

Zdravotnícky systém v SR (2012-2013)¹

Autor: Dušan Zachar, INEKO

November 2013

Uvedený dokument poskytuje prehľad o systéme zdravotníctva na Slovensku, vrátane hlavných zmien v zdravotnej politike prijatých od marca 2012 do novembra 2013.

Úvod^{2 3}

Reformné úsilie v oblasti zdravotníctva v SR bolo značne rozdielne počas jednotlivých vlád. Podstatná časť zdravotníckej legislatívy bola prepracovaná v období druhej Dzurindovej vlády počas rokov 2002 až 2006, kedy bola schválená tzv. Zajacova reforma zdravotníctva. Vychádzala z nového prístupu v slovenskom zdravotníctve založeného na individuálnej zodpovednosti, trhovách princípoch a regulovanej súťaži. Zdravotné poisťovne boli transformované na akciové spoločnosti, tzv. tvrdé rozpočtové obmedzenia boli zavádzané a bol vytvorený nový regulačný a inštitucionálny rámec. Paušálne regulačné poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (tzv. Zajacovky, resp. Zajacove 20-korunáčky) mali za cieľ zvýšiť u pacientov povedomie o tom, že zdravotníctvo nie je zadarmo. Súťažné princípy, ktoré predpokladali vytvorenie dostatočného priestoru pre trhový mechanizmus (liberalizované ceny a spôsoby platieb, jednoduchý vstup nových subjektov na trh), sa stali centrálnym konceptom pod prísnu reguláciu zo strany štátu (verejná minimálna sieť, kritériá solventnosti, licencovanie a pod.).

Prvá Ficova vláda, ktorá bola zvolená v roku 2006, predstavovala paradigmatickú zmenu v zdravotníckej politike, pričom podporovala viac priamych štátnych zásahov do zdravotníctva. Aj keď základný inštitucionálny a regulačný rámec zostal vcelku zachovaný, mnohé z reformných opatrení predošlej vlády boli zrušené. Akcionári zdravotných poisťovní si už nemohli vyplácať vytvorený zisk, selektívny kontraktng bol obmedzený a väčšina paušálnych poplatkov zrušená.

V roku 2010 sa ujal vlády kabinet I. Radičovej, ktorý sa na krátky čas vrátil k reformám a protrhovému prístupu v zdravotníctve. Zdravotné poisťovne získali späť právo vyplácať si zisk, transformácia nemocníc na akciové spoločnosti bola obnovená, nezávislosť regulačného Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) znovu posilnená a nový platobný mechanizmus pre nemocnice (DRG-systém) navrhnutý.

V predčasných voľbách v apríli 2012 získala strana SMER-SD nadpolovičnú väčšinu hlasov, a tak jednofarebný vládny kabinet mohol pohodlne začať realizovať svoju predstavu o silnom vplyve štátu

¹ Písané pre projekt Európskej komisie [asisp](#) (Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms) – Country Document 2013: Pensions, Health and Long-term Care in Slovakia.

Pri spracovaní dokumentu boli použité výsledky projektu „Monitoring a komentovanie štrukturálnych reforiem“, ktorý finančne podporil Nadačný fond Slovenskej sporiteľne v Nadácii Pontis, ako aj projektu [i-Health.sk](#), ktorý finančne podporuje zdravotná poisťovňa Dôvera.

² WHO (2012): Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia; WHO, April 2012 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf

³ SZALAY, T. et al. (2011): Slovakia: Health System Review; Health Systems in Transition, Vol.13, No.2, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, April 2011 http://www.hpi.sk/cdata/Publications/HiT-Slovakia_2011.pdf

v zdravotníctve. Systém konkrétnej práce politikov druhej Ficovej vlády v zdravotníctve skopíroval model prvej vlády R. Fica. Tak ako v roku 2006 začala Ficova garnitúra hneď od začiatku rušiť niektoré prvky Zajacovej reformy zdravotníctva, tak aj po nástupe jednofarebnej vlády na jar 2012 sa začali mnohé opatrenia dostávať späť do legislatívnej podoby, aká tu bola pred nástupom Radičovej vlády. Či už ide o opätovnú možnosť odvolávať predsedu ÚDZS de facto z akéhokoľvek dôvodu, nedokončenie transformácie nemocníc na obchodné spoločnosti, znovuzavedenie koncovej siete pre štátne nemocnice, odstránenie dvoch kritérií pri posudzovaní platobnej schopnosti zdravotných poisťovní, zmenu systému referencovania cien liekov alebo zákaz lekárenských sietí a vernostných zliav na predpisové lieky. K týmto menej významným zmenám chcela druhá vláda Roberta Fica pridať od začiatku svojho funkčného obdobia aj jednu paradigmatickú zmenu, konkrétne zmenu systému verejného zdravotného poistenia, ktorý je od roku 1995 založený na pluralite poisťovní, na unitárny systém s jedinou štátnou zdravotnou poisťovňou.⁴ Projekt je momentálne v časovom sklze a oficiálne čaká na finančné vykrytie.

⁴ ZACHAR, D. (2012): Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012; In: MORVAY, K. (ed.): Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika; HPI (*pripravovaná publikácia*)
<http://hpi.sk/hpi/sk/view/9435/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012.html>

A) Charakteristika zdravotníckeho systému v SR ^{5 6}

Organizácia

Ústava SR garantuje všetkým občanom univerzálny bezplatný prístup k širokému základnému balíku zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Všetci obyvatelia sú zdravotne poistení a sú povinní platiť príspevky do verejného zdravotného poistenia, ktoré administrujú zdravotné poisťovne. Za niektorých poistencov (deti, študenti, matky, resp. otcovia na rodičovskej dovolenke, nezamestnaní, poberatelia nemocenských dávok, dôchodcovia a pod.) platí poistenie štát. Každý občan, prípadne cudzinec s registrovaným dlhodobým pobytom na Slovensku má nárok na rovnakú zdravotnú starostlivosť pri rovnakom zdravotnom probléme bez ohľadu na sociálne postavenie či výšku príjmu. Pacienti v SR majú právo výberu zdravotnej poisťovne, všeobecných lekárov, špecialistov⁷, ako aj zdravotnícke zariadenia.

Na Slovensku funguje pluralitný systém zdravotných poisťovní, ktoré musia prijať každého poistenca, ktorý zas môže zmeniť poisťovňu raz ročne. Zdravotné poisťovne povinne zazmluvňujú každého poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, každú lekárňu a poskytovateľa záchranej zdravotnej služby, ako aj všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí spadajú do minimálnej siete. Keďže v zásade platí voľná tvorba cien⁸, poisťovne využívajú selektívny kontraktujúci a vlastné kritéria hodnotenia s využitím indikátorov kvality. Po viacerých fúziách a odchodoch z trhu fungujú na Slovensku od začiatku roka 2010 tri zdravotné poisťovne, z toho sú dve súkromné (Dôvera a Union) a jedna dominantná – štátna VŠZP – s takmer dvojtretinovým podielom na trhu (64,4% v roku 2012 (podiel poistencov), resp. 65,2% (podiel na vybratom poistnom))⁹. Súčasná vláda má ambíciu zaviesť unitárny systém zdravotného poistenia, v ktorom by operovala jediná štátna poisťovňa.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) je zodpovedný za monitoring vykonávania verejného zdravotného poistenia, poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej nákupu. Úrad dohliada na prerozdeľovanie finančných zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami. V krajinách s pluralitným zdravotným poistným systémom sa totižto nerovnomerne rozložené riziko nákladovej náročnosti poistencov vyrovnáva kompenzačnými prerozdeľovacími mechanizmami. Na Slovensku sa na kompenzovanie rizikovej štruktúry poistného kmeňa uplatňuje prerozdeľovací mechanizmus zdravotných odvodov medzi poisťovňami na základe viacerých kritérií - vek, pohlavie, ekonomická aktivita a po novom aj predpísané lieky poistencov s nákladnou chronickou diagnózou a vysokými nákladmi na lieky (tzv. PCG-model).

Zdravotnícke zariadenia ústavnej starostlivosti sú primárne financované z verejných zdrojov, a to cez štátny rozpočet, ale najmä platbami zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia.

⁵ OECD Health Data 2013 - Country Note – Slovak Republic
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SLOVAK-REPUBLIC-2013.pdf>

⁶ SZALAY et al. (2011)

⁷ Od apríla 2013 bol znovuzavedený systém povinných odporúčacích lístkov všeobecných lekárov pre návštevu pacientov u špecialistov.

⁸ Regulované zostali ceny lekárskej služby prvej pomoci, záchranej zdravotnej služby, výkony poskytované na sociálne účely a maximálne ceny za výkony, ktoré si pacient hradí sám.

⁹ ÚDZS (2013): Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2012; Vestník č.9/2013 Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS); júl 2013
http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs/vestniky/rocnik_2013/VE-9-2013_Sprava_o_stave_vykonavania_veřejneho_zdravotneho_poistenia_za_rok_2012.pdf

Slovenské nemocnice sú s veľkou prevahou vlastnené verejným sektorom.¹⁰ Takmer všetci všeobecní lekári, lekárne, diagnostické laboratóriá a značná väčšina špecialistov je neštátnych (t.j. súkromných). Lekári v rámci primárnej ambulantnej starostlivosti pôsobia ako tzv. strážcovia brány (*gatekeepers*), ktorí by mali mať za cieľ aj tlmiť prehnaný dopyt pacientov po ústavnej zdravotnej starostlivosti. Od apríla 2013 bol znovuzavedený systém povinných odporúčacích (tzv. výmenných) lístkov, ktoré vydávajú všeobecní lekári pacientom pred ich návštevou u špecialistov.

Rozsah krytej zdravotnej starostlivosti, jej dostupnosť a nerovnosti^{11 12}

Ústava SR garantuje všetkým občanom univerzálny bezplatný prístup k širokému základnému balíku zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Na Slovensku funguje povinný systém zdravotného poistenia. Úlohou zdravotných poisťovní je zabezpečiť pre svojich poistencov dostupnú zdravotnú starostlivosť v súlade s príslušnou legislatívou. Občania majú možnosť výberu zdravotnej poisťovne, všeobecného lekára, špecialistu, ako aj zdravotníckeho zariadenia. Poskytovatelia vykonávajú zdravotnú starostlivosť pre pacientov bez ich priamej finančnej spoluúčasti na nákladoch za liečbu, pričom existujú výnimky¹³ z tohto princípu (najmä u zubárov a pri nadštandardných službách, postupoch či použitých materiáloch). Pacienti platia ešte paušálne regulačné poplatky za: návštevu pohotovosti (1,99 EUR), štatistické spracovanie receptu (0,17 EUR), nemocničnú dopravu sanitkou (nie záchrankou; neplatia ani zdravotne ťažko postihnutí) (0,07 EUR/km) a za kúpeľnú liečbu (od 1,66 EUR do 7,30 EUR/deň).

Aj keď nie všetky nerovnosti v zdravotníctve bývajú zapríčinené finančnými bariérami, spôsob financovania zdravotnej starostlivosti (rozsah verejného a súkromného zdravotného poistenia a miera priamych platieb pacientov (*out-of-pocket payments*)) má dôležitý vplyv na rovnosť. Slovenská republika vykazuje podľa legislatívy vysokú mieru krytia zdravotnej starostlivosti verejným zdravotným poistením, ale v realite je situácia opačná. To znamená, že síce je celá populácia zo zákona povinne zdravotne poistená a má takmer neobmedzený nárok na poskytovanie kompletnej zdravotnej starostlivosti, ale v skutočnosti výrazne obmedzujú tieto nároky vysoké priame platby obyvateľstva.¹⁴ (*Problém priamych platieb, ktoré za ostatnú dekádu vzrástli z podpriemerných úrovní na najvyššie spomedzi európskych krajín OECD, pozri nižšie.*)

Záchranné zdravotné služby sú na Slovensku poskytované hustou sieťou súkromných a verejných poskytovateľov celkovo v 273 kontaktných bodoch (stav v roku 2013). Záchranky majú byť k dispozícii pacientovi do 15 minút od volania na tiesňovú linku (platí to zhruba pre 95% územia SR; v zostávajúcich 5%-ách územia je obtiažne dosiahnuť tento limit kvôli značne hornatému terénu).

Zhruba 37% populácie má prístup k všeobecnej nemocnici v blízkosti svojho domova. Ústavná zdravotná starostlivosť je v SR dostupná vo všetkých medicínskych špecializáciách, vrátane neurológie a traumatológie / ortopédie, do 45 minút cesty autom. V spojitosti s 15-minútovou

¹⁰ V roku 2003 bola väčšina štátnych zdravotníckych zariadení prevedených v rámci decentralizácie na vyššie územné celky (VÚC) a obce.

¹¹ WHO (2012): Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia: A survey-based project; World Health Organization (WHO); April 2012
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf

¹² SZALAY et al. (2011)

¹³ Pozri napr.: <https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/kedy-platit-za-zdravotnu-starostlivost.html>

¹⁴ DEVAUX, M. - DE LOOPER, M. (2012): Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009; OECD Health Working Papers, No. 58; OECD Publishing; July 2012
<http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>

dostupnosťou záchranných služieb to znamená, že občania SR majú urgentnú nemocničnú zdravotnú starostlivosť dostupnú do 1 hodiny.¹⁵ Prieskum Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2012) konštatuje, že viac ako 41% pacientov v SR má možnosť dostať sa do najbližšej nemocnice do 20 minút.

Ambulantná zdravotná starostlivosť je ľahko dostupná v mieste bydliska pre 77% obyvateľov Slovenska (zubná starostlivosť (73%), gynekologická (60%)). Zhruba 40 až 50% ľudí má priamy prístup k podstatnej časti ambulantných špecialistov vo svojom meste či obci. Ambulantná starostlivosť je vo všeobecnosti dostupná autom do 30 minút. Zdravotná starostlivosť je najmenej dostupná v hornatých a riedko osídlených častiach, prevažne na severe a východe Slovenska (Szalay et al., 2011 a Maďarová et. al., 2006).

Geografické rozmiestnenie ambulancií všeobecných lekárov na celoštátnej úrovni je podľa WHO (2012) považované za rovnomerné, aj keď existujú určité znaky, ktoré hovoria o nie úplnej vyváženosti na úrovni okresov. Viac ako dve tretiny Slovákov žije v 20-minútovej vzdialenosti od ambulancie všeobecného lekára. Väčšina dosiahne praktického lekára ľahko prostredníctvom verejnej dopravy, avšak fyzická dostupnosť pre zdravotne ťažko postihnutých, vrátane tých, ktorí musia využívať invalidný vozík, je v praxi chabá. V prieskume WHO (2012) označila skoro polovica respondentov čakárne pri ambulanciách v tomto smere ako nevyhovujúce.

Na jedného všeobecného lekára pre deti a dorast pripadalo v roku 2011 1008 ľudí, na jedného všeobecného lekára pre dospelých pripadalo 2141 ľudí. Podľa prieskumu WHO (2012) mali ambulantní pediatri 47 priamych kontaktov s pacientmi za deň a všeobecní lekári pre dospelých 39 návštev pacientov za deň, pričom vybavili za deň približne aj 7 telefonátov s pacientmi, 5 e-mailových konzultácií a 10 žiadostí pacientov o opakovanú preskripciu liekov. Návštevy lekárov v domácnostiach pacientov sú na Slovensku zriedkavé – zhruba 4 až 5-krát za týždeň, pričom veľká väčšina respondentov reportovala neochotu lekárov o ich vyšetrenie doma. Ordinačné hodiny všeobecných lekárov v podvečer a cez víkendy sú zriedkavé.

Priemerný počet návštev pacienta u lekára (vrátane všeobecných lekárov a špecialistov) za rok dosiahol na Slovensku v roku 2011 úroveň 11,0, čo je po Maďarsku (11,8 návštev) a Česku (11,1) tretia najvyššia priečka medzi európskymi krajinami OECD (priemer OECD-32: 6,7 návštev) - a to aj napriek tomu, že Slovensko dokázalo od roku 2000 (vyše 13 návštev) zredukovať počet návštev u lekára najviac spomedzi všetkých krajín OECD.¹⁶

Väčšina pacientov (59%; vychádzajúc z prieskumu WHO) sa musí finančne podieľať na nákladoch za lieky, ktoré im predpíše všeobecný lekár. Okolo 8,5% opýtaných sa priznalo, že táto skutočnosť ich odrádza od návštevy lekára, ktorú potom nerealizujú vôbec, alebo ju odkladajú na neskôr. Miera posielania pacientov od všeobecných lekárov na ďalšiu liečbu k špecialistom je podľa WHO na Slovensku extrémne vysoká – dosahuje približne 245 odporúčaní pri 1000 návštevách pacientov za rok.¹⁷ Až dve tretiny návštev pacientov u lekára vedie k predpisaniu liekov.

¹⁵ MAĎAROVÁ, H. – PAŽITNÝ, P. – SZALAY, T. (2006): Moderný koncept minimálnej siete; Health Policy Institute (HPI); júl 2006 <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3056/moderny-koncept-minimalnej-siete.html>

¹⁶ OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012 ([Consultations with doctors](#)); OECD (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators ([Consultations with doctors](#))

¹⁷ Pozn.: Systém povinných odporúčacích lístkov bol zavedený v roku 2008, v roku 2010 bol zrušený a napokon bol obnovený v apríli 2013.

Miera odporúčania liečby pacienta do sekundárnej starostlivosti – k špecialistom; rozdelená podľa toho, či odporúčanie vydal všeobecný lekár pôsobiaci v meste alebo na vidieku (WHO, 2012):

Mestské oblasti: 9,1%

Vidiecke oblasti: 7,6%

Prieskum WHO (2012) konštatuje, že neboli zaznamenané regionálne rozdiely v poskytovaní primárnej zdravotnej starostlivosti všeobecnými lekármi, avšak pripúšťa značné rozdiely medzi rôznymi okresmi regiónu. Napríklad analýza situácie v Banskobystrickom kraji ukázala veľké rozdiely v počte pacientov prislúchajúcich na jedného praktického lekára, čo môže znamenať, že v niektorých oblastiach je relatívny nedostatok týchto lekárov. Dostupnosť všeobecných lekárov môže byť preto v niektorých okresoch suboptimálna, aj keď agregátne dáta za celú SR nereportujú nedostatok lekárov. V niektorých okresoch môže byť zasa ponuka lekárov „nadmerná“. Údaje o regionálnom rozdelení poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti ukazujú oveľa väčšiu dostupnosť v Bratislavskom kraji ako v niektorých oblastiach východného Slovenska. Bratislava a blízke okolie disponuje v priemere s 1,5- až 2-krát väčším počtom lekárov ako ostatné regióny SR (Bratislavský kraj má tiež v priemere o 1,5- až 2,5-krát viac všetkých zdravotníckych pracovníkov na obyvateľa ako zostatok SR (Szalay et al., 2011)).

Zistenia OECD¹⁸ ukazujú že, čo sa týka návštev u lekára, jestvujú naprieč krajinami OECD stále určité horizontálne nerovnosti vo využívaní tohto typu zdravotnej starostlivosti. Ak odhliadneme od akútnej pomoci chorým, je väčšia pravdepodobnosť návštevy lekára, a najmä špecialistu, u bohatších ľudí. Vo všetkých štátoch OECD vykazujú vysokopríjmové vrstvy obyvateľstva vyššie miery využívania špecializovanej zdravotnej starostlivosti. A len pri 7 krajinách, vrátane Slovenska či Poľska, sa ukázala významná, aj keď neveliká, nerovnosť v prospech bohatších, aj čo sa týka pravdepodobnosti návštevy všeobecného lekára.

Lekárska sieť je na Slovensku pomerne dobre rozvinutá, aj keď rozmiestnenie lekární vykazuje určité regionálne disparity. Najhustejšia sieť lekární je v Bratislavskom kraji (2073 obyvateľov na jednu lekárňu), zatiaľ čo najmenej hustá je v Prešovskom kraji (3185 obyvateľov na lekárňu).¹⁹ Momentálne je na Slovensku prevádzkovaných viac ako 2000 verejných lekární. Počet lekární a lekárníkov nie je štátom regulovaný. Približne 15% lekární tvoria tzv. sieťové lekárne. Počet lekární na 100-tisíc obyvateľov predstavuje v SR číslo 27,8 (PL: 29,6; HU: 27,5; CZ: 22,9), pričom priemer OECD je 28,4.²⁰

Financovanie

V roku 2011 predstavovali celkové výdavky na zdravotníctvo v SR 7,9% HDP, čo je menej ako priemer krajín OECD (9,3%). Avšak výdavky do zdravotníctva (merané ako percento HDP) sú na Slovensku vyššie ako v ostatných troch krajinách V4 (Česko, Maďarsko a Poľsko). V období medzi rokmi 2000 - 2009 rástli zdravotnícke výdavky v SR v reálnom vyjadrení v priemere o 10,9% ročne, čo znamenalo v tom období najrýchlejší rast zo všetkých krajín OECD.

¹⁸ DEVAUX a DE LOOPER (2012)

¹⁹ Pozri: <https://www.slek.sk/lekarne-gis-kraje>

²⁰ Zuzana Zvolenská, ministerka zdravotníctva SR na hodine otázok v NR SR, 5.12.2012
http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=schodze/ho_detail&MasterID=13255

Čo sa týka výdavkov na hlavu (a po zohľadnení parity kúpnej sily) patrí Slovensku s 1915 USD (v roku 2011) miesto pod priemerom OECD s 3339 USD per capita. V tomto ukazovateli dávajú Česi na hlavu viac peňazí ako Slováci, zatiaľ čo Poliaci a Maďari menej.

V SR tvoril podiel verejných zdrojov na celkovom financovaní zdravotníctva 71% v roku 2011, čo bolo takmer identické s priemerom OECD (72%). Za ostatnú dekádu vzrástli na Slovensku výrazne priame platby pacientov (*out-of-pocket payments/expenditures*) (ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo)²¹ a dostali sa z úrovni (SR: 11,7% v roku 2003) pod priemerom OECD (priemer OECD: 19-20%) vysoko nad priemer (SR: okolo 26% v rokoch 2007 či 2010) a doteraz patria medzi najvyššie spomedzi európskych krajín OECD, hoci za najaktuálnejšie známy rok (2011) vykázala SR v štatistikách OECD pokles na úroveň 22,6%, čo možno pravdepodobne prisúdiť zavedeniu ochranného horného limitu na doplatky za lieky pre nízko príjmových dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých²², ako aj zmenám v rámci kategorizácie liekov, v referencovaní cien liekov²³ a všeobecne v liekovej politike, ktorá začala viac preferovať jednoduchšie a rýchlejšie zavádzanie generík na trh a ich predpisovanie (tzv. generická preskripcia).

Finančná udržateľnosť, resp. zadlženosť zdravotníckeho systému

Zdravotnícky systém na Slovensku možno charakterizovať ako finančne neudržateľný, keďže sľubuje pacientom komplexné krytie zdravotných výkonov, pričom však zdroje na ich financovanie nepostačujú. Medzera medzi príjmami a výdavkami sa zväčšuje, čo má za následok nárast zadlženosti zdravotníckych zariadení.²⁴

Celkový dlh v rezorte zdravotníctva meraný cez záväzky po lehote splatnosti predstavoval podľa údajov MZ SR²⁵ k 31.12.2012 výšku 213,29 mil. EUR. Dlh rezortu zdravotníctva zahŕňa dlh zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR, ktorý bol vo výške 141,75 mil. EUR, dlh zdravotníckych zariadení transformovaných na akciové spoločnosti, ktorý bol vo výške 0,14 mil. EUR, dlh delimitovaných zdravotníckych zariadení a transformovaných na neziskové organizácie bol vo výške 71,40 mil. EUR. Strata nemocníc za rok 2012 dosiahla podľa MZ SR (2013b) úroveň -116 mil. EUR, strata za rok 2011 bola vo výške -156 mil. EUR. Zdravotné poisťovne neevidovali žiadne záväzky po lehote splatnosti a ÚDZS (2013) konštatoval, že v roku 2012 preukázali všetky tri zdravotné poisťovne dostatočnú platobnú schopnosť. Z analýzy vývoja záväzkov po lehote splatnosti vyplynulo, že na celkovom objeme dlhu sa najvýznamnejšie podieľajú najmä zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR a delimitované na obce a vyššie územné celky a transformované zdravotnícke

²¹ Masívny nárast priamych platieb sa nedá pripísať len na vrub „Zajacových 20- a 50-korunáčiek“ z reformných rokov 2003-2004. Tie boli totiž v roku 2006 takmer všetky zrušené, ale vysoká úroveň priamych platieb obyvateľstva zostala aj potom zachovaná. Dôvodom je nekontrolovateľný nárast rôznych polooficiálnych poplatkov, ktoré nie sú vôbec, alebo sú len veľmi slabo regulované.

²² Od roku 2011 do konca marca 2013 vrátili zdravotné poisťovne dôchodcom a zdravotne ťažko postihnutým doplatky za lieky vo výške viac ako 3,8 mil. EUR. (Zdroj: <http://hn.hnonline.sk/slovensko-119/zdravotne-poistovne-vratili-ludom-miliony-eur-563600>)

²³ V roku 2011 sa presadilo sprísnenie systému referencovania cien liekov, a to tak, že cena lieku v SR nesmela prekročiť úroveň druhej najnižšej ceny spomedzi všetkých krajín EÚ. Dovtedy nemohol presiahnuť priemer 6 najnižších cien spomedzi všetkých krajín EÚ.

²⁴ COLOMBO, F. – TAPAY, N.: The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges; OECD Health Working Papers No.11; OECD Publishing; March 2004 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-slovak-health-insurance-system-and-the-potential-role-for-private-health-insurance_561285317408

²⁵ MZ SR (2013b): Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2012; MZ SR, apríl 2013 <http://www.rokovanie.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=22350>

zariadenia na neziskové organizácie. Pokračujúce generovanie prevádzkových strát v nemocniciach (pozn.: významne ich ovplyvní i ďalšie zákonom garantované zvyšovanie platov lekárov v rokoch 2014 a 2015) negatívne ovplyvňuje podľa MZ SR (2013b) verejné financie v súčasnosti, pričom aj v strednodobom výhľade predstavuje objektívne významné riziká pre verejné financie.

Ak sa nepodarí zastaviť zadlžovanie nemocníc, bude to mať samozrejme relatívne významný negatívny dopad na hospodárenie celých verejných financií, čo môže byť veľmi nepríjemné z hľadiska atakovania ďalšej hranice dlhovej brzdy. A súčasne budú pacienti pociťovať dlhodobú zadlženosť nemocníc nižšou kvalitou a horšou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti. Zhoršenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa môže prejavovať rôznymi spôsobmi, napríklad: dlhším čakaním na liečbu, odchodom špičkových odborníkov do súkromnej sféry alebo do zahraničia, nízkym počtom zdravotných sestier, ktoré nestihajú, nedostatkom niektorých liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu, zastaranými technológiami a liečebnými postupmi, chýbajúcimi investíciami do budov, horšou hygienou a pod.

Tabuľka 1: Dlh štátnych nemocníc (v mil. EUR)

2008	195,6
2009	115,5*
2010	209,4
2011	69,4*
2012	141,8
2013	189,5**

* V rokoch 2009 a 2010 vláda poskytla finančnú pomoc zdravotníckym zariadeniam
 ** stav k 30. júnu 2013

*Zdroj: Hospodárske noviny (z údajov MZ SR), 7.10.2013
<http://hn.hnonline.sk/ekonomika-a-firmy-117/dlhy-statnych-nemocnic-neklesaju-584849>*

Veľkým problémom údajov o zadlženosti štátnych nemocníc je, že sa na ne nedá úplne spoľahnúť, keďže netransformované štátne nemocnice nemali ako príspevkové organizácie povinnosť viesť transparentné účtovníctvo podľa štandardných pravidiel ako akciové spoločnosti a hlavne nemusia doteraz podrobovať účtovnú závierku každoročne nezávislému auditu a zverejňovať ju. Navyše výška zadlženosti nemocníc bola v rôznych obdobiach vykazovaná rôznym spôsobom. Napríklad v roku 2011, pred plánovanou transformáciou a oddlžením, boli štátne nemocnice podrobené auditom, aby sa poznala skutočná, nepodhodnotená výška ich dlhov, preto môže porovnávanie s neauditovanými, "odhadovanými" číslami roku 2012 pokrývať. MZ SR sa však chváli, že racionalizačnými opatreniami v oblasti finančného riadenia, optimalizácie prevádzkových procesov, nákupov a centrálného obstarávania, ako aj personalistiky a liekov sa podarilo zmierniť tempo tvorby nového dlhu štátnych nemocníc približne o polovicu. V roku 2011 mali štátne nemocnice vygenerovať nové záväzky po lehote splatnosti vo výške viac ako 160 mil. EUR, pričom za rok 2012 to bolo 72 mil. EUR.²⁶ Ak by sme ale napríklad porovnávali neauditované čísla z roku 2012 s neauditovanými číslami z rokov 2006-2010 (po očistení o štátnu výpomoc v roku 2009 vo výške 130 mil. EUR), tak prideme

²⁶ MZ SR (2013c): Štátne nemocnice spomalili tempo rastu dlhu o viac ako polovicu; MZ SR; 30.4.2013
<http://www.health.gov.sk/Clanok?statne-nemocnice-spomalili-tempo-rastu-dlhu-o-viac-ako-polovicu>

na to, že nový dlh narastal v minulom roku rýchlejšim tempom ako v priemere za rok v období 2006-2010.

Štátne nemocnice nesplácajú svoje záväzky, lebo v nich chýbajú správne motivácie. Politicky nominovaní riaditelia nemocníc s krátkou životnosťou, chýbajúce tvrdé rozpočtové pravidlá pre hospodárenie nemocníc, nevhodné nákupy, neustále oddlžovania zo strany štátu, legislatíva nútiaca vykonávať zdravotné výkony aj bez ich finančného krytia, zdrojmi nekryté zvyšovanie plátov lekárov, obrovský štátny vplyv na zdravotníctvo a s tým súvisiace odmietanie privatizácie nemocníc, zabetónovanie štátnych nemocníc v koncovej sieti - to všetko má výrazný vplyv na zlé hospodárenie štátnych nemocníc.

MZ SR (2013b) je názoru, že na zlepšenie stavu v oblasti zadlženia fakultných a univerzitných nemocníc sa treba zamerať na:

- pokračovanie realizácie projektu elektronického zdravotníctva eHealth,
- implementáciu efektívnych kontrolingových nástrojov na úrovni MZ SR a súčasne aj na úrovni zdravotníckych zariadení s cieľom identifikácie ich vnútorných rezerv,
- optimalizáciu nákladovej štruktúry nemocníc s cieľom znížiť záväzky po lehote splatnosti,
- implementáciu plátov za diagnostickú skupinu (DRG-systém) s cieľom zaviesť transparentnosť a spravodlivosť do odmeňovania poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a zvýšiť efektívnosť výdavkov na zdravotnú starostlivosť,
- optimalizáciu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v zmysle centralizácie určitých výkonov za účelom zvýšenia kvality a zníženia nákladov na prístroje a zdravotnícku techniku,
- racionalizáciu procesov v oblasti nákupov a obstarávania,
- reštrukturalizáciu a nastavenie procesov v oblasti personálneho manažmentu,
- implementáciu procesov v oblasti racionálnej farmakoterapie,
- zefektívnenie nákupov liekov, zdravotných pomôcok, tovarov a služieb v zdravotníckych zariadeniach.

Využívanie eurofondov v zdravotníctve

MZ SR má možnosť za programové obdobie 2007-2013 rozdeliť takmer 300 mil. EUR z eurofondov. Doteraz schválilo rekonštrukciu a modernizáciu 26 nemocníc a ďalších 40 ambulancií. Mnohé tendre v slovenskom zdravotníctve, eurofondy nevynímajúc, však obsahujú znaky, ktoré sa nadpriemerne často vyskytujú v korupčných kauzách. K tým patria známosti medzi obstarávateľmi a dodávateľmi, nízky počet ponúk v obstarávaní, nepatrné rozdiely medzi očakávanou hodnotou zákazky a cenovými ponukami, účasť podnikov so zlou reputáciou či účasť schránkových firiem v tendroch.²⁷

Zdroje (ľudské, materiálne, technologické)

V roku 2011 bolo na Slovensku 3,3 lekárov na 1000 obyvateľov, čo je porovnateľné s priemerom OECD (3,2). Hustota lekárov na Slovensku je nižšia ako v Českej republike, ale vyššia ako v Poľsku a Maďarsku. Po Maďarsku (11,7 návštev za rok) patrí Slovákom (11,3) čelná priečka, čo sa týka

²⁷ TIS (2013): 4 tendre, 3 nemocnice a 2 schránkové firmy; Blog Transparency International Slovensko (TIS); 11.4.2013; <http://www.transparencv.sk/sk/4-tendre-3-nemocnice-a-2-schrankove-firmy/>

návštev pacienta u lekára (priemer EÚ-24: 6,3 návštev), a to i napriek tomu, že slovenskí pacienti obmedzili návštevy u lekárov v období rokov 2000-2010 percentuálne najviac.²⁸

Na Slovensku pracovalo v roku 2011 5,9 zdravotných sestier na 1000 obyvateľov, čo bolo menej ako priemer OECD (8,7). Toto relatívne číslo je na Slovensku vyššie ako v Poľsku (5,2), ale nižšie ako v Maďarsku (6,2) a v Českej republike (8,0). Od roku 2000 sa počet zdravotných sestier per capita zvýšil vo všetkých krajinách EÚ, s výnimkou Litvy a Slovenskej republiky, pričom na Slovensku bol zaznamenaný výrazne najväčší prepád – vyše 20% za obdobie rokov 2000-2010.²⁹ Podľa údajov NCZI (2012) pracovalo na Slovensku v roku 2011 celkovo 32 043 zdravotných sestier, pričom v roku 2000 ich bolo 40 077.³⁰

Celkový počet nemocničných postelí na 1000 obyvateľov dosiahol v roku 2011 v SR úroveň 6,1, čo bolo viac ako priemer krajín OECD (4,8 lôžok) (pre ďalšie porovnanie: CZ: 6,8; HU: 7,2; PL: 6,6). Nadpriemerný počet je na Slovensku najmä pri akútnych lôžkach. Na druhej strane vykazuje SR výrazné deficity v oblasti starostlivosti o chronických a dlhodobo chorých pacientov, pričom chýbajú tzv. sociálne lôžka. Tak ako vo väčšine krajín OECD aj v SR klesal za ostatné obdobie počet nemocničných lôžok na obyvateľa.³¹ Počas Radičovej vlády v rokoch 2010 a 2011 uskutočnila štátna VŠZP v oblasti lôžkovej starostlivosti redukcii asi 3000 prebytočných, najmä akútnych, lôžok a nezazmluvnila 116 neefektívnych a duplicitných nemocničných oddelení. Aj počas súčasnej vlády optimalizácia lôžkovej starostlivosti pokračuje, avšak zatiaľ výrazne pomalším tempom. Podľa vyjadrení predstaviteľov VŠZP poisťovňa plánovala najprv v prvom polroku 2013 analyzovať situáciu a rokovať s nemocnicami na úpravách lôžok a oddelení a až následne má prísť údajne k väčším škrtom.

Z údajov NCZI (2012a)³² vyplynulo, že percento využiteľnosti nemocničných postelí v SR na konci roka 2011 bolo 67,7%³³ (podľa najnovších údajov NCZI (2013)³⁴ sa využitie postelí v roku 2012 zvýšilo na 70,0%), čím Slovensko výrazne zaostáva za vyspelými krajinami. Podľa dát od Boston

²⁸ OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012 ([Consultations with doctors](#))

²⁹ OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012 ([Nurses](#))

³⁰ Podľa prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Ivety Lazorovej chýba dnes na Slovensku približne 16-tisíc zdravotných sestier. (zdroj: <http://hm.hnonline.sk/slovensko-119/ak-nebudu-vyssia-platy-sestry-odidu-do-zahranicia-584846>)

Podľa odhadov zdravotnej sestry Ľubice Kočanovej pracuje v zahraničí až 20-tisíc sestier zo Slovenska. (zdroj: <http://ekonomika.sme.sk/c/6855496/sestriciek-je-v-nemocniciach-malo-lozok-zasa-vela.html>)

³¹ V členení podľa druhu poskytovanej zdravotnej starostlivosti zaznamenalo NCZI (2012a) v období 2007 – 2011 najväčší úbytok počtu postelí v akútnej nemocničnej starostlivosti. Miernejší pokles bol v počte lôžok dlhodobej nemocničnej starostlivosti a v posteliach pre psychiatrickú nemocničnú starostlivosť. Naopak, pri hospicioch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti bol od roku 2007 evidovaný nárast postelí. Znižovanie počtu nemocničných lôžok bolo podľa [správy NCZI](#) (2012a) značne ovplyvnené nárastom výkonov poskytovaných v rámci jednodňovej ambulantnej starostlivosti, ale aj dlhodobo klesajúcim priemerným ošetrovacím časom na jednu hospitalizáciu (pri stabilnom celkovom počte hospitalizovaných - vyše 1,1 mil. prípadov). V roku 2011 predstavoval v SR priemerný čas hospitalizácie 7,1 dní, v roku 2012 sa skrátil na 6,9 dní (zdroj: [NCZI \(2013\)](#)), kým pred 30 rokmi to bolo až 14 dní. Momentálne je SR v tomto ukazovateli v priemere OECD (vid': [OECD Health Data 2013](#), resp. [Health at a Glance 2013: Average length of stay in hospitals](#)).

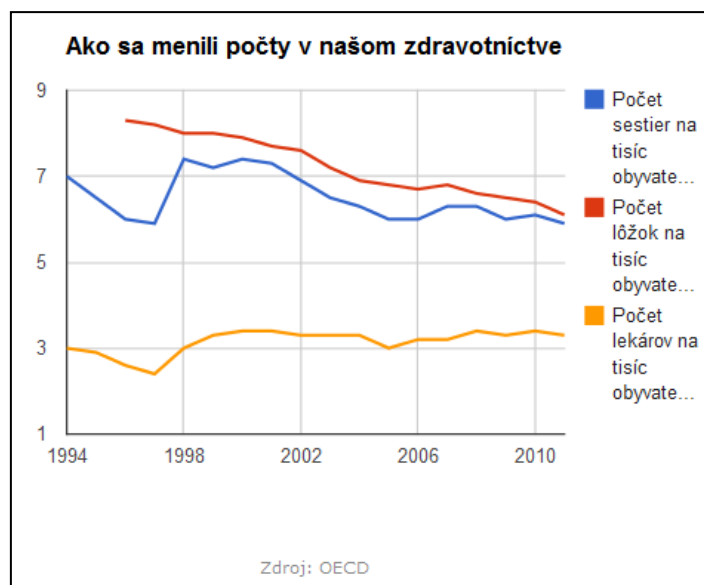
³² NCZI (2012a): Počet postelí v nemocniciach naďalej klesá; Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI); 10.08.2012; <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Pocet-posteli-v-nemocniciach-nadalej-klesa.aspx>

³³ Medzi najviac využívané postele v SR patria lôžka na pediatrickej hematológii a onkológii (89,2%), ďalej v medicíne drogových závislostí (89%), detskej psychiatrii (86,5%) a psychiatrii (79,7%).

³⁴ NCZI (2013): Štatistika hospitalizovaných v SR 2012; Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI); november 2013; <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Statistika-hospitalizovanych-v-SR.aspx>

Consulting Group³⁵ dosahoval priemer obsadenosti nemocničných lôžok v západnej Európe v tom istom období 83%. Obložnosť lôžok predstavuje teda pre Slovensko oblasť, kde sa dajú racionalizáciou a optimalizáciou siete nemocníc dosiahnuť relatívne zaujímavé úspory a nárast efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Graf 1: Počet nemocničných lôžok, zdravotných sestier a lekárov v SR (na 1000 obyvateľov)



Zdroj: SME, 12.7.2013; <http://ekonomika.sme.sk/c/6855496/sestriciek-je-v-nemocniciach-malo-lozok-zasa-vela.html>

Tabuľka 2: Vstup nových sestier do zdravotníckeho systému v SR (registrácia v komore)

Rok	Počet sestier
1994	2005
1995	1844
1996	1312
1997	1172
1998	847
1999	805
2000	777
2001	902
2002	1072
2003	765
2004	426
2008	337
2009	313
2010	174

³⁵ SME (2013): Najväčšia nemocnica miňa desiatky miliónov zbytočne; denník SME; 23.10.2012 <http://ekonomika.sme.sk/c/6980252/najvacsia-nemocnica-mina-desiatky-milionov-zbytocne.html>

2011	155
2012	355

Zdroj: KOČANOVÁ, L.: *Sestra je obeť systému a zbraň v rukách politikov*; blog.sme.sk; 29.1.2012
<http://kocanova.blog.sme.sk/c/287271/Sestra-je-obeť-systemu-a-zbraň-v-rukach-politikov.html>

Počas ostatnej dekády bol zaznamenaný vo väčšine krajín OECD, Slovensko nevynímajúc, rýchly rast v dostupnosti diagnostických technológií (napr. CT a MR-prístroje). V SR bolo v roku 2011 napočítaných 15,0 CT-čiek a 7,0 prístrojov na magnetickú rezonanciu (MR) na milión obyvateľov, čo predstavovalo úroveň pod priemerom OECD (23,2, resp. 13,3).

Zdravotnícky personál

Celkový počet ľudí zamestnaných v zdravotníckych zariadeniach SR dosiahol ku koncu roka 2011 úroveň 105 743 fyzických osôb (vrátane 78 842 zdravotníckych pracovníkov), čo znamená pokles o približne 2,2% v porovnaní s rokom 2010. Dlhodobým fenoménom je vysoký podiel (cca. 79%) zdravotníckych pracovníkov ženského pohlavia. Približne 38,7% zo všetkých zdravotníckych pracovníkov pôsobí v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, 1,8% pracuje v zariadeniach založených inými rezortmi, 15,4% v zariadeniach VÚC, miest a obcí a do 44,1% pracovníkov je v zdravotníckych zariadeniach iných zriaďovateľov, vrátane súkromných. Z celkového počtu zdravotníckych pracovníkov je 26% lekárov a zubných lekárov, 43% zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, 4,3% farmaceutov a 26,7% ostatných zdravotníckych pracovníkov.³⁶

Rozmiestnenie zdravotníckeho personálu po Slovensku vykazuje určité regionálne nerovnosti. Bratislavský kraj má v priemere približne 1,7 až 2,6-krát viac zdravotníckych pracovníkov na 1000 obyvateľov ako ďalšie kraje (pozri Tabuľku 3).

Tabuľka 3: Počet zdravotníckych pracovníkov na 1000 obyvateľov podľa vybraných kategórií a regiónov (údaje z roku 2011)

Kraj	Zdravotnícki pracovníci	Lekári	Zubári	Zdravotné sestry*	Farmaceuti
Bratislava	28,3	6,6	0,8	11,0	1,6
Trnava	11,2	2,4	0,4	4,8	0,5
Trenčín	10,9	2,5	0,4	4,6	0,5
Nitra	11,5	2,6	0,4	4,8	0,5
Žilina	14,0	3,2	0,4	5,8	0,4
Banská Bystrica	12,0	2,6	0,4	5,1	0,5
Prešov	12,2	2,7	0,4	5,2	0,5
Košice	17,1	3,9	0,6	6,4	0,6
Slovensko - celkovo	14,6	3,3	0,5	5,9	0,6

* okrem pôrodných asistentiek

Zdroj: NCZI (2012); prepočty: INEKO

Starnutie pracovníkov v zdravotníctve, reštrukturalizácia zdravotníckych zariadení a odchod za prácou do zahraničia sú faktory, ktoré môžu spôsobiť v dlhšom časovom horizonte nedostatok zdravotníckych

³⁶ NCZI (2012b): Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011; Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI); 2012; http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2011.pdf

pracovníkov na Slovensku. Toto je považované za všeobecne známe, hoci presné dáta o migrácii slovenských zdravotníkov za prácou do zahraničia absentujú.³⁷

Podľa prieskumu WHO (2012) o primárnej zdravotnej starostlivosti bol v roku 2011 na celoštátnej úrovni zaznamenaný nedostatok zubárov. Pri ostatných zdravotníckych profesiách primárnej starostlivosti nebol podobný nedostatok vykázaný celoslovensky, avšak v niektorých regiónoch chýbajú podľa WHO všeobecní lekári, gynekológovia a pôrodnici a zdravotné sestry v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Na Slovensku je naopak dostatok zdravotných sestier v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ako aj fyzioterapeutov a farmaceutov.

Je faktom, že v medzinárodnom porovnaní (OECD Health Data 2013) je na rozdiel od mierne nadpriemerného počtu lekárov počet zdravotných sestier v SR podpriemerný. Na 1000 obyvateľov pôsobili v SR v priemere 5,9 sestier v roku 2011, čo bolo pod priemerom krajín OECD (8,7). Od roku 2000 bol zaznamenaný nárast počtu sestier na jedného obyvateľa vo všetkých krajinách EÚ, s výnimkou Litvy a Slovenska, pričom v SR bol zaznamenaný výrazne najväčší prepád – vyše 20% za obdobie rokov 2000-2010.³⁸ Podľa údajov NCZI (2012) pracovalo na Slovensku v roku 2011 celkovo 32 043 zdravotných sestier, pričom v roku 2000 ich bolo 40 077.³⁹

Jedným z dôvodov poddimenzovaného stavu zdravotných sestier môžu byť i relatívne nízke príjmy sestier. Riešením však nie je plošné zvyšovanie plátov, o čom sa momentálne uvažuje, ani zákonom stanovené minimálne mzdové nároky, ale diferenciacia plátov umožňujúca riaditeľom nemocníc odmeňovanie podľa kvality odvedenej práce berúc zároveň do ohľadu i finančnú kondíciu tej-ktorej nemocnice či poskytovateľa. Problémom je, ak sa zvyšujú platy sestier či lekárov plošne, bez ohľadu na finančné možnosti a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čiže na úkor efektívnosti a zadĺženosti nemocníc.

Szalay et al. (2011) a WHO (2012) poznamenávajú, že zdravotnícky personál na Slovensku starne. Najviac lekárov patrilo v roku 2007 do vekovej skupiny 50-54 rokov, pričom podiel 50-ročných a starších lekárov bol v roku 2007 úroveň 47,4%. Podľa najnovšie dostupných dát z roku 2011⁴⁰ dosiahol podiel lekárov s vekom 50 rokov a viac 45,9%, pričom najviac lekárov bolo z vekovej skupiny 55-59 rokov (pozri Tabuľku 4).

Tabuľka 4: Počet lekárov v rôznych vekových skupinách (údaje z roku 2011)

Lekári celkom	Veková skupina									
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
17 849	75	2016	1438	2156	2288	1680	2020	3036	1842	1298
100%	0,4%	11,3%	8,1%	12,1%	12,8%	9,4%	11,3%	17,0%	10,3%	7,3%
	11,7%		20,1%		22,2%		28,3%		17,6%	
	54,1%					45,9%				

Zdroj: NCZI (2012); prepočty: INEKO

³⁷ SZALAY et al. (2011)

³⁸ OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012 ([Nurses](#))

³⁹ Podľa prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Ivety Lazorovej chýba dnes na Slovensku približne 16-tisíc zdravotných sestier. (zdroj: <http://hn.hnonline.sk/slovensko-119/ak-nebudu-vyssie-platy-sestry-odidu-do-zahranicia-584846>)

Podľa odhadov zdravotnej sestry Ľubice Kočanovej pracuje v zahraničí až 20-tisíc sestier zo Slovenska. (zdroj: <http://ekonomika.sme.sk/c/6855496/sestriciek-je-v-nemocniciach-malo-lozok-zasa-vela.html>)

⁴⁰ NCZI (2012b)

V štátnych zdravotníckych zariadeniach (v pôsobnosti MZ SR) pracuje 23,6% osôb vo vekovej skupine 55- a viacročných, oproti tomu v zdravotníckych zariadeniach patriacich do pôsobnosti iných zriaďovateľov pracuje v tejto vekovej kategórii až 47,2% osôb. Tento fakt spôsobuje vyšší vek lekárov pracujúcich prevažne v neštátnych ambulanciách.⁴¹ Podľa prieskumu WHO (2012) bol priemerný vek všeobecného lekára na Slovensku v roku 2011 niekde medzi 53 a 54 rokmi.

Zdravotný stav obyvateľstva a rizikové faktory

Občania SR majú v priemere jeden z najhorších zdravotných stavov spomedzi krajín OECD, a to napriek zlepšeniu v ostatnej dekáde. Jednou z hlavných príčin tohto stavu je relatívne veľký podiel ľudí žijúcich vo výrazne horších životných podmienkach (najmä v rómskych osadách).

Počas ostatných dekád zaznamenala väčšina krajín OECD, vrátane Slovenska, značný nárast v očakávanej dĺžke života. V roku 2011 dosiahla stredná dĺžka života pri narodení v SR 76,1 rokov – 4 roky menej, ako bol priemer v OECD (80,1) (pre ďalšie porovnanie: CZ: 78,0 rokov; HU: 75,0; PL: 76,9). Očakávané zdravé roky života pri narodení (*Healthy Life Years at birth*),⁴² t.j. život v zdravom stave je u slovenských mužov a žien takmer o 19 rokov kratší ako vo Švédsku.

Najčastejšími príčinami hospitalizácií v slovenských zdravotníckych zariadeniach sú choroby obehovej sústavy, nádorové ochorenia a choroby tráviaceho systému. Relatívne častým ochorením v SR je aj cukrovka. Od roku 1990 do aktuálne monitorovaného roku 2011 vzrástol počet v ambulanciách liečených osôb na cukrovku v SR až o 58,2%. Najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku sú ochorenia obehovej sústavy (t.j. kardiovaskulárne (srdcovocievne) choroby) – až 52,6% zo všetkých úmrtí (údaje za rok 2011).⁴³

Slovensko patrí medzi európske krajiny s najvyššími mierami úmrtnosti na infarkt (*pozri Graf 2*) a mozgovú porážku, pričom na rozdiel od väčšiny ostatných krajín je možné za ostatné dve dekády pozorovať len mierne zlepšovanie týchto parametrov. Čiže nožnice sa ešte viac roztvárajú.⁴⁴

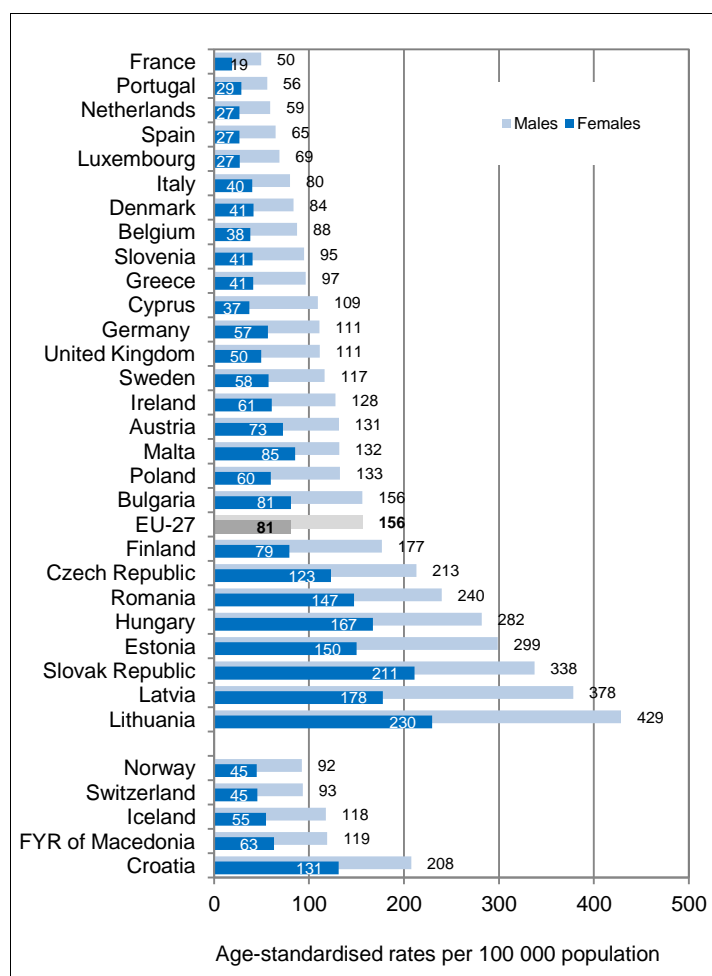
⁴¹ NCZI (2012b)

⁴² Eurostat (2013): http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics (dáta z 2011)

⁴³ NCZI (2012b): Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011; Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI); 2012; http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2011.pdf

⁴⁴ OECD (2012): Health at a Glance: Europe 2012 ([Mortality from heart disease and stroke](#))

Graf 2: Miera úmrtnosti na ischemickú chorobu srdca u žien a mužov
(vekovo štandardizované miery úmrtnosti na 100-tisíc obyvateľov; údaje z 2010 (alebo najbližšieho roka))



Zdroj: Eurostat Statistics Database; graf: OECD: Health at a Glance: Europe 2012

Podiel fajčiarov medzi dospelými poklesol za ostatné dve dekády vo väčšine krajín OECD, vrátane Slovenska. V SR fajčilo 19,5% z dospeljej populácie v roku 2009 – o trochu menej ako v priemere v OECD (20,9%). V SR dosiahla miera obezity medzi dospelými ľuďmi 16,9% v roku 2008. To bolo podstatne menej ako priemer sledovaných 15 krajín OECD (22,8% v roku 2011).

Indikátory kvality a výkonnosti zdravotníckeho systému

Jednou z dôležitých podmienok pre efektívnu súťaž v zdravotníckom sektore sú hodnoverné a zrozumiteľné informácie, vrátane tých o kvalite a efektívnosti zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Slovensko patrí medzi zopár krajín OECD, ktoré zverejňujú informácie o viacerých aspektoch kvality a efektívnosti výkonov a služieb v nemocniciach, ako aj u lekárov (napr.: klinické výsledky, vhodnosť a účelnosť procesov a použitia zdrojov, spokojnosť a skúsenosti pacientov).⁴⁵

⁴⁵ Pozri: PARIS, V. – DEVAUX, M. – WEI, L. (2010): Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries; OECD Health Working Papers, No.50; April 2010; <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>

Slovenská legislatíva predpokladá, že oficiálne indikátory kvality⁴⁶ budú jednotlivé zdravotné poisťovne každoročne vyhodnocovať, zasielať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zohľadňovať pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi. V praxi však poisťovne využívajú pri kontraktingu často aj svoje vlastné kritériá a indikátory.

Existujúce oficiálne (vládne) indikátory kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vykazujú viaceré nedostatky:

- Vládne indikátory kvality neposkytujú dostatočnú informačnú, výpovednú hodnotu kvôli ich relatívne slabej štruktúre a faktu, že umožňujú len veľmi obmedzenú diferenciáciu poskytovateľov, čo sa ich kvality a efektívnosti týka – pravidelne sa v jednej z troch kategórií - v kategórii "štandardná úroveň" umiestňuje až 97-98% poskytovateľov.⁴⁷
- Vyhodnocovanie oficiálnych kritérií je sporadické a pre verejnosť málo transparentné (každá zdravotná poisťovňa používa odlišný spôsob hodnotenia a prezentácie výsledkov, komplikované medziročné porovnanie, nemožnosť zostaviť rebríčky poskytovateľov, atď.).
- Neexistuje komplexný internetový portál, ktorý by na jednom mieste agregoval údaje všetkých zdravotných poisťovní o ich hodnotení kvality a efektívnosti poskytovateľov. Poistenci tak nemajú momentálne k dispozícii užívateľsky priateľský nástroj na rýchle vyhľadanie užitočných a zrozumiteľných informácií, ktorý by umožňoval na jednom mieste zistiť, či a ako jednotliví poskytovatelia plnia jednotlivé kritériá, alebo by jednoducho dovolil medziročné porovnania.

MZ SR v *Návrhu Strategického rámca v zdravotníctve pre roky 2013 – 2030*⁴⁸ identifikovalo kľúčové ukazovatele/indikátory zdravotnej starostlivosti, v ktorých SR zaostáva za krajinami OECD a stanovilo cieľové hodnoty, ktoré prostredníctvom implementácie následných stratégií plánuje dosiahnuť v časovom horizonte do roku 2030.

Nasledujúca *Tabuľka 5*⁴⁹ zobrazuje hlavné oblasti kvantifikujúce stav zdravotníctva a zdravia obyvateľov, zoznam indikátorov a návrh cieľových stavov týchto indikátorov:

⁴⁶ VŠZP: <http://www.vszp.sk/poskytovatelia/indikatory-kvality/indikatory-kvality.html>

Union: <http://www.union.sk/indikatory-kvality>

....Dôvera: nemá vyhodnotenie vládnych indikátorov kvality zverejnené na svojej web-stránke, keďže poisťovňa zastáva názor, že majú pre ňu len veľmi obmedzenú vypovedaciu schopnosť.

⁴⁷ Pozri napr: ÚDZS (2013): Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2012; Vestník č.9/2013 Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS); júl 2013

http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs/vestniky/rocnik_2013/VE-9-2013_Sprava_o_stave_vykonavania_verejneho_zdravotneho_poistenia_za_rok_2012.pdf

⁴⁸ MZ SR (2013a): Návrh Strategického rámca v zdravotníctve pre roky 2013 – 2030; MZ SR, 2013

<http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/Sekcie/IZP/navrh-strategickeho-ramca-v-zdravotnictve-pre-roky-2013-2030.pdf>

⁴⁹ Prevzaté z MZ SR (2013a)

Tabuľka 5: Zoznam indikátorov a návrh cieľových stavov týchto indikátorov

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030				
Zdravotný stav (Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years)	Zdravé roky života pri narodení (Healthy life years at birth)	Muži (Males)	roky (years)	52,4	61,9	69,7	60				
			Ženy (Females)	roky (years)	52,1	62,7	69,7	60				
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)	Pri narodení (At birth)	Muži (Males)	roky (years)	71,6	76,9	79,7	76,9				
			Ženy (Females)	roky (years)	78,8	82,4	85,1	82,4				
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)	Všetky príčiny (All causes)	Muži (Males)	stratené roky na 100 000 ob. (years lost per 100 000 population)	7 254,0	4 798,0	3 255,0	4 798,0				
			Ženy (Females)	stratené roky na 100 000 ob. (years lost per 100 000 population)	3 073,0	2 457,0	1 797,0	2 457,0				
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	Všetky príčiny smrti (All causes of death)	Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	1 188,5	852,2	707,3	852,2				
		Odvratiteľná úmrtnosť (Amenable mortality)	Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	187,7	95,1	63,8	95,1				
		Ochorenia srdcovo-cievnej sústavy (Diseases of the circulatory system)	Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	674,2	331,2	203,4	331,2				
			Nádory (Neoplasms)	Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	261,2	229,7	187,2	187,2			
Podpora zdravia (Health promotion)	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	Spotreba alkoholu (Alcohol consumption)	Ročná báza (annually)	Litre na osobu (15+) (Liters per capita (15+))	10,7	9,2	6,2	9,2				
		Spotreba tabaku (Tobacco consumption)	Ročná báza (annually)	% denných fajčiarov 15+ (% of population aged 15+ who are daily smokers)	19,5	19,5	15,0	17,3				
		Miera obezity populácie (Level of obese population)	Ročná báza (annually)	% obéznych z celej populácie (% of obese population)	16,9	18,9	15,4	15,4				
	Prevenícia (Imunizácia) (Prevention (Immunisation))	Imunizácia: Záškrť, tetanus, čierny kašeľ (Immunisation: Diphtheria, Tetanus, Pertussis)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99,0	95,2	99,0	99,0			
					% zaočkovaných detí (% of children immunised)	98,0	93,9	98,4	98,0			
					% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99,0	85,9	98,0	99,0			
					% obyvateľov nad 65 rokov (% of population aged 65 years and over)	23,8	52,2	74,6	52,2			
	Skriňing (Screening)	Mamografia, programové dáta (Mammography screening, programme data)			% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	16,0	54,1	74,1	54,1			
			Rakovina krčka maternice, programové dáta (Cervical cancer screening, programme data)					% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	22,9	50,6	70,0	50,6
	Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti (Health care delivery)	Všeobecní lekári (General practitioners)	Priemerný vek všeobecných lekárov (Average age of General practitioners for adults)		vek (age)	53,9			40,0			
Všeobecní lekári ako Gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)		Pacienti odporučení na vyšetrenie na vyšších úrovniach zdravotnej starostlivosti (Patients transferred to higher levels of care)	-	% návštev pacientov odporučených na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti (% of visits transferred to higher level of care)	-	-	-	20%				
Konzultácie (Consultations)		Návštevy u lekára (Doctors consultations)		Počet na osobu (Number per capita)	11,3	6,4	4	6,4				
Ukončené hospitalizácie (Discharges)		Všetky príčiny (All causes)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	21 196,7	16 555,3	11 378,3	16 555,3				
		Choroby obehovej sústavy (Diseases of the circulatory system)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	3 333,9	2 081,2	1 053,8	2 081,2				
Lôžka (Hospital beds)		Celkovo nemocničných lôžok (Total hospital beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	6,4	5,1	2,3	3,5				
	Akútna starostlivosť (Curative (acute) care beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	4,7	3,5	1,8	2,5					

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030	
	Využitie kapacít (Inpatient utilisation)	Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti (Acute care occupancy rate)		% z disponibilných lôžok (% of available beds)	66,5	75,2	91,0	85	
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)	Priemerný vek nemocničných budov (Average age of hospital buildings)		Roky (Years)	42,0			25	
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)	Všetky príčiny (All causes)			Dni (Days)	7,3	7,0	4,3	5,8
		Akútna starostlivosť (Acute care)			Dni (Days)	6,6	6,2	4,2	5
	Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Fyzický prístup (Physical access)							
		Finančný prístup (Financial access)	Súkromné výdavky (Out-of-pocket exp.)		Podiel z celkových výdavkov v zdravotníctve v %	27,2	18,2	9,6	20
Starostlivosť u akútnej exacerbácie chronických chorôb (Care for Acute Exacerbation of Chronic Conditions)	Úmrtnosť u prijatých pacientov s akútnym infarktom myokardu do 30 dní (Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality rate)			Vek-pohlavie štandardizovaná miera (%) (Age-sex standardised rate (%))	5,7	5,4	2,8	2,8	
	Úmrtnosť u prijatých pacientov s mŕtvicou do 30 dní (Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality rate)			Vek-pohlavie štandardizovaná miera (%) (Age-sex standardised rate (%))	25,4	18,5	10,8	10,8	
Výdavky na zdravie (Health financing)	Farmaceutické produkty a zdravotnicke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	Celkové výdavky na farmaceutické produkty a zdravotnicke pomôcky (Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables)		% z celkových výdavkov na zdravie (% total expenditure on health)	26,4	16,6	8,5	20	
	Mechanizmy platieb poskytovateľom (Provider payment mechanisms)	Zavedenie DRG (DRG implementation as a payment mechanism)		rok (year)				2016	
	Udržateľnosť zdravotnickeho systému (Health system financial stability)	Operatívny zisk nemocníc (Operational profit of hospitals)	-	milión EUR (million EUR)	-116	-	-	120	
Zdravotnícka technika (Health technology)	Diagnostika (Diagnostic exams)	Výšetrenia počítačovej tomografie (Computed Tomography exams, total)		Na skener (Per scanner)	6 455,9	7 612,8	12 203,8	12 203,8	
		Výšetrenia magnetickej rezonancie (Magnetic Resonance Imaging exams, total)		Na skener (Per scanner)	4 875,4	5 285,7	7 549,8	7 549,8	
	Zariadenia (Medical technology)	Počítačové tomografie (Computed Tomography scanners)		Na milión ob. (Per million population)	13,8	22,6		22,6	
		Pristroje magnetickej rezonancie (Magnetic Resonance Imaging units)		Na milión ob. (Per million population)	6,8	12,5		12,5	
	Spotreba farmák (Pharmaceutical consumption)	Antibiotiká (Antibiotics)		doporučená denná dávka (daily defined doses)	24,5	21,1	13,2	17,2	
Contextual issues (Kontextuálne podnety)	Bezpapierová výmena informácií medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (Paperless exchange of information among health care providers)	Všeobecní lekári (General practitioners)		% poskytovateľov s bezpapierovou výmenou informácií (% of providers with paperless information exchange)					
		Špecialisti (Specialists)							
		Poskytovatelia lôžkovej starostlivosti (Inpatient providers)							
		Diagnostika, zobrazovanie (Diagnostics, imaging)							
	Ostatní poskytovatelia (Other providers)								
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)			% pacientov v ambulancijnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in ambulatory care treated according to clinical guidelines)				50%
Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)			% pacientov v ústavnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in hospital care treated according to				30%	

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
				clinical guidelines)				
	Aktívna spolupráca so sociálnym sektorom (Improved cooperation with social sector)	<p>Percentuálny rozsah a výška zdravotnej starostlivosti - ošetrovateľských úkonov poskytovaných sociálnym sektorom a hrazených rozpočtom zdravotníckeho sektora (Scope and amount of healthcare services provided by social sector covered by health care budget)</p> <p>Počet multidisciplinárnych tímov v zdravotníckom sektore , vrátane odborníkov zo sociálneho sektora</p> <p>Počet zariadení dlhodobej starostlivosti, v ktorých je poskytovaná komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť</p>						
	Výskum a vývoj (Research and development)	Počet univerzitných nemocníc zapojených do výskumných programov spolu s univerzitami, Slovenskou akadémiou vied, zahraničnými fakultnými nemocnicami a súkromnými subjektami (Number of teaching hospitals operating in research programs with universities, Slovak Academy of Science, foreign teaching hospitals and private companies)						3

Zdroj: databáza OECD - časť Health, <http://stats.oecd.org/>

Silné stránky slovenského zdravotníctva

Jedným z najvypuklejších problémov slovenského zdravotníctva boli vysoké verejné výdavky na lieky a ich značná spotreba. Od vstupu do OECD v roku 2000 patrí Slovensku pravidelne čelná pozícia spolu s Maďarskom, čo sa týka výšky celkových výdavkov na lieky meranej ako podiel z celkových výdavkov na zdravotníctvo a taktiež ako podiel na HDP (pozri Tabuľku 6).⁵⁰

Tabuľka 6: Celkové výdavky na lieky v roku 2011 (podiel na HDP – rok 2010)

	Podiel na celkových výdavkoch v zdravotníctve (%)	Výdavky na lieky na hlavu (USD PPP)	Podiel na HDP (%)
Maďarsko	33,4	564,0	2,6
Slovensko	27,4	525,0	2,4
Poľsko	22,5	326,3	1,6
Česká republika	20,0	394,2	1,5
<i>priemer OECD / EÚ25*</i>	<i>16,4</i>	<i>495,5</i>	<i>1,5</i>

* EÚ25 - podiel na HDP

Zdroj: OECD Health Data 2012, Eurostat Statistics Database

Pomôcť znížiť verejné výdavky na lieky malo dôslednejšie využívanie inštitútu medzinárodného referencovania cien liekov, ktoré je známe v slovenskej legislatíve už od roku 2000, v dnešnej podobe je známe od roku 2008, ale dôkladne sa začalo uplatňovať až kategorizáciou liekov platnou od apríla 2009. Referencovanie cien liekov v SR je možné považovať za "success story" slovenskej zdravotnej politiky ostatných rokov. Slovensko bolo jednou z prvých európskych krajín, ktoré zaviedli referencovanie cien liekov do praxe. Ako referenčná hodnota pre určovanie maximálnych cien liekov bola stanovená priemerná cenová úroveň 6 najlacnejších krajín EÚ. Následne sa ukázalo, že lieky boli predražené v priemere asi o 10%, pričom najviac predražené boli originálne lieky chránené patentom (najmä drahé lieky na liečbu onkologických ochorení a autoimunitných porúch). Predražená bola tiež väčšina liekov z prvej stovky podľa spotreby.

Prvé tri kolá referencovania cien liekov v rokoch 2009 a 2010 mali podľa údajov MF SR ušetriť počas 3 rokov verejné výdavky na lieky vo výške 165 mil. EUR. Dôsledné uplatňovanie referencovania cien liekov a negóciácie s farmaceutickými firmami mali za následok, že výdavky na lieky v roku 2009 nerástli takým tempom ako v predchádzajúcich rokoch a v ostatných rokoch zaostávali i za rastom celkových výdavkov v zdravotníctve. Pre porovnanie, výdavky na lieky stúpili medziročne v SR o 1,1%⁵¹, zatiaľ čo v Českej republike o 10,3% a Poľsku o 10,2%. Slovensko patrilo v tomto ukazovateli v roku 2009 medzi najúspešnejšie krajiny EÚ.⁵²

⁵⁰ Treba však poznamenať, že chudobnejšie krajiny, krajiny s nižším HDP na hlavu, ktoré dobiehajú vyspelé ekonomiky, majú prirodzene vyšší podiel výdavkov na lieky na celkových zdravotníckych výdavkoch, keďže lieky musí každá krajina kupovať väčšinou za svetové trhové ceny, zatiaľ čo napríklad náklady na mzdy zdravotníkov či platby za výkony a služby sa pohybujú v domácich reláciách. (Zdroj: ZACHAR, D.: *Problémy v liekovej politike SR*; In: *EUROREPORT plus*; marec-apríl 2011; http://www.i-health.sk/analzy/1056_problemy-v-liekovej-politike-sr)

⁵¹ Dôvodom nárastu v SR bol podľa vtedajšieho ministra zdravotníctva Richarda Rašiho fakt, že hoci ceny liekov poklesli, bolo predpísaných o 11 miliónov balení liekov viac ako v roku 2008.

⁵² ZACHAR, Dušan (2012): *Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012*; In: MORVAY, Karol (ed.): *Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika; HPI (pripravovaná publikácia)* <http://hpi.sk/hpi/sk/view/9435/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012.html>

Pozitívom je, že podľa oficiálnych údajov Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) prišlo za ostatné tri roky zmenami v liekovej politike k poklesu celkovej výšky úhrad zdravotných poisťovní za predpisové lieky a tiež sa znížila spotreba tak predpisových, ako aj voľnopredajných liekov v množstevnom vyjadrení (pozri Tabuľky 7 a 8). Čísla NCZI z prvého a druhého štvrťroka 2013 naznačujú, že sa v tomto roku budú zhruba opakovať zlepšujúce sa čísla ostatných dvoch rokov.

Tabuľka 7: Vývoj spotreby liekov hrađených zo zdravotného poistenia vydaných na lekársky predpis (v mil. EUR, resp. v mil. kusov)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Úhrada poisťovní (mil. EUR)	882	907	1008	1054	963	898	814
Doplatok pacientov (mil. EUR)					162	176	150
Počet balení (mil. ks)					94,4	90,6	84,3

Zdroj: NCZI

Tabuľka 8: Vývoj spotreby voľnopredajných liekov v rokoch 2010-2012 (v mil. EUR, resp. v mil. kusov)

	2010	2011	2012
Úhrada občanov (mil. EUR)	123,2	119,8	124,6
Počet balení (mil. ks)	36,6	36,0	34,9

Zdroj: NCZI

Analýza IFP (Filko, Mach a Zajíček, 2012)⁵³ konštatuje, že realizáciou medzinárodného referencovania cien liekov sa na niekoľko rokov takmer zastavil nominálny rast nákladov na lieky, pričom teraz má SR efektívne druhé najlacnejšie lieky v Európe.

Keďže pôvodný model referencovania cien liekov už postupne vyčerpával svoj potenciál na úspory vo verejných výdavkoch na lieky, prišlo v roku 2011 k sprísneniu systému referencovania, a to tak, že cena lieku v SR nesmela prekročiť úroveň druhej najnižšej ceny spomedzi všetkých krajín EÚ. V roku 2012 prišla ďalšia, tentokrát menej očakávaná a menej výrazná zmena – ako referenčná hodnota pre maximálne ceny liekov v SR sa zobral priemer troch najnižších cien v EÚ.⁵⁴

⁵³ FILKO, M. – MACH, J. – ZAJÍČEK, M. (2012): Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva; Inštitút finančnej politiky (IFP) Ministerstva financií SR; december 2012 <http://www.mfsr.sk/LoadDocument.aspx?categoryId=8789&documentId=9367>

⁵⁴ Podľa predbežných výpočtov by sa touto zmenou mali podľa MZ SR znížiť ceny u viac ako 1220 liekov, čo predpokladá ročnú úsporu vo výške viac ako 76 mil. EUR. Avšak ak zoberieme do úvahy fakt, že predošlá vláda predpokladala ročnú úsporu z titulu prechodu referencovania cien liekov z priemeru 6 najlacnejších krajín EÚ na druhú najnižšiu úroveň v EÚ vo výške 60 až 70 mil. EUR, tak potom sa odhady úspor z "kozmetického" prechodu na systém referencovania na úrovni priemeru 3 najlacnejších krajín EÚ javia ako dosť nadhodnotené.

Slabé stránky slovenského zdravotníctva

Slovenské zdravotníctvo sa od pádu komunizmu stretáva s mnohými problémami, pričom jeden z najväčších je jeho nízka efektívnosť. Potvrdzujú to aj štúdie OECD^{55 56}, ako aj Medzinárodného menového fondu⁵⁷, ktoré radia Slovensko medzi európske krajiny s najnižšou mierou efektívnosti zdravotníckeho systému. Problémom sú relatívne slabé výsledky zdravotníctva.

Ak by Slovensko dokázalo naplno využiť svoj potenciál na zvýšenie efektívnosti v zdravotníctve, Slovensko by podľa zistení OECD (2012) ušetrilo až 2,7% HDP ročne, čo je tretina verejných výdavkov v zdravotníctve. Podľa Grigoli (2012) by úspora zo zvýšenia efektívnosti dosiahla až 3,5% HDP za rok pri rovnakých výsledkoch zdravotníctva, resp. ak by Slovensko dosahovalo rovnaké úrovne efektívnosti zdravotníckeho systému ako najefektívnejšie štáty, ušetrilo by až 60% výdavkov smerujúcich do zdravotníctva. Povedané inak, za súčasnú úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zdravia by mali občania SR platiť oveľa menej. Alebo opačne, za peniaze, ktoré v súčasnosti SR vynakladá na zdravotníctvo, by jeho občania mali dostať oveľa viac – lepšiu zdravotnú starostlivosť a viac zdravia. Problémom slovenského zdravotníctva teda nemusí byť nedostatok peňazí, určite však ním je ich neúčelné používanie.⁵⁸

Štúdia IFP (Filko, Mach a Zajíček, 2012), ktorá skúmala efektívnosť slovenského zdravotníctva, konštatuje, že v súčasnosti žijú obyvatelia Slovenska kvôli neefektívnosti spolu s Maďarskom o 3 roky kratšie než Česi a o 2 roky menej ako priemer vyspelých krajín. Slovensko zaznamenalo podľa IFP spomedzi všetkých sledovaných krajín OECD medzi rokmi 1997 a 2010 najväčší prepad.

Podľa vládneho Národného programu reforiem (NPR)⁵⁹ sa rýchly rast zdrojov neprejavil na výsledkoch zdravotníctva v dostatočnej miere. Zatiaľ čo ostatné krajiny V4 dokázali v posledných rokoch takmer vymazať náskok krajín EÚ v počte rokov zdravého života, Slovensko stále zaostáva s takmer 10-ročným rozdielom za EÚ a V4. Rýchly rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť v spojitosti s relatívne pomalým rastom očakávanej dĺžky života obyvateľov SR môže indikovať znižujúcu sa efektívnosť vynakladania zdrojov v zdravotníctve. V súčasnosti by sa obyvateľstvo SR mohlo pri nezmenenej výške výdavkov dožívať podľa NPR až o 2 roky dlhšie.

Ak však pri modelovaní parametrov efektívnosti slovenského zdravotníctva zohľadníme aj existujúcu mieru chudoby (napr. údaje o príjmoch a životných podmienkach domácností a najmä údaje o podiele rómskej populácie), čo v analýze IFP absentuje, začne sa slovenské zdravotníctvo javiť ako podobne efektívne pri porovnaní s ostatnými krajinami V4 či celej EÚ.⁶⁰

⁵⁵ OECD (2010): *Health care systems: Getting more value for money*, OECD Economics Department Policy Notes, No.2, OECD, 2010; <http://www.oecd.org/dataoecd/21/36/46508904.pdf>

⁵⁶ OECD (2012): *What are the Best Policy Instruments for Fiscal Consolidation?*, OECD Economics Department Policy Notes, No. 12, OECD, April 2012; <http://www.oecd.org/dataoecd/26/4/50100775.pdf>

⁵⁷ GRIGOLI, F.: *Public Expenditure in the Slovak Republic: Composition and Technical Efficiency*; IMF Working Paper (WP/12/173); International Monetary Fund; 2012, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2012/wp12173.pdf>

⁵⁸ ZACHAR, D. – DANČÍKOVÁ, Z.: *Analýza verejného obstarávania nemocníc v rokoch 2009-2012: Intenzita súťaže v tendroch je nízka*; INEKO, Transparency International Slovensko; august 2012
http://www.ineko.sk/file_download/693

⁵⁹ MF SR (2013): *Národný program reforiem Slovenskej republiky 2013*; Ministerstvo financií SR; apríl 2013
http://www.mfsr.sk/Components/CategoryDocuments/s_LoadDocument.aspx?categoryId=8046&documentId=9957

⁶⁰ TUNEGA, M.: *Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva: Viaceré pohľady na dostupné štatistické údaje z oblasti zdravotníctva v SR a v porovnateľných krajinách*; INEKO; október 2013
http://www.ineko.sk/file_download/754

Napriek priemerným či podpriemerným výsledkom v efektívnosti zdravotníctva existuje v SR veľký priestor na jej zvyšovanie, čo je možné dobre vidieť napr. pri porovnaní so susednou Českou republikou, ktorá dosahuje v rámci EÚ nadpriemernú efektívnosť.

Pozn.: Ďalšie slabé stránky slovenského zdravotníctva, napr. zadlžovanie a zlé zdravotné výsledky sú popísané v ostatných kapitolách.

Aké reformy sú potrebné?

MZ SR, ako aj celá vláda SR bude musieť v najbližšom období riešiť dlh celého zdravotníctva, ktorý je rakovinou tohto rezortu, pričom bude konfrontovaná s nespokojnosťou pacientov s dostupnosťou a kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.

Preto by bolo potrebné (návrhy INEKO):

- zavádzať tvrdé rozpočtové pravidlá (*hard budget constraints*) pre hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj pre zdravotné poisťovne,
- meranie a transparentné informovanie pacientov a poisťovní o výsledkoch - nákladoch, objeme a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti napr. i zverejňovaním rebríčkov kvality a efektívnosti poskytovateľov aj poisťovní na internete a podľa toho aj ich odmeňovanie - lepšie informovaná verejnosť môže totižto účinnejšie tlačiť na zvyšovanie kvality zdravotníctva,
- presnejšie definovať, vrátane časovej dostupnosti, a prípadne aj zúžiť základný balík zdravotnej starostlivosti financovaný z povinného verejného zdravotného poistenia – tým sa vytvoria lepšie podmienky na dobrovoľné pripoistenie,
- urobiť poriadok v priamych platbách obyvateľstva a umožniť vyberať paušálne regulačné poplatky pri návšteve lekára či hospitalizácii,
- zavádzanie a dodržiavanie diagnostických a liečebných štandardov (*guidelines*),
- zavedenie katalógu výkonov a DRG-systému pri odmeňovaní v lôžkovej starostlivosti do praxe,
- znížiť koncentráciu a štátny vplyv na trhu s verejným zdravotným poistením rozdelením a privatizáciou časti Všeobecnej zdravotnej poisťovne; podporovať vstup nových hráčov na trh,
- dokončiť transformáciu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti a umožniť vstup súkromného kapitálu do nich – strategickí investori môžu priniesť do nemocníc lepšie (rozumej: dlhodobo udržateľné) hospodárenie, vyššiu kultúru aj know-how,
- vyberať manažérov štátnych nemocníc a iných zdravotníckych zariadení odborníkmi na základe transparentného verejného výberového konania,
- zrušiť zákonom definované minimálne mzdové nároky lekárov a neprijímať ich u zdravotných sestier, ani u ďalších zdravotníckych pracovníkov,
- zrušiť tzv. koncovú sieť nemocníc, t.j. zoznam všetkých štátnych ústavných zariadení, s ktorými musia zdravotné poisťovne uzavrieť zmluvu,
- razantnejšie postupovať pri racionalizácii a optimalizácii lôžkovej starostlivosti,
- posilniť nezávislosť ÚDZS nemožnosťou odvolať jeho predsedu de facto z akéhokoľvek dôvodu.

Vláda SR formulovala svoje základné reformné ciele v zdravotníctve v rámci Národného programu reforiem⁶¹, ktorý je hlavným strategickým dokumentom vlády SR v oblasti ekonomického rozvoja a štrukturálnych politík. Na medzinárodnej úrovni predstavuje tento materiál opatrenia na naplnenie cieľov obsiahnutých v stratégii Európa 2020. (Pozn. nasledujúci text aj Tabuľka 9 sú prevzaté z tohto materiálu.)

Tabuľka 9: Výsledkový indikátor pre oblasť zdravia									
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Cieľ 2020
Roky zdravého života (Healthy life years)* (očakávaný počet rokov pri narodení)	SK	55,9	54,5	55,8	52,3	52,5	52,3	52,2	60
	EÚ	61,8	62,1	62,1	61,6	61,6	62,1	61,8	-

* Počet rokov prežitých v dobrom zdravotnom stave, ktoré je možné očakávať pri narodení. Ukazovateľ kombinuje údaje o mortalite a morbidite v danej krajine. Dobrý zdravotný stav je definovaný neprítomnosťou invalidity alebo obmedzení v každodennom živote. Nazýva sa aj roky života bez hendikepu (disability-free life years (DFLY)).

Zdroj: MF SR (2013)

V uplynulých rokoch rástli výdavky podstatne rýchlejšie než v krajinách s podobnou úrovňou HDP na obyvateľa. EK očakáva, že Slovensko bude medzi krajinami s najvýraznejším rastom starnutia populácie, čo bude ďalej zvyšovať náklady na zdravotníctvo.

Rýchly rast zdrojov sa však neprejavil na výsledkoch zdravotníctva v dostatočnej miere. Zatiaľ čo zvyšné tri krajiny V4 dokázali v posledných rokoch takmer vymazať náskok krajín EÚ v počte rokov zdravého života, Slovensko stále zaostáva s takmer 10-ročným rozdielom za EÚ a V3.

Rýchly rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť v spojitosti s relatívne pomalým rastom očakávanej dĺžky života obyvateľov SR znamená znižujúcu sa efektívnosť vynakladania zdrojov v zdravotníctve. Zatiaľ čo Slovensko sa zhruba do roku 2003 pohybovalo na úrovni priemernej efektívnosti krajín OECD, po tomto roku nastal jej výrazný pokles. V súčasnosti by sa obyvateľstvo Slovenskej republiky mohlo pri nezmenenej výške výdavkov dožívať až o 2 roky dlhšie.

Vláda SR preto prijme opatrenia pre dosiahnutie čo najvyššej efektívnosti bez ohrozenia dostupnosti a kvality liečby. Dôležitými témami sú krátkodobá aj dlhodobá finančná udržateľnosť financovania zdravotníctva. Opatrenia sa zamerajú na zastavenie zadlžovania nemocníc, optimalizáciu ich siete a investície do nových, efektívnejších nemocníc. Zavedie sa integrovaný model poskytovania zdravotnej starostlivosti⁶², zjednotia sa všeobecne akceptované štandardy a liečebné postupy (*guidelines*), zlepši sa informovanosť pacientov zverejňovaním indikátorov kvality⁶³ a čakacích listín⁶⁴, zavedie sa

⁶¹ MF SR (2013): Národný program reforiem Slovenskej republiky 2013; Ministerstvo financií SR; apríl 2013 http://www.mfsr.sk/Components/CategoryDocuments/s_LoadDocument.aspx?categoryId=8046&documentId=9957

⁶² Posilní sa pozícia všeobecných ambulantných lekárov, čím sa obmedzí drahšia liečba v nemocniciach a u špecialistov. [Rezidentský program](#) pripraví novú generáciu všeobecných lekárov, ktorých prínos sa prejaví v zlepšenom manažmente procesu liečby. Okrem iného sa zavedie povinná prax študentov medicíny v ambulanciách už počas vysokoškolského štúdia. Po absolvovaní vzdelávacieho programu bude začínajúci doktor zaviazaný odpracovať určitý počet rokov v ambulancii na Slovensku. Financovanie bude zabezpečené zo zdrojov EÚ. Významnou súčasťou integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti je zavedenie elektronizácie zdravotníctva do praxe - eHealth.

⁶³ Vláda SR chce podporovať zvyšovanie kvality v zdravotníctve prostredníctvom zavedenia zrozumiteľného systému merania kvality a akreditácie poskytovateľov vrátane nemocníc. Prijme nový rozšírený zoznam indikátorov kvality a zadefinuje ich aj pre ďalšie medicínske odbory a terapeutické a diagnostické výkony. Hodnoty indikátorov kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti budú nastavené tak, aby na rozdiel od súčasného stavu skutočne a zmysluplne diferencovali poskytovateľov. Hodnoty indikátorov ako aj rebríčky

unitárny systém zdravotného poistenia, platby za diagnostickú skupinu (DRG-systém) a pokračovať bude reforma liekovej politiky⁶⁵.

kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti budú zverejnené minimálne raz ročne v užívateľsky prijateľnej podobe s cieľom zvýšiť informovanosť pacientov. Raz za 3 roky bude zoznam indikátorov revidovaný.

⁶⁴ Čakacie listiny budú vytvorené pre tie diagnostické a terapeutické výkony, ktoré budú poskytnuté viac než 3 mesiace od indikácie. Čakacie lehoty budú poisťovne povinné zverejňovať podľa jednotlivých poskytovateľov, čím sa umožní ich porovnateľnosť.

⁶⁵ MZ SR posúdi primeranosť výšky úhrad zdravotných poisťovní u relevantných skupín liekov hradených z verejného zdravotného poistenia na základe farmakoekonomických kritérií. Zefektívnenie nákupu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa zvýši posilnením inštitút verejného obstarávania v štátnych zdravotníckych zariadeniach.

B) Prijaté a navrhované opatrenia v rámci zdravotnej politiky v rokoch 2012 a 2013

Rok 2012⁶⁶

Rok 2012 bol v slovenskom zdravotníctve obdobím strateného času a mnohých spiatočnických krokov a návrhov, ktoré budú negatívne ovplyvňovať slovenské zdravotníctvo aj v nasledujúcich rokoch.⁶⁷ Vláda Roberta Fica vrátila mnohé opatrenia prijaté a realizované predošlou vládou naspäť, čo bude mať za následok finančne menej stabilné zdravotníctvo, viac zadlžené, menej efektívne, viac etatistické, politicky závislejšie a menej predvídateľné.

- [Znovuzavedenie tzv. koncovej siete nemocníc](#),⁶⁸ ktoré majú zo zákona automatický nárok na zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami – garantuje určitej skupine nemocníc, v tomto prípade štátnym⁶⁹, výsadné postavenie a obrovskú vyjednávaciu silu bez ohľadu na úroveň kvality a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti. (Zoznam zariadení v koncovej sieti poskytovateľov si možno pozrieť [tu](#).)
- [Zmäkčenie pravidiel platobnej schopnosti zdravotných poisťovní](#)⁷⁰ – znižuje finančnú stabilitu celého zdravotníckeho sektora, keďže sa zvyšuje riziko, že poisťovňa nebude vedieť v krízových situáciách zabezpečiť vlastnými zdrojmi úhradu svojich záväzkov, čoho príkladom z minulosti bola skrachovaná ZP Perspektíva.
- Masívne [výmeny a politické nominácie riaditeľov](#) zdravotníckych zariadení po výmene vlády – príliš časté striedanie manažmentov štátnych nemocníc a iných štátnych inštitúcií v zdravotníctve, čo vytvára pokrivené motivácie, je popri mäkkých pravidlách hospodárenia v príspevkových organizáciách jednou z najzásadnejších príčin zlých hospodárskych čísel štátnych zariadení.
- [Umožnenie odvolania riaditeľa Úradu pre dohľad](#) nad zdravotnou starostlivosťou vládou prakticky z akéhokoľvek dôvodu⁷¹ – robí z jedného zo systémovo najdôležitejších regulátorov na zdravotníckom trhu opäť možný politický nástroj štátnej moci.
- [Nepokračovanie v transformácii štátnych nemocníc](#) na akciové spoločnosti⁷² – vytvára do budúcnosti horšie predpoklady, že nemocnice budú hospodáriť transparentnejšie a efektívnejšie.

⁶⁶ ZACHAR, D.: Vláda tento rok zdravotníctvu skôr škodila ako pomáhala: Hodnotenie roka 2012 v zdravotnej politike; blog.etrend.sk; 21.12.2012

<http://blog.etrend.sk/inekomenty/2012/12/21/vlada-tento-rok-zdravotnictvu-skor-skodila-ako-pomahala/>

⁶⁷ V marci 2012 sa konali predčasné voľby. Od jesene 2011 boli vládou I. Radičovej ústavným zákonom oklieštené právomoci tým, že mohla prijímať ekonomické a sociálne opatrenia zásadného charakteru len so súhlasom prezidenta SR, takže už aj túto periódu možno rátať do obdobia strateného času.

⁶⁸ V roku 2007 zaviedla prvá Ficova vláda koncept koncovej siete nemocníc, Radičovej vláda ho zrušila, aby ho v roku 2012 druhá vláda obnovila.

⁶⁹ S jednou výnimkou neštátneho zariadenia – cirkevný Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o., v Bratislave.

⁷⁰ Z pôvodných troch ukazovateľov platobnej schopnosti boli k 1. júlu 2012 zrušené ukazovatele kapitálovej primeranosti a pomeru krátkodobých pohľadávok a záväzkov (tzv. current ratio), pričom sa ponechal ukazovateľ schopnosti zdravotnej poisťovne uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní od lehoty splatnosti a upravila sa horná hranica objemu záväzkov poisťovne voči poskytovateľom z pôvodných 0,5% na 0,2%. Jedná sa o záväzky, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. Ak záväzky prekročia uvedenú percentuálnu hranicu, zdravotná poisťovňa nepreukáže platobnú schopnosť za zabezpečenie.

(Zdroj: ÚDZS (2013): *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2012*; Vestník č.9/2013 Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; júl 2013 (http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs/vestniky/rocnik_2013/VE-9-2013_Sprava_o_stave_vykonavania_verejneho_zdravotneho_poistenia_za_rok_2012.pdf))

⁷¹ V roku 2007 prvá Ficova vláda rozšírila možnosti odvolania predsedu ÚDZS, Radičovej vláda ich obmedzila, pričom druhá Ficova vláda sa od júla 2012 vrátila znovu k rozšíreným možnostiam odvolania šéfa regulačného orgánu.

- [Zrušenie možnosti vytvárať lekárenské siete](#)⁷³ – nie je nám známe, že by prítomnosť sietí lekární v SR predstavovala výraznejšie riziko pri naplňaní verejného záujmu – poskytovania dostatočne odborných a dostupných lekárenských služieb pre pacientov. Ani Protimonopolný úrad SR nekonštatuje, že by prevádzkovatelia sietí disponovali takým dominantným postavením, ktoré by prekážalo efektívnej hospodárskej súťaže na trhu. Približne 15% lekární tvoria tzv. sieťové lekárne.⁷⁴ (Currently about 15% of all pharmacies in Slovakia are part of a pharmacy chain.)
- [Zrušenie vernostných systémov](#) na predpisové lieky a ich nahradenie [novým systémom zliav na doplatky za lieky](#) – nový systém poškodzuje verejné financie a deformuje cenotvorbu liekov [paradoxne v ešte oveľa väčšej miere](#) ako zrušené vernostné systémy.⁷⁵
- Nedostatočne odôvodnená [zmena mechanizmu referencovania cien liekov](#) z druhej najnižšej ceny v EÚ (presadenej v roku 2011) na priemer troch najnižších cien v EÚ – isté je, že niektorí výrobcovia liekov si trochu polepšia, iní na to trochu doplatia. Analýza IFP (2012) konštatuje, že realizáciou medzinárodného referencovania cien liekov sa na niekoľko rokov takmer zastavil nominálny rast nákladov na lieky, pričom teraz má SR efektívne druhé najlacnejšie lieky v Európe.
- Návrh na finančne náročnú [dostavbu nemocnice Rázsochy](#) v Bratislave – je pozoruhodné, že premiér hovoril bez analýzy hneď ako o prvom o preinvestovaní 500 až 600 mil. EUR prostredníctvom PPP-projektu, a nie o tom, či novú a akú nemocnicu a kde skutočne občania SR potrebujú, čo a akých pacientov bude liečiť, aký prínos bude mať pre zdravie občanov, a či alternatívne náklady takéhoto kroku nebudú priveľké, a či nebudú niekde chýbať oveľa viac. Nakoniec však vláda SR v júli 2013 prijala zámer MZ SR, podľa ktorého by sa mala postaviť cez PPP-projekt úplne nová nemocnica v areáli súčasnej vojenskej nemocnice sv. Michala (*pozri nižšie rok 2013*). Tým pádom nemocnicu na Rázsochách štát pravdepodobne nedostavia.
- Ideologický, finančne veľmi nákladný a [nevyargumentovaný](#) návrh na zrušenie systému viacerých konkurujúcich si zdravotných poisťovní a zavedenie unitárneho systému zdravotného poistenia v SR (*viac k tejto téme TU*) napáchal už teraz mnoho škôd – napríklad v podobe zneistenia aktérov pôsobiacich na zdravotníckom trhu či odlákania súkromných zahraničných investorov ochotných poskytnúť svoje know-how a financie na zlepšenie slovenského zdravotníctva. Prípadné zavedenie unitárneho systému by nebolo garanciou lepšie fungujúceho zdravotníctva, vláda to ani nevie preukázať, skôr by išlo o opak. Štát, ktorý má aj v súčasnosti najzásadnejší vplyv v zdravotníctve, a to cez najväčšiu poisťovňu, najväčšie nemocnice, regulátora a normotvorcu, by si ešte väčšmi posilnil svoj monopol a konflikt záujmov so všetkými negatívami, ktoré tieto javy sprevádzajú. Vytratil by sa nesmierne dôležitý tlak súkromných poisťovní na poskytovateľov liečiť pacientov kvalitnejšie a efektívnejšie. Na poisťovnom trhu treba naopak posilňovať súťaž, vstup nových hráčov na trh, dekoncentráciu.

⁷² Poslanci SMER-u, ako aj vláda R.Fica sa stotožnili so zákonom prijatým predošlou NR SR, účinným od 1.1.2012 vychádzajúceho z Memoranda o úprave pomerov v zdravotníctve uzavretým medzi vládou SR (ešte za Radičovej) a štrajkujúcim Lekárskym odborovým združením v decembri 2011, ktorým sa zastavila transformácia nemocníc na akciové spoločnosti.

⁷³ Radičovej vláda zlegálnila zákonom o liekoch vytváranie siete lekární na úrovni vyšších územných celkov. Druhá Ficova vláda ho však zrušila, a tak prevádzkovatelia sietí lekární budú, tak ako v minulosti, obchádzať formálny zákaz lekárenských sietí tým, že v každej sieťovej lekární formálne nastrčia iného zodpovedného farmaceuta s príslušnou kvalifikáciou, ktorý bude zároveň držiteľom povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární. Prevádzkovateľom sa tým zvýšia transakčné náklady.

⁷⁴ Zuzana Zvolenská, ministerka zdravotníctva SR na hodine otázok v NR SR, 5.12.2012
http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=schodze/ho_detail&MasterID=13255

⁷⁵ Negatíva spočívajú najmä v tom, že pri nedodržaní tzv. fixného doplatku, t.j. stáleho pomeru úhrady zdravotnej poisťovne a doplatku poistenca za predpísaný liek, sa deformuje cenotvorba liekov uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia. Farmaceutické firmy nebudú totižto motivované, resp. budú menej motivované súťažiť o výšku doplatku pacienta znížením cien liekov v rámci štandardnej kategorizácie liečiv, pričom sa radšej individuálne dohodnú s lekárnami na poskytovaní zliav, čo im prinesie väčšie benefity a pacientom väčšie zľavy. Zároveň to však tiež znamená, že o väčšiu zľavu prídu verejné financie administrované zdravotnými poisťovňami, ktoré tak budú musieť uhrádzať za lieky viac, ako by museli, keby bol ponechaný mechanizmus fixného doplatku, alebo dokonca aj zrušený systém, kedy si mohli poisťovne ponechať zo zľavy aspoň tretinu.

- Za najpozitívnejšie opatrenie súčasnej vlády v zdravotníctve v roku 2012 je možné považovať dokončenie zavádzania parametra chorobnosti do prerozdelenia mechanizmu poisťného medzi zdravotné poisťovne, tzv. [PCG-model](#) (*Pharmaceutical alebo Pharmacy-based Cost Groups*), ktorý by mal medzi poisťovne spravodlivejšie rozdeľovať peniaze na základe reálnej finančnej náročnosti poistencov – cez prizmu predpísaných liekov. Tým bol rozšírený systém kompenzácie rizikovej štruktúry poistencov vo verejnom zdravotnom poistení.⁷⁶ PCG-systém má zúžiť priestor pre poisťovne na selekciu „nízkonákladových“ poistencov a zvýšiť motiváciu poskytovať aj chronickú alebo nákladnú zdravotnú starostlivosť. Všetky zdravotné poisťovne sa zhodli, že PCG-systém prinesie spravodlivejšie prerozdelenie financií z verejného zdravotného poistenia, keďže bude viac reflektovať rôznu nákladovú náročnosť poistných kmeňov jednotlivých poisťovní z titulu ich chorobnosti. Súkromným poisťovňam sa však nepozdával účelovo urýchlený júlový termín zavádzania PCG-systému do praxe (peniaze sa prvýkrát po novom reálne prerozdeľujú od októbra 2012), keďže predošlý minister I. Uhlíarik pripravoval štart na začiatok roka 2013, na ktorý boli poisťovne nastavené.
- Ministerke zdravotníctva zoberalo a aj v roku 2013 berie mnoho času operatívne riešenie situácie so zvýšenými platmi lekárov a zdravotných sestier, za ktoré však počas predošlého volebného obdobia zahlasovala aj strana SMER-SD. Na takéto výrazné plošné zvýšenie plátov však nie je dostatok peňazí, a tak sa nemocnice, najmä tie štátne, vysokým tempom zadlžujú. Aj to núti manažmenty štátnych nemocníc, ako aj samotné ministerstvo zdravotníctva uvažovať nad prijímaním nevyhnutných racionalizačných opatrení v [personálnej](#), procesnej, [organizačnej](#) a [obstarávacej](#) oblasti, čo treba kvitovať.

Rok 2013

- [Posunutie](#) zavedenia platobného mechanizmu pre ústavnú zdravotnú starostlivosť – [DRG-systému o dva roky](#) (od roku 2016) - do roku 2016 sa budú zbierať klinické a ekonomické dáta a bude sa pripravovať informačný systém. Súčasnú úlohu ÚDZS, ktorý je garantom spustenia DRG na Slovensku, obhájil posunutie termínu zavedenia tohto systému nedostatočnou pripravenosťou. V lete 2013 pripravilo MZ SR [vyhlášku](#), ktorá obsahuje zoznam takmer 21-tisíc zdravotných výkonov pre DRG-systém rozdelených podľa nákladovosti (v októbri bola vyhláška schválená). Katalóg výkonov spolu so zoznamom zdravotných výkonov je podmienkou na to, aby sa zavádzanie nového platobného mechanizmu pre nemocnice mohlo posunúť do ďalšej fázy. Je veľkou škodou, že si súčasná vláda nedala za svoju prioritu pokračovať v práci jej predchodkyne a zaviesť DRG-systém do úhradového mechanizmu pre lôžkovú zdravotnú starostlivosť. Nefiguruje dokonca ani v Programovom vyhlásení vlády. Platby nemocniciam na základe klasifikačného systému DRG a samotný DRG nesú v sebe totižto potenciál vyššej transparentnosti, väčšieho poriadku, jasnejšie definujú produkt nemocnice, potenciálne zvyšujú efektívnosť, znižujú dobu hospitalizácie, zvyšujú počet odliečených pacientov a umožňujú lepšie porovnanie výkonov vnútri nemocnice, ako aj medzi jednotlivými zariadeniami. Na Slovensku existujú latentní odporcovia zavádzania DRG, nakoľko sa jeho implementovaním môžu zmeniť toky financií smerom k efektívnejším poskytovateľom a ešte väčšmi sa odhalí neporiadok v neefektívnych zariadeniach. Tiež VŠZP by musela nemocniciam platiť viac kvôli svojmu chorľavejšiemu poisťnému kmeňu.
- Poslanci NR SR schválili v júni 2013 novelu Trestného zákona, ktorá zaviedla [prísnejšie tresty pre zdravotníckych pracovníkov](#), ktorí sa [za krízovej situácie](#) vyhýbajú službe a svojim povinnosťami. Ak počas núdzového stavu nenastúpia do služby, okrem hrozby väzenia na 2 až 5 rokov môžu dostať aj pokutu od MZ SR do výšky 3 300 EUR a následne prísť o licenciu na 2 roky (poslanci akceptovali námietku prezidenta SR, ktorý kritizoval 10-ročné odňatie licencie v pôvodnom návrhu).

⁷⁶ Doposiaľ boli kritériami prerozdelenia zdravotných odvodov pohlavie a vek poistencov a od roku 2010 aj ekonomická aktivita, t.j. počet poistencov, za ktorých platí odvody štát.

Sprísnenie a lepšia vymožitelnosť sankcií lekárov, ktorí odmietnu slúžiť počas núdzového stavu, bol logický krok majúci za cieľ garantovať občanom SR v krízových situáciách poskytovanie základnej neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Počas nátlakovej akcie niektorých lekárov za predošlej vlády v závere roka 2011 sa totiž v praxi ukázalo obchádzanie vtedy platných zákonných povinností zo strany protestujúcich lekárov v čase núdzového stavu (napr. hromadné výpovede, nenastúpenie do služieb a PN-ky lekárov), a teda i nevymáhateľnosť sankcií.

- V máji 2013 schválil slovenský parlament [zákon o Národnom zdravotníckom informačnom systéme](#) (NZIS), ktorý je nutným predpokladom pre spustenie projektu [eHealth](#). Prípravy na zavedenie tohto projektu sa začali už v roku 2008. Do legislatívy sa tak dostali novinky ako napríklad elektronická zdravotná knižka, elektronický zdravotný záznam, patientsky sumár či elektronický preukaz poistenca. Zákon vytvára aj predpoklady pre elektronické predpisovanie liekov. Zákon upravuje zdieľanie elektronických záznamov o predpísanom, podanom a vydanom lieku a záznamov z vyšetrení medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. V zmysle schválenej legislatívy sa zavedenie eHealth-u predpokladá od 1.1.2016 (pôvodný plán bol 2013). Dovtedy sa majú postupne pripájať do NZIS všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (lekárne, ambulancie, laboratória, nemocnice).

Správne nastavený, osobné údaje pacientov dobre chrániaci a nepredražený systém elektronického zdravotníctva nesie v sebe veľký potenciál prínosu v komforte, kvalite a efektívnosti pre pacientov, poskytovateľov, ako aj zdravotné poisťovne. Pri takýchto veľkých a drahých projektoch sa však aj v zahraničí stáva (pozri napr. [ČR](#) alebo [USA](#)), že peniaze na ne vynaložené nepriinášajú taký efekt, ako sa očakávalo, a preto je ich použitie často neefektívne. Preto by bolo vhodné, aby sa nezávislá komisia odborníkov vyjadrila, aký rozsah eHealth-u a za koľko je pre Slovensko optimálnym riešením.

- Od apríla 2013 sa opätovne⁷⁷ zaviedli tzv. [výmenné \(odporúčacie\) lístky](#). Pacient tak bude môcť navštíviť lekára špecialistu iba na odporúčanie svojho všeobecného lekára. Povinnosť výmenných lístkov sa nevzťahuje na návštevu psychiatra, kožného a zubného lekára, gynekológa a očného lekára, ak si pacient príde dať predpísať okuliare. Odporúčanie všeobecného lekára smerom k špecialistovi sa nevyžaduje ani do 24 hodín od vzniku úrazu či náhleho zhoršenia zdravotného stavu.⁷⁸

Je vhodné obmedzovať nadmerný dopyt po zdravotníckych službách a zbytočné návštevy u lekárov. Avšak určite efektívnejším spôsobom, ako sú povinné odporúčacie lístky praktického lekára, by bolo zavedenie regulačného paušálneho poplatku pacienta pri návšteve špecialistu bez odporúčacieho lístka.

- [Optimalizácia lôžkovej starostlivosti](#) – počas Radičovej vlády v rokoch 2010 a 2011 uskutočnila štátna VŠZP v oblasti lôžkovej starostlivosti redukciiu asi 3000 prebytočných, najmä akútnych, lôžok a nezazmluvnila 116 neefektívnych a duplicitných nemocničných oddelení. Aj počas súčasnej vlády optimalizácia lôžkovej starostlivosti pokračuje, avšak zatiaľ [výrazne pomalším tempom](#). Podľa vyjadrení predstaviteľov VŠZP poisťovňa plánovala najprv v prvom polroku 2013 analyzovať situáciu a rokovať s nemocnicami na úpravách lôžok a oddelení a až následne má prísť údajne k väčším škrtom.
- Vláda SR schválila začiatkom júla 2013 informatívny a iniciatívny materiál MZ SR, ktorý predstavil [zámer realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave](#) spolu s biomedicínskym, vzdelávacím a výskumným parkom – "BioMedPark", ktorý by mal zahŕňať vybudovanie univerzitnej nemocnice, biomedicínskeho vedeckého parku SAV, nových priestorov Lekárskej fakulty a Farmaceutickej fakulty UK. Celková investícia výstavby novej nemocnice so 775 lôžkami

⁷⁷ Pozn.: Systém povinných odporúčacích lístkov bol zavedený v roku 2008, v roku 2010 bol zrušený a napokon bol obnovený v apríli 2013.

⁷⁸ V rámci prerokovania príslušného návrhu novely poslanci nakoniec neodobrili lekármi kritizovaný návrh na voľnejšiu úpravu zmluvných vzťahov medzi všeobecnými lekármi a zdravotnými poisťovňami. V platnosti tak i naďalej zostáva povinnosť zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu so všeobecným lekárom, ak má vo svojej evidencii aspoň jedného jej klienta. Rovnaká povinnosť ostáva i samotným lekárom, a to ak aspoň jeden z ich pacientov patrí pod konkrétnu zdravotnú poisťovňu, musia s ňou mať zmluvný vzťah.

<http://zdravezdravotnictvo.etrend.sk/reforma-legislativa-politika/parlament-opat-zaviedol-vymenne-listky-k-specialistom.html>

a predpokladanými 40 000 hospitalizáciami ročne je odhadovaná na 250 mil. eur bez DPH. Po analýze možnosti financovania výstavby a prevádzky novej nemocnice sa MZ SR prikláňa k alternatíve verejno-súkromného partnerstva (PPP-projekt), pričom výstavba a technologické vybavenie sa má financovať zo súkromných zdrojov. Súkromný investor má zabezpečiť aj prevádzku nemocnice. Štát má na oplátku zabezpečiť dlhodobé zmluvy nemocnice so zdravotnými poisťovňami a ukončenie prevádzky niektorých existujúcich bratislavských nemocníc (pravdepodobne BA-Staré Mesto a Kramáre). MZ SR zároveň odporúča buď odpredaj nedostavanej nemocnice Rázsochy alebo využitie pozemku a skeletu budovy na inú výstavbu.

Existuje tu riziko, že sa vláda pokúsi garantovať súkromnému partnerovi príjmy na základe dlhodobého kontraktu s poisťovňami, pričom tieto nové výdavky poisťovní nevykompenzuje zastavením platieb súčasným nemocniciam. V takom prípade by išlo o zadlžovanie krajiny. Okrem toho, garantovanie príjmov nemocnice na základe dlhodobých kontraktov s poisťovňami by bolo v rozpore s cieľom posilňovať súťaž medzi poskytovateľmi a zvyšovať ich kvalitu aj efektívnosť. Poskytovatelia by totiž mali dostávať peniaze podľa toho, akí sú efektívni, a nie podľa toho, aký majú dlhodobý kontrakt, resp. aké majú vzťahy s poisťovňami alebo s politikmi. Vláda by každopádne mala zostaviť a zverejniť analýzu, v ktorej by vyčíslila, či je výhodné stavať novú nemocnicu alebo prevádzkovať tie súčasné, pričom by tiež porovnala finančné náklady aj výnosy každej alternatívy, vrátane dostavby Rázsoch.

- Poslanci NR SR schválili v júni 2013 [tretiu etapu navyšovania minimálnych miezd lekárov](#) pracujúcich v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorú im v decembri 2011 prisľúbila po protestných hromadných výpovediach a vyhlásení núdzového stavu v nemocniciach ešte predošlá vláda, pričom tá súčasná posunula tretiu tranžu zvyšovania miezd pre nedostatok zdrojov o rok, resp. 2 roky neskôr. Od januára 2014 sa minimálna mzda neatestovaného lekára zvýši na 1,25-násobok priemernej mzdy v hospodárstve (t.j. 1005 EUR) a min. mzda atestovaného lekára na 2,1-násobok (t.j. 1688 EUR). Od roku 2015 príde k zvýšeniu minimálneho základného platu atestovaných lekárov na úroveň 2,3- násobku priemernej mzdy (t.j. 1893 EUR). Zvýšené platy lekárov si v roku 2014 vyžadujú 19,3 mil. EUR, v roku 2015 viac ako 36,6 mil. EUR.

Keďže zdroje na vykrytie vyšších plátov lekárov nie sú vyčlenené v rámci schváleného štátneho rozpočtu na roky 2013 – 2015, budú musieť byť zvýšené nároky riešené z rozpočtov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. To predstavuje výrazný rizikový element pre ďalšie zadlžovanie štátnych nemocníc. Okrem toho zavádzanie minimálnych mzdových nárokov obmedzuje riaditeľov nemocníc, ktorý nemôžu odmeňovať lekárov podľa kvality odvedenej práce berúc zároveň do ohľadu i finančnú kondíciu tej-ktorej nemocnice či poskytovateľa. Problémom je, ak sa zvyšujú platy lekárov plošne, bez ohľadu na finančné možnosti a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čiže na úkor efektívnosti a zadlženosti nemocníc.

- [Rozhodnutie Ústavného súdu \(ÚS\) SR o protiústavnosti zákona o minimálnych mzdových nárokoch sestier](#) a pôrodných asistentiek - ešte v júli 2012 prijal ÚS SR návrh Generálnej prokuratúry (GP) SR na preskúmanie ústavnosti zákona a vyhovel žiadosti na pozastavenie účinnosti tejto právnej normy až do definitívneho rozhodnutia vo veci. Návrh iniciovala Slovenská lekárska komora. Zákomom garantované minimálne mzdové nároky priniesli od apríla 2012 zdravotným sestram a pôrodným asistentkám vyššie mzdy, ale zároveň aj mnoho problémov s vyfinancovaním tohto záväzku, a to nielen u verejných, ale aj u súkromných poskytovateľov. A práve vzťahovanie sa predmetného zákona aj na neštátnych poskytovateľov malo podľa GP SR ohroziť ich základné práva a slobody neúmerným finančným zaťažením. S týmto názorom sa v podstate nakoniec stotožnil aj ÚS SR v merite veci a v júni 2013 definitívne rozhodol, že príslušný zákon je protiústavný.

Napriek neplatnosti zákona ponechali štátne nemocnice dobrovoľne vyššie platy pre sestry. Ostatné sestry sú nespokojné, protestujú a rokujú s MZ SR o alternatívnom modeli navýšenia plátov pre všetky sestry.

- [Postup štátnej VŠZP a štátnych nemocníc voči súkromnej Union ZP](#) pri zazmluvňovaní zdravotnej starostlivosti – VŠZP si pri kontraktingu s nemocnicami dala podmienku, že ak bude mať nemocnica uzatvorenú zmluvu s konkurenčnou poisťovňou s nižšími cenami za ukončenú

hospitalizáciu, než aké platí VŠZP, štátna poisťovňa uhradí zdravotnú starostlivosť len do ceny konkurencie. A v prípade nesúhlasu poskytovateľa s týmto postupom odzmluvní jej oddelenie alebo vypovie zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Všetky štátne nemocnice následne vypovedali zdravotnej poisťovni Union zmluvy s tým, že musí navýšiť platby pre nemocnice. Bez zmlúv so štátnymi nemocnicami by sa Union dostal do vážnych problémov, lebo by nedokázal naplniť verejnú minimálnu sieť poskytovateľov a hrozil by mu zánik. Situáciu Unionu komplikovalo aj načasovanie výpovedí na vrcholiace obdobie prepoisťovania ľudí. Union nakoniec ustúpil a pristúpil na požiadavky štátnych nemocníc.

V tomto prípade sa ukázala škodlivosť dominantného postavenia štátu v slovenskom zdravotníctve. Je tu vážne podozrenie zo zneužitia tohto silného vplyvu, z koordinovaného postupu, čo spolu s konfliktami záujmov štátu vytvára podmienky na obmedzenie hospodárskej súťaže na zdravotníckom trhu, a tým aj obmedzenie efektívnosti celého systému. Vyslovene sa tu natíska hodnotiť postup VŠZP a štátnych nemocníc voči súkromnej zdravotnej poisťovni ako určitú pomstu štátu voči súkromnému subjektu, ktorý vedie proti SR už druhú arbitráž⁷⁹, pričom jednu - za neoprávnený zákaz zisku poisťovni - už vyhral⁸⁰. Nedá sa tiež vylúčiť zámer predpokladajúci, že dopady "vytrestania" Unionu môžu byť najväčšie práve v prepoisťovacom období, kedy sú poistenci vnímavejší (to sa pravdepodobne aj potvrdilo, keď po 3 rokoch výrazného prírastku poistencov vykázal Union ich úbytok (*pozri nižšie druhý graf v Prílohe*)). Je ekonomickým nezmyslom, aby mali všetky nemocnice rovnaké ceny dohodnuté so všetkými poisťovňami. Jednak sa môžu líšiť v kvalite a výkonnosti, jednak napríklad VŠZP získava z verejného zdravotného poistenia (po prerozdelení) viac peňazí na jedného poistenca, nakoľko má nákladnejší poistný kmeň. Tým pádom však musí dávať nemocniciam za jedného pacienta i viac peňazí ako poisťovňa s menej chorľavým kmeňom.

- [Odsúvanie zavedenia unitárneho systému zdravotného poistenia](#) – pôvodne mal byť implementovaný začiatkom roka 2014, jeho realizácia sa potom presunula na rok 2015, avšak podľa najčerstvejších správ sa bude čakať na plné finančné krytie tohto projektu, ktorý by si pravdepodobne vyžiadal stovky miliónov eur na vyvlastnenie akcionárov dvoch súkromných zdravotných poisťovní (Dôvera a Union), ktorí so zrušením pluralitného systému nesúhlasia. Dokedy to bude, nie je známe, minister financií naznačil len, že momentálne nie sú na jednu poisťovňu peniaze a prípadné privatizačné výnosy by mali byť prednostne použité na zníženie verejného dlhu.

Vláda schválila koncom mája 2013 návrh verejnej súťaže na právne a ekonomické poradenstvo súvisiace so zavedením unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v SR, v ktorom predpokladá odmenu pre poradcu vo výške 3,4 mil. EUR, avšak zatiaľ žiaden výber audítora neprebehol a ÚVO od júna realizuje kontrolu ex ante prípravy verejného obstarávania poradcu. Z informatívnych materiálov MZ SR o plnení harmonogramu zavedenia unitárneho systému vyplýva len to, že kľúčový transformačný zákon bol v júli 2013 schválený gremiálnou poradou ministerky zdravotníctva. Podľa slov ministerky je transformačný zákon pripravený, a pokiaľ nie je zrejme jeho celé finančné krytie, termíny predloženia do riadneho pripomienkového konania sa posúvajú. Návrh zákona, v ktorom má byť definovaný aj verejný záujem pri prípadnom vyvlastnení súkromných poisťovní, nechce ministerstvo zdravotníctva dovtedy ukázať verejnosti.

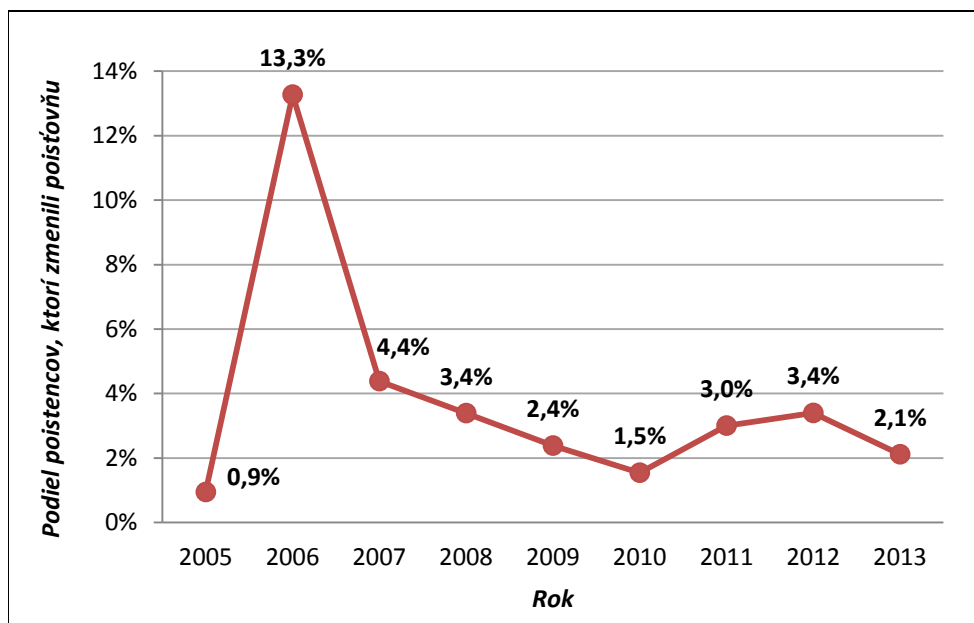
Sklzy v harmonograme vnímajú kritici unitárneho systému pozitívne, nakoľko sa nimi znižuje pravdepodobnosť zavedenia systému s jedinou zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý by si v čase prelomenia prvej a atakovania druhej hranice dlhovej brzdy vyžiadal z verejných zdrojov obrovský objem peňazí, pričom by zároveň nedával žiadne záruky zlepšenia zdravotných výsledkov a starostlivosti pre občanov.

⁷⁹ Dôvodom arbitráže sú plány vlády na vytvorenie systému jednej zdravotnej poisťovne, ktorý chce dosiahnuť prípadne aj vyvlastnením akcionárov súkromných zdravotných poisťovní.

⁸⁰ Luxemburský súd nariadil zablokovanie 29,5 mil. EUR slovenských aktív, na ktoré vykonáva exekúciu holandská spoločnosť Achmea, vlastníka zdravotnej poisťovne Union, keďže vláda SR odmietla zaplatiť 25 mil. EUR vyplývajúcich z prehratej arbitráže a snaží sa odvolávať na iné súdy.

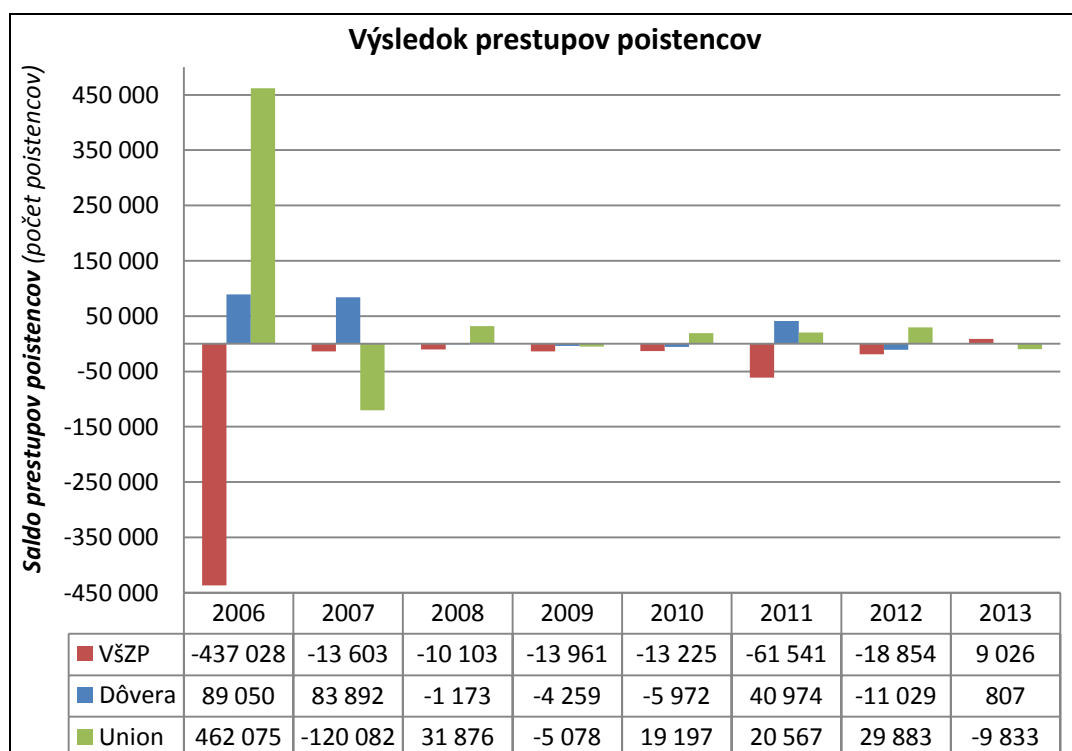
Príloha

Prestupy poistencov medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami v Slovenskej republike



Zdroj: údaje z ÚDZS; prepočty a graf: INEKO

Pozn.: Priemer za obdobie 2005-2012: 4%.
Priemer za obdobie po reforme 2006-2012: 4,5%.



Zdroj: údaje z ÚDZS; graf: INEKO

Pozn.: Znamienko mínus znamená úbytok poistencov, znamienko plus znamená zisk poistencov.

Dôležité publikácie o slovenskom zdravotníctve (v sledovanom období 2012-2013)⁸¹

Národný program reforiem Slovenskej republiky 2013; Ministerstvo financií SR; apríl 2013

http://www.mfsr.sk/Components/CategoryDocuments/s_LoadDocument.aspx?categoryId=8046&documentId=9957

NPR je hlavným strategickým dokumentom vlády SR v oblasti ekonomického rozvoja a štrukturálnych politík. Predstavuje národné opatrenia na dosiahnutie trvalo udržateľného hospodárskeho rastu, rastu zamestnanosti a zlepšenia kvality života. Na medzinárodnej úrovni predstavuje tento materiál opatrenia na naplnenie cieľov obsiahnutých v stratégii Európa 2020 definovaných v Ročnom prieskume rastu 2013 a Integrovaných usmerneniach EK pre stratégiu Európa 2020, ako aj na splnenie špecifických odporúčaní Európskej rady pre SR.

Martin Filko, Juraj Mach, Michal Zajíček: **Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva**; Inštitút finančnej politiky (IFP) Ministerstva financií SR; December 2012

<http://www.mfsr.sk/LoadDocument.aspx?categoryId=8789&documentId=9367>

Štúdia skúma efektívnosť slovenského zdravotníctva a zdravotných poisťovní. Jeho výsledky sa v pomere k vstupom po zohľadnení viacerých významných faktorov prepadli v rokoch 2004 až 2007 z priemernej na jednu z najhorších úrovní v OECD. Po čiastočnom očistení o rozdiely v štruktúre poisťencov má štátna zdravotná poisťovňa vyššie náklady na zdravotnú starostlivosť než súkromné poisťovne. Nie je jednoznačné, či sú príčinou nepopísané rozdiely v štruktúre poisťencov, nepozorované rozdiely v kvalite a množstve starostlivosti, alebo rozdiely v efektívnosti. Súkromné poisťovne získavali v minulosti ekonomicky neprimerané zisky (ekonomické renty). Nedávna reforma prerozdelenia poisťného ich značnú časť odstraňuje.

Návrh Strategického rámca v zdravotníctve pre roky 2013 – 2030; MZ SR, 2013

<http://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/Sekcie/IZP/navrh-strategickeho-ramca-v-zdravotnictve-pre-roky-2013-2030.pdf>

V súčasnosti prebieha verejné pripomienkovanie materiálu „Návrh strategického rámca v zdravotníctve pre roky 2013-2030“, ktorý bude oporným nástrojom pre smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku v nasledujúcich rokoch. Primárnym motivačným faktorom jeho vytvorenia je snaha realizovať opatrenia na zvýšenie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov.

MZ SR v návrhu strategického rámca identifikovalo kľúčové ukazovatele zdravotnej starostlivosti, v ktorých SR zaostáva za krajinami OECD a stanovilo cieľové hodnoty, ktoré prostredníctvom implementácie následných špecificky zameraných stratégií plánuje dosiahnuť v časovom horizonte do roku 2030.

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011; Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI); 2012

http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2011.pdf

Publikácia sa snaží poskytnúť širokej verejnosti nielen obraz o stave a vývoji zdravotného stavu obyvateľov vyjadrený v absolútnych číslach, ale prostredníctvom štatistických prepočtov ich prezentujeme v kontexte demografických ukazovateľov. Pokiaľ nie je uvedené inak, údaje sú

⁸¹ Publikácie sú zoradené v náhodnom poradí.

publikované súhrnne za rok 2011 za celú SR. Vybrané štatistické údaje sú uvádzané aj podľa podrobnejšieho územného členenia (kraj, okres).

Francesco Grigoli: **Public Expenditure in the Slovak Republic: Composition and Technical Efficiency**; IMF Working Paper No. 173; International Monetary Fund; July 2012

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2012/wp12173.pdf>

Good practice suggests that budget allocations should reflect spending priorities and that spending should provide cost-effective delivery of public goods and services. This paper analyzes the composition of public expenditure in the Slovak Republic. It also assesses the relative efficiency of spending in education and **health**. The Slovak Republic spends more on social benefits and less on wages compared to the EU and OECD average. While it manages to translate the low expenditures into outcomes in an efficient manner in the education sector, this is not true for health. Moreover, the recent increases in expenditure levels have not improved outcomes, suggesting that significant budgetary savings could be achieved through increases in efficiency.

Devaux, M. and M. de Looper: **Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009**; OECD Health Working Papers, No. 58; OECD Publishing; July 2012

<http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>

Findings show that, for doctor visits, horizontal inequities in health care utilisation persist across OECD countries. After adjustment for needs for health care, the better-off are more likely to visit doctors, especially specialists. With GP contacts, the scenario is different. In most countries, for the same level of need for health care, the worse-off are as likely as the better-off to contact a GP, and they visit more often. Inequalities in dental visits and breast and cervical cancer screening appear in numerous countries, with the better-off making more use of services. The relative position of countries has remained stable for doctor and GP visits over the two studies. Some discrepancies are found in country ranks for specialist and dentist visits, but these are attributed to methodological differences. Findings highlight the important effect that the financing of health care services can have on equity (public and private health insurance coverage, and the share of out-of-pocket payments for different services), although some of the inequalities in health service use cannot be explained by financial barriers.

OECD Health Data 2013, OECD Publishing, June 2013

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm>

OECD Health Data 2013 offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries.

Health at a Glance 2013: OECD Indicators; OECD Publishing, November 2013

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

This seventh edition of Health at a Glance provides the latest comparable data on different aspects of the performance of health systems in OECD countries. It provides striking evidence of large variations across countries in the costs, activities and results of health systems. Key indicators provide information on health status, the determinants of health, health care activities and health expenditure and financing in OECD countries. Each indicator in the book is presented in a user-friendly format, consisting of charts illustrating variations across countries and over time, brief descriptive analyses

highlighting the major findings conveyed by the data, and a methodological box on the definition of the indicator and any limitations in data comparability. This publication takes as its main basis [OECD Health Statistics 2013](#), the most comprehensive set of statistics and indicators for comparing health systems across the 34 OECD member countries.

Health at a Glance: Europe 2012; OECD Publishing; 2012

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

This second edition of Health at a Glance: Europe presents a set of key indicators of health status, determinants of health, health care resources and activities, quality of care, health expenditure and financing in 35 European countries, including the 27 European Union member states, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. The selection of indicators is based largely on the European Community Health Indicators (ECHI) shortlist, a set of indicators that has been developed to guide the reporting of health statistics in the European Union. It is complemented by additional indicators on health expenditure and quality of care, building on the OECD expertise in these areas.

OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2012, OECD Publishing, December 2012

<http://www.oecd.org/eco/surveys/slovakia2012.htm>

Improving cost-efficiency in the healthcare sector

The healthcare sector is a key area for the fiscal consolidation strategy. Healthcare spending accounted for 16% of public expenditures in 2010 and rapid population ageing will add to spending pressures. Efficiency in the healthcare sector is low by international standards (OECD, 2010a). As a result, the adoption of “best practices” may yield large productivity increases. According to OECD estimates, Slovakia could achieve the same health outcomes with cost savings of around 2% of GDP in 2060 (Joumard *et al.*, 2010). A number of measures to reduce such costs have been implemented recently, in line with OECD recommendations. Since 2011, the prescription of generics has been made mandatory for certain types of drugs. Health parameters have been introduced in the risk-equalisation formula for insurance companies. The decision to start implementing a system of diagnosis related groups (DRG) to standardise payments for healthcare procedures and reduce hospital costs is welcome. Further reforms should be considered, such as extending mandatory generic prescription. The government has announced that it does not want to continue with the recommended transformation of hospitals into joint stock companies. It will therefore be important to search for other ways to improve incentives for cost-effective hospital management. Strengthening the capacity of the public administration to monitor, assess and evaluate health care spending programmes and institutions is therefore becoming even more important. Slovakia is using a multi-company model for health care insurance. The focus of policy in this case should be to increase competition between health-care providers as well as health insurers and also ensure transparency through better public information on costs and quality. In this regard, extending the collection of quality indicators is thus desirable (OECD, 2010a). Consideration is currently being given to merge and nationalize healthcare insurance providers. This option is acceptable *per se* as evidence tends to show that such a model is not sub-optimal compared to a multi-company model (Joumard *et al.*, 2010). However, as for the pension system, frequent changes should be avoided in the healthcare system unless they are supported by cost and benefits analysis.

Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia: A survey-based project; World Health Organization (WHO); April 2012

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf

This report evaluates primary care developments in Slovakia using a methodology that characterizes a good primary care system as one that is comprehensive, accessible, coordinated and continuous. The methodology assesses whether primary care service delivery is supported by an adequate legal and normative framework, financing mechanisms, human resource strategies, supply of appropriate facilities, equipment and medicines, and effective leadership. The report therefore offers a structured overview of the strengths and weaknesses of the country’s organization and provision of primary care services – built on the perceptions of professionals and patients – for policy-makers and stakeholders.

Marta Kahancová: **Governing the Healthcare Sector in Slovakia**; CELSI Research Report No.5; Central European Labour Studies Institute (CELSI); May 2013

<http://www.celsi.sk/en/publication/report-details/22/governing-the-healthcare-sector-in-slovakia/>

This report uncovers recent developments in the governance of healthcare sector in Slovakia. In particular, the focus is on the main challenges that public healthcare has been facing since 2001 (healthcare reform, public sector austerity, corporatization and privatization); and changes to interest representation, bargaining procedures and outcomes in the light of these recent healthcare reforms. From a substantive point of view, the report provides evidence on the capacity of collective bargaining and collective agreements to govern employment flexibility and security in the healthcare sector.

ZACHAR, Dušan: **Slovensko – Česko 1:4: Alebo ako sa súťaží v nemocničných tendroch v SR a ČR**; INEKO; jún 2013

http://www.ineko.sk/file_download/737

Vo verejných tendroch nemocníc sa súťaží viac v Česku ako na Slovensku. Zdravotnícky spotrebný materiál nakupujú nemocnice v SR v tendroch v priemere s jedinou ponukou, v ČR so štyrmi. Aj v ďalších ukazovateľoch súťaživosti v tendroch verejných nemocníc Slovensko so svojim západným susedom prehráva.

Verejné obstarávanie slovenských nemocníc sa vyznačujú nízky počet súťažiacich ponúk. Viac ako dve tretiny (68,1%, t.j. vyše 563 mil. EUR) z celkového obstaraného objemu nemocníc (827,1 mil. EUR) v období január 2009 – marec 2012 boli realizované v tendroch, kde sa zúčastnil iba jeden uchádzač. V Česku dosahuje tento podiel približne asi jednu tretinu celkového obstaraného objemu.

Objemom zákaziek vážený priemerný počet ponúk v tendroch slovenských nemocníc je 1,7. V Českej republike je v porovnaní so Slovenskom vyhodnocovaná v nemocničných tendroch v priemere jedna ponuka navyše - priemer vážený objemom zákaziek je tam 2,7.

V ostatných odvetviach hospodárstva SR bol priemer počas sledovaného obdobia (2009 – 1q2012) necelé 3 ponuky na tender. To znamená, že sektor zdravotníctva je pri verejnom obstarávaní vystavený nižšej intenzite súťaže medzi dodávateľmi.

TUNEGA, Matej: **Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva: Viaceré pohľady na dostupné štatistické údaje z oblasti zdravotníctva v SR a v porovnateľných krajinách**; INEKO; október 2013

http://www.ineko.sk/file_download/754

Cieľom analýzy bolo preskúmať z viacerých uhlov pohľadu výsledky zdravotníckeho systému v SR a skúsiť posúdiť jeho efektívnosť s prihliadnutím na dostupné zdroje a podmienky. Výsledky ukazujú, že slovenské zdravotníctvo nemá výrazne nižšiu či vyššiu efektívnosť ako zdravotnícke systémy v porovnateľných krajinách. Presnejšie výsledky závisia od použitého prístupu – ak pri modelovaní vôbec nezohľadníme existujúcu mieru chudoby, ktorá je naprieč krajinami rôzna, vychádza slovenské zdravotníctvo ako podpriemerne efektívne. Ak však začneme model rozširovať a spresňovať pridávaním štatistík, ktoré viac či menej dokážu aproximovať rozsah chudoby (ako napríklad údaje o príjmoch a životných podmienkach domácností a najmä údaje o podieloch rómskych populácií), slovenské zdravotníctvo sa začne javiť pri porovnaní s ostatnými krajinami V4 či celej EÚ ako podobne efektívne.

Analýza verejného obstarávania nemocníc v rokoch 2009-2012: Intenzita súťaže v tendroch je nízka

Dušan Zachar, INEKO
Zuzana Dančíková, Transparency International Slovensko
august 2012
http://www.ineko.sk/file_download/693

Verejné obstarávania nemocníc na Slovensku sa vyznačujú nízkym počtom predložených ponúk. Viac ako dve tretiny (vyše 563 mil. EUR) z celkového obstaraného objemu nemocníc boli realizované v tendroch, kde sa zúčastnil iba jeden uchádzač.

Pri obstarávaní cez e-aukcie bol zaznamenaný výrazne nižší podiel tendrov s jediným uchádzačom. "Iba" pri necelých 34% z celkového počtu 578 ohlásených elektronických aukcií bola podaná jedna ponuka, zatiaľ čo pri obstarávaní bez e-aukcie bol tento podiel až 60%.

V ostatných odvetviach ekonomiky mimo zdravotníctva býva podiel tendrov s jedinou predloženou ponukou nižší. Priemerný počet ponúk v tendroch nemocníc je 1,7. V ostatných odvetviach hospodárstva SR bol priemer počas sledovaného obdobia necelých 3 ponuky na tender. To znamená, že sektor zdravotníctva je pri verejnom obstarávaní vystavený nižšej intenzite súťaže medzi dodávateľmi.

[Ako zlepšiť súťaž na trhu zdravotného poistenia?](#) Inšpirácie podľa najlepších zahraničných skúseností s dôrazom na Holandsko a program Medicaid v USA

Peter Goliaš
INEKO, marec 2012
http://www.ineko.sk/file_download/663

Nazdávame sa, že zdravotníctvo na Slovensku aj v iných najmä európskych štátoch stojí pred otázkou či a do akej miery treba posilniť súkromné vlastníctvo a pluralitu ako protíváhu štátneho vplyvu. V tejto štúdii analyzujeme systém zdravotného poistenia na Slovensku, v Holandsku a v USA s dôrazom na program Medicaid. Hlavným zámerom je skúmať podmienky súťaže zdravotných poisťovní a využiť najlepšie skúsenosti pri formulovaní odporúčaní na zlepšenie súťaže na slovenskom poistnom trhu. Štúdia je určená pre odbornú verejnosť zaujímavú sa o reformu zdravotníctva na Slovensku.

Analýza [zverejňovania informácií na internetových stránkach nemocníc](#)

Rastislav Kováčik
INEKO, júl 2012
http://www.ineko.sk/file_download/687

Väčšina nemocníc (cca 70%) zverejňuje na svojich stránkach zmluvy, faktúry a objednávky. Z tých nemocníc, ktoré túto povinnosť nespĺňajú, tvoria väčšinu nemocnice s právnou formou neziskovej organizácie. Mnohé nemocnice síce povinnosť zverejňovať informácie formálne

plnia, ale nájsť v nich konkrétnu zmluvu, objednávku, faktúru alebo dodávateľa sa kvôli "nepriateľskosti" k užívateľovi dá často len veľmi ťažko.

ZACHAR, Dušan: **Viete, kde všade pracuje Váš doktor? Zverejnenie počtu a veľkosti úväzkov slovenských lekárov**; blog.etrend.sk; 14.2.2013
<http://blog.etrend.sk/inekomenty/2013/02/14/viete-kde-vsade-pracuje-vas-doktor/>

Podľa anonymizovaných údajov NCZI z Národného registra zdravotníckych pracovníkov (NR ZP) malo až 3704 z celkového počtu vyše 18-tisíc lekárov na Slovensku ku koncu roka 2010 celkový pracovný úväzok v zdravotníckom povolani "lekár a zubný lekár" väčší ako 1,0. To znamená, že takmer pätina slovenských lekárov stíha popri nadčasoch a pohotovostných službách vo svojom hlavnom zamestnaní ešte aj lekársku prácu pre iných zamestnávateľov.

Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika (ešte nevydaná, publikované sú zatiaľ niektoré kapitoly na webe)

Autor: Karol Morvay (ed.)

*Tím Health Policy Institute aj v spolupráci s externými odborníkmi pripravuje rozsiahlejšiu publikáciu venovanú otázkam **ekonomie zdravotníctva**. Na konci snaženia by mala byť kniha „Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika“. Rozhodli sme sa, že jednotlivé kapitoly knihy budeme najprv v sérii sprístupňovať ako zvláštnu súčasť „Zdravotnej politiky“ (a teda aj na našom webe) a po ukončení tohto seriálu predstavíme súhrnnú knižnú publikáciu.*

Predkladaná práca sa snaží sklbiť účel vzdelávaci a odborný-analytický. Je preto tak trochu učebnicou a tak trochu analytickým textom. Keďže ju najprv predstavujeme po častiach ako seriál, môže každý čitateľ svojou poznámkou či námetom prispieť k zdokonaleniu finálnej verzie, ktorá vyjde knižne (samozrejme, autorovi každej využitej pripomienky venujeme poďakovanie v knižnej publikácii). Takto aj Vy môžete prispieť k doladeniu finálnej podoby diela.

Os publikácie prechádza témami ako fungovanie trhov v zdravotníctve, regulácia a uplatňované politiky na týchto trhoch, až po postavenie zdravotníctva v slovenskej ekonomike. Neodráža síce celú šírku záberu ekonomie zdravotníctva, zato však podľa presvedčenia autorov predostrie zaujímavé pohľady na niektoré významné témy. Postup predstavovania kapitol závisí aj od stavu ich rozpracovania, ich poradie a umiestnenie nemusí byť totožné s následnosťou tém vo finálnej publikácii. Ide skôr o mozaiku, ktorá nebude vykladaná v presnom poradí, ale budú sa zjavovať jednotlivé segmenty obrazu, ktoré do seba zapadnú až nakoniec.

Analýza čakacích dôb (2013)

Cieľom štúdie bola analýza časovej dostupnosti vybraných výkonov na Slovensku vo vybraných kategóriách zdravotnej starostlivosti v roku 2013 a ich porovnanie so situáciou v minulosti. Časová dostupnosť plánovaných výkonov bola sledovaná dvoma metódami:

1. porovnaním **počtov pacientov na čakacích listinách** vedených podľa zákona pre vybrané výkony,

2. porovnaním **dĺžky čakacích lehôt** pre tri výkony s najvyšším počtom pacientov na čakacích listinách.

Autori: Roman Mužik, Angelika Szalayová

vydal *Health Policy Institute*, september 2013, 74 strán

- ISBN 9788097119362.....**PDF verzia:** [bezplatne stiahnuť](#)
-

[Analýza regulačného rámca](#)

Návrhy na reformu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Jej cieľom má byť zefektívnenie činností, zabezpečenie nezávislosti a kolektívnej zodpovednosti. Súčasťou analýzy sú okrem návrhu reformy fungovania ÚDZS aj prípadové štúdie z krajín reprezentujúcich systém manažovanej konkurencie – Holandsko, Nemecko a Švajčiarsko. Predstavíme v nich nezávislé inštitúcie týchto krajín, ktoré zodpovedajú za reguláciu zdravotného sektoru a vykonávajú obdobné funkcie ako slovenský ÚDZS. V týchto troch krajinách je systém manažovanej konkurencie implementovaný a dobre fungujúci aj vďaka liberalizovaniu trhu so zdravotným poistením na jednej strane a silnou reguláciou a dohľadom nad týmto trhom na strane druhej. Pre Slovensko môžu príklady z týchto krajín poslúžiť ako lessons-learned pri reformovaní ÚDZS.

Autor: Peter Balík

vydal *Health Policy Institute*, december 2012, 42 strán

- ISBN 9788097119331.....**PDF verzia:** [bezplatne stiahnuť](#)
-

[Analýza čakacích dôb](#)

Aké diagnózy sa najčastejšie ocitajú na čakacej listine? Koľko pacientov je na nich? Ako dlho musia títo pacienti čakať v závislosti od svojej zdravotnej poisťovne a typu zariadenia? Aké faktory majú vplyv na čakacie listiny? Odpovede na tieto otázky prináša Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami.

Autor: Roman Mužik

vydal *Health Policy Institute*, júl 2012, 27 strán

- ISBN 9788097119317.....**PDF verzia:** [bezplatne stiahnuť](#)
-

Sprievodca pôrodnicami: Manuál hodnotenia pôrodníc v roku 2012

<http://hpi.sk/cdata/Documents/Manual-hodnotenia-porodnic10-3.pdf>

Autori: Silvia Hnilicová, Hana Celušáková, Angelika Szalayová, Katarína Skybová

Vydali: *HPI a rodinka.sk*, február 2013

Ktoré by si opäť vybrali mamičky? Ktoré sú najlepšie podľa expertov? A ktoré bodujú svojimi službami? Projekt Sprievodca pôrodkami ukončil v januári 2013 svoj druhý ročník.

Vďaka 3 165 hodnoteniam mamičiek, názorom 14-tich expertov z oblasti perinatológie (medicínskej vedy zaoberajúcej sa časovým obdobím okolo pôrodu) a koordinátorom projektu HPI a rodinka.sk, vznikol v roku 2012 rebríček pôrodk, ktorý hodnotí ich služby, kvalitu zdravotnej starostlivosti i spokojnosť mamičiek.

Od februára 2011, kedy tento projekt začal, sa doň zapojilo a ohodnotilo pôrodnice až 7 500 mamičiek!