie VZP úsporu v porovnaní s júnom 1 mil. eur, celú úsporu však zaplatí pacient. Liek v sile 500 mg nie je možné poliť, pri najčastejšej indikácii pacienti s váhou 61 – 80 kg potrebujú užívať 750 mg denne a pri váhe nad 100 kg 1 250 mg denne. Pacienti teda potrebujú užívať aj 250 mg balenia, preto sa nevyhnú nárastu doplatku.

Príloha 6: Zmena pôvodného návrhu definície lieku na zriedkavé ochorenie

Počas legislatívneho procesu došlo k zmene plánovanej definície lieku na zriedkavé ochorenie, čo má významné dôsledky na výdavky VZP.

Pôvodný návrh v medzirezortnom pripomienkovom konaní: V Čl. I § 7 ods. 2 písm. a), bod 3 znie: (liek môže byť zaradený v systéme kategorizovaných liekov ak spĺňa nákladovú efektívnosť alebo...) „je určený na liečbu choroby, ktorej **prevalencia**¹⁶⁹ v Slovenskej republike je nižšia ako 1:50 000,...“ Táto formulácia bola navrhnutá na viacerých miestach v zákone.

Návrh prerokovaný v NR SR po MPK: (V MPK došlo k akceptovaniu pripomienky slovenskej lekárskej spoločnosti) slovo „**prevalencia**“ nahradila na všetkých miestach formulácia „...je určený na liečbu choroby, pri ktorej **počet pacientov vhodných na liečbu liekom podľa registrovanej indikácie a navrhovaného indikačného obmedzenia** je v Slovenskej republike nižší ako 1:50 000,...“

Zmena po rokovaní výboru pre zdravotníctvo: z formulácie sa vypustili slová „a navrhovaného indikačného obmedzenia“. Ostalo znenie: „je určený na liečbu choroby, pri ktorej **počet pacientov vhodných na liečbu liekom podľa registrovanej indikácie**¹⁷⁰ je v Slovenskej republike nižší ako 1:50 000,...“ Rovnaká zmena sa použila aj na 4 ďalších relevantných miestach v zákone a v tejto podobe bol zákon v parlamente schválený.

Splniť podmienku prevalencie choroby je náročnejšie ako podmienku registrovanej indikácie, keďže indikácia môže byť definovaná ako podmnožina choroby (pacienti môžu trpieť nezriedkavou chorobou, ale so zriedkavými komplikáciami). Akceptovaná pripomienka od slovenskej lekárskej spoločnosti v rámci MPK teda výrazne rozšírila počet liekov, ktoré môžu vstúpiť do ZKL bez dokladovania nákladovej efektívnosti.

Vysvetlenie definícií na príklade lieku s ročným dopadom 2,2 mil. eur:

Duodopa intestinálny gél je liek na liečbu Parkinsonovej choroby. Liek nie je určený na liečbu všetkých pacientov s Parkinsonovou chorobou, ale iba pre jednu konkrétnu indikáciu tejto choroby. Indikácia je v tomto prípade „*liečba pokročilej na levodopu reagujúcej Parkinsonovej choroby s ťažkými motorickými fluktuáciami a hyperkinézou alebo dyskinézou, ak liečba dostupnou kombináciou antiparkinsoník nevedla k uspokojivým výsledkom.*“¹⁷¹ Počet pacientov vhodných na liečbu pre takto úzko definovanú indikáciu je dostatočne malý a liek spĺňal podmienky na zaradenie do kategorizácie podľa platnej legislatívy v roku 2018 - v čase podania žiadosti.

Prevalencia Parkinsonovej choroby na Slovensku sa predpokladá približne na úrovni 140 prípadov / 50 000 obyvateľov¹⁷², čiže cca 1:360. Liek preto nespĺňa aktuálne platnú podmienku o prevalencii choroby, ani v čase zaradenia nepreukázal svoju nákladovú efektívnosť. Je príkladom lieku, ktorý by sa z VZP mal prestať preplácať bez jasného preukázania prínosov a nákladov. Ročný dopad jeho podmieneného zaradenia do kategorizácie sa odhaduje na 2,2 mil. eur.

¹⁶⁹ Výskyt v populácii

¹⁷⁰ Pridanie indikačného obmedzenia – ako navrhnuté v pripomienke počas MPK, by ešte viac rozšírilo výnimku. Indikačné obmedzenie slúži na vymedzenie skupiny pacientov, ktorým bude hrazená liečba (napríklad ktorí už v minulosti absolvovali iný druh liečby bez úspechu). Takže napríklad aj keď by liek cez registrovanú indikáciu nedosiahol definovanú zriedkavosť, po zohľadnení indikačného obmedzenia by ju už mohol spĺňať. Z tohto pohľadu zmena v parlamente čiastočne zúžila pripomienkou rozšírenú skupinu liekov. Parlamentom prijatá podoba zákona sa tak priblížila prvotnému zámeru, no stále ostala výrazne benevolentnejšia.

¹⁷¹ Zdroj: Duodopa intestinálny gél. Základné informácie. Dostupné na mediately.co/sk

¹⁷² Zdroj: P. Valkovič v článku „Dnes už vieme udržať Parkinsonovú chorobu na uzde.“ Dostupné na www.modernamedicina.sk/liecba-a-terapia/dnes-uz-vieme-udrzat-parkinsonovu-chorobu-na-uzde

Príloha 7: Platobné mechanizmy

Nemocnice v krajinách OECD sú financované cez štyri základné typy platobných mechanizmov.

1. **Platba za prípad** (payment per case)
 - a. Platba za diagnózu (DRG, diagnosis-related groups)
 - b. Platba za ukončenú hospitalizáciu
2. **Platba za výkon** (FFS, fee-for-service)
3. **Platba za lôžkoveň** (per diem)
4. **Prospektívny/globálny rozpočet** (prospective global budget)

Charakteristiky, výhody a nevýhody mechanizmov sú zhrnuté v boxe.

Na Slovensku sa pri financovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti (lôžková starostlivosť) najčastejšie využívajú platby za ukončenú hospitalizáciu (bod 1b). Zdravotné poisťovne o ich výške rokujú priamo s poskytovateľmi, nemocnicami, na individuálnej báze. Jedna poisťovňa tak môže v rámci rovnakej špecializácie rôznym nemocniciam platiť za ukončenú hospitalizáciu v rôznej výške. V platbách za ukončenú hospitalizáciu nie sú zahrnuté laboratórne a zobrazovacie výkony a niektoré drahé zdravotnícke materiály. V súčasnosti menej rozšíreným spôsobom je platba za lôžkoveň (bod 3), používa sa v prípade dlhodobej hospitalizácie na internom oddelení alebo psychiatrii.

Okrem lôžkovej starostlivosti poskytujú nemocnice na Slovensku aj iné typy ZS, najmä špecializovanú ambulantnú starostlivosť (ŠAS) a spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ). Pri týchto typoch ZS sa využívajú iné platobné mechanizmy, predovšetkým platba za výkon (bod 2). O výške platieb za jednotlivé výkony rokujú poisťovne priamo s poskytovateľmi, pričom stanovujú tzv. cenu za bod výkonu. MZ SR vydáva pomocný zoznam výkonov spolu s ich bodovým ohodnotením, ktorého použitie pri rokovaní medzi ZP a poskytovateľmi je dobrovoľné. Platba za výkon sa používa aj pri jednodňovej chirurgii a krátkodobej hospitalizácii (do 72 hodín).

Platobné mechanizmy, ktoré sú v súčasnosti v slovenskom systéme využívané, majú rôzne nevýhody (Tabuľka 58). Platba za ukončenú hospitalizáciu poskytovateľov môže motivovať k čo najkratšej dobe hospitalizácie, platba za lôžkoveň naopak k neodôvodnene dlhým pobytom. Paušálna platba za výkon môže poskytovateľa viesť k čo najväčšiemu, až nadmernému počtu výkonov ako aj k uprednostňovaniu určitých výkonov spojených s vyššou platbou na úkor výkonov s nižšou platbou. Zdravotné poisťovne preto voči poskytovateľom zaviedli opatrenia vo forme finančných limitov, limitov na objem poskytnutých výkonov, schvaľovania plánovaných hospitalizácií a pod., ktoré však nie sú komplexnými riešeniami.

Prospektívny/globálny rozpočet (bod 4) začali využívať v posledných rokoch i niektoré zdravotné poisťovne pri financovaní nemocníc na Slovensku. Ide o pevne stanovenú, zvyčajne mesačnú platbu, ktorá pokrýva vopred určený objem ZS, bez ohľadu na skutočný objem ZS, ktorú nemocnica v danom období poskytne. V zahraničí ho v rôznych podobách využívajú napr. v Belgicku, Dánsku, Taliansku, Luxembursku.

Väčšinu platobných mechanizmov, ktoré sa dnes pri financovaní nemocníc na Slovensku využívajú, by mal v budúcnosti úplne nahradiť systém DRG.

Box 18: Platobné mechanizmy v zdravotníctve

OECD¹⁷³ rozlišuje tzv. tradičné a inovatívne platobné mechanizmy.

Medzi tradičné mechanizmy sa radí už spomínaný globálny rozpočet, platba za výkon, platba za prípad (DRG) a platba za lôžkodeň. Okrem toho sem patrí tzv. kapitačná platba, ktorá sa využíva pri všeobecnej ambulantnej ZS aj na Slovensku, ale v tejto kapitole sa jej bližšie nevenujeme, keďže VAS tvorí len malý podiel príjmov nemocníc.

Tabuľka 58: Výhody a nevýhody tradičných platobných mechanizmov

Platobný mechanizmus	Poskytovatelia	Výhody	Nevýhody
Platba za výkon (FFS)	všeobecní lekári a špecialisti	prehľadné vykazovanie, dostupnosť ZS, transparentnosť	nadmerný počet výkonov, nekontroluje náklady (nevýhoda pre správcov zdrojov)
DRG	nemocnice	umožňuje porovnávanie nemocníc na základe efektivity v poskytovaní ZS, znižuje priemernú dĺžku pobytu	zložitejšie vykazovanie rýchlejšie prepustenie, s rizikom, že pacient je nedoliečený
Platba za lôžkodeň (per diem)	nemocnice	jednoduché vykazovanie	motivuje k zbytočne predĺženým hospitalizáciám, nekontroluje náklady (nevýhoda pre správcov zdrojov)
Kapitačná platba	všeobecní lekári	pomerne jednoduché vykazovanie, flexibilita pre poskytovateľa, kontroluje náklady (výhoda pre správcov zdrojov)	motivuje k výberu „ľahších prípadov“, ktorých liečba je menej nákladná, tým pádom nižšia dostupnosť ZS
Globálny rozpočet	nemocnice	flexibilita pre poskytovateľa, kontroluje náklady (výhoda pre správcov zdrojov)	nemocnice majú tendenciu znižovať náklady, čo môže viesť k nižšej kvalite ZS; vyššia selekcia pacientov

Inovatívne mechanizmy vznikajú ako odpoveď na nedostatky tradičných mechanizmov. Dajú sa rozdeliť do troch skupín:

- 1) „Add-on payments“ – predbežné alebo dodatočné platby nad rámec existujúcej hlavnej platobnej metódy. Príkladom je tzv. **platba za výkonnosť (P4P - pay-for-performance)**. P4P je dodatočná platba, ktorá je viazaná na indikátory kvality poskytnutej ZS. Využívajú ju mnohé vyspelé krajiny, a to v prípade:

¹⁷³ OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>.

- **primárnej ZS** – tu sa využíva mechanizmus P4P najčastejšie. Zapojenie poskytovateľov do schémy môže byť dobrovoľné (AUS, FR, NZ, US, UK) alebo povinné (TUR, CL). Vo väčšina prípadov je platba viazaná na absolútne alebo relatívne výsledkové ukazovatele v preventívnej starostlivosti, manažmente chronických chorôb, niekedy sa viaže i na spokojnosť pacienta (NZ, SWE). Na rozdiel od ústavnej ZS, v primárnej ZS je pomerne jednoduché naviazať platbu za výkonnosť priamo na lekára, preto vo väčšina prípadov funguje P4P na individuálnej báze.
- **špecialistov** – podobne ako v primárnej ZS, môže byť zapojenie poskytovateľov dobrovoľné (FR, US), alebo povinné (ES, JAP). Platba sa viaže zväčša na manažment chronických chorôb alebo preventívnu starostlivosť.
- **ústavnej ZS** – v tomto type ZS sa využíva P4P menej. Hodnotia sa klinické výsledky a patient experience

P4P mechanizmus je pomerne novým nástrojom, a využíva sa prevažne ako doplnok k existujúcim platobným mechanizmom. Je preto náročné izolovať jeho výsledný vplyv na kvalitu ZS. P4P je zväčša súčasťou rozsiahlejšej reformy v zdravotnom systéme danej krajiny, akou bolo napr. vytvorenie Centier zdravotnej starostlivosti pre rodiny (Family Health Units) v Portugalsku, v rámci ktorých je P4P z časti využívaný na hodnotenie zdravotníckeho personálu. Samotné zavedenie P4P predpokladá niekoľko prospešných systémových zmien. Ide napríklad o ujasnenie cieľov poskytovateľov, vytvorenie merateľných ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti a sprehľadnenie dialógu medzi poskytovateľmi a správcami zdrojov. Takisto vyžaduje konzistentnú metodiku zberu a interpretácie dát naprieč subjektami ZS.

Okrem P4P medzi add-on payments patrí i „platba za koordináciu“. Ide o predbežnú platbu, ktorú poskytovateľ ZS (najčastejšie sa rozdeľuje medzi všeobecných lekárov a špecialistov) dostáva za spoluprácu na liečbe pacienta s chronickým ochorením. Vo Francúzsku je využívaná napr. v prípade liečby cukrovky, v Nemecku pri kardiovaskulárnych ochoreniach.

- 2) **„Balík za epizódu starostlivosti“ (“Bundled payments for episodes of care“)**– využíva sa v ústavnej starostlivosti. Mechanizmus sa zakladá na DRG, avšak v tomto prípade jedna platba pokrýva celú „epizódu zdravotnej starostlivosti“, v ktorej je zahrnuté aj hodnotenie lekárov, prípadne aj pooperačná starostlivosť, kontrola u špecialistu, a pod. Tento mechanizmus je administratívne veľmi náročný, vyžaduje prísnu koordináciu pri zbere dát. Vo Švédsku využívajú tento spôsob pri niektorých zákrokoch (výmena bedrového kĺbu, operácie chrbtice – pred/po operačná starostlivosť) alebo pri chronických ochoreniach (cukrovka). V Holandsku využívajú balíky niektorých chronických ochoreniach (cukrovka, kardiovaskulárne ochorenia), pričom balík spravuje skupina poskytovateľov zodpovedná za pacienta s danou diagnózou.
- 3) **„Population-based payments“** – skupiny poskytovateľov sú ohodnotené v závislosti od veľkosti populácie, ktorú pokrývajú. V USA takto vznikli tzv. ACOs (Accountable care organisations) – zoskupenia poskytovateľov pokrývajúcich určitý región, pričom sa môžu odlišovať v miere vystavenia sa riziku. Niektoré ACOs zdieľajú iba zisk, iné zisk i stratu. Obdobný systém využívajú na regionálnej úrovni, najmä v rurálnych oblastiach aj v Nemecku alebo Španielsku.

Zdroj: OECD (2016)

Box 19: Definícia prevencie ochorení a podpory zdravia

1. Prevencia ochorení

Primárna prevencia zahŕňa

- Očkovanie a preventívne zdravotnícke opatrenia (napr. preventívne prehliadky) detí, dospelých a starších osôb
- Poskytovanie informácií o rizikách týkajúcich sa správania a zdravia ľudí a opatrení na zníženie rizík na úrovni jednotlivca a populácie
- Začlenenie programov prevencie chorôb do primárnej a špecializovanej ZS
- Vzdelávanie v oblasti zubnej hygieny

Sekundárna prevencia zahŕňa

- Programy skríningu populácie zamerané na včasnú detekciu chorôb
- Programov zdravia matiek a detí vrátane skríningu a prevencie vrodených malformácií
- Poskytnutie chemoprolaktických látok (látky podávané za preventívnym účelom) na kontrolu rizikových faktorov (napr. antibiotiká pre pacientov s imunitnými ochoreniami ako prevencia infekčných ochorení)

2. Podpora zdravia

- Politiky a intervencie zamerané na konzumáciu tabaku a alkoholu, fyzickú aktivitu a stravovanie
- Intervencia v oblasti podvýživy, ktorá je definovaná ako stav, ktorý vzniká pri konzumácii potravy, v ktorej niektoré výživné látky chýbajú, sú nadbytočné (príliš vysoký príjem) alebo sú v nesprávnom pomere
- Medzisektorové politiky a zásahy zdravotníckych služieb zamerané na riešenie duševného zdravia a zneužívania návykových látok (kapitola 16)
- Stratégie na podporu sexuálneho a reprodukčného zdravia, a to aj prostredníctvom zdravotnej výchovy a zvýšeného prístupu k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu a službám plánovaného rodičovstva.
- Stratégie boja proti domácejmu násiliu vrátane kampaní na zvýšenie povedomia verejnosti; zaobchádzanie a ochrana obetí; a prepojenie s orgánmi činnými v trestnom konaní a sociálnymi službami.

3. Podporné mechanizmy na podporu zdravia a prevenciu chorôb

- Medzisektorové partnerstvá na podporu zdravia a prevenciu chorôb
- Vzdelávacie a sociálne komunikačné činnosti zamerané na podporu zdravých životných podmienok, životného štýlu, správania a životného prostredia, ale aj napr. bezpečnosti na cestách
- Opatrenie zamerané na socio-ekonomické faktory, najmä vzdelávanie a programy v ranom detstve
- Preorientovanie zdravotníckych služieb na vývoj modelov starostlivosti, ktoré podporujú prevenciu chorôb a podporu zdravia
- Monitorovania a informovanie o rizikových faktoroch v rámci verejného zdravia

Zdroj: WHO, OECD

Box 20: Výdavky na prevenciu v OECD databáze

Krajiny OECD vykazujú údaje o výdavkoch na zdravotníctvo v predpísaných kategóriách podľa metodiky SHA. Výdavky na prevenciu sú rozdelené do šiestich kategórií.

1. Programy informovanosti a vzdelávania
2. Očkovacie programy
3. Programy včasného odhalenia ochorenia, skríniny
4. Monitorovanie zdravotného stavu
5. Epidemiologický výskum
6. Príprava na stav núdze

Slovensko vykazuje verejné výdavky iba v kategórii 1.

Príloha 9. Chýbajúce sestry – porovnanie s OECD krajinami

V OECD databáze sa dáta k počtu slovenských sestier nachádzajú iba v jednej z deviatich kategórií *Professionally active nurses*, teda sestry, ktoré pracujú pri pacientovi, ale aj v administratíve či výskume. Jednoduché porovnanie s priemerom krajín OECD (9,95 sestry na tisíc obyvateľov v roku 2016) v tejto kategórii ukazuje, že na Slovensku v roku 2016 pri počte 5,75 sestier na 1000 obyvateľov chýbalo až 22 864 sestier. Tento počet je nesprávny, vykazovaný počet sestier za Slovensko patrí do užšej kategórie sestier v zdravotnej starostlivosti - *Practising nurses*, kam patria *Professional nurses*, *Practising* (ekvivalent povolania sestra na Slovensku) a *Associate nurses* (ekvivalent zdravotnícky asistent na Slovensku). Do kategórie *Practising nurses* patrilo v roku 2016 33 828 slovenských zdravotníkov, z toho 30 892 sestier a 2 846 zdravotníckych asistentov.

Po jednoduchom porovnaní s priemerom 25 krajín OECD v kategórii *Practising nurses* chýba na Slovensku 18 174 sestier. Tabuľka zhrňa problémy, ktoré môžu skomplikovať porovnanie so Slovenskom v tejto kategórii. ÚHP niektoré čísla upravil podľa originálnych alebo iných národných zdrojov dát, niektoré krajiny ponechal a nakoniec vyčlenil 10 krajín.

Dopyt po sestrách v jednotlivých krajinách môže výrazne ovplyvňovať podiel staršieho obyvateľstva – čím viac starších ľudí, ktorí vyžadujú viac akútnej aj dlhodobej starostlivosti, tým viac sestier krajina potrebuje. Populácia každej krajiny bola rozdelená do šiestich vekových kategórií: 0-1, 1-49, 50-59, 60-69, 70-79 a 80 a viac. Na základe údajov o indexoch rizika nákladov pre jednotlivé vekové skupiny na Slovensku (indexy sa používajú pre prerozdelení mechanizmus zdravotného poistenia¹⁷⁴) boli vyrátané priemery indexov pre zvolených šesť vekových kategórií. Výsledné koeficienty potreby zdravotnej starostlivosti predstavujú podiel priemeru v každej kategórii a priemeru v referenčnej najmenej nákladnej kategórii 1 až 49, ktorá má koeficient 1. Napríklad koeficient najnákladnejšej skupiny 0-1 je 4,85, ZS v tejto kategórii je teda 4,85-krát nákladnejšia ako v kategórii 1-49.

V ďalšom kroku bola populácia každej krajiny rozdelená do daných šiestich vekových kategórií a počet obyvateľov bol v každej z nich vynásobený príslušným koeficientom. Výsledná populácia sa výrazne zvýšila u krajín s vysokým podielom obyvateľstva v kategóriách 0 až 1 a nad 60 rokov. Takto upravený počet

¹⁷⁴ Vyhláška č. 403/2018 Z.z.

slovenských sestier predstavuje 3,82 sestry na 1000 obyv. a priemer porovnávaných krajín 5,39 sestry na 1000 obyv. **Po zohľadnení vekovej štruktúry vychádza nedostatok 13 874 sestier.**

Tabuľka 59: Počty sestier v kategórii Practising nurses krajín OECD, problém s dátami a riešenia

Krajina	Počet v OECD	Možné problémy	Riešenie UHP	Prepočítané podľa UHP
Austrália	11,64	Dáta zahŕňajú okrem sestier aj pôrodné asistentky, niektoré majú duálnu registráciu "sestra a pôrodná asistentka". OECD vykazuje odhadovaný počet.	Číslo boli prerátané bottom-up podľa reportu austrálskej vlády: https://www.aihw.gov.au/reports/workforce/nursing-and-midwifery-workforce-2015/contents/who-are-nurses-and-midwives . Pôrodné asistentky boli vyčlenené podľa pomeru head countu a FTEs. Číslo vychádza približne o čosi nižšie ako je reportované v OECD.	11,26
Rakúsko	7,99	Dáta zahŕňajú iba sestry v nemocniciach.	Vyčleniť z porovnania.	x
Belgicko	11,13	-	-	11,13
Kanada	9,91	-	-	9,91
Česko	8,07	Riziko, že sestry pracujú naraz v dvoch zariadeniach sú zarátané dvakrát.	Počet sestier bol prepočítaný cez FTEs z roku 2013, ktorý by mal odstrániť dvojité vykazovanie. Prirátaní boli aj zdravotnícki asistenti, ktorí tiež dostali nové kompetencie a stali sa z nich praktické sestry. https://www.uzis.cz/rychle-informace/pracovnici-ve-zdravotnictvi-31-12-2013	7,8
Dánsko	16,90	Zahŕňa aj sestry, ktoré sú na materskej alebo PN.	Počet sestier bol znížený o 10 % - odhad počtu sestier na materskej dovolenke (pôrodnosť 5 % žien vo veku 20-49 rokov, nárok na 52 týždňov dovolenky) a inej dlhodobej absencii a pracovnej neschopnosti.	15,21
Estónsko	6,10	-	-	6,1
Fínsko	14,47*	Dáta nedostupné od roku 2015.	-	14,47
Francúzsko	10,19*	Dáta zahŕňajú aj sestry v administratíve, akadémii alebo výskume.	Z počtu boli odčítané sestry podľa priemerného podielu sestier v nemedicínskom zamestnaní ostatných krajín.	9,5
Nemecko	12,85	-	-	12,85
Grécko	3,25	Dáta zahŕňajú iba sestry v nemocniciach.	Vyčleniť z porovnania	x
Maďarsko	6,44	-	-	6,44
Island	14,22	-	-	14,22
Írsko	11,61*	Zahŕňa aj pôrodné asistentky, nemožno ich oddeliť od sestier.	Vyčleniť z porovnania	x

Izrael	4,99	Problém s variabilitou dát medzi rokmi, vychádzajú z prieskumu Labour Force Survey s malou vzorkou sestier, ktorého výsledky sú ďalej extrapolované.	Vyčleniť z porovnania	x
Taliansko	5,57	-	-	5,57
Japonsko	11,34	Dáta zahŕňajú sestry a zdravotníckych asistentov aj v dlhodobej starostlivosti.	Vyčleniť sestry v dlhodobej starostlivosti nie je vhodné. Vo výkaze NCZI až vyše 2000 FTE pracuje v dlhodobej starostlivosti, z toho 674 v ambulantnej. Navyše je v záujme slovenského zdravotníctva počítať aj so sestrami v dlhodobej starostlivosti, resp. zvyšovať ich počet.	11,34
Kórea	6,80	-	-	6,8
Lotyšsko	4,64	-	-	4,64
Litva	7,70	Popis v OECD chýba	-	7,7
Luxembursko	11,72	Dáta môžu zahŕňať pôrodné asistentky aj farmaceutov.	Vyčleniť z porovnania	x
Mexiko	2,89	Riziko, že sestry pracujúce naraz v súkromnom aj verejnom sektore sú zarátané dvakrát.	Vyčleniť z porovnania	x
Holandsko	10,58	-	-	10,58
Nový Zéland	10,28	-	-	10,28
Nórsko	17,49	Dáta zahŕňajú sestry podľa dosiahnutého vzdelania, nie súčasného zamestnania.	Štatistika zo stránky nórskej komory sestier: https://www.nsf.no/statistikk/artikkelliste/539297 uvádza nižšie čísla. Uvedený počet je znížený o podiel sestier pracujúcich mimo zdravotníctva a sociálneho sektora: https://www.nsf.no/Content/4124500/see_file	11,74
Poľsko	5,16	Zahŕňa aj sestry pracujúce v stacionároch dlhodobej starostlivosti.	Vyčleniť sestry v dlhodobej starostlivosti nie je vhodné. Vo výkaze NCZI až vyše 2000 FTE pracuje v dlhodobej starostlivosti, z toho 674 v ambulantnej. Navyše je v záujme slovenského zdravotníctva počítať aj so sestrami v dlhodobej starostlivosti, resp. zvyšovať ich počet.	5,16
Portugalsko	6,47*	Dáta sú dostupné iba pre Professionally active nurses (aj sestry v administratíve, akadémii alebo výskume).	Z počtu boli odčítané sestry podľa priemerného podielu sestier v nemedicínskom zamestnaní ostatných krajín.	6,02
Slovensko	6,23*	-	-	6,23
Slovinsko	9,65	-	-	9,65
Španielsko	5,51	Zahŕňa aj pôrodné asistentky, nemožno ich oddeliť od sestier.	Vyčleniť z porovnania	x

Švédsko	11,07*	Zahŕňa všetky sestry s licenciou, nie len pracujúce.	Vyčleniť z porovnaní	x
Švajčiarsko	17,02	Dáta zahŕňajú iba sestry v nemocniciach a dlhodobej starostlivosti.	Počet sestier ponechaný, keďže aj napriek chýbajúcemu ambulantnému sektoru výrazne prevyšuje priemer .	17,02
Turecko	1,93*	Málo rozvinutá krajina, neporovnávame sa.	Vyčleniť z porovnaní	
Veľká Británia	7,88	-	-	7,88
USA	11,61*	Zahŕňa ja časť pôrodných asistentiek, nezahŕňa SZČO	Vyčleniť z porovnaní	x
Priemer	9,17			9,58
Chýbajúce sestry				18 174

*Dáta z kategórie 1. Professionally active nurses pred úpravou alebo pochádzajúce z predchádzajúceho roka.

Zdroj: OECD, UZIS ČR, Australian Institute of Health and Welfare, NFS (Nórska farmaceutická spoločnosť), výpočty ÚHP

Príloha 10. Návrh programovej štruktúry – programy a podprogramy

Tabuľka 60: Programy a podprogramy návrhu programovej štruktúry pre VZP

Lieky a lekárenská starostlivosť

Úhrady za lieky na recept podľa ATC skupín

Zdravotnícke pomôcky

Zdravotnícke pomôcky - štandardné

Zdravotnícke pomôcky - individuálne

Špeciálny zdravotnícky materiál

Ústavná zdravotná starostlivosť

Lokálne nemocnice

Regionálne nemocnice

Národné nemocnice

Ostatné/špecializované nemocnice

Všeobecná ambulantná starostlivosť

Všeobecné lekárstvo pre dospelých

Všeobecné lekárstvo pre deti

Gynekológia

Zubné lekárstvo

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

ŠAS - Dialyzačná

ŠAS - Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

ŠAS - Chirurgia

ŠAS - Oftalmológia

ŠAS - Vnútorné lekárstvo

ŠAS - Otorinolaryngológia

ŠAS - Ostatné spolu

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

CT vyšetrenie

MR vyšetrenie

Laboratóriá

Ostatné - diagnostika

Pohotovostná služba

Záchranná zdravotná služba

Kúpeľná starostlivosť

Doprava

Vrtuľníková záchranná služba

Dlhodobá zdravotná starostlivosť

Iné úhrady mimo ZS a prev. činnosti ZP

Liečba v cudzine

Iná ZS

Prevádzková činnosť ZP

Zdroj: MZ SR, IJ, ÚHP

Zoznam literatúry

American Cancer Society (ACS) (2018). Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer. Dostupné na: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer.html>.

Amgros. (2019). Dostupné na: amgros.dk.

Barbetta, G. P., Turati, G., & Zago, A. M. (2007). Behavioral differences between public and private not-for-profit hospitals in the Italian national health service. *Health economics*, 16(1), 75-96.

Brazinova, A., Hasto, J., Levav, I., & Pathare, S. (2019). Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-7. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31256291>.

Brogan, C. (2017). Early death and ill health linked to low socioeconomic status. Dostupné na: <https://www.imperial.ac.uk/news/177249/early-death-health-linked-socioeconomic-status/>.

Cameron, D., Ubels, J., Norstroem, F. (2018). On what basis are medical cost-effectiveness thresholds set? Clashing opinions and an absence of data: a systematic review. *Global health action*, 11.1: 1447828.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2019). Pharmacoeconomic Review Report (Resubmission). Nusinersen (Spinraza). Dostupné na: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/pharmacoeconomic/sr0576-spinraza-resubmission-pharmacoeconomic-report.pdf>.

Cashin, C., Sparkes, S., & Bloom, D. (2017). Earmarking for health: from theory to practice (No. WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/17.5). World Health Organization.

Centre for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Now, 2 Out of Every 5 Americans Expected to Develop Type 2 Diabetes During Their Lifetime. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/newsroom/now-2-out-of-every-5-americans-expected-to-develop-type-2-diabetes-during-their-lifetime.pdf>.

Department of Health and Children, IRL. (2002). Dostupné na <https://www.drugsandalcohol.ie/5349/1/1500-1388.pdf>.

Devaux, M. and F. Sassi (2015), "The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases", OECD Health Working Papers, No. 86, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5jrqn5fvp0v-en>.

European Commission (EK) (2017). A European One Health Action Plan Against Antimicrobial Resistance (AMR).

European Commission (EK) (2017). The 2018 Ageing Report. https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en.

European Commission (EK) (2018) Challenges in long-term care in Europe. ESPN. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId>.

European Medicines Agency. Súhrn charakteristických vlastností lieku. Spinraza 12 mg. Dostupné na: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spinraza-epar-product-information_sk.pdf.

Eurostat (2019). Preventable and treatable mortality statistics. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Preventable_and_treatable_mortality_statistics.

Finstat. (2019). Databáza finančných údajov - hospodárske výsledky slovenských firiem. Dostupné na: <https://finstat.sk/databaza-financnych-udajov?sort=profit-desc>.

Folentová, V., (2019). Šéfuje kontrole liekov: Na túto prácu treba odvalu. Inšpektorke sa vyhrážali, pýtali sa jej, či si je istá, že má v poriadku auto. Dostupné na: <https://dennikn.sk/1538353/sefuje-kontrola-liekov-na-tuto-pracu-treba-odvalu-inspektorke-sa-vyhrazali-pytali-sa-jej-ci-si-je-ista-ze-ma-v-poriadku-auto/>.

Gardner, J. (2019). Cost-effectiveness agency clears Biogen's Spinraza for UK patients. Dostupné na: <https://www.biopharmadive.com/news/cost-effectiveness-agency-clears-biogens-spinraza-for-uk-patients/554863/>

- Global Burden of Disease Collaborative Network (GBDCN) (2018). Global Burden of Disease Study Results. IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), Seattle. Dostupné na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Gmeinder, M., Morgan, D., & Mueller, M. (2017). How much do OECD countries spend on prevention?. OECD Health Working Papers, No. 101, OECD Publishing, Paris, Dostupné na: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/how-much-do-oecd-countries-spend-on-prevention_f19e803c-en.
- Goliáš, P. (2018). Analýza stavu a možností širšieho využívania biosimilárnej liečby na Slovensku. Dostupné na: http://www.ineko.sk/file_download/1291/Anal%C3%BDzy+stavu+a+mo%C5%BEnost%C3%AD+%C5%A1ir%C5%A1ieh+o+v%C5%BE%C3%ADvania+biosimil%C3%A1rnej+l%C4%8Dby+na+Slovensku.pdf.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Hašto, J., Breier, P., Černák, P. (1999). *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Heckman, J. (2008). Return on Investment: Cost vs. Benefits. Dostupné na: https://childandfamilypolicy.duke.edu/pdfs/10yanniversary_Heckmanhandout.pdf.
- Hewlett, E., Moran, V. (2014). Making Mental Health Count. FOCUS ON HEALTH. OECD.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. WHO (2005).
- Implementačná jednotka (IJ) (2018). Priebežná implementačná správa 2018. Dostupné na: https://www.vlada.gov.sk/data/files/7386_priebezna-implementacna-sprava-2018.pdf.
- Inštitút Zdravotnej Politiky (IZP). (2019): Alternatívy riešenia garancie zmluvných objemov pri obstarávaní biosimilárnych a generických liekov. Interný dokument.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kringos, D., W. Boerma, Y. Bourgueil, T. Cartier, T. Dedeu, T. Hasvold, A. Hutchinson, M. Lember, M. Oleszczyk, D. Rotar Pavlic, I. Svab, P. Tedeschi, S. Wilm, A. Wilson, A. Windak, J. van der Zee, and P. Groenewegen. 2013b. "The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study." *The British Journal of General Practice* 63 (616): e742–e750.
- Kruse, F. M., Stadhouders, N. W., Adang, E. M., Groenewoud, S., & Jeurissen, P. P. (2018). Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International journal of health planning and management*, 33(2), e434-e453.
- Koezponti Statisztikai Hivatal (KSH). <https://www.ksh.hu/?lang=en>.
- Matthauer & Wittenbecher (2013) Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/12-115931/en/>.
- McDaid, D., Park, A. L., Knapp, M., Wilson, E., Rosen, B., & Beecham, J. (2017). Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. Public Health England. Dostupné na https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/640714/Commissioning_g_effective_mental_health_prevention_report.pdf.
- MF SR (2017). Metodika zostavovania scenára nezmenených politík. Dostupné na <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=9301>.
- Mölstad, S., et al. (2017). Lessons learnt during 20 years of the Swedish strategic programme against antibiotic resistance. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 764.

National institute for health and care excellence (2018). Appraisal consultation document Nusinersen for treating spinal muscular atrophy. Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta588/documents/appraisal-consultation-document>.

NCZI. <http://www.nczisk.sk/Pages/default.aspx>.

NHS (2018). Where to give birth: the options. Dostupné na: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/where-can-i-give-birth/>.

NICE (2019a). <https://www.nice.org.uk/>.

NICE (2019b). <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions>.

OECD & Eurostat (2019). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (2019 version). Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

OECD (2007). Performance Budgeting in OECD Countries. OECD Publishing. Paris. Dostupné na https://www.bmf.gv.at/budget/haushaltsrechtsreform/OECD_Studie_Performance_Budgeting.pdf?67ruiz.

OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD. Dostupné na: <https://www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>.

OECD (2017a). OECD work on health. Dostupné na <http://www.oecd.org/health/Health-Brochure.pdf>.

OECD (2017b). Performance budgeting. Government at a Glance 2017, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-40-en.

OECD (2017c). OECD Economic Surveys. Slovak Republic. Dostupné na https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-slovak-republic-2017_eco_surveys-svk-2017-en#page140.

OECD (2017d), Health at a Glance.

OECD (2018) Health at a Glance: Europe 2018.

OECD. Databáza. <https://stats.oecd.org/>.

Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., & Medina-Mora, M. E. (2016). Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, (Volume 4). The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Pharmac. (2019). Dostupné na <https://www.pharmac.govt.nz/>.

Review on Antimicrobial Resistance. (2016). Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. Dostupné na: <https://amr-review.org/>.

Roberts, G., & Grimes, K. (2011). Return on Investment—Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. Canadian Policy Network at the University of Western Ontario. Return on Investment.

Sandall J., Tribe, R.M., Avery L., Mola, G., Viesser, G. HA., Homer, C. SE. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. The Lancet. Dostupné na: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31930-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31930-5/fulltext).

Schäfer, W. L. A., W. G. W. Boerma, F. G. Schellevis, and P. P. Groenewegen. 2017. "GP Practices as a One-Stop Shop: How Do Patients Perceive the Quality of Care? A Cross-Sectional Study in Thirty-Four Countries." Health Services Research (December). doi: 10.1111/1475-6773.12754.

Statistics Poland. <https://stat.gov.pl/en/topics/health/>.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. (2017). Postup pro posuzování analýzy nákladové efektivity. Dostupné na: <http://www.sukl.cz/leciva/sp-cau-028>.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupné na: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0222208&tab=info>.

Tesar, T., Obsitnik, B., Kaló, Z., & Kritensen, F. B. (2019). How Changes in Reimbursement Practices Influence the Financial Sustainability of Medicine Policy: Lessons Learned from Slovakia. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 664.

Tynkkynen, L. K., & Vrangbæk, K. (2018). Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC health services research*, 18(1), 141.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, Implementačná jednotka, Útvar hodnoty za peniaze (2019). Implementačný plán VŠZP. Revízia výdavkov – hodnota za peniaze a zvýšenie efektivity procesov. Interný dokument.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (2019). Zdravotní výkony. Číselník 1218. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>.

WB (2018a). Competencies of general practitioners in the Slovak Republic: Scope for change.

WB (2018b). Expanding GP competencies in the Slovak Republic: policy routes and recommendations. Dostupné na http://www.zvld.sk/wp-content/uploads/2017/11/Slovakia_GP_service_profile_FOR_EDITORS.pdf.

WHO (2007). Management Sciences for Health and World Health Organization. 2007. Drug and Therapeutics Committee Training Course. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

WHO (2013). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn . Dostupné na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1.

WHO (2015). Promoting Health, Preventing Disease the Economic Case: The Economic Case. OECD Publishing.

WHO (2015a). Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2.

WHO (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Dostupné na: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.

WHO (2018a). WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Dostupné na: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/>.

WHO (2018b). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Dostupné na: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

WHO (2018c). Use of ATC/DDD. Dostupné na: https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/.

WHO (2019). Can people afford to pay for health care? Dostupné na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Winkler P., Španiel F., Csémy, L., Janoušková, M., Krejníková, L. (2013). Reforma systému psychiatrické péče: Psychiatrické centrum Praha.

Zoznam skratiek

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti	IZP	Inštitút zdravotnej politiky
AOPP	Asociácia na ochranu práv pacientov	JZS	Jednodňová zdravotná starostlivosť
APA	Americká psychiatrická asociácia	MEA	Dohoda o riadenom vstupe lieku
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém liekov	MF SR	Ministerstvo financií SR
AZS	Ambulantná zdravotná starostlivosť	MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
BCG	Boston Consulting Group	MM	Minimálna mzda
BSK	Banskobystrický samosprávny kraj	MPK	Medzirezortné pripomienkové konanie
CADTH	Kanadská agentúra pre lieky a zdravotnícke technológie	MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR
CMI	Case-mix index	MR	Magnetická rezonancia
CN	Centrálny nákup	MRK	Marginalizovaná rómska komunita
COFOG	Klasifikácia výdavkov verejnej správy podľa funkcie	MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR
CPI	Index spotrebiteľských cien	N	Návrh
CR	Cisársky rez	NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
CT	Vyšetrenie počítačovou tomografiou	NHS	National Health Service (v UK)
CTG	Kardiotokografia	NICE	Národný ústav pre klinickú excelenciu (v UK)
DALY	Záťaž chorobou vrátane predčasného úmrtia	NPC	Scenár nezmenených politík
DCG	Diagnostické nákladové skupiny	NR SR	Národná rada SR
DDD	Denná definovaná dávka	NsP	Nemocnica s poliklinikou
DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti	NÚSCH	Národný ústav srdcových a cievnych chorôb
DPH	Daň z pridanej hodnoty	OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
DRG	Diagnosis-Related Groups - platba za diagnózu	OOP	Priame platby domácnosti za zdravotnú starostlivosť
DS	Dlhodobá starostlivosť	OS	Očakávaná skutočnosť
EBITDA	Zisk pred zdanením, úrokmi a odpismi	P4P	Platba za výkonnosť
EK	Európska komisia	PC	Scenár zmeny politík
EKG	Elektrokardiografia	PCG	Index založený na užívaní liekov
EMA	Európska lieková agentúra	PNNL	Potenciálne nákladovo neefektívne lieky
ESA	Európsky systém národných a regionálnych účtov	PP	Prvá pomoc
EÚ	Európska Únia	PXE	Power Exchange Central Europe
EÚ-15	Krajiny, ktoré vstúpili do EÚ pred rokom 2004	QALY	Rok života štandardizovanej kvality
EÚ-28	Krajiny Európskej Únie	RTG	Vyšetrenie röntgenom
FaF UK	Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského	S	Skutočnosť
FFS	Platba za výkon	SHA	System of health accounts - metodika pre porovnávanie výdavkov
FN	Fakultná nemocnica	SKP	Slovenská komora psychológov
FN PO	Fakultná nemocnica Poprad	SLS	Slovenská lekárska spoločnosť
GBDCN	Global Burden of Disease Collaborative Network	SPS	Slovenská psychoterapeutická spoločnosť
HDP	Hrubý domáci produkt	SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
HTA	Hodnotenie zdravotníckych technológií	ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
IJ	Implementačná jednotka	ŠDL	Štandardná dávka liečiva
IFP	Inštitút finančnej politiky	ŠDTP	Štandardný diagnostický terapeutický postup

ŠÚKL	Štátny ústav na kontrolu liečiv	VAS	Všeobecná ambulantná starostlivosť
ŠÚ SR	Štatistický úrad SR	VLD	Všeobecný lekár pre dospelých
ŠZM	Špeciálny zdravotnícky materiál	VRNI	Viacročný nákladový index
ŤZP	Ťažko zdravotne postihnutý	VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	VÚSCH	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb
ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze	VZP	Verejné zdravotné poistenie
UN	Univerzitná nemocnica	WB	Svetová banka
ÚV SR	Úrad vlády SR	WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
UZIS ČR	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR	ZKL	Zoznam kategorizovaných liekov
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť	ZP	Zdravotná poisťovňa
V3	Krajiny Vyšehradskej štvorky bez SR	ZS	Zdravotná starostlivosť
V4	Krajiny Vyšehradskej štvorky	ZSS	Zariadenia sociálnych služieb