



**Ministerstvo financií**  
Slovenskej republiky



**Ministerstvo zdravotníctva SR**

# Revízia výdavkov na zdravotníctvo

## Záverečná správa

■ október 2016



## Autori

Michaela Černěnko  
Zuzana Dančíková  
Martina Friedmanová  
Peter Harvan  
Štefan Kišš  
Michaela Laktišová  
Soňa Slobodníková  
Martin Smatana (MZ SR)  
Pavol Zlacký

## PodĎakovanie

Za hodnotné návrhy a pripomienky k pracovným verziám správy ďakujeme: Danielovi Duchoňovi (MF SR), Mariánovi Faktorovi (Dôvera), Lucii Povalovej (VšZP), Jane Ježíkovej, Štefanovi Mesárošovi (SMs CONSULTING), Ľudovítovi Ódorovi (RRZ), Lucii Šrámkovej (IFP), Gabrielovi Šipošovi (TIS), Zuzane Vargovej (Kancelária prezidenta SR) a ďalším pracovníkom MZ SR a MF SR.

Chyby a opomenutia zostávajú zodpovednosťou autorov.



Operačný program  
**Efektívna  
verejná správa**



**Európska únia**  
Európsky sociálny fond

Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu

## Obsah

Úvod a zhrnutie .....	5
Opatrenia.....	8
Úspora	8
Hodnota	9
Riadenie	10
Dáta a metodika	11
Analytické úlohy	11
1 Ciele revízie výdavkov v zdravotníctve .....	13
1.1 Indikátory v zdravotníctve	14
2 Výdavky na zdravotníctvo.....	18
2.1 Rozpočtovanie výdavkov verejného zdravotného poistenia	20
3 Oblasti revízie .....	22
3.1 Lieky, zdravotné pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál	22
3.2 Zdravotnícke zariadenia	30
3.3 Rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia	36
3.4 Záchranky a doprava	41
3.5 Zdravotnícki pracovníci	43
3.6 Návštevy lekára	45
3.7 Systém verejného zdravotného poistenia a zdravotné poisťovne	46
4 Dostupnosť dát pre revíziu výdavkov v zdravotníctve.....	49
4.1 Agregátne údaje pre medzinárodné porovnania	49
4.2 Detailné údaje pre analýzy	49
4.3 Vykazovanie ďalších údajov	49
Príloha 1 Výdavky na zdravotnú starostlivosť.....	50
Príloha 2 Analýza predpisových vzorcov liekov.....	51
Príloha 3 Analýza predpisových vzorcov SVLZ výkonov.....	52
Príloha 4 Zoznam skratiek.....	55
Príloha 5 Prehľad vybraných projektov MZ SR.....	56

## Zoznam grafov a tabuliek

Tabuľka 1: Úsporné opatrenia .....	6
Tabuľka 2: Zdroje zdravotníctva podľa RVS a scenára Hodnoty za peniaze (rast podľa inflácie).....	6
Tabuľka 3: Zdroje zdravotníctva podľa RVS a scenára Hodnoty za peniaze (rast podľa inflácie).....	13
Tabuľka 4: Úsporné opatrenia .....	13
Tabuľka 5: Výsledkové ukazovatele zdravotníctva.....	14
Tabuľka 6: Vstupné ukazovatele zdravotníctva .....	15
Tabuľka 7: Ústavná zdravotná starostlivosť .....	16
Tabuľka 8: Ambulantná zdravotná starostlivosť .....	16
Tabuľka 9: Lieky .....	17
Tabuľka 10: Doprava.....	17
Tabuľka 11: Verejné zdravotné poistenie (mil. eur ).....	20
Tabuľka 12: Predpisovanie vybraných odborností (počet receptov), ich úhrada a kvantifikácia úspor (mil. eur) .	24
Tabuľka 13: Priemerné prevádzkové ukazovatele na úrovni nemocníc .....	33

Tabuľka 14: Odhad úspor v roku 2015 pri dosiahnutí najvýhodnejšej zmluvnej ceny .....	35
Tabuľka 15: Samostatní poskytovatelia laboratórných vyšetrení podľa tržieb roku 2015 (v mil. eur).....	40
Tabuľka 16: Náklady VZP na laboratórne vyšetrenia podľa odborností a kvantifikácia potenciálu úspor (tis. eur) 40	
Tabuľka 17: Súkromné výdavky na podporné služby (Slovensko, mil. eur) .....	42
Tabuľka 18: Vybrané príjmy a výdavky zdravotných poisťovní (rok 2015) .....	47
Tabuľka 19: Výdavky na prevádzkové činnosti za rok 2014.....	47
Tabuľka 20: Vplyv prerozdelenia (rok 2015).....	48
Graf 1. Priemerný rast výdavkov verejnej správy (v %).....	18
Graf 2: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP) .....	18
Graf 3: Očakávaná dĺžka života žien pri narodení .....	19
Graf 4: Efektívnosť zdravotných systémov (v rokoch*).....	19
Graf 5: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP).....	19
Graf 6: Index závislosti (pomer populácie 65+ k aktívnej populácii 15 – 64) .....	19
Graf 7: Výdavky na medicínsky tovar vrátane liekov (USD, PPP, na obyvateľa) .....	22
Graf 8: Podiel českej ku slovenskej spotrebe (v %) * podľa OECD a SÚKL – NCZI .....	22
Graf 9: Náklady na lieky uhrádzané cez výnimky .....	27
Graf 10: Spotreba generík (podiel celkových výdavkov na lieky uhrádzaných z VZP) .....	27
Graf 11: Úhrada (v mil. eur) a spotreba (počet bal. V tis.) ŠZM .....	28
Graf 12: Odhad vplyvu zmeny systému úhrad za ŠZM (v mil. eur) .....	29
Graf 13: Záväzky fakultných a univerzitných nemocníc (v mil. eur).....	31
Graf 14: Využitie akútnych lôžok (v %).....	31
Graf 15: Počet hospitalizácií v akútnej starostlivosti (na 100 000 obyvateľov) .....	31
Graf 16: Priemerná dĺžka hospitalizácie v akútnej starostlivosti (počet dní).....	31
Graf 17: Odhad úspor pri optimalizácii lôžkového fondu na úrovni nemocníc (v tis. eur) .....	34
Graf 18: Odhad personálnych úspor na úrovni nemocníc (v mil. eur) .....	34
Graf 19: Náklady na SVLZ (vykázané v rámci ŠAS) .....	36
Graf 20: Vývoj počtu CT výkonov*.....	38
Graf 21: Vývoj počtu MR výkonov .....	38
Graf 22: Rozdelenie nákladov VZP na laboratórne vyšetrenia podľa odborností v roku 2015 (v mil. eur) .....	40
Graf 23: Výdavky na prepravu a záchranky – verejné zdroje (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa) .....	42
Graf 24: Výdavky na prepravu a záchranky – verejné a súkromné zdroje (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa) .....	42
Graf 25: Platy všeobecných lekárov (zamestnancov).....	43
Graf 26: Platy nemocničných sestier .....	43
Graf 27: Počet sestier (na 1000 obyvateľov) .....	44
Graf 28: Počet lekárov podľa špecializácií (na 1000 ob., rok 2014*).....	44
Graf 29: Počet návštev u lekára (na obyvateľa za rok).....	45
Graf 30: Vplyv zavedenia poplatkov za návštevu u lekára (na obyvateľa za rok).....	45
Graf 31: Výdavky na administratívu a poistenie (v % HDP).....	46
Graf 32: Priemerné mesačné náklady prestupujúcich za rok 2014 (eur).....	48
Graf 33: Podiel chronických pacientov* na celkovom počte prestupujúcich poistencoch za rok 2014 .....	48

## Úvod a zhrnutie

Vláda SR spustila projekt Hodnota za peniaze, v rámci ktorého plánuje zreformovať pravidlá, nastaviť procesy a posilniť inštitúcie, ktoré podporia prijímanie dobrých rozhodnutí vo verejnom záujme a významne zvýšia hodnotu za peniaze v slovenskom verejnom sektore.

Jedným z nástrojov Hodnoty za peniaze je komplexná revízia väčšiny verejných výdavkov. Vláda sa k nemu zaviazala v Programovom vyhlásení vlády, plány na volebné obdobie bližšie rozpracovala v Programe stability SR. V roku 2016 prebieha revízia zameraná na zdravotníctvo, dopravu a informatizáciu verejnej správy. Revízia výdavkov prehodnotí väčšinu verejných výdavkov počas volebného obdobia. Zhodnotí účinnosť a efektívnosť výdavkov a identifikuje opatrenia, ktoré zvýšia hodnotu za peniaze z verejných financií, čím umožní fiškálnu úsporu, lepšie verejné služby pre občanov (výsledky) a/alebo presun financií na priority vlády. Navrhuje opatrenia dlhodobou udržateľným spôsobom.

Priebežná správa identifikovala oblasti, kde existuje najväčší priestor na zlepšenie efektívnosti. Finálna správa ponúka rozpracovanie načrtnutých otázok. Jej súčasťou sú opatrenia. Správa je súčasťou rozpočtu verejnej správy.

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

Kľúčovou časťou hodnotenia je identifikovať a správne ohodnotiť všetky náklady a prínosy komplexne. Základom sú finančné náklady a prínosy. Analýza sa usiluje kvantifikovať v peňažnom vyjadrení aj nefinančné prínosy a náklady, v čo najväčšej miere, čím štát získa komplexný prehľad prínosov a nákladov jednotlivých projektov.

Revízia výdavkov na zdravotníctvo v objeme 5,6 % HDP (4 443 mil. eur) ročne si stanovila za **výdavkový cieľ identifikovať možné úspory predovšetkým vo výdavkoch na zdravotnú starostlivosť** a následne ich využiť na efektívne a nevyhnutné investície do lôžkových zariadení ako aj tlmenie rastu výdavkov na úrovni tempa rastu cien v ekonomike. **Výsledkovým cieľom revízie je zníženie počtu úmrtí odvrátiteľným systémom zdravotnej starostlivosti** na úroveň priemeru Česka, Poľska a Maďarska (krajín V3). Dosiachnutie výsledkového cieľa si vyžaduje efektívnu redistribúciu zdrojov, presunu z oblastí, kde sú zdroje vynakladané neefektívne tam, kde prispievajú k zníženiu úmrtnosti odvrátiteľnej systémom zdravotnej starostlivosti.

**Slovensko dáva na zdravotníctvo viac ako okolité krajiny, vo výsledkoch však zaostáva.** Česko, Poľsko a Maďarsko dosahujú v priemere o 18 % nižšiu úmrtnosť odvrátiteľnú systémom zdravotnej starostlivosti. **Jednou z príčin zaostávania je nízka efektívnosť slovenského zdravotníctva.** Ak by sa zvýšila na úroveň priemeru OECD, očakávaná dĺžka života na Slovensku by sa predĺžila o 3 mesiace, alebo by Slovensko mohlo dosiahnuť rovnakú dĺžku života pri výdavkoch nižších o 8 %<sup>1</sup>.

**Revízia identifikovala opatrenia v celkovom objeme 174 mil. eur v roku 2017.** Z celkovej sumy pripadá 143 mil. eur na výdavky verejného zdravotného poistenia. Na základe identifikovaných opatrení dôjde k internej reštrukturalizácii výdavkov na VZP bez šetrenia na rozsahu alebo objeme poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Efektívna prevádzka a hospodárne obstarávanie nemocníc podriadených MZ SR uvoľní dodatočných 31 mil. eur.

<sup>1</sup> Metodika štúdie - Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=8789>. Odchýlku môže spôsobovať nesúrodé vykazovanie štatistik.

Zefektívnenie prevádzky a obstarávania pomôže zastaviť zadlžovanie nemocníc a vytvorí priestor pre kapitálové investície do rekonštrukcie a prístrojového vybavenia.

**Tabuľka 1: Úsporné opatrenia**

v mil. eur	2 017	2 018	2 019	potenciálna úspora
<b>Opatrenia znižujúce výdavky VZP</b>	<b>143</b>	<b>159</b>	<b>165</b>	<b>268</b>
Nadspotreba liekov - zavedenie predpisových limitov pre ambulantných poskytovateľov	20	20	20	59
Výnimky na lieky - zavedenie pravidiel pre preplácanie výnimiek	10	10	10	10
Nákladovo neefektívne lieky - centrálny nákup liekov ZP	25	25	25	42
Špeciálny zdravotnícky materiál - zníženie cien (referencovanie)	35	45	45	55
Zdravotnícke pomôcky - referencovanie a revízne činnosti	15	15	15	15
SVLZ - zníženie jednotkových cien a limitov CT a MR vyšetrení	10	16	22	25
SVLZ - zavedenie limitov pre ambulantných poskytovateľov	3	3	3	37
Zlepšenie revíznych činností VŠZP	25	25	25	25
<b>Opatrenia znižujúce výdavky nemocníc (podriadených organizácií MZ SR)</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>95</b>
Optimalizácia prevádzkových nákladov	5	5	5	10
Optimalizácia medicínskych procesov	15	15	15	74
Optimalizácia nákupu liekov a ŠZM	8	8	8	8
Hospodárne obstarávanie zdravotníckej techniky	3	3	3	3

Zdroj: MF SR

**Návrh rozpočtu na rok 2017 udáva zdroje v zdravotníctve o 69 mil. eur vyššie ako identifikoval scenár hodnoty za peniaze<sup>2</sup>.** Potenciálne úspory, ktoré identifikovala revízia výdavkov, budú použité na zdravotnú starostlivosť, tak aby efektívne prispeli k znižovaniu úmrtnosti odvrátiteľnej systémom zdravotnej starostlivosti. Oblasti, do ktorých budú v roku 2017 smerovať ušetrené prostriedky identifikované revíziou, budú stanovené v priebehu implementácie.

**Tabuľka 2: Zdroje zdravotníctva podľa RVS a scenára Hodnoty za peniaze (rast podľa inflácie)**

v mil. eur	2015 S	2016 OS	2017 R	2018 N	2019 N
Vybrané verejné zdroje v zdravotníctve SPOLU - RVS	4 290	4 335	4 443	4 666	4 927
ZP – EOA (vrátane RZZP)	2 880	2 934	3 100	3 286	3 500
ZP - príjmy za poistencov štátu (vrátane RZZP)	1 349	1 355	1 296	1 334	1 381
ZP - ostatné príjmy (200,300)	61	47	46	46	46
<b>Vybrané verejné zdroje v zdravotníctve SPOLU – Hodnota za peniaze (rast podľa inflácie)</b>			<b>4 374</b>	<b>4 514</b>	<b>4 754</b>
<i>Rozdiel RVS a scenára Hodnota za peniaze</i>			69	153	173

Zdroj: MF SR

Revízia v oblasti zdravotníctva identifikovala opatrenia v nasledovných oblastiach s významným priestorom pre zvýšenie efektívnosti výdavkov – zvýšenie hodnoty za peniaze:

**1. Lieky, zdravotnícke pomôcky a špeciálny zdravotný materiál** – V roku 2017 poklesnú výdavky na lieky, zdravotnícke pomôcky a špeciálny zdravotný materiál o 105 mil. eur najmä vďaka opatreniam v oblasti nadspotreby liekov a referencovania cien ŠZM a zdravotníckych pomôcok. Celkový potenciál pre zvýšenie efektívnosti revízia identifikovala v objeme 105 - 389 mil. eur. Slovensko má vďaka referencovaniu jedny z najnižších cien liekov

<sup>2</sup> Scenár VfM predpokladá, že by sa mali zdroje vyvíjať v súlade s rastom cenovej hladiny a zo zdrojov by mali byť financované aj dodatočné investície do lôžkových kapacít.

a zdravotníckych pomôcok v EÚ, ale napriek tomu dáva na medicínske tovary, vrátanie liekov, v prepočte na obyvateľa viac než okolité krajiny.

**2. Zdravotnícke zariadenia** – Vďaka opatrenia optimalizujúcim prevádzku, procesy a obstarávanie ušetria v roku 2017 nemocnice (podriadené organizácie MZ SR) 31 mil. eur. Identifikované zdroje pomôžu zastaviť zadlžovanie nemocníc a vytvoria priestor pre kapitálové investície do rekonštrukcie a prístrojového vybavenia. Revízia výdavkov identifikovala možnú úsporu do 84 mil. eur ročne na prevádzke a obstarávaní fakultných a univerzitných nemocníc (bez obstarávanie liekov, ŠZM a zdravotníckej techniky). Nemocnice sa aj po opakovanom oddlžení štátom naďalej zadlžujú. V prvom polroku 2016 dosiahli záväzky 13 najväčších nemocníc MZ SR 591 mil. eur (záväzky po a pred lehotou splatnosti spolu). Zavedenie DRG (systém financovania nemocníc prostredníctvom platby za diagnózu) taktiež posilní priamu zodpovednosť nemocníc za náklady a prinesie transparentné a spravodlivé platby za výkony.

**3. Rádiodiagnostika a laboratóriá** – Zníženie jednotkových cien vyšetrení CT a MR spolu so zavedením limitov prinesie v roku 2017 úsporu 13 mil. eur. Analýza predpisovania rádiodiagnostických a laboratórných vyšetrení identifikovala možnú úsporu v rozsahu 13 až 91 mil. eur.

**4. Preprava pacientov a záchranky** – Revízia navrhuje niekoľko procesných opatrení, ktoré zvýšia účelnosť využívania tejto služby.

**5. Zdravotnícki pracovníci** – Zvýšenie efektívnosti verejných výdavkov sa dosiahne ďalším posilnením kompetencií všeobecných lekárov, sestier a zdravotníckych asistentov a presunom výkonov.

**6. Návštevy lekára** – Je naďalej potrebné preskúmať príčiny vysokého počtu návštev u lekára a ich možnú súvislosť s vysokou spotrebou liekov na Slovensku. Slováci navštevujú lekára častejšie ako ľudia v EÚ (11 vs. 7 návštev ročne).

## Opatrenia

Revízia výdavkov identifikovala opatrenia vo viacerých oblastiach. Prvú skupinu tvoria opatrenia, ktoré prinesú úsporu a pomôžu fiškálnej udržateľnosti systému zdravotnej starostlivosti. Ďalej opatrenia, ktoré prispievajú k zvýšeniu hodnoty a teda zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a následne k zníženiu počtu úmrtí odvrátiteľných systémom zdravotnej starostlivosti. Oblasť riadenia obsahuje opatrenia zlepšujúce riadiace procesy a transparentnosť. Opatrenia týkajúce sa zberu dát a metodík zlepšia kvalitu informácií o reálnom stave zdravotníctva. Posledná skupina opatrení identifikuje oblasti vyžadujúce si ďalšiu analýzu.<sup>3</sup>

## Úspora

Úloha	Hodnota	Merateľný ukazovateľ	Zodpovednosť
<b>Zníženie nadspotreby liekov – zavedenie predpisových limitov pre ambulantných poskytovateľov</b>	20 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Priemerný počet receptov predpísaných alebo odporúčaných lekárom za rok na pacienta (ks)</li><li>•Celková úhrada poisťovní za lieky na recept (eur)</li></ul>	MZ SR
<b>Nákladovo neefektívne lieky - centrálny nákup liekov ZP</b>	25 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Objem centrálne obstaraných na celkovej sume liekov</li></ul>	MZ SR
<b>Výnimky na lieky - zavedenie pravidiel pre preplácanie výnimiek</b>	10 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Definovanie ukazovateľov</li><li>•Existencia legislatívnej úpravy</li></ul>	MZ SR
<b>Referencovanie (zníženie) cien ŠZM</b>	35 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Existencia databázy zahraničných cien ŠZM</li><li>•Počet krajín v databáze cien</li></ul>	MZ SR
<b>Referencovanie cien a posilnenie revíznej činnosti pri zdravotníckych pomôckach</b>	15 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Existencia databázy zahraničných cien ZP</li><li>•Počet krajín v databáze cien</li></ul>	MZ SR
<b>Optimalizácia prevádzkových nákladov nemocníc</b>	5 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Výška prevádzkových nákladov</li><li>•Jednotkové ceny obstaraných služieb a energií</li></ul>	MZ SR, nemocnice
<b>Optimalizácia medicínskych procesov v podriadených organizáciách MZ SR</b>	15 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Výška prevádzkových nákladov</li></ul>	MZ SR, nemocnice
<b>Optimalizácia nákupov liekov a ŠZM v podriadených organizáciách MZ SR</b>	8 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"><li>•Výška nákladov na lieky</li></ul>	MZ SR, nemocnice

<sup>3</sup> Viaceré z opatrení sú v súčasnosti rozpracované a postupne implementované Ministerstvom zdravotníctva SR. Podrobný prehľad o projektoch je v prílohe 5.



<b>Hospodárne obstarávanie zdravotníckej techniky</b>	3 mil. eur ročne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmluvné a trhové ceny za obstaranú techniku</li> </ul>	MZ SR, nemocnice
<b>Zníženie jednotkových cien výkonov a limitov za zobrazovacie (CT a MR) vyšetrenia</b>	10 mil. eur ročne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jednotkové ceny za zobr. vyšetrenia</li> <li>• Celkové náklady za zobr. vyšetrenia</li> </ul>	MZ SR, poisťovne
<b>Zníženie predpisovania rádiodiagnostických a laboratórnych vyšetrení - zavedenie limitov pre ambulantných poskytovateľov</b>	3 mil. eur ročne,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priemerný počet rádiodiagnostických vyšetrení vyžiadaných lekárom na pacienta za rok</li> <li>• Priemerné náklady na laboratórnych vyšetreniach vyžiadaných</li> <li>• Celkové náklady za rádiodiagnostických vyšetrenia</li> </ul>	MZ SR
<b>Zlepšenie revízných činností</b>	25 mil. eur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Počet revízných kontrol/konaní</li> </ul>	MZ SR

## Hodnota

<i>Úloha</i>	<i>Hodnota</i>	<i>Merateľný ukazovateľ</i>	<i>Zodpovednosť</i>
<b>Vydávanie receptu na účinnú látku namiesto konkrétneho lieku</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia nového pravidla pre vydávanie receptu lekárom</li> <li>• Spotreba generík</li> </ul>	MZ SR
<b>Výmena informácií o exporte liekov medzi ŠUKL a FS SR/ŠÚ SR</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia zákonnej úpravy</li> </ul>	MZ SR, MF SR
<b>Zavedenie štandardných diagnostických a terapeutických postupov</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Počet diagnóz s vydanými štandardnými postupmi</li> </ul>	MZ SR
<b>Elektronizácia zdravotnej dokumentácie a elektronická dokumentácia preskripcie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Počet lekárov využívajúcich elektronickú zdravotnú dokumentáciu</li> </ul>	MZ SR
<b>Úprava siete akútnych nemocníc a reprofilizácia nemocníc</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Počet zariadení v sieti akútnych nemocníc</li> </ul>	MZ SR
<b>Zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencie právnej úpravy</li> </ul>	MZ SR

## Riadenie

<i>Úloha</i>	<i>Merateľný ukazovateľ</i>	<i>Zodpovednosť</i>
<b>Zvýšenie nezávislosti a profesionality kategorizačných orgánov</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Existencia platených funkcií</li><li>•Počet členov orgánov zvolených prostredníctvom výberového konania</li><li>•Počet zahraničných spolupracovníkov</li></ul>	MZ SR
<b>Zvýšenie transparentnosti kategorizačných orgánov</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Zverejňovanie konfliktov záujmov členov, ich kalendára stretnutí a dôvodov rozdielneho hlasovania</li></ul>	MZ SR
<b>Povinné zbieranie dát o užívaní dočasne kategorizovaných liekov</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Existencia zbierania</li><li>•Počet liekov so zbieranými dátami o užívaní</li></ul>	MZ SR (ŠÚKL)
<b>Zavedenie záväzných pravidiel pre úhradu liekov na výnimky</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Existencia legislatívnej úpravy</li></ul>	MZ SR
<b>Zavedenie DRG</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Podiel výdavkov nemocníc hrađených podľa DRG schémy z celkových výdavkov</li></ul>	MZ SR
<b>Posilnenie kompetencií všeobecných lekárov</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Počet diagnóz presunutých z kompetencie špecialistov ku všeobecným lekárom</li></ul>	MZ SR
<b>Posilnenie kompetencií zdrav. sestier a asistentov</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Počet zdrav. úkonov presunutých z kompetencie lekárov na sestry, zo sestier na asistentov</li></ul>	MZ SR
<b>Zapojenie poskytovateľov dopravnej zdrav. služby do integrovaného záchranného systému</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Počet výjazdov DZS z podnetu IZS</li></ul>	MZ SR
<b>Zisťovanie prítomnosti alkoholu alebo omamných látok v krvi pacienta privezeného zdravotnou záchrannou službou</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Počet zistených prípadov</li></ul>	MZ SR
<b>Implementácia komunikácie medzi operačným strediskom a vozidlom ZZS na báze GPS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Počet oper. stredísk ZZS bez impl. komunikácie</li><li>•Počet vozidiel ZZS bez impl. komunikácie</li></ul>	MZ SR
<b>Zavedenie rozpočtových rokovaní o celkových potrebných</b>		MZ SR, MF SR, poisťovne

zdrojoch v zdravotníctve a ich použití na nákup zdravotnej starostlivosti na úrovni jednotlivých oblastí ZS

## Dáta a metodika

<i>Úloha</i>	<i>Merateľný ukazovateľ</i>	<i>Zodpovednosť</i>
<b>Integrovanie poskytovateľov ZZS do eHealth</b>	• Existencia integrácie	MZ SR
<b>Úprava vykazovania dát pre medzinárodné inštitúcie</b>	• Počet ukazovateľov upravených podľa špecifikácie	MZ SR (NCZI, ŠÚKL)
<b>Zverejnenie dát NCZI v štandardizovanej forme</b>	• Počet ukazovateľov zverejnených v štandardizovanej forme	MZ SR (NCZI)
<b>Prehodnotenie štruktúry a kvality dát vykazovaných od poskytovateľov ZS</b>	• Existencie metodologickej úpravy	MZ SR (NCZI)
<b>Rozšírenie štruktúry monitoringu poisťovní o výdavky na oblasti zdravotnej starostlivosti</b>	• Existencia legislatívnej úpravy	MF SR
<b>Zverejňovanie rebríčkov predpisovania lekárov v rámci odbornosti</b>	• Existencia zverejnených rebríčkov	MZ SR

## Analytické úlohy

<i>Úloha</i>	<i>Zodpovednosť</i>
<b>Vyvinúť nástroj na presnejšie stanovenie potreby výdavkov na zdravotnú starostlivosť s ohľadom na udržateľnosť verejných financií.</b>	MZ SR, MF SR
<b>Analýza spotreby voľnopredajných liekov</b>	MZ SR, MF SR
<b>Analýza manažmentu pacienta všeobecným lekárom (tzv. gatekeeping) z pohľadu právomocí všeobecných lekárov, platobného mechanizmu ako aj motivácií (kapitácia).</b>	MZ SR, MF SR
<b>Prehodnotenie kompetencií lekárov, sestier a zdravotníckych asistentov v ústavnej starostlivosti.</b>	MZ SR

**Preskúmanie súčasného odmeňovania zdravotníckych zamestnancov (najmä lekárov a sestier) navrhne spôsob zohľadnenia výkonnosti a kvality v systéme odmeňovania.**

MZ SR

---

**Nastaviť kritéria a indikátory pre hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti.**

MZ SR, MF  
SR

---

**Doplnenie analýzy variability predpisovania laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení o parameter PCG.**

MZ SR, MF  
SR

## 1 Ciele revízie výdavkov v zdravotníctve

Cieľom revízie je zlepšiť výsledky v zdravotníctve a posilniť fiškálnu udržateľnosť a efektívnosť výdavkov. Revízia identifikuje opatrenia na zvýšenie efektívnosti výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Takto uvoľnené zdroje sa následne použijú v oblastiach, ktoré prispievajú k zvýšeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**Rozpočet na rok 2017 udáva zdroje v zdravotníctve o 69 mil. vyššie ako identifikoval scenár hodnoty za peniaze**, podľa ktorého by sa mali zdroje vyvíjať v súlade s rastom cenovej hladiny. Potenciálne úspory, ktoré identifikovala revízia výdavkov budú použité na zdravotnú starostlivosť, tak aby efektívne prispeli k zníženiu úmrtnosti odvrátiteľnej systémom zdravotnej starostlivosti. Oblasti kam budú v roku 2017 smerovať ušetrené prostriedky identifikované revíziou budú stanovené v priebehu implementácie.

**Tabuľka 3: Zdroje zdravotníctva podľa RVS a scenára Hodnoty za peniaze (rast podľa inflácie)**

v mil. eur	2015 S	2016 OS	2017 R	2018 N	2019 N
Vybrané verejné zdroje v zdravotníctve SPOLU - RVS	4 290	4 335	4 443	4 666	4 927
ZP – EOA (vrátane RZZP)	2 880	2 934	3 100	3 286	3 500
ZP - príjmy za poistencov štátu (vrátane RZZP)	1 349	1 355	1 296	1 334	1 381
ZP - ostatné príjmy (200,300)	61	47	46	46	46
<b>Vybrané verejné zdroje v zdravotníctve SPOLU – Hodnota za peniaze (rast podľa inflácie)</b>			<b>4 374</b>	<b>4 514</b>	<b>4 754</b>
<i>Rozdiel RVS a scenára Hodnota za peniaze</i>			69	153	173

Zdroj: MF SR

**Revízia identifikovala opatrenia v celkovom objeme 174 mil. eur v roku 2017.** Z celkovej sumy pripadá 143 mil. eur na výdavky verejného zdravotného poistenia. Na základe identifikovaných opatrení dôjde k internej reštrukturalizácii výdavkov na VZP bez šetrenia výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Efektívna prevádzka a hospodárne obstarávanie nemocníc podriadených MZ SR uvoľní dodatočných 31 mil. eur. Zefektívnenie prevádzky a obstarávania pomôže zastaviť zadlžovanie nemocníc a vytvorí priestor pre kapitálové investície do rekonštrukcie a prístrojového vybavenia.

**Tabuľka 4: Úsporné opatrenia**

v mil. eur	2 017	2 018	2 019	potenciálna úspora
<b>Opatrenia znižujúce výdavky VZP</b>	<b>143</b>	<b>159</b>	<b>165</b>	<b>268</b>
Nadspotreba liekov - zavedenie predpisových limitov pre ambulantných poskytovateľov	20	20	20	59
Výnimky na lieky - zavedenie pravidiel pre preplácanie výnimiek	10	10	10	10
Nákladovo neefektívne lieky - centrálny nákup liekov ZP	25	25	25	42
Špeciálny zdravotnícky materiál - zníženie cien (referencovanie)	35	45	45	55
Zdravotnícke pomôcky - referencovanie a revízne činnosti	15	15	15	15
SVLZ - zníženie jednotkových cien a limitov CT a MR vyšetrení	10	16	22	25
SVLZ - zavedenie limitov pre ambulantných poskytovateľov	3	3	3	37
Zlepšenie revíznych činností VŠZP	25	25	25	25
<b>Opatrenia znižujúce výdavky nemocníc (podriadených organizácií MZ SR)</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>95</b>
Optimalizácia prevádzkových nákladov	5	5	5	10
Optimalizácia medicínskych procesov	15	15	15	74
Optimalizácia nákupu liekov a ŠZM	8	8	8	8
Hospodárne obstarávanie zdravotníckej techniky	3	3	3	3

Zdroj: MF SR

**Slovensko dáva na zdravotníctvo viac ako okolité krajiny, vo výsledkoch však zaostáva.** Česko, Poľsko a Maďarsko dosahujú v priemere o 18 % nižšiu úmrtnosť odvrátiteľnú systémom zdravotnej starostlivosti.

Odvrátiteľná úmrtnosť (avoidable mortality) predstavuje počet úmrtí (pre špecifické vekové skupiny a špecifické ochorenia zadefinované v ICD klasifikácii),<sup>4</sup> ktorým je možné predísť. Rozlišujú sa dva typy úmrtí - liečiteľné úmrtia a predchádzateľné úmrtia.

Za liečiteľné úmrtia sú považované také, ktorým sa dalo predísť kvalitnou zdravotnou starostlivosťou. Tieto úmrtia sleduje indikátor **úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti** (amendable mortality), ktorý sme zvolili za výsledkový cieľ. Indikátor predchádzateľnej úmrtnosti (preventable mortality) pozostáva z úmrtí, ktorým by bolo možné predísť opatreniami v oblasti verejného zdravia ovplyvňujúcimi správanie a životný štýl, sociálno-ekonomický status a podmienky životného prostredia.

## 1.1 Indikátory v zdravotníctve

Vhodne zvolené indikátory vstupov a výsledkov dokážu efektívne slúžiť na meranie hodnoty, ktorú verejná politika prináša. Okrem hlavného výsledkového cieľa, ktorým je úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti, bol vytvorený zoznam ďalších ukazovateľov, ktoré podávajú správu o zdravotníctve z pohľadu vstupov, výstupov a výsledkov za celé zdravotníctvo, ako aj za jednotlivé oblasti. Čo ukazuje aj medzinárodné porovnanie oproti priemeru krajín OECD alebo V3<sup>5</sup>.

Doplnkovými výsledkovými ukazovateľmi sú potenciálne stratené roky života z odvrátiteľných príčin, očakávaná dĺžka života, úmrtnosť na vybrané choroby a prevalencia (výskyt) vybraných ochorení. Slovensko vo všetkých ukazovateľoch zaostáva za OECD resp. EÚ priemerom. Pri porovnaní s V3 zaostávame tiež, lepší výsledok dosahujeme len pri výskyte obezity, a približne rovnaký pri výskyte vysokého krvného tlaku.

**Potenciálne stratené roky života z predchádzateľných príčin** predstavujú rozdiel v rokoch medzi vekom 70 rokov a úmrtím, ktorému by bolo možné predísť opatreniami v oblasti verejného zdravia. Tento indikátor tak dáva väčšiu váhu predchádzateľným úmrtiam v mladom veku.

**Očakávaná dĺžka života žien pri narodení** sa pri medzinárodných porovnaníach uprednostňuje (voči štatistike za celú populáciu), pretože menej podlieha negatívnym vplyvom životného štýlu (fajčenie, vysoká spotreba alkoholu, a pod) a zároveň majú ženy menej rizikové správanie.

**Očakávaná dĺžka zdravého života pri narodení** zohľadňuje aj kvalitatívny aspekt, keďže vyjadruje priemerný počet rokov života, ktoré osoba prežije v dobrom zdraví.

**Tabuľka 5: Výsledkové ukazovatele zdravotníctva**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100 000 obyvateľov)	Eurostat	SK	237,9	236,6	237,3		
		V3	206,3	201,9	195,8		
		EÚ28	125,2	122,9	119,5		
Potenciálne stratené roky života z predchádzateľných príčin (na 100 000 obyvateľov)	Eurostat	SK	5 748	5 615	5 426		
		V3	5 763	5 705	5 368		
		EÚ28	4 009	3 906	3 795		
Očakávaná dĺžka života pri narodení, ženy	OECD	SK	79,8	79,9	80,1	80,5	
		V3	80,3	80,3	80,5	81,0	
		OECD	82,7	82,7	83,0	83,3	

<sup>4</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

<sup>5</sup> V prípadoch, keď údaje nie sú dostupné za dostatočne veľký počet krajín z danej skupiny, bola vybraná konkrétna krajina.

Očakávaná dĺžka zdravého života pri narodení	Eurostat	SK	52,3	53,1	54,3	54,6
		V3	62,0	62,5	62,3	62,8
		EÚ28	62,1	62,1	61,5	61,8
Úmrtnosť na choroby obehovej sústavy, štandardizovaná (na 100 tis. obyv.)	OECD	SK	-	536,2	537,9	504,3
		V3	528,9	530,6	512,0	483,7
		OECD	294,7	302,5	299,2	349,1
Úmrtnosť na nádory, štandardizovaná (na 100 tis. obyv.)	OECD	SK	-	260,3	266,8	266,0
		V3	262,9	263,0	256,9	258,4
		OECD	212,5	212,4	208,1	220,2
Prevalencia obezity (% podiel u dospelých)	OECD	SK		16,9		
		V3		21,8		
		EÚ27		16,7		
Prevalencia vysokého tlaku (% podiel u dospelých)	WHO	SK			27,3	
		V3			27,9	
		EÚ28			22,9	
Dojčenská úmrtnosť na 1 000 živonarodených	OECD	SK	4,9	5,8	5,5	5,8
		V3	4,1	4,0	4,0	3,7
		OECD	4,2	4,1	4,0	3,8

V prípade vstupných ukazovateľov predbiehame V3 vo výdavkoch na zdravotníctvo. Kým príjem lekárov v posledných rokoch dosiahol približne priemer OECD, príjem sestier zostal pod úrovňou OECD. Podobne, v počte lekárov mierne preyšujeme OECD, v počte sestier naopak.

**Tabuľka 6: Vstupné ukazovatele zdravotníctva**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)	OECD	SK	5,5	5,5	5,6	5,6	
		V3	5,1	5,1	5,1	5,3	
		OECD	6,4	6,4	6,5	6,5	
Príjem všeobecných lekárov – zamestnanci (násobok priemernej mzdy)	OECD	SK	1,8	2,1	2,2		
		Maďarsko	1,3	1,3	1,5	1,6	
		OECD	2,2	2,2	2,2	2,4	
Príjem sestier – zamestnanci (násobok priemernej mzdy)	OECD	SK	0,83	0,92	0,94	0,91	
		CZ	1,06	1,07	1,06	1,06	
		OECD	1,14	1,15	1,15	1,16	
Počet lekárov (na 1000 obyvateľov)	OECD	SK	3,31	3,36	3,39	3,43	
		OECD	3,32	3,32	3,40	3,35	
Počet sestier (na 1000 obyvateľov)	OECD	SK	5,9	5,8	5,8	5,8	
		Poľsko	5,3	5,6	5,3	5,3	
		OECD	8,2	8,4	8,3	8,0	

Výsledkovým ukazovateľom ústavnej starostlivosti je rehospitalizovanosť. Pri vstupnom ukazovateli – počte lôžok – SK aj V3 predbiehajú úroveň OECD. Využitie lôžok a dĺžka hospitalizácie sú na Slovensku nižšie ako vo V3 aj OECD. Počet čakajúcich na plánované operácie od r.2012 klesá, naopak výška záväzkov nemocníc rastie.

**Rehospitalizovanosť** meria kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti tým, že pri lepšej starostlivosti sa očakáva menšia pravdepodobnosť opätovnej hospitalizácie pacienta na tú istú diagnózu v určitom čase. V súčasnosti však existujú rozdiely v tom, ako jednotlivé zdravotné poisťovne vykazujú tento indikátor.

**Tabuľka 7: Ústavná zdravotná starostlivosť**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Rehospitalizovanosť: Podiel opakovaných hospitalizácií do 30 dní na tú istú skupinu diagnóz (v %)	ZP	SK			12,0	12,4	11,5
Celkový počet nemocničných lôžok na 1000 obyv.	OECD	SK	6,1	5,9	5,8	5,8	
		V3	6,9	6,8	6,7	6,7	
Využitie akútnych lôžok (v %)	OECD	OECD	4,9	4,9	4,8	5,0	
		SK	65,5	67,3	67,4	68,9	
		CZ	72,8	73,1	73,9	74,9	
Priemerná dĺžka hospitalizácie (počet dní)	OECD	OECD	75,5	75,4	76,4	76,4	
		SK	6,3	6,2	6,2	7,0	
		V3	6,6	6,4	6,3	6,3	
Čakajúci k 31.12. na plánovaný výkon pri chorobách svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva	UDZS	OECD	6,7	6,7	6,5	6,7	
		SK	5 345	5 958	5 300	4 455	3 343
Výška záväzkov fakultných nemocníc po lehote splatnosti v mil. eur	MZ SR	SK	67	136	249	317	426

Výsledkovým ukazovateľom ambulantnej starostlivosti je podiel pacientov odoslaných na vyššiu úroveň starostlivosti (k špecialistovi). Ten v krátkom období, za ktoré sú dostupné dáta, stagnuje. Vstupný ukazovateľ – počet návštev – predbieha V3 aj OECD. Výsledkové ukazovatele – podiel jednodňovej chirurgie a preventívnych prehliadok – rastú.

**Podiel pacientov odoslaných na vyššiu úroveň starostlivosti (k špecialistovi)** sleduje tzv. *gatekeeping* lekárov prvého kontaktu, teda to, ako regulujú vstup pacientov k nákladnejšej špecializovanej zdravotnej starostlivosti.

**Jednodňová chirurgia** znižuje potrebu hospitalizácií a šetrí tak kapacity ústavnej starostlivosti (napr. lôžka).

**Tabuľka 8: Ambulantná zdravotná starostlivosť**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Počet návštev u lekára (na obyvateľa za rok)	OECD	SK	11,0	11,2	11,0	11,3	
		V3	9,9	10,0	10,0		
		OECD	7,1	6,9	7,2	7,0	
Podiel návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti (v %)	MZ SR	SK			80	79	
Podiel jednodňovej chirurgie na celkovom počte operácií (v %)	NCZI	SK	32,5	36,7	38,2	42,5	43,4
Pacienti, ktorí absolvovali preventívnu prehliadku (v %)	MZ SR	SK			32	39	

Spotreba generík je na Slovensku relatívne vysoká, má však klesajúci trend, na rozdiel od iných krajín. Vzhľadom na nižšiu cenu oproti originálnym liekom je ich stúpajúci podiel na spotrebe liekov žiaduci. Na druhej strane vysoká spotreba antibiotík predstavuje neželaný jav, spojený s rastom rezistencie voči nim, čo má negatívne dopady na liečbu. Spotreba antibiotík je na Slovensku vyššia než je priemer V3 či OECD.

**Generické lieky** obsahujú rovnakú účinnú látku ako originálne lieky, ale vyznačujú sa nižšou cenou kvôli absencii nákladov na výskum a vývoj.



**Tabuľka 9: Lieky**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Spotreba generík (podiel celkových výdavkov na lieky uhrádzaných z VZP)	OECD	SK	40,6	40,2	37,8	37,9	
		OECD	20,5	21,8	23,6	24,4	
		SK	23,7	21,9	25,9	24,8	
Spotreba antibiotík (definované denné dávky na 1000 obyvateľov/deň)	OECD	V3	18,7	18,4	19,3	19,3	
		OECD	21,2	20,9	21,2	20,2	

Primárne zásahy záchrannej zdravotnej služby slúžia na život ohrozujúce stavy pacientov, preto **čas dojazdu** môže byť rozhodujúcim faktorom prežitia. Dojazdový čas sa od roku 2011 zhoršil o jednu minútu, zároveň počet zásahov postupne rastie.

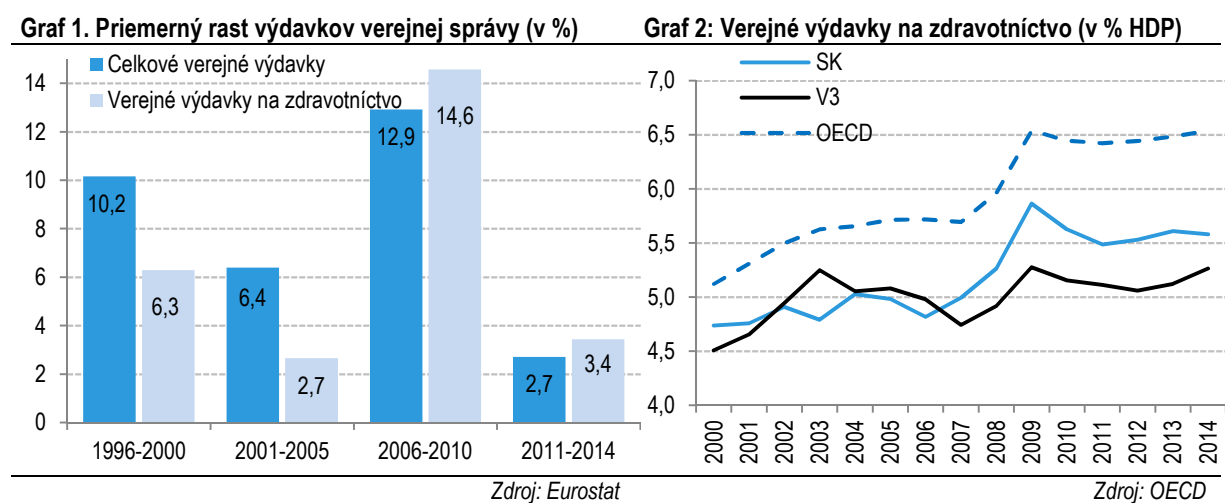
**Tabuľka 10: Doprava**

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015
Priemerný čas dojazdu primárnych zásahov ambulancií RZP a RLP (v min.)	OS						
	ZZS	SK	11:05	11:29	11:47	11:33	12:06
Počet primárnych zásahov ambulancií RZP a RLP na 1000 obyv.	OS						
	ZZS	SK	83,0	86,3	85,9	87,4	92,1

## 2 Výdavky na zdravotníctvo

Verejné výdavky Slovenska na zdravotníctvo v posledných rokoch rástli rýchlejšie ako celkové verejné výdavky. Priemerné tempo rastu verejných výdavkov na zdravotníctvo<sup>6</sup> v rokoch 2005 – 2010 presahovalo rast celkových verejných výdavkov skoro o 2 p.b.. V rokoch 2011 – 2014 sa tento rozdiel zmenšil, no výdavky na zdravotníctvo stále rástli o 0,7 p.b. rýchlejšie než celkové verejné výdavky.

Slovensko dáva na zdravotníctvo väčší podiel HDP ako je priemer krajín V3, vo výsledkoch však zaostáva. Podľa OECD boli v roku 2014 verejné výdavky Slovenska na zdravotníctvo 5,6 % HDP, čo je o 0,3 p.b. viac ako priemer krajín V3. Zároveň tieto krajiny dosiahli v roku 2013 (najnovší údaj) v priemere o 18 % nižšiu úmrtnosť odvrátiteľnú systémom zdravotnej starostlivosti (ročne o 2 264 menej úmrtí v prepočte na slovenskú populáciu) a ich obyvatelia sa dožívajú vyššieho veku (očakávaná dĺžka života žien je o päť mesiacov vyššia, u mužov o šesť mesiacov vyššia).



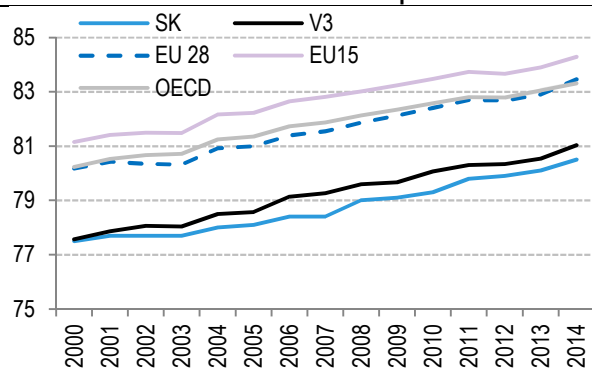
Jednou z príčin je nízka efektívnosť slovenského zdravotníctva v porovnaní s OECD a krajinami V3. Ak by bola efektívnosť slovenského zdravotníctva na úrovni priemeru OECD, očakávaná dĺžka života by sa predĺžila o 3 mesiace, alebo by Slovensko pri nižších výdavkoch (o 8 %) mohlo dosiahnuť súčasnú dĺžku života.<sup>7</sup> Ak by bolo slovenské zdravotníctvo efektívne ako priemer EU 20<sup>8</sup>, rozšírená o Švajčiarsko a Nórsko, priemerný vek by sa zvýšil o pol roka, alebo by pri súčasnej očakávanej dĺžke života stačili výdavky nižšie o 11 %.

<sup>6</sup> Podľa funkčnej klasifikácie COFOG. V máji 2015 Eurostat upravil metodiku pre klasifikáciu verejných výdavkov COFOG. Po novom sú všetky výdavky sociálnych fondov (S.1314) považované za výdavky sociálneho zabezpečenia. Aj výdavky fondov zdravotného poistenia (v subsektore S.1314) sa presunuli z oblasti zdravotníctva do výdavkov sociálneho zabezpečenia. Výdavky Slovenska na zdravotníctvo tak klesli o približne 5 p.b. HDP a v rovnakej miere sa zvýšili výdavky sociálneho zabezpečenia. Výdavky na zdravotníctvo sú tak v súčasnosti tvorené len výdavkami zdravotníckych zariadení v sektore verejnej správy.

<sup>7</sup> Efektívnosť sa kvantifikuje ako rozdiel medzi skutočnou očakávanou dĺžkou života pri narodení a očakávanou dĺžkou života, ktorá sa dosahuje pri danej úrovni vstupov podľa modelu vychádzajúceho zo štúdie **Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva** <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=8789>.

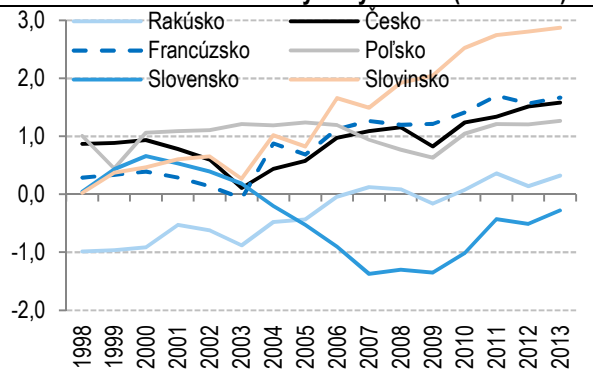
<sup>8</sup> Chýbajú údaje za Bulharsko, Cyprus, Chorvátsko, Írsko, Litvu, Lotyšsko, Malta a Rumunsko.

**Graf 3: Očakávaná dĺžka života žien<sup>9</sup> pri narodení**



Zdroj: OECD

**Graf 4: Efektívnosť zdravotných systémov (v rokoch\*)**

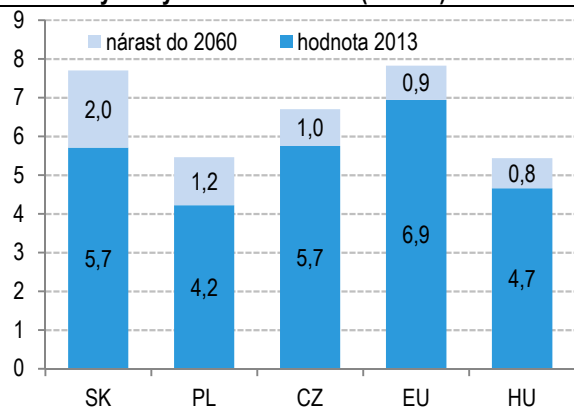


Zdroj: IFP podľa OECD

\*rozdiel medzi reálnou a potencionálnou očakávanou dĺžkou života dosiahnutou, ak by zdravotný systém bol na úrovni efektívnosti priemeru OECD

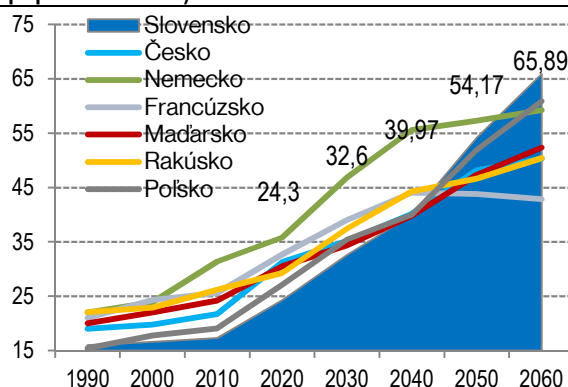
Podľa aktuálnej prognózy Európskej komisie výdavky na zdravotníctvo na Slovensku porastú ako tretie najrýchlejšie v EÚ. Podľa scenára Pracovnej skupiny pre starnutie obyvateľstva EÚ<sup>10</sup> majú slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo do roku 2060 vzrásť o ďalšie 2 % HDP na 7,7 % HDP. Výdavky na Slovensku porastú rýchlejšie ako v iných krajinách, v EÚ majú do roku 2060 vzrásť v priemere o 0,9 % HDP. Hlavným dôvodom je rastúca potreba zdravotnej starostlivosti vo vyššom veku. Napríklad ročné náklady na 75-ročného priemerného muža sú približne 7-násobne vyššie ako na 25-ročného. Celkový vývoj bude kombináciou dvoch protichodných tendencií. Kým pokles populácie znižuje celkové výdavky na zdravotníctvo, tak na druhú stranu rastúci počet starších ľudí, ktorých starostlivosť je nákladnejšia ich výrazne zvyšuje.

**Graf 5: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP)**



Zdroj: AWG 2015

**Graf 6: Index závislosti (pomer populácie 65+ k aktívnej populácii 15 – 64)**



Zdroj: Eurostat, EUROPOP 2013

Celkové výdavky zdravotných poisťovní v roku 2015 dosiahli 4,2 mld. eur (5,4 % HDP), z toho 4,0 mld. eur (5,1 % HDP) boli vynaložené na zdravotnú starostlivosť. Z jednotlivých oblastí výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa v roku 2015 najviac prostriedkov vynaložilo na lekárne (904 mil. eur, 1,1 % HDP), všeobecné nemocnice (890 mil. eur, 1,1 % HDP) a spoločné a vyšetrovacie zložky (SVLZ, napríklad CT, MR a laboratórne vyšetrenia; 440 mil. eur, 0,5 % HDP). Najväčší medziročný nárast zaznamenali výdavky na mobilné hospice (34,8 %), jednodňových

<sup>9</sup> V medzinárodných porovnaní sa uprednostňuje použitie očakávanej dĺžky života žien, pretože menej podlieha negatívnym vplyvom životného štýlu (fajčenie, vysoká spotreba alkoholu, a pod) a zároveň majú ženy vyššiu averziu k riziku (menej rizikové správanie).

<sup>10</sup> Working Group on Ageing Populations and Sustainability, AWG

zdravotnú starostlivosť (30,3 %) a domy ošetrovateľskej starostlivosti. Naopak, poklesli výdavky na špecializovanú ambulantnú starostlivosť vrátane liekov typu A (-3,7 %) a dialýzy (-1,5 %).

**Tabuľka 11: Verejné zdravotné poistenie (mil. eur)**

	2013	2014	2015
<b>Príjmy spolu</b>	<b>4 224</b>	<b>4 315</b>	<b>4 519</b>
Daňové príjmy	3 893	3 985	4 231
EOA	2 613	2 771	2 881
Poistenci štátu	1 277	1 212	1 349
Odplata za postúpenie pohľadávky	3	2	1
Nedaňové príjmy	25	32	46
Granty a transfery	0	0	0
<b>Výdavky spolu</b>	<b>3 927</b>	<b>4 088</b>	<b>4 214</b>
Výdavky poistenia na ZS z toho	3 672	3 882	3 996
<i>Lekárska starostlivosť</i>	999	1 042	1 077
<i>Ambulantná starostlivosť v tom:</i>	1 448	1 567	1 616
<i>všeobecná ambulantná</i>	264	276	293
<i>špecializovaná amb. starostlivosť</i>	1 108	1 208	1 233
<i>Ústavná starostlivosť v tom:</i>	1 084	1 175	1 246
<i>vš. nemocnice</i>	769	837	890
<i>špec. nemocnice</i>	156	174	183
<i>ZS poskytnutá cudzincom, v cudzine, bezdomovcom, utečencom, neodkl. ZS</i>	25	31	36
<i>Ostatné</i>	116	66	20
Úhrada za správu VZP	46	50	47
Výdavky na prevádzkové činnosti štátnej zdravotnej poisťovne, v tom:	64	72	77
Mzdy, platy	30	31	33
Poistné a príspevok do poisťovní	12	13	13
Tovary a služby	22	28	30
Bežné transfery	1	1	1
Kapitálové výdavky	4	5	4
Príspevky na činnosť UDZS, NCZI, OS ZZS	43	40	46
Iné úhrady - záväzky	97	39	44

Zdroj: MF SR, ÚDZS

Poznámky: Tabuľka dopĺňa údaje MF SR o hospodárení VZP o údaje ÚDZS (finančne uznané výkony) o výdavkoch na konkrétne oblasti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Položka ostatné vysvetľuje rozdiel medzi výdavkami na ZS podľa údajov ÚDZS a MF SR, tento nesúlad je na úrovni 0,5 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť.

## 2.1 Rozpočtovanie výdavkov verejného zdravotného poistenia

Pri platbe štátu do systému verejného zdravotného poistenia chýba diskusia o potrebných výdavkoch a účeloch, na ktoré majú byť použité. Systém verejného zdravotného poistenia je financovaný z odvodov ekonomicky aktívnych obyvateľov a platby štátu. Platba štátu predstavuje zdravotné odvody za vybrané skupiny obyvateľov (deti, študenti, dôchodcovia, atď.)<sup>11</sup>, ktoré do zdravotných poisťovní uhrádza štát. Podľa zákona je sadzba za poistencov štátu spravidla 4 % vymeriavacieho základu, ktorým je priemerná mzda spred dvoch rokov. Dlhodobo prebieha politická diskusia o tom, či je táto sadzba adekvátna a v minulosti sa opakovane upravovala.

V rozpočtových rokovaníach je potrebné viesť diskusiu o tom, na ktoré oblasti zdravotnej starostlivosti (napr. lieky, všeobecní lekári, nemocnice) sú prostriedky potrebné a v akej výške. Výdavky na zdravotnú starostlivosť sa z pohľadu rozpočtového procesu zvykli rozpočtovať iba ako celok. Pre porovnanie, výdavky kapitoly MZ SR bez platby za poistencov štátu, rozpočtované detailne, predstavovali v roku 2015 bez zdrojov EÚ a spolufinancovania

<sup>11</sup> Presné zariadenie poistencov štátu v zákone č. 580/2004 Z. z.

88 mil. eur. Výdavky poisťovní na zdravotnú starostlivosť, rozpočtované ako celok, boli v tom istom roku 45-krát vyššie na úrovni 4 mld. eur.

Zdravotné poisťovne vykazujú detailnú štruktúru výdavkov na zdravotnú starostlivosť, ako sa uvádza v prílohe 1. V minulosti prebiehalo i prognózovanie výdavkov verejného zdravotného poistenia na tejto detailnej úrovni, neskôr sa od neho upustilo. Do rozpočtových rokovaní je žiadúce zaviesť diskusiu o celkových potrebných zdrojoch v zdravotníctve a ich použití na nákup zdravotnej starostlivosti na úrovni jednotlivých oblastí, ako sa uvádza v prílohe 1.

- **Opatrenie:** Do rozpočtových rokovaní je žiadúce zaviesť **diskusiu o celkových potrebných zdrojoch v zdravotníctve a ich použití na nákup zdravotnej starostlivosti na úrovni jednotlivých oblastí** (ako sa uvádza v prílohe 1).
- **Opatrenie:** Z pohľadu rozpočtového procesu je potrebné **vyvinúť nástroj na objektívne stanovenie potreby výdavkov na zdravotnú starostlivosť**. Rozpočtovanie zdrojov VZP by sa malo odvíjať najmä od objektívnej potreby dodatočných zdrojov a udržateľných fiškálnych cieľov vlády v zdravotníctve<sup>12</sup>.

---

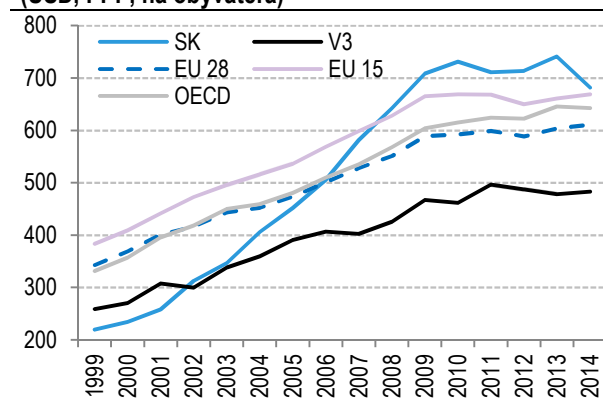
<sup>12</sup> Rada pre rozpočtovú zodpovednosť vyvinula vlastný nástroj, ktorým modeluje výdavky na zdravotnú starostlivosť v dlhodobom horizonte vychádzajúc zo súčasnej nákladovej štruktúry a predpokladu nezmenených politík .

## 3 Oblasti revízie

### 3.1 Lieky, zdravotné pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál

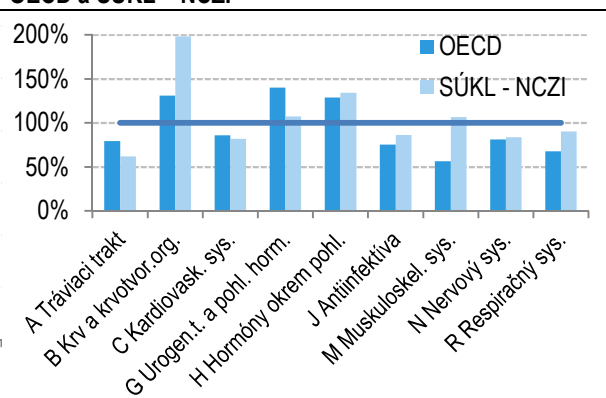
Slovensko má vďaka referencovaniu jednej z najnižších cien liekov a zdravotníckych pomôcok v EÚ<sup>13</sup>, no v prepočte na obyvateľa dáva na medicínsky tovar vrátane liekov viac než okolité krajiny. Zatiaľ čo Česko, Poľsko a Maďarsko dali v roku 2014 na medicínsky tovar vrátane liekov v prepočte na obyvateľa 483 USD, na Slovensku výdavky dosiahli 669 USD (verejné i súkromné zdroje)<sup>14</sup>. Príčinou môže byť vysoká spotreba i neefektívny systém úhrad zo zdravotného poistenia, ako aj metodologické rozdiely vo vykazovaní jednotlivých krajín.<sup>15</sup>

**Graf 7: Výdavky na medicínsky tovar vrátane liekov (USD, PPP, na obyvateľa)**



Zdroj: OECD

**Graf 8: Podiel českej ku slovenskej spotrebe (v %) \* podľa OECD a SÚKL - NCZI**



Zdroj: OECD, SÚKL, NCZI

\* Spotreba v DDD na 1000 ob./deň. Ak sa v niektorej ATC skupine dosahuje hodnota menej ako 100% (pod čiarou), znamená to že česká spotreba je nižšia ako slovenská.

### Vysoká spotreba liekov

Ak by Slovensko dosiahlo úroveň spotreby Českej republiky v tých ATC skupinách, kde má vyššiu spotrebu, rozdiel oproti súčasnej úhrade VZP by bol 65 mil. eur, rozdiel na doplatkoch pacientov by bol 14 mil. eur<sup>16</sup>. Slovensko spotrebuje v porovnaní s ČR viac liekov na tráviaci trakt, kardiovaskulárny, nervový a respiračný systém a antiinfektív. Výsledok porovnania spotreby liekov v definovaných denných dávkach (DDD) na základe dát OECD potvrdilo aj porovnanie dát z národných inštitúcií (český Státní ústav na kontrolu léčiv – SÚKL a slovenské Národné centrum zdravotníckych informácií - NCZI).

OECD dáta o spotrebe liekov na úrovni ATC skupín zahŕňajú výdaj liekov cez lekárne, v nemocniciach, aj voľný predaj bez receptu, všetky kategórie spolu. ČR však nemá v porovnaní s inými krajinami jednotnú metodiku a vykazuje hodnoty distribúcie liekov a nie spotreby. Z pohľadu analýzy ide o pozitívne riziko, keďže česká reálna

<sup>13</sup> Cena liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na Slovensku je stanovená ako priemer troch najnižších spomedzi úradne určených cien v členských štátoch EÚ, podľa zákona 363/2011 Z.z. Špeciálny zdravotnícky materiál a dietetické potraviny sa v súčasnosti pravidelne nerefereujú. Pravidelné referencovanie zdravotníckych pomôcok začalo v roku 2016. Pravidelné referencovanie SZM sa plánuje zaviesť v roku 2017.

<sup>14</sup> Prepočítané paritou kúpnej sily a vyjadrené v bežných cenách

<sup>15</sup> Medzinárodné porovnanie môže znamenať zahrnutie nejednotných metodík a zanedbanie národných špecifik. Takéto porovnania sú používané ako východisko a motivácia k podrobnejšej analýze a nevyvodzujú sa z nich závery ani nekvantifikuje úspora.

<sup>16</sup> Hodnota úspory výdavkov na spárované lieky. V prípade extrapolácie na všetky spotrebované lieky by úspora predstavovala 100 mil. eur na úhrade ZP a 22 mil. eur na úhrade pacientov. Plošná aplikácia českej úrovne spotreby (teda aj na ATC skupiny, kde SR spotrebúva menej) by stále znamenala úsporu, a to 22 mil. eur na úhrade ZP a 10 mil. eur na doplatkoch pacientov na spárovaných liekoch, a 24 mil. resp. 15 mil. pri extrapolácii na všetky lieky.

spotreba liekov môže byť nižšia ako distribúcia a aj napriek tomu v niektorých skupinách prevyšuje spotrebu Slovenska.

Porovnanie NCZI a SÚKL (český Státní ústav na kontrolu léčiv) sa zakladá na dátach o výdaji na recept cez lekárne na úrovni účinných látok<sup>17</sup>. Látky, ktoré sa podávajú priamo v ambulanciách, alebo sa spotrebúvajú len v jednej z krajín, boli z porovnania vynechané. Celkovo predstavuje podiel takto spárovaných liekov vo vybraných ATC skupinách 68 % slovenskej spotreby a 60 % úhrady ZP.

Lieky na muskuloskeletárny systém sú jedinou skupinou, kde sa výsledky dvoch porovnaní rozchádzajú. Dôvodom môže byť vysoká spotreba voľnopredajných liekov na Slovensku, ktoré sú zahrnuté v dátach OECD, nie však v porovnaní NCZI - SÚKL. V tejto skupine sa nachádzajú aj bežné lieky proti bolesti (Ibuprofen a pod.).

- **Opatrenie: Spotreba voľnopredajných liekov by mala byť predmetom ďalšej analýzy.** Vysoká spotreba liekov môže nepriaznivo vplývať na zdravie a vyvolávať ďalšie zdravotné problémy, ktoré následne predražujú liečbu.

### Nadštandardná preskripcia

Vysokú spotrebu liekov v porovnaní s inými krajinami môže okrem iného spôsobovať aj neštandardná preskripcia. Ak by lekári, ktorí pacientovi predpisujú viac receptov ako tri štvrtiny ich kolegov, znížili svoju preskripciu na ich úroveň, prinieslo by to dodatočné využitie prostriedkov zo zdravotného poistenia v objeme 158 mil. eur. Pokiaľ by takto upravila svoje správanie len horná desatina lekárov, usporiť by sa mohlo 59 mil. eur. Príčinou neštandardného predpisovania môže byť skutočná medicínska potreba, ale i nedostatočný manažment pacienta, duplikácie v predpisovaní, indukovaná preskripcia, či iné nezrovnalosti.

#### Box 1: Identifikácia nadštandardného predpisovania

Analýza vychádza z dát z individuálnych receptov z eHealth-u za rok 2015. Podľa NCZI bola v roku 2015 celková úhrada liekov vydaných na recept 875,4 mil. eur. V eHealth-e<sup>18</sup> sú k dispozícii dáta o receptoch s úhradou 841,1 mil. eur, čo predstavuje 96,1 % celkovej úhrady. Konečná úspora bola extrapolovaná na celkový objem úhrady podľa NCZI.<sup>19</sup>

Každému lekárovi bola stanovená hodnota indikátora **priemerný počet receptov na pacienta** za rok. Každý recept bol priradený ku lekárovi, ktorý je jeho „pôvodcom“. Pri receptoch s odporúčaním (využíva sa najmä pri dopĺňaní liekov od špecialistov všeobecným lekárom) je pôvodcom odporúčajúci lekár (teda špecialista). Pri predpisoch bez odporúčania je pôvodcom jednoducho predpisujúci lekár.

Porovnanie nezohľadňuje rozdiely v chorobnosti pacientov medzi lekármi. Výskyt zložitejších prípadov a zvýšeného predpisovania sa však predpokladá na pracoviskách a oddeleniach nemocníc, preto boli do úvahy braní iba lekári ordinujúci v ambulanciách. Podobne, lekári so špecifickými, málo početnými odbornosťami pravdepodobne liečia náročnejšie diagnózy, preto bolo do analýzy zahrnutých 24 najčastejších odborností - s najvyššou spotrebou a nákladmi na lieky<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Účinné látky predstavujú najnižšiu úroveň detailu ATC klasifikácie liekov (úroveň ATC7). Zahrňajú lieky s rovnakou látkou od rôznych výrobcov, v rôznej liekovej forme a sile. Ide o výrazne presnejšie porovnanie ako pomocou OECD dát, ktoré sa zakladajú na najvyššej úrovni - ATC1 (táto sa označuje aj skráteno ako ATC). Pre prezentačné účely boli výsledky ATC7 porovnania opäť zoskupené na úroveň ATC1.

<sup>18</sup> Extrakt z 22.7.2016.

<sup>19</sup> Po finálnom spustení elektronickej preskripcie (keď bude 100 % údajov dostupných v eHealth) bude možné kvantifikáciu zopakovať na kompletnej databáze predpisovaných liekoch.

<sup>20</sup> 24 odborností pokrýva 95% spotreby aj výdavkov ZP.

Pre spoznanie štandardných predpisových vzorcov boli ku každej odbornosti zistené hodnoty vybraných percentilov – 10., 25., 50., 75., 90., 99. percentil<sup>21</sup> a hodnota maxima.

Nasledujúca tabuľka obsahuje predpisovanie niekoľkých odborností, úhradu nimi predpísaných receptov a kvantifikáciu celkovej možnej úspory. Tabuľka s kompletným zoznamom odborností sa nachádza v Prílohe 2.

**Tabuľka 12: Predpisovanie vybraných odborností (počet receptov), ich úhrada a kvantifikácia úspor (mil. eur)**

špecializácia	10%	25%	50%	75%	90%	99%	max	suma úhrad	úspora na úr. 75%	úspora na úr. 90%
všeobecné lekárstvo	1,00	1,00	3,07	8,70	10,98	15,85	33,70	144,50	17,55	5,30
diabetológia, poruchy lát. prem.	1,00	1,00	2,00	4,75	6,30	9,10	13,00	68,15	11,31	2,91
neuroológia	1,00	1,00	2,00	3,08	4,00	6,59	25,00	53,32	10,38	3,81
vnútorné lekárstvo	1,00	1,00	1,97	3,22	4,75	8,79	25,80	47,88	13,71	3,65
kardiológia	1,00	1,00	2,00	3,57	5,00	7,74	14,00	45,04	13,30	4,26
psychiatria	1,00	1,50	3,00	7,56	10,50	15,51	18,30	41,24	7,68	2,17
imunológia a alergológia	1,00	1,18	2,29	3,58	4,51	7,78	11,00	32,22	4,37	1,58
všeob. z.s. deti a dorast	1,00	1,29	2,72	3,50	4,24	5,73	14,66	27,14	2,56	0,84
dermatovenerológia	1,00	1,43	2,16	2,82	3,43	4,61	10,67	23,08	5,93	3,87
24 špecializácií spolu								795,56	151,95	57,04
extrapolované na celk.objem úhrady podľa NCZI								828,00	158,15	59,37

Zdroj: MF SR podľa údajov eHealth

Najviac receptov svojim pacientom predpisujú všeobecní lekári pre dospelých (aj keď bolo ich predpisovanie očistené o dopĺňanie liekov od špecialistov) a psychiatri, tiež diabetológovia, reumatológovia, nefrológovia a onkológovia. Úspora pri znížení preskripcie na úroveň 75.percentilu presahuje 25% úhrady pri internistoch, kardiológoch a dermatovenerológoch, hematológoch a infektológoch.

- **Opatrenie:** V roku 2017 poklesnú výdavky na lieky o 20 mil. eur vďaka zavedeniu preskripčných limitov na lieky pre všeobecných a neskôr aj špecializovaných lekárov.
- **Opatrenie:** Plánovaná elektronizácia zdravotnej dokumentácie a elektronická dokumentácia preskripcie zlepši informovanosť lekára o liekoch, ktoré pacient užíva a zníži počet interakcií. Toto opatrenie je súčasťou pripravovaného projektu e-health a v dnešnej dobe je už čiastočne zavedené v ZP Dôvera.
- **Opatrenie:** Zvýšenie kompetencií všeobecných lekárov vytvorí priestor na lepší manažment pacienta (tzv. gatekeeping).. Posilňovanie kompetencií všeobecných lekárov začalo v roku 2014 kedy sa umožnilo všeobecným lekárom uskutočňovať predoperačné vyšetrenia, diagnostiku a liečbu hypertenzie a v roku 2015 dislipidému. Plánované rozšírenie zahŕňa diagnostiku a liečbu hyperurikémie, diabetes typu II a iných ochorení.
- **Opatrenie:** Zavedenie štandardov odstráni defenzívne predpisovanie. MZ SR už pripravilo metodiku príprav štandardných diagnostických a terapeutických postupov a v priebehu roka 2017 plánuje pripraviť prvé štandardy.
- **Opatrenie:** Zverejňovanie rebríčkov predpisovania lekárov v rámci odbornosti. V súčasnosti už lekári dostávajú reporty o tom v akej miere sa ich preskripcia odlišuje od ich kolegov (behaviorálne pôsobenie).

<sup>21</sup> Percentil predstavuje hranicu priemerného počtu receptov na pacienta, ktorú neprekračuje príslušné percento lekárov. Napr. ak 75. percentil nadobúda hodnotu 5, znamená to že 75% lekárov predpíše svojmu pacientovi v priemere menej ako 5 receptov za rok.



## Nákladovo neefektívne lieky

Zníženie cien potenciálne nákladovo neefektívnych liekov na základe pravidiel nákladovej efektívnosti by podľa odhadu prinieslo úsporu 120 mil. eur. Náhrada nákladovo efektívnejšou alternatívou by znamenala úsporu 171 mil. eur. Centrálné obstarávanie týchto liekov by uvoľnilo 43 mil. eur. Nákladová efektívnosť<sup>22</sup> liekov je od roku 2011 nevyhnutným kritériom pre zaradenie lieku do zoznamu kategorizovaných liekov (lieky uhrádzané z verejného zdravotného poistenia). Lieky kategorizované podľa starých pravidiel, alebo odvolávajúce sa na rovnakú referenčnú skupinu však týmto testom nemuseli prejsť.

Prítomnosť nákladovo neefektívneho lieku v kategorizácii umožňuje vstup ďalších nákladovo neefektívnych liekov s rovnakou indikáciou.<sup>23</sup> Cena inovatívnych liekov tak nie je znižovaná príchodom generík a biologicky podobných látok.

Predbežná analýza poukázala na potrebu prehodnotiť nákladovú efektívnosť 147 liekov s úhradou 283 mil. eur v roku 2015. Spolu 43 z nich (s úhradou 157 mil. eur v r. 2015), ktoré predstavujú 10 účinných látok<sup>24</sup>, bolo podrobených hlbšej analýze. Ako nákladovo efektívna bola predbežne vyhodnotená iba jediná účinná látka (Interferón beta-1a), s úhradou zo zdravotného poistenia za 10,2 mil. eur<sup>25</sup>. Úprava cien 9 identifikovaných neefektívnych látok na úroveň splnenia podmienky nákladovej efektívnosti zníži výdavky na skúmané lieky o 86 mil. eur. Vyradenie týchto látok zo zoznamu kategorizovaných a využitie náhradnej liečby by prinieslo úsporu 122 mil. eur<sup>26</sup>. Prechod k alternatívnej liečbe by sa aplikoval po potvrdení jej vhodnosti vzhľadom k zdravotnému stavu pacienta. Po extrapolácii na všetky identifikované lieky nadobúda úspora pri náhradnej liečbe hodnotu 171 mil. eur a pri úprave cien hodnotu 120 mil. eur<sup>27</sup>.

Celková úhrada 43 skúmaných liekov by pri uplatňovaní maximálnych kategorizovaných cien dosiahla 198 mil. eur, ich skutočná úhrada bola 157 mil. eur. V roku 2015 malo 5 liekov výhodne vyjednanú priemernú jednotkovú cenu. Jeden liek (s úč. látkou Herceptin) dosiahol cenu na úrovni 71 % oproti kategorizovanej. Ďalšie 4 lieky (s látkou Erythropoetín) sa pohybovali dokonca na úrovni 23 – 32 % kategorizovaných cien<sup>28</sup>. Spolu týchto 5 liekov dosiahlo úsporu 36,4 mil. eur oproti kategorizovaným cenám. Pri hromadnom obstarávaní sa predpokladá možnosť vyjednávania zľavy vo výške 25% kategorizovanej ceny, čo by pri ostatných 38 skúmaných liekoch znamenalo úsporu 35,7 mil. eur oproti kategorizovaným cenám a 30,4 mil. eur oproti skutočne obstaraným jednotkovým cenám. Extrapoláciou na všetky identifikované lieky nadobúda úspora oproti skutočnej úhrade hodnotu 42,6 mil. eur.

Cieľom je zvýšiť hodnotu za peniaze prostredníctvom vyradenia nákladovo neefektívnych liekov z kategorizácie, alebo znížením ich úhrad.

- **Opatrenie:** V roku 2017 klesnú náklady na lieky vďaka centrálnemu nákupu liekov o 25 mil. eur.
- **Opatrenie:** Lieky, pri ktorých existuje podozrenie na nákladovú neefektívnosť, budú prehodnotené. Výrobcovia budú požiadaní o dodanie farmako-ekonomických rozborov. Lieky, ktoré nesplnia podmienky

<sup>22</sup> Podľa zákona 363/2011 Z.z. musí každý novo kategorizovaný (štandardne uhrádzaný zdravotnou poisťovňou) liek pacientovi priniesť rok kvalitného života (rok života štandardizovanej kvality, QALY) za dodatočné náklady z verejného zdravotného poistenia nie vyššie ako 24-násobok priemernej mesačnej mzdy. Podmienečne na 2 roky možno kategorizovať lieky, pri ktorých dodatočné náklady na rok života štandardizovanej kvality nie sú vyššie ako 35-násobok referenčnej priemernej mzdy.

<sup>23</sup> Cena nového lieku sa odvádza od dodatočných nákladov v porovnaní s existujúcim liekom.

<sup>24</sup> Adalimumab/Humira, Entercept/Enbrel, Infliximab/Remicade, Dabigatranetexilát/Pradaxa, Bevacizumab/Avastin, Denosumab/Prolia, Ranibizumab/Lucentis, Interferón beta-1a, Trastuzumab/Herceptin, Erythropoetín.

<sup>25</sup> Ďalšia látka (Lucentis) bola nákladovo efektívna len pre jednu z diagnóz, na ktoré sa používa (úhrada 7,9 mil. eur), tretia (Erythropoetín) vyhovovala pravidlám pre podmienené zaradenie (úhrada 21,2 mil. eur).

<sup>26</sup> Alternatívnou liečbou môže byť napr. operácia alebo užívanie iných liekov. Cena liekov predchádzajúcej generácie je z pravidla výrazne nižšia, preto je úspora v tomto scenári vysoká.

<sup>27</sup> Podiel celkovej úhrady (283 mil. eur) k analyzovanej vzorke (157 mil. eur) je 1,80. Úspora bola extrapolovaná na všetky identifikované lieky konzervatívnym spôsobom, navýšením o 40%.

<sup>28</sup> Iných 9 liekov s touto látkou bolo obstaraných za ceny podobné kategorizovaným.

nákladovej efektívnosti, budú mať zúžené indikačné obmedzenia, alebo budú z kategorizácie vyradené a nahradené alternatívnou liečbou po vyhodnotení jej dopadu na zdravotný stav pacienta. Výrobcovia, ktorých lieky pri súčasných cenách podmienku nespĺňajú, môžu splnenie podmienky dosiahnuť znížením cien. V prechodnom období od vyžiadania nových farmako-ekonomických rozborov po ich vyhodnotenia budú tieto lieky centrálné obstarávané.

- **Opatrenie: Posilní sa nezávislosť a profesionalita kategorizačnej komisie, rady a poradnej skupiny** vďaka zavedeniu platených funkcií, výberového konania pri obsadzovaní miest, ako aj zapojeniu zahraničných odborníkov. Transparentnosť sa posilní zverejňovaním ich kalendára stretnutí, odôvodnení individuálnych hlasovaní jednotlivých členov o prijatí nových liekov a prípadných konfliktov záujmov.
- **Opatrenie: Povinné zbieranie údajov o užívaní a účinkoch nového lieku** počas dvojročného dočasného zaradenia umožní následné vyžiadanie novej farmako-ekonomickej štúdie založenej na domácich dátach, ktoré poskytnú presnejšie informácie o nákladovej efektívnosti lieku v slovenských podmienkach<sup>29</sup>.

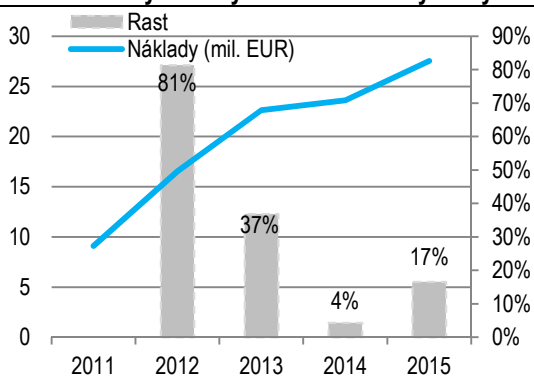
### Lieky uhrádzané cez výnimky

V rámci liekov významne stúpajú náklady na lieky uhrádzané na výnimku, najmä od zavedenia pevného kritéria nákladovej efektívnosti pre kategorizované lieky v roku 2011. V roku 2015 vzrástli medziročne o 17 %, oproti roku 2011 vzrástli trojnásobne. V súčasnosti je schvaľovanie výnimiek v kompetencii poisťovní a neexistujú pre ne jednotné kritériá a záväzné pravidlá. V roku 2015 minula VŠZP na lieky uhradené na výnimky 6 642 eur v prepočte na 1000 poistencov, Dôvera 3 693 eur a Union 1 133 eur.

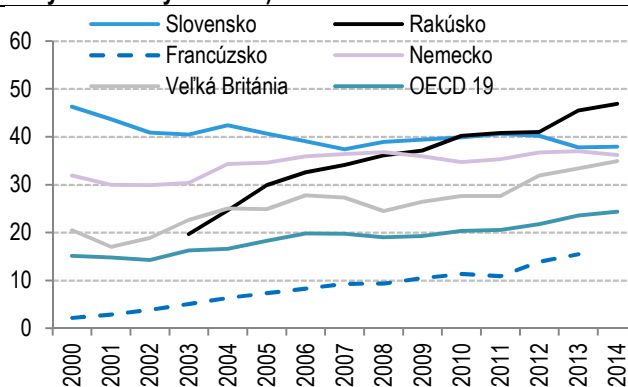
- **Opatrenie: Začiatkom roka 2017 budú zavedené záväzné pravidlá pre schvaľovanie výnimiek vďaka čomu sa očakáva pokles úhrad o 10 mil. eur** (napr. finančný limit na pacienta, QALY limit na úrovni dvojnásobku hodnoty oproti vstupu do kategorizácie<sup>30</sup>, finančný limit na poisťovňu) v rámci novelizácie zákona 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia. Bez ich zavedenia vzniká riziko, že lieky, ktoré nespĺnia kritérium nákladovej efektívnosti a budú vyradené zo zoznamu kategorizovaných liekov, budú naďalej uhrádzané zo systému verejného zdravotného poistenia cez výnimky.
- **Opatrenie: Transparentnosť kritérií** zvýši informovanosť pacientov o ich možnostiach a zaručí rovnaký prístup k týmto liekom pre všetkých pacientov.

<sup>29</sup> Využíva sa napr. v Českej republike. Vysoko inovatívne prípravky sú ošetrené v §40-44 vyhlášky 367/2011. Súčasná slovenská legislatíva pre to vytvára podmienky, ale dočasné zaradenie inovatívnych liekov do kategorizácie na 2 roky sa nezvykne uplatňovať. Farmako-ekonomické štúdie a cenotvorba nových liekov sa zakladá na výsledkoch výskumu, ktoré predkladajú farmakologické firmy. Zvyčajne pochádzajú zo zahraničia a nemusia plne zodpovedať slovenským špecifikám.

<sup>30</sup> Stanovenie absolútneho horného limitu na úhradu lieku je vhodné naviazať na "vek" lieku. Lieky ktoré sú produktom najnovších výskumov by mali mať hranicu stanovenú vyššie ako staršie lieky.

**Graf 9: Náklady na lieky uhrádzané cez výnimky**

Zdroj: Zdravotné poisťovne

**Graf 10: Spotreba generík (podiel celkových výdavkov na lieky uhrádzaných z VZP)**

Zdroj: OECD

## Generické lieky

Zvyšovanie podielu generík na celkovej spotrebe liekov prináša úsporu pacientom. Poisťovne uhrádzajú lieky do výšky najlacnejšej alternatívy, zvyšok dopláca pacient. V roku 2015 mohli pacienti voľbou liekov s najnižším doplatkom ušetriť 32 mil. eur.

Napriek vysokému podielu spotreby generík v porovnaní s inými krajinami OECD, podiel generík na spotrebe liekov na Slovensku klesá, od roku 2000 poklesol približne o 10 p.b.. V ostatných krajinách OECD je trend opačný. Spomedzi sledovaných krajín OECD medzi rokmi 2000 a 2013 nedošlo k poklesu podielu generík na celkovom množstve spotrebovaných liekov<sup>31</sup> v žiadnej inej krajine okrem Slovenska.

- **Opatrenie: Vydávanie receptu na účinnú látku** bez konkrétneho lieku eliminuje odporúčanie drahších originálnych liekov, resp. generík s vyššími doplatkami.

## Nedostupnosť liekov

Nedostupnosť niektorých liekov na Slovensku bola spôsobená nedodaním liekov od výrobcov, ako aj vývozom dodaných liekov do zahraničia<sup>32</sup>. Vývoz je legálna činnosť a existuje najmä kvôli nízkym cenám liekov na Slovensku. ŠUKL má právomoc v prípade hroziaceho nedostatku lieku ohlásený vývoz zakázať. Distribútori si však pravdepodobne neplnia oznamovaciu povinnosť a vyvážajú lieky bez toho aby to ŠUKL-u ohlásili. Dochádza tak k porušovaniu zákona<sup>33</sup>.

Pre zlepšenie dostupnosti liekov pripravilo MZ SR novelu zákona o liekoch, ktorá vchádza do platnosti od 1.1.2017. Vyvážať lieky budú môcť len ich výrobcovia a držiteľia registrácie. Distribučné firmy budú môcť dodávať lieky len do lekární a nebudú oprávnené ich vyvážať. Lekárne budú môcť odpredať lieky len firme od ktorej ich kúpili.

- **Opatrenie:** Pre efektívnejšie monitorovanie vývozu je nutná bližšia spolupráca medzi **FR SR resp. ŠÚ SR, ktorá umožní výmenu informácií a ich použitie ako dôkazového materiálu**<sup>34</sup>. Táto možnosť v aktuálnej novele nie je zakomponovaná.

<sup>31</sup> Uhrádzaných zo systému zdravotného poistenia.

<sup>32</sup> Nedostupné boli v minulosti napr. očkovacie látky, lieky na liečbu epilepsie, Parkinsonovej choroby, schizofrénie, krvných zrazenín, onkologické lieky.

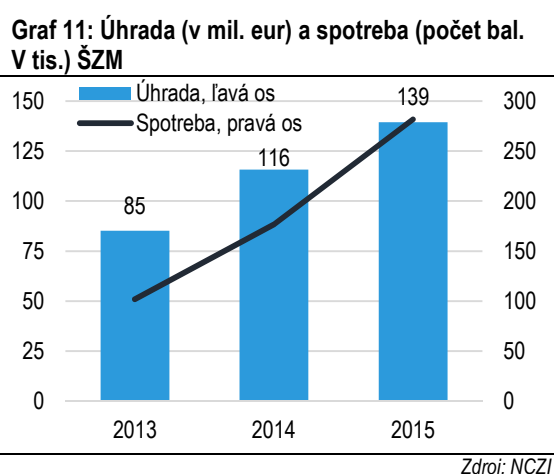
<sup>33</sup> §19a zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

<sup>34</sup> Za účelom odvodu DPH Finančné riaditeľstvo získava údaje o vývoze. Vlastníkom dát je Štatistický úrad SR. Poskytnutie týchto informácií je nutné zapracovať do Daňového zákona alebo Zákona o štátnej štatistike.

## Referencovanie cien a systém úhrad špeciálneho zdravotníckeho materiálu

V posledných rokoch výrazne rástli náklady na špeciálny zdravotnícky materiál (ŠZM). Zavedenie pravidelného porovnávania medzinárodných cien ŠZM (referencovania) predstavuje potenciálnu úsporu 45 – 55 mil. eur.

ŠZM predstavuje invazívne zdravotnícke pomôcky, ktoré sa používajú takmer výlučne v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Nemocnice obstarávajú materiály individuálne a po použití u konkrétneho pacienta náklady uhrádzajú zdravotné poisťovne. Podobne ako ceny liekov a zdravotníckych pomôcok aj ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu podliehajú medzinárodnému porovnávaniu cien (referencovaniu), do júla 2016 však chýbala databáza medzinárodných cien a referencovanie sa v praxi nerealizovalo.



V júli 2016 boli po prvýkrát zreferencované ceny kardiostimulátorov, stentov a defibrilátorov, ktoré sa používajú v kardioustavoch, na základe cien v Českej republike. V októbri 2016 sa referencovanie rozšíri na všetky ŠZM nakupované VŠZP. Predpokladaná úspora VŠZP je 22,5 mil. eur ročne, pri extrapolácii na všetky zdravotné poisťovne je to 35 mil. eur. Od roku 2017 sa začnú ceny ŠZM referencovať aj oproti cenám v ostatných krajinách (nielen cenám Českej republiky), odhadované úspory predstavujú 45 – 55 mil. eur (pri plnej implementácii referencovania).

Podobne ako lieky, aj ŠZM je triedený do podskupín na základe účelu a funkčných vlastností. Podľa odborníkov však neplatí úplná zameniteľnosť v rámci podskupín. Zároveň sú všetky ŠZM uhrádzané v plnej výške, nielen do výšky najlacnejšej alternatívy v danej kategórii - základného funkčného typu (ZFT). Zameniteľnosť a úhrada len do výšky ZFT platí iba pri liekoch a zdravotníckych pomôckach.<sup>35</sup>

Zavedenie ZFT a doplatkov v prípade, že si pacienti zvolia drahšiu alternatívu ako je ZFT, aj pre ŠZM umožní nákladovo efektívnejší systém úhrad zo systému VZP. ZFT nebude zvolený len na základe cenového kritéria, ale bude vychádzať z medicínskych štandardov a kritérií funkčnosti, zohľadňujúcich vek a diagnózu pacienta. Nevyhnutným predpokladom je posúdenie zoznamu kategorizovaných ŠZM a jeho usporiadanie do skupín a podskupín tak, aby platil princíp zameniteľnosti, ako pri liekoch a zdravotníckych pomôckach.

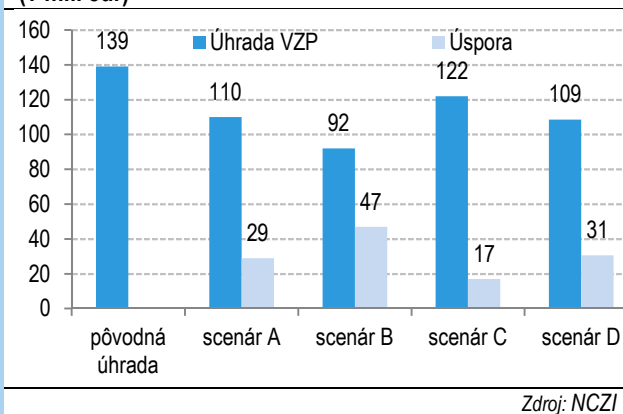
<sup>35</sup> Okrem pomôcok na inkontinenciu.

## Box 2: Návrh zmeny systému úhrad za ŠZM

V analýze boli hodnotené rôzne scenáre voľby základného funkčného typu: o koľko by sa znížila úhrada zdravotných poisťovní, keby pomôcky boli uhrádzané do výšky

- (scenár A) najnižšej úhrady zdravotnej poisťovne (UZP) určenej kategorizáciou pre danú podskupinu. Úspora bola kvantifikovaná vo výške 29 mil. eur.
- (scenár B) najnižšej skutočnej úhrady v danej podskupine. Úspora predstavuje 47 mil. eur.
- (scenár C) druhej najnižšej UZP určenej kategorizáciou pre danú podskupinu. Možná úspora vo výške 17 mil. eur.
- (scenár D) druhej najnižšej skutočnej úhrady v danej podskupine. Scenár zohľadňuje medicínsku potrebu stanoviť ZFT v dostatočnej kvalite, nie nutne ako najlacnejšiu položku kategórie. Prináša úsporu vo výške 31 mil. eur.

Graf 12: Odhad vplyvu zmeny systému úhrad za ŠZM (v mil. eur)



Ceny vychádzajú zo zoznamu kategorizovaných ŠZM 1.4.2016 – 30.6.2016 a z údajov o spotrebe ŠZM za rok 2015 od NCZI. Z údajov o spotrebe bola určená skutočná priemerná jednotková úhrada pre každý ŠZM. Následne bola pre každú podskupinu určená úhrada ZFT podľa scenárov A, B, C, D. Ak bola v scenároch A, C, D skutočná priemerná úhrada jednotlivých položiek nižšia ako úhrada stanovená kategorizáciou, bola do úvahy braná ich skutočná úhrada. V poslednom kroku bol kvantifikovaný pokles celkovej úhrady podľa uvedených scenárov.

Analýza vychádza z členenia ŠZM do podskupín, tak ako uvádza kategorizácia platná v roku 2016, preto ide iba o odhadovaný dopad zavedenia ZFT. Po nastavení ZFT na základe kritérií popísaných vyššie (plná zameniteľnosť v rámci podskupiny s dôrazom na medicínske štandardy a kritériá funkčnosti, zohľadňujúc vek a diagnózu pacienta) je potrebné kvantifikáciu zopakovať.

- **Opatrenie:** V októbri 2016 sa zreferencujú ceny ŠZM na základe interného benchmarku VŠZP a českých cien, čo prinesie úsporu 25 mil. eur pre VŠZP a 35 mil. eur pre celý sektor (v roku 2017)
- **Opatrenie:** V januári 2017 bude rozšírená databáza medzinárodných cien (úhradových cien) ŠZM o ďalšie krajiny a referencovanie ŠZM prebehne znova.
- **Opatrenie:** V priebehu rokov 2017 – 2018 dôjde k zavedeniu základných funkčných typov, ktoré budú stropom pre úhrady jednotlivých ŠZM.

### Zmena systému úhrad za inkontinenčné pomôcky

Zdravotnícke pomôcky na inkontinenciu majú oproti liekom a iným zdravotníckym pomôckam výnimočný spôsob úhrady. Všetky pomôcky sú poisťovňou hradené v plnej výške, pre každého pacienta do výšky rozpočtu

prislúchajúceho k jeho diagnóze. Pacient sám rozhoduje o výbere pomôcok, ktoré bude používať<sup>36</sup>. Úprava systému úhrad na štandardný so ZFT a doplatkami by mohla priniesť úsporu vo výške 4,5 mil. eur.

V roku 2015 uhradili zdravotné poisťovne pacientom náklady na zdravotnícke pomôcky na inkontinenciu vo výške 50 mil. eur. Okrem toho pacienti použili 4 mil. eur na nákup ďalších pomôcok z vlastných zdrojov. V r. 2016 prvýkrát prebehlo referencovanie zdravotníckych pomôcok<sup>37</sup>. Vďaka nemu sa pri úhrade za inkontinenčné pomôcky očakáva úspora 2,3 mil. eur, pokiaľ bude spotreba kopírovať rok 2015.

### Box 3: Návrh zmeny systému úhrad za inkontinenčné pomôcky

V analýze boli uvažované tri scenáre:

- V každej zo siedmich skupín bol za základný funkčný typ (ZFT) stanovený produkt s najnižšou cenou.

Úspora predstavuje 28,7 mil. eur. Tento scenár sa nepovažuje za realistický. Mnohé skupiny obsahujú väčšie množstvo rôznorodých produktov a funkčné vlastnosti jednotlivých produktov v rámci skupiny nie sú vždy rovnaké (rôzna savosť, rozmery, a pod.). Produkty teda nie sú úplne zameniteľné. V prípade zmeny systému úhrad by bola potrebná nová kategorizácia a vytvorenie menších, homogénnejších skupín ZP.

- Pri stanovení ceny ZFT vo výške mediánu cien danej kategórie úspora predstavuje 4,8 mil. eur.
- Existujúce skupiny boli rozdelené na štyri podskupiny podľa ceny, a v každej z nich bol ako ZFT určený produkt s najnižšou cenou. Tento scenár je jednoduchou simuláciou novej kategorizácie. Úspora predstavuje 4,5 mil. eur, t. j. 9 % oproti pôvodnej výške platieb poisťovní.

Ceny vychádzajú zo zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok (ZP) 1.7.2016 – 30.9.2016 a z údajov o spotrebe ZP za rok 2015 od NCZI. Vyhodnotenie scenára a kvantifikácia úspory zodpovedá popisu v Boxe 2.

Úspora v každom scenári predstavuje presun úhrad zo zdravotných poisťovní na pacientov, nemala by sa však premietnuť do doplatkov pacientov v plnej výške. Predpokladá sa pokles cien stanovených výrobcom a zmenu štruktúry spotreby inkontinenčných pomôcok smerom k lacnejším produktom s cenou blízkou základnému funkčnému typu. Objem pomôcok, ktoré si pacienti hradia sami v plnej výške, by sa mal výrazne zmenšiť.

- **Opatrenie:** V roku 2017 referencovanie cien zdravotníckych pomôcok a posilnenie revízných činností prinesie úsporu 15 mil. eur.
- **Opatrenie:** Zavedie sa štandardný systém úhrady so stanoveným základným funkčným typom a doplatkami pacientov.

## 3.2 Zdravotnícke zariadenia

Napriek niekoľkým kolám oddlžovania sa štátne nemocnice naďalej zadlžujú. V prvej polovici roka 2016 dosiahli záväzky 13 najväčších nemocníc MZ SR<sup>38</sup> 591 mil. eur (z toho 472 mil. eur záväzky po lehote splatnosti a 119 mil. eur v lehote splatnosti). Zadlžovanie sa v roku 2015 zrýchlilo v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi na úroveň 108 mil. eur ročne, čo bol najväčší nárast od roku 2011. Pri súčasnom tempe zadlžovania môžu záväzky nemocníc v budúcom roku dosiahnuť takmer 750 mil. eur.

<sup>36</sup> Zdravotné poisťovne uhrádzajú pacientom s 2.stupňom inkontinencie tieto pomôcky do výšky 14,77 eur za mesiac, pri 3. stupni je limit stanovený na 51,94 eur za mesiac. U vložiek pre 3. stupeň inkontinencie a podložiek pod chorých je navyše stanovený množstevný limit vo výške 60 ks. za mesiac. Množstevný limit považujeme za obmedzujúci. Odporúčame ho odstrániť. V prípade inkontinencie 1.stupňa nie sú pomôcky hradené zo zdravotného poistenia.

<sup>37</sup> <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=10361>.

<sup>38</sup> Univerzitná nemocnica Bratislava; Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice; Univerzitná nemocnica Martin; Detská fakultná NsP Bratislava; Detská fakultná nemocnica Košice; Detská fakultná nemocnica Banská Bystrica; Fakultná NsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica; Fakultná nemocnica Trnava; Fakultná nemocnica Trenčín; Fakultná NsP J. A. Reimana Prešov; Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina; Fakultná nemocnica Nitra; Fakultná NsP Nové Zámky.

Od roku 1998 štát na oddlžovanie rôznych nemocníc vynaložil 1,423 mld. eur. Sprievodné plány na zastavenie zadlžovania neprinesli lepšie hospodárenie. Pri poslednom oddlžovaní v roku 2011 prebral štát záväzky v hodnote 310 mil. eur.

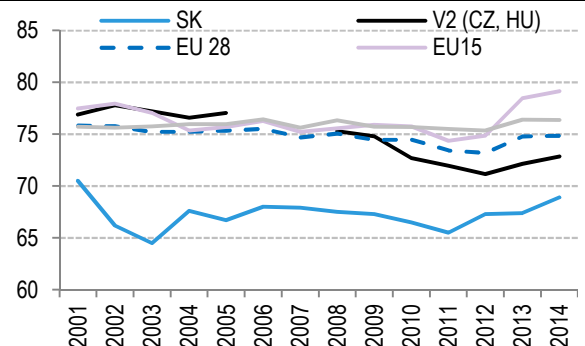
**Graf 13: Záväzky fakultných a univerzitných nemocníc (v mil. eur)**



p – lineárna projekcia

Zdroj: IFP podľa MZ SR

**Graf 14: Využitie akútnych lôžok (v %)**



Zdroj: OECD

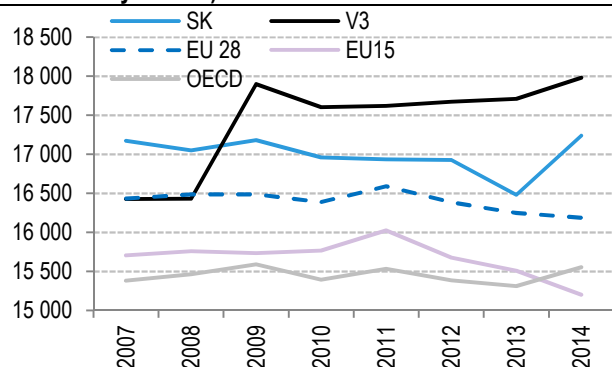
Za krajiny V2 v rokoch 2006 a 2007 nie sú dostupné údaje za CZ.

Podmienkou ďalšieho oddlžovania je zlepšenie hospodárenia nemocníc. Pravidelne sa budú sledovať a vyhodnocovať ekonomické a výkonnostné ciele ako aj termíny postupného plnenia. Medzi sledované prevádzkové ukazovatele bude patriť:

- obsadenosť lôžok,
- dĺžka hospitalizácie,
- počet hospitalizácií pripadajúcich na jedného lekára a sestru,
- nákupné ceny tovarov a služieb.

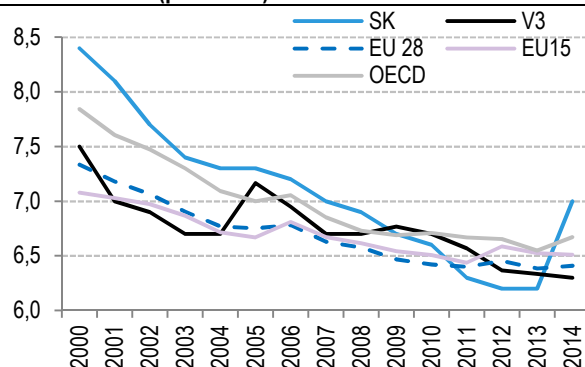
Dôležitým predpokladom zastavenia zadlžovania je stanovenie nápravných opatrení a sankčných mechanizmov v prípade, že nemocnice nezlepšia svoje hospodárenie. Napríklad vyvodenie personálnej zodpovednosti voči riaditeľom, fyzicky prítomný dohľad v nemocnici zo strany MZ SR, prípadne zavedenie istej formy nútenej správy profesionálnymi manažérmi.

**Graf 15: Počet hospitalizácií v akútnej starostlivosti (na 100 000 obyvateľov)**



Zdroj: OECD

**Graf 16: Priemerná dĺžka hospitalizácie v akútnej starostlivosti (počet dní)**



Zdroj: OECD

Jednou z príčin zlého hospodárenia a zadlžovania je najmä neefektívnosť v prevádzke. Slovensko dlhodobo málo využíva akútne lôžka. Priemerná obsadenosť akútnych postelí dosahuje iba 68,9 %, v krajinách OECD 76,4 % a v EÚ 15 až 79,2 %. Zároveň má stále viac hospitalizácií než priemer krajín OECD či EU15. Priemerná dĺžka hospitalizácií od roku 2000 klesla o viac ako dva dni z 8,4 na 6,2 dňa v roku 2013 a je pod priemerom ostatných

krajín EÚ<sup>39</sup>. Vysoký počet hospitalizácií v porovnaní s inými krajinami môže súvisieť s nízkym podielom jednodňovej chirurgie na Slovensku. Z pomedzi nemocníc dosahujú vysokú mieru neefektívnosti najmä najväčšie nemocnice – fakultné a univerzitné (FaUN)<sup>40</sup>.

- **Opatrenie:** Vďaka optimalizácii procesov, prevádzky a obstarávania v roku 2017 ušetria nemocnice (organizácie podriadené MZ SR) 31 mil. eur.
- **Opatrenie:** MZ SR pripravuje optimalizovanú štruktúru ústavnej zdravotnej starostlivosti (Projekt Optimalizácia siete) na základe prepočtov obložnosti lôžok, priemernej dĺžky hospitalizácie, ako aj tzv. „evidence based hospital referral“, čiže minimálnych počtov výkonov na oddelení či pracovisku, ktoré sú nevyhnutné na dosiahnutie štatisticky bezpečnej starostlivosti.
- **Opatrenie:** S cieľom zoptimalizovať efektívnosť využitia zdrojov bude v priebehu roka 2017 upravený personálny normatív ako aj minimálne materiálne technické zabezpečenie poskytovateľov.
- **Opatrenie:** Nemocnice, ktoré nebudú pokryté v novej sieti akútnych nemocníc budú reprofelizované ako doliečovací ústavy, jednodňové zariadenia alebo polikliniky. Návrh novej siete sa očakáva na jeseň 2016.

### Optimalizácia prevádzky fakultných a univerzitných nemocníc

Lepšie hospodárenie FaUN dosiahnuté optimalizáciou lôžkového fondu a počtu lekárov a sestier ako aj hospodárne obstarávanie energií a služieb predstavuje potenciálnu úsporu nemocníc 84 mil. eur ročne. Optimalizácia lôžkového fondu znamená zrušenie prebytočných kapacít vzhľadom na reálnu obsadenosť oddelení ako aj skrátenie dĺžky hospitalizácií. Reálna potreba lekárov a sestier sa odvíja od počtu hospitalizácií pripadajúcich na lekára a sestru.

MZ SR na riešenie tejto oblasti vypracovala samostatný projekt - Transparentný governance a Optimalizácia - Stratifikácia, s ktorého implementáciou sa už začalo (detaily projektu v Prílohe 5).

#### Box 4: Analýzy prevádzky najväčších slovenských nemocníc

Analýza sa zamerala na skupinu 18 nemocníc spadajúcich pod MZ SR a MO SR, Univerzitná nemocnica v Bratislave (UNB) bola rozdelená na 5 samostatných nemocníc - Kramáre, Staré mesto, Ružinov, Petržalka a Podunajské Biskupice. Ďalšie analyzované nemocnice boli – Ústredná vojenská nemocnica Ružomberok (UVN RK), Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice (UNLP KE), Univerzitná nemocnica Martin (UN MT), Detská fakultná NsP Bratislava (DFNsP BA), Detská fakultná nemocnica Košice (DFN KE), Detská fakultná nemocnica Banská Bystrica (DFN BB), Fakultná NsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica (FNsP BB), Fakultná nemocnica Trnava (FN TT), Fakultná nemocnica Trenčín (FN TN), Fakultná NsP J. A. Reimana Prešov (FNsP PO), Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina (FNsP ZA), Fakultná nemocnica Nitra (FN NT), Fakultná NsP Nové Zámky (FNsP NZ). Hodnotením boli prevádzkové ukazovatele na úrovni oddelení, konkrétne obsadenosť lôžok, dĺžka hospitalizácie, počet hospitalizácií na lekára a sestru a na úrovni nemocníc obstarávanie tovarov a služieb. Detské nemocnice skúmame ako samostatnú kategóriu, v rámci ktorej sú stanovené samostatné ciele (benchmarky), nakoľko predstavujú samostatnú skupinu so špecifickými výkonmi a potrebami pacientov oproti ostatným nemocniciam.

<sup>39</sup> V roku 2014 však výrazne vzrástla na 7 dní, čo je nad úrovňou V3, EÚ aj OECD. K tejto zmene mohla výrazne prispieť zmena metodiky (od roku 2014 sa uvádzajú aj psychiatrickí pacienti), ktorá spôsobila zlom v časovom rade.

<sup>40</sup> Vychádzame z predpokladu, že práve tieto nemocnice sú najviac zadĺžené.



**Tabuľka 13: Priemerné prevádzkové ukazovatele na úrovni nemocníc**

	UNB -KR	UNB -RU	UNB -PE	UNB -SM	UNB -PB	FN TT	FN NT	FNP NZ	FN TN	FNP ZA	FN MT	FNP BB	UN RK	UN KE	FNP PO	DFN P BA	DFN BB	DFN KE
Obsadenosť (%)	72	68	67	61	77	71	77	66	69	80	64	64	62	59	59	57	57	58
Dĺžka hospital. (deň)	9	9	13	9	21	6	7	7	7	10	7	6	5	7	16	6	5	7
# hospitalizácií na lekára	130	123	102	167	77	143	232	208	190	197	180	159	232	147	165	109	99	84
# hospitalizácií na sestru	52	73	56	58	37	130	97	104	79	96	90	147	95	60	56	73	66	50

Zdroj: MF SR podľa dát NCZI a UNB

**Priemerná obsadenosť lôžok** analyzovaných nemocníc je 66 %, z toho detské nemocnice sú obsadené iba na 57 %. Priemerná obsadenosť jednotlivých oddelení naprieč nemocnicami je výrazne variabilná (od 3 % - oddelenia onkológie v chirurgii a spondylochirurgie až po 108 %<sup>41</sup> - oddelenie JIS kardiologická) a jednoznačne poukazuje na neadekvátne nastavenie lôžok na jednotlivých oddeleniach. Najviac vyťaženou nemocnicou je FNsP ZA (80 %), naopak najmenej Detská fakultná nemocnice v Bratislave (57 %). **Priemerná dĺžka hospitalizácie** je vo FaUN 10 dní (od 1 dňa – JIS pediatrická po 152 dňa – medicína drogových závislostí). V priemere najkratšie hospitalizácie má DFN BB (5 dní) naopak najdlhšie UNB Petržalka (13,2 dňa).

**Na lekára pripadá v priemere 171 prijatých hospitalizácií za rok**, najviac v UNV RK (232 hosp.) a najmenej v UNB Podunajské Biskupice (77 hosp.). Najmenej prijatých hospitalizácií na sestru je taktiež v UNB Podunajské Biskupice (37 hosp.), najviac vo FNsP ZA (146 hosp.). V priemere **na jednu sestru pripadá 78 hospitalizácií**.

Pri dosiahnutí optimálnej obsadenosti oddelení je možné ušetriť 2,3 mil. eur ročne vďaka zníženiu počtu lôžok o 1 301 (11,5 % postelového fondu). Optimálna obsadenosť vychádza z odporúčaní zdravotníckych expertov v rozmedzí od 65 do 85 % kapacít pre rôzne oddelenia, tak aby nedošlo k ohrozeniu zdravia pacientov. Úspora vychádza z ročných nákladov na jedno lôžko na úrovni 1750 eur (expertný odhad MZ SR)<sup>42</sup>. Analýza bola realizovaná na úrovni oddelení a pracovísk a počítala aj s navyšovaním lôžok v nemocniciach, kde je súčasná obsadenosť vyššia ako odporúčaný cieľ.

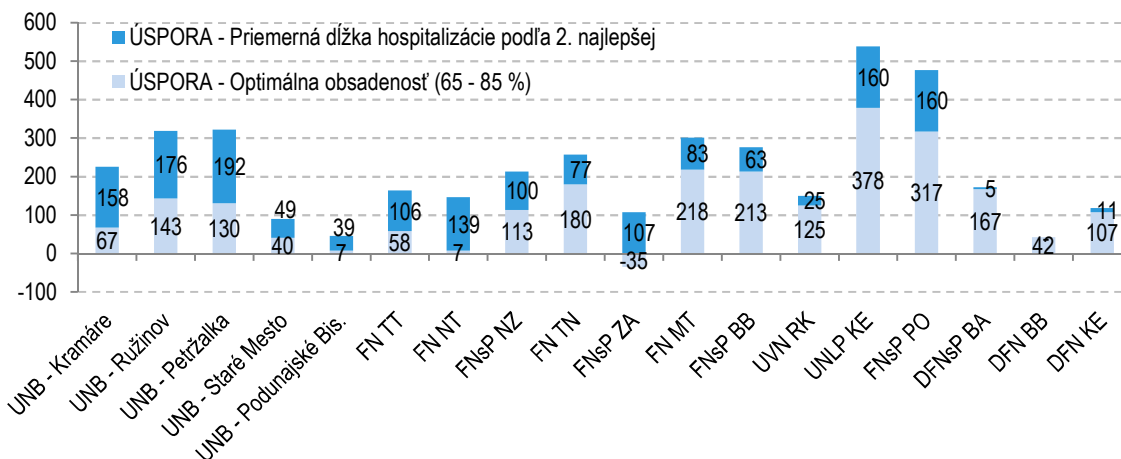
Skrátením hospitalizácií na úroveň druhej najlepšej hodnoty spomedzi analyzovaných nemocníc je potenciálna ročná úspora dodatočných 1,7 mil. eur na základe optimalizácie lôžkového fondu o ďalších 943 lôžok (8,1 % postelového fondu)<sup>43</sup>. Dĺžka hospitalizácie sa vyhodnocuje na úrovni oddelení, samostatne za detské nemocnice, náklady na jedno lôžko na rok sú rovnako 1750 eur.

<sup>41</sup> Oddelenia s obsadenosťou nad 100% pravdepodobne využívajú lôžka formálne prislúchajúce k iným oddeleniam.

<sup>42</sup> Prevádzkové náklady prítomnosti jedného lôžka na existujúcom oddelení, bez personálnych.

<sup>43</sup> Konzervatívny predpoklad, že obsadenosť lôžok je na úrovni aktuálne dosahovaných hodnôt, nie stanovených cieľov (65 – 85 %).

**Graf 17: Odhad úspor pri optimalizácii lôžkového fondu na úrovni nemocníc (v tis. eur)**

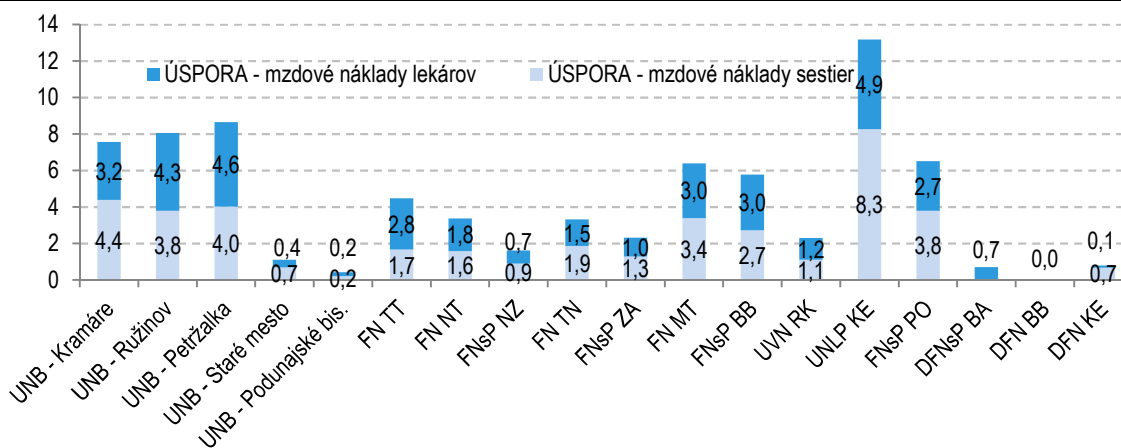


Zdroj: Vlastné spracovanie údajov NCZI

Optimalizácia lôžkového fondu vytvára potenciál pre zníženie personálu a ročnú úsporu, ktorá predstavuje 2,1 mil. eur na platoch lekárov a približne 1,1 mil. eur<sup>44</sup> na platoch sestier. Analýza identifikovala prebytočné kapacity na úrovni 67 úväzkov lekárov a 62 úväzkov sestier pri dodržaní konzervatívnych predpokladov o personálnych normatívoch (17 obsadených lôžok na lekára a 18 na sestru v dvojzmennej prevádzke<sup>45</sup>).

Dosiahnutie druhého najlepšieho výsledku v počte prijatých hospitalizácií na lekára a sestru v rámci jednotlivých oddelení by prinieslo dodatočné personálne úspory 34 mil. eur ročne na lekárov a 39 mil. eur ročne na sestry. Prebytočné kapacity sú na úrovni 12 % súčasného stavu (2 285 úväzkov sestier a 1 066 úväzkov lekárov). Počet prijatí na lekára / sestru sa vyhodnocuje na úrovni oddelení, samostatne za detské nemocnice.

**Graf 18: Odhad personálnych úspor na úrovni nemocníc (v mil. eur)**



Zdroj: Vlastné spracovanie údajov NCZI

UNB by mohla optimalizáciou lôžkového fondu a počtu lekárov a sestier ako aj hospodárnym obstarávaním energií a služieb dosiahnuť úspory približne 28 mil. eur ročne (35 % úspory všetkých FaUN). Približne 1 mil. eur sa viaže na zníženie počtu lôžok, z toho asi dve tretiny (0,6 mil. eur) na skrátenie priemernej dĺžky hospitalizácie na úroveň druhej najlepšej nemocnice. Na základe optimalizácie lôžkového fondu a priemerného počtu hospitalizácií na lekára

<sup>44</sup> Ročné mzdové náklady na lekára sú v priemere 32 000 eur, na sestru 17 200 eur.

<sup>45</sup> Normatívy sa líšia v závislosti od oddelenia, konkrétne od 3 do 17 obsadených lôžok na lekára počas dennej zmeny, na sestru od 9 do 10 počas dennej zmeny a 15 až 18 v nočnej zmene (na oddelení foniatrie je to až 20 pacientov na sestru, toto je ale jediné oddelenie zo 43 s takýmto normatívom, zvyšných 42 oddelení má normatívy od 15 – 18 pacientov na sestru, preto za maximálnu hodnotu normatívu považujeme 18). Použitím najvyšších normatívov je konečný počet nepotrebného personálu nižší ako by bol pri použití nižších normatívov.

a sestru má UNB nadbytočné kapacity lekárov vo výšky 398 úväzkov (17 %) a pri sestrách 761 úväzkov (15 %). Celkové úspory na personálnych nákladoch predstavujú 26 mil. eur ročne. Výhodnejším obstarávaním UNB ušetrí asi 1,7 mil. eur ročne, predovšetkým na upratovaní.

Pri obstarávaní energií na úrovni aktuálnych trhových cien (ktoré sú na dlhodobých minimách) a služieb na úrovni priemernej zmluvnej ceny v roku 2015 je potenciálna úspora FaUN 3,1 mil. eur ročne. Analýza vyhodnotila zmluvy o obstarávaní elektriny, plynu, prania a upratovania. V každej kategórii sa týka iba vybraných nemocníc, nakoľko nie všetky nemocnice tieto služby obstarávajú<sup>46</sup>, resp. zmluvy o obstarávaní neboli verejne dohľadateľné a ani poskytnuté MZ SR. Detailnú štruktúru potenciálnych úspor FaUN prezentuje tabuľka 13.

Na obstarávanie služieb a energií nemocnice vynakladajú približne 14 % svojich prevádzkových nákladov (na energie vynakladajú 3 % a na služby 11 % prevádzkových nákladov). Napriek tomu, že častokrát sa jedná o identické služby ako napríklad energie, jednotkové ceny sa v rôznych nemocniciach výrazne líšia (jednotková cena za 1 MWh elektrickej energie bez daní sa pohybuje od 33 do 74 EUR). Porovnávanie jednotkových cien často sťažujú neprehľadné dodatky a nejednotne zadané ceny.

**Tabuľka 14: Odhad úspor v roku 2015 pri dosiahnutí najvýhodnejšej zmluvnej ceny**

v tis. eur	SPOLU	UNB	FN TT	FN NR	FNsP NZ	FN TN	FNsP ZA	FN MT	FNsP BB	UNLP KE	FNsP PO	DFNsP BA	DFN BB	DFN KE
Elektrina	383	167	4	7	0	10	46	3	0	140	N/A	0	0	8
Plyn	462	0	2	42	65	N/A	1	75	88	184	N/A	0	0	5
Pranie	145	0	0	24	N/A	75	N/A	14	0	N/A	28	N/A	N/A	3
Upratovanie	2 138	1 492	N/A	132	0	169	N/A	N/A	N/A	345	N/A	0	N/A	N/A
Spolu	3 128	1 659	6	205	65	254	47	92	88	669	28	0	0	16

Zdroj: Zmluvy FaUN

V záujme zefektívnenia obstarávania energií a služieb ale aj liekov a medicínskeho materiálu boli nemocnice požiadané o vypovedanie aktuálnych platných zmlúv a obstaranie nových dodávateľov. Jednotlivé kroky v tomto procese sleduje MZ SR s tým, aby sa zabezpečilo kompletne reobstaranie dodávateľov energií a služieb. Všetky nemocnice boli konfrontované s aktuálnymi trhovými cenami energií a priemernými trhovými cenami vybraných služieb a nákupov liekov a ŠZM. Tento proces začal interným referencovaním cien liekov a spotrebného materiálu. V priebehu septembra 2016 bol nemocniciam poskytnutý cenník liekov, ktorý predstavuje maximálne hodnoty, za ktoré by mali jednotlivé položky nakupovať. Ak by všetky nemocnice nakupovali lieky na úrovni najnižších dosiahnutých cien úspora by mohla dosiahnuť 6,5 mil. eur. Na druhej strane, zlá platobná disciplína niektorých nemocníc, môže byť veľkou prekážkou pri vyjednávaní cien a konečné vyjednané ceny navyšuje tzv. riziková prirážka.

Celková optimalizácia prevádzky a obstarávania bude prebiehať v niekoľkých krokoch.

- **Opatrenie:** V priebehu roka 2017 bude prispôbený lôžkový fond reálnym potrebám obsadenosti oddelení. Tento proces bude zastrešovať a implementovať Útvar pre riadenie podriadených organizácií, ktorý MZ SR založilo v júni 2016. Cieľom jeho založenia je zaviesť sieťový manažment nemocníc.
- **Opatrenie:** Budú nastavené maximálne hodnoty parametrov prevádzkových zmlúv v organizáciách podriadených MZ SR a prijímajú sa účinné opatrenia na elimináciu vzniku nevýhodných zmlúv.
- **Opatrenie:** Návrh systému vzájomného benchmarkingu parametrov prevádzkových zmlúv v organizáciách podriadených MZ SR.

<sup>46</sup> Niektoré ich poskytujú vo vlastnej réžii.

## Zavedenie systému DRG

Skúsenosti zo zahraničia potvrdzujú, že zavedenie platobného mechanizmu nemocníc vo forme DRG (Diagnosis-Related Groups, platba za diagnózu) zvyšuje transparentnosť systému a má, na rozdiel od iných platobných mechanizmov, potenciál zvýšiť efektívnosť hospodárenia nemocníc. Pre dosiahnutie vyššej nákladovej efektívnosti je nevyhnutné správne nastavenie systému. Aj keď DRG systémy v rôznych krajinách nahrádzali rôzne systémy financovania, vo viacerých krajinách (Austrália, Veľká Británia, Španielsko<sup>47</sup>) došlo zavedením DRG k zníženiu výdavkov, prípadne k spomaleniu ich rastu (USA)<sup>48</sup>.

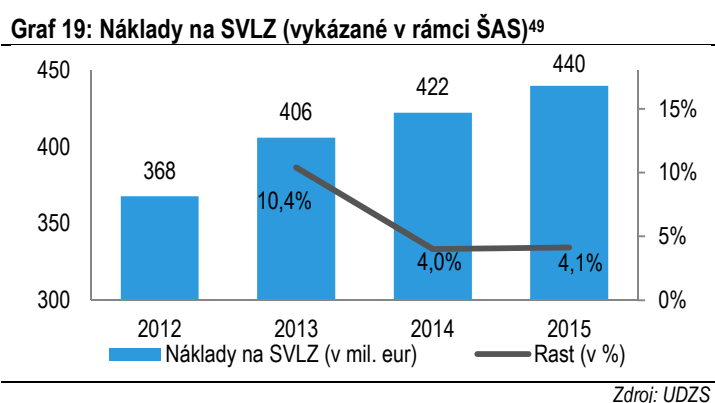
Aby slovenské DRG nekonzerovalo súčasné finančné toky nemocniciam bez tlaku na vyššiu efektívnosť, je potrebné zdefinovať metodiku výpočtu základných sadzieb a spôsob ich konverencie po spustení systému. Podľa informácií zverejnených Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, koncepcia DRG pre SR počítá so zavedením piatich základných sadzieb pre rôzne typy nemocníc. Či a akým spôsobom budú základné sadzby zjednocované, zatiaľ nie je definované. Rôzne sadzby znamenajú, že nemocnice budú naďalej za rovnaké výkony dostávať výrazne odlišné platby. Nemocnice s vyššími základnými sadzbami by tak neboli motivované poskytovať zdravotnú starostlivosť efektívne. Rovnako nie je známe, či súčasťou platieb cez DRG budú aj kapitálové výdavky nemocníc a náklady na špecializované vyšetrenia (napr. CT, MR, laboratórne vyšetrenia). Začlenenie vyšetrení by motivovalo nemocnice strážiť si opodstatnenosť jednotlivých výkonov. Zahnutím investícií by zosilnel tlak na efektívne hospodárenie.

- **Opatrenie: Zavedenie DRG** posilní priamu zodpovednosť nemocníc za náklady a prinesie transparentné a spravodlivé platby za výkony.

### 3.3 Rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) predstavujú pracoviská, ktoré vykonávajú diagnostické a liečebné úkony. Ide o ambulantné pracoviská bez vlastných lôžok, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť pre poistencov odoslaných z ambulancií, resp. lôžkových oddelení. Patria sem najmä:

- Rádiodiagnostické vyšetrenia (napr. ultrazvukové, RTG, CT, MR, PET vyšetrenia),
- Laboratórne vyšetrenia (napr. histológia, imunológia, bakteriologické vyšetrenia).



<sup>47</sup> Poklesli jednotkové náklady a rast celkových nákladov sa spomalil.

<sup>48</sup> WHO, Diagnosis-Related Group in Europe, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf).

<sup>49</sup> Finančne uznané výkony. Skutočné náklady môžu byť vyššie z dôvodu nekonzistentne vykázaných nákladov za ZP Dôvera. ÚDZS: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2015, príloha č. 11, dostupné na [http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/71781/VE\\_11\\_2016\\_Spr%C3%A1va+o+stave+vykon%C3%A1vania+VZP+za+rok+2015.pdf/6f910a4e-fe6e-4cfd-9935-9872e31042fa](http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/71781/VE_11_2016_Spr%C3%A1va+o+stave+vykon%C3%A1vania+VZP+za+rok+2015.pdf/6f910a4e-fe6e-4cfd-9935-9872e31042fa)

Pri SVLZ dochádza k nožnej nadspotrebe z dôvodu indukovanej spotreby, defenzívnej preskripcie, nedostatočného klinického vyšetrenia<sup>50</sup> či nezdieľania výsledkov vyšetrení, najmä kvôli malej zainteresovanosti indikujúcich lekárov na nákladovej efektívnosti vyšetrení.

Poisťovne sa snažia motivovať indikujúcich lekárov k nákladovej efektívnosti napríklad vyššími platbami ak spĺňajú určité kritériá, napríklad racionálnejšie využívanie SVLZ nákladov na pacienta. Tie sú posudzované voči benchmarku, ktorý je vypočítavaný na základe všetkých poskytovateľov v danej odbornosti. Poisťovne tiež vykonávajú revíziu činnosť a v prípade, že bol nesprávne indikovaný výkon, ho nemusia preplatiť. Kontrolovanie spotreby SVLZ vyšetrení zo strany poisťovní v súčasnosti nefunguje uspokojivo. Jednou z príčin sú chýbajúce štandardné postupy (*guidelines*). Stanovovanie zmluvných objemov pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a cien zo strany poisťovní nemá jednotné kritériá<sup>51</sup> a do značnej miery je výsledkom vyjednávania zúčastnených strán. VŠZP má vzhľadom na svoje dominantné postavenie významný vplyv na ceny a zmluvné objemy.

- **Opatrenie:** V roku 2017 sa predpokladá pokles nákladov na rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia o 3 mil. eur vďaka zavedeniu limitov pre všeobecnú a špecializovanú ambulatnú starostlivosť.

### Rádiodiagnostické vyšetrenia - CT a MR

Pri znížení jednotkových cien vyšetrení CT a MR podľa modelu VŠZP bol odhadnutý potenciál ročnej úspory 25 mil. eur (extrapolované na všetky ZP). Priemerná cena CT vyšetrenia by mohla klesnúť o 22 %, priemerná cena MR vyšetrenia o 18 %. Okrem toho bol odhadnutý potenciál ročnej úspory 10, resp. 26 mil. eur pri poklese frekvencie predpisovania vyšetrení u lekárov predpisujúcich nad úroveň 90, resp. 75. percentilu v rámci svojej odbornosti.

Takmer polovica nákladov na rádiodiagnostiku z verejného zdravotného poistenia smeruje do CT a MR vyšetrení a náklady v posledných rokoch výrazne rástli. Odhadované náklady zdravotných poisťovní na tieto vyšetrenia vrátane pripočítateľných položiek (lieky alebo materiál) a kontrastných látok v roku 2015 dosiahli 124 mil. eur, z čoho 72 mil. eur boli výdavky na CT a 52 mil. eur na MR.

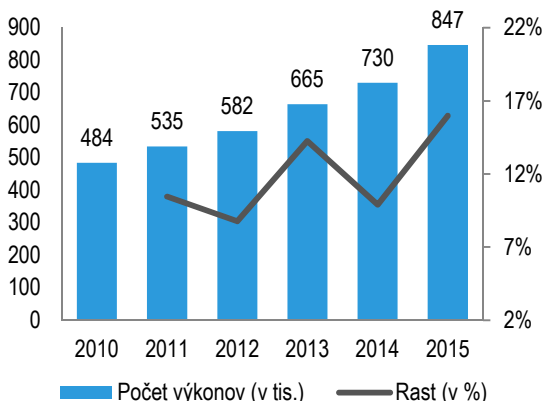
Medzi rokmi 2010 a 2015 rástol počet vyšetrení na CT a MR medziročne dvojciferným tempom (zložená ročná miera 11,8 % pri CT a 11,3 % pri MR). Podľa údajov OECD v Nemecku a Holandsku, krajinách s porovnateľným systémom zdravotnej starostlivosti, bol rast v ostatných rokoch<sup>52</sup> 5,1 % pri CT, resp. 5,8 % pri MR vyšetreniach. Relatívne rýchly rast počtu vyšetrení v ostatných rokoch sa často koncentroval do regiónov, v ktorých pribudli nové CT/MR pracoviská, bez ekvivalentného poklesu počtu vyšetrení v okolitých regiónoch. To naznačuje existenciu ponuky indukovanej spotreby. Tento efekt je možné čiastočne obmedziť zastavením alebo spomalením doterajšieho tempa rozširovania siete poskytovateľov.

<sup>50</sup> Klinické vyšetrenie je súhm úkonov lekára s účelom zistenia ochorenia. Zahŕňa napríklad anamnézu a fyzikálne vyšetrenie (vyšetrenie zmyslami lekára).

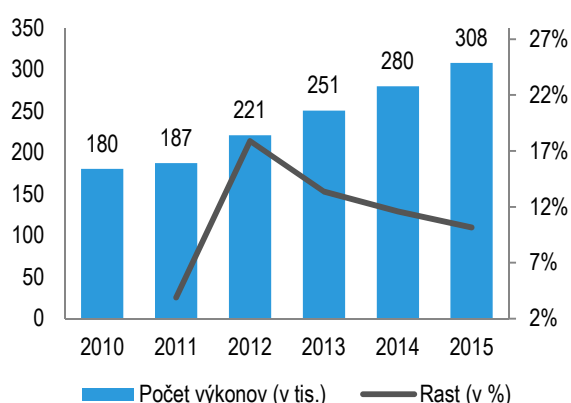
<sup>51</sup> VŠZP plánuje pri CT a MR vyšetreniach zohľadňovať pri objemoch najmä prevádzkové hodiny pracoviska a typ pracoviska. Tieto parametre však neodzrkadľujú objektívnu potrebu zdravotnej starostlivosti. Jednotkové ceny sa odvíjajú od materiálno-technického a personálneho vybavenia pracoviska (pri CT má najvyššiu váhu nepretržitost' prevádzky, pri MR výkonnosť prístroja).

<sup>52</sup> Pre Nemecko boli na základe dostupnosti dát použité roky 2005-2012, pre Holandsko roky 2008-2014.

Graf 20: Vývoj počtu CT výkonov\*



Graf 21: Vývoj počtu MR výkonov



Zdroj: NCZI

Zdroj: NCZI

\* Celkový počet vyšetrení je nižší, keďže jedno vyšetrenie môže zahŕňať viac výkonov

V roku 2015 mala VŠZP zazmluvnených 79 CT prístrojov (na 51 miestach) a 44 MR prístrojov (na 24 miestach). Väčšina výkonov bola uskutočnená na základe indikácie ambulantných poskytovateľov (62 % pri CT, 80 % pri MR). Zvyšok predstavujú ústavní poskytovatelia<sup>53</sup>. Pri CT vyšetreniach je najväčším poskytovateľom Univerzitná nemocnica Bratislava so 4 prístrojmi a približne 6% trhovým podielom, pri MR vyšetreniach je to Pro Diagnostic Group s 8 prístrojmi a vyše tretinovým podielom na trhu.

Ceny CT a MR vyšetrení na Slovensku sú relatívne vysoké a ich znížením je možné ročne ušetriť takmer 25 mil. eur. Ziskovosť súkromných poskytovateľov<sup>54</sup>, ale aj cenové porovnanie s Českou republikou vytvára priestor pre zníženie jednotkových cien výkonov pri CT o približne 25 % a pri MR o 0-25 % (v závislosti od typu výkonu)<sup>55</sup>. Po zahrnutí nákladov na pripočítateľné položky (lieky, materiál) a na podanie kontrastných látok by jedno vyšetrenie mohlo zlacnieť o 22 % (CT) resp. 18% (MR). Výsledné ceny však závisia od vyjednávania nových zmlúv a dodatkov medzi poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti<sup>56</sup>. Odhad úspory v roku 2017 je 10 mil. eur, a to z dôvodu spomínaných platných dlhodobých kontraktov, ktoré neumožňujú okamžitú implementáciu nižších cien.

Aby zníženie cien neovplyvnilo negatívne hospodárenie nemocníc<sup>57</sup>, tie by mali využívať zobrazovacie prístroje efektívnejšie (napr. poskytovaním väčšieho počtu vyšetrení poistencom, ktorí nie sú v nemocnici hospitalizovaní). Viaceré verejné nemocnice svoje CT a MR prístroje vyťažujú menej než súkromní poskytovatelia a nevyčerpávajú tak zmluvné objemy dohodnuté s poisťovňami.

Znížením frekvencie predpisovania vyšetrení u 10 % najčastejšie predpisujúcich lekárov by sa mohlo ročne ušetriť odhadom 6,7 mil. eur pri CT a 3,0 mil. eur pri MR<sup>58</sup>. Analýza hodnotila distribúciu počtu predpísaných CT, resp. MR vyšetrení v pomere k počtu návštev lekára (podľa jednotlivých odborností) v roku 2015. Ak by lekári, ktorí predpísali viac vyšetrení na 1000 pacientov (len unikátni pacienti) než 90. percentil v rámci svojej odbornosti, znížili predpisovanie na jeho úroveň, počet vyšetrení by klesol pri CT o 11,7 % a pri MR o 6,4 %. Znížením predpisovania štvrtiny najčastejšie predpisujúcich lekárov na úroveň 75. percentilu by sa mohlo ročne ušetriť odhadom 18,1 mil.

<sup>53</sup> Výkony poskytnuté pacientom hospitalizovaným v nemocniciach v rámci lôžkovej starostlivosti.

<sup>54</sup> Niektorí poskytovatelia dosiahli v roku 2015 ziskovú maržu viac ako 40 %.

<sup>55</sup> Závety internej analýzy Všeobecnej zdravotnej poisťovne k 10.9.2016.

<sup>56</sup> Ak by navrhované zníženie nákladov dohodli s poskytovateľmi všetky zdravotné poisťovne už pre rok 2017, celková úspora zo zníženia jednotkových cien by dosiahla 24,8 mil. eur (uvažujúc zachovanú štruktúru výkonov aj počty vyšetrení roku 2015). Úspora sa však v plnej miere nemusí prejaviť hneď, pretože viacero poskytovateľov má zmluvy uzavreté na niekoľko rokov dopredu. VŠZP mala v roku 2015 približne 8 % CT výkonov a 53 % MR výkonov zazmluvnených u poskytovateľov, ktorým súčasné zmluvy trvajú do 31.12.2018.

<sup>57</sup> CT a MR pracoviská patria vo všeobecnosti k ziskovým pracoviskám a čiastočne tak vykrývajú straty iných oddelení a pracovísk.

<sup>58</sup> Po zarátaní očakávaného zníženia jednotkových cien v roku 2017.

eur pri CT a 8,3 mil. eur pri MR, uvažujúc s poklesom počtu vyšetrení o 31,3 % resp. 17,9 %<sup>59</sup>. Túto analýzu je vhodné spresniť dátami o PCG<sup>60</sup>, keďže istá variabilita predpisovania je medicínsky opodstatnená (napr. kvôli odlišnej chorobnosti pacientov daného lekára).

Príkladom nadspotreby zobrazovacích vyšetrení sú duplicity. Dochádza k prípadom, keď jeden poistenec absolvuje rovnaké vyšetrenie pri rovnakej diagnóze v priebehu 30 dní. Pri MR vyšetreniach bolo v roku 2015 približne 3000 takýchto vyšetrení (takmer 1% z celkového počtu, čo predstavuje takmer 500 tis. eur). Niektoré z týchto vyšetrení sú však medicínsky opodstatnené (napríklad pri potrebe monitorovania priebehu choroby). Preto boli špecificky vyčlenené prípady, keď sa rovnaké vyšetrenie opakovalo v priebehu 30 dní a bolo predpísané odlišným lekárom, kde existuje predpoklad, že poistenec požadoval tzv. druhý názor. Pri MR vyšetreniach bolo v roku 2015 približne 470 takýchto vyšetrení (0,15% z celkového počtu, čo predstavuje približne 80 tis. eur). Eliminovanie nadspotreby tohto typu by sa mohlo dosiahnuť elektronizáciou a zdieľaním výsledkov vyšetrení medzi lekármi.

- **Opatrenie: Pri uzatváraní nových zmlúv medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami budú aplikované nové jednotkové ceny CT a MR vyšetrení.** V roku 2017 sa dosiahnu vplyvom zníženia cien a limitov úspory 10 mil. eur, proces negóciácie začal na jeseň 2016.
- **Opatrenie: Elektronizácia a zdieľanie výsledkov vyšetrení** medzi lekármi prispeje k znižovaniu počtu duplicitných vyšetrení.
- **Opatrenie: Analýza variability predpisovania** vyšetrení bude doplnená o parameter PCG a **vezme tak do úvahy chorobnosť kmeňov jednotlivých lekárov.**
- **Opatrenie: Zavedú sa rádiologické štandardy**, ktoré prispejú k efektívnejšiemu skríningu resp. diagnostike a umožnia lepšiu kontrolu predpisovania revíznymi lekármi poisťovní. Tieto štandardy budú pravidelne inovované.

## Laboratórne vyšetrenia

Potenciál úspory pri laboratórných vyšetreniach predstavuje 27 - 65 mil. eur predpokladajúc pokles frekvencie predpisovania vyšetrení u lekárov predpisujúcich nad úroveň 75, resp. 90. percentilu v rámci svojej odbornosti.

Náklady zdravotných poisťovní na laboratórne vyšetrenia v roku 2015 dosiahli 268 mil. eur a v posledných rokoch výrazne rástli. Podľa odhadu HPI medzi rokmi 2008-2013 rástli náklady VZP na laboratórnú medicínu ročne o 7,3 %, pričom celkové náklady rástli o 2,9 %<sup>61</sup>. Spomedzi odborností zaznamenala najrýchlejší rast lekárska genetika vďaka rozvoju nových diagnostických vyšetrení. Tie patria medzi najdrahšie SVLZ výkony. Väčšinový podiel na trhu majú samostatní poskytovatelia laboratórnej medicíny<sup>62</sup>. Profitabilita niektorých poskytovateľov naznačuje rezervy zdravotných poisťovní pri vyjednávaní o jednotkových cenách.

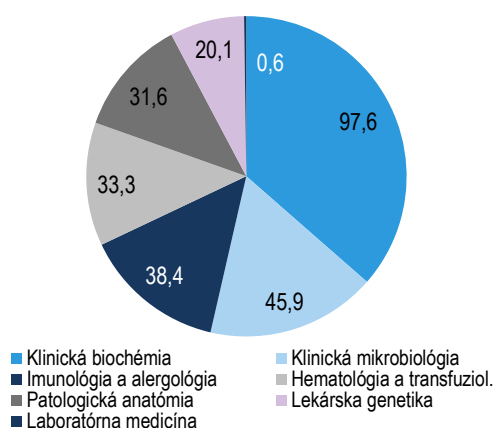
<sup>59</sup> Tabuľky so zoznamom odborností sa nachádzajú v Prílohe 3.

<sup>60</sup> Pharmacy-based Cost Group – skupiny, ktoré prezentujú chorobnosť poistencov (chronické ochorenia).

<sup>61</sup> [http://www.hpi.sk/cdata/Publications/hpi\\_labmed\\_publikacia.pdf](http://www.hpi.sk/cdata/Publications/hpi_labmed_publikacia.pdf) s použitím zloženej ročnej miery rastu.

<sup>62</sup> Spomedzi nich sú najväčšie skupiny Medirex Group (vrátane HPL spol. s r.o. a Medicyt, s.r.o.) s nekonsolidovanými tržbami približne 57 mil. eur v roku 2015 a Alpha medical group (vrátane Alpha medical patológia, s.r.o., Patológia, s.r.o., Klinická patológia Prešov, s.r.o., Histopatológia, a. s.) s nekonsolidovanými tržbami 51 mil. eur.

**Graf 22: Rozdelenie nákladov VZP na laboratórne vyšetrenia podľa odborností v roku 2015 (v mil. eur)**



Zdroj: eHealth

**Tabuľka 15: Samostatní poskytovatelia laboratórných vyšetrení podľa tržieb roku 2015 (v mil. eur)**

Poskytovateľ	Tržby	Zisková marža (v %)
Alpha medical, s.r.o.	41,8	2,2*
Medirex, a.s.	35,7	12,6
HPL spol. s r.o.	16,2	17,1
synlab slovakia s. r. o.	12,2	-6,7
KLINICKÁ BIOCHÉMIA s.r.o.	13,7	23,7
Alpha medical patológia, s.r.o.	5,2	40,4
Medicyt, s. r. o.	5,1	11,7
Martinské bioptické centrum, s.r.o.	4,9	28,8
CYTOPATHOS spol. s r.o.	4,5	13,4
Analyticko-diagnostické laboratórium a ambulancie s. r. o.	3,7	7,6

Zdroj: účtovné závierky

\*ovplyvnené odpisom goodwillu 6,1 mil. eur

Pre všetky (z pohľadu nákladov VZP) významnejšie ochorenia je potrebné zaviesť záväzné štandardné postupy. Nákladovosť liečby, akú dostáva pacient, sa dnes líši v závislosti od ošetrojúceho lekára. Pre niektoré ochorenia existujú odborné usmernenia vydávané profesijnými združeniami, tie však majú len odporúčací charakter. Treba však poznamenať, že zavedenie záväzných štandardných postupov nemusí náklady VZP nevyhnutne znížiť, keďže pri jednotlivých ochoreniach môže byť efekt opačný, v závislosti od konkrétneho znenia týchto postupov.

Ak by indikujúci lekári, ktorí dosiahli vyššie náklady na ošetrovaného pacienta než 90. percentil v rámci svojej odbornosti, znížili predpisovanie na úroveň 90. percentilu, na laboratórných vyšetreniach by sa ušetrilo 27,3 mil. eur (10 % nákladov na lab. vyšetrenia). Pri úprave na 75. percentil by úspora dosiahla 64,8 mil. eur (24 %). Pre odhad možnej úspory zo zníženej spotreby bola použitá podobná metodika ako pri analýze nadspotreby liekov<sup>63</sup>.

**Tabuľka 16: Náklady VZP na laboratórne vyšetrenia podľa odbornosti a kvantifikácia potenciálu úspor (tis. eur)<sup>64</sup>**

Odbornosť	Náklady VZP 2015	Úspora -75. percentil	Úspora -90. percentil
vnútorné lekárstvo	27 405	11 243	5 554
gynekológia a pôrodnictvo(+JZS)	26 609	5 697	2 384
všeobecné lekárstvo	25 769	3 120	958
klinická imunológia, detská klinická imunológia a alergológia	17 108	1 682	653
hematológia a transfuziológia	16 877	3 715	1 566
gastroenterológia (+JZS)	11 163	2 196	636
všeobecná zdravotná starostlivosť o deti a dorast	10 958	1 442	701
chirurgia (+JZS)	10 009	3 926	1 392
endokrinológia	8 805	953	344
lekárska genetika	7 347	1 671	1 172
ostatné odbornosti	81 844	23 398	9 504
náklady nepriradené k odbornosti	23 707	5 739	2 417
<b>Spolu</b>	<b>267 602</b>	<b>64 781</b>	<b>27 279</b>

Zdroj: MF SR podľa údajov eHealth

<sup>63</sup> Analýza skúmala distribúciu nákladov na laboratórne vyšetrenia na jedného ošetrovaného pacienta (len unikátni pacienti) podľa odbornosti indikujúceho lekára oddelene pre 4 vekové kohorty (0-18, 19-44, 45-61, 62+). Z celkových nákladov VZP na laboratórne vyšetrenia v eHealth databáze (268 mil. eur) bolo možné priradiť k jednotlivým odbornostiam 244 mil. eur (91 %), úspora z nepriradenej sumy bola extrapolovaná. Túto analýzu je vhodné spresniť dátami o PCG.

<sup>64</sup> Tabuľky podľa jednotlivých kohort sa nachádzajú v Prílohe 3.



Časť nadspotreby laboratórných vyšetrení predstavujú duplicitné vyšetrenia. K tým dochádza najmä kvôli ešte nedokončenej elektronizácii zdravotníctva (ale tiež kvôli znehodnoteniu vzorky a pod.). Lekári nemajú kompletne informácie o výsledkoch vyšetrení svojich pacientov u iných lekárov. Napríklad pri testovaní onkomarkera CA 19-9 (náklady VZP v roku 2015 približne 1 milión eur) pre takmer 4 % výkonov platí, že pacient dané vyšetrenie už absolvoval v priebehu ostatného mesiaca na základe predpisania iného lekára.

- **Opatrenie: Elektronizácia a zdieľanie výsledkov vyšetrení medzi lekármi** v rámci implementácie projektu eHealth prispeje k znižovaniu počtu duplicitných vyšetrení.
- **Opatrenie:** Analýza variability predpisovania vyšetrení bude doplnená o parameter PCG.
- **Opatrenie:** Zavedú sa **záväzné štandardné postupy pri laboratórných vyšetreniach**, ktoré prispejú k efektívnejšej diagnostike a umožnia lepšiu kontrolu predpisovania revíznymi lekármi poisťovní. Tieto štandardy budú pravidelne inovované.
- **Opatrenie: Zavedenie DRG, ktorého súčasťou budú aj platby za SVLZ** posilní priamu zodpovednosť nemocníc za náklady a bude ich tak motivovať k racionálnejšej indikácii laboratórných vyšetrení, ale tiež k tlaku na znižovanie cien jednotlivých vyšetrení.

### 3.4 Záchranky a doprava

Slovensko vynakladá na záchranky a transport pacientov ročne približne 150 mil. eur z verejných zdrojov. Kompletná prevádzka záchranej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“)<sup>65</sup> je plne hrazená z verejného zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne hradia tiež činnosť operačného strediska záchranej zdravotnej služby, lekárskej služby prvej pomoci a dopravnej zdravotnej služby (ďalej len „DZS“), ktorú by si mali ako jedinú čiastočne spolufinancovať pacienti.

MZ SR na riešenie tejto oblasti vypracovalo samostatný projekt - Záchranná zdravotná služba – efektivita, konkrétny návrh riešenia bude pripravený do konca januára 2017 (detaily projektu v Prílohe 5).

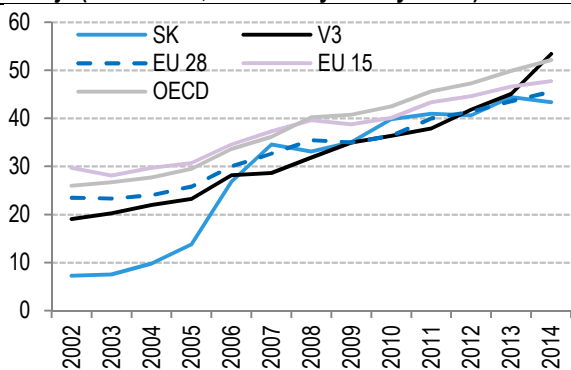
---

<sup>65</sup> ZZS je poskytovaná ambulanciami rýchlej lekárskej pomoci (vrátane vozidiel s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky), rýchlej zdravotnej pomoci a vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby.

### Box 5: Porovnatelnosť medzinárodných dát a nejednotné metodológie

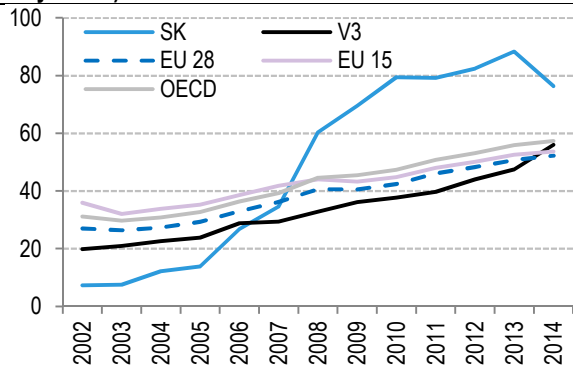
Výdavky na transport pacienta dosahujú porovnateľnú úroveň s okolitými krajinami, metodiky zberu týchto údajov však výrazne oslabujú vypovedaciu schopnosť medzinárodného porovnania. Podľa medzinárodnej klasifikácie OECD sa uvádzajú výdavky na transport pacientov (dopravu a záchranky) spolu s výdavkami na hasičskú záchranú službu. Navyše v mnohých krajinách je transport pacienta súčasťou platby za hospitalizáciu a nie je samostatne pripočítateľný ku predmetnej kategórii, čo podhodnocuje ich reálne výdavky.

**Graf 23: Výdavky na prepravu a záchranky – verejné zdroje (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)**



Zdroj: OECD

**Graf 24: Výdavky na prepravu a záchranky – verejné a súkromné zdroje (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)**



Zdroj: OECD

Oficiálne databázy udávajú odhadované a nesprávne rozpočítané hodnoty výdavkov domácností na prepravné zdravotné služby. Takmer dvojnásobný rozdiel v celkových výdavkoch na záchranky a prepravu oproti priemeru ostatných krajín je spôsobený súkromnými platbami. Vývoj vykazovaných hodnôt súkromných zdrojov na príbuzné typy podporných služieb zdravotnej starostlivosti však ukazuje, že agregátna suma výdavkov na laboratórne analýzy, zobrazovaciu diagnostiku a transport pacienta nie je rozdelená na jednotlivé zložky (tabuľka boxu). Dokonca je nekorektné pripisovaná len jednej z nich. Od roku 2008 na vrub práve ukazovateľom týkajúcim sa prepravy pacienta, teda dopravnej a záchrannej zdravotnej služby. Vzniká tak mylný údaj skokového nárastu súkromných aj celkových výdavkov.

**Tabuľka 17: Súkromné výdavky na podporné služby (Slovensko, mil. eur)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Laboratórne služby	90,0	99,9							0,0
Zobrazovacia diagnostika									
Transport pacientov			78,2		108,6	106,8	116,0	118,2	87,7
Spolu	90,9	98,9	78,2	95,1	108,6	106,8	116,0	118,2	87,7

Zdroj: OECD

Napriek chýbajúcim alternatívnym zdrojom údajov môžeme predpokladať, že výdavky domácností na dopravu a záchranky tvoria len marginálny prídavok k verejným výdavkom, nakoľko spoluúčasť pacientov je legitímna iba pri lekárom neindikovanom využití dopravnej zdravotnej služby, ktorá stojí zdravotné poisťovne približne 25 mil. eur ročne.

Pre adekvátne porovnanie výdavkov Slovenska a iných krajín na služby súvisiace s transportom pacienta je potrebné získať od zahraničných inštitúcií podrobnejšiu skladbu financovania všetkými relevantnými subjektmi pre presne vymedzený záber služieb „transportu pacienta“.

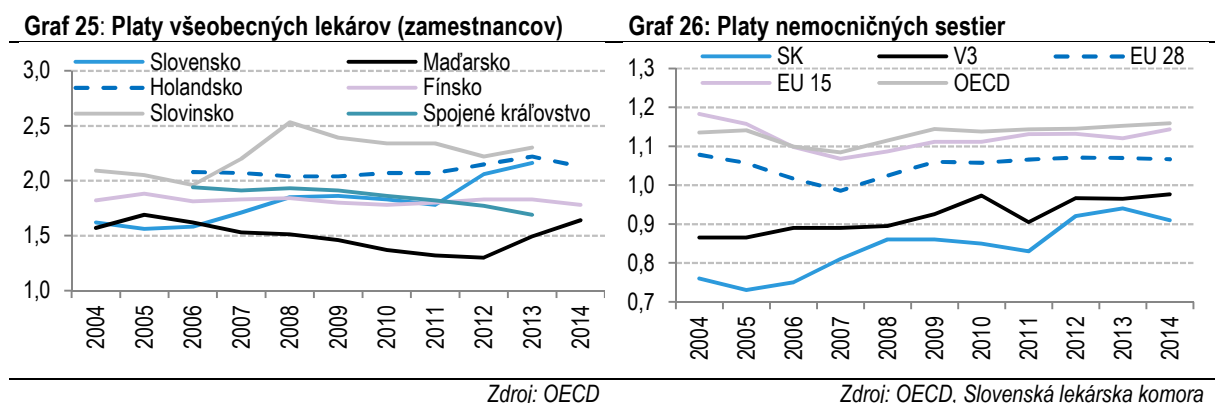
Popri silnom peňažnom aspekte hodnotenia štruktúry zdravotníckych výdavkov, je aj transport pacienta oblasťou, kde sa dajú realizovať opatrenia, ktoré by mohli prispieť k zvýšeniu miery transparentnosti a účelného využívania tejto služby aj bez významnejšieho navýšenia finančných prostriedkov.

- **Opatrenie: Zapojenie poskytovateľov dopravnej zdravotnej služby (DZS) a lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) do integrovaného záchranného systému** umožní jej poskytovanie pacientom, ktorých zdravotný stav si nevyžaduje použitie ambulancií zdravotnej záchranej služby.
- **Opatrenie: Integrovanie poskytovateľov zdravotnej záchranej služby do eHealth** zabezpečí informovanosť ZZS o anamnéze pacienta a užívaných liekoch a umožní rezerváciu potrebných služieb u prijímacieho pracoviska.
- **Opatrenie: Zisťovanie prítomnosti alkoholu alebo iných omamných látok** v krvi pacienta, ktorý bol privezený ZZS na urgentný príjem do nemocnice a automatické upozornenie zdravotnej poisťovne na možnosť vymáhania úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť<sup>66</sup>.
- **Opatrenie: Urýchlenie celoplošnej implementácie systému Automatic vehicle location** (komunikácia medzi riadiacim strediskom a vozidlom na báze GPS) u všetkých ambulancií ZZS, aj DZS a pravidelná kontrola funkčnosti takýchto zariadení.
- **Opatrenie: Pripraví sa návrh zefektívnenia činnosti ZZS** pri zachovaní geografickej dostupnosti a definovaných parametrov ako aj podmienok na zefektívnenie siete ZZS (personálne zabezpečenie a kompetencie, minimálne materiálo-technické vybavenie).
- **Opatrenie: Do januára 2017 bude vypracovaný návrh zapojenia DZS do sekundárnych prevozov** prostredníctvom OSSR (operačného strediska SR) na základe vypracovanej analýzy.

### 3.5 Zdravotnícki pracovníci

Priemerný príjem slovenských všeobecných lekárov (zamestnancov) vyjadrený podielom na priemernej mzde v posledných rokoch výrazne vzrástol a je porovnateľný s inými krajinami EÚ<sup>67</sup>. Väčšina všeobecných lekárov však nie sú zamestnanci, ale prevádzkujú samostatné súkromné ambulancie. Naopak, v porovnaní s priemernou mzdou v krajine, slovenské zdravotné sestry zarobia menej ako v krajinách V3 a EÚ. Nedostatočné ohodnotenie môže mať vplyv na to, že počet zdravotných sestier klesá v porovnaní s inými krajinami.

MZ SR na riešenie tejto oblasti pripravilo samostatné projekty - Model kompetencií a Rezidentský program, návrh konkrétnych riešení a implementačný plán bude pripravený do konca roka 2017 (detaily projektu v Prílohe 5).



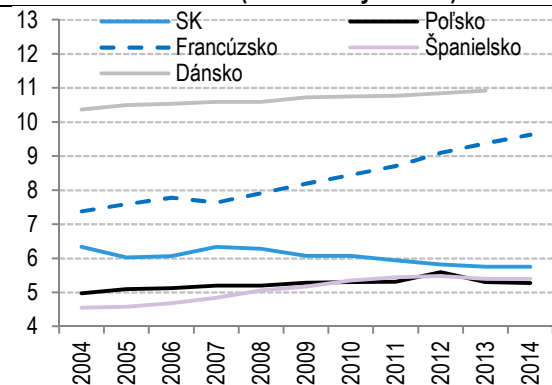
Podľa medzinárodného porovnania štruktúry lekárov podľa odborností za rok 2014 máme menej všeobecných lekárov a naopak viac špecialistov. Nedostatok lekárov prvého kontaktu (všeobecných a pediaterov) potvrdzuje aj

<sup>66</sup> Zákon sa v tomto prípade uplatňuje iba v minimálnej miere (§ 42; ods. 4; písm. a; Zákon 577/2004 Z.z.).

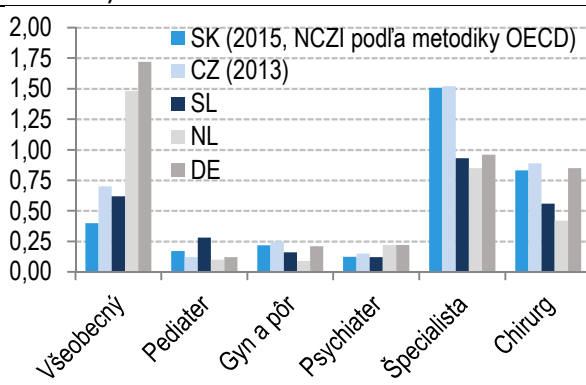
<sup>67</sup> OECD údaje sú dostupné za málo krajín, preto používame konkrétne krajiny namiesto priemeru za V3, EÚ a OECD.

porovnanie oproti Česku, ktoré má z porovnávaných krajín najviac podobný systém zdravotnej starostlivosti. Všeobecní lekári v systéme zdravotnej starostlivosti plnia úlohu prvého kontaktu a zároveň regulujú vstup pacienta ďalej do systému (tzv. gatekeeper). Ich nedostatok alebo neplnenie kompetencií predražuje zdravotnú starostlivosť, pretože základné zdravotné problémy musia riešiť drahší špecialisti.

Graf 27: Počet sestier (na 1000 obyvateľov)



Graf 28: Počet lekárov podľa špecializácií (na 1000 ob., rok 2014\*)



Zdroj: OECD \*Prípadne najnovší dostupný údaj

Zdroj: OECD, NCZI

Príčin nedostatku všeobecných lekárov môže byť niekoľko. Vysoké vstupné náklady pri zriaďovaní vlastnej ambulancie sú objektívnou prekážkou pri vstupe mladých absolventov do systému. Môžu odrádzať už od samotného štúdia, pretože všeobecný lekár má menšie možnosti zamestnať sa než špecialista a je nútený založiť si vlastnú prax. Neistota patientskeho kmeňa pri zriadení ambulancie v obvode s etablovanými všeobecnými lekármi predstavuje ďalšiu objektívnu prekážku.

Na zvrátenie nepriaznivého stavu MZ SR v roku 2013 zriadilo rezidentský program na posilnenie kapacít všeobecných lekárov, ako aj zvyšovanie ich vzdelávania s cieľom posilňovania primárnej zdravotnej starostlivosti. Rezidentský program by mal zároveň znížiť návštevnosť špecializovaných ambulancií a priniesť finančné úspory pri preprave pacientov do špecializovaných ambulancií.

- **Opatrenie:** Vytvorenie trvalo udržateľného, efektívneho a pružného systému propacientsky orientovanej, dostupnej a bezpečnej všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých a pre deti a dorast.
- **Opatrenie:** Bez ohľadu na rezidentský program je potrebné **identifikovať oblasti, kde by všeobecní lekári vedeli nákladovo efektívne poskytovať niektoré zdravotné výkony, ktoré majú v súčasnosti v kompetenciách špecialisti.** Pozitívnym príkladom rozšírenia kompetencií všeobecných lekárov je poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s vybranými chorobami (napr. diabetes mellitus, hypertenzia, predoperačné vyšetrenia), ktorých mali predtým vo svojej starostlivosti špecialisti.
- **Opatrenie:** Budú **prehodnotené legislatívne úpravy kompetencií pre nelekárske zdravotnícke povolanie:** sestra, pôrodná asistentka, zdravotnícky záchranár, rádiologický technik, zubný technik, dentálna hygienička.
- **Opatrenie:** Bude pripravený **návrh úpravy minimálnych miezd pre jednotlivé kompetenčné stupne a zvýšenie atraktivity povolania zdravotníckych pracovníkov** (napr. aj zlepšenie postavenia sestier...).
- **Opatrenie:** Samostatná pozornosť bude **venovaná systému odmeňovania zdravotníckych pracovníkov**, pretože predstavuje jeden z hlavných motivačných prvkov. Projekt MZ SR je zameraný na podporu a presadzovanie odmeňovania zdravotníckych pracovníkov na **základe zásluhového princípu.**

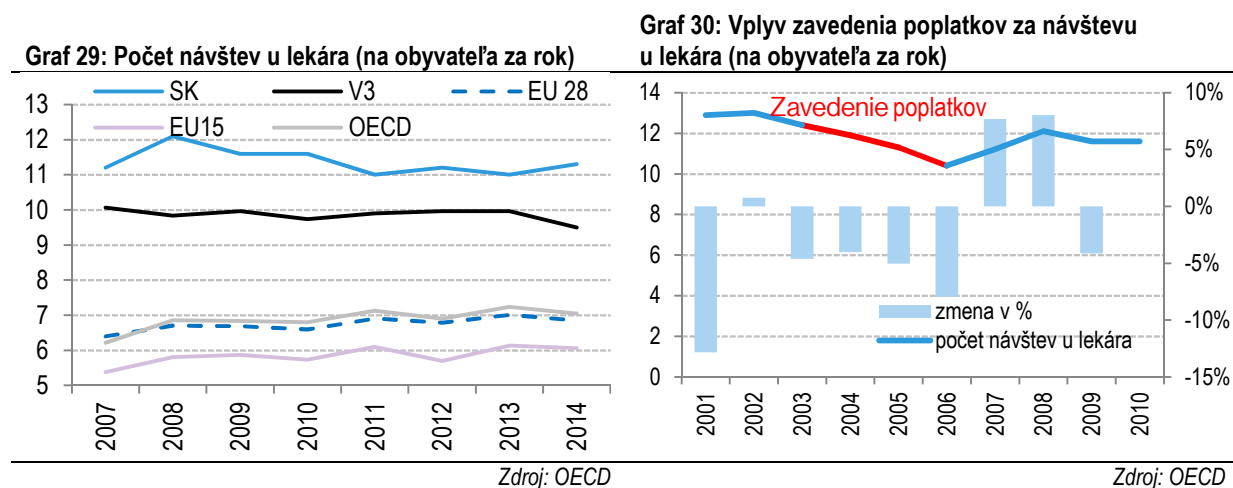
### 3.6 Návštevy lekára

Slovensko má dlhodobo výrazne vyšší počet konzultácií u lekára ako je priemer V3, EÚ a OECD. Poplatky sú jednou z možných príčin zmeny návštevnosti lekárov. V roku 2013 malo Slovensko v priemere 11 konzultácií na obyvateľa, vo V3 to bolo 10, v OECD a EÚ 28 iba 7. Medzi rokmi 2002 až 2006 poklesol na Slovensku počet návštev u lekára o 20 %, v rovnakom období bol v platnosti poplatok za návštevu lekára vo výške 20 SKK. Po roku 2006, keď došlo k zrušeniu tohto poplatku, sa počet návštev u lekára medziročne zvýšil o 7,7 %.

Problematike návštev u lekára sa venuje samostatný projekt MZ SR s názvom Platby a doplatky.

Počet návštev môže ovplyvňovať aj zavedenie výmenných lístkov, vplyv je ale nejednoznačný. Na jednej strane sa tak posilňuje úloha všeobecného lekára vzhľadom na manažment pacienta (gatekeeping), čo vedie k nižšiemu počtu návštev u špecialistov, na druhej strane je nutnosť vyzdvihnúť si výmenný lístok u všeobecného lekára, čo zvyšuje návštevnosť. Výmenné lístky boli na Slovensku opakovane zavádzané a rušené<sup>68</sup>. Vplyv na počet návštev nie je viditeľný, s možnou výnimkou rokov 2008 až 2011, kedy počet návštev klesol v priemere o 1 návštevu.

- **Opatrenie:** Je potrebné ďalej **preskúmať príčiny vysokého počtu návštev u lekára** a ich možnú súvislosť s vysokou spotrebou liekov na Slovensku. Nadmerná návštevnosť ambulantných zdravotníckych zariadení vedie k nadmernej záťaži kapacít a dlhým čakacím dobám na vyšetrenie.



### Platby a doplatky pacientov

Súčasný systém sa vyznačuje nejasnými pravidlami pri vyberaní úhrad od poistencov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. V praxi neexistujúci zoznam zdravotných výkonov, za ktoré je možné požadovať úhradu od poistenca, prípadne výkonov, ktoré nie sú hradené zo zdrojov verejného poistenia. Na tento stav dopláca predovšetkým pacient. To, čo ponúka jeden lekár bez doplatkov, môžu mať iní spolpatnené, zároveň sa výška poplatkov u rôznych lekárov môže líšiť.

Správne nastavená štruktúra poplatkov súvisiaca so zdravotnou starostlivosťou predpokladá zníženie počtu nepotrebných návštev u lekára s následným pozitívnym dopadom na čakacie lehoty a optimalizáciu počtu vyšetrení.

MZ SR v rámci projektu Platby a doplatky rieši problémy spojené s chýbajúcim zoznamom spolpatnených výkonov ako aj chýbajúce jednotné kritéria pre stanovenie ich výšky.

<sup>68</sup> Výmenné lístky boli zrušené v roku 2004, opätovne zavedené v roku 1.1.2008 a platili až do 1.4.2011. Naposledy boli zavedené v roku 1.4.2013 a naďalej platia.

- **Opatrenie: Zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov** a vytvorenie systému viaczdrojového financovania. Garancia a podpora pre dôstojný a bezplatný prístup sociálne najslabších a znevýhodnených občanov.
- **Opatrenie:** Bude pripravený návrh **pravidiel a rozsahu pre poplatky** (objednávanie, rovnaký prístup, spravodlivosť a podpora pre najslabšie skupiny) v súlade s Programovým vyhlásením vlády. Vytvorí sa zoznam zdravotných výkonov, stanovenie výšky úhrady za služby, zedefinovanie novej služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spresnenie povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a s tým súvisiacich sankcií za ich porušenie.

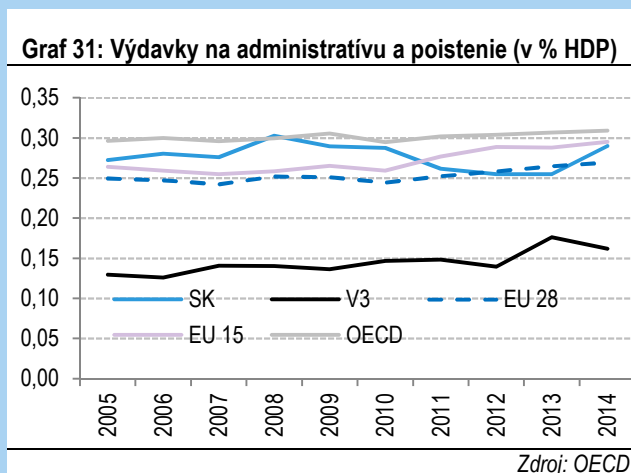
### 3.7 Systém verejného zdravotného poistenia a zdravotné poisťovne

#### Systém verejného zdravotného poistenia

Hlavnou činnosťou zdravotných poisťovní (ZP) je zabezpečiť svojim poistencom zdravotnú starostlivosť u jej poskytovateľov. V systéme verejného zdravotného poistenia fungujú tri samostatné poisťovne (pluralitný systém), dve súkromné a jedna štátna. V praxi ponúkajú všetky homogénny produkt, verejné zdravotné poistenie. Verejné zdravotné poistenie na Slovensku je založené na princípe solidarity, nie na princípe hospodárskej súťaže a konkurencie. To znamená, že ani samotný výkon verejného zdravotného poistenia nemôže byť považovaný za ekonomickú činnosť<sup>69</sup>. Komerčné zdravotné pripoistenie poskytované ZP, ktoré je v zahraničí často súčasťou pluralitných systémov (napr. v Holandsku), na Slovensku zatiaľ ako produkt neexistuje, otázna je aj veľkosť trhového segmentu, ktorý by oň mal záujem. Nakoľko je Slovenský systém pluralitný, neprináša úspory z rozsahu, ktoré sú typickým benefitom systému s unitárnymi systémami (s jednou poisťovňou).

#### Box 6: Unitárny a pluralitný systém zdravotného poistenia

Výhodou **unitárneho systému** sú predovšetkým úspory z rozsahu z niektorých fixne vynakladaných prostriedkov na nemedicínske podporné aktivity, manažment a prevádzku ZP. Poskytovatelia dohadujú zmluvné podmienky iba raz (s jednou poisťovňou) a nemusia kalkulovať spôsob liečby pacienta podľa príslušnosti k poisťovni. Nevyhnutnosťou je efektívna kontrola a regulácia tohto systému, pretože vzniká monopolná koncentrácia rozhodovacích právomocí.



<sup>69</sup> Napriek tomu, že systém verejného poistenia vykonávajú zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti, napriek tomu, že všetky zdravotné poisťovne vykazujú z výkonu zdravotného poistenia zisk a napriek tomu, že sú oprávnené s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti rokovať a uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. (S týmto konštatovaním sa stotožnila aj Európska komisia vo svojom rozhodnutí SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN) zo dňa 15.10.2014.).

**Pluralitný systém** umožňuje vybrať si z viacerých poisťovní. Tie ponúkajú služby a benefity, ktoré pacienti vnímajú ako nadštandardné alebo prispôbené ich individuálnym potrebám. Vytvára sa tiež väčší tlak na kvalitu poskytovanej starostlivosti. Poisťovne ju razantnejšie vyžadujú od poskytovateľov, pretože podstupujú riziko, že pacient odíde ku konkurencii.

Nie je možné jednoznačne povedať, ktorý zo systémov je vhodnejší a v zahraničí nájdeme pozitívne príklady fungovania oboch systémov (UK – unitárny systém, NL – systém viacerých zdravotných poisťovní). Súčasný slovenský systém nie je čistou verziou ani jedného zo systémov a v praxi kombinuje práve ich nedostatky (vysoké náklady a homogénny produkt). Slovensko má relatívne drahý systém zdravotného poistenia, potvrdzuje to aj medzinárodné porovnanie. Na administratívu a poistenie vynakladáme väčší podiel HDP ako krajiny EÚ 15 a takmer dvojnásobok oproti priemeru krajín V3.

## Hospodárenie zdravotných poisťovní

Hlavným príjmom poisťovní sú zdravotné odvody od ekonomicky aktívnych obyvateľov a príspevok štátu. V roku 2015 vynaložili poisťovne viac ako 95 % celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť.

**Tabuľka 18: Vybrané príjmy a výdavky zdravotných poisťovní (rok 2015)**

	VšZP	Dôvera	Union
Počet poistencov (v tis.)	3 267	1 441	452
Výber poistného (mil. eur)	2 659	1 148	317
Výdavky na zdravotnú starostlivosť (mil. eur)	2 780	942	270
Prerozdelenie poistného (mil. eur)	164	-117	-48
Výdavky na prevádzku (mil. eur)	90	35	13

Zdroj: MF SR

Každá z poisťovní má zákonom regulovanú výšku prevádzkových nákladov<sup>70</sup>, ktorá sa odvíja od výšky vybraného poistného. Zákonný limit poisťovne nezvyknú naplniť. V súlade s predpokladom o úsporách z rozsahu najväčšiu úsporu oproti zákonnému limitu dosiahla v roku 2014 najväčšia poisťovňa, VšZP. Naopak najviac naplnila limit prevádzkových nákladov poisťovňa Union (o 7,4 p.b. viac ako VšZP).

**Tabuľka 19: Výdavky na prevádzkové činnosti za rok 2014**

	VšZP	Dôvera	Union
Zákonný limit prevádzkových výdavkov (mil. eur)	87	41	13
Prevádzkové výdavky (mil. eur)	77	37	13
% čerpania prevádzkových výdavkov	88,8%	90,2%	96,2%

Zdroj: MZ SR

Poisťovne majú odlišné poistné kmene a líšia sa aj ich priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť. Najnákladnejších poistencov má VšZP, v roku 2015 vynaložila na priemerného pacienta 851 eur. Najmenej nákladných poistencov má poisťovňa Union (približne 70 % nákladov VšZP). Aby poisťovne boli schopné uhrádzať primeranú zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na skladbu poistného kmeňa, prerozdelenie sa na jej základe 95 % výberu poistného<sup>71</sup>. Celkový objem prerozdelenia v roku 2015 predstavoval 164 mil. eur v prospech VšZP. Vo

<sup>70</sup> Zákon 581/2004 §6a.

<sup>71</sup> Prerozdelenie mechanizmu zohľadňuje vekové kohorty, ekonomický status, pohlavie a PCG skupiny.

všeobecnosti prerozdelenie znižuje rozdiely medzi vybraným poistným a výdavkami na zdravotnú starostlivosť v prepočte na poistenca (tabuľka 19, rozdiel medzi vybraným poistným a výdavkami pred a po prerozdelení).

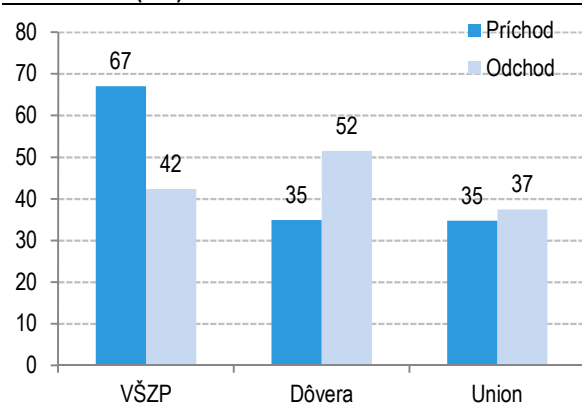
**Tabuľka 20: Vplyv prerozdelenia (rok 2015)**

	VšZP	Dôvera	Union
Výber poistného na poistenca	814	767	701
Výber poistného po prerozdelení, na poistenca	864	716	596
Výdavky na zdrav. starostlivosť, na poistenca	851	654	597
Rozdiel medzi vybraným poistným a výdavkami pred prerozdelením	-37	113	104
Rozdiel medzi vybraným poistným a výdavkami po prerozdelení	13	62	-1

Zdroj: MZ SR

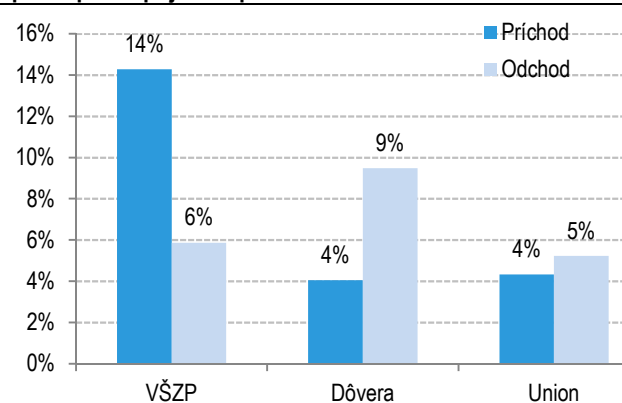
Najväčší rozdiel medzi výberom poistného a nákladmi na zdravotnú starostlivosť na jedného poistenca dosahuje poisťovňa Dôvera bez ohľadu na prerozdelenie. Naopak Union dosahuje po prerozdelení vyššie výdavky na pacienta, ako bol výber poistného. Príčinou môže byť nedokonalý prerozdelený mechanizmus<sup>72</sup>, ako aj rozdielna efektívnosť v nákupoch zdravotnej starostlivosti.

**Graf 32: Priemerné mesačné náklady prestupujúcich za rok 2014 (eur)**



Zdroj: IFP podľa CRP a PCG dát

**Graf 33: Podiel chronických pacientov\* na celkovej počte prestupujúcich poistencov za rok 2014**



Zdroj: IFP podľa CRP a PCG dát

\*Chronických pacientov sme identifikovali cez spotrebu liekov, ktorú prezentuje príslušnosť k PCG skupine.

Aj keď by poisťovne mali poskytovať všetkým poistencom rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti, nákladnejší poistenci a poistenci s chronickými zdravotnými problémami<sup>73</sup> uprednostňujú VšZP pred Dôverou a Unionom. Analýza prestupujúcich poistencov v roku 2014 ukázala, že 14 % poistencov vstupujúcich do VšZP sú chronickí pacienti. Do Dôvery a Unionu pribudli iba 4 % chronických pacientov. Priemerné náklady poistencov odchádzajúcich z poisťovne Dôvera boli vyššie ako náklady odchádzajúcich poistencov z Unionu a VšZP.

<sup>72</sup> Mechanizmus zohľadňuje rozdiely v poistných kmeňoch len v obmedzenej miere. Súčasný prerozdelený model vysvetľuje asi 22 % variability výdavkov na pacienta. Prepočet vychádza z PCG údajov od poisťovní, na základe ktorých sa stanovujú indexy rizika pre jednotlivé kohorty poistencov.

<sup>73</sup> Týchto pacientov identifikujeme na základe príslušnosti k PCG skupine.



## 4 Dostupnosť dát pre revíziu výdavkov v zdravotníctve

Revízia výdavkov v zdravotníctve a projekt zvyšovania hodnoty za peniaze si vyžaduje spoľahlivé údaje o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Predbežná analýza údajov ukazuje priestor pre zlepšenie zberu a vykazovania údajov v niekoľkých oblastiach:

### 4.1 Agregátne údaje pre medzinárodné porovnania

- Výdavky na lieky – na rozdiel od iných krajín Slovensko neposkytuje OECD údaje o celkových výdavkoch na lieky a zdravotnícke tovary. Dostupné sú údaje o výdavkoch na lieky a tovary vydávané v lekárňach, chýba však delenie údajov na lieky na predpis a voľno-predajné lieky. Úplne chýbajú dáta o výdavkoch na lieky a tovary vydané v nemocniciach.
- Predaj liekov – Slovensko poskytuje OECD údaje o predaji liekov vyjadrené v cenách od výrobcov (bez DPH), väčšina krajín vykazuje predaj v maloobchodných cenách.
- Súkromné výdavky na podporné služby – je potrebné preveriť vykazovanie výdavkov na laboratórne, zobrazovacie a dopravné služby.
- Rádiodiagnostika a laboratórne vyšetrenia – na rozdiel od iných krajín Slovensko vykazuje údaje o výdavkoch na rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia spolu, samostatné údaje v jednotlivých kategóriách nie sú dostupné.

### 4.2 Detailné údaje pre analýzy

Národné centrum zdravotníckych informácií zbiera údaje potrebné pre analýzy efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti, dáta však nie sú voľne dostupné, príp. sú zverejnené len ako súčasť NCZI publikácií, v textovej a grafickej podobe. Údaje by mali byť pravidelne zverejňované v štandardizovanej forme (tabuľkový formát, na jednom mieste za všetky dostupné časové obdobia) a slúžiť pre analýzy zdravotníckeho systému s cieľom zvyšovať hodnotu za peniaze:

- Predpisovanie liekov, pomôcok, zdravotných výkonov (anonymizované).
- Údaje o hospodárení nemocníc (podľa oddelení, napr. príjmy, počty lôžok, zamestnancov, hospitalizácií, prevádzkové náklady nemocníc).
- Údaje o príjmoch a výkonoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (anonymizované).
- Údaje o príjmoch zdravotníckych pracovníkov podľa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (anonymizované).
- Údaje o výdavkoch zdravotných poisťovní v jednotnej štruktúre, členené na jednotlivé kategórie výdavkov.

### 4.3 Vykazovanie ďalších údajov

- Štruktúra výkazu pre monitoring príjmov, výdavkov a hospodárenia zdravotných poisťovní sa aktualizuje tak, aby odzrkadľovala výdavky na jednotlivé oblasti zdravotnej starostlivosti.
- Vykazovanie údajov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (štvrtročné a ročné výkazy pre NCZI) si vyžaduje automatizáciu a prehodnotenie údajov. Prinesie nižšie byrokratické zaťaženie, vyššiu kvalitu dát a zjednodušenie ich vzájomného porovnania.
- Spotrebu liekov je potrebné evidovať aj v denných definovaných dávkach (DDD) okrem počtu balení, ktoré sa vykazujú v súčasnosti. ŠÚKL dáta o spotrebe liekov v DDD zbiera pre OECD, v slovenských publikáciách sa však stále používa počet balení, ktorý nezohľadňuje veľkosť balenia a poskytuje tak skreslený obraz o spotrebe.

## Príloha 1 Výdavky na zdravotnú starostlivosť

Tabuľka: Členenie výdavkov VZP na zdravotnú starostlivosť (v tis. eur)

	2 013	2 014	2 015	2014 rast, %	2015 rast, %
SPOLU	3 672 270	3 882 150	3 995 509	5,7 %	2,9 %
Lekárska starostlivosť	999 054	1 042 011	1 077 084	4,3 %	3,4 %
v tom: lekárne	858 858	884 290	904 704	3,0 %	2,3 %
výdajne a optiky	140 196	157 721	172 381	12,5 %	9,3 %
Ambulantná starostlivosť	1 448 011	1 567 154	1 616 067	8,2 %	3,1 %
v tom: všeobecná ambulantná	264 057	276 423	293 293	4,7 %	6,1 %
v tom: pre dospelých	101 316	107 646	114 705	6,2 %	6,6 %
pre deti a dorast	60 847	64 923	68 167	6,7 %	5,0 %
LSPP	17 113	16 215	19 715	-5,2 %	21,6 %
ZZS	84 781	87 639	90 707	3,4 %	3,5 %
špecializovaná amb. starostlivosť	1 108 016	1 207 510	1 232 988	9,0 %	2,1 %
v tom: ŠAS vrátane A liekov	314 752	404 692	389 529	28,6 %	-3,7 %
dialýzy	86 175	86 938	85 622	0,9 %	-1,5 %
JZS	67 116	56 323	73 409	-16,1 %	30,3 %
stacionárne	4 719	4 817	4 939	2,1 %	2,5 %
mobilný hospic	75	76	103	1,0 %	34,8 %
gynekologická (vrátane kapitácie)	56 897	55 564	58 884	-2,3 %	6,0 %
stomatológia ( pozn. bez LSPP)	125 533	127 134	129 395	1,3 %	1,8 %
SVLZ	406 153	422 418	439 881	4,0 %	4,1 %
ADOS	12 731	13 695	14 588	7,6 %	6,5 %
ÚPS	10 240	11 634	12 152	13,6 %	4,5 %
doprava (pozn. bez LSPP)	23 626	24 218	24 486	2,5 %	1,1 %
iné	75 939	83 222	89 786	9,6 %	7,9 %
Ústavná starostlivosť	1 084 226	1 175 391	1 245 863	8,4 %	6,0 %
v tom: vš. nemocnice	769 332	836 604	890 115	8,7 %	6,4 %
špec. nemocnice	156 324	174 149	182 981	11,4 %	5,1 %
liečebňa	14 119	14 781	15 797	4,7 %	6,9 %
domy ošetrovateľskej starostlivosti	396	545	668	37,5 %	22,5 %
hospic	1 440	1 452	1 577	0,8 %	8,6 %
prírodné liečebné kúpele	49 524	47 868	48 925	-3,3 %	2,2 %
Formy Z S S P O L U	3 531 291	3 784 556	3 939 014	7,2 %	4,1 %
ZS poskytnutá cudzincom, v cudzine, bezdomovcom, utečencom, neodkl. ZS	24 900	31 203	36 011	25,3 %	15,4 %
Ostatné	116 079	66 391	20 484	-42,8 %	-69,1 %

Zdroj: UDZS, MF SR

Poznámky: Tabuľka dopĺňa údaje MF SR o výdavkoch VZP na zdravotnú starostlivosť o údaje ÚDZS (finančne uznané výkony) o výdavkoch na konkrétne oblasti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Položka ostatné vysvetľuje rozdiel medzi výdavkami na ZS podľa údajov UDZS a MF SR, tento nesúlad je v roku 2015 na úrovni 0,5 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť.

## Príloha 2 Analýza predpisových vzorcov liekov

Tabuľka: Predpisovanie podľa odborností (počet receptov), ich úhrada a kvantifikácia úspor (mil. eur)

špecializácia	10%	25%	50%	75%	90%	99%	max	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
všeobecné lekárstvo	1,00	1,00	3,07	8,70	10,98	15,85	33,70	144,50	17,55	5,30
vnútorné lekárstvo	1,00	1,00	1,97	3,22	4,75	8,79	25,80	47,88	13,71	3,65
všeob. z.s. deti a dorast	1,00	1,29	2,72	3,50	4,24	5,73	14,66	27,14	2,56	0,84
psychiatria	1,00	1,50	3,00	7,56	10,50	15,51	18,30	41,24	7,68	2,17
neuroológia	1,00	1,00	2,00	3,08	4,00	6,59	25,00	53,32	10,38	3,81
kardiológia	1,00	1,00	2,00	3,57	5,00	7,74	14,00	45,04	13,30	4,26
diabetológia, poruchy lát. prem.	1,00	1,00	2,00	4,75	6,30	9,10	13,00	68,15	11,31	2,91
dermatovenerológia	1,00	1,43	2,16	2,82	3,43	4,61	10,67	23,08	5,93	3,87
imunológia a alergológia	1,00	1,18	2,29	3,58	4,51	7,78	11,00	32,22	4,37	1,58
pneumológia a ftizeológia	1,00	1,00	2,07	3,78	5,05	7,67	10,13	26,78	4,50	0,96
oftalmológia (+JZS)	1,00	1,14	1,78	2,30	2,85	4,56	12,00	10,52	1,39	0,46
gynekológia a pôrodníctvo(+JZS)	1,00	1,20	1,71	2,25	2,72	3,73	7,67	9,98	1,29	0,54
ortopédia (+JZS)	1,00	1,19	1,61	2,19	2,86	4,69	8,00	13,12	2,19	0,75
gastroenterológia (+JZS)	1,00	1,00	1,83	2,55	3,04	5,45	12,00	24,45	4,20	1,84
urológia (+JZS)	1,00	1,10	1,70	2,46	3,00	4,13	6,95	27,87	3,60	1,10
endokrinológia	1,00	1,00	1,44	2,04	2,44	3,75	13,00	10,51	1,67	0,64
otorinolaryngológia (+JZS)	1,00	1,20	1,66	2,00	2,30	3,24	5,65	4,14	0,38	0,18
reumatológia	1,00	1,00	2,17	4,05	5,14	7,63	12,00	41,04	8,39	3,21
nefrológia	1,00	1,00	2,17	3,72	6,08	16,22	41,29	17,33	7,13	3,86
klinická onkológia	1,00	1,20	2,23	5,32	7,04	9,99	11,39	64,91	11,51	3,65
hematológia a transfuziológia	1,00	1,17	2,07	3,00	3,89	8,58	13,67	44,05	12,26	7,51
infektológia	1,00	1,00	1,50	2,01	3,14	7,76	19,32	9,03	4,74	3,24
hepatológia	1,00	1,00	1,98	3,31	4,43	6,10	7,08	7,77	1,45	0,51
geriatria	1,00	1,00	2,00	3,12	4,35	10,71	16,51	1,49	0,48	0,21
spolu								795,56	151,95	57,04
extrapolované na celk.objem úhrady podľa NCZI								828,00	158,15	59,37

Zdroj: eHealth, ÚHP

## Príloha 3 Analýza predpisových vzorcov SVLZ výkonov

**Tabuľka: Predpisovanie CT vyšetrení podľa odborností (výkony na 1000 pacientov), ich úhrada a kvantifikácia úspor (mil. eur) – kalkulované podľa navrhovaných priemerných cien výkonu 2017 (vrátane prip. položiek)**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
neuroológia	177	344	613	924	1553	444	15,32	3,32	1,39
chirurgia	18	61	148	338	934	178	7,03	3,09	0,85
vnútorné lekárstvo	10	35	128	341	1000	135	6,88	3,75	1,25
klinická onkológia	170	412	712	1051	2119	329	5,05	0,84	0,34
úrazová chirurgia	37	80	174	362	803	300	3,69	1,31	0,34
pneumológia a ftizeológia	72	139	269	554	1196	219	3,43	1,04	0,38
uroológia	48	111	206	342	1562	190	2,90	0,66	0,32
otorinolaryngológia	41	91	174	303	557	77	1,70	0,30	0,08
gastroenterológia	39	87	162	298	1943	114	1,51	0,40	0,19
radiačná onkológia	130	308	558	800	1120	272	1,21	0,17	0,06
ostatné							9,05	3,21	1,55
<b>Spolu</b>							<b>57,75</b>	<b>18,09</b>	<b>6,74</b>

Zdroj: eHealth, MF SR

**Tabuľka: Predpisovanie MR vyšetrení podľa odborností (výkony na 1000 pacientov), ich úhrada a kvantifikácia úspor (mil. eur) – kalkulované podľa navrhovaných priemerných cien výkonu 2017 (vrátane prip. položiek)**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
neuroológia	185	297	459	673	1128	261	23,28	2,74	0,88
ortopédia	37	68	146	266	821	117	7,39	1,69	0,65
chirurgia	8	21	59	200	1000	22	2,38	0,50	0,12
úrazová chirurgia	17	49	141	323	955	67	2,22	0,61	0,25
klinická onkológia	21	46	89	172	573	45	1,51	0,41	0,20
neurochirurgia	210	321	551	865	1036	146	1,31	0,13	0,01
gastroenterológia	14	27	54	91	396	38	1,20	0,27	0,12
vnútorné lekárstvo	2	7	24	79	1345	13	1,04	0,37	0,08
otorinolaryngológia	6	15	41	105	501	19	0,84	0,28	0,09
pediatrická neuroológia	108	167	308	432	724	69	0,79	0,15	0,06
ostatné							4,46	1,19	0,52
<b>Spolu</b>							<b>46,42</b>	<b>8,33</b>	<b>2,98</b>

Zdroj: eHealth, MF SR

**Tabuľka: Distribúcia nákladov na laboratórne vyšetrenia podľa odborností (v eurách), ich úhrada a kvantifikácia úspor (v mil. eur) pre kohortu 0-18 rokov**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
všeobecná ZS o deti a dorast	8,2	11,3	15,5	20,6	44,6	13,4	9,21	1,19	0,02
klin. imun., detská klin. imun. a alergológia	55,9	83,8	117,7	144,3	234,0	87,3	5,88	0,52	0,12
pediatria	5,8	14,5	30,6	54,4	194,0	38,5	5,63	2,33	0,15
pediatrická gastroent., hepatológia a výživa	36,0	48,8	81,0	107,6	153,4	55,7	1,55	0,13	0,01
pediatrická endokrinológia	29,1	41,3	54,3	60,0	72,7	43,2	1,37	0,04	0,00
lekárska genetika	306,8	424,8	544,6	727,3	967,3	470,3	1,22	0,19	0,29
pediatrická pneumológia a ftizeológia	24,3	40,2	105,7	144,2	155,8	96,5	0,76	0,14	0,00
infektológia	20,1	33,1	48,2	63,1	147,8	40,0	0,65	0,08	0,01
hematológia a transfuziológia	23,5	40,6	81,9	133,9	670,8	63,1	0,65	0,10	0,41
gynekológia a pôrodnictvo(+JZS)	10,1	17,1	26,9	39,5	76,2	21,1	0,57	0,08	0,04

ostatné				4,99	1,70	0,68
náklady nepriradené k špecializácii				3,35		
<b>Spolu</b>				<b>35,82</b>	<b>6,48</b>	<b>1,74</b>

Zdroj: eHealth, MF SR

**Tabuľka: Distribúcia nákladov na laboratórne vyšetrenia podľa odborností (v eurách), ich úhrada a kvantifikácia úspor (v mil. eur) pre kohortu 19-44 rokov**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
gynekológia a pôrodníctvo(+JZS)	14,5	21,3	29,7	42,0	94,8	27,8	19,47	0,24	0,10
všeobecné lekárstvo	6,5	9,1	12,2	16,1	33,1	10,6	9,79	0,08	0,05
klin. imun., detská klin. imun. a alergológia	54,8	78,9	106,4	151,9	228,1	88,7	6,49	0,04	0,01
hematológia a transfuziológia	35,2	62,1	110,9	188,4	531,0	89,2	5,25	0,05	0,02
gastroenterológia (+JZS)	30,0	49,2	72,1	105,9	185,9	65,1	4,11	0,01	0,01
vnútorné lekárstvo	7,3	13,9	24,0	41,7	90,9	22,2	4,03	0,72	0,22
lekárska genetika	188,3	247,6	380,8	607,4	1256,6	305,0	3,14	0,01	0,00
endokrinológia	22,0	26,9	37,4	44,9	90,7	29,1	2,91	0,00	0,00
chirurgia (+JZS)	2,5	6,6	12,9	22,8	68,0	8,5	2,16	0,23	0,11
neonatólogia	5,4	20,2	34,3	56,6	232,0	33,8	2,10	0,02	0,01
ostatné							15,72	13,54	6,76
náklady nepriradené k špecializácii							6,61		
<b>Spolu</b>							<b>81,78</b>	<b>14,94</b>	<b>7,29</b>

Zdroj: eHealth, MF SR

**Tabuľka: Distribúcia nákladov na laboratórne vyšetrenia podľa odborností (v eurách), ich úhrada a kvantifikácia úspor (v mil. eur) pre kohortu 45-61 rokov**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
všeobecné lekárstvo	6,5	9,0	12,0	15,8	32,7	10,0	8,17	0,92	0,02
vnútorné lekárstvo	7,3	13,6	23,4	44,6	100,4	26,0	6,82	2,44	1,18
gynekológia a pôrodníctvo(+JZS)	7,1	10,8	17,0	32,7	114,4	15,5	4,77	1,39	0,05
hematológia a transfuziológia	40,3	64,9	122,6	235,7	791,3	95,2	4,69	1,17	0,59
gastroenterológia (+JZS)	24,9	38,8	60,6	93,3	195,7	52,4	3,37	0,65	0,06
klin. imun., detská klin. imun. a alergológia	55,9	79,7	109,1	151,2	255,2	84,0	3,04	0,26	0,12
endokrinológia	17,9	23,1	30,6	40,0	89,9	24,7	2,76	0,33	0,01
chirurgia (+JZS)	2,7	7,3	15,8	30,4	109,1	14,2	2,76	1,09	0,04
klinická onkológia	13,2	33,4	58,5	88,1	170,1	41,5	2,18	0,39	0,06
lekárska genetika	251,0	496,5	983,1	1479,0	1677,6	991,9	1,77	0,41	0,47
ostatné							16,69	4,70	1,18
náklady nepriradené k špecializácii							6,44		
<b>Spolu</b>							<b>63,48</b>	<b>13,75</b>	<b>3,78</b>

Zdroj: eHealth, MF SR

**Tabuľka: Distribúcia nákladov na laboratórne vyšetrenia podľa odborností (v eurách), ich úhrada a kvantifikácia úspor (v mil. eur) pre kohortu 62 a viac rokov**

špecializácia	25%	50%	75%	90%	99%	priemer	suma úhrad	úspora na úr.75%	úspora na úr.90%
vnútorné lekárstvo	6,9	13,2	23,8	48,8	132,4	33,9	16,50	7,73	3,90
všeobecné lekárstvo	5,8	8,4	11,2	15,8	31,4	9,3	7,76	0,94	0,35
hematológia a transfuziológia	39,3	72,8	127,9	249,4	496,9	90,7	6,29	1,25	0,50
chirurgia (+JZS)	3,2	7,5	18,5	39,9	113,7	20,4	4,78	2,20	1,04
klinická onkológia	17,9	37,8	56,3	92,6	184,1	46,6	3,90	0,76	0,29

diabetológia, poruchy látk. premeny a výživy	11,4	16,4	23,5	29,4	50,3	17,7	3,68	0,29	0,10
gastroenterológia (+JZS)	24,3	36,1	55,4	92,1	148,5	48,3	3,59	0,74	0,25
endokrinológia	16,4	20,8	29,7	39,6	93,7	22,9	3,07	0,34	0,17
urológia (+JZS)	9,3	12,8	19,0	35,9	90,4	19,7	3,04	0,92	0,46
nefrológia	16,1	28,9	55,1	84,6	209,7	42,4	2,87	0,47	0,19
ostatné							23,73	8,27	3,55
náklady nepriradené k špecializácii							7,31		
<b>Spolu</b>							<b>86,52</b>	<b>23,92</b>	<b>10,80</b>

Zdroj: eHealth, ÚHP

## Príloha 4 Zoznam skratiek

<b>ADOS</b>	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti	<b>PCG</b>	Pharmacy-based Cost Group – skupiny, ktoré prezentujú chorobnosť poistencov
<b>ATC</b>	Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém	<b>PET</b>	Pozitronová emisná tomografia
<b>COFOG</b>	Klasifikácia výdavkov verejnej správy podľa funkcie	<b>PPP</b>	Parita kúpnej sily
<b>CRP</b>	Centrálny register poistencov	<b>QALY</b>	Rok života štandardizovanej kvality
<b>CT</b>	Počítačová tomografia	<b>RLP</b>	Rýchla lekárska pomoc
<b>CZ</b>	Česká republika	<b>RTG</b>	Röntgen
<b>ČR</b>	Česká republika	<b>RVS</b>	Rozpočet verejnej správy
<b>DDD</b>	Denná definovaná dávka	<b>RZP</b>	Rýchla zdravotná pomoc
		<b>RZZP</b>	Ročné zúčtovanie zdravotného poistného
<b>DRG</b>	Diagnosis-Related Groups - platba za diagnózu	<b>S</b>	Skutočnosť
<b>DZS</b>	Dopravná zdravotná služba	<b>SK</b>	Slovensko
<b>EAO</b>	Ekonomicky aktívne obyvateľstvo	<b>SÚKL</b>	Státni ústav na kontrolu liečiv
<b>EÚ</b>	Európska únia	<b>SVLZ</b>	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
<b>FaUN</b>	Fakultné a univerzitné nemocnice	<b>ŠAS</b>	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
<b>FR SR</b>	Finančné riaditeľstvo Slovenskej republiky	<b>ŠÚ SR</b>	Štatistický úrad Slovenskej republiky
<b>HDP</b>	Hrubý domáci produkt	<b>ŠZM</b>	Špeciálny zdravotnícky materiál
<b>HPI</b>	Health Policy Institute	<b>ÚDZS</b>	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
<b>IFP</b>	Inštitút finančnej politiky	<b>ÚHP</b>	Útvar hodnoty za peniaze
<b>JIS</b>	Jednotka intenzívnej starostlivosti	<b>UK</b>	Spojené kráľovstvo
<b>JZS</b>	Jednodňová zdravotná starostlivosť	<b>UNB</b>	Univerzitná nemocnica Bratislava
<b>LSPP</b>	Lekárska služba prvej pomoci	<b>ÚPS</b>	Ústavná pohotovostná služba
<b>MF SR</b>	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	<b>ÚVZ SR</b>	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
<b>MO SR</b>	Ministerstvo obrany Slovenskej republiky	<b>UZP</b>	Úhrada zdravotnej poisťovne
<b>MR</b>	Magnetická rezonancia	<b>V3</b>	Krajiny Vyšehradskej štvorky bez SR
<b>MV SR</b>	Ministerstvo vnútra	<b>VAS</b>	Všeobecná ambulantná starostlivosť
<b>MZ SR</b>	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	<b>VŠZP</b>	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
<b>NCZI</b>	Národné centrum zdravotníckych informácií	<b>VZP</b>	Verejné zdravotné poistenie
<b>NL</b>	Holandsko	<b>WHO</b>	Svetová zdravotnícka organizácia
<b>NPC</b>	Scenár nezmenených politík	<b>ZFT</b>	Základný funkčný typ
<b>OECD</b>	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj	<b>ZP</b>	Zdravotná poisťovňa
<b>OS</b>	Očakávaná skutočnosť	<b>ZS</b>	Základný scenár
<b>OS ZZS</b>	Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby	<b>ZS</b>	Zdravotná poisťovňa
<b>p.b.</b>	percentuálny bod	<b>ZZS</b>	Záchranná zdravotná služba

## Príloha 5 Prehľad vybraných<sup>74</sup> projektov MZ SR

### Transparentné riadenie

- **Ciel':** Eliminácia vzniku nevýhodných zmlúv
- Zriadenie Úradu pre riadenie podriadených organizácií v rámci MZ SR (zriaďovateľská činnosť, kontroľovanie a obstarávanie, implementácia projektov)
- Zber, kompilácia a analýza dát - parametrov prevádzkových zmlúv MZ SR podriadených organizácií.
- Benchmarking parametrov prevádzkových zmlúv MZ SR podriadených organizácií.
- Nastavenie maximálnych hodnôt parametrov prevádzkových zmlúv v MZ SR podriadených organizáciách
- **Termín:** 31.10.2016

### Záchranná zdravotná služba – efektívnosť

- **Ciel':** Zefektívnenie záchranej zdravotnej služby, meranie a zverejňovanie indikátorov kvality, zlepšovanie dojazdových časov
- Analýza súčasnej siete ZZS (z pohľadu dostupnosti, vyťaženia, efektívnosti, nákladovosti a aj vo väzbe na ústavnú zdravotnú starostlivosť a možné rozdiely medzi mestskými a vidieckymi aglomeráciami).
- **Termín:** 30.09.2016 (analytická fáza)
- Návrh podmienok na zefektívnenie siete ZZS (personálne zabezpečenie a kompetencie, minimálne materiálne-technické vybavenie) pri zachovaní geografickej dostupnosti
- Návrh zapojenia DZS do sekundárnych prevozov prostredníctvom OSSR (operačného strediska SR)
- Transport z ústavného zariadenia do domáceho ošetrovania
- **Termín:** 31.01.2017 (návrh riešenia)

### Model kompetencií

- **Ciel':** Zvyšovanie atraktivity zamestnania v zdravotníckom povolani
- Podpora a presadzovanie odmeňovania zdravotníckych pracovníkov na základe zásluhového princípu.
- Definovanie kompetencií zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych povolaniach na základe obsahu a rozsahu získaného vzdelania pre potrebu poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- Návrh na prehodnotenie legislatívne upravených kompetencií pre nelekárske zdravotnícke povolanie: sestry, pôrodná asistentka, zdravotnícky záchranár, rádiologický technik, zubný technik, dentálna hygienička.
- Návrh možnosti úpravy minimálnych miezd pre jednotlivé kompetenčné stupne a zvýšenie atraktivity povolania zdravotníckych pracovníkov (napr. aj zlepšenie postavenia sestier).
- **Termín:** 31.12.2017

### Rezidentský program

- **Ciel':** Vytvorenie trvalo udržateľného, efektívneho a pružného systému propacientsky orientovanej, dostupnej a bezpečnej všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- **Termín:** 4. kvartál 2017

<sup>74</sup> Príloha uvádza iba vybrané projekty MZ SR z celkového počtu projektov 26.



### Platby a doplatky

- **Ciel':** Zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov a vytvorenie systému viacdrojového financovania. Garancia a podpora pre dôstojný a bezplatný prístup sociálne najslabších a znevýhodnených občanov.
- **Východiská:** Nejasné pravidlá pri vyberaní úhrad od poistencov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Nadmerná návštevnosť ambulantných zdravotníckych zariadení (nadmerná záťaž kapacít a dlhé čakacie doby na vyšetrenie).
- Návrh pravidiel a rozsahu pre poplatky (objednávanie, rovnaký prístup, spravodlivosť a podpora pre najslabšie skupiny) (PVV)
- Vytvorenie zoznamu zdravotných výkonov, stanovenie výšky úhrady za služby, zadefinovanie novej služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spresnenie povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a s tým súvisiacich sankcií za ich porušenie.
- Sprehľadnenie poplatkov súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou sa predpokladá zníženie počtu nepotrebných návštev u lekára s následným pozitívnym dopadom na čakacie lehoty a optimalizáciu počtu vyšetrení.
- **Termín:** 27.10.2016