



Ministerstvo financií
Slovenskej republiky



Ministerstvo zdravotníctva SR

Revízia výdavkov na zdravotníctvo

Priebežná správa

júl 2016



Obsah

Úvod a zhrnutie	4
1. Ciele revízie výdavkov v zdravotníctve	7
2. Výdavky na zdravotníctvo	9
2.1 Rozpočtovanie výdavkov verejného zdravotného poistenia	11
3. Oblasť revízie	13
3.1 Lieky, zdravotné pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál	13
3.2 Zdravotnícke zariadenia	16
3.3 Rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia	18
3.4 Záchranky a doprava	18
3.5 Zdravotnícki pracovníci	19
3.6 Návštevy lekára	20
3.7 Zdravotné poisťovne a systém verejného zdravotného poistenia	21
4. Dostupnosť dát pre revíziu výdavkov v zdravotníctve	23
4.1 Agregátne údaje pre medzinárodné porovnanie	23
4.2 Detailné údaje pre analýzy	23
Príloha 1 Výdavky na zdravotnú starostlivosť	24
Príloha 2 Pripravované projekty Ministerstva zdravotníctva SR	25

Zoznam grafov a tabuliek

Graf 1: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)	4
Graf 2: Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100 000 obyvateľov)	4
Graf 3: Priemerný rast výdavkov verejnej správy (v %)	9
Graf 4: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)	9
Graf 5: Očakávaná dĺžka života žien pri narodení	10
Graf 6: Efektívnosť zdravotných systémov (v rokoch*)	10
Graf 7: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP)	10
Graf 8: Index závislosti (pomer populácia 65+ k aktívnej populácii 15 – 64)	10
Graf 9: Výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky vydané v lekárňach (USD, na obyvateľa)	13
Graf 10: Spotreba liekov (definované denné dávky na 1000 obyvateľov/deň)	13
Graf 11: Spotreba generík (podiel celkových výdavkov na lieky uhrádzaných z VZP)	15
Graf 12: Spotreba generík (podiel celkovej spotreby liekov uhrádzaných z VZP)	15
Graf 13: Rast úhrad zdravotného poistenia a spotreba ŠZM	15
Graf 14: Odhad vplyvu zmeny systému úhrad za ŠZM (v mil. eur)	15
Graf 15: Záväzky fakultných a univerzitných nemocníc (v mil. eur)	16
Graf 16: Využitie akútnych lôžok (v %)	16
Graf 17: Počet hospitalizácií (na 100 000 obyvateľov)	16
Graf 18: Priemerná dĺžka hospitalizácie (počet dní)	16
Graf 19: Výdavky na laboratória a zobrazovacie vyšetrenia (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)	18
Graf 20: Počet CT vyšetrení (na 1000 obyvateľov)	18
Graf 21: Výdavky na prepravu a záchranky (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)	19
Graf 22: Výdavky na prepravu a záchranky z verejných zdrojov (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)	19
Graf 23: Počet sestier (na 1000 obyvateľov)	19
Graf 24: Príjem nemocničných zdravotných sestier (násobok priemernej mzdy)	19
Graf 25: Počet lekárov podľa špecializácií v roku 2007 a lekárov na Slovensku v roku 2016 (na 1000 obyvateľov)	20
Graf 26: Príjem všeobecných lekárov – zamestnanci (násobok priemernej mzdy)	20
Graf 27: Počet návštev u lekára (na obyvateľa)	21
Graf 28: Vplyv zavedenia poplatkov za návštevu u lekára	21
Graf 29: Výdavky na administratívu a poistenie (v % HDP)	21
Tabuľka 1: Zdroje zdravotníctva po zohľadnení šetrenia a nevyhnutných investícií (v mil. eur)	7
Tabuľka 2: Verejné zdravotné poistenie (mil. eur)	11
Tabuľka 3: Členenie výdavkov VZP na zdravotnú starostlivosť (v tis. eur)	24

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, ktoré spolu predstavujú viac ako 40 % výdavkov verejnej správy zo štátneho rozpočtu. 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 dlhodobo udržateľným spôsobom.

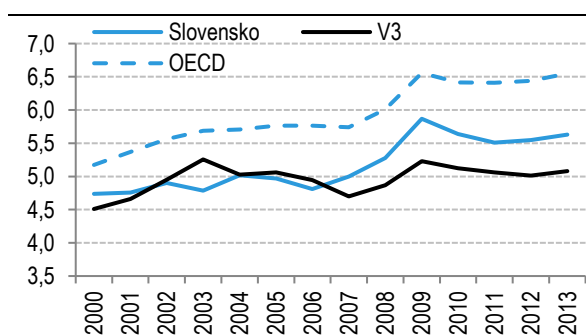
Priebežná správa identifikuje oblasti, kde existuje najväčší priestor na zlepšenie efektívnosti. Finálna správa následne rozpracuje načrtnuté otázky, jej súčasťou budú opatrenia s akčným plánom ich plnenia. Vláda schváli revíziu spolu s rozpočtom verejnej správy do 15. októbra.

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.

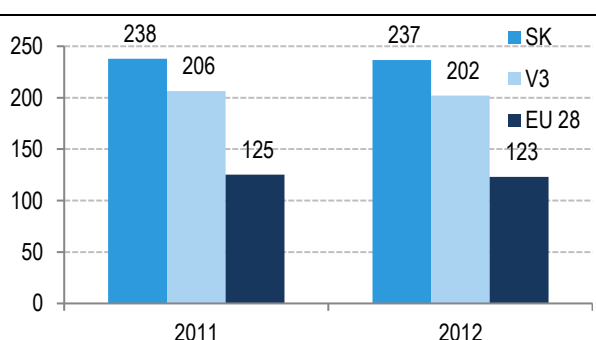
Revízia výdavkov na zdravotníctvo v objeme 5,3 % HDP (4 484 mil. eur) ročne sa zameria na možné úspory predovšetkým vo výdavkoch na zdravotnú starostlivosť. Identifikuje tým zdroje potrebné na nevyhnutné a zároveň efektívne investície do lôžkových zariadení (633 mil. eur za 4 roky). Tempo rastu celkových výdavkov na zdravotníctvo na najbližšie štyri roky pritom nepresiahne tempo rastu cien v ekonomike.

Graf 1: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)



Zdroj: OECD

Graf 2: Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100 000 obyvateľov)



Zdroj: Eurostat

Slovensko dáva na zdravotníctvo viac ako okolité krajiny, vo výsledkoch však zaostáva. Česko, Poľsko a Maďarsko dosahujú v priemere o 15 % nižšiu úmrtnosť odvrátiteľnú systémom zdravotnej starostlivosti. Cieľom je znížiť počet odvrátiteľných úmrtí na úroveň priemeru Česka, Maďarska a Poľska (krajiny V3).

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 %.

Revízia v oblasti zdravotníctva sa zameriava na nasledovné oblasti s významným priestorom pre zvýšenie efektívnosti výdavkov – zvýšenie hodnoty za peniaze:

1. Lieky, zdravotnícke pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál – Slovensko má jedny z najnižších cien liekov v EÚ, no v prepočte na obyvateľa dáva na lieky viac než okolité krajiny. Zatiaľ čo Česko, Poľsko a Maďarsko dali v roku 2013 na lieky a zdravotné tovary vydané v lekárňach v prepočte na obyvateľa 465 USD, na Slovensku výdavky dosiahli 719 USD (verejné i súkromné zdroje). Predbežná analýza identifikovala priestor pre zvýšenie hodnoty za peniaze v nasledujúcich okruhoch:

- *Vysoká spotreba liekov* – Slovensko spotrebuje viac liekov než Česká republika či priemer krajín OECD. Ak by dosiahlo úroveň spotreby Českej republiky, celkové výdavky na lieky by klesli približne o 137 – 197 mil. eur (verejné aj súkromné výdavky). Revízia sa zameria na identifikáciu štandardného predpisovania a kvantifikáciu neštandardného predpisovania (príčinou môže byť slabý manažment pacienta, duplicitné predpisovanie, podvody).
- *Nákladovo neefektívne lieky* – časť liekov kategorizovaných podľa pravidiel platných pred decembrom 2011 nespĺňa zákonnú podmienku nákladovej efektívnosti. Predbežná analýza identifikovala 147 liekov kategorizovaných podľa starých pravidiel, v roku 2015 náklady na ne dosiahli 283 mil. eur. Cieľom je zvýšiť hodnotu za peniaze prostredníctvom vyradenia nákladovo neefektívnych liekov z kategorizácie alebo znížením ich úhrad. Predbežná analýza štyroch z najnákladnejších liekov ukázala, že nie sú nákladovo efektívne a ich vyradením možno zvýšiť efektívnosť úhrad až o 35 mil. eur z celkových ročných nákladov 60 mil. eur.
- *Generické lieky* – zvyšovanie podielu generík na celkovej spotrebe liekov prináša úsporu pacientom. Poisťovne totiž uhrádzajú lieky do výšky najlacnejšej alternatívy, zvyšok dopláca pacient. Slovensko má v porovnaní s priemerom krajín OECD vysoký podiel generík na celkových výdavkoch na lieky, dlhodobo však klesá (od roku 2000 o 10 %). Predbežná analýza ukazuje, že zvýšením podielu generík na vydaných liekoch by pacienti mohli na doplatkoch ušetriť ročne 32 mil. eur.
- *Neefektívny systém úhrad špeciálneho zdravotníckeho materiálu (ŠZM; napríklad kĺby)* – úhrada zo zdravotného poistenia za ŠZM za posledné dva roky vzrástla o 63 % (z 85 na 139 mil. eur ročne). Obmedzením úhrady za ŠZM iba do výšky najlacnejšej alternatívy v rámci funkčnej kategórie možno znížiť úhrady zo zdravotného poistenia o približne 29 – 47 mil. eur ročne.

2. Zdravotnícke zariadenia – nemocnice sa aj po viacerých kolách oddlžovania štátom naďalej zadlžujú. V prvom štvrtroku 2016 dosiahli záväzky 13 najväčších nemocníc MZ SR 567 mil. eur. Podmienkou ďalšieho oddlžovania je zefektívnenie hospodárenia nemocníc.

Fungovanie nemocníc bude potrebné zásadne zefektívniť. Len v Univerzitnej nemocnici v Bratislave je možné podľa odhadov z roku 2013 zefektívniť prevádzku približne o 14 % (16,1 mil. eur) a nákupy o 20 % (15,2 mil. eur), najmä nákupy ŠZM a liekov. V rámci revízie bude kvantifikovaný priestor pre zvýšenie efektívnosti prevádzky a nákupov minimálne 13 najväčších nemocníc MZ SR.

3. Rádiodiagnostika a laboratóriá – pri nákladoch na úrovni priemeru krajín V3 (Česko, Maďarsko a Poľsko) by Slovensko na rádiodiagnostiku a laboratóriá dávalo ročne o 151 mil. eur menej. Revízia sa zameria na benchmarking jednotkových úhrad v týchto oblastiach.

4. Preprava pacientov a záchranky – medzinárodné porovnanie údajov OECD naznačuje, že aj na prepravu pacientov a záchranky dáva Slovensko v prepočte na obyvateľa skoro dvakrát toľko, čo priemer ostatných krajín

V4, takmer polovicu nákladov ale pravdepodobne tvoria platby pacientov. Revízia sa zameria na porovnanie jednotkových nákladov na záchranku a dopravu.

5. Zdravotnícki pracovníci – v porovnaní s krajinami EÚ a OECD je na Slovensku málo zdravotných sestier, ich počet ďalej klesá. Revízia sa zamiera na porovnanie počtu, nákladovosti a povinností zdravotných sestier na Slovensku a v zahraničí. Cieľom je zistiť, či by zvýšenie počtu sestier a ich ohodnotenia mohlo zvýšiť efektívnosť výdavkov, ak by sa súčasne rozšíril rozsah výkonov, ktoré vykonávajú.

V porovnaní s krajinami EÚ a OECD má Slovensko nižší počet všeobecných lekárov a viac špecialistov. Cieľom revízie bude identifikovať priestor pre zvýšenie efektívnosti výdavkov posilnením kompetencií všeobecných lekárov.

6. Návštevy lekára – Slováci navštevujú lekára častejšie ako ľudia v EÚ v priemere (11 vs. 7 návštev ročne). Cieľom je identifikovať potenciál pre zvýšenie efektívnosti výdavkov prostredníctvom poklesu množstva návštev u lekára.

7. Zdravotné poisťovne a systém verejného zdravotného poistenia – systém verejného zdravotného poistenia nevytvára tlak na efektívnosť poisťovní, ani neprináša úspory z rozsahu. Na fungovanie poisťovní dáva Slovensko viac ako iné krajiny, v minulých rokoch tiež došlo k tvorbe vysokého zisku. Cieľom revízie je identifikovať priestor pre zvýšenie efektívnosti systému zdravotného poistenia prostredníctvom obmedzenia administratívnych nákladov a prehodnotenia ziskov poisťovní.

Pre úspešnú revíziu výdavkov je dôležité viesť diskusiu o celkových zdrojoch v zdravotníctve a účeloch ich použitia, nielen o platbe za poistencov štátu.

MZ SR si uvedomuje dôležitosť revízie a pri identifikovaní opatrení spolupracuje s MF SR a inými partnermi. Pre mnohé odporúčania sú relevantné prebiehajúce projekty. Aktuálny prehľad plánovaných a už začatých projektov a opatrení MZ SR, ktoré sa týkajú oblastí identifikovaných v revízii, je obsiahnutý v prílohe 2.

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, ktoré majú **umožniť tlmenie rastu výdavkov na zdravotníctvo na úroveň rastu inflácie**. Súčasný vývoj zdrojov v zdravotníctve odzrkadľuje tzv. základný scenár. Ten predpokladá do roku 2020 rast výdavkov na 5,3 mld. eur. Návrh rozpočtu na roky 2017 – 2019 počíta s nižšími výdavkami. Je však potrebné upresniť opatrenia pre tlmenie rastu výdavkov a znížiť tak riziko zvyšovania záväzkov subjektov v zdravotníckom systéme.

Revízia výdavkov, vyjadrená scenárom Hodnoty za peniaze, identifikuje opatrenia, ktoré umožnia tlmenie rastu výdavkov na úroveň inflácie. Výdavky na zdravotníctvo by tak mali **byť v porovnaní s návrhom rozpočtu na rok 2017 o 54 mil. eur nižšie** (za roky 2017 – 2019 je to celkom o 667 mil. eur menej). Do roku 2020 by výdavky dosiahli úroveň 4,7 mld. eur. Súčasne revízia identifikuje prostriedky na nevyhnutné a efektívne investície do infraštruktúry nemocníc vo výške 633 mil. eur do roku 2020 financované zo zdrojov v zdravotníctve.

Výsledkovým cieľom revízie je znížiť do roku 2020 počet úmrtí odvrátiteľných zdravotnou starostlivosťou na úroveň priemeru Česka, Poľska a Maďarska (o 15 %).

Odvratiteľná úmrtnosť (avoidable mortality) predstavuje počet úmrtí (pre špecifické vekové skupiny a špecifické ochorenia zadefinované v ICD klasifikácii),¹ 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 zdravotníctva ovplyvňujúcimi správanie a životný štýl, sociálno-ekonomický status a podmienky životného prostredia.

Tabuľka 1: Zdroje zdravotníctva po zohľadnení šetrenia a nevyhnutných investícií (v mil. eur)

	2015 S	2016 OS	2017 ZS	2018 ZS	2019 ZS	2020 ZS
Zdroje v zdravotníctve – základný scenár	4 325	4 362	4 484	4 731	5 021	5 269
Zdroje v zdravotníctve – scenár Hodnoty za peniaze	4 325	4 362	4 421	4 508	4 613	4 717
<i>Potrebné opatrenia (šetrenie oproti ZS)*</i>			63	223	408	552
Zdroje v zdravotníctve – RVS			4 474	4 722	5 013	
<i>Rozdiel (Hodnota za peniaze – RVS)</i>			-54	-213	-400	
Investície do fakultných nemocníc, zo zdrojov zdravotníctva					Spolu 633	

Zdroj: MF SR, IFP

* Očakávané úspory, hlavne v oblasti nadspotreby liekov, vychádzajú z medzinárodných benchmarkov a ich realizácia môže byť z dôvodu komplexnosti problematiky posunutá v čase.

Box 1: Základný scenár – metodika

Zostavenie základného scenára (ZS) vychádza z manuálu MF SR pre Scenár nezmenených politík (NPC manuál). NPC je scenár vývoja verejných financií za predpokladu, že by vláda resp. parlament neprijímali žiadne opatrenia a ich vývoj by bol podmienený len makroekonomickým vývojom a existujúcimi politikami vrátane účinnej legislatívy.

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

Predpoklady pre zostavenie ZS:

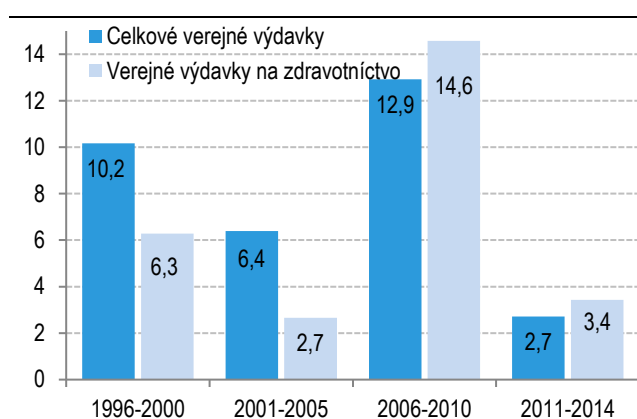
- Zdroje v zdravotníctve a výdavky kapitoly MZ SR
 - odvody od EAO sa preberajú z aktuálnej prognózy daňového výboru
 - platba za poistencov štátu sa indexuje rastom prislúchajúcej priemernej mzdy dva roky dozadu a zmenou počtu poistencov štátu, pričom východiskovú bázu je potrebné očistiť o jednorazové opatrenia (ako napríklad oddlžovanie nemocníc, zvyšovanie plátov a pod., ktoré sú financované platbou za poistencov štátu iba prechodne cez zvýšenie základnej sadzby)
 - príspevky na činnosť iných organizácií v zdravotníctve (napr. NCZI, OS ZZS a pod.) sa upravujú rovnako ako bežné transfery podľa manuálu NPC
 - výdavky kapitoly sa upravujú príslušným indexom, podľa toho, či sa jedná o výdavky na mzdy, tovary služby, dotácie a transfery alebo kapitálové výdavky (viac manuál NPC)
- Prijmy VZP
 - odvody od EAO sa preberajú z aktuálnej prognózy daňového výboru
 - platba za poistencov štátu sa indexuje rastom prislúchajúcej priemernej mzdy dva roky dozadu a zmenou počtu poistencov štátu, pričom východiskovú bázu je potrebné očistiť o jednorazové opatrenia (ako napríklad oddlžovanie nemocníc, zvyšovanie plátov a pod., ktoré sú financované cez platby za poistencov štátu iba prechodne cez zvýšenie základnej sadzby)
 - ostatné príjmy VZP sa indexujú príslušným indexom podľa ich ekonomickej klasifikácie
- Výdavky VZP
 - výdavky poistenia sa vyvíjajú podľa rastu daňových príjmov VZP
 - ostatné výdavky sa upravujú príslušným indexom na základe ekonomickej klasifikácie (viac manuál NPC)
 - príspevky na činnosť iných organizácií v zdravotníctve (napr. NCZI, OS ZZS a pod.) sa upravujú rovnako ako výdavky verejného zdravotného poistenia súvisiace s poistením, nakoľko ich výška priamo závisí od výšky daňových príjmov jednotlivých poisťovní.

2. Výdavky na zdravotníctvo

Verejné výdavky Slovenska na zdravotníctvo v posledných rokoch rástli rýchlejšie ako celkové verejné výdavky. Priemerné tempo rastu verejných výdavkov na zdravotníctvo² 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.

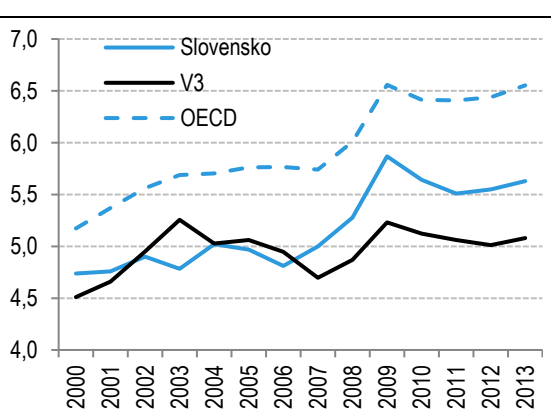
Slovensko dáva na zdravotníctvo väčší podiel HDP ako je priemer krajín V3, vo výsledkoch však zaostáva. Podľa OECD boli v roku 2013 verejné výdavky Slovenska na zdravotníctvo 5,6 % HDP, čo je o 0,5 p.b. viac ako priemer krajín V3. Zároveň tieto krajiny dosiahli v priemere o 15 % nižšiu úmrtnosť odvrátiteľnú systémom zdravotnej starostlivosti (ročne o 1890 menej úmrtí v prepočte na slovenskú populáciu) a ich obyvatelia sa dožívajú vyššieho veku (očakávaná dĺžka života žien je o päť mesiacov vyššia, mužov o šesť mesiacov vyššia).

Graf 3: Priemerný rast výdavkov verejnej správy (v %)



Zdroj: Eurostat

Graf 4: Verejné výdavky na zdravotníctvo (v % HDP)



Zdroj: OECD

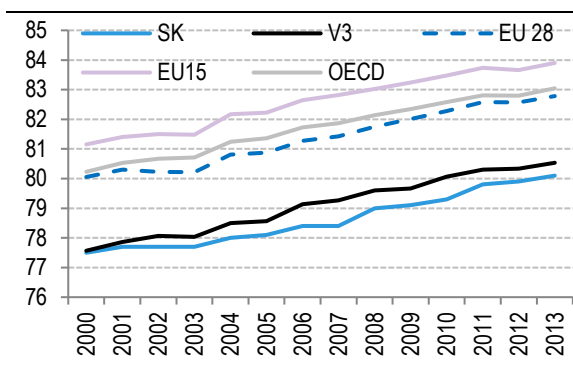
Jednou z príčin je nízka efektívnosť slovenského zdravotníctva v porovnaní s OECD a krajinami V3. Ak by bola efektívnosť³ slovenského zdravotníctva na úrovni priemeru OECD, očakávaná dĺžka života by sa predĺžila o 3 mesiace, alebo by Slovensko pri nižších výdavkoch (o 8 %) mohlo dosiahnuť rovnakú dĺžku života. Ak by bolo slovenské zdravotníctvo efektívne ako priemer EU 20⁴ 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 %.

² 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.

³ 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 <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=8789>.

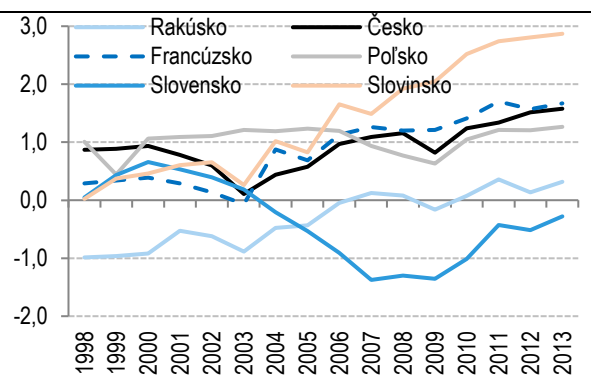
⁴ Chýbajú údaje za Bulharsko, Cyprus, Chorvátsko, Írsko, Litvu, Lotyšsko, Malta a Rumunsko.

Graf 5: Očakávaná dĺžka života žien⁵ pri narodení



Zdroj: OECD

Graf 6: Efektívnosť zdravotných systémov (v rokoch*)

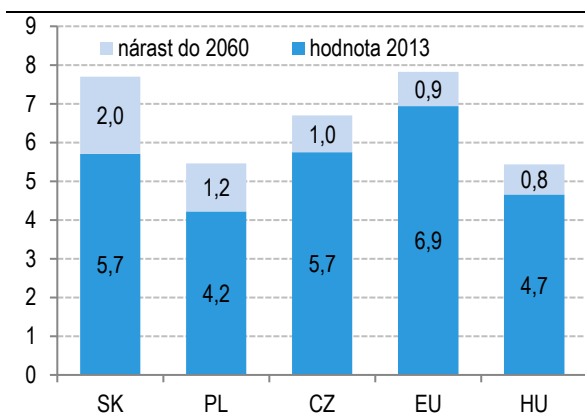


Zdroj: IFP podľa OECD

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

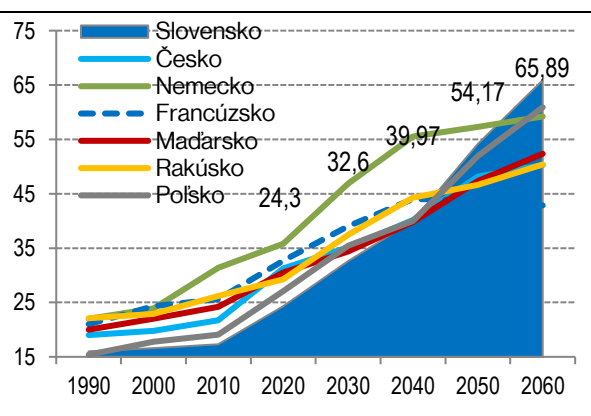
Podľa aktuálnej prognózy Európskej komisie výdavky na zdravotníctvo na Slovensku porastú ako tretie najrýchlejšie v EÚ. Podľa scenára Pracovnej skupiny pre starnutie obyvateľstva EÚ⁶ majú slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo do roku 2060 vzrásť o ďalšie 2 % HDP na 7,7 % HDP. Výdavky na Slovensku 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, rastúci počet nákladnejších starších ich výrazne zvyšuje.

Graf 7: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP)



Zdroj: AWG 2015

Graf 8: 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) vynaložili 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, 1,7 % 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 %), jednodňovú zdravotnú starostlivosť (30,3 %) a domy ošetrovateľskej starostlivosti. Naopak poklesli výdavky na špecializovanú

⁵ 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).

⁶ Working Group on Ageing Populations and Sustainability, AWG

ambulantnú starostlivosť vrátane liekov typu A (-3,7 %) a dialýzy (-1,5 %). Vývoj výdavkov v jednotlivých oblastiach od roku 2013 bližšie popisuje tabuľka v prílohe 1.

Tabuľka 2: Verejné zdravotné poistenie (mil. eur)

	2013 S*	2014 S*	2015 S*	2016 OS*
Príjmy spolu	3 944,63	4 020,51	4 273,60	4 299,72
Daňové príjmy	3 912,70	3 990,09	4 237,25	4 269,15
EOA	2 616,02	2 778,55	2 888,25	2 918,83
Poistenci štátu	1 276,83	1 211,53	1 348,86	1 350,32
Granty a transfery	0,06	0,02	0,03	0,15
Nedaňové príjmy	31,93	30,42	46,33	30,42
Výdavky spolu	3 927,07	4 087,85	4 214,40	4 304,02
Výdavky poistenia na ZS z toho	3 672,27	3 882,15	3 995,51	4 079,04
<i>Lekárska starostlivosť</i>	999,05	1 042,01	1 077,08	1 099,60
<i>Ambulantná starostlivosť</i>	1 448,01	1 567,15	1 616,07	1 649,85
<i>v tom: všeobecná ambulantná</i>	264,06	276,42	293,29	299,42
<i>špecializovaná amb. starostlivosť</i>	1 108,02	1 207,51	1 232,99	1 258,76
<i>Ústavná starostlivosť</i>	1 084,23	1 175,39	1 245,86	1 271,91
<i>v tom: vš. nemocnice</i>	769,33	836,60	890,12	908,72
<i>špec. nemocnice</i>	156,32	174,15	182,98	186,81
<i>ZS poskytnutá cudzincom, v cudzine, bezdomovcom, utečencom, neodkl. ZS</i>	24,90	31,20	36,01	36,76
<i>Ostatné</i>	116,08	66,39	20,48	20,91
Úhrada za správu VZP	45,61	50,24	47,47	59,15
Ostatné výdavky	111,81	116,92	126,99	139,58
mzdy	41,50	43,95	46,18	46,24
tovary a služby	22,33	27,58	29,77	33,76
bežné transfery z toho	43,57	40,58	46,93	51,58
Príspevky na činnosť UDZS, NCZI, OS ZZS	42,94	39,97	46,15	48,43
Ostatné	0,63	0,61	0,78	3,15
kapitálové výdavky	4,41	4,81	4,11	8,01

Zdroj: MF SR, IFP, ÚDZS

Poznámky: Tabuľka dopĺňa údaje MF SR o hospodárení VZP o údaje ÚDZS 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.

*S – skutočnosť, OS – očakávaná skutočnosť

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, tá sa určuje ako násobok sadzby, vymeriavacieho základu a predpokladaného počtu poistencov štátu. Platba štátu predstavuje zdravotné odvody za vybrané skupiny obyvateľov (deti, študenti, dôchodcovia, atď.),⁷ ktoré do zdravotných poisťovní uhrádza štát. Podľa zákona je sadzba za poistencov štátu spravidla 4 % vymeriavacieho základu, ktorým je priemerná mzda dva roky predchádzajúci bežnému roku. Dlhodobo prebieha politická diskusia o tom, či je táto sadzba adekvátna a v minulosti sa opakovane upravovala.

⁷ Presné zadefinovanie poistencov štátu v zákone č. 580/2004 Z. z.

Z pohľadu rozpočtového procesu sa však nediskutuje 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 zvyknú 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 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. Súčasnou ambíciou je opätovná zmena diskusie z „platby za poistencov štátu“ na diskusiu o celkových potrebných zdrojoch v zdravotníctve a ich použití na nákup zdravotnej starostlivosti na úrovni jednotlivých oblastí, ako sa uvádza v prílohe 1.

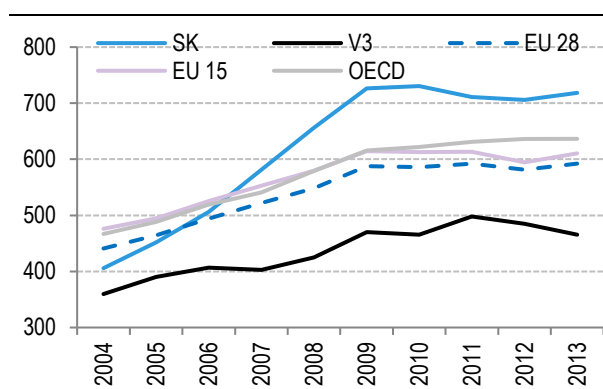
3. Oblasti revízie

Oblasti s významným priestorom pre zvýšenie efektívnosti výdavkov – zvýšenie hodnoty za peniaze v zdravotníctve – boli identifikované najmä na základe medzinárodného porovnania dát OECD⁸ a údajov o hospodárení poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

3.1 Lieky, zdravotné pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál

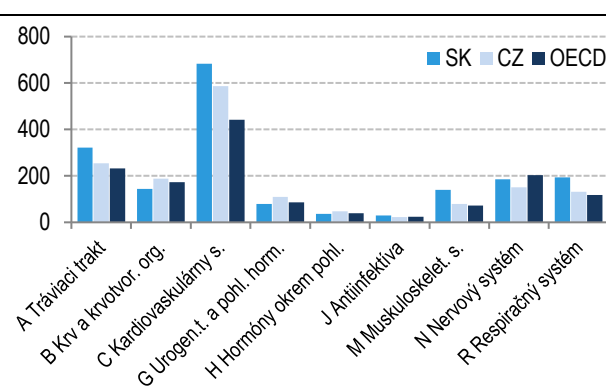
Slovensko má jedny z najnižších cien liekov v EÚ, no v prepočte na obyvateľa dáva na lieky viac než okolité krajiny. Zatiaľ čo Česko, Poľsko a Maďarsko dali v roku 2013 na lieky a zdravotnícke pomôcky vydané v lekárňach v prepočte na obyvateľa 465 USD, na Slovensku výdavky dosiahli 719 USD (verejných i súkromných zdrojov). Príčinou môže byť vysoká spotreba i neefektívny systém úhrad zo zdravotného poistenia.

Graf 9: Výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky vydané v lekárňach (USD, na obyvateľa)



Zdroj: OECD

Graf 10: Spotreba liekov (definované denné dávky na 1000 obyvateľov/deň)



Zdroj: OECD

Vysoká spotreba liekov

Slovensko spotrebuje viac liekov než Česká republika či priemer krajín OECD.⁹ V prepočte na definované denné dávky liečiva spotrebujú viac liekov na tráviaci trakt, kardiovaskulárny, nervový, muskuloskeletárny a respiračný systém a viac antiinfektív. Ak by sme dosiahli úroveň spotreby Českej republiky, celkové výdavky na lieky by klesli približne o 137 – 197 mil. eur (verejných aj súkromných výdavkov).¹⁰

Vysokú spotrebu liekov v porovnaní s inými krajinami je možné pripísať i neštandardnej preskripcii. Príčinou neštandardného predpisovania môže byť skutočná medicínska potreba ale i nedostatočný manažment pacienta, duplikácie v predpisovaní, indukovaná preskripcia či iné nezrovnalosti. Revízia výdavkov v oblasti liekov sa preto hlbšie zameria na analýzu spotreby liekov. Z dát o liekoch predpísaných lekármi identifikujeme štandardné vzorce predpisovania a súčasne preskripciu, ktorá je neštandardná (tzv. outliers). Cieľom je kvantifikovať objem neštandardných preskripcií. Podobný postup možno použiť i pre analýzu predpisovania zdravotných pomôcok či výdaj liekov i pomôcok lekárňami.

Nákladovo neefektívne lieky

Pri liekoch kategorizovaných pred decembrom 2011 nebola jasne definovaná podmienka nákladovej efektívnosti a poisťovne uhrádzajú aj lieky, ktoré nie sú nutne nákladovo efektívne. Na Slovensku od decembra 2011 platia

⁸ Kvantifikácie vychádzajú z dostupných údajov OECD, pričom časové rady za jednotlivé krajiny nemusia byť úplné.

⁹ Krajiny OECD, ktoré spotrebu liekov vykazujú rovnakou metódou ako Slovensko (lieky vydané v lekárňach uhrádzané aj neuhrádzané zdravotnými poisťovňami, podávané v nemocniciach a voľno-predajné lieky) – Česká republika, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Grécko, Island, Taliansko, Južná Kórea, Nórsko a Švédsko.

¹⁰ Na základe dát NCZI o celkových výdavkoch na lieky v jednotlivých ATC skupinách, z r. 2013. Dolný interval úspory vychádza z predpokladu, že by Slovensko malo rovnakú spotrebu ako Česká republika vo všetkých ATC skupinách, vrátane tých, kde v súčasnosti dosahuje nižšiu spotrebu. Horný interval úspory predpokladá iba zníženie spotreby v skupinách s vyššou spotrebou oproti Českej republike.

prísne pravidlá pre nákladovú efektívnosť liekov uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia, časť liekov ale túto podmienku nespĺňa. Od decembra 2011 musí každý novo kategorizovaný (štandardne uhrádzaný zdravotnou poisťovňou) liek pacientovi priniesť rok kvalitného života (rok života štandardizovanej kvality, QALY) za úhradu z verejného zdravotného poistenia nie vyššiu ako 24-násobok priemernej mesačnej mzdy.¹¹

Revízia výdavkov sa zameria na identifikáciu liekov, ktoré nespĺňajú podmienku nákladovej efektívnosti. Predbežná analýza identifikovala 147 liekov kategorizovaných podľa starých pravidiel (3,41 % celkového počtu liekov), s úhradou 283 mil. eur v roku 2015.

Cieľom je zvýšiť hodnotu za peniaze prostredníctvom vyradenia nákladovo neefektívnych liekov z kategorizácie alebo znížením ich úhrad. Po predbežnej analýze budú výrobcovia liekov požiadaní o predloženie farmako-ekonomických rozborov s cieľom posúdiť, či konkrétne lieky spĺňajú podmienku nákladovej efektívnosti podľa súčasných pravidiel. Lieky, ktoré nespĺnia podmienku nákladovej efektívnosti, budú z kategorizácie vyradené. Pri všetkých vyradených liekoch existuje nákladovo efektívnejšia alternatíva s nižšími nákladmi pre verejné zdravotné poistenie a pacienta bez negatívneho vplyvu na zdravotný stav.

Predbežná analýza štyroch z najnákladnejších liekov ukázala, že nie sú nákladovo efektívne a ich vyradením z kategorizácie možno zvýšiť efektívnosť úhrad za lieky až o 35 mil. eur z celkových ročných nákladov 60 mil. eur. Výrobcovia, ktorých lieky pri súčasných cenách podmienku nespĺňajú, môžu splnenie podmienky dosiahnuť znížením cien a pri nižšej cene lieky opätovne zaradiť do kategorizácie.

Lieky, ktoré nespĺňajú podmienku nákladovej efektívnosti (často nové, drahé lieky) môžu byť poisťovňami uhradené cez tzv. výnimky. Náklady na lieky na výnimky rastú a podľa odhadov na ne poisťovne v minulom roku vynaložili 31,6 mil. eur. Pre ich schvaľovanie však neexistujú jasné pravidlá. Vyradenie nákladovo neefektívnych liekov z kategorizácie môže spôsobiť zvýšený záujem o výnimky. Vyradenie nákladovo neefektívnych liekov z kategorizácie by preto malo byť sprevádzané stanovením pravidiel pre pridelovanie výnimiek.

Generické lieky

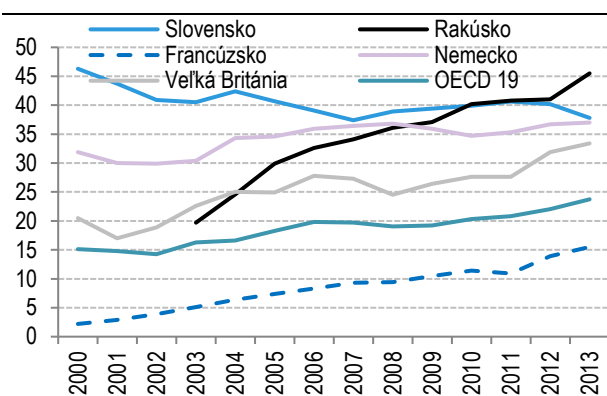
Zvyšovanie podielu generík na celkovej spotrebe liekov prináša úsporu pacientom. Poisťovne uhrádzajú lieky do výšky najlacnejšej alternatívy, zvyšok dopláca pacient. Na základe údajov NCZI o spotrebe liekov za rok 2015 je odhad dodatočnej úspory pacientov na doplatkoch za lieky asi 32 mil. eur. V porovnaní s ostatnými krajinami OECD má Slovensko vysoký podiel generík na celkových výdavkoch na lieky uhrádzané z verejného zdravotného poistenia. Podiel na celkovom množstve je o niečo nižší,¹² stále však nadpriemerný. Napriek dobrým výsledkom v porovnaní s inými krajinami OECD podiel generík na spotrebe liekov na Slovenskú klesá, od roku 2000 poklesol približne o 10 %. 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 liekov¹³ v žiadnej inej krajine okrem Slovenska.

¹¹ Podmienečne na dva roky možno kategorizovať lieky, pri ktorých dodatočné náklady na rok života štandardizovanej kvality nie sú vyššie ako 35-násobok referenčnej priemernej mzdy.

¹² Nižší z dôvodu nízkych cien liekov a menších rozdielov medzi cenami originálnych a generických liekov.

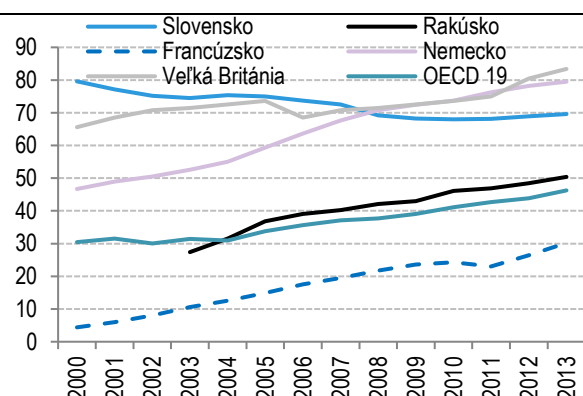
¹³ Uhrádzaných zo systému zdravotného poistenia.

Graf 11: Spotreba generík (podiel celkových výdavkov na lieky uhrádzaných z VZP)



Zdroj: OECD

Graf 12: Spotreba generík (podiel celkovej spotreby liekov uhrádzaných z VZP)



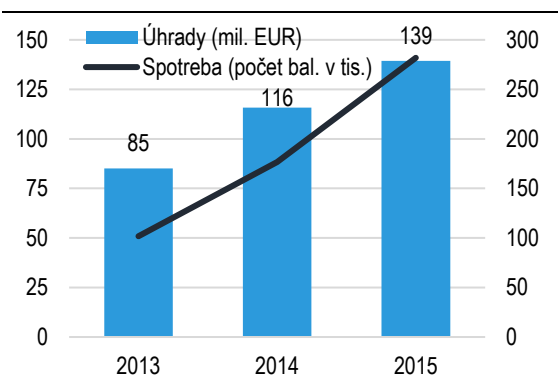
Zdroj: OECD

Neefektívny systém úhrad špeciálneho zdravotníckeho materiálu

V posledných rokoch výrazne rástli náklady na špeciálny zdravotnícky materiál (ŠZM). Podobne ako lieky, je ŠZM triedený do podskupín na základe účelu a funkčných vlastností. Jednotlivé ŠZM by mali byť v rámci podskupín zameniteľné. Na rozdiel od liekov sú všetky ŠZM uhrádzané v plnej výške, nielen do výšky najlacnejšej alternatívy v danej kategórii (základného funkčného typu), ako je tomu pri liekoch alebo ostatných zdravotníckych pomôckach.¹⁴

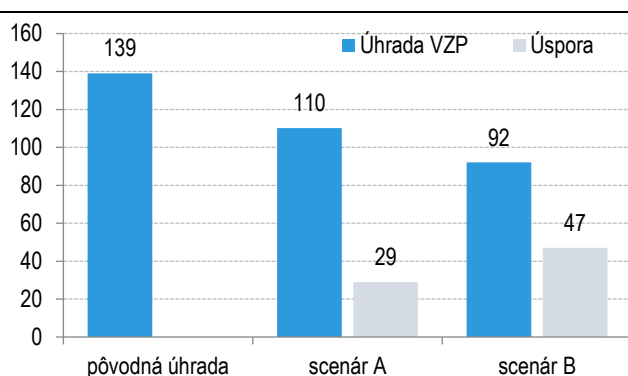
Revízia sa zameria na kvantifikáciu vplyvu zmeny systému úhrad, ak by boli zo zdravotného poistenia ŠZM uhrádzané iba do výšky najlacnejšej alternatívy v každej podskupine. Predbežná analýza ukazuje možný pokles úhrad o 29 – 47 mil. eur ročne.¹⁵ Podobným spôsobom možno preskúmať aj úhrady za inkontinenčné pomôcky, ktoré sa v súčasnosti tiež uhrádzajú do plnej výšky.

Graf 13: Rast úhrad zdravotného poistenia a spotreba ŠZM



Zdroj: NCZI

Graf 14: Odhad vplyvu zmeny systému úhrad za ŠZM (v mil. eur)



Zdroj: NCZI

¹⁴ Výnimkou sú inkontinenčné pomôcky, pre ktoré sa na základe stupňa inkontinencie určí mesačný limit, v rámci ktorého sú uhrádzané tieto pomôcky v plnej výške.

¹⁵ V analýze počítame s dvoma scenármi: 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 a (scenár B) najnižšej skutočnej úhrady v danej podskupine.

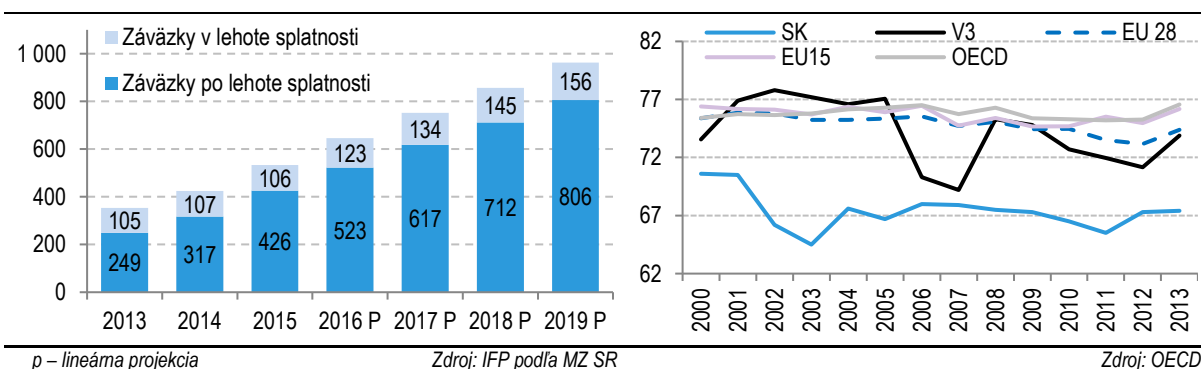
Vychádzali sme zo zoznamu kategorizovaných SZM 1.4.2016 – 30.6.2016 a z údajov o spotrebe SZM za rok 2015 od NCZI. Z údajov o spotrebe sme určili skutočnú priemernú jednotkovú úhradu pre každý SZM. Následne sme pre každú podskupinu určili najnižšiu úhradu podľa scenárov A, B. Ak bola v scenári A skutočná priemerná úhrada nižšia ako najnižšia kategorizovaná úhrada zdravotnej poisťovne, brali sme do úvahy najnižšiu skutočnú priemernú úhradu. V poslednom kroku sme kvantifikovali, o koľko by celková úhrada klesla, ak by platili najnižšie úhrady podľa oboch scenárov.

3.2 Zdravotnícke zariadenia

Napriek niekoľkým kolám oddlžovania štátom nemocniciam naďalej rastú záväzky. V prvom štvrtroku 2016 dosiahli záväzky 13 najväčších nemocníc MZ SR 567 mil. eur (z toho 452 mil. eur záväzky po lehote splatnosti a 115 mil. eur v lehote splatnosti). Zadlžovanie sa v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi v roku 2015 zrýchlilo. Záväzky nemocníc rástli od roku 2011 v priemere o 92 mil. eur ročne. V roku 2014 vzrástli záväzky o 71 mil. eur a v roku 2015 o 108 mil. eur, čo bol najväčší nárast od roku 2011. 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.

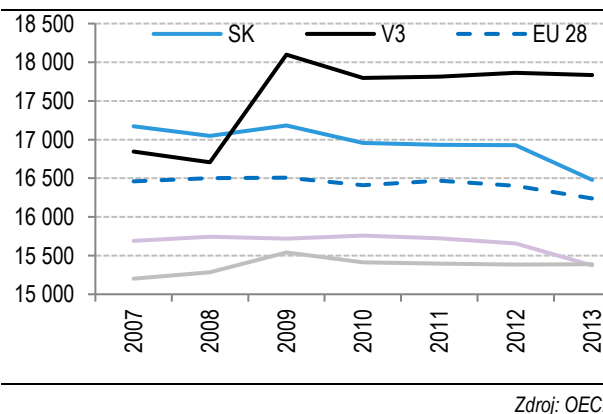
Podmienkou ďalšieho oddlžovania je zefektívnenie hospodárenia nemocníc. Je potrebná analýza súčasného stavu prevádzky a nákupov nielen zdravotníckej techniky, ŠZM, liekov, ale aj služieb (elektrina, plyn, upratovanie a iné). Riešenie identifikovanej neefektívnosti v hospodárení si vyžiada zavedenie účinných opatrení, ktoré zamedzia ďalšiemu zadlžovaniu, ako napríklad centralizácia nákupov, pravidelné audity, benchmarkovanie jednotkových cien v rámci sektora a podobne. Až následne by sa malo pristúpiť k oddlženiu nemocníc.

Graf 15: Záväzky fakultných a univerzitných nemocníc (v mil. eur) **Graf 16: Využitie akútnych lôžok (v %)**

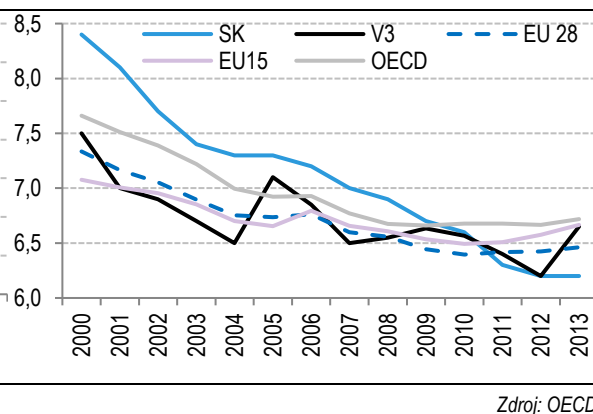


Dôvodom zadlžovania je predovšetkým neefektívne hospodárenie nemocníc. V porovnaní so zvyškom Európy má Slovensko dlhodobo málo využívané akútne lôžka. Priemerná obsadenosť akútnych postelí dosahuje na Slovensku 67,4 %, v krajinách V3 je to 74,4 % a v krajinách OECD 76,6 %. Slovensko má pritom stále 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. Krátka dĺžka pobytu v nemocnici na Slovensku však môže súvisieť s nízkym podielom jednoduchovej chirurgie. Výkony, ktoré sa v iných krajinách robia primárne v rámci jednoduchovej chirurgie, sú na Slovensku vykonávané v rámci krátkych hospitalizácií, ktoré potom znižujú priemernú dĺžku pobytu v nemocnici.

Graf 17: Počet hospitalizácií (na 100 000 obyvateľov)



Graf 18: Priemerná dĺžka hospitalizácie (počet dní)



Priestor pre zvýšenie efektívnosti existuje aj pri verejnom obstarávaní nemocníc.¹⁶ Štúdia The Boston Consulting Group (BCG) vypracovaná v roku 2013 v spolupráci s Ministerstvom financií SR (ďalej MF SR) pre Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej MZ SR) odhadla, že Univerzitná nemocnica Bratislava by na prevádzke a nákupoch mohla ušetriť 31,3 mil. eur ročne.¹⁷ Prevádzku (najmä počet postelí, lekárov, sestier a ďalšieho personálu) možno podľa BCG zefektívniť o 14 % (16,1 mil. eur). Náklady na obstarávanie možno znížiť o 20 % (15,2 mil. eur), podľa BCG je potrebné zefektívniť najmä nákupy špeciálneho zdravotníckeho materiálu a liekov.

V rámci predbežnej analýzy k revízii výdavkov boli na základe verejne dostupných údajov zo zmlúv o verejnom obstarávaní tiež porovnané jednotkové náklady na elektrickú energiu ôsmich fakultných a univerzitných nemocníc a štyroch špecializovaných ústavov.¹⁸ Predbežné výsledky ukazujú, že ak by všetky nemocnice obstarávali v roku 2015 elektrickú energiu za cenu na úrovni najnižšej dosiahnutej zmluvnej ceny, mohli by ušetriť približne 27 % výdavkov (590 tis. eur). Rozdiel medzi najnižšou a najvyššou jednotkovou cenou bol v sledovanom období skoro dvojnásobný.

Zavedenie systému DRG

Skúsenosti v zahraničí potvrdzujú, že zavedenie 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. DRG systémy v rôznych krajinách nahrádzajú rôzne systémy financovania. No vo viacerých krajinách (Austrália, Veľká Británie, Španielsko¹⁹) došlo zavedením DRG k zníženiu výdavkov, prípadne k spomaleniu ich rastu (USA).²⁰

Aby slovenské DRG nekonzervovalo súčasné finančné toky nemocniciam bez tlaku na vyššiu efektívnosť, je potrebné zdefinovať metodiku výpočtu základných sadzieb a spôsob ich konvergenie po spustení systému. Podľa informácií zverejnených Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou koncepcia DRG pre SR počíta 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). Ich začlenenie by znamenalo, že nemocnice by aj vyšetrenia a investície museli pokryť z platieb DRG, čím by zosilnel tlak na ich efektívne hospodárenie.

Revízia v oblasti nemocníc sa zameria na:

- zopakovanie štúdie BCG a jej rozšírenie na 13 najväčších nemocníc MZ SR a prípadne ďalšie nemocnice sektora verejnej správy. Štúdia sa sústreďujú na hľadanie benchmarkov – prevádzkových (obsadenosť postelí, hospitalizácie/lekár, hospitalizácie/sestra) a obstarávacích (celkové náklady na lieky či ŠZM, náklady na outsourcované služby). Cieľom je kvantifikovať možné zvýšenie efektívnosti výdavkov pri dosiahnutí interných/externých benchmarkov;
- pokračovanie v porovnávaní cien, za ktoré jednotlivé nemocnice MZ SR nakupujú konkrétnu zdravotnícku techniku;
- benchmarking konkrétnych nákupov by mal byť rozšírený aj na ďalšie nákladné kategórie verejného obstarávania nemocníc, najmä zdravotnícke pomôcky a lieky;

¹⁶ V roku 2015 MZ SR začalo s porovnávaním cien, za ktoré nemocnice nakupujú zdravotnícku techniku s cieľom zvýšiť efektívnosť nákupov (<http://www.health.gov.sk/Clanok?nove-pravidla-pri-nakupe-zdravotnickej-techniky-prinesu-financne-uspory>).

¹⁷ Štúdia možné zvýšenie efektívnosti výdavkov identifikovala pomocou interných a externých benchmarkov.

¹⁸ FN Nitra, UN Martin, NsP Poprad, NÚSCH, FN Trenčín, FN Nové Zámky, NOÚ, SÚSCH, DFNSP Bratislava, UN L. P. Košice, VÚSCH, FN Trnava.

¹⁹ Poklesli jednotkové náklady a rast celkových nákladov sa spomalil.

²⁰ WHO, Diagnosis-Related Group in Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf.

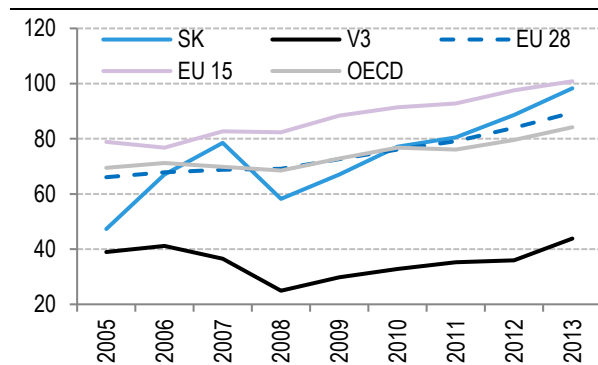
- analýzu možného zvýšenia efektívnosti výdavkov prostredníctvom zvýšenia podielu jednodňovej chirurgie na chirurgických výkonoch;
- preskúmanie úväzkov nemocničných lekárov, ktoré presahujú fyzické možnosti jednotlivcov na základe údajov o úväzkoch lekárov v nemocniciach a prípadne aj reálnych ordinačných hodinách v ambulanciách.

3.3 Rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia

Z medzinárodného porovnania dát OECD vyplýva, že na laboratórne vyšetrenia a rádiodiagnostiku Slovensko dáva viac ako dvojnásobok v porovnaní s krajinami V3. K vyšším nákladom na Slovensku prispieva väčší počet vyšetrení, príčinou ale môžu byť aj vyššie jednotkové náklady na vyšetrenie v porovnaní s okolitými krajinami. Pri nákladoch na obyvateľa na úrovni Českej republiky by Slovensko na rádiodiagnostiku a laboratória vynaložilo ročne o 151 mil. eur menej.

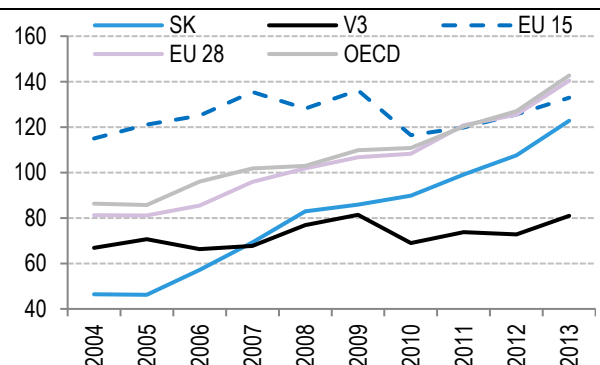
Revízia v tejto oblasti sa zameria na porovnanie jednotkových nákladov na rádiodiagnostické a laboratórne vyšetrenia na Slovensku a v zahraničí.²¹

Graf 19: Výdavky na laboratória a zobrazovacie vyšetrenia (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)



Zdroj: OECD

Graf 20: Počet CT vyšetrení (na 1000 obyvateľov)



Zdroj: OECD

3.4 Záchranky a doprava

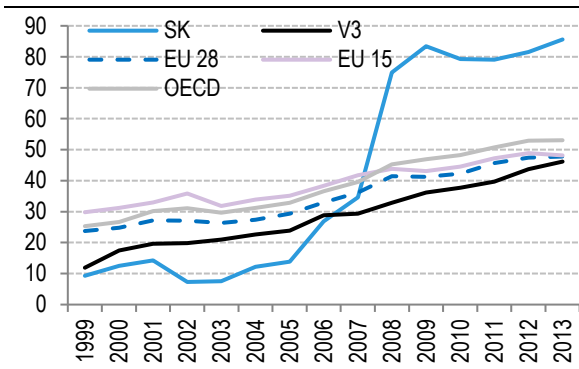
Medzinárodné porovnanie údajov OECD naznačuje, že aj na prepravu pacientov a záchranky dáva Slovensko v prepočte na obyvateľa skoro dvakrát toľko čo priemer ostatných krajín V4,²² takmer polovicu nákladov ale pravdepodobne tvoria platby pacientov.

Revízia sa zameria na porovnanie jednotkových nákladov na záchranky a dopravu, do úvahy bude brať delenie nákladov na verejné a súkromné.

²¹ Plánované porovnanie sa opiera o rovnaký metodologický prístup, aký bol použitý v komentári *Drahé pľienky a lacné obvazy* <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=10361>.

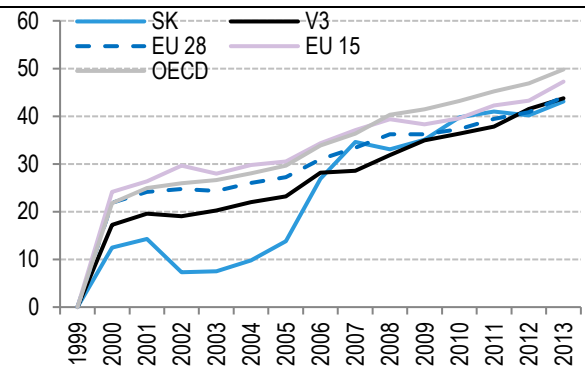
²² Výrazný nárast verejných výdavkov v rokoch 2005 – 2007 súvisel so zmenou organizácie (vrátane zvýšenia počtu ambulancií) a financovania poskytovania záchranej zdravotnej služby.

Graf 21: Výdavky na prepravu a záchranky (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)



Zdroj: OECD

Graf 22: Výdavky na prepravu a záchranky z verejných zdrojov (v PPP USD, bežné ceny na obyvateľa)

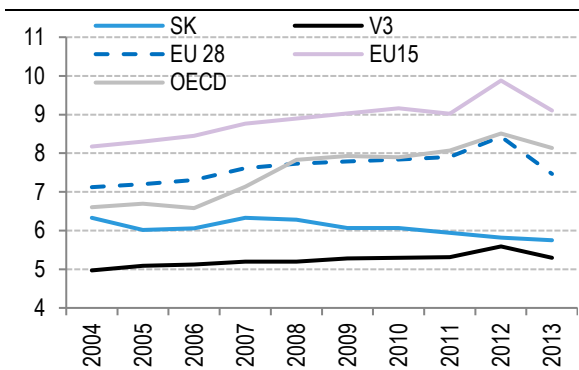


Zdroj: OECD

3.5 Zdravotnícki pracovníci

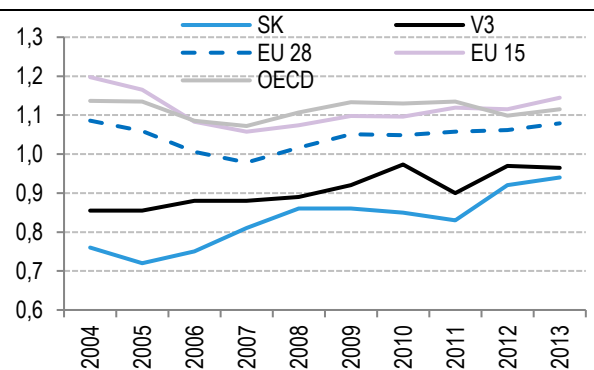
V porovnaní s krajinami EÚ a OECD máme relatívne menej zdravotných sestier. Česko, Poľsko a Maďarsko majú zdravotných sestier v priemere menej ako Slovensko, ich počet však pomaly rastie (s výnimkou roka 2013), zatiaľ čo počet slovenských zdravotných sestier pomaly klesá. Medzinárodné porovnanie tiež ukazuje, že v porovnaní s priemernou mzdou v krajine slovenské zdravotné sestry zarobia menej ako v EÚ, OECD či krajinách V3. Priemerný príjem všeobecných lekárov (zamestnancov) je bližšie k priemeru ostatných krajín a presahuje V3.

Graf 23: Počet sestier (na 1000 obyvateľov)



Zdroj: OECD

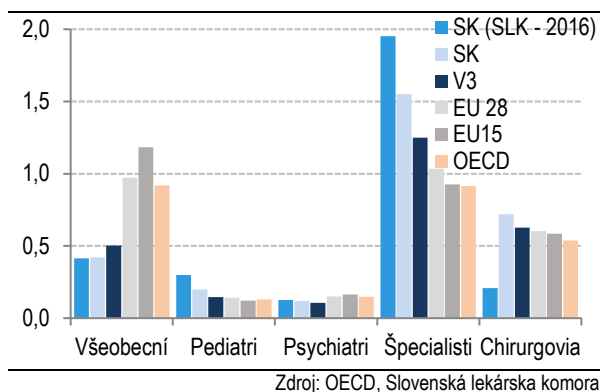
Graf 24: Príjem nemocničných zdravotných sestier (násobok priemernej mzdy)



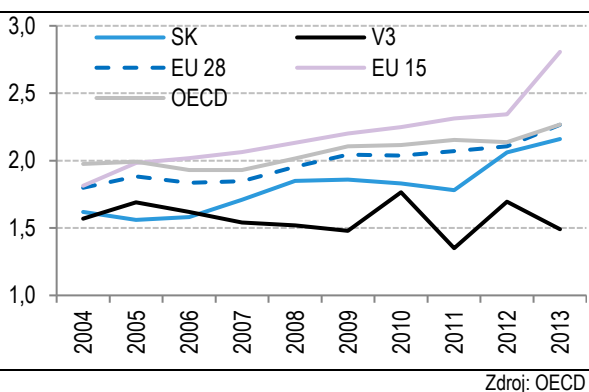
Zdroj: OECD

Revízia výdavkov sa zameria na porovnanie počtu, nákladovosti a rozsahu výkonov zdravotných sestier na Slovensku a v zahraničí. Cieľom je zistiť, či by zvýšenie počtu sestier a ich ohodnotenia mohlo zvýšiť efektívnosť výdavkov, ak by sa súčasne rozšíril rozsah výkonov, ktoré vykonávajú. Rovnakým spôsobom možno analyzovať aj zdravotných asistentov.

Graf 25: Počet lekárov podľa špecializácií v roku 2007 a lekárov na Slovensku v roku 2016 (na 1000 obyvateľov)



Graf 26: Prijem všeobecných lekárov – zamestnanci (násobok priemernej mzdy)



Krajiny EÚ a OECD majú takmer 2,5-krát viac všeobecných lekárov ako Slovensko podľa údajov OECD z roku 2007. V počte všeobecných lekárov mierne zaostávame aj za krajinami V3. Naopak, špecialistov máme viac ako ostatné krajiny.

Údaje Slovenskej lekárskej komory (SLK) z apríla 2016 o počte lekárov na Slovensku potvrdzujú závery o relatívne nízkom počte všeobecných lekárov. Počet špecialistov presahuje priemer V3, EÚ aj OECD výraznejšie ako v údajoch OECD z roka 2007. Tento rozdiel ale môže byť spôsobený rôznym vykazovaním údajov a rôznym zdrojom dát, nakoľko nárast špecialistov kompenzuje takmer v plnej miere pokles chirurgov.

Revízia sa zameria na možné zvýšenie efektívnosti výdavkov v súvislosti posilnením kompetencií všeobecných lekárov. Cieľom je identifikovať oblasti, kde by vedeli všeobecní lekári nákladovo efektívne poskytovať niektoré zdravotné výkony, ktoré mali v kompetencii špecialisti. Pozitívnym príkladom rozšírenia kompetencií všeobecných lekárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s vybranými chorobami (napr. diabetes mellitus, hypertenzia, predoperačné vyšetrenia), ktorých mali predtým vo svojej starostlivosti špecialisti. Samostatná pozornosť bude venovaná finančnému ohodnoteniu sestier a lekárov.

3.6 Návštevy lekára

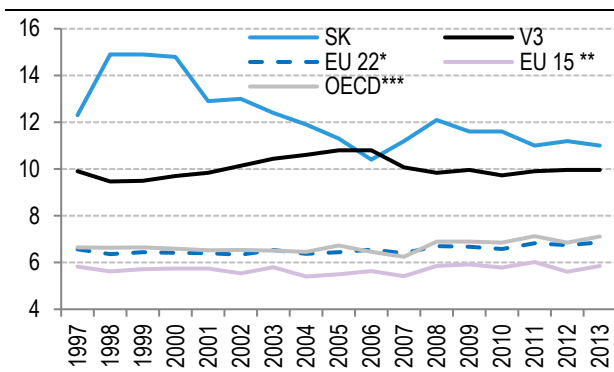
Slovensko má dlhodobo výrazne vyšší počet konzultácií u lekára ako je priemer V3, EÚ a OECD. V roku 2013 malo Slovensko v priemere 11 konzultácií na obyvateľa, vo V3 to bolo 10, v OECD a EÚ 28 iba 7. Medzi rokmi 2002 až 2006 poklesol na Slovensku počet návštev u lekára o 20 %, v rovnakom období bol v 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 %. Poplatky sú jednou z možných príčin zmeny návštevnosti lekárov.

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.²³ Vplyv na počet návštev ale nie je viditeľný s možnou výnimkou rokov 2008 až 2011, kedy počet návštev klesol v priemere o 1 návštevu.

Revízia výdavkov bude skúmať príčiny vysokého počtu návštev u lekára a ich možnú súvislosť s vysokou spotrebou liekov na Slovensku. Cieľom je identifikovať potenciál pre zvýšenie efektívnosti výdavkov prostredníctvom poklesu množstva návštev u lekára.

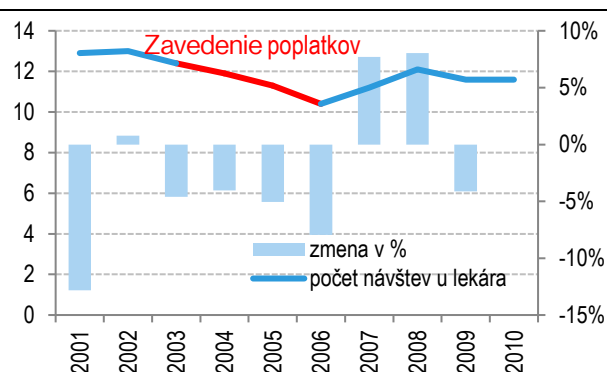
²³ Výmenné lístky boli zrušené v roku 2004, opätovne zavedené v roku 1.1.2008 a platili až do 1.4.2011. Naposledy boli zavedené v roku 1.4.2013 a naďalej platia.

Graf 27: Počet návštev u lekára (na obyvateľa za rok)



Zdroj: OECD

Graf 28: Vplyv zavedenia poplatkov za návštevu u lekára (na obyvateľa za rok)

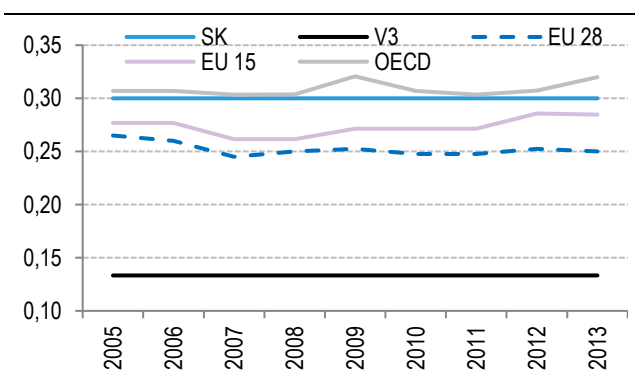


Zdroj: OECD

3.7 Zdravotné poisťovne a systém verejného zdravotného poistenia

Aj keď má Slovensko systém viacerých zdravotných poisťovní, v praxi kombinuje nedostatky unitárneho (systému s jednou poisťovňou) a viac-poisťovňového systému. Všetky poisťovne poskytujú homogénny produkt. Súčasný systém sa preto vyznačuje nízkou mierou konkurencie, ktorá je hlavným prínosom viac-poisťovňového systému, pretože núti poisťovne k efektívnosti a zlepšovaniu ponúkaných produktov a služieb. Zároveň neprináša výnosy z rozsahu, ktoré sú typickým benefitom systému s jednou poisťovňou.

Graf 29: Výdavky na administratívu a poistenie (v % HDP)



Zdroj: OECD

Systém verejného zdravotného poistenia v súčasnosti funguje na princípe *všetko pre všetkých*. Poplatky za nadštandardné služby nie sú jednotne zadefinované. Pre vytvorenie podmienok súkromného pripoistenia a zároveň konkurenčného prostredia je nevyhnutné definovať základnú časť zdravotnej starostlivosti, ktorá bude uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia a časť starostlivosti, ktorá bude hradená z pripoistenia alebo súkromných zdrojov. To následne zvýši tlak na efektívnosť poisťovní, čo je hlavný prínos systému s viacerými zdravotnými poisťovňami.

Nie je možné jednoznačne povedať, ktorý zo systémov je vhodnejší a v zahraničí nájdeme pozitívne príklady fungovania oboch systémov.²⁴ To, že má Slovensko relatívne drahý systém zdravotného poistenia, potvrdzuje aj medzinárodné porovnanie. Na administratívu a poistenie²⁵ vynakladáme väčší podiel HDP ako krajiny EÚ 15 a skoro trikrát toľko, čo priemer krajín V3.

²⁴ Napríklad: UK – unitárny systém, NL – systém viacerých zdravotných poisťovní.

²⁵ Indikátor zahŕňa výdavky na administráciu zdravotného poistenia, sociálneho poistenia pokrývajúceho zdravotnícke služby ako aj na výdavky na vládne aktivity zamerané na riadenie zdravotníctva (napr. formulácia, implementácia a monitorovanie politik, plánov, programov a rozpočtov).

Revízia výdavkov v oblasti zdravotných poisťovní sa zameria na analýzu redistribučného mechanizmu, ako aj na vzťah príjmov jednotlivých poisťovní s ich nákladmi. Samostatne sa budú hodnotiť prevádzkové náklady a zisky zdravotných poisťovní.

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.
- 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. Údaje by mali byť pravidelne zverejňované 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

Príloha 1 Výdavky na zdravotnú starostlivosť

Tabuľka 3: 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 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 Pripravované projekty Ministerstva zdravotníctva SR

Projekt Lieková politika

1. Prehodnotenie účelnosti zaraďovania nových inovatívnych liekov do kategorizácie (do decembra 2016)
2. Porovnanie spotreby liekov na Slovensku, v Českej republike a ďalších krajinách podľa typu liekov, poskytovateľov, nákladovej efektívnosti, geografických oblastí a návrh opatrenia pre zníženie spotreby liekov a výdavkov na lieky (napr. finančné limity, pozitívna motivácia, predpisovanie generík) so súčasným dôrazom na zabezpečenie dostatku účinných liekov (do marca 2017)
3. Zníženie spotreby liekov pri zachovaní dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (do marca 2020)
4. Návrh systému pre sledovanie toku liekov od výrobcu až po pacienta s cieľom obmedziť reexport (do marca 2017)

Projekt Obstarávanie

1. Analýza možnosti referencovania špeciálneho zdravotníckeho materiálu (ŠZM) ako aj porovnávania cien, za ktoré nemocnice nakupujú ŠZM (postup, ktorý MZ SR už dnes používa pri nákupoch zdravotníckej techniky), zmena postupov pri nákupoch (zrušenie tendrov s jediným uchádzačom, kontrola prepojení firiem vo fáze prieskumu trhu) (do marca 2017)
2. Vytvorenie systému pre centrálnu obstarávanie ŠZM, zdravotníckej techniky aj externých služieb nemocníc (elektrina, plyn) na úrovni ministerstva alebo/aj prostredníctvom EKS (september 2016)

Projekt Racionalizácia poskytovateľov

1. Návrh spôsobu racionalizácie prevádzkových činností nemocníc (do decembra 2017)
2. Zavedenie pravidelného interného a externého benchmarkovania výkonnosti nemocníc (do decembra 2017)

Projekt Optimalizácia siete – projekt stratifikácie

1. Revízia minimálnych personálnych a technických štandardov nemocníc (do decembra 2017)
2. Optimalizácia lôžkového fondu nemocníc podľa potrieb regiónov (do decembra 2017)
3. Analýza dostatočnosti siete spoločných liečebných a vyšetrovacích zložiek (napr. CT, MR, laboratóriá) s cieľom prispôsobiť sieť poskytovateľov skutočnej potrebe obyvateľstva (do júna 2017)

Projekt DRG

1. Spustenie implementácie systému DRG ako platobného mechanizmu pre nemocnice, s postupným zvyšovaním podielu úhrad (od januára 2017), vrátane
 - a. definície metodiky výpočtu základnej sadzby
 - b. vytvorenia jednotnej účtovnej osnovy pre poskytovateľov a zjednotenia výkazníctva
 - c. potrebných legislatívnych úprav – ustanovenie DRG ako platobného mechanizmu, certifikácia grouperov, riešenie sporov pri chybnom kódovaní (do júna 2017)

Projekt Záchranná zdravotná služba – efektívnosť

1. Analýza efektívnosti vynakladania prostriedkov na rýchlu lekársku pomoc a rýchlu zdravotnú pomoc (do júna 2017)
2. Analýza možnosti presunu sekundárnych prevozov medzi nemocnicami na dopravnú zdravotnú službu (do júna 2017)
3. Meranie a zverejňovanie indikátorov kvality s cieľom zlepšiť čas dojazdu (do júna 2017)

Projekt Vzdelávanie

1. Zváženie možnosti zaviesť motivačné štipendia pri príprave na výkon nedostatkových zdravotníckych povolání (napr. všeobecní lekári, anesteziológovia, internisti) (do marca 2018)

2. Optimalizácia vzdelávania (napr. skrátenie vzdelávania zdravotných sestier) (do decembra 2017)

Projekt Model kompetencií

1. Prehodnotenie kompetencií nelekárskych zdravotníckych povolání s cieľom zvýšenia efektívnosti a atraktívnosti povolání (napr. presun kompetencií z lekárov na sestry, zo sestier na zdravotníckych asistentov), podpora odmeňovanie pracovníkov podľa zásluh, stanovenie minimálne mzdy sestier pre jednotlivé kompetenčné stupne (do marca 2018)

Projekt Platby a doplatky

1. Analýza poplatkov v zdravotníctve a návrh nových pravidiel pre poplatky, pri garantovaní bezplatného prístupu sociálne najslabších občanov k zdravotnej starostlivosti, zavedenia objednávanía za poplatky (do decembra 2016)

Projekt Optimalizácia ziskovosti zdravotných poisťovní

1. Revízia súčasných pravidiel pre tvorbu technických rezerv na zdravotné výkony zaradené na čakacie listiny s cieľom skrátiť čakacie lehoty (jún 2017)
2. Analýza možnosti obmedzenia tvorby zisku s cieľom motivovať poisťovne k maximálnemu využívaniu prostriedkov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a na znižovanie budúcich nákladov (prevencia) (marec 2017)
3. Analýza možnosti tvorby zisku iba zo správneho fondu poisťovní, ktorého výška by závisela od vlastností poistného kmeňa a efektivity poskytovania zdravotnej starostlivosti (december 2017)