

Príloha č. 8

Revízia výdavkov na zdravotníctvo II

Záverečná správa

Október 2019



Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu

Obsah

[Zoznam tabuliek a grafov 5](#_Toc21522499)

[Úvod a zhrnutie 9](#_Toc21522500)

[1 Výsledky a ciele 12](#_Toc21522501)

[2 Výdavky 14](#_Toc21522502)

[2.1 Výdavky podľa oblastí zdravotnej starostlivosti 16](#_Toc21522503)

[2.2 Priame platby pacientov za zdravotnú starostlivosť 16](#_Toc21522504)

[3 Rozpočet 19](#_Toc21522505)

[3.1 Výdavky bez zmien politík 21](#_Toc21522506)

[3.2 Výdavky so zmenami politík 22](#_Toc21522507)

[3.3 Úsporné opatrenia 25](#_Toc21522508)

[3.4 Výdavky mimo VZP 29](#_Toc21522509)

[3.5 Nevyčíslené opatrenia a štrukturálne opatrenia 30](#_Toc21522510)

[3.6 Lepšie rozpočtovanie 32](#_Toc21522511)

[3.7 Rozpočet a skutočné výdavky 2019 35](#_Toc21522512)

[4 Ústavná zdravotná starostlivosť 38](#_Toc21522513)

[4.1 Výdavky na ÚZS 38](#_Toc21522514)

[4.2 Kvalita, dostupnosť a efektívnosť UZS 39](#_Toc21522515)

[4.3 Reforma UZS - stratifikácia siete nemocníc 39](#_Toc21522516)

[4.4 Hospodárenie najväčších nemocníc 43](#_Toc21522517)

[4.5 Systém úhrad za DRG 45](#_Toc21522518)

[4.6 Optimalizácia vybraných prevádzkových (nemedicínskych) nákladov 47](#_Toc21522519)

[4.7 Platby od zdravotných poisťovní 49](#_Toc21522520)

[5 Ambulantná zdravotná starostlivosť 51](#_Toc21522521)

[5.1 Výdavky na AZS 51](#_Toc21522522)

[5.2 Efektívnosť a kvalita AZS 51](#_Toc21522523)

[5.3 Efektívne nastavenie primárnej starostlivosti 55](#_Toc21522524)

[5.4 Jednodňová zdravotná starostlivosť 58](#_Toc21522525)

[Dofinancovanie ústavnej a ambulantnej starostlivosti 60](#_Toc21522526)

[6 Lieková politika 61](#_Toc21522527)

[6.1 Celková spotreba liekov 62](#_Toc21522528)

[6.2 Ceny a úhrady liekov 64](#_Toc21522529)

[6.3 Nákladová efektivita liekov 70](#_Toc21522530)

[6.4 Zbytočné doplatky pacientov 74](#_Toc21522531)

[7 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky 75](#_Toc21522532)

[7.1 Laboratórne vyšetrenia 75](#_Toc21522533)

[7.2 CT a MR vyšetrenia 76](#_Toc21522534)

[8 Zdravotnícke pomôcky 79](#_Toc21522535)

[9 Špeciálny zdravotnícky materiál 81](#_Toc21522536)

[10 Čakanie na zdravotnú starostlivosť 82](#_Toc21522537)

[11 Personál 84](#_Toc21522538)

[11.1 Odmeňovanie personálu 84](#_Toc21522539)

[11.2 Počet personálu 85](#_Toc21522540)

[11.3 Zvýšenie atraktivity všeobecného lekárstva a povolania sestry 88](#_Toc21522541)

[11.4 Kompetencie, mix personálu 89](#_Toc21522542)

[11.5 Platobné mechanizmy 90](#_Toc21522543)

[12 Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy 92](#_Toc21522544)

[12.1 Prípadová štúdia - Postupy pri starostlivosti o matku a dieťa 92](#_Toc21522545)

[12.2 Nevhodné postupy pred pôrodom 94](#_Toc21522546)

[12.3 Počas pôrodu 95](#_Toc21522547)

[12.4 Po pôrode 96](#_Toc21522548)

[13 Zdravotnícke systémy 98](#_Toc21522549)

[13.1 Zdroje v zdravotníctve 99](#_Toc21522550)

[13.2 Spravovanie zdrojov 100](#_Toc21522551)

[13.3 Regulácia zdravotného systému 104](#_Toc21522552)

[13.4 Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti 105](#_Toc21522553)

[14 Dlhodobá starostlivosť 106](#_Toc21522554)

[14.1 Výdavky na dlhodobú starostlivosť 106](#_Toc21522555)

[14.2 Organizácia dlhodobej starostlivosti 108](#_Toc21522556)

[15 Prevencia ochorení a podpora zdravia 112](#_Toc21522557)

[15.1 Výsledky v oblasti prevencie a podpory zdravia 112](#_Toc21522558)

[15.2 Výdavky na prevenciu a podporu zdravia 113](#_Toc21522559)

[15.3 Efektívne a nákladovo-efektívne programy prevencie a podpory zdravia 114](#_Toc21522560)

[16 Duševné zdravie 120](#_Toc21522561)

[16.1 Záťaž duševnými poruchami na zdravie 120](#_Toc21522562)

[16.2 Záťaž na financie 121](#_Toc21522563)

[16.3 Zvýšenie dostupnosti a efektívnosti starostlivosti o duševné zdravie 122](#_Toc21522564)

[Prílohy 127](#_Toc21522565)

# Zoznam tabuliek a grafov

**Zoznam tabuliek**

[Tabuľka 1: Výskyt ochorení v populácii a úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (2017) 13](#_Toc21522566)

[Tabuľka 2: Rozpočet v programovej štruktúre (v mil. eur) 20](#_Toc21522567)

[Tabuľka 3: Rozpočet 2020 a zmeny výdavkov 21](#_Toc21522568)

[Tabuľka 4: Zmeny výdavkov voči roku 2019 - VZP - bez zmien politík (v mil. eur) 21](#_Toc21522569)

[Tabuľka 5: Opatrenia - zmeny VZP voči roku 2019 (v mil. eur) 22](#_Toc21522570)

[Tabuľka 6: Opatrenia – úspory VZP voči roku 2019 25](#_Toc21522571)

[Tabuľka 7: Opatrenia - zmeny výdavkov voči roku 2019 mimo VZP – nemocnice (mil. eur) 29](#_Toc21522572)

[Tabuľka 8: Výdavky VZP v programovej štruktúre (v mil. eur) 34](#_Toc21522573)

[Tabuľka 9: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť 34](#_Toc21522574)

[Tabuľka 10: Celkové výdavky VZP (v mi. eur) 36](#_Toc21522575)

[Tabuľka 11: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politík (v mil. eur) 36](#_Toc21522576)

[Tabuľka 12: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politík Hodnota za peniaze (v mil. eur) 36](#_Toc21522577)

[Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze (v mil. eur) 36](#_Toc21522578)

[Tabuľka 14: Nové výdavkové položky a úspory nezahrnuté v rozpočte VZP (v mil. eur) 37](#_Toc21522579)

[Tabuľka 15: Záväzky 13 najväčších nemocníc 43](#_Toc21522580)

[Tabuľka 16: Výnosy a náklady 13 najväčších nemocníc 44](#_Toc21522581)

[Tabuľka 17: Porovnanie všeobecných nemocníc podľa náročnosti prípadov 46](#_Toc21522582)

[Tabuľka 18: Zabezpečenie vybraných prevádzkových služieb v UN a FN (2018) 49](#_Toc21522583)

[Tabuľka 19: Rozdiely medzi zdravotnými poisťovňami v platbách nemocniciam\* na DRG 50](#_Toc21522584)

[Tabuľka 20: Počet návštev lekárov (2016) a výskyt ochorení (2017) 52](#_Toc21522585)

[Tabuľka 21: Úspora zo zníženia počtu návštev u špecialistov 54](#_Toc21522586)

[Tabuľka 22: Náklady a počet návštev vo vybraných ŠAS, 2017 54](#_Toc21522587)

[Tabuľka 23: Úspora zo zníženia počtu odvrátiteľných hospitalizácií na úroveň V3, 2015 54](#_Toc21522588)

[Tabuľka 24: Porovnanie kompetencií všeobecných lekárov 56](#_Toc21522589)

[Tabuľka 25: Príklad lieku, ktorý je na Slovensku v nevýhodnej veľkosti balenia, ktorá v zahraničí nie je. 65](#_Toc21522590)

[Tabuľka 26: Povinné zníženie ceny pri vstupe nového lieku do kategorizácie, platné od januára 2019 67](#_Toc21522591)

[Tabuľka 27: Limity pre výpočet nákladovej efektivity liekov (2018) 70](#_Toc21522592)

[Tabuľka 28: Doplatky, ktorým sa pacienti mohli vyhnúť podľa typov skupín (v mil. eur, 2018) 74](#_Toc21522593)

[Tabuľka 29: Príklad variability doby čakania na operáciu kolena podľa zariadení s najväčším počtom výkonov 82](#_Toc21522594)

[Tabuľka 30: Priemerná dĺžka čakania na plánovanú operáciu podľa zdravotných poisťovni (v dňoch; 2018) 83](#_Toc21522595)

[Tabuľka 31: Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu zdravotníckemu personálu\*\*\* vo verejnej UZS/AZS po kvartáloch 84](#_Toc21522596)

[Tabuľka 32: Úspora z odstránenie nadbytočných vyšetrení v tehotenstve, 2017 95](#_Toc21522597)

[Tabuľka 33:. Úspora pri znížení počtu cisárskych rezov (CR) na úroveň odporúčanú WHO (10 %), 2017 96](#_Toc21522598)

[Tabuľka 34: Úsporné opatrenia 104](#_Toc21522599)

[Tabuľka 35: Porovnanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť po zohľadnení vekovej štruktúry 106](#_Toc21522600)

[Tabuľka 36: Programy podpory zdravia a prevencie podľa vekových skupín 123](#_Toc21522601)

[Tabuľka 37: Vývoj priamych platieb v SR per capita (eur) 128](#_Toc21522602)

[Tabuľka 38: TOP 3 oblasti ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu OOP (2017) 128](#_Toc21522603)

[Tabuľka 39: Výkony, ktoré by mohli prejsť do kompetencie všeobecných lekárov 131](#_Toc21522604)

[Tabuľka 40: Porovnanie základných balíkov, vybrané krajiny 138](#_Toc21522605)

[Tabuľka 41: Typ dobrovoľného zdravotného poistenia 138](#_Toc21522606)

[Tabuľka 42: Nedokonale kompenzovaní pacienti 142](#_Toc21522607)

[Tabuľka 43: Kompenzácia poisťovní (rok) 142](#_Toc21522608)

[Tabuľka 44: Kalkulácia úspor v obstarávaní elektrickej energie 144](#_Toc21522609)

[Tabuľka 45: Kalkulácia úspor v obstarávaní zemného plynu 144](#_Toc21522610)

[Tabuľka 46: Kalkulácia úspor v upratovacích službách 145](#_Toc21522611)

[Tabuľka 47: Kalkulácia úspor v pracích službách 146](#_Toc21522612)

[Tabuľka 48: Kalkulácia úspor v stravovacích službách 146](#_Toc21522613)

[Tabuľka 49: Kalkulácia úspor v strážnych službách zabezpečených pracovníkmi 147](#_Toc21522614)

[Tabuľka 50: Kalkulácia úspor v právnych službách 147](#_Toc21522615)

[Tabuľka 51: Úhradová skupina U106 od 1.7.2019 do 30.9.2019 s negatívnym dopadom na VZP, bez pridanej hodnoty. 148](#_Toc21522616)

[Tabuľka 52: Plánovaná zmena v úhradovej skupine U106 od 1.10.2019 148](#_Toc21522617)

[Tabuľka 53: Výhody a nevýhody tradičných platobných mechanizmov 151](#_Toc21522618)

Zoznam grafov

[Graf 1: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100-tisíc obyv.) 12](#_Toc21522619)

[Graf 2: Očakávaná dĺžka života pri narodení v rokoch 12](#_Toc21522620)

[Graf 3: Novorodenecká úmrtnosť (počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených) 13](#_Toc21522621)

[Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou 13](#_Toc21522622)

[Graf 5: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, % HDP 14](#_Toc21522623)

[Graf 6: Vzťah medzi bohatstvom krajiny a jej výdavkami na zdravotníctvo, 2018 14](#_Toc21522624)

[Graf 7: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, na obyv. v parite kúpnej sily, USD 14](#_Toc21522625)

[Graf 8: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2016 14](#_Toc21522626)

[Graf 9: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP) 15](#_Toc21522627)

[Graf 10: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva 15](#_Toc21522628)

[Graf 11: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP na obyvateľa (2017) 16](#_Toc21522629)

[Graf 12: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (2017) 16](#_Toc21522630)

[Graf 13: Podiel domácností čeliacich katastrofickým priamym platbám 17](#_Toc21522631)

[Graf 14: Podiel domácností čeliacich ochudobňujúcim priamym platbám 17](#_Toc21522632)

[Graf 15: Zložky OOP podľa typu zdravotnej starostlivosti (2015) 18](#_Toc21522633)

[Graf 16: Plat špecializovanej sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017 19](#_Toc21522634)

[Graf 17: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017 19](#_Toc21522635)

[Graf 18: Výdavky na ÚZS, % HDP 38](#_Toc21522636)

[Graf 19: Výdavky na ÚZS, % výdavkov na zdravotníctvo 38](#_Toc21522637)

[Graf 20: Výdavky na 1 deň na lôžku, bežné ceny PPP, 2017 39](#_Toc21522638)

[Graf 21: Počet dní na lôžku na 1 obyv., 2017 39](#_Toc21522639)

[Graf 22: Rozsah a medián objemu resekcie rakoviny pažeráka podľa poskytovateľa, 2014-2016 42](#_Toc21522640)

[Graf 23: EBITDA fakultných a univerzitných nemocníc, 2018 44](#_Toc21522641)

[Graf 24: Výnosy zo zdravotných poisťovní a náklady FaUN 45](#_Toc21522642)

[Graf 25: Podiel nákladov na vybraných prevádzkových nákladoch\* na výnosoch od zdravotných poisťovní, 2018 45](#_Toc21522643)

[Graf 26: Výdavky na AZS, % HDP, 2017 51](#_Toc21522644)

[Graf 27: Výdavky a AZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017 51](#_Toc21522645)

[Graf 28: Počet návštev lekárov v ambulanciách na obyv., 2016 52](#_Toc21522646)

[Graf 29: Počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách na 1 obyv., 2017\* 53](#_Toc21522647)

[Graf 30: Absolútny počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách v miliónoch, 2017\* 53](#_Toc21522648)

[Graf 31: Schopnosť primárnej starostlivosti pokryť širokú škálu starostlivosti v Európe 55](#_Toc21522649)

[Graf 32: Podiel vyšetrení bez odporučenia k špecialistovi, 2017\* 55](#_Toc21522650)

[Graf 33: Podiel populácie žijúcej v obci vzdialenej 10 a viac km od najbližšej lekárskej ambulancie (%) 56](#_Toc21522651)

[Graf 34: Výdavky na JZS, % HDP, 2017 58](#_Toc21522652)

[Graf 35: Výdavky a JZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017 58](#_Toc21522653)

[Graf 36: Podiel vybraných zákrokov vykonaných v jednodňovej starostlivosti, 2017 59](#_Toc21522654)

[Graf 37: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach (2017) 61](#_Toc21522655)

[Graf 38: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach na osobu, bežné ceny (v eur., 2017)51 61](#_Toc21522656)

[Graf 39: Prehľad slovenskej spotreby liekov a EÚ krajín s porovnateľným vykazovaním (podľa ATC skupín, v denných definovaných dávkach – DDD, 2017) 62](#_Toc21522657)

[Graf 40: Celková spotreba liekov (skupiny z grafu 3, 2017, DDD na 1 000 obyvateľov na deň) 63](#_Toc21522658)

[Graf 41: Spotreba antibiotík v roku 2017 (v DDD na 1 000 obyvateľov / deň; ATC skupina J01) 63](#_Toc21522659)

[Graf 42: Podiel generík na celkovej spotrebe liekov uhrádzaných z VZP (%, 2017) 67](#_Toc21522660)

[Graf 43: Ročné úhrady z VZP za lieky na výnimky (v mil. eur) 73](#_Toc21522661)

[Graf 44: Úhrady ZP (v eur) za lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poistencov (za prvý polrok) 73](#_Toc21522662)

[Graf 45: Rozloženie doplatkov za recept podľa veku (v mil. eur; 2018) 74](#_Toc21522663)

[Graf 46: Priemerné doplatky za lieky na recept podľa veku (v eur; 2018)95 74](#_Toc21522664)

[Graf 47: Podiel SVLZ výdavkov (verejné aj súkromné) k  výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017) 75](#_Toc21522665)

[Graf 48: Počet vyšetrení zobrazovacími prístrojmi (na 1 000 obyv.,2017) 76](#_Toc21522666)

[Graf 49: Porovnanie štandardnej rentability tržieb so súkromnými poskytovateľmi MR vyšetrení (zisk / tržby, %, , firmy s veľkosťou tržieb 2 – 30 mil. eur. v roku 2018) 77](#_Toc21522667)

[Graf 50: Porovnanie cien MR vyšetrení hlavy 77](#_Toc21522668)

[Graf 51: Porovnanie cien CT vyšetrení hlavy102 77](#_Toc21522669)

[Graf 52: Podiel výdavkov na zdravotnícke pomôcky k celkovým výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017) 79](#_Toc21522670)

[Graf 53: výdavky na zdravotnícke pomôcky (na obyvateľa, v eurách, 2017)104 79](#_Toc21522671)

[Graf 54: Priemerná čakacia doba na výmenu kĺbu (v dňoch, 2017) 82](#_Toc21522672)

[Graf 55: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017 84](#_Toc21522673)

[Graf 56: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017 84](#_Toc21522674)

[Graf 57: Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017 86](#_Toc21522675)

[Graf 58: Počet lekárov podľa špecializácií 86](#_Toc21522676)

[Graf 59 : Veková štruktúra lekárov podľa odborností 86](#_Toc21522677)

[Graf 60: Počet všeobecných lekárov na 100-tisíc obyv., 2017 87](#_Toc21522678)

[Graf 61: Počet chýbajúcich sestier podľa štatistického zisťovania a prognózy MZ 87](#_Toc21522679)

[Graf 62: Počet zdravotných sestier upravených o vekovú štruktúru obyv. (na 1 000 obyv.), 2017 87](#_Toc21522680)

[Graf 63: Dojčenská úmrtnosť – benchmark (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016 93](#_Toc21522681)

[Graf 64: Dojčenská úmrtnosť – skladba podľa skupín obyv. (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016 93](#_Toc21522682)

[Graf 65: Priemerná dĺžka pobytu v nemocnici podľa typu pôrodu, v dňoch, 2017 93](#_Toc21522683)

[Graf 66 :Vzťah ALOS pri spontánnom pôrode a celkovej dojčenskej úmrtnosti; 2017 93](#_Toc21522684)

[Graf 67: Podiel cisárskych rezov na 1000 pôrodov 96](#_Toc21522685)

[Graf 68: Odvrátiteľná úmrtnosť a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP 98](#_Toc21522686)

[Graf 69: Očakávaná dĺžka života pri narodení a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP 98](#_Toc21522687)

[Graf 70: Vývoj hospodárenia VšZP 102](#_Toc21522688)

[Graf 71: Prírastok/úbytok počtu poistencov 103](#_Toc21522689)

[Graf 72: Zmena priemerných výdavkov na ZS na 1 poistenca, upravené o poistný kmeň 103](#_Toc21522690)

[Graf 73: Výdavky na dlhodobú starostlivosť, % HDP, 2016 106](#_Toc21522691)

[Graf 74: Podiel obyv. vo veku 65+, 2016 106](#_Toc21522692)

[Graf 75: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, % HDP 107](#_Toc21522693)

[Graf 76: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, v mil. eur 107](#_Toc21522694)

[Graf 77: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+ 109](#_Toc21522695)

[Graf 78: Úmrtnosť, ktorej sa dá predísť lepšou prevenciou (*Preventable mortality*), na 100-tisíc obyv., 2016 112](#_Toc21522696)

[Graf 79: Záťaž chorobou vrátane predčasného úmrtia (DALY) na Slovensku ,% z celku, 2017 112](#_Toc21522697)

[Graf 80: Výdavky na prevenciu, % HDP, 2017 113](#_Toc21522698)

[Graf 81: Výdavky na prevenciu, % z celkových výdavkov na zdravotníctvo, 2017 113](#_Toc21522699)

[Graf 82: Zaočkovanosť na osýpky 115](#_Toc21522700)

[Graf 83: Zaočkovanosť na chrípku, % obyv. nad 65 rokov, 2017 115](#_Toc21522701)

[Graf 84: Podiel žien, ktoré absolvovali skríning na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79, 2017\* 115](#_Toc21522702)

[Graf 85: Úmrtnosť na rakovinu prsníka, na 100-tisíc žien, 2015 115](#_Toc21522703)

[Graf 86: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (kŕčok maternice), vo veku nad 19 rokov 116](#_Toc21522704)

[Graf 87: Fajčenie\* u 15-16 ročných, 2015 117](#_Toc21522705)

[Graf 88: Každodenné fajčenie u dospelých, 2016 117](#_Toc21522706)

[Graf 89: Nárazové ťažké pitie alkoholu\* u 15-16-ročných, 2015 117](#_Toc21522707)

[Graf 90: Konzumácia alkoholu u dospelých, litre, 2016 117](#_Toc21522708)

[Graf 91: Obezita u 7-8 –ročných, 2017 118](#_Toc21522709)

[Graf 92: Obezita u dospelých, 2014 118](#_Toc21522710)

[Graf 93: Úmrtnosť kvôli vystaveniu sa vplyvu vonkajších PM2.5 a ozónu, 2016 119](#_Toc21522711)

[Graf 94: Rozdiel v obezite podľa vzdelania, 2014 119](#_Toc21522712)

[Graf 95: Výskyt ochorení v populácii, 2017\* 120](#_Toc21522713)

[Graf 96: Záťaž duševnými chorobami počas života, % zo záťaže počas života všetkých chorôb, SK, 2017 121](#_Toc21522714)

[Graf 97: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou 121](#_Toc21522715)

[Graf 98: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, mil. eur 122](#_Toc21522716)

[Graf 99: Výdavky na zdravotnú starostlivosť zameranú na duševné poruchy a celková záťaž duševnými chorobami DALY\* 122](#_Toc21522717)

[Graf 100: Spotreba liekov na úzkosť, DDD\* na tisíc obyv. 125](#_Toc21522718)

[Graf 101: Spotreba antidepresív, DDD\* na tisíc obyv. 125](#_Toc21522719)

[Graf 102: Zvýšenie výkonu modelu pridaním ďalších parametrov 143](#_Toc21522720)

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odvrátiteľná úmrtnosť (na 100 000 obyvateľov)** |  | **Porovnanie rastu výdavkov na zdravotníctvo a HDP** |
|  |  |  |
| *Zdroj: Eurostat* |  | *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 arbitrárneho 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 mentálneho 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 s 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 nadspotreby 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. Najvážnejším 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 pôrodníctvo**. Na Slovensku je úmrtnosť novorodencov vyššia ako napríklad vo Veľkej Británii, napriek tomu, že tam ženy absolvujú menej predpôrodných vyšetrení, väčšinu výkonov a konzultácii 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.

# 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 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]](#footnote-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 EU sú ischemické choroby srdca, cievne mozgové ochorenia a niektoré formy rakoviny.

**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]](#footnote-2) je viac ako dvojnásobok priemeru krajín EU-15 (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 EU-15, znamenalo by to o približne 5 000 odvrátiteľných úmrtí ročne menej.

**Doplnkovým 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.) |  | **Graf 2: Očakávaná dĺžka života pri narodení v rokoch** |
|  |  |  |
| *Zdroj: Eurostat* |  | *Zdroj: OECD* |

**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 Evaluation[[3]](#footnote-3) 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.** | **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% |
| EU-15 | 76 | 12% | 13% | 4% | 19% | 51% | 27% |
| *Zdroj: IHME, Global burden of disease, 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) | |  | **Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou**  **(na 100-tisíc obyv.)** |
|  | |  |  |
| Pozn.: Všetky hodnoty priraďujú ľudí do jednotlivých krajín podľa ich  trvalého pobytu. | Zdroj: Register fyzických osôb, Atlas rómskych komunít 2013, Eurostat, výpočty ÚHP |  | *Zdroj: OECD* |

# Výdavky

**V roku 2018 dosiahli na Slovensku celkové výdavky na zdravotníctvo 6,7 % HDP[[4]](#footnote-4), verejné výdavky tvoria 5,4 % HDP a zvyšok priame platby domácností.** Slovensko dáva na zdravotníctvo porovnateľnú časť HDP ako je priemer krajín V3 (6,8 %), a menej ako priemer krajín EU-15 (9,4 %) (Graf 5). Všeobecne platí, 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** | |
|  | |  | |  |
| *Zdroj: OECD* | |  | | *Zdroj: OECD* |

**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).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 7: Verejné výdavky na zdravotníctvo, 2018, na obyv. v parite kúpnej sily, USD** |  | **Graf 8: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2016** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD, Eurostat* |

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

**V dlhodobom horizonte bude silnieť tlak na rast výdavkov na zdravotníctvo.** Podľa prognózy Európskej komisie výdavky na zdravotníctvo v dôsledku starnutia populácie na Slovensku porastú ako šieste najrýchlejšie v EÚ a najrýchlejšie spomedzi krajín V4. Dôvodom je nárast strednej dĺžky života a nízka pôrodnosť. Podľa prognózy EK[[5]](#footnote-5) majú slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo do roku 2070 vzrásť o ďalších 1,1 p.b. na 6,8 % HDP (Graf 9Graf 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) |  | Graf 10: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva |
|  |  |  |
| *Zdroj: EK 2018* |  | *Zdroj: Eurostat* |

## 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 4: Výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP), 2018** | | |
|  | **mil. eur** | **podiel z VZP** |
| **Zdravotná starostlivosť (ZS)** | **4 564** | **95%** |
| Lekárenské 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* |

## 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 dostupnosť 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 môžu 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[[6]](#footnote-6).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 11: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP na obyvateľa (2017)** |  | **Graf 12: Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (2017)** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: Eurostat* |

**Podiel domácností, ktoré čelia finančnej núdzi v dôsledku priamych platieb je na Slovensku v porovnaní so zahraničím relatívne nízky.** Katastrofickým platbám[[7]](#footnote-7) čelí približne 3,5 % domácností (Graf 15). Vo všetkých krajinách Slovensko nevynímajúc spôsobujú OOP finančné problémy najmä domácnostiam s nízkou spotrebou resp. príjmami. Podobne je SR v medzinárodnom porovnaní aj v prípade tzv. ochudobňujúcich platieb[[8]](#footnote-8) (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** | |  | **Graf 14: Podiel domácností čeliacich ochudobňujúcim priamym platbám** | |
|  | |  |  | |
| *Pozn.: Kvintily podľa spotreby domácností* | *Zdroj: WHO* |  | *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* |

**Krajiny OECD vrátane Slovenska doplácajú najviac na lieky a zdravotnícke pomôcky, časť tvoria dobrovoľné doplatky.** 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 (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 OECD krajín. 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 EU-15 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. |

# 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 EÚ-15 (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 EÚ-15 s dostupnými dátami (Graf 46).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Graf 16: Plat špecializovanej sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017 |  | Graf 17: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017 | |
|  |  |  | |
| Zdroj: OECD |  | 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 2).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 2: 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:   1. **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 automatu[[9]](#footnote-9) v ústavnej zdravotnej starostlivosti). 2. **Výdavky so zmenami politík,** 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.   Súčasné zmeny politík (PC) sa pri tvorbe ďalšieho rozpočtu stanú súčasťou scenára bez zmien politík (NPC), keďže v tom roku už pôjde o platnú legislatívu. Opatrenie zostáva súčasťou zmien politík (PC), ak má postupný nábeh v priebehu viacerých rokov.   1. **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 3: Rozpočet 2020 a zmeny výdavkov** |  |
|  | **mil. eur** |
| Rozpočet 2019 | 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 |

## Výdavky bez zmien politík

**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 politík.[[10]](#footnote-10)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 4: Zmeny výdavkov voči roku 2019 - VZP - bez zmien politík (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 | Nezdravotnícki zamestnanci | 19 | 40 | 61 |
| 5 | Ambulantní zdravotnícki 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 (časť 3.2), rast zvyšných výdavkov sa odhaduje na úrovni inflácie, dosahuje tak 35 mil. eur v roku 2020 (č.1, Tabuľka 4).
* Automatické zvyšovanie platov (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 záchrannej 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).

## 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, záchranky, dobeh zazmluvnených nárastov výdavkov na zdravotnú starostlivosť a kompenzáciu poisťovní po zastavení exekúcií.

**Revízia zároveň pomenúva dlhodobo 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 navyšovanie zdrojov v jednotlivých rokoch. Potenciálna hodnota investícií do prioritných oblastí predstavuje 792 mil. eur ročne v horizonte 10 rokov.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 5: 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 UZS, 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 | Dobeh ZS podľa zmlúv z r. 2019 | 33 | 33 | 33 | ***-*** | ***-*** |
| 20 | Záchranky | 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 opatrujúcich rodinných príslušníkov (viac v kapitole 14). Výdavky na dlhodobú starostlivosť budú dorovnané na úroveň krajín EU-15 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 14 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 skríningami. 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 10).

**16. Lieky - dopad novely 363/2011**

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 verejný financie 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 zarátať opravné položky do hospodárskeho výsledku a v rokoch 2020 – 2023 im vyplynú náklady na trovy zastavenia týchto konaní, ako zobrazuje nasledovná tabuľka. Na rok 2020 sa odhadujú náklady na zastavenie takmer 298-tisíc starých exekúcií vo výške 12,1 mil. EUR.

**19. Dobeh starých zmlúv z roku 2019**

Zdravotné poisťovne nemajú jednotný termín rokovania o dodatkoch k zmluvám, 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. “dobeh” 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**

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.

## 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 3.3). Revízia identifikuje tzv. potenciál, čo je celková ročná úspora, ktorá sa dá dosiahnuť zavedením daného opatrenia. Rozpočet určuje horizont plnenia, teda počet rokov, v ktorom sa potenciálna úspora dosiahne, a postupné šetrenie zdrojov v jednotlivých rokoch.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 6: 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 efektivita 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 | Pôrodníctvo - menej tehotenských vyšetrení a cisárskych rezov | 0 | -0,8 | -1,7 | -4,2 | 5 |
|  | **VšZP** |  |  |  |  |  |
| 41 | Revízna činnosť, sprísnenie nepriamych revízii | -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 (Tabuľka 6). 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.8).

**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 8). 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 priorít 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 5 mil. eur v roku 2020 a má 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 12) 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 registrácii 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 20 mil. v roku 2020. U ostatných liekoch je možné dosiahnuť úsporu 5 mil. eur, z toho polovicu v prvom roku.

**25. Rozšírenie centrálneho 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 centrálne. 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 porovnávanie 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 porovnávanie cien problémových liekov so zahraničím zamedzí týmto špekuláciám zo strany výrobcov. Opatrenie ma 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 prejaviť 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. 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 hradené na Slovensku (kategorizované). Dnes neexistujú jednotné pravidlá schvaľovania výnimiek, schvaľovací proces zostáva na individuálnom posúdení zdravotných poisťovní.

Novela zákona 363/2011 Z.z. (zmena politík 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. bez preukázania nákladovej efektivity (z toho 22 mil. sa presunulo z výnimiek), celkové výdavky zdravotných poisťovni na výnimky medziročne rastú. Dochádza teda k duplicite nárastu výdavkov a neefektivite 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 e-lab 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 centrálneho 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.

**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 ma 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 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 prevádzku o 4 mil. eur, s výhľadom do troch rokoch 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 in-sourcovaním niektorých činností a procesov je možné prevádzku poisťovne zefektívniť.

**S cieľom zefektívniť hospodárenie najväčšej zdravotnej poisťovne prešla VšZP optimalizačným projektom[[11]](#footnote-11).** 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 6.

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.

## Výdavky mimo VZP

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 7: 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 | Prevádzkové 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 | 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. Prevádzkové 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.

## 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 časti 3.2 až 3.4.

Patria sem tieto opatrenia[[12]](#footnote-12):

* **Stratifikácia siete nemocníc** s dôrazom na zvyšovanie kvality cez predpísaný minimálny počet výkonova zlepšovanie efektívnosti poklesom dĺžky hospitalizácie a počtu lôžok (kapitola 4.3).
* **Prehodnotenie relatívnych váh DRG a zavedenie platieb nemocniciam na základe DRG** (kapitola 4.7).
* **Zlepšenie prerozdeľovacieho mechanizmu** zavedením nových parametrov a ex-post prerozdelením (kapitola 13.2.2).
* **Definícia základného balíka zdravotnej starostlivosti** (kapitola 13.2.1).
* **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 (kapitácia 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).

## 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

### 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.[[13]](#footnote-13) 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).[[14]](#footnote-14) **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 zadefinuje, ktoré ukazovatele má štát sledovať, aké ciele treba napĺňať a aké vstupy a zdroje budú na napĺňanie 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 OECD[[15]](#footnote-15) 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 napĺňané * Upriamuje 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 politík   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.[[16]](#footnote-16)** 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**.[[17]](#footnote-17) Výdavky, s ktorými VZP pracuje sú pritom približne 30-krát vyššie ako výdavky kapitoly Ministerstva zdravotníctva (Tabuľka).

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 11 uvádza výdavky VZP v navrhovanej programovej štruktúre a tabuľka 12 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 8: 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 vyšetrovacie a liečebné zložky (CT, MR a laboratórne vyšetrenia), S – skutočnosť, OS – očakávaná skutočnosť, R - rozpočet, N- návrh rozpočtu* | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 9: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť** | | | | | |
| **Program** | **Ústavná zdravotná starostlivosť** | | | | |
| **Ciele** | Zvyšovanie kvality poskytovanej ZS pomocou koncentrácie výkonov o 5% | | | | |
| Znižovanie dĺžky hospitalizácie v súlade so schválenou stratifikáciou nemocníc | | | | |
| **Nástroje** | Stratifikácia siete nemocníc (časť 5.2.1) | | | | |
| Úprava spôsobu odmeňovania personálu | | | | |
|  |  | Rok X | | Rok X+1 | |
|  |  | Plán | Skutočnosť | Plán | Skutočnosť |
| **Merateľné ukazovatele** | Celkové náklady ústavnej zdravotnej starostlivosti v mil. eur | ... | ... | ... | ... |
| EBITDA v mil. eur | ... | ... | ... | ... |
| Záväzky 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* | | | | | |

### 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).[[18]](#footnote-18) Platba za poistencov štátu je výdavkom rozpočtu Ministerstva zdravotníctva a doteraz bola závislá od priemernej mzdy.[[19]](#footnote-19)

**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 prirátať 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 „dorovnávacia“ 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.**

## 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 10).

**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 skríningy. Úspory na liekoch vo výške 80 mil. eur sa neudiali (Tabuľka 12 a Tabuľka 13). Ostatné zmeny politík 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 14). Oproti rozpočtu výrazne narástli iné výdavky VZP (Tabuľka 11)[[20]](#footnote-20).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 10: Celkové výdavky VZP (v mi. 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 11: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politík (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 12: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politík Hodnota za peniaze (v mil. eur)** | | | |
|  | **Rozpočet 2019** | **Očakávaná skutočnosť 2019** | **Rozdiel** |
| **Spolu** | ***180*** | ***172*** | ***-9*** |
| **Hodnotové opatrenia - Hodnota za peniaze** | **87** | **82** | **-5** |
| Prevencia - skríningy | 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 politík** | **93** | **90** | **-4** |
| Dlhodobá starostlivosť | N/A | 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 ambulancii 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze (v mil. eur)** | | | |
|  | **Rozpočet 2019** | **Očakávaná skutočnosť 2019** | **Rozdiel** |
| **Spolu** | **-80** | **0** | **80** |
| Lieky - variabilita v predpisovaní, vplyv e-preskripcie | -30 | 0 | 30 |
| Revízia úhrad kategorizovaných liekov | -50 | 0 | 50 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 14: 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 UZS kvôli neefektivite globál. rozpočtov a zmluvnej politike | 0 | 4 | 4 |
| Dofinanccovanie 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 |

# Ústavná zdravotná starostlivosť

## Výdavky na ÚZS

**Slovensko dáva na UZS 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 EU-15** (**Graf 19**). Vyspelé krajiny s lepšími výsledkami teda dávajú na UZS 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** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

**Po zohľadnení efektívnosti systému aj kúpnej sily dáva Slovensko o niečo viac peňazí na liečbu v nemocniciach ako susedia, ale oveľa menej ako krajiny EU-15.** V UZS 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 EÚ-15 dajú takmer 1 000 dolárov (Graf 20)**. Oveľa vyššie výdavky v krajinách EU-15 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 UZS 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** (časť 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** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

## Kvalita, dostupnosť a efektívnosť UZS

**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 2018[[21]](#footnote-21), 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 Európy[[22]](#footnote-22) 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 starostlivosť[[23]](#footnote-23) do roku 2030 zvýši dopyt po ÚZS o takmer 18 %, čo pri súčasnom systéme iba zvýši náklady a záťaž na personál.[[24]](#footnote-24)

## Reforma UZS - 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.

**Kvalita výkonov zdravotnej starostlivosti rastie s ich počtom v rámci zariadenia.** Vzťah medzi objemom a kvalitou ZS vyplýva z interného porovnania nemocníc[[25]](#footnote-25) a zahraničného výskumu.[[26]](#footnote-26) 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 prevýši 640, výmenu bedrového kĺbu až od 190 operácií ročne[[27]](#footnote-27). Štúdia identifikovala minimálne počty výkonov v literatúre alebo v predpisoch v Rakúsku, Nemecku a USA zatiaľ len pre obmedzenú skupinu výkonov.

Graf: Vzťah kvality a objemu zdravotnej starostlivosti

|  |  |
| --- | --- |
| Pôrod[[28]](#footnote-28) | Výmena bedrového kĺbu |
|  |  |
|  | 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 zameral 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.** Návrh reformy špecifikuje konečné požiadavky pre takmer 30 skupín výkonov.

Tabuľka: Prehľad minimálnych objemov vybraných výkonov podľa Leapfrog group

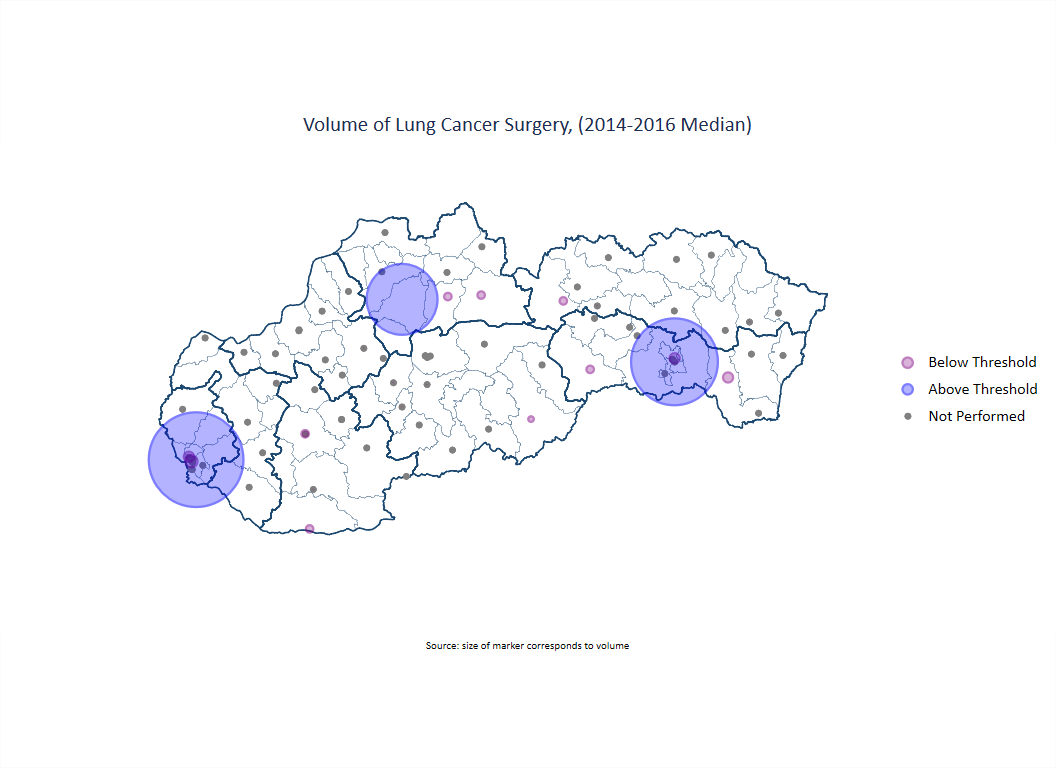
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Výkon | Minimálny počet  (the Leapfrog Group) | Minimálny počet  (Iné krajiny) |
| Resekcia – rakovina pažeráka | 20 | 10 (Nemecko)  20 (Holandsko) |
| Operácia – rakovina konečníka | 16 |  |
| Operácia – rakovina pankreasu | 20 | 10 (Nemecko)  20 (Holandsko) |
| Operácia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

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

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



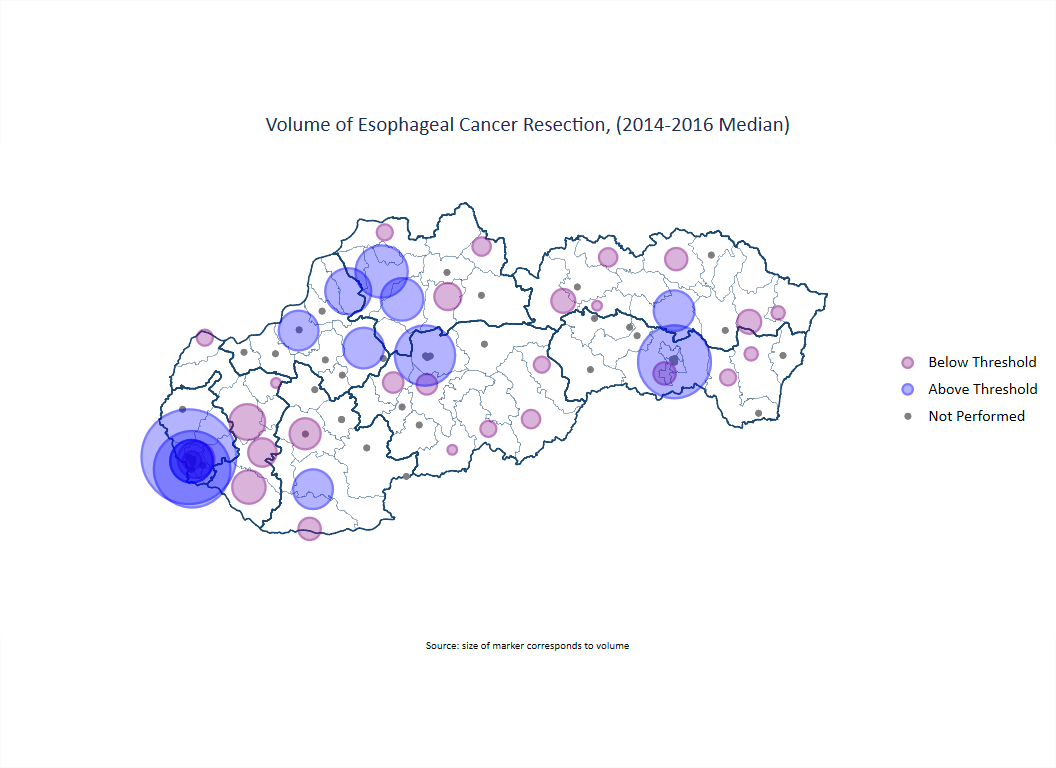
pod limitom

nad limitom

nevykonávali

Zdroj: MZ SR

Mapa 2: Resekcia pažeráka



pod limitom

nad limitom

nevykonávali

Zdroj: MZ SR

Vo väčšine prípadov však k centralizácii výkonov (a tým aj zdrojov) nedochádza. Graf zobrazuje počet resekcií pažeráka medzi jednotlivými poskytovateľmi. **Väčšina poskytovateľov nenapĺňa 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 22: 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 akútnosti 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: 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 celkového počtu ošetrovacích dní.[[29]](#footnote-29) 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) |

## Hospodárenie najväčších nemocníc

**Záväzky po lehote splatnosti 13 najväčších nemocníc[[30]](#footnote-30) stále rastú.** V roku 2018 narástli o 10 mil. eur, čo bolo výrazne menej ako v minulom roku, ale najmä vďaka procesu oddlžovania. Bez oddlženia by narástli o 117 mil. eur.[[31]](#footnote-31) Podľa súčasného rastu sa záväzky v roku 2019 zvýšia o 79 mil. eur, v tejto sume je však zarátané aj oddlženie v roku 2019 (Tabuľka 15). **Záväzky nemocníc rastú kvôli každoročnej strate[[32]](#footnote-32).** Pre zastavenie trendu zadlžovania je nevyhnutné dosahovať aspoň vyrovnaný hospodársky výsledok.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 15: Záväzky 13 najväčších nemocníc** | | | | | |  |  |
|  | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 1.polrok | 2018 bez oddlženia | 2019 predikcia bez oddlženia |
| 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 záväzkov po lehote splatnosti | | 100 | 119 | 10 | 27 | 117 | 125 |
| *Zdroj: MZ* | | | | | | | |

**V roku 2018 fakultné a univerzitné nemocnice (FaUN) MZ dosiahli pozitívny prevádzkový hospodársky výsledok EBITDA, ale len vďaka jednorazovému oddlženiu**. 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 oddlženia hospodárili nemocnice najhoršie za posledné tri roky.** Oddlženie 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 23). V rámci oddlžovania prijali nemocnice ozdravné plány, ktoré monitoruje MZ.[[33]](#footnote-33)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 16: Výnosy a náklady 13 najväčších nemocníc** | | | | | | | | | | | |
|  | | | V mil. eur | | | |  | Rast | | |  |
|  | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018 bez oddlženia | 2016 | 2017 | 2018 | 2018 bez oddlženia |
| **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 23: 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 24).** Najvypuklejší je tento problém práve u najzadlženejšej UN Bratislava, a UN Martin (Graf 25).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 24:** **Výnosy zo zdravotných poisťovní a náklady FaUN** |  | **Graf 25: Podiel nákladov na vybraných prevádzkových nákladoch\* na výnosoch od zdravotných poisťovní, 2018** | |
|  |  |  | |
| *Zdroj: MZ* |  | *\* Osobné náklady, lieky, krv, zdravotnícky materiál* | *Zdroj: MZ* |

**Zlepšiť hospodárenie nemocníc môže:**

* **Zníženie medicínskych nákladov –** stratifikácia, individuálne zefektívnenie manažmentu pacienta a liečebných postupov, ako ilustruje kapitola 13 na pôrodoch
* **Zníženie prevádzkových nákladov** – časť 4.5 nižšie.
* **Sfunkčnenie DRG a lepšie finančné mechanizmy**
* **Navýšenie výnosov od zdravotných poisťovní** – napríklad zjednotením platieb nemocniciam za rovnaký prípad (časť 4.6)
* **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. |

## 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. 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 neodzrkadľujú 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 príkladoch, 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 17). 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 oprávnene 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 vedia 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. Belgicko[[34]](#footnote-34), 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“)[[35]](#footnote-35),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-ekonomických statusom[[36]](#footnote-36). Viac o platobných mechanizmoch v zdravotníctve v Príloha 7.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabuľka 17: Porovnanie všeobecných nemocníc podľa náročnosti prípadov** | | |
| Všeobecná nemocnica | 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 | |
| *Priemer - koncové nemocnice* | *1,09* | |
| **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 nemonica 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. |

## 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 nákladov[[37]](#footnote-37) 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.

Už Revízia I.[[38]](#footnote-38) 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 tis. 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 18: 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 1 z roku 2016. Napriek trojročnému obdobiu a zriadeniu ÚRPO problém nebol odstránený.

Niektoré nemocnice si zabezpečujú prevádzkové služby vo vlastnej réžii (Tabuľka 18). 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 možné[[39]](#footnote-39). UN a FN najčastejšie (8 z 13 nemocníc) využívajú interné kapacity na zabezpečenie stravovania. Pri upratovacích a pracích 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 18: 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[[40]](#footnote-40) 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 PXE[[41]](#footnote-41). V prípade existencie viacerých zmlúv a rozdielnych zmluvných podmienok v priebehu sledovaného obdobia bola výsledná jednotková cena vypočítaná ako vážený priemer daného obdobia.

Viac o prevádzkových nákladov 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. |

## 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 19).

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[[42]](#footnote-42).

**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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 19: 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 | **-** |
| Súčasné platby 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* | |

**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 9 v rozpočte, viac v kapitole 12). Zároveň sa navýšia výdavky následnú ústavnú zdravotnú starostlivosť v nemocniciach, teda starostlivosť o dlhodobo chorých, doliečovanie a paliatívnu starostlivosť (opatrenie 10 v rozpočte, viac v kapitole 15).

# Ambulantná zdravotná starostlivosť

## Výdavky na AZS

**Slovensko dáva na ambulantnú starostlivosť 1,2 % HDP, teda viac ako susedné krajiny (Graf 26).** Zároveň dáva výrazne menej ako krajiny EU-15 (Graf), čo je v súlade s trendom rastu výdavkov na zdravotníctvo s rastom bohatstva krajiny. Z celkového balíka ide na AZS podobný podiel ako v bohatých krajinách (Graf 27).

**Trendom vo vyspelých krajinách je vytvoriť rozsiahlu primárnu starostlivosť**[[43]](#footnote-43) (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 EU-15.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 26: Výdavky na AZS, % HDP, 2017** |  | **Graf 27: Výdavky a AZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: Rozpočet 2019, OECD* |  | *Zdroj: Rozpočet 2019, 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.**

## Efektívnosť a kvalita AZS

**Primárna starostlivosť na Slovensku je neefektívna, vyplýva to z rozsiahlych správ Svetovej banky v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva** (v texte WB1 a WB2). 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.

**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, 2018).

**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.

### Nadbytočné návštevy

**Pacienti na Slovensku navštevujú lekárov v ambulanciách príliš často, najčastejšie z celej EÚ (Graf 28), 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 20)[[44]](#footnote-44). Výskyt ochorení je medzi krajinami V4 porovnateľný, rozdiel v návštevnosti lekárov teda vyplýva najmä z neefektívne nastaveného systému zdravotnej starostlivosti. **V západných krajinách s najlepšími výsledkami v zdraví ľudia zvyknú navštevovať lekára ešte sporadickejšie.**

|  |
| --- |
| **Graf 28: Počet návštev lekárov v ambulanciách na obyv., 2016** |
|  |
| *Zdroj: OECD, Eurostat.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 20: Počet návštev lekárov (2016) a výskyt ochorení (2017)** | | | | | | | | | |  | |
|  | Počet návštev na obyv. | Odvrátiteľná 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% | |
| EU-15 | 6,1 | 76 | - | - | - | - | - | - | - | |
| *Zdroj: IHME, Global burden of disease, Eurostat* | | | | | | | | | | | |

**Slováci nadmerne navštevujú najmä špecialistov.** Návštevy 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 29). 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 (časť 12.2).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Graf 29: Počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách na 1 obyv., 2017\*** | |  | **Graf 30: Absolútny počet návštev všeobecných lekárov a špecialistov v ambulanciách v miliónoch, 2017\*** | |
|  | |  |  | |
| *\*alebo skôr; \*\*bez CZ* | *Zdroj: OECD, NCZI, PL, HUN zdroje* |  | *\*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 (OECD, zdroj), kde ich nedostatky kompenzujú inovatívne platobné mechanizmy.

**Zníženie počtu návštev v ambulanciách špecialistov na úroveň priemeru V3 by mohlo ušetriť 207 mil. eur (Tabuľka 21).** 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 22). 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 (časť 5.3.2). Na dosiahnutie úrovne V3 je však potrebné aj celkové zníženie počtu návštev v ambulanciách – niektoré dnešné návštevy sú úplne zbytočné (viac v časti 5.3.3).

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabuľka 21: 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, CZ, HUN, NCZI* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 22: 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**: Zníženie počtu návštev špecialistov prinesie potenciálnu úsporu 207 mil. eur. |

### 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 srdca (COPD).

**Voči priemeru V3 vykazuje Slovensko nadpriemerný počet hospitalizácií najmä na hypertenziu, zlyhanie srdca a astmu (Tabuľka 23).** 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 23: 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 |
| astma | 59 | 93 | 34 | 735 | 1 361 028 |
| zlyhanie srdca | 422 | 417 | -5 | 1 299 | -347 139 |
| copd | 155 | 145 | -9 | 776 | -398 210 |
| diabetes | 192 | 204 | 12 | 923 | 585 649 |
| hypertenzia | 160 | 350 | 190 | 602 | 6 184 793 |
| **Spolu** | **987** | **1 209** | **222** | **867** | **7 386 120** |
| *Zdroj: OECD, eHealth* | | | | | |

|  |
| --- |
| **Opatrenie:** Zníženie počtu odvrátiteľných hospitalizácií lepšou zdravotnou starostlivosťou v ambulanciách prinesie potenciálnu úsporu 7,4 mil. eur. |

## 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.

### Rozsah starostlivosti a kompetencie v primárnej starostlivosti

**V schopnosti pokryť „širokú škálu starostlivosti“[[45]](#footnote-45) už v rámci primárnej starostlivosti vychádza Slovensko najhoršie zo všetkých krajín, ktoré vo svojej správe porovnávala Svetová banka (Graf 31).**

**Prejavuje sa to napríklad tým, že všeobecní lekári vyšetria bez následného odporučenia špecialistovi 72 % pacientov, priemer krajín EU je 83 % (Graf 32).** 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 31: Schopnosť primárnej starostlivosti pokryť širokú škálu starostlivosti v Európe** |  | **Graf 32: Podiel vyšetrení bez odporučenia k špecialistovi, 2017\*** | |
|  |  |  | |
| *Zdroj: Kringos et al. (2013)* |  | *\*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 EU, a dokonca len 48 % kompetencií kolegov v krajinách s najlepšou primárnou starostlivosťou (Tabuľka 24).** 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 (WB1).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 24: Porovnanie kompetencií všeobecných lekárov** | | | | | | | | | |
|  | Medicínske vybavenie | Prvý kontakt | Manažment vybraných diagnóz | Drobné chirurgické zákroky | | Preventívna starostlivosť | Podpora zdravia | **Spolu** | **Podiel počtu SK/benchmark** |
| 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%** |
| Maximum | 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 WB1 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 rizikovom tehotenstve. **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 MFSR je vzdialenosť zdravotných zariadení od miesta bydliska jedným z dôvodov nízkej spotreby zdravotnej starostlivosti v znevýhodnených rómskych komunitách. V obciach s prítomnosťou marginalizovaných rómskych komunít je podiel Rómov žijúcich 10 a viac kilometrov od akejkoľvek najbližšej ambulancie skoro trojnásobný oproti majoritnej populácii (Graf 33). Najväčší problém je s dostupnosťou gynekologických ambulancií – až štvrtina obyvateliek marginalizovaných rómskych komunít musí cestovať 10 a viac kilometrov.[[46]](#footnote-46)   |  | | --- | | **Graf 33: Podiel populácie žijúcej v obci vzdialenej 10 a viac km od najbližšej lekárskej ambulancie (%)** | |  | | *Zdroj: ÚHP na základe údajov z Atlasu rómskych komunít (2012)* | |

**V rokoch 2014 a 2015 došlo na Slovensku k rozšíreniu kompetencií všeobecných lekárov[[47]](#footnote-47). Toto rozšírenie však bolo iba čiastočné a väčšina lekárov nové kompetencie v praxi ani nezačala uplatňovať (WB1).**

**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** (WB2), 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**: Zvýšenie zdrojov na primárnu starostlivosť na úroveň 0,4 % HDP - priemeru výdavkov v krajinách V3, čo predstavuje potenciál 113 mil. eur v horizonte 10 rokov. |

**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 Anglicku[[48]](#footnote-48).

**Pacienti do ordinácií prichádzajú aj za účelmi, ktoré nie sú spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, napr. po potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti, čo uberá 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.

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

## 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 EU-15.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 34: Výdavky na JZS, % HDP, 2017** |  | **Graf 35: Výdavky a JZS, podiel z balíka na zdravotníctvo, 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

**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 (časť 4.3.).**

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

|  |
| --- |
| **Graf 36: Podiel vybraných zákrokov vykonaných v jednodňovej starostlivosti, 2017** |
|  |
| *Zdroj: dáta ZP, OECD* |

**Nepomer medzi výdavkami a podielom vybraných zákrokov v JZS v porovnaní s inými krajinami si vyžaduje hlbšie skúmanie.** Vysvetlením môže byť, žev 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 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:** Dofinancovanie ústavnej a ambulantnej starostlivosti |

# 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 37)[[49]](#footnote-49).** Dorovnanie priemeru ostatných krajín V4 by v zdravotníctve uvoľnilo 96 mil. ročne, pričom pacientom by ušetrilo ďalších 48 miliónov eur[[50]](#footnote-50).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 37: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach (2017)****[[51]](#footnote-51)** |  | **Graf 38: Výdavky na lieky vydávané v lekárňach na osobu, bežné ceny (v eur., 2017)51** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD, NCZI* |  | *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 () a napríklad vo väčšej miere z verejných zdrojov hradiť 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. Porovnávanie sa však nemusí týkať drahých liekov podávaných v nemocniciach, ktoré sú v zahraničí typicky nakupované cez centrálne 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.**

**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 hradených z verených 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)*.*

## Celková spotreba liekov

**Slovenská spotreba liekov sa množstvom významne nelíši od krajín EÚ s porovnateľným vykazovaním (graf 40). Mierne rozdiely v spotrebe medzi krajinami sú však v zložení podľa terapeutických skupín liekov (graf 39; graf 41), 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)[[52]](#footnote-52). Naopak,slovenskí pacienti užívajú viac antibiotík (graf 41).

**Graf 39: Prehľad slovenskej spotreby liekov a EÚ krajín s porovnateľným vykazovaním (podľa ATC[[53]](#footnote-53) skupín, v denných definovaných dávkach – DDD, 2017)[[54]](#footnote-54)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| *Zdroj: OECD* | | | |
| **Graf 40: Celková spotreba liekov (skupiny z grafu 3, 2017, DDD na 1 000 obyvateľov na deň)** |  | **Graf 41: Spotreba antibiotík v roku 2017 (v DDD na 1 000 obyvateľov / deň; ATC skupina J01)** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *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 2 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. |

### Nadspotreba antibiotík

**Slovenská spotreba antibiotík je porovnateľná s Českom, avšak je výrazne vyššia ako vo Švédsku, ktoré patrí medzi lídrov v tejto oblasti (graf 41)[[55]](#footnote-55),[[56]](#footnote-56),[[57]](#footnote-57).**

**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. eur[[58]](#footnote-58).

**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 závažnými[[59]](#footnote-59). Niektoré predikcie varujú, že v roku 2050 môže byť antimikrobiálna rezistencia častejšou príčinou smrti ako rakovina[[60]](#footnote-60). Odolné baktérie sa šíria vo voľnom prostredí, kde sa nimi môže infikovať ďalší jedinec. Vysoká odolnosť baktérii môže ohroziť aj bezpečnosť operácii a ďalších medicínskych intervencii.

**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 revíznej činnosti poisťovni 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 – zníženie preskripcie na úroveň Švédska*** |

Cieľom opatrení v oblasti preskripcie antibiotík je významne zníženie ich spotreby a postupne priblíženie sa k úrovni spotreby vo Švédsku. Zníženie vykazovanej spotreby nie je priamo smerodajne, keďže môže prameniť len zo zmeny definícii 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 antibiotika[[61]](#footnote-61).

## 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 centrálneho 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.

### Externé referencovanie cien

**Slovensko má vďaka medzinárodnému porovnávaniu cien liekov jedny z najnižších oficiálnych cien v EÚ**[[62]](#footnote-62)**, 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.**

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 nedostupné na Slovensku. Problém s nedostupnosťou liekov je však významný aj v krajinách EU15[[63]](#footnote-63), ktoré majú obvykle vyššie ceny liekov.

**Tabuľka 25: Príklad lieku, ktorý je na Slovensku v nevýhodnej veľkosti balenia, ktorá v zahraničí nie je. [[64]](#footnote-64)**

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

*Zdroj: Medzinárodná databáza cien liekov EURIPID*

**Pretože cena lieku priamo ovplyvňuje úhradu z VZP, jednotkové porovnávanie cien by pri lieku Iomeron 400 prinieslo ročnú úsporu 1 mil. eur[[65]](#footnote-65).** Tri najlacnejšie 1ks balenia v EU sú uvedené v tabuľke 25. 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, Iomeron 400 by mohol stať maximálne necelých 600 eur. V roku 2018 sa u nás spotrebovalo podľa údajov NCZI 1 792 balení tohto lieku[[66]](#footnote-66).

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Externé referencovanie 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 špekulácii s najväčším vplyvom na VZP. Legislatívnu zmena zákona 363/2011 Z.z., pripravená ministerstvom zdravotníctva je už aktuálne v legislatívnom procese a mala by nadobudnúť účinnosť od 1.1.2020.

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Porovnávanie 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 porovnávanie sa však môže aplikovať aj pre iné lieky.

### Centrálny nákup liekov

**Centrálnym nákupom (CN) liekov na úrovni poisťovni alebo MZ je možné dosiahnuť výhodnejšie cenové podmienky.** Na liečbu jednej diagnózy je často možné použiť viacero účinných látok (ATC skupín). Ak zdravotná poisťovňa nakúpila liek centrálne, 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 výrobcovi vykompenzovať významne zvýšený objem predaja.

**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.[[67]](#footnote-67) Legislatíva umožňuje konkurenčnému lieku dorovnať cenu víťaza[[68]](#footnote-68). 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:** Rozšírenie objemu centrálne nakupovaných liekov na aspoň 25% celkových liekových výdavkov[[69]](#footnote-69)*(potenciál 26 mil. eur).* |

**Rozšírenie objemu centrálnych nákupov zo súčasných 13% (priemer všetkých poisťovni) na 25% by priniesol úsporu VZP 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 ma 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 Dánsku**[[70]](#footnote-70)  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 centrálneho 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 exspirácie. 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 liekov využíva aj vlastné skladovanie liekov. |

### Generiká a biosimilárne lieky

**Generiká a biosimiláré 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 rovnocennosť[[71]](#footnote-71) 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 šaržiach 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 42).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Graf 42: 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 liek[[72]](#footnote-72) (tabuľka** **26). Táto prax je bežná aj v iných krajinách EÚ a Slovensko hodnotami nevybočuje zo zahraničnej praxe[[73]](#footnote-73).** 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 26: 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.* | | | |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Podpora ďalších vstupov 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.

### 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)[[74]](#footnote-74) 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 prispôsobí 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 časti 6.1.5). Zo zákona musí výrobca stanoviť cenu o 45% (25% pri biosimiláre) nižšiu ako pri pôvodnom lieku (tabuľka 26). 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: Oprava oneskoreného zníženia úhrady po vstupe generík a biosimilárov*** *(potenciál 3 mil. eur)* |

### 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 skupine[[75]](#footnote-75), 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.[[76]](#footnote-76)

|  |
| --- |
| **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 Príloha 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 zvýhodňuje drahších výrobcov na úkor konkurencie. |

|  |
| --- |
| **Opatrenie:** Zmena úhradových 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*:** *Prehodnotenie zloženia úhradových skupín* |

### Revízna činnosť zdravotných poisťovni

**Zo záznamov poisťovní o úhradách za zdravotnú starostlivosť vidno prípady, kedy lekári predpisovali lieky v rozpore s oficiálnymi odporúčaniami výrobcu[[77]](#footnote-77), posilnenie revíznej činnosti poisťovni by pomohlo predchádzať rizikovým prípadom.** Problém sa týka napríklad liekov na úzkosť (kapitola 16), kedy pacienti užívajú návykové lieky pridlho. Detailnejšia revízna činnosť a zavádzanie funkcií eHealthu môžu zredukovať viacnásobné predpisovanie rovnakého liečiva rôznymi lekármi, či závažné interakcie medzi liekmi.

|  |
| --- |
| **Opatrenie:** Zlepšiť revíznu činnosť zdravotných poisťovní a zaviesť ďalšie funkcie eHealthu |

## Nákladová efektivita liekov

**Zníženie celkových výdavkov na lieky, ktoré nespĺňajú kritéria nákladovej efektivity, prinesie úsporu 55 mil. eur.** Štandardne musia lieky preukázať dostatočnú nákladovú efektivitu, aby mohli byť hradené 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 pridaných 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 27: 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[[78]](#footnote-78) | 32 841 eur (Poľsko), 36 890 (Maďarsko)[[79]](#footnote-79) |
| Česko | 0,9 mil. - 1,2 mil. CZK /1 QALY[[80]](#footnote-80) | 34 787 - 46 382[[81]](#footnote-81) |
|  | | |

**Zo slovenských verejných prostriedkov sú uhrádzané aj lieky s nižšou nákladovou efektivitou ako v okolitých krajinách. Z VZP sú napríklad na Slovensku dlhodobo financované potenciálne nákladovo neefektívne lieky (PNNL), ktoré nemuseli preukázať svoju nákladovú efektivitu.** 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 efektivitu, stačí ak je nový liek efektívnejší (stále však nemusí spĺňať štandardné nákladové podmienky).

**Ministerstvo zdravotníctva má možnosť si z vlastného podnetu vyžiadať farmako-ekonomický rozbor od držiteľa registrácie lieku aj keď už je liek hradený** (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 hradených liekov(pokiaľ by držiteľ registrácie neznížil cenu na požadovanú úroveň).Slovenské personálne kapacity na posudzovanie nákladovej efektivity zdravotníckych technológii 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:** Posilnenie personálnych kapacít 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 Zélande**[[82]](#footnote-82)  Nový Zealand pravidelne zostavuje rebríček liekov, podľa ich nákladovej efektivity, na základe ktorého sa stanoví, ktoré lieky môžu byť hradené z verejných zdrojov. Hoci ma Nový Zéland porovnateľný počet obyvateľov ako Slovensko, financuje vlastnú HTA agentúru Pharmac na posudzovanie, ktoré lieky je vhodné hradiť 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 hradené. 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/> |

### Nákladovo neefektívne lieky v systéme

**V dôsledku nevhodnej definície lieku na zriedkavé ochorenia, platnej v roku 2018, sa do systému hradených 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 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: Stanovenie podmienok nákladovej efektivity aj pre lieky na vzácne choroby.** (potenciál 10 mil. eur) |

**Každý nový liek, ktorý žiada o vstup do kategorizácie, by mal povinne dokladoval svoju nákladovú efektivitu[[83]](#footnote-83).** 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 nesplnia stanovené limity sú dohody o riadenom vstupe na trh (MEAs). Držitelia registrácii 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 poistka 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 pacienta[[84]](#footnote-84) a s plánovanou ročnou úhradou z VZP za všetkých pacientov cez 8 miliónov eur. Najnovšia štúdia[[85]](#footnote-85) 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 limit[[86]](#footnote-86). V Anglicku národný inštitút zdravia NICE konštatoval, že liek Spinraza je príliš drahý na to, aby mohol byť hradený z verejných zdrojov[[87]](#footnote-87), s výrobcom sa následne dohodli na neverejnej cene[[88]](#footnote-88). Spinraza v Česku nie je hradená z verejného zdravotného poistenia[[89]](#footnote-89). |

|  |
| --- |
| **Opatrenie: Prehodnotenie úhrad pri liekoch, ktoré nespĺňajú podmienky nákladovej efektivity** (potenciál 45 mil. eur) |

**Vyradenie liekov, ktoré nesplnia 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 naďalej[[90]](#footnote-90).

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 efektivitu (úspora 5 mil. eur pri PNNL).

### 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. eur[[91]](#footnote-91). 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 44).** 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 Novelizáciu 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 44), jej medziročné výdavky na tieto lieky rastú, kým v súkromných poisťovniach klesajú.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 43: Ročné úhrady z VZP za lieky na výnimky (v mil. eur)** |  | **Graf 44: Úhrady ZP (v eur) za lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poistencov (za prvý polrok)** |
|  |  |  |
| *Zdroj: ZP, MZ SR, spracovanie IJ* |  | *Zdroj: ZP, MZ SR, spracovanie IJ* |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie*:  *Lieky na výnimky – zohľadnenie systémových zmien vplyvom 363/2011*** *(potenciál 16 mil.)* |

## Zbytočné doplatky pacientov

**Slovenskí pacienti na doplatkoch v roku 2018 zaplatili 148 mil. eur[[92]](#footnote-92), mohli však ušetriť 66 miliónov eur keby užívali rovnako kvalitné, ale lacnejšie lieky. Slovákov môžu odrádzať od lacnejších liekov neopodstatnené pochybnosti o ich kvalite.** Najviac mohli pacienti ušetriť na liekoch na kardiovaskulárny systém – 27 mil. eur (**tabuľka 28**). Starší pacienti vo väčšej miere platia doplatky, ktorým sa mohli vyhnúť (graf 46). Zdravotné poisťovne spätne vrátili pacientom 18 mil. eur v rámci ochranných limitov.[[93]](#footnote-93)

**Tabuľka 28: 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 poisťovni*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 45: Rozloženie doplatkov za recept podľa veku (v mil. eur; 2018)****[[94]](#footnote-94)** |  | **Graf 46: Priemerné doplatky za lieky na recept podľa veku (v eur; 2018)95** |
|  |  |  |
| *Zdroj: dáta zdravotných poisťovni* |  | *Zdroj: dáta zdravotných poisťovni* |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Zbytočné doplatky pacientov – informačná kampaň*** |

# Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

**Ročne ide na spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) z verejných zdrojov 560 mil. eur**.[[95]](#footnote-95) **V rámci zdravotníctva dáva Slovensko na SVLZ pomerovo viac prostriedkov ako ostatné krajiny V4 (graf 47).** 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 47: 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. Zahrnuté sú kategórie laboratórne a zobrazovacie služby. Slovensko do OECD nevykazuje samostatne výdavky za zobrazovacie služby, z podkladových dát sa však zdá, že sú zahrnuté v číslach za služby laboratórne. Porovnanie s inými krajinami je indikatívne, nie je možné vylúčiť podstatné metodické rozdiely.* |  |
| *Zdroj: OECD* |  |

## Laboratórne vyšetrenia

**Väčšinu verejných výdavkov na SVLZ tvoria laboratórne vyšetrenia.** Neefektivita laboratórnych 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 rolu 2017 vrástol. 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%.

**Tabuľka 1: Prehľad TOP 10 poskytovateľov laboratórnych 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 objednávania a kontroly laboratórnych 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 laboratórnych 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 lacnejší 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 metodikou, tak by sme za rok dokázali zlepšiť efektivitu 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:** Optimalizácia laboratórnych vyšetrení(potenciál 9,7 mil. eur) |

## CT a MR vyšetrenia

**Slovenskí pacienti absolvujú o tretinu viac CT a MR vyšetrení ako v Česku a Maďarsku (graf 48)[[96]](#footnote-96), v počte CT vyšetrení Slovensko prekročilo aj priemer západoeurópskych krajín.** Na rozdiel od laboratórnych 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.[[97]](#footnote-97)

|  |
| --- |
| **Graf 48: Počet vyšetrení zobrazovacími prístrojmi (na 1 000 obyv.,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 poisťovni 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.[[98]](#footnote-98)

**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 49).

**Graf 49: 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, 2015[[99]](#footnote-99)). Hoci úhrady na Slovensku od roku 2015 poklesli, aktuálne porovnanie s Českom ukazuje, že naďalej existuje priestor na zníženie cien(graf 50, graf 51).** Optimálne nastavenie cien by malo zohľadňovať aj investičné náklady[[100]](#footnote-100).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 50: Porovnanie cien MR vyšetrení hlavy****[[101]](#footnote-101)** |  | **Graf 51: Porovnanie cien CT vyšetrení hlavy102** |
|  |  |  |
| *Zdroj: dáta zdravotných poisťovni 2017;*  *český číselník výkonov v.01218, vyhláška č. 201/2018 Sb.* |  | *Zdroj: dáta zdravotných poisťovni 2017; český číselník výkonov v.01218, vyhláška č. 201/2018 Sb.* |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie:***   * *Prehodnotenie úhrad za MR a CT výkony s cieľom optimalizovať jednotkové náklady a objem starostlivosti (potenciál 8,9 mil. eur)* * *Zamedzenie nadbytočným vyšetreniam MR a CT pomocou štandardov a revíznej činnosti. (potenciál 24,6 mil. eur)* |

# Zdravotnícke pomôcky

**Z verejných zdrojov sa v roku 2018 použilo 183 mil. eur na zdravotnícke pomôcky.[[102]](#footnote-102) Slovensko dáva z VZP výrazne viac prostriedkov na zdravotnícke pomôcky ako okolité krajiny V4 (graf 52; Graf 53).** Medzi zdravotnícke pomôcky patria napríklad obväzy, plienky, načúvacie prístroje či invalidné vozíky.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 52: Podiel výdavkov na zdravotnícke pomôcky k celkovým výdavkom na zdravotníctvo (%, 2017)****[[103]](#footnote-103)** | |  | **Graf 53: výdavky na zdravotnícke pomôcky (na obyvateľa, v eurách, 2017)104** |
|  | |  |  |
|  | *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Centrálny nákup inkontinenčných pomôcok*** *(potenciál 2,2 mil. eur)* |

Projekt Revízia výdavkov vo VšZP odhadol úsporný potenciál centrálneho 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.[[104]](#footnote-104)

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Rozšírenie medzinárodného porovnávania 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 - zavedenie základného funkčného typu*** *(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 EU 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 revíznu činnosť a aplikovaním českého modelu úhrad očakávame potenciálnu úsporu na pomôckach až 14 mil. EUR.

# Špeciálny zdravotnícky materiál

**Výdavky VZP na špeciálny zdravotnícky materiál (ŠZM) v roku 2018 boli 83 mil. eur.[[105]](#footnote-105)** 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: Rozšírenie externého referencovania ŠZM*** *(potenciál 4,2 mil. eur)* |

Od roku 2016 prebieha medzinárodné porovnanie cien ŠZM s Českou Republikou, ktoré prinieslo ročnú úsporu 37 mil. eur.[[106]](#footnote-106) Rozšírením porovnávania aj o ďalšie krajiny je možné dosiahnuť dodatočnú úsporu.

|  |
| --- |
| ***Opatrenie: Vytvorenie základného funkčného typu 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: Úhrada 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.

# 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 neevidujú povinne sú objednania 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 54).** Čakacie doby sa významne líšia naprieč mestami (tabuľka 29), časy sú mierne variabilné aj medzi zdravotnými poisťovňami (tabuľka 30).[[107]](#footnote-107) 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 54: Priemerná čakacia doba na výmenu kĺbu (v dňoch, 2017)** | |
|  | |
| *Slovensko nevykazuje tieto dáta do OECD, pre porovnanie boli použité čakacie listiny z údajov poisťovni za rok 2018. Porovnanie je indikatívne, medzi krajinami môžu existovať podstatné metodické rozdiely.* | *Zdroj: OECD* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabuľka 29: 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 poisťovni* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 30: Priemerná dĺžka čakania na plánovanú operáciu podľa zdravotných poisťovni (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 poisťovni* | |

|  |
| --- |
| ***Opatrenie*:** Rozšírenie zberu dát o najčastejšie situácie, kedy pacient čaká na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. |

# Personál

## Odmeňovanie personálu

**V roku 2018 sa schválilo významné zvýšenie miezd personálu, sestrám 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 automatu**[[108]](#footnote-108)**, 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 33).

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 55).

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 56).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Graf 55: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2017 |  | Graf 56: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2017 | |
|  |  |  | |
| Zdroj: OECD |  | Zdroj: OECD |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 31: Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu zdravotníckemu personálu\*\*\* vo verejnej UZS/AZS po kvartáloch** | | | | | |
| Celková skutočná vyplatená mzda nelekárskemu personálu v UZS, 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*  *\*\*\* všetci zdravotníci okrem lekárov, zubných lekárov, farmaceutov a fyzikov* | | | | | *Zdroj: NZCI* |

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.[[109]](#footnote-109) 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 v prehľade slovenského zdravotníckeho systému[[110]](#footnote-110) 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.**

|  |
| --- |
| **Opatrenia:** prehodnotiť nastavenie platového automatu |

## Počet personálu

**Na Slovensku je oproti krajinám V3 dostatok lekárov (Graf 57), problém je v ich štruktúre oproti krajinám EU-15.** V porovnaní so západnými krajinami má Slovensko priveľa špecialistov a málo všeobecných lekárov (Graf 58), 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 57: Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017** |  | Graf 58: 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.* | *Zdroj: OECD* |

**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 59 : Veková štruktúra lekárov podľa odborností** |
|  |
| *Zdroj: Slovenská lekárska komor:* |

**Dostupnosť všeobecných lekárov na úrovni krajov sa v zásade nelíši (Graf), 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 60: 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 privysoký 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 (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 61: Počet chýbajúcich sestier podľa štatistického zisťovania a prognózy MZ** |  | **Graf 62: Počet zdravotných sestier upravených o vekovú štruktúru obyv. (na 1 000 obyv.), 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: MZ* |  | *Zdroj: OECD, NCZI, prepočty UHP* |

## Zvýšenie atraktivity všeobecného lekárstva a povolania sestry

**Špecializácia všeobecné lekárstvo je pre mladých lekárov neatraktívna.** Iba 9 % absolventov medicíny si volí tento odborov, zatiaľ čo v EU je to 17 % (WB2). Medzi príčiny patrí nedostatok kontaktu s odborom počas štúdia, ako aj kvôli nízkemu finančnému ohodnoteniu oproti špecialistom, ktoré vyplýva najmä z rozdielnych platobných mechanizmov (viac nižšie).

**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 kapitačným kmeňom novému lekárovi. V prípade mladého lekára predstavuje takýto nákup ambulancie vysokú vstupnú investíciu. Pôžička sa mladému lekárovi vyplatí, len ak má dostatok kapitovaných 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 120[[111]](#footnote-111). Záujem o rezidenčný program pediatrov od roku prvého roku, kedy sa prihlásilo 30 uchádzačov, klesá. V roku 2018 sa ich prihlásilo iba 7. Rezidentský program za 3 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 skoordinovať liečbu pacientov. Súčasné polikliniky síce združujú ordinácie všeobecných lekárov a špecialistov, tie však de facto fungujú ako samostatné jednotky. Integrovanejšie kliniky môžu umožniť rozdelenie úloh medzi lekárov, rozložiť záťaž a tiež priniesťvýhody 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 (časť 12.4). Takéto nastavenie funguje napr. vo Veľkej Británii.[[112]](#footnote-112)

|  |
| --- |
| **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. * Zahrnúť odbor všeobecné lekárstvo ako súčasť štúdia iných vybraných lekárskych špecializácií, zahrnutie do magisterského štúdia a posilnenie praxe * Podpora vzniku integrovaných kliník, kde si lekári spoja kapitačné kmene * Úprava regulácie miezd personálu v UZS pri ponechaní prerozdeľovania zdrojov na personál na nemocnice |

## 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.[[113]](#footnote-113)

**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.**

**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 chirurgické zákroky. Z týchto dôvodov pri mnohých akútnych alebo chronických ochoreniach posielajú pacienta 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 sestra v primárnej starostlivosti alebo komunite (Svetová banka). **Rozšíreniu kompetencií musí predchádzať navýšenie počtu sestier** (časť 12.3). Ďalšou možnosťou je presun súčasných kompetencií a náplne práce sestier na nezdravotnícky personál. Ako bolo spomenuté vyššie, v ambulanciách všeobecných lekárov dnes sestry trávia veľa času administratívou, časť týchto činností by mohla byť prenesená na administratívnych pracovníkov.

|  |
| --- |
| **Opatrenie**   * Zabezpečenie materiálno-technického vybavenia zo strany štátu (priamy nákup, príspevok, výhodná pôžička) * Zabezpečenia zaškolenia a potrebnej praxe 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. |

## Platobné mechanizmy

**Súčasné 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 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 poskytované 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: UHP* |

|  |
| --- |
| **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 |

# 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. NICE v UK. Kvalitné štandardné usmernenia majú mnoho výhod pre poskytovateľov ZS, inštitúcie v zdravotníctve a pacientov [[114]](#footnote-114):

* **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 oblastí[[115]](#footnote-115).

## 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 63).** 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 64). Zlým výsledkom v zdraví marginalizovaných rómskych komunitách sa venuje Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou[[116]](#footnote-116).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 63: Dojčenská úmrtnosť – benchmark (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016** |  | **Graf 64: Dojčenská úmrtnosť – skladba podľa skupín obyv. (počet smrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených), 2016** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: Register fyzických osôb, Atlas rómskych komunít 2013, Eurostat, výpočty ÚHP* |

**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 pridlho - v priemere 4,7 dňa, čo je viac ako v krajinách V3, a až o tretinu viac ako v krajinách EU-15 (Graf 65).** WHO odporúča minimálne 24 hodinový pobyt ak matka nekrváca, matka a dieťa nemajú známky infekcie a dojčenie je bezproblémové.[[117]](#footnote-117) 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 66).** 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 odďaľujú pripravenosť ženy a dieťaťa na odchod domov a nedostatočne rozvinuté sociálno-zdravotná starostlivosť po odchode z nemocnice.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 65: Priemerná dĺžka pobytu v nemocnici podľa typu pôrodu, v dňoch, 2017** |  | **Graf 66 :Vzťah ALOS pri spontánnom pôrode a celkovej dojčenskej úmrtnosti; 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

## 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.[[118]](#footnote-118) 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 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[[119]](#footnote-119) 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 32: 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* | |

## 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.[[120]](#footnote-120) 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.[[121]](#footnote-121)

**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 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, 2015). Naopak, s cisárskym rezom sú 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)[[122]](#footnote-122).

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[[123]](#footnote-123) 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 67: Podiel cisárskych rezov na 1000 pôrodov** |
|  |
| *Zdroj: OECD* |

**Znížením podielu pôrodov vykonaných cisárskym rezom na úroveň, ktorú odporúča WHO, možno usporiť až 1,9 mil. eur (Tabuľka 33).**

|  |  |
| --- | --- |
| Tabuľka 33:. 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* | |

## Po pôrode

**Moderné postupy pri popôrodnej starostlivosti o matku a dieťa sa dostali do štandardných postupov len tento rok,[[124]](#footnote-124) ich doterajšia absencia je spojená so zdravotnými rizikami a plytvaním zdrojov.** Medzi prioritné odporúčania WHO 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 naviazania 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 odporúča kontrolu zdravotného stavu matky, dojčenia a hojenia rán, emocionálneho stavu symptómov popôrodnej depresie, atmosféry v rodine, známok domáceho násilia, ale aj problémov s naštartovaním bezbolestného sexuálneho styku[[125]](#footnote-125). 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.

|  |
| --- |
| **Opatrenia – ŠDTP:**   * Vytvorenie a schválenie štandardných diagnosticko-terapeutických postupov   **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“ pôrodnícke 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 |

# 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 zlepší 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 68 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 69 ukazuje podobný príbeh s viacerými krajinami, výraznou odchýlkou je USA, ktoré majú najvyššie výdavky a výrazne horšie výsledky ako iné bohaté krajiny.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 68: Odvrátiteľná úmrtnosť a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP** |  | **Graf 69: Očakávaná dĺžka života pri narodení a celkové výdavky na zdravotníctvo na obyv. v PPP** |
|  |  |  |
| *Zdroj: Eurostat a OECD* |  | *Zdroj: Eurostat a OECD* |

## 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. Graf ukazuje, že rozdiely v odvrátiteľnej úmrtnosti kopírujú skôr výšku výdavkov na zdravotníctvo, ale zároveň aj to, že 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 obyvateľov[[126]](#footnote-126).Zdroje na tieto platby však opäť pochádzajú najmä od pracujúcich a bohatších ľudí, ktorí dotujú zdravotnú starostlivosť ekonomicky neaktívnych a chorľavejších 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 trhovo zameraného systému financovania v Holandsku sú opísané v Prílohe.

### 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“[[127]](#footnote-127). Legislatívne úpravy[[128]](#footnote-128) 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 priorít a dôkazov o potrebách v zdravotnej starostlivosti (napr. v Holandsku o balíku rozhoduje na základe odborných posudkov štátny ústav zdravotnej starostlivosti, Zorginstitut Nederland[[129]](#footnote-129)).

**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 zostručnený prehľad so 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 -** j**e 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. DZP je produkt na trhu zdravotného poistenia, ktorého črty určuje systém zákonného zdravotného poistenia. Ak napríklad štát jasne zadefinuje, ktoré výkony a služby uhrádza 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 (viac v kapitole 2.1.1).

**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 2.1).

|  |
| --- |
| **Opatrenie:** Definícia základného balíka, na ktorý má nárok každý poistenec z VZP a jeho prezentovanie čitateľnou formou poistencov Ministerstvom zdravotníctva, UDZS a zdravotnými poisťovňami |

## 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 centralizovanejsprávy 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.

### 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.[[130]](#footnote-130)

**Neefektivita 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. čo predstavuje 223 eur na poistenca. Tieto 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 vyjednajú nižšie ceny za rovnaké výkony (viac v kapitole 4.6).

|  |
| --- |
| **Opatrenie:** určiť pravidlá narábania zo zdrojmi z VZP, ktoré neboli použité na zdravotnú starostlivosť |

### 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 poisťovniam s nákladnejšími pacientmi. 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.

**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 nespadajú 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. 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 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 prerozdeľovacieho 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 |

### 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 dlhodobo problém s hospodárskym výsledkom, ktorý sa výrazne mení z roka na rok, a s plánovaním výnosov a nákladov v porovnaní so súkromnými poisťovňami (Graf 70).

**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 70: 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 72), napriek tomu jej kontinuálne ubúda viac poistencov (Graf 71).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 71: Prírastok/úbytok počtu poistencov** |  | **Graf 72: Zmena priemerných výdavkov na ZS na 1 poistenca, upravené o poistný kmeň** |
|  |  |  |
| *Zdroj: UDZS* |  | *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 34: 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 náboru 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 |

## Regulácia zdravotného systému

**Reguláciu zdravotného systému na Slovensku zabezpečuje od roku 2004 úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS).** Reguluje najmä fungovanie zdravotných poisťovni a kontroluje správne poskytovanie ZS.

**ÚDZS je politicky závislý úrad, predsedu aj správnu radu vymenúva vláda na návrh ministerstva zdravotníctva, dozornú radu parlament.**

**V oblasti regulácie zdravotných poisťovni ÚDZS pri ekonomických a iných rizikách nariaďuje poisťovniam ozdravný plán či nútenú správu.[[131]](#footnote-131)**

* **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.**[[132]](#footnote-132) **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 nezaoberá.** Súd môže prihliadnuť na zistenia úradu vo veci pochybení, dokazovanie však vykonáva samostatne. Pacientom tak priamo nepomôže obrátiť sa v prípade nespokojnosti na ÚDZS.

## 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) [[133]](#footnote-133). Niektoré štúdie identifikovali lepšiu výkonnosť u for-profit nemocníc, rozdiely medzi typmi nemocníc však vychádzajú skôr z inštitucionálneho nastavenia systému[[134]](#footnote-134). 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.

# Dlhodobá starostlivosť

## 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 EU-15.** 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 35, Graf 75, Graf 76). Ako dlhodobá starostlivosť sa označuje zdravotná a sociálna starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov a seniorov (Box 10).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 73: Výdavky na dlhodobú starostlivosť, % HDP, 2016** |  | **Graf 74: Podiel obyv. vo veku 65+, 2016** |
|  |  |  |
| *Zdroj: EK, AWG* |  | *Zdroj: Eurostat* |

**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 74).** 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 35: Porovnanie výdavkov na dlhodobú starostlivosť po zohľadnení vekovej štruktúry** | | | | |
|  | EU-15 | V3 | SK-2017 | SK 2030 |
| Výdavky na DS, % HDP | 1,7% | 0,8% | 0,9% | - |
| Podiel obyv. vo veku 65+ | 18,9% | 17,8% | 14,7% | 21,2% |
| Výdavky na DS krajín EU-15 pri vekovej štruktúre SK, % HDP | - | - | 1,3% | 1,9% |
| Rozdiel vo výdavkoch SK a EU-15 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 75: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, % HDP** |  | **Graf 76: Potrebný nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť, v mil. eur** |
|  |  |  |
| *Zdroj: EK, OECD* |  | *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“.[[135]](#footnote-135) 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.  **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 exekutíve 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 * geriatria * paliatívna starostlivosť | | **Ambulantné/ terénne služby** | Denný stacionár  Rehabilitačné stredisko  Opatrovateľská služba | Mobilný hospic  ADOS (Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti)  Stacionár  Domáca  **Ambulancie:**   * geriatria * paliatívna | | **NEFORMÁLNA DS** |  | Príspevok na opatrovanie  Ošetrovné |  | |

## 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 pome-novala Európska komisia v správe z roku 2018.**[[136]](#footnote-136)** 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 77) a celkovo zhoršená kvalita života seniorov a  dlhodobo chorých pacientov, ale aj záťaž na príbuzných a blízkych, ktorí seniorov opatrujú. **Zmeny v systéme sú nevyhnutné, aby sa situácia s ohľadom na rýchle starnutie obyvateľstva nezhoršovala.**

|  |
| --- |
| **Graf 77: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+** |
|  |
| *Zdroj: MZ SR* |

### 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 kombinácií s ďalšími spomínanými nedostatkami dlhodobej starostlivosti spôsobuje zbytočné opakované hospitalizácie.

**V roku 2019 bola vládou schválená novela Zákona o zdravotnej starostlivosti[[137]](#footnote-137), ktorá má navýšiť kapacity v následnej ÚZS[[138]](#footnote-138).** 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 hospicoch 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 normatívov 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 hospicov[[139]](#footnote-139), 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 dispozícií 18 500 lôžok, počet čakateľov v roku 2018 bol 5 700. Ide pritom o najvyššie stupne odkázanosti, pri ktorých je domáca starostlivosť náročná. Až 20 % respondentov v prieskume[[140]](#footnote-140) 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 € 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 fórum[[141]](#footnote-141) 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 indikácií lekárom môže poberať rodinný príslušník opatrovanej osoby, avšak jeho limitom je časové obmedzenie poberania príspevku na 3 mesiace. Keďže čakacie doby na 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 EU-15 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)[[142]](#footnote-142) |

# Prevencia ochorení a podpora zdravia

## 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 EU-15 (Graf 78).** Počet takýchto úmrtí meria ukazovateľ úmrtia odvrátiteľné prevenciou (preventable mortality), ktorý publikuje Eurostat[[143]](#footnote-143).

**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 (Obrázok). Významnú časť príčin úmrtí odvrátiteľných prevenciou tvoria zranenia z automobilových nehôd a iné zranenia, choroby spojené s užívaním alkoholu a sebapoškodzovanie vrátane samovrážd.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 78: Úmrtnosť, ktorej sa dá predísť lepšou prevenciou (*Preventable mortality*), na 100-tisíc obyv., 2016** |  | **Graf 79: Záťaž chorobou vrátane predčasného úmrtia (DALY) na Slovensku ,% z celku, 2017** | |
|  |  |  | |
| *Zdroj: Eurostat* |  | \*Zahŕňa aj úrazy spôsobené sebapoškodzovaním, a škodlivé užívanie alkoholu a psychotropných látok | *Zdroj: IHME* |

|  |
| --- |
| **Schéma. Ukazovateľ DALY** |
|  |
|  |

**Prevencia** **zahŕňa primárnu prevenciu** (preventívnu zdravotnú starostlivosť, očkovania) **a sekundárnu prevenciu** (skríningy, 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.

## Výdavky na prevenciu a podporu zdravia

**Z verejných výdavkov na zdravotníctvo smeruje v krajinách V3 v priemere 2,5 % a krajinách EU15 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. 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 80: Výdavky na prevenciu, % HDP, 2017** |  | **Graf 81: Výdavky na prevenciu, % z celkových výdavkov na zdravotníctvo, 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

## 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 (OECD).** 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[[144]](#footnote-144).**

### 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 EU-15 (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 škôlok[[145]](#footnote-145)**.

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

Rada Európskej Únie[[146]](#footnote-146) 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 systéme a boj proti dezinformáciám.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graf 82: Zaočkovanosť na osýpky** |  | **Graf 83: Zaočkovanosť na chrípku, % obyv. nad 65 rokov, 2017** |
|  |  |  |
| *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

**Skríningové programy majú za účel cielenými 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 84),** má aj vyššiu úmrtnosť na rakovinu prsníka (Graf 85).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 84: Podiel žien, ktoré absolvovali skríning na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79, 2017\*** | |  | **Graf 85: Úmrtnosť na rakovinu prsníka, na 100-tisíc žien, 2015** |
|  | |  |  |
| *\*alebo skôr* | *Zdroj: OECD* |  | *Zdroj: OECD* |

**V miere skríningov na rakovinu kŕčka maternice u gynekológa je na tom Slovensko mierne lepšie ako priemer krajín V3 a výrazne horšie ako krajiny EÚ-15 (Graf 86).**

|  |
| --- |
| **Graf 86: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (kŕčok maternice), vo veku nad 19 rokov** |
|  |
| *Zdroj: OECD* |

**V roku 2019 zaviedlo MZ nové skríningové 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.[[147]](#footnote-147)

**Posilnený skríning 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 skríningu 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 100 000 obyvateľov od roku 2020.

**Zavedenie skríningov 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 skríningu kvôli častým prípadom, keď bola diagnostikovaná rakovina u zdravej pacientky (chybne pozitívne výsledky). WHO momentálne odporúča diagnostiku len u žien, ktoré splnia určité kritériá (WHO, 2014). MZ SR spustilo celoplošný skríning 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 EU (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 EU a hlavná príčina najčastejšieho úmrtia odvrátiteľného prevenciu – rakoviny priedušnice, priedušiek a pľúc (OECD). Na Slovensku fajčí viac ľudí ako v krajinách EU-15 a viac adolescentov ako v susedných krajinách.** Približne polovica fajčiarov zomiera predčasne, priemerne o 14 rokov. Je tiež hlavným rizikovým faktorom 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 HAG).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 87: Fajčenie\* u 15-16 ročných, 2015** | |  | **Graf 88: Každodenné fajčenie u dospelých, 2016** |
|  | |  |  |
| *\*za posledných 30 dní* | *Zdroj: ESPAD* |  | *Zdroj: OECD* |

**Ochorenia spojené s konzumáciou alkoholu[[148]](#footnote-148) sú treťou najčastejšou príčinou ochorení odvrátiteľných prevenciou. Na Slovensku až 42 % adolescentov pije nárazovo veľké množstvá alkoholu, čo je viac ako v krajinách V3 a EU-15 (Graf 90). V množstve skonzumovaného alkoholu v dospelosti je Slovensko na úrovni EU-15 (Grafy 91).** Nárazové, ale aj dlhodobé mierne pitie prispieva ku kardiovaskulárnych ochoreniam, cirhóze pečene, niektorým druhom rakoviny, a tiež k úrazom, nehodám, násiliu, zabitiam a samovraždám. **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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 89: Nárazové ťažké pitie alkoholu\* u 15-16-ročných, 2015** | |  | **Graf 90: Konzumácia alkoholu u dospelých, litre, 2016** |
|  | |  |  |
| \*za posledných 30 dní | *Zdroj: ESPAD* |  | Zdroj: OECD |

**Obezita u dospelých je na Slovensku nižšia ako v susedných krajinách a porovnateľná s krajinami EU-15, 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 EU zaviedli daň z potravín a nápojov s vysokým obsahom tuku, cukru a soli** EU 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Graf 91: Obezita u 7-8 –ročných, 2017** | |  | **Graf 92: Obezita u dospelých, 2014** |
|  | |  |  |
| *\*alebo skôr* | *Zdroj: WHO* |  | *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 EU-15** (Graf 96). Miniatúrne 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.

**Nezdravý životný štýl majú častejšie ľudia s nižším vzdelaním a socio-ekonomickým statusom. V rámci EU 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[[149]](#footnote-149), najmä kvôli vyššiemu výskytu cukrovky a fajčeniu. Okrem prejavov nezdravého životného štýlu by sa politiky mali zameriavať preto aj na znižovanie chudoby.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Graf 93: Úmrtnosť kvôli vystaveniu sa vplyvu vonkajších PM2.5 a ozónu, 2016** |  | | **Graf 94: Rozdiel v obezite podľa vzdelania, 2014** | |
|  |  |  | |
| *Zdroj: IHME* |  | |  | |

**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“[[150]](#footnote-150) 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. |

# 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.

## Záťaž duševnými poruchami na zdravie

**V roku 2017 trpel každý ôsmy obyvateľ Slovenska jednou alebo viacerými duševnými poruchami[[151]](#footnote-151), najmä úzkostnými poruchami** (Graf 95).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 (CIHI, 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.

|  |
| --- |
| **Graf 95: Výskyt ochorení v populácii, 2017\*** |
|  |
| *\*nezahŕňa demenciu. Demencia je v rôznych klasifikáciách zaraďované medzi ochorenia neurologické (IHME) a psychiatrické (MKCH-10).*  *Zdroj: IHME* |

**Na Slovensku** **duševné poruchy zaťažujú ľudí počas života[[152]](#footnote-152) najviac hneď po muskoskeletálnych ochoreniach a úrazoch a oveľa viac než kardiovaskulárne či nádorové ochorenia (Graf 96).** Zároveň sú duševné poruchy sú 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 prevenciou[[153]](#footnote-153). Až 98 % ľudí pred výkonom samovraždy vykazuje známky duševnej poruchy. Samovražda je po automobilových nehodách druhou najčastejšou príčinou smrti u mladistvých (OECD, 2018).

**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 štatistík. Pri úzkostných poruchách dosahuje počet neliečených až 84 % (Bražinová, 2019) (Graf 97).[[154]](#footnote-154) **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 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 96: Záťaž duševnými poruchami počas života, % zo záťaže počas života všetkých chorôb, SK, 2017** |  | **Graf 97: Podiel neliečených pacientov s duševnou poruchou** |
|  |  |  |
| *Zdroj: IHME* |  | *Zdroj: OECD, Bražinová (2019)* |

## Záťaž 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)[[155]](#footnote-155).** Z toho

* **480 mil. eur** tvoria priame náklady **v** **zdravotníctve**: lieky, hospitalizácie a návštevy lekára spojené s duševnými poruchami.[[156]](#footnote-156) Väčšinu tvoria náklady spojené s liečbou fyzických ochorení, ktoré sú dôsledkom alebo sprievodným faktorom veľkej časti duševných porúch. **Časť týchto nákladov vzniká kvôli neinformovanosti, stigme 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 upokojenia 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 prehlbovanie 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 99).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Graf 98: Priame a nepriame náklady spojené s duševnými poruchami na Slovensku, mil. eur** | |  | **Graf 99: Výdavky na zdravotnú starostlivosť zameranú na duševné poruchy a celková záťaž duševnými chorobami DALY\*** | |
|  | |  |  | |
|  | *.Zdroj: OECD, Health at a Glance 2018* |  | *\*Výdavky: Slovensko 2017, ostatné 2013. Za Slovensko výdavky na špecializovanú a ústavnú ZS a lieky.*  *Záťaž: IHME 2017, % z celkovej záťaže.* | *Zdroj: Eurostat, NCZI, IHME* |

## 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 najúčinnejšie opatrenia v oblasti duševného zdravia a  zároveň majú vysokú návratnosť investícií (WB, 2015).**

**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,[[157]](#footnote-157) z toho v priemere 1,26 libryuž v prvom roku (Public Health England, 2017). Najnávratnejšie 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 najúčinnejšie.** 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 dospelej 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 36.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabuľka 36: Programy podpory zdravia a prevencie podľa vekových skupín** | | |
| **Veková skupina** | **Typy programov** | **Návratnosť za 1 libru investície (PHE, 2017)** |
| Rané detstvo | • 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 | • 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 | • prevencia stresu zamestnancov, skríning, informovanosť, podpora zamestnancov s chorobou  prevencia u nezamestnaných bez poruchy a podpora nezamestnaných s poruchou | 2 - 2,4 libry. |
| Seniori | 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, cielené skríningy, ochrana ľudských práv, nastavenie vyšetrovacích a súdnych zložiek 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 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.[[158]](#footnote-158) 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 minutý 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. [[159]](#footnote-159)

**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 %, stacionáre s odbornosťou gerontopsychiatria na Slovenku 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 vykonajú lekári 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 nákladoch[[160]](#footnote-160). Pre dosiahnutie efektu však treba zabezpečiť, aby všeobecní lekári boli na nové kompetencie dobre pripravení (viac v kapitole 5 a 12).

**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, 2019, OECD Focus, SPS SLS). **Na Slovensku je nedostatok 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 depresií, ale aj úzkostí po úvodnej stabilizácii.** WHO však odporúča zvážiť 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.[[161]](#footnote-161)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Graf 100: Spotreba liekov na úzkosť, DDD\* na tisíc obyv.** | |  | **Graf 101: Spotreba antidepresív, DDD\* na tisíc obyv.** | |
|  | |  |  | |
| *\*DDD – definovaná denná dávka* | *Zdroj: OECD* |  | *\*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 (graf 2). 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 politík. 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** |  | **Obrázok 2: Súvislosť priamych platieb domácností a výskytom finančnej núdze v ich dôsledku** |
|  |  |  |
| *Zdroj: WHO* |  | *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 (bližšie Box 1).

**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 37). Podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo bol v rokoch 2015–2017 konštantný (18–19 %).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 37: 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 38: 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 časti 1.1.3).

Pri troch oblastiach spomenutých v tabuľke 3 legislatíva[[162]](#footnote-162) 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 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 hradené 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 neriešiť 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 hradenú 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.[[163]](#footnote-163)

|  |
| --- |
| Box 13: Zdroje dát o platbách domácností z vlastného vrecka  Na Slovensku sa platby domácností z vlastného vrecka historicky sledovali troma rôznymi spôsobmi – prostredníctvom národných účtov, rodinných účtov alebo ekonomických výkazov NCZI – všetky vykazovali rozdielnu úroveň OOP. Na základe záverov štúdie[[164]](#footnote-164) 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 podhodnotené[[165]](#footnote-165). Prvým dôvodom je výber vzorky – zisťovanie zväčša nezahŕňa osoby žijúce v ústavných zariadeniach (nemocnice, 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** vypĺňajú 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 zahrnula aj odhad neformálnych platieb[[166]](#footnote-166) 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 vrecka 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 vrecka v ekonomických výkazoch NCZI**  Výkazy o ekonomike organizácií v zdravotníctve evidujú platby od domácností v 4 kategóriách:   1. 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 2. Zdravotnícke pomôcky – platby za pomôcky, ktoré sú čiastočne alebo plne hradené obyvateľstvom 3. Doplnkový sortiment – medicínsky tovar, ktorý nemá pridelený ŠÚKL kód a všetky dietetické potraviny, ktoré sa nachádzajú v kategorizačnom zozname 4. 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 útvaru[[167]](#footnote-167).  Tržby sú pridelené konkrétnym nákladovým strediskách, ktoré zodpovedajú jednotlivým špecializáciám. Z výkazov je tak možné vyčísliť priame platby obyvateľov podľa druhu špecializácie lekárov. |

**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 39: 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 oftalmoskopom | 1246 | 568 890 | 1 415 670 |
| 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 |
| bronchiálna astma | spirometrické/spirografické vyšetrenie | 5766 | 449 464 | 1 636 857 |
| 5766R | 73 | 803 |
| 5773 | 859 | 8 423 |
| **Spolu** |  |  | **2 404 643** | **9 722 249** |
| *Zdroj: paper, eHealth* | | | | |

**Príloha 3: Zdravotnícke 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 priorít a zdravotnú starostlivosť poskytuje všetkým obyvateľom. Dane sú hlavným zdrojom v Spojenom kráľovstve, Španielsku, Dánsku, Írsku. Môže ísť o všeobecné dane (vyzbiera 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, škandinávske 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 odvádza 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 sa 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 spotrebitelia, ktorí sa poisťujú proti riziku vysokých nákladov na liečbu v budúcnosti. Výška platby (poistná prémia) 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:**  **Spektrum**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Všeobecné dane v celkovom rozpočte verejnej správy |  | Dane predurčené na zdravotníctvo (earmarked) | Povinné odvody v zákonnej výške |  | Odvody stanovené trhom  (dohoda medzi platcom, zamestnávateľom, poisťovňou) |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **DANE** | |  | | **ODVODY** | | | UK | Taliansko | | Francúzsko | | Holandsko |   **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. Spotrebitelia 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 zamestnancm, 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 častiam 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 poistnú prémiu, 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: McPake et al. (2013)* |

|  |
| --- |
| **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 réžií 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 otázna.** 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.[[168]](#footnote-168) 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 jeden krát. 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.  **Schéma Základný balík, doplnkový balík a systém ich financovania v Holandsku**  ZÁKLADNÝ  BALÍK  DOPLNKOVÝ  BALÍK  ZP Z  ZP Y  ZDRAVOTNÁ  POISŤOVŇA X  POISTENEC  prvotná spoluúčasť (bod 3)  **min. 385€/rok**  nominálne poistné (bod 1)  **cca 1432€/rok**  pripoistenie  ZAMESTNÁVATEĽ/  ZAMESTNANEC, SZČO  zdravotný odvod (bod 2)  **6,95 %, resp. 5,7 %**  **~~cca 1432€/rok~~**pripoistenie  ŠTÁT  príspevok za 0-18  zdravotná dávka    **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).   1. ***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.   1. ***„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 spoluúčasť až do výšky 885€. Pri vyššej spoluúčasti následne platí nižšiu mesačnú nominálnu prémiu, 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 prémií).  **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 balík[[169]](#footnote-169)** 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 byť[[170]](#footnote-170):

* 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, ktoré priamo vymenúvajú 7 000 – 8 500 benefitov zahrnutých v základnom balíku. Pri negatívnom vymedzení je zoširoka pomenovaná hradená 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 hradené 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“ [[171]](#footnote-171). 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 chorôb[[172]](#footnote-172) a kúpeľná liečba nadväzujúca na ambulantnú/ústavnú ZS pri splnení indikačných podmienok[[173]](#footnote-173).
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 chorôb[[174]](#footnote-174) 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 hradené 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.

**Nemedicínske služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. stravovanie, pobyt na lôžku) sú hradené z VZP v pomerne jasne definovaných prípadoch[[175]](#footnote-175).** 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 poplatok[[176]](#footnote-176). 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.[[177]](#footnote-177)

**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 vyberaný poplatok je oprávnený.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 40: 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 ZZP) |
| 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 |
| Zdroj: ? | | | | |

Ak naopak takáto definícia chýba, je náročné vytvoriť produkt DZP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabuľka 41: 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 |
| Zdroj: | | |

**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 očkovania[[178]](#footnote-178), nadštandardných vyšetrení[[179]](#footnote-179) a niektorými stomatologickými benefitmi, tieto rozdiely sú zvyčajne komunikované potenciálnemu poistencovi nečitateľne. Napríklad v prípade nadštandardných očkovaní 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 poistenec 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.[[180]](#footnote-180)** 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 pediatrov[[181]](#footnote-181) ako aj iná odborná verejnosť[[182]](#footnote-182) 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 rizikoví 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 poisťovniam s nákladnejšími pacientmi. 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 inde** * **y** – veku, pohlavia a typu poistenca (ekonomicky aktívna osoba a poistenec 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 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 poistenec bude zaradený do vyššej VRNI skupiny, a tak bude časť neefektívnej platby vykompenzovaná prerozdeľovacím 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 spotreby 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, zomrelý, 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.   **Prerozdeľovací 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 neprideľuje vysoké prerozdelenie, keďže napríklad nespadajú 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 poistný 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 indexy[[183]](#footnote-183) mal predikčnú silu len 18 %, tá stúpla zaradením VRN indexov[[184]](#footnote-184) (vysvetlenie indexov v boxe). Dôsledkom je, že pre väčšinu poistencov prerozdeľovací mechanizmus pridelí príliš vysokú alebo príliš nízku sadzbu – ak však tieto odchýlky u pod- a nadkompenzovaných poistencov nie sú systematicky odlišné medzi poisťovňami, pri dostatočne veľkom počte poistencov 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 poistencov, ktorí sú po prerozdelení pod- alebo nadkompenzovaní sumou vyššou ako 1 000 eur.** Tabuľka 42 ukazuje, že počet nedokonale kompenzovaných poistencov klesol po tom, čo sa do modelu vstúpili VRN indexy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tabuľka 42: 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 predkompenzovaných 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 43. 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 43: 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 poistencov.** Podľa IZP sa do slovenského modelu po VRNI plánujú pridať aj indexy užívania pomôcok, indexy DCG a váženie dĺžkou poistenia[[185]](#footnote-185). Graf 102 ukazuje, ako nové parametre zvýšia predikčnú schopnosť modelu, čím rôznou mierou zvýšia platby za podkompenzovaných a znížia platby pre nadkompenzovaných poistencov (viac v prílohe).

|  |
| --- |
| **Graf 102: 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 limit[[186]](#footnote-186) a nadlimitné platby predstavovali rozdiel medzi skutočnými platbami a týmto limitom. Následne bolo 80 % nadlimitných platieb sčítaných za všetkých poistencov 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 poistencov, 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.

**Príloha 4: Prevádzkové náklady nemocníc**

**Elektrická energia**

**Výhodnejšie obstarávanie elektrickej energie môže priniesť úsporu 262 tis. eur.** Jednotkové ceny[[187]](#footnote-187) v UN a FN platné počas roka 2018 variovali od 33,9 do 50,1 eur za MWh. Zmluvné ceny sa trhovej hodnoty[[188]](#footnote-188) 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 44: 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 45: 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[[189]](#footnote-189) | 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*

**Upratovanie**

**Zjednotením cien za upratovacie služby na úroveň druhej[[190]](#footnote-190) 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 46: 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 vyčísliť 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 centrálneho obstarávania služieb pre všetky UN a FN prostredníctvom ÚRPO s cieľom dosiahnuť úspory z rozsahu.

**Tabuľka 47: Kalkulácia úspor v pracích 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/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 48: 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[[191]](#footnote-191) 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*

**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 49: 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[[192]](#footnote-192) | - | 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 kanceláriami 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 54). 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 50: 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*

**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 51). Pacient si nepolepšil.**

**Od 1. októbra 2019 má dôjsť k zmene výšky úhrady v danej skupine (tabuľka 52). Skupina ostane problematická, nie však pre VZP, ale pacienta.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabuľka 51: 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 | spotreba2018 (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 kyselinu ursodeoxycholovú | | | | | | Zdroj: mesačné kategorizačné zoznamy liekov, výkazy NCZI L02 typu R a LA | | | |

**Vysvetlenie tabuľky 51:**

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). Poisťovne správne hradili lieky iba do výšky najlacnejšieho pri danej sile, ak chcel pacient zbytočne drahší liek, doplácal.

Spojením obidvoch 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 poisťovne hradili iba 19,98 eur a zvyšok by bol doplatok. V snahe vyhnúť sa rastu doplatkov pri všetkých liekov v sile 250 mg, MZ nastavilo úhradu podľa 3. najnižšej jednotkovej ceny v skupine a tak poisťovne 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 52: 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 | spotreba2018 (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 52:**

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[[193]](#footnote-193)** 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[[194]](#footnote-194)** 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 neviedla k uspokojivým výsledkom.“[[195]](#footnote-195)* 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 obyvateľov[[196]](#footnote-196), 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. |

**Príloha 7: Platobné mechanizmy**

Nemocnice v krajinách OECD sú financované cez štyri základné typy platobné mechanizmov.

1. **Platba za prípad** (payment per case)
   1. Platba za diagnózu (DRG, diagnosis-related groups)
   2. Platba za ukončenú hospitalizáciu
2. **Platba za výkon** (FFS, fee-for-service)
3. **Platba za lôžkodeň** (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 lôžkodeň (bod 3), používa sa v prípade dlhodobej hospitalizácie na internom oddelení alebo psychiatrií.

**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 rokovaniach medzi ZP a poskytovateľmi je dobrovoľné. Platba za výkon sa používa aj pri jednodňovej chirurgií a krátkodobej hospitalizácii (do 72 hodín).

**Platobné mechanizmy, ktoré sú v súčasnosti v slovenskom systéme využívané, majú rôzne nevýhody** (Tabuľka 53). Platba za ukončenú hospitalizáciu poskytovateľov môže motivovať k čo najkratšej dobe hospitalizácie, platba za lôžkodeň 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.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OECD[[197]](#footnote-197) 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 53: 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 | |  |  |  | *Zdroj*: | |   **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:  * **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.   1. **„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. 2. **„Population-based payments“ –** skupiny poskytovateľov sú ohodnotené v závislosti od veľkosti populácie, ktorú pokrývajú. V USA takto vznikli tzv. ACOs (Acountable 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.   *Spracované na základe OECD: Better Ways to Pay for Health Care (2015)* |

**Príloha 8: Prevencia**

|  |
| --- |
| **Box. 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 chemoprofylaktických 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 domácemu 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 18: 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, skríningy 4. Monitorovanie zdravotného stavu 5. Epidemiologický výskum 6. Príprava na stav núdze   Slovensko vykazuje verejné výdavky iba v kategórii 1. |

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. [↑](#footnote-ref-1)
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> [↑](#footnote-ref-2)
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> [↑](#footnote-ref-3)
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. [↑](#footnote-ref-4)
5. EK (2017). *The 2018 Ageing Report.* https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies\_en. [↑](#footnote-ref-5)
6. Z údajov o oficiálnych príjmoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. [↑](#footnote-ref-6)
7. Katastrofické platby (z ang. catastrophic health spending) predstavujú výšku OOP prevyšujúcu 40 % rozpočtu domácnosti po odrátaní výdavkov na základné potreby (WHO, Can people afford to pay for health care?, p. 31) [↑](#footnote-ref-7)
8. Ochudobňujúce platby (z ang. impoverishing health spending) sa posudzujú na základe pozície domácnosti vzhľadom ku hranici chudoby pred a po zaplatení OOP. [↑](#footnote-ref-8)
9. Vysvetlenie v kapitole 5, Box 4. [↑](#footnote-ref-9)
10. MF SR (2017). *Metodika zostavovania scenára nezmenených politík*. Dostupné na http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=9301. [↑](#footnote-ref-10)
11. Projekt realizovala spoločnosť BCG s účasťou ÚHP a IJ [↑](#footnote-ref-11)
12. Opatrenia tejto revízie sú zosumarizované v tabuľke 5 a 6, v kapitole 3.5 a opatreniach pomenovaných vo zvyšku materiálu v samostatných rámčekoch. [↑](#footnote-ref-12)
13. OECD (2017). Performance budgeting. *Government at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/gov\_glance-2017-40-en. [↑](#footnote-ref-13)
14. WHO (2016). *Budgeting for Health*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter8-eng.pdf;jsessionid=BF3121060284ABD899F4F58BC72CC001?sequence=11. [↑](#footnote-ref-14)
15. 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. [↑](#footnote-ref-15)
16. 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 [↑](#footnote-ref-16)
17. V čase zavádzania programového rozpočtovania platná legislatíva neuvažovala so zapojením subjektov verejnej správy. [↑](#footnote-ref-17)
18. Definícia poistencov štátu v zákone č. 580/2004 o zdravotnom poistení. [↑](#footnote-ref-18)
19. 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. [↑](#footnote-ref-19)
20. Nárast je primárne spôsobený splátkou dlhu ZP Dôvera. [↑](#footnote-ref-20)
21. https://www.finance.gov.sk/files/archiv/uhp/3370/76/Revizia-vydavkov-zdravotnictvo-II.pdf [↑](#footnote-ref-21)
22. Porovnávané 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. [↑](#footnote-ref-22)
23. Napríklad zvýšená rezistencia voči antibiotikám, viac transplantácií orgánov vďaka bio-inžinierstvu, riziká spojené s vyšším vekom matiek pri prvom pôrode. [↑](#footnote-ref-23)
24. 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. [↑](#footnote-ref-24)
25. 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. [↑](#footnote-ref-25)
26. 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.” [↑](#footnote-ref-26)
27. 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. [↑](#footnote-ref-27)
28. Spoločnosť BCG v spolupráci s expertmi definovala 9 a viac dní ako nadmerne dlhú hospitalizáciu. [↑](#footnote-ref-28)
29. Počet ošetrovacích dní sa rovná súčinu počtu hospitalizácií a priemernej dĺžky hospitalizácie. [↑](#footnote-ref-29)
30. 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. [↑](#footnote-ref-30)
31. Koncepciu oddlženia zdravotníckych zariadení schválila vláda SR v roku 2017. [↑](#footnote-ref-31)
32. V období 2013-2017 strata nemocníc vysvetľuje až 60 % nových záväzkov. Zvyšných 40 % z nárastu dlhu vysvetľujú neprevádzkové náklady, 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. [↑](#footnote-ref-32)
33. <https://ekonomika.sme.sk/c/22205761/nemocnice-by-sa-mali-v-tretom-kole-oddlzit-o-takmer-sto-milionov.html> [↑](#footnote-ref-33)
34. <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302C_Payment_methods_hospital_stays_Short_Report.pdf> [↑](#footnote-ref-34)
35. OECD. Better Ways to Pay for Health Care (2015) [↑](#footnote-ref-35)
36. <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302C_Payment_methods_hospital_stays_Short_Report.pdf> [↑](#footnote-ref-36)
37. Prevádzkové náklady bez zahrnutia osobných nákladov. [↑](#footnote-ref-37)
38. https://www.finance.gov.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/revizia-vydavkov.html [↑](#footnote-ref-38)
39. Príkazom ministersky zdravotníctva SR č. 6/2018 s účinnosťou od 1.1.2019 bol tento problém odstránený. Príkaz zadefinoval jednotný účtovný rozvrh a postupy vedenia vnútropodnikového účtovníctva príspevkových organizácií a akciových spoločností v pôsobnosti MZ SR. (<https://www.health.gov.sk/Clanok?Prikaz-6-2018>) [↑](#footnote-ref-39)
40. Osobná v zmysle zabezpečená pracovníkmi strážnej služby. [↑](#footnote-ref-40)
41. Power Exchange Central Europe, a.s. [↑](#footnote-ref-41)
42. Cez tzv. case-mix index pacientov. [↑](#footnote-ref-42)
43. <https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>. Medzi VAS/primárnu starostlivosť sa v revízii rátajú všeobecní lekári pre dospelých, pre deti a dorast. [↑](#footnote-ref-43)
44. 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. [↑](#footnote-ref-44)
45. ukazovateľ zadefinovaný v štúdii Svetovej banky [↑](#footnote-ref-45)
46. Do tohto porovnania bola zahrnutá celá rómska populácia zahrnutá v Atlase rómskych komunít, nie iba obyvatelia MRK. [↑](#footnote-ref-46)
47. 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. [↑](#footnote-ref-47)
48. <http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/PCF_Press_Releases/Making-Time-in_General_Practice_FULL_REPORT_28_10_15.pdf> [↑](#footnote-ref-48)
49. 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. [↑](#footnote-ref-49)
50. Ak by pomer úhrad VZP na celkových liekových výdavkoch (VZP + domácnosti) ostal nezmenený. [↑](#footnote-ref-50)
51. 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 (centrálne 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. [↑](#footnote-ref-51)
52. Hoci skupina N obsahuje aj iné druhy liekov, podľa NCZI výkazov psycholeptiká a psychoanaleptiká tvoria väčšinu spotreby. [↑](#footnote-ref-52)
53. Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém liekov [↑](#footnote-ref-53)
54. 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 nezahrnutia iných krajín do porovnania, dôvody nezahrnutia sú v boxe 4. [↑](#footnote-ref-54)
55. 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. [↑](#footnote-ref-55)
56. Švédsko ma jednu z najnižších spotrieb antibiotík v EU, vyplýva to z analýzy: European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption.(2018) In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC [↑](#footnote-ref-56)
57. 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. [↑](#footnote-ref-57)
58. Zdroj: NCZI výkazy za rok 2018 L02\_R a L02\_ LA\_R [↑](#footnote-ref-58)
59. European Commission. (2017). A European One Health Action Plan Against Antimicrobial Resistance (AMR). *European Commission*. [↑](#footnote-ref-59)
60. Review on Antimicrobial Resistance. (2016). *Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations*. Review on antimicrobial resistance. [↑](#footnote-ref-60)
61. 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> [↑](#footnote-ref-61)
62. 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. [↑](#footnote-ref-62)
63. Zdroj: <https://dennikn.sk/1538353/sefuje-kontrole-liekov-na-tuto-pracu-treba-odvahu-inspektorke-sa-vyhrazali-pytali-sa-jej-ci-si-je-ista-ze-ma-v-poriadku-auto/> [↑](#footnote-ref-63)
64. Údaje zozbierané z databázy dňa 10.7.2019. Použitý referenčný výmenný kurz MZ k júlu 2019. [↑](#footnote-ref-64)
65. V úhradovej skupine, po prepočítaní cien výrobcu na konečné ceny, podľa kategorizácie k 1.10.2019 [↑](#footnote-ref-65)
66. Liek sa používa ako kontrastná látka pri diagnostike. [↑](#footnote-ref-66)
67. Zdroj: Interný výstup IZP: *Alternatívy riešenia garancie zmluvných objemov pri obstarávaní biosimilárných a generických liekov* [↑](#footnote-ref-67)
68. V prípade, ak ľubovoľný liek v skupine má doplatok aspoň 5% priemernej mzdy z pred 2 rokov – aktuálne 47,7 eur. [↑](#footnote-ref-68)
69. Počítané ako podiel CNL na liekových výdavkoch podľa NCZI 2018 výkazov (súčet za výkazy L02 typu R a LA). [↑](#footnote-ref-69)
70. Informácie získané z webu inštitúcie Amgros - [amgros.dk](http://www.amgros.dk) [↑](#footnote-ref-70)
71. Spôsob uvoľňovania lieku v tele [↑](#footnote-ref-71)
72. Iný liek v systéme s rovnakou účinnou látkou a silou, ale počet ks môžu mať rozdielny. [↑](#footnote-ref-72)
73. INEKO, 2018, analýza stavu a možností širšieho využívania biosimilárnej liečby na Slovensku [↑](#footnote-ref-73)
74. 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. [↑](#footnote-ref-74)
75. Stanovenie úhrady podľa ceny najlacnejšieho lieku na ŠDL v skupine je správny postup, je však dôležité aby v skupine boli iba zameniteľné lieky. [↑](#footnote-ref-75)
76. Zdroj: <https://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/> [↑](#footnote-ref-76)
77. V rozpore so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) [↑](#footnote-ref-77)
78. 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. [↑](#footnote-ref-78)
79. 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. [↑](#footnote-ref-79)
80. 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 [↑](#footnote-ref-80)
81. Výmenný kurz ECB k 24.9.2019, 1 euro = 25,872 CZK [↑](#footnote-ref-81)
82. Zdroj: <https://www.pharmac.govt.nz/>, [↑](#footnote-ref-82)
83. Za nový liek v tomto prípade nie je považovaný liek vstupujúci do už existujúcej ATC skupiny. [↑](#footnote-ref-83)
84. 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. [↑](#footnote-ref-84)
85. <https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/pharmacoeconomic/sr0576-spinraza-resubmission-pharmacoeconomic-report.pdf> [↑](#footnote-ref-85)
86. Farmako-ekonomická štúdia z Kanady slúži iba na ilustráciu problému, keďže nákladová efektivita 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. [↑](#footnote-ref-86)
87. Zdroj: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta588/documents/appraisal-consultation-document> [↑](#footnote-ref-87)
88. Zdroj: <https://www.biopharmadive.com/news/cost-effectiveness-agency-clears-biogens-spinraza-for-uk-patients/554863/> [↑](#footnote-ref-88)
89. Zdroj: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0222208&tab=info> [↑](#footnote-ref-89)
90. Napríklad cez poisťovne formou výnimiek [↑](#footnote-ref-90)
91. Údaj od IJ, pôvodné dáta od ZP a MZ SR [↑](#footnote-ref-91)
92. Zdrojom pre všetky údaje o doplatkoch sú dáta zdravotných poisťovni, údaj za rok 2018. Zahrnuté 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) [↑](#footnote-ref-92)
93. Zdroj: mesačný monitoring VZP [↑](#footnote-ref-93)
94. [↑](#footnote-ref-94)
95. 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.   [↑](#footnote-ref-95)
96. Poľsko používa rozdielnu metodiku, ktorá významne podhodnocuje počet vyšetrení, a preto nebolo do porovnania zahrnuté. Počet vyšetrení na Slovensku podľa dát zdravotných poisťovni 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. [↑](#footnote-ref-96)
97. Zdroj: dáta zdravotných poisťovni za rok 2017, filter kódov výkonov 5600 – 5613 (MR) a 5200 – 5212A (CT) . [↑](#footnote-ref-97)
98. 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. [↑](#footnote-ref-98)
99. Zdroj: <https://transparency.sk/sk/cetecko-je-u-nas-isty-a-velmi-vyhodny-biznis/> [↑](#footnote-ref-99)
100. MZ SR reviduje nákupne ceny prístrojov a znižuje ceny výkonov zohľadnením tejto nákupnej ceny. [↑](#footnote-ref-100)
101. 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. [↑](#footnote-ref-101)
102. Zdroj: NCZI, výkaz L02\_ZP\_R\_2018 [↑](#footnote-ref-102)
103. 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*.* [↑](#footnote-ref-103)
104. Zdroj: Implementačný plán VšZP: revízia výdavkov – hodnota za peniaze a zvýšenie efektivity procesov [↑](#footnote-ref-104)
105. Zdroj: NCZI, výkaz L02\_ŠZM\_2018 [↑](#footnote-ref-105)
106. Zdroj: Priebežná implementačná správa 2018. <https://www.vlada.gov.sk/data/files/7386_priebezna-implementacna-sprava-2018.pdf> [↑](#footnote-ref-106)
107. Poznámka: zahrnutí iba poistenci, 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. [↑](#footnote-ref-107)
108. Zvyšovanie sa týka všetkých nelekárskych zdravotníckych pracovníkov okrem rádiológov a farmaceutov. Zdravotné sestry tvoria veľkú väčšinu z nich. [↑](#footnote-ref-108)
109. Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. [↑](#footnote-ref-109)
110. OECD Economic Surveys. Slovak Republic 2017.https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-slovak-republic-2017\_eco\_surveys-svk-2017-en#page140. [↑](#footnote-ref-110)
111. K februáru 2019 [↑](#footnote-ref-111)
112. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507493/CfWI_GP_in-depth_review.pdf> [↑](#footnote-ref-112)
113. OECD (2017), Health at a Glance. [↑](#footnote-ref-113)
114. <https://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/10-PG_Standard-Treatment-Guidelines_final-08.pdf> [↑](#footnote-ref-114)
115. <https://www.health.gov.sk/Clanok?standardne-diagnosticke-postupy> [↑](#footnote-ref-115)
116. <https://www.finance.gov.sk/sk/media/tlacove-spravy/uhp-revizia-vydavkov-skupiny-ohrozene-chudobou.html> [↑](#footnote-ref-116)
117. <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf> [↑](#footnote-ref-117)
118. <https://zenskekruhy.sk/velke-porovnanie-tehotenskych-vysetreni-slovensko-nemecko-dansko-norsko-com-sa-odlisujeme-od-zahranicia/> [↑](#footnote-ref-118)
119. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/> [↑](#footnote-ref-119)
120. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2017-18> [↑](#footnote-ref-120)
121. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/where-can-i-give-birth/> [↑](#footnote-ref-121)
122. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31930-5/fulltext> [↑](#footnote-ref-122)
123. <https://www.who.int/reproductivehealth/infographic-unnecessary-caesarean-section.pdf> [↑](#footnote-ref-123)
124. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> [↑](#footnote-ref-124)
125. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1> [↑](#footnote-ref-125)
126. 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. [↑](#footnote-ref-126)
127. Ústava SR, čl. 40 [↑](#footnote-ref-127)
128. zákon 577/2004, nariadenie vlády 777/2004 [↑](#footnote-ref-128)
129. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/taken/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg> [↑](#footnote-ref-129)
130. Výpočet podľa §6a 581/2004 Z.z. [↑](#footnote-ref-130)
131. Podľa § 51 a §52 zákona 581/2004 Z.z. [↑](#footnote-ref-131)
132. 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. [↑](#footnote-ref-132)
133. metaštúdie Kruse et al. (2017) a Tynkkynen et al (2018) [↑](#footnote-ref-133)
134. Podľa Barbetta et al (2007) [↑](#footnote-ref-134)
135. 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. [↑](#footnote-ref-135)
136. *Challenges in long-term care in Europe, ESPN, 2018,* [https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId  
     =89&newsId=9185](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185) [↑](#footnote-ref-136)
137. Ďalej v tejto kapitole označovaná iba ako novela. [↑](#footnote-ref-137)
138. Dostupné na <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/24090/1>. [↑](#footnote-ref-138)
139. Tieto formy sú poskytované pacientom s nevyliečiteľným ochorením, ktorých predpokladaná dĺžka života je do 6 mesiacov. [↑](#footnote-ref-139)
140. 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> [↑](#footnote-ref-140)
141. Repková, K. Možnosť zavedenia poistenia v odkázanosti na pomoc inej osoby – analytické východiská. (13.3.2019) [↑](#footnote-ref-141)
142. *Challenges in long-term care in Europe, ESPN, 2018* [↑](#footnote-ref-142)
143. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Preventable_and_treatable_mortality_statistics> [↑](#footnote-ref-143)
144. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrqcn5fpv0v-en.pdf?expires=1570525802&id=id&accname=guest&checksum=22DCEFD20014732DAB6A8966FE22FC9F> [↑](#footnote-ref-144)
145. <https://www.health.gov.sk/Clanok?povinne-ockovanie-ochrana> [↑](#footnote-ref-145)
146. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018DC0244&from=EN> [↑](#footnote-ref-146)
147. Pre ostatné druhy onkologických ochorení populačný skríning nie je odporúčaným riešením, napriek tomu naďalej zostáva najvhodnejšou stratégiou pre zníženie počtu úmrtí včasná diagnostika nádorového ochorenia. [↑](#footnote-ref-147)
148. napr. psychické poruchy, degenerácia nervovej sústavy, alkoholová kardiomyopatia, gastritída, hepatitída, cirhóza pečene [↑](#footnote-ref-148)
149. <https://www.imperial.ac.uk/news/177249/early-death-health-linked-socioeconomic-status/> [↑](#footnote-ref-149)
150. <https://www.vicepremier.gov.sk/sekcie/investicie/agenda-2030/index.html> [↑](#footnote-ref-150)
151. Duševné poruchy tvoria široké spektrum problémov s rôznymi príznakmi, ktoré negatívne ovplyvňujú emocionálny stav, správanie, myšlienky a kognitívne schopnosti ľudí. Spektrum siaha od miernych depresií a úzkostí až po ťažké depresie a psychózy, patrí sem tiež škodlivé užívanie alkoholu a psychoaktívnych látok. Najviac ľudí trpí na úzkostné a depresívne poruchy. [↑](#footnote-ref-151)
152. Ukazovateľ YLD (Years lived with disability), komponent ukazovateľa DALY (obrázok) [↑](#footnote-ref-152)
153. Súčasť preventable mortality [↑](#footnote-ref-153)
154. Brazinova et al: Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. Adm Policy Ment Health. 2019 Jun 29. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31256291 [↑](#footnote-ref-154)
155. Metodológia výpočtu je uvedená v prílohe. Do výpočtov boli zahrnuté vybrané skupiny porúch kategórie 10 Medzinárodnej kategorizácie chorôb (MKCH-10). [↑](#footnote-ref-155)
156. 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 náklady týchto chorôb očistené. [↑](#footnote-ref-156)
157. Jednotlivé intervencie majú rôznu dĺžku trvania (Tabuľka 1, stĺpec 3). [↑](#footnote-ref-157)
158. <http://www.vyliecmenezaujem.sk/> [↑](#footnote-ref-158)
159. <http://www.reformapsychiatrie.cz/> [↑](#footnote-ref-159)
160. Podľa SPS SLS budú kompetencie všeobecných lekárov riadne zadefinované v rámci bežiaceho 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). [↑](#footnote-ref-160)
161. WHO zdroj [↑](#footnote-ref-161)
162. Zákon č.. 577/2004, nariadenie vlády 777/2004 [↑](#footnote-ref-162)
163. Zákon 578/2004 a nariadenie vlády 640/2008 [↑](#footnote-ref-163)
164. 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); INFOSTAT, Inštitút informatiky a štatistiky, 2016 [↑](#footnote-ref-164)
165. World Health Organization – Estimating out-of-pocket spending for national health accounts, 2010 [↑](#footnote-ref-165)
166. Odhad bol získaný na základe prieskumu agentúry Focus pre Transparency International Slovensko ma začiatku roka 2015 na reprezentatívnej vzorke 1000 respondentov vo veku 18+. [↑](#footnote-ref-166)
167. Druhy útvarov: 0-nemedicínske pracovisko, 1-oddelenie, 2-ambulancia, 3-pracovisko, 4-útvar jednodňovej ZS, 5-útvar SVLZ, 6-stacionár, 8-ambulancia centrálneho príjmu a ambulancia ústavnej pohotovostnej služby, P-pôrodná sála, S-operačná sála. Za ambulantnú ZS sa považuje druh útvaru 2, ústavná ZS zahŕňa všetky ostatné útvary. [↑](#footnote-ref-167)
168. Vyplýva zo štúdie Netherlands Authority for Consumers and Markets: *Competition in the Dutch health insurance market* ( Feb 2016) [↑](#footnote-ref-168)
169. Bližšie sa základnému balíku venujeme v kapitole 1.1.3. revízie [↑](#footnote-ref-169)
170. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jlnb59ll80x-en.pdf?expires=1563275906&id=id&accname=guest&checksum=215125674DE89B6F24919C8090D23EA9> s.9 [↑](#footnote-ref-170)
171. čl. 40 zákona č. 460/1992 Zb. [↑](#footnote-ref-171)
172. Zoznam prioritných chorôb tvorí prílohu č. 3 z. 577/2004 [↑](#footnote-ref-172)
173. Indikačný zoznam pre kúpeľnú starostlivosť tvorí prílohu č. 6 zákona 577/2004 [↑](#footnote-ref-173)
174. <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> [↑](#footnote-ref-174)
175. 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 [↑](#footnote-ref-175)
176. z. 577/2004 § 3 ods. 4 [↑](#footnote-ref-176)
177. 577/2004 [↑](#footnote-ref-177)
178. očkovania čiastočne alebo úplne hradené poisťovňou nad rámec zákona, napr. očkovanie proti chrípke, očkovanie proti hepatitíde a pod. [↑](#footnote-ref-178)
179. 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. [↑](#footnote-ref-179)
180. vychádzame z prehľadu ponúk na internetových stránkach jednotlivých poisťovní [↑](#footnote-ref-180)
181. 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 [↑](#footnote-ref-181)
182. 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.  [↑](#footnote-ref-182)
183. 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. [↑](#footnote-ref-183)
184. 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. [↑](#footnote-ref-184)
185. Podľa legislatíva – môžu pridať premennú iba ak prida 0,01 do R2 [↑](#footnote-ref-185)
186. Mechanizmus nadlimitných platieb z roku 2017 definoval „limit“ ako súčet kompenzácie udelenej prerozdeľovacím mechanizmom a 20-krát priemerného nákladu na poistenca za rok 2017. [↑](#footnote-ref-186)
187. Kalkulácia vychádza z jednotkových cien za dodávku elektriny bez zložky za distribúciu, daní a iných poplatkov. [↑](#footnote-ref-187)
188. 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. [↑](#footnote-ref-188)
189. Parametre zmluvy neboli pre analýzu dodané. [↑](#footnote-ref-189)
190. 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. [↑](#footnote-ref-190)
191. Pri existencii viacerých sadzieb pre rozdielne diéty boli jednotkové ceny kalkulované ako vážený priemer. [↑](#footnote-ref-191)
192. Pre analýzu neboli z FN PO dodané kompletné údaje pokrývajúce celé sledované obdobie. Uvedená cena preto nie je považovaná za referenčnú. [↑](#footnote-ref-192)
193. Výskyt v populácii [↑](#footnote-ref-193)
194. Pridanie indikačného obmedzenia – ako navrhnuté v pripomienke počas MPK, by ešte viac rozšírilo výnimku. Indikačné obmedzenie slúži na vymedzenie skupiny pacientov, ktorým bude hradená 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. [↑](#footnote-ref-194)
195. Zdroj: Duodopa intestinálny gél. Základné informácie. Dostupné na [mediately.co/sk](http://www.mediately.co/sk) [↑](#footnote-ref-195)
196. 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](http://www.modernamedicina.sk/liecba-a-terapia/dnes-uz-vieme-udrzat-parkinsonovu-chorobu-na-uzde) [↑](#footnote-ref-196)
197. OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264258211-en. [↑](#footnote-ref-197)