

Revízia výdavkov na zdravotníctvo II Priebežná správa

november 2018

Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu



Operačný program
**Efektívna
verejná správa**



Európska únia
Európsky sociálny fond



Jedným zo zadaní projektu Hodnota za peniaze je ekonomické hodnotenie výdavkov verejnej správy. Tento materiál Ministerstva financií SR je hodnotením efektívnosti v zdravotníctve v zmysle uznesenia vlády SR č. 202/2018, úloha B.5. Dokument vznikol spoluprácou medzi Útvorom hodnoty za peniaze (pod vedením Štefana Kišša) a Inštitútom zdravotnej politiky (pod vedením Martina Smatanu). Autormi sú Zuzana Dančíková, Lucia Grajcarová, Daniel Kozák, Adam Marek, Soňa Slobodníková (ÚHP); Michal Štofko a Michaela Laktišová (IZP). Spoluautormi kapitol 3 a 6 sú Miriama Letovanec a Daniela Potočnáková z Implementačnej jednotky.

PodĎakovanie:

Za hodnotné návrhy a pripomienky počas prípravy správy ďakujeme kolegom z Ministerstva financií z Inštitútu finančnej politiky a Sekcie rozpočtovej politiky, Petrovi Goliášovi (INEKO), Zuzane Baťovej (ŠÚKL), Jane Ježíkovej (BSK), Gabrielovi Machlicovi (OECD), Martinovi Hromádkovi (ÚRPO) a Ľudovítovi Ódorovi (NBS).

Chyby a opomenutia zostávajú zodpovednosťou autorov.

Obsah

Úvod a zhrnutie	7
1 Výsledky a ciele	10
1.1 Oblasti zdravotnej starostlivosti	12
1.1.1 Personál v zdravotníctve	12
1.1.2 Lieky a zdravotnícke pomôcky	15
1.1.3 Ústavná zdravotná starostlivosť	21
1.1.4 Ambulantná zdravotná starostlivosť	25
1.1.5 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)	28
1.1.6 Urgentná starostlivosť, záchranky a doprava	30
1.1.7 Dlhodobá starostlivosť	30
1.1.8 Ostatné oblasti zdravotnej starostlivosti	32
1.1.9 Zdravotné poisťovne	32
1.1.10 Nerovnosť v zdraví	33
2 Celkové výdavky na zdravotníctvo	35
3 Rozpočtovanie založené na výsledkoch	38
3.1 Programové rozpočtovanie	38
3.2 Zmena spôsobu financovania	40
4 Nový rozpočet	42
4.1 Výdavky bez zmien politík	43
4.2 Výdavky so zmenami politík	43
4.3 Úsporné opatrenia	45
4.4 Štrukturálne opatrenia	45
4.5 Návrh rozpočtu v programovej štruktúre	46
5 Hodnotové opatrenia pre napĺňanie cieľov	47
5.1 Personál v zdravotníctve	47
5.1.1 Lepšie ohodnotenie personálu	47
5.2 Ústavná zdravotná starostlivosť	49
5.2.1 Stratifikácia siete nemocníc	49
5.3 Ambulantná zdravotná starostlivosť	53
5.3.1 Skríningy rakoviny	53
5.4 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	54
5.4.1 Nové prístroje v regiónoch	54
5.4.2 Úprava cien za RTG výkony	55
6 Úsporné opatrenia pre uvoľnenie zdrojov	56

6.1	Opatrenia so schválenými zmenami výdavkov	56
6.1.1	Lieky a zdravotnícke pomôcky.....	56
6.1.2	Ústavná zdravotná starostlivosť.....	60
6.2	Nekvantifikované opatrenia s potenciálom pre zefektívnenie a úsporu	61
6.2.1	Definícia lieku na zriedkavé ochorenia	62
6.2.2	Centrálny nákup liekov a zmluvy o zdieľaní rizika a nákladov	63
6.2.3	Potenciálne nákladovo neefektívne lieky	63
6.2.4	Zníženie jednotkových cien a limitov vyšetrení.....	64
6.2.5	Variabilita v predpisovaní vyšetrení SVLZ	64
6.2.6	Zlepšenie revízných činností	64
6.2.7	Úprava stanovenia výdavkov na prevádzkové činnosti	65
7	Štrukturálne opatrenia	66
7.1	Sfunkčnenie systému DRG.....	66
7.2	e-Health	66
7.3	Štandardné diagnostické a terapeutické postupy.....	67
7.4	Preskripcia generík	67
8	Lepšie riadenie	68
8.1	Zverejňovanie rebríčkov predpisovania lekárov v rámci odbornosti.....	68
8.2	Dostupnosť liekov	68
8.3	Kategorizácia liekov	68
8.4	Zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov	69
	Zoznam skratiek	70
	Príloha 1. Výsledky v zdravotníctve.....	71
	Príloha 2. Príklad hodnotenia zdravotníctva podľa oblastí zdravotnej starostlivosti	72
	Príloha 3. Metodická príloha k revízii úhrad liekov	72

Zoznam grafov

Graf 1:	Odvrátiteľná úmrtnosť (na 100 000 obyv.).....	10
Graf 2:	Očakávaná dĺžka života žien pri narodení v rokoch	10
Graf 3:	Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017	13
Graf 4:	Počet lekárov podľa špecializácií	13
Graf 5:	Počet zdravotných sestier (na 1 000 obyv.), 2000 a 2015.....	14
Graf 6:	Počet zdravotných sestier (Practising nurses, na 1 000 obyv.), 2016	14
Graf 7:	Veková štruktúra, lekári a sestry, 2016.....	15
Graf 8:	Veková štruktúra, lekári podľa špecializácií (%), 2016	15
Graf 9:	Verejné výdavky na lieky* na osobu, bežné ceny, v eur, 2016.....	16
Graf 10:	Celková spotreba liekov (v denných dávkach, na 1 000 obyv.).....	16
Graf 11:	Porovnanie zahraničnej a slovenskej spotreby liekov v jednotlivých ATC skupinách, 2016.....	17

Graf 12: Spotreba antibiotík (definované denné dávky na 1 000 obyv.).....	18
Graf 13: Spotreba generík (podiel generík na celkovej spotrebe liekov uhrádzaných z VZP, %).....	20
Graf 14: Výdavky na generiká (podiel generík na celkových výdavkoch na lieky uhrádzaných z VZP, %).....	20
Graf 15: Rozptyl medzi 65 nemocnicami v kvalite zdravotnej starostlivosti.....	21
Graf 16: Počet čakajúcich na plánované výkony k 31.12.	22
Graf 17: Podiel populácie s časom dojazdu do 30 minút do najbližšej nemocnice.....	23
Graf 18: Faktory ovplyvňujúce nárast záväzkov podľa účtovných závierok 13 univerzitných a fakultných nemocníc, 2017	24
Graf 19: Vývoj straty a nárastu záväzkov 13 univerzitných a fakultných nemocníc MZ	24
Graf 20: Podiel zaočkovaných proti chrípke (%), populácia 65+	26
Graf 21: Podiel žien, ktoré absolvovali skrining na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79.....	26
Graf 22: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (krčok maternice).....	26
Graf 23: Podiel jednoduchovej chirurgie na celkovom počte operácií	27
Graf 24: Podiel návštev v ambulanciách špecializovanej starostlivosti zo všetkých (%)	27
Graf 25: Počet CT strojov (na 1 mil. obyv.).....	28
Graf 26: Počet CT vyšetrení (na 1 000 obyv.)	28
Graf 27: Počet MR strojov (na 1 mil. obyv.).....	28
Graf 28: Počet MR vyšetrení (na 1 000 obyv.)	28
Graf 29: Nárasty počtu vyšetrení na CT a MR v rokoch 2016 – 2018	29
Graf 30: Počet PET strojov (na 1 mil. obyv.)	29
Graf 31: Počet PET vyšetrení (na 1 000 obyv.).....	29
Graf 32: Úmrtnosť na infarkt myokardu do 30 dní od hospitalizácie (na 100 000 obyv., vo veku 45+).....	30
Graf 33: Počet čakateľov na poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb	31
Graf 34: Počet hospitalizácií, resp. pacientov podľa typu dlhodobej starostlivosti, 2017.....	31
Graf 35: Dĺžka pobytu a náklady na dlhodobú starostlivosť podľa typu služby, 2017	32
Graf 36: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+	32
Graf 37: Dojčenská úmrtnosť (počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených)	34
Graf 38: Očakávaná dĺžka života pri narodení.....	34
Graf 39: Vzťah bohatstva krajiny a výdavkov na zdravotníctvo, 2017	35
Graf 40: Výdavky na zdravotníctvo ako % verejných výdavkov.....	35
Graf 41: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2017	36
Graf 42: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP).....	36
Graf 43: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva	36
Graf 44: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2015	47
Graf 45: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2015	47
Graf 46: Vzťah kvality a objemu zdravotnej starostlivosti	50
Graf 47: Rozsah a medián objemu resekcie rakoviny pažeráka podľa poskytovateľa, 2014-2016	52
Graf 48: Výdavky poisťovní na lieky na výnimky v 1. polroku 2016, 2017 a 2018	59
Graf 49: Výdavky poisťovní na lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poistencov v 1. polroku	59

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Prehľad najpredávanejších biologických liekov	19
Tabuľka 2: Prehľad kategorizovaných biosimilárnych liekov v krajinách V4, august 2018	19
Tabuľka 3: Povinné zníženie ceny pri vstupe nového lieku do kategorizácie, platné od januára 2018	20
Tabuľka 4: Charakteristiky nemocničnej zdravotnej starostlivosti v rokoch 2017 a 2030	23
Tabuľka 5: Záväzky po lehote splatnosti podľa zriaďovateľa nemocnice	24

Tabuľka 6: Výnosy a náklady 13 najväčších univerzitných a fakultných nemocníc MZ.....	25
Tabuľka 7: Dojčenská úmrtnosť (na 1 000 živonarodených).....	33
Tabuľka 8: Výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP), 2017.....	37
Tabuľka 9: Rozpočet Ministerstva zdravotníctva podľa programov.....	39
Tabuľka 10. Rozpočet v zdravotníctve (mil. eur).....	39
Tabuľka 11: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť.....	40
Tabuľka 12: Skutočne vybrané zdroje v zdravotníctve (mil. eur).....	41
Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - súhrn.....	43
Tabuľka 14: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politík.....	43
Tabuľka 15: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politík.....	44
Tabuľka 16: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze.....	45
Tabuľka 17: Zmeny výdavkov – nemocnice (mil. eur).....	45
Tabuľka 18: Opatrenia s ďalším potenciálom pre zefektívnenie.....	45
Tabuľka 19: Výdavky VZP v štruktúre navrhovaných programov, mil. eur.....	46
Tabuľka 20: Prehľad minimálnych objemov vybraných výkonov podľa Leapfrog group.....	50
Tabuľka 21: Rozdelenie nemocníc podľa ZS – prvý návrh zo štúdie.....	52
Tabuľka 22: Údaje o skríningu karcinómu kolorekta, 2017.....	53
Tabuľka 23: Výpočet dopadu rozšírenia skríningu rakoviny kolorekta.....	54
Tabuľka 24: Vývoj úhrad zdravotných poisťovní za lieky na výnimky.....	58
Tabuľka 25: Prehľad HTA* limitov k 1.1.2018.....	62
Tabuľka 26: Výsledky v zdravotníctve - úroveň hodnotenia 1: zdravotný stav obyvateľstva.....	71
Tabuľka 27: Lieky a zdravotnícke pomôcky.....	72
Tabuľka 28: Prehľad odhadovaných úspor VZP podľa spôsobu stanovenia úhrad liekov.....	73

Zoznam boxov

Box 1: Hodnotenie výsledkov slovenského zdravotníctva.....	11
Box 2: Zmena vykazovania slovenskej spotreby liekov v OECD štatistikách.....	16
Box 3: Princíp programového rozpočtovania.....	38
Box 4: Regulácia miezd štátom.....	48
Box 5: Analýza variability v predpisovaní v Revízii I.....	57
Box 6: Potenciálne nákladovo neefektívne lieky v Revízii I.....	64

Zoznam máp

Mapa 1: Geografické rozmiestnenie nemocníc.....	22
Mapa 2: Operácia rakoviny pľúc.....	51
Mapa 3: Resekcia pažeráka.....	51

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Úrovně hodnotenia výsledkov v zdravotníctve.....	11
---	----

Úvod a zhrnutie

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

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

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

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

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

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

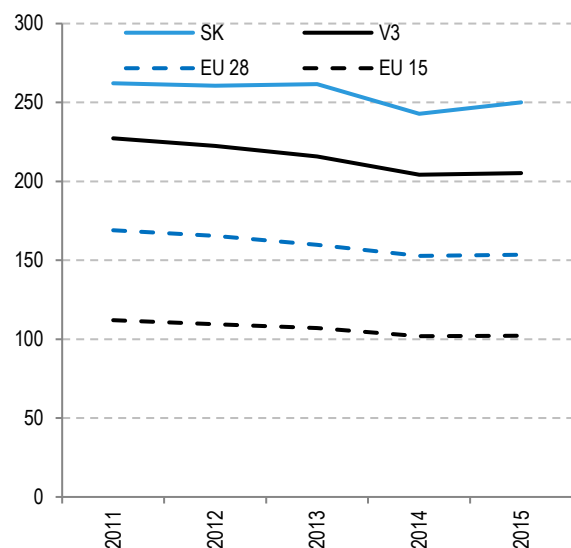
Napriek pozitívnemu vývoju v ostatných rokoch existuje priestor pre zlepšovanie zdravia pacientov zvyšovaním alokačnej efektívnosti. Vláda SR preto udelila mandát Ministerstvu financií a Ministerstvu zdravotníctva na druhú revíziu výdavkov zdravotníctva v jednom volebnom cykle. Revízia výdavkov na jednej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

Záverečná správa Revízie výdavkov na zdravotníctvo bude zverejnená v októbri 2019. Vyhodnotí opatrenia navrhnuté v tejto revízii a kvantifikuje opatrenia, ktoré zatiaľ vyčíslené neboli. Týmto revízia výdavkov každoročne pomáha prinášať argumenty v rámci prípravy rozpočtu verejnej správy.¹

¹ Tento dokument je v texte označovaný zameniteľne ako Revízia, Revízia II alebo priebežná správa Revízie. Revízia výdavkov z roku 2016 je označovaná ako Revízia I. Revízia výdavkov 2019 je označovaná ako záverečná správa Revízie.

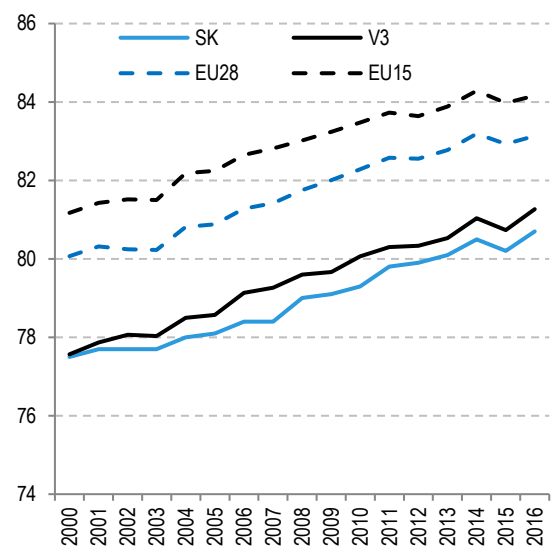
Úlohou zdravotníctva je zabezpečiť čo najlepšie zdravie pre obyvateľov krajiny. Na Slovensku pripadá ročne na 100-tisíc obyvateľov až 250 úmrtí, ktoré mohli byť odvrátené včasnou a efektívnou zdravotnou starostlivosťou. V ostatných krajinách V4 je takýchto úmrtí ročne 205 na 100-tisíc obyvateľov. **Vláda si preto ako hlavný cieľ zdravotníckej politiky stanovila znížiť počet odvrátiteľných úmrtí na úroveň priemeru ostatných krajín V4 do roku 2025.** Dosiahnutie cieľa by znamenalo 2 443 zachránených životov ročne. Pomocným výsledkovým ukazovateľom je očakávaná dĺžka života žien pri narodení, v ktorej Slovensko v medzinárodnom porovnaní tiež zaostáva.

Odvratiteľná úmrtnosť (na 100 000 obyvateľov)



Zdroj: Eurostat

Očakávaná dĺžka života žien pri narodení



Zdroj: OECD

Celkové výdavky na zdravotníctvo prudko rastú, v súlade s medzinárodnými trendami. V roku 2019 dosiahnu výdavky na zdravotníctvo 5,2 mld. eur (5,8 % HDP), čo oproti rozpočtu minulého roku predstavuje nárast o 300 mil. eur. Slovenské výdavky vyjadrené ako podiel na HDP sú nad priemerom ostatných krajín V4 a zaostávajú za priemerom EÚ-15.

Výdavky na slovenské zdravotníctvo však nezodpovedajú jeho výsledkom. Preto je obzvlášť dôležité dodržiavať princípy hodnoty za peniaze. Navýšenia rozpočtu by mali byť použité na hodnotové opatrenia, ktoré maximalizujú úžitok daných peňazí. Úsporné opatrenia umožňujú uvoľniť neefektívne vynakladané zdroje. Ušetrené peniaze možno presunúť tam, kde prinesú vyššiu hodnotu pacientom alebo pomáhajú zabrániť neutržateľnému rastu výdavkov na zdravotníctvo, ako sa stalo v niektorých vyspelých krajinách.

Dôraz na výsledky v zdravotníctve je možné podporiť zlepšením prístupu k spôsobu rozpočtovania výdavkov na zdravotníctvo. Zavedenie systému rozpočtovania založeného na výsledkoch pomôže naviazať pridelované zdroje na výsledky. Účinným nástrojom tohto systému je programové rozpočtovanie. Zmena spôsobu financovania umožní lepšie určovať potrebné výdavky na zdravotníctvo, pretože namiesto arbitrálneho percenta za poistencov štátu začína diskusiu od reálnych potrieb rezortu a znižuje prepojenie na ekonomický cyklus.

Opatrenia na zvýšenie hodnoty identifikované revíziou sú premietnuté do rozpočtu verejnej správy na roky 2019 až 2021. Na zvyšovanie miezd a prevenciu bolo vyčlenených 202 mil. eur, z toho 77 mil. eur na nárast plátov nemocničných aj ambulantných zdravotných sestier o 10 % nad rámec platového automatu.

Pripravovaná reforma ústavnej zdravotnej starostlivosti (stratifikácia siete nemocníc) výrazne zvýši kvalitu a zefektívni fungovanie nemocníc. S počtom výkonov v rámci zariadenia rastie ich kvalita, preto po novom dostanú nemocnice povolenie poskytovať špecializáciu iba ak dosiahnu predpísaný minimálny počet výkonov. Efektívnejšie procesy a manažment pacientov pomôžu uvoľniť zdroje, ktoré sa dajú lepšie využiť v iných oblastiach zdravotníctva, najmä v dlhodobej starostlivosti.

Na investície do nemocníc je v rozpočte vyčlenených 100 mil. eur. Pre najlepšie využitie týchto kapitálových výdavkov je nevyhnutné ich investovať v súlade s plánom stratifikácie nemocníc.

Za uplynulé roky sa revíziou výdavkov podarilo dosiahnuť úsporu 108 mil. eur ročne bez negatívneho vplyvu na zdravie občanov, najmä znižovaním nadspotreby liekov, referencovaním cien špeciálneho zdravotníckeho materiálu voči zahraničiu a zlepšením revízných činností VŠZP.

Ďalší priestor na zefektívnenie je v nových a aktualizovaných opatreniach tejto revízie. V roku 2019 môže byť ušetrených 139 mil. eur. Zníženie nadspotreby liekov, najmä vďaka plnej implementácii elektronickej preskripcie, prinesie 30 mil. eur, ďalších 12 mil. eur sa ušetrí zavedením pravidiel pre lieky predpisované na výnimky a referencovaním cien zdravotníckych pomôcok. V nemocniciach je možné usporiť 46 mil. eur, predovšetkým optimalizáciou procesov a referencovaním kategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu.

Najväčšie nové opatrenie, revízia úhrad liekov, prinesie ročnú úsporu približne 50 mil. eur. Kategorizované lieky sú zaradené do skupín, kde sú všetky vzájomne zameniteľné a z verejných zdrojov by mali byť hradené do ceny najlacnejšieho z nich. Úhrady za veľkú väčšinu liekov však neboli už 7 rokov aktualizované a preto sú často stanovené podľa ceny jedného z drahších liekov v skupine. Tento stav zvýhodňuje výrobcov liekov s neodôvodnene vysokými úhradami a vedie k plytvaniu verejných zdrojov. **Revízia nebude mať negatívny dopad na zdravie pacientov ani výšku ich doplatkov.** Po konzultácii so Štátnym ústavom na kontrolu liečiv boli z výpočtu úspory vyňaté skupiny liekov pre diagnózy, pri ktorých by zmena lieku mohla mať na pacienta negatívny dopad.

Ďalšie opatrenia, ktoré zatiaľ neboli kvantifikované, ale majú potenciál priniesť významné úspory sú centrálny nákup liekov, zmluvy o zdieľaní rizika a nákladov, prehodnotenie kategorizácie potenciálne nákladovo neefektívnych liekov, zníženie jednotkových cien vyšetrení a zníženie variability v predpisovaní vyšetrení.

Pre zlepšenie slovenského zdravotníctva sú nevyhnutné aj systémové reformy, ktoré nemajú priamy finančný vplyv. Elektronizácia zdravotnej dokumentácie a elektronicke preskripcie v rámci projektu e-Health zlepšuje informovanosť lekára o liekoch, ktoré pacient užíva, a tým znižuje počet nežiadúcich interakcií. Zdieľanie výsledkov vyšetrení medzi lekármi prispieje k znižovaniu počtu duplicitných vyšetrení. Implementácia ďalších zmien v súvislosti s DRG zvýši transparentnosť a spravodlivosť platieb za zdravotnú starostlivosť a má potenciál zvýšiť efektívnosť hospodárenia nemocníc. V oboch opatreniach bol v roku 2018 dosiahnutý významný pokrok, ale stále nie sú plne funkčné. Oneskorenie oberá slovenské zdravotníctvo o očakávané prínosy.

1 Výsledky a ciele

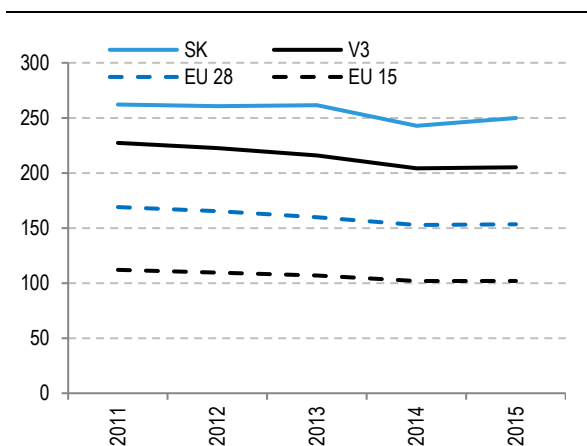
Úlohou zdravotníctva je zabezpečiť čo najlepšie zdravie pre obyvateľov krajiny. Podľa OECD² má zdravotná starostlivosť popri faktoroch ako vrodené predpoklady, životné prostredie či sociálne postavenie, potenciál výrazne ovplyvniť zdravotný stav jedinca. Štát má preto vytvoriť systém zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie k záchrane životov, zisteniu a liečeniu choroby, zmierneniu jej prejavov a k prevencii u pacientov.

Hlavným ukazovateľom stavu slovenského zdravotníctva je počet odvrátiteľných úmrtí. Odvrátiteľná úmrtnosť (z angl. amenable mortality) meria počet úmrtí³, ktoré mohli byť odvrátené včasnou a efektívnou liečbou. Po posúdení výhod a nevýhod viacerých možností ho ako najlepší ukazovateľ na hodnotenie schopnosti slovenského systému vyliečiť pacienta identifikoval Inštitút finančnej politiky MF SR.⁴

Cieľ je dostať odvrátiteľnú úmrtnosť aspoň na najbližšiu porovnanú hodnotu – na úroveň priemeru krajín V3 v roku 2025. Slovensko sa v čase mierne zlepšuje, stále však zaostáva za výsledkami ostatných krajín (Graf 1). V porovnaní s najbližšou hodnotou, priemerom V3, mohol zdravotný systém na Slovensku v roku 2015 zabrániť úmrtiu takmer 2 500 ľudí. Zníženie odvrátiteľných úmrtí na úroveň Česka by znamenalo 3 800 zachránených životov ročne a zníženie na úroveň bohatších krajín EÚ až 8 000 životov ročne.

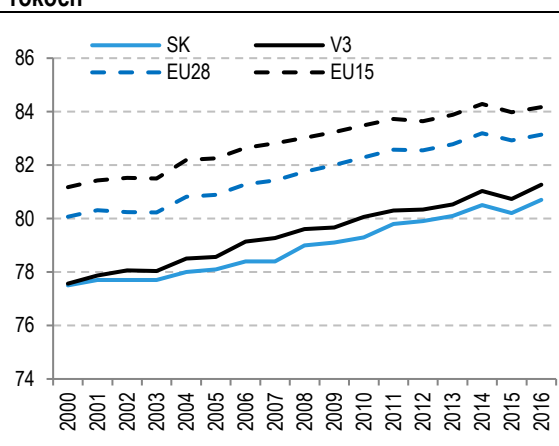
Pomocným ukazovateľom je očakávaná dĺžka života žien pri narodení. Použitie pomocného ukazovateľa pomáha znížiť dopad slabých stránok hlavného ukazovateľa. Očakávaná dĺžka života žien pri narodení je medzinárodne dlhodobá a konzistentne vykazovaný ukazovateľ s relatívne ustálenou metodikou výpočtu, je teda o niečo spoľahlivejší.⁵ Nevýhodou je, že zahŕňa aj iné faktory ako len zdravotnú starostlivosť, napríklad smrť spôsobenú automobilovou haváriou. Graf 2 ukazuje podobný trend, ako hlavný ukazovateľ – Slovensko zaostáva za všetkými porovnávanými krajinami.

Graf 1: Odvrátiteľná úmrtnosť (na 100 000 obyv.)



Zdroj: Eurostat

Graf 2: Očakávaná dĺžka života žien pri narodení v rokoch



Zdroj: OECD

² Gay, J. et al. (2011), Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues, *OECD Health Working Papers*, No. 55, OECD Publishing, Paris. Dostupné na <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>.

³ Pre špecifické vekové skupiny a špecifické ochorenia zadefinované v ICD klasifikácii. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Dostupné na <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

⁴ IFP (2013). *Ako merať pokrok*. MF SR. Okrem relatívne priameho previazania zdravotníctva a zdravia sú jeho výhodami pravidelné vykazovanie 31 krajín OECD a existencia časového radu od roku 2005. Nevýhodou je chýbajúci absolútny konsenzus o tom, ktoré príčiny smrti v spojení s vekovými hranicami by mali byť odvrátiteľné zásahom zdravotníctva, dvojročné oneskorenie účinku zdravotnej politiky a tiež štatistické vykazovanie s dvojročným oneskorením.

⁵ WHO (2015). *An overarching health indicator for the Post-2015 Development Agenda*. Dostupné na http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi_indicators_SDG_TechnicalMeeting_December2015_BackgroundPaper.pdf.

Pre doplnenie obrazu o zdravotnom stave obyvateľstva bol vytvorený zoznam doplnkových ukazovateľov: potenciálne stratené roky života z odvrátiteľných príčin, očakávaná dĺžka života, úmrtnosť na vybrané choroby a prevalencia (výskyt) vybraných ochorení. Tabuľka 26 (v Prílohe 1) ukazuje, že Slovensko v takmer všetkých ukazovateľoch zaostáva za priemerom EÚ-28, resp. EÚ-15. Pri porovnaní s V3 zaostáva tiež, lepší výsledok dosahuje len pri výskyte obezity a približne rovnaký pri výskyte vysokého krvného tlaku. Z dát OECD sa môže javiť, že Slovensko vychádza veľmi dobre v porovnaní výskytu chronickej depresie. Je však veľká šanca, že tento výsledok je nepresný a chorých je na Slovensku oveľa viac - keďže tento ukazovateľ zbiera informácie priamo od pacientov, OECD predpokladá, že kvôli pretrvávajúcej stigme sú dáta v postkomunistických krajinách skreslené.

Box 1: Hodnotenie výsledkov slovenského zdravotníctva

Tri úrovne hodnotenia

Do akej miery slovenské zdravotníctvo spĺňa svoju úlohu možno zhodnotiť na troch úrovniach výsledkov zdravotnej starostlivosti. V prvom rade je potrebné posúdiť, aký je zdravotný stav obyvateľov. Následne sa treba zamerať na výsledky v jednotlivých oblastiach poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktoré tento zdravotný stav podmieňujú. Napríklad či si pacienti môžu dovoliť potrebné lieky, koľko pacientov absolvuje preventívnu prehliadku alebo koľko ľudí krátko po operácii na infarkt zomrie. Až po zohľadnení dopadov na zdravie pacienta je potrebné sledovať aj to, ako hospodárne sú zdravotnícke služby poskytované. Obrázok 1 ilustruje priority pri posudzovaní výsledkov zdravotníctva.

Obrázok 1: Úrovne hodnotenia výsledkov v zdravotníctve



Zdroj: ÚHP

V každej z troch úrovní hodnotenia sa vyberú najvhodnejšie ukazovatele, sleduje sa vývoj hodnôt v rámci Slovenska a porovnáva ich s inými krajinami. Následne sa k ukazovateľom priradia ciele, ktorých splnenie v závere prinesie viac zdravia obyvateľom.

Priebežná správa Revízie cez ukazovatele hodnotí zdravotný stav obyvateľov a pozerá sa na účinnosť, dostupnosť a hospodárnosť jednotlivých oblastí zdravotnej starostlivosti. Systematický spôsob rozdelenia ukazovateľov do troch úrovní s prepojením na ciele a následné opatrenia a politiky bude zavedený v záverečnej správe Revízie.

Postup pri výbere ukazovateľov pre hodnotenie

Viacero ukazovateľov pochádza z databáz OECD⁶ a Eurostat⁷, v ktorých až vyše sto ukazovateľov komplexne zachytáva výkonnosť zdravotníckych systémov, umožňuje ich medzinárodné porovnanie a sledovanie trendov. Časť ukazovateľov je získaných zo slovenských zdravotníckych databáz, napr. Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI). Revízia sa usiluje vybrať najvhodnejšie ukazovatele pre slovenský kontext. Pri ukazovateľoch so spoľahlivými údajmi na medzinárodnej úrovni revízia porovnáva slovenské hodnoty s priemerom u troch referenčných skupín:

- a) Krajiny V3 (Česko, Poľsko a Maďarsko) – sú najviac porovnateľné nielen z ekonomického ale aj z geopolitického a historického pohľadu
- b) Krajiny EÚ-28 – typická referenčná skupina členov Európskej únie
- c) Krajiny EÚ-15 – bohatšie krajiny Európskej únie, ktoré určia dlhodobejšiu ambíciu, ku ktorej môže výkon slovenského zdravotníctva smerovať s nárastom bohatstva krajiny

V niektorých prípadoch je vhodnejšie porovnať Slovensko s jednou krajinou samostatne. Napríklad ak má Maďarsko a Česko horšie výsledky v nemocničnej starostlivosti, v rámci V3 sa môže porovnať aj zvlášť s Poľskom. Ak v rámci skupín EÚ-28 alebo EÚ-15 chýbajú dáta k jednej alebo viacerým krajinám, názvy skupín sa zachovávajú. V prípade rozsiahlej nedostupnosti alebo slabšej kvality dát v medzinárodných databázach revízia sleduje vývoj trendu v rámci slovenského systému.

1.1 Oblasti zdravotnej starostlivosti

Pre detailnejšie sledovanie výkonnosti rozdeľuje revízia slovenský zdravotný systém do ôsmich funkčných oblastí: personál, lekárenská starostlivosť vrátane pomôcok, ústavná zdravotná starostlivosť (ÚZS), ambulantná starostlivosť, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ), urgentná zdravotná starostlivosť a doprava, dlhodobá starostlivosť a ostatné oblasti zdravotnej starostlivosti. Zároveň sleduje aj fungovanie zdravotných poisťovní a nerovnosť v zdraví a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Zvyšok tejto podkapitoly popisuje výsledky v týchto oblastiach. V Prílohe 2 sa v tabuľkovom formáte nachádza príklad hodnotenia výsledkov oblasti liekov a ich prepojenie na výsledky v zdraví obyvateľov a iné prínosy. Vypracovanie pre všetky oblasti prinesie záverečná správa Revízie.

1.1.1 Personál v zdravotníctve

Kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacienta zásadne ovplyvňuje, či je v systéme dostatok kvalifikovaných pracovníkov. V zdravotníctve na Slovensku pracuje vyše 107-tisíc pracovníkov, približne polovica z nich vo verejnom a polovica v súkromnom sektore. Približne 81-tisíc tvoria zdravotnícki pracovníci, ostatných 25-tisíc sú buď robotnícki a technicko-hospodárski pracovníci alebo pedagógovia a vedci.⁸ Revízia sa zameriava na dopyt po najpočetnejších a nákladovo najobjemnejších skupinách pracovníkov - lekároch a sestrách.

Nedostatok lekárov a sestier môže mať citeľný dopad na zdravie pacienta. Viaceré zahraničné štúdie ukazujú, že v nemocniciach s nedostatkom personálu a s nedostatočne kvalifikovanými pracovníkmi dochádza k vyššiemu počtu chýb zapríčinených človekom. Vyšší počet sestier býva tiež spojený s lepšimi výsledkami

⁶ OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Dostupné na http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

⁷ Eurostat Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

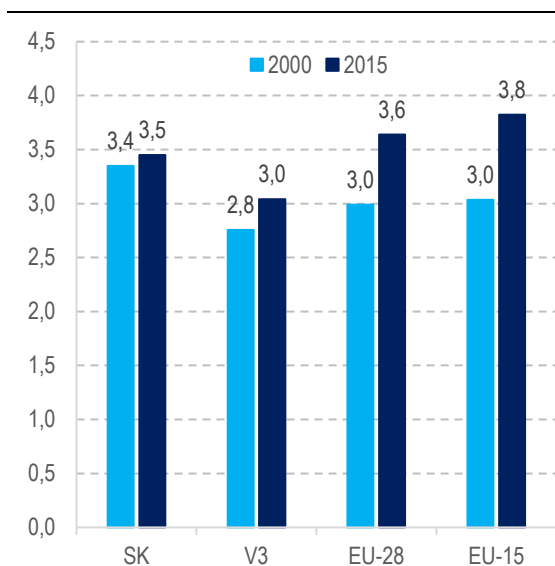
⁸ NCZI, 2017.

u pacientov a zníženou úmrtností (Aiken a spol. 2002⁹; Needleman a spol. 2002¹⁰). Aiken a spol. zistili, že v nemocniciach s vysokým počtom pacientov na sestru vzrastá pravdepodobnosť, že pacient zomrie 30 dní po operácii, u sestier rastie nespokojnosť s prácou a viac z nich trpí syndrómom vyhorenia. Niektoré štúdie tento vzťah nepotvrdili (napr. Spetz et al. 2005)¹¹. Úbytok personálu v zdravotníctve má navyše efekt „snehovej gule“: ak odíde časť pracovníkov, zvýši sa záťaž na zostávajúcich zamestnancov, čo vedie k ďalším odchodom.

Jednoduché porovnanie agregovaných dát o počte lekárov ukazuje, že na Slovensku je viac lekárov ako v krajinách V3 (ich priemer výrazne ovplyvňuje Poľsko s iba 2,3 lekármi na 1000 obyvateľov), ale menej ako je v krajinách EÚ (Graf 3).

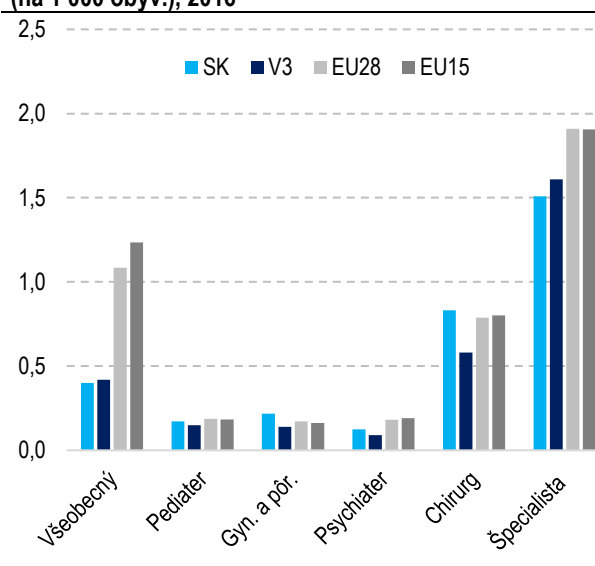
Štruktúra lekárov podľa odborností je odlišná, Slovensko má menej všeobecných lekárov ako priemer EÚ (Graf 4). Všeobecní lekári v systéme zdravotnej starostlivosti plnia úlohu prvého kontaktu a zároveň by mali regulovať vstup pacienta ďalej do systému (tzv. gatekeeping). Ich nedostatok alebo neplnenie kompetencií predraňuje zdravotnú starostlivosť, pretože základné zdravotné problémy musia riešiť drahší špecialisti.

Graf 3: Počet lekárov (na 1 000 obyv.), 2017



Zdroj: OECD

Graf 4: Počet lekárov podľa špecializácií (na 1 000 obyv.), 2016*



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

Zdroj: OECD

Na Slovensku pracuje v porovnaní s najvyspelejšími krajinami EÚ výrazne menej zdravotných sestier a navyše ich počet medzi rokmi 2000 a 2015 značne klesol. Graf 5 ilustruje tento pokles na Slovensku, pričom v EÚ je trend opačný. Keďže nie všetky EÚ krajiny vykazujú počty zdravotných sestier metodicky rovnako, uvádzame iba porovnateľné krajiny (Graf 6). OECD pri tvorbe analýz rozdeľuje zdravotné sestry do troch kategórií. Určenie porovnateľnej kategórie nie je priamočiare, keďže sestry majú v rôznych krajinách inak definované kompetencie a požiadavky na vzdelanie. Napríklad zdravotná sestra v niektorých krajinách môže

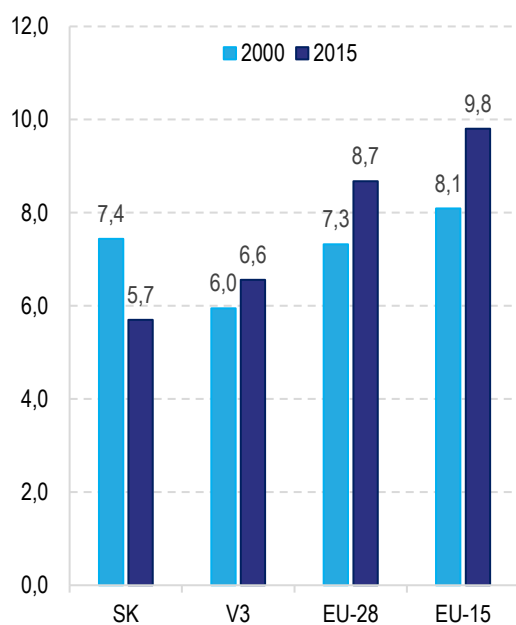
⁹ Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>.

¹⁰ Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12037152>.

¹¹ Spetz, J., Donaldson, N., Aydin, C., & Brown, D. S. (2008). How many nurses per patient? Measurements of nurse staffing in health services research. *Health Services Research*, 43(5p1), 1674-1692. Dostupný na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653880/#b7>.

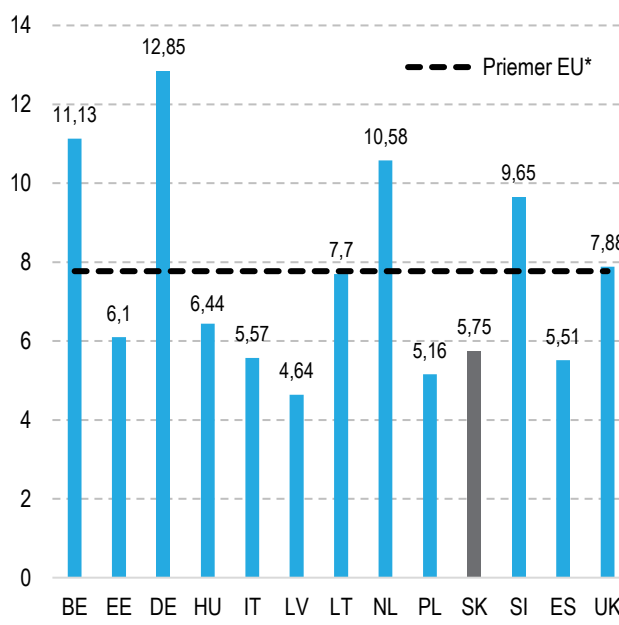
vykonávať navyše aj činnosti, ktoré sú v iných krajinách výlučne náplňou práce asistenta alebo sanitára. Podľa analýzy MZ a medzinárodných porovnaní na Slovensku chýba minimálne 3-tisíc zdravotných sestier. Do záverečnej správy sa revízia výdavkov zameria na podrobnejšie preskúmanie kompetencií zdravotných sestier v jednotlivých krajinách, aby bolo možné presnejšie kvantifikovať slovenský nedostatok. Pri zohľadnení demografického vývoja a aktuálnej vekovej štruktúry sestier je ich nedostatok ešte vážnejším problémom.

Graf 5: Počet zdravotných sestier (na 1 000 obyv.), 2000 a 2015



Zdroj: OECD

Graf 6: Počet zdravotných sestier (Practising nurses, na 1 000 obyv.), 2016¹²



* Priemer krajín EÚ s porovnateľným vykazovaním počtu zdravotných sestier

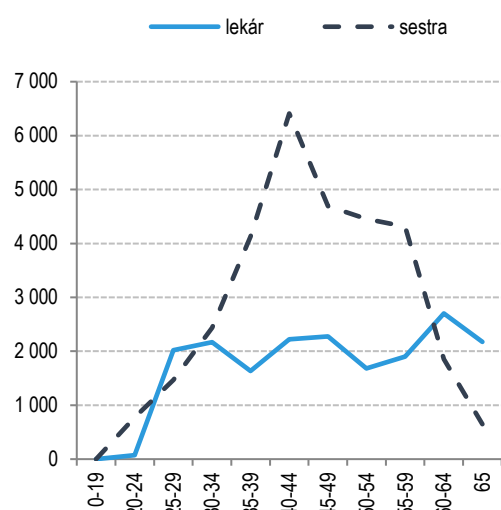
Zdroj: OECD

Starnutie personálu

Dôležitú úlohu pri analýze potrebného personálu hrá demografický vývoj v jednotlivých zdravotníckych profesiách. Priemerný vek lekárov je 47 rokov. Graf 7 ukazuje, že počet lekárov je viac-menej rovnomerne rozložený medzi vekovými kategóriami, čo naznačuje, že existuje relatívny dostatok lekárov z mladších ročníkov, ktorí môžu nahradiť starších. Pri rozdelení na jednotlivé kategórie lekárov však vidno, že predovšetkým všeobecní lekári a pediatri sú z vyše 40 % zastúpení staršími ročníkmi s menším počtom nastupujúcich mladých lekárov (Graf 8). Tento vývoj predpovedá, že už dnešný problém s nedostatkom všeobecných lekárov sa bude len prehĺbovať. Priemerný vek sestier (45 rokov) je o niečo nižší, ako u lekárov, čo môže byť spôsobené skorším začiatkom kariéry. Veková skladba je však nepriaznivejšia - len 15 % sestier má menej ako 35 rokov, zatiaľ čo u lekárov je to 23 %. Ak súčasný trend pretrvá, v budúcnosti sa nedostatok sestier výrazne zvýši. Z analýzy MZ vyplýva, že v roku 2030 by na Slovensku chýbalo ešte o 6 400 zdravotných sestier viac ako sú aktuálne odhady. Len na kompenzáciu vekovej štruktúry u zdravotných sestier IZP odporúča prijať každý rok o 2 300 študentov viac.

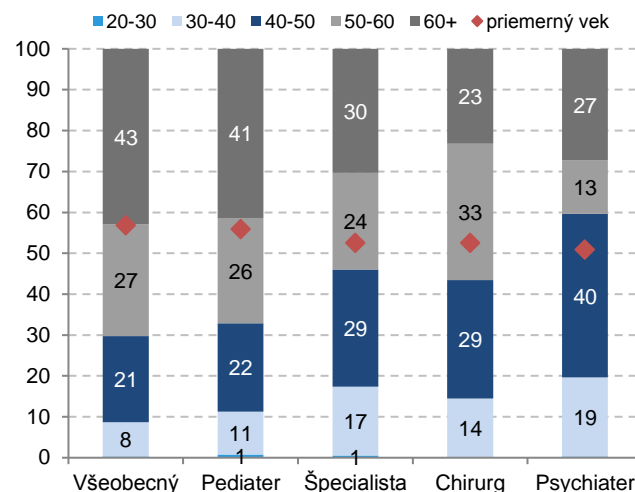
¹² Medzinárodné porovnanie je nepresné, keďže v niektorých krajinách sú vykazované prepočty sestier na plné úväzky (FTE), niektoré krajiny počítajú aj s pracovníkmi v sociálnej sfére alebo inak definujú kompetencie sestier a požiadavky na ich vzdelanie.

Graf 7: Veková štruktúra, lekári a sestry, 2016



Zdroj: NZCI

Graf 8: Veková štruktúra, lekári podľa špecializácií (%), 2016



Zdroj: Slovenská lekárska komora

1.1.2 Lieky a zdravotnícke pomôcky

Slovenské výdavky na lieky na obyvateľa sú síce pod priemerom EÚ a OECD, presahujú však hodnoty viacerých krajín s lepšimi výsledkami v zdravotníctve (Graf 9). Česká republika, Dánsko aj Slovinsko majú nižšie výdavky na lieky a menej odvrátiteľných úmrtí, čo naznačuje, že peniaze použité na lieky by mohli dosiahnuť vyšší efekt v iných oblastiach zdravotníctva (napr. pri podpore prevencie alebo dlhodobej starostlivosti).

Keďže Slovensko má vďaka referencovaniu jednej z najlacnejších liekov,¹³ vyššie výdavky pravdepodobne súvisia s vyššou spotrebou drahších liekov. Spôsobuje ju aj dlho nevykonaná revízia úhrad liekov (časť 6.1.1). Presné vysvetlenie rozdielov vo výdavkoch si vyžaduje hlbšiu analýzu spotreby liekov podľa jednotlivých nákladových skupín. Zároveň je potrebné preskúmať, či je spotreba drahších liekov dobrou investíciou do zdravia pacientov alebo by tieto peniaze radšej mali byť naopak použité na iné oblasti zdravotnej starostlivosti. Širšej analýze sa bude venovať záverečná správa Revízie.

Spotreba liekov

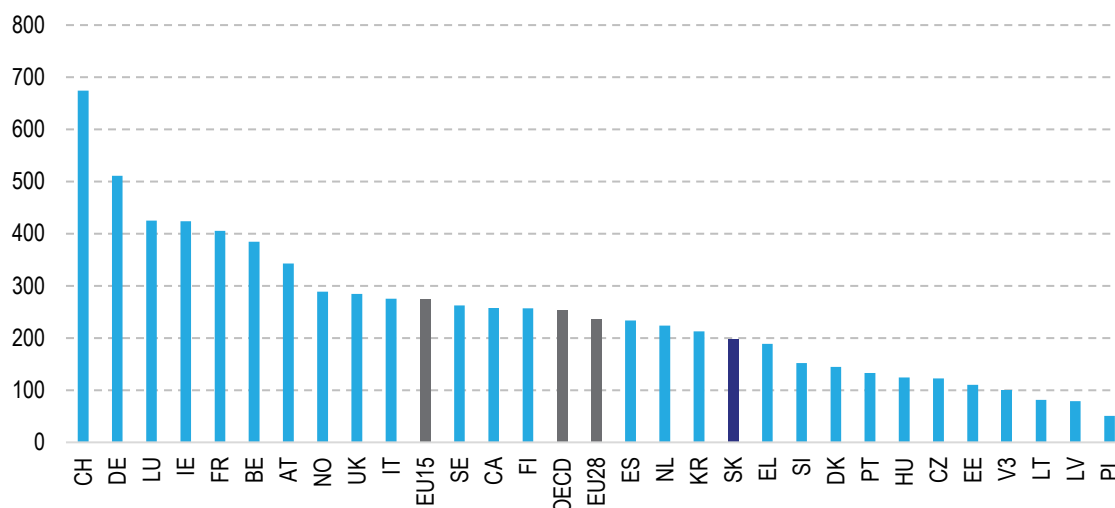
Celková spotreba liekov je na Slovensku oproti EÚ mierne vyššia a oproti Českej republike mierne nižšia.¹⁴ Porovnanie zahŕňa lieky hradené z verejného zdravotného poistenia (VZP) na predpis, lieky podané pacientom v nemocniciach a voľnopredajné lieky.¹⁵ V roku 2017 nastal na Slovensku pokles spotreby liekov (podobne aj výdavkov), rozdiely však zostávajú (Graf 10).

¹³ 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.

¹⁴ V roku 2018 došlo k úprave vykazovania slovenských dát o liekoch od vykázaného roku 2016. Zmena spôsobila zlom vo vývoji (Box 2).

¹⁵ Porovnanie obsahuje iba krajiny s porovnateľným spôsobom vykazovania spotreby liekov: Česko, Dánsko, Estónsko, Island, Taliansko, Kórea, Nórsko, Švédsko.

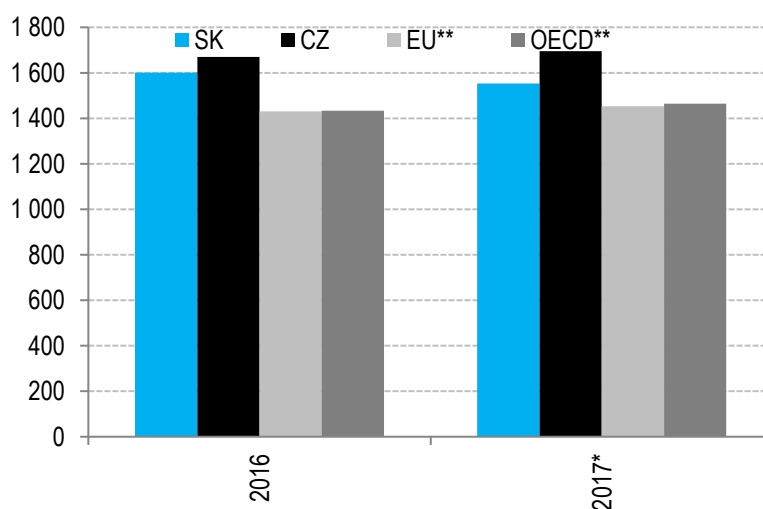
Graf 9: Verejné výdavky na lieky* na osobu, bežné ceny, v eur, 2016



* Výdavky na lieky zahŕňajú aj iné tovary krátkodobej spotreby, napr. obvazy a striekačky, ktoré sú na Slovensku považované za zdravotnícke pomôcky. Väčšina pomôcok spotrebovaných na Slovensku je však v databáze OECD vykazovaná v samostatnej kategórii.

Zdroj: OECD

Graf 10: Celková spotreba liekov (v denných dávkach, na 1 000 obyv.)



* vývoj v roku 2017 je odhad, ** krajiny s porovnateľným spôsobom vykazovania spotreby liekov

Zdroj: OECD

Box 2: Zmena vykazovania slovenskej spotreby liekov v OECD štatistikách

Porovnanie spotreby liekov vychádza z nových dát o spotrebe za rok 2016, dodávaných do OECD Národným centrom zdravotníckych informácií (NCZI), ktoré boli zverejnené v júni 2018. Oproti údajom z predchádzajúcich rokov došlo k úprave metodiky, ktorá má zlepšiť medzinárodné porovnanie liekov.

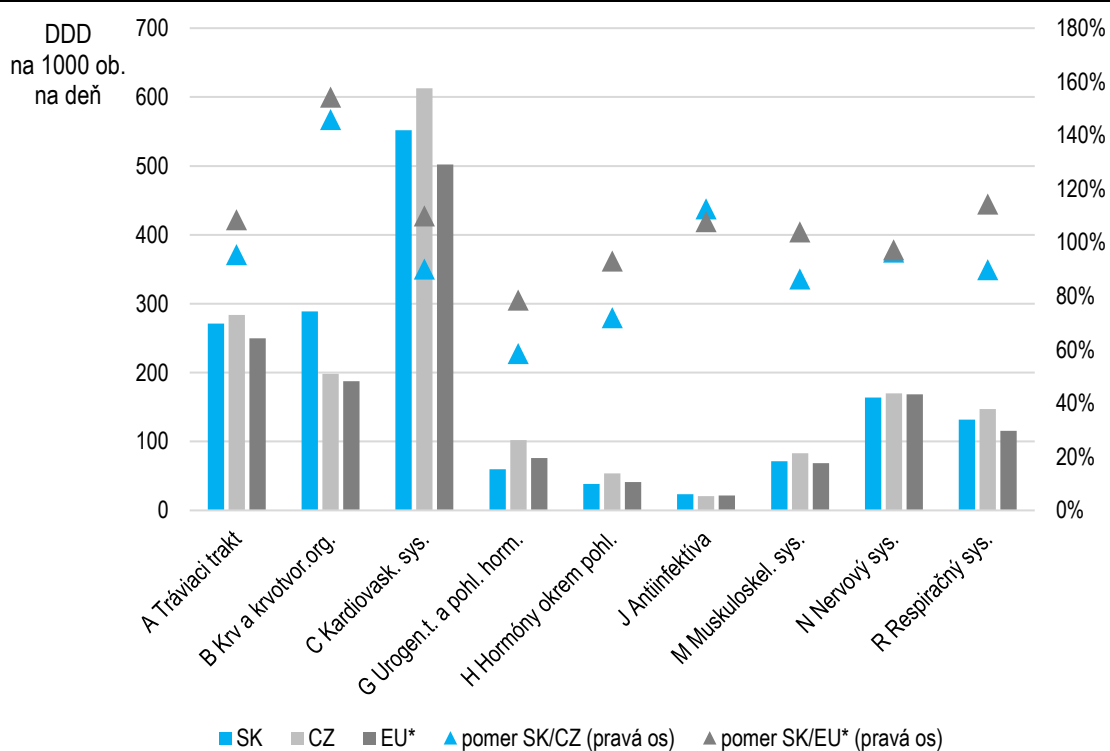
Po úprave je spotreba Slovenska stále nad priemerom V3 aj EÚ, rozdiel sa však znížil. Pri spotrebe liekov sú po novom používané upravené hodnoty denných definovaných dávok (DDD). Hoci boli hodnoty DDD používané aj doteraz, nezodpovedali hodnotám WHO, ktoré používajú iné krajiny pri vykazovaní do OECD.

NCZI sleduje spotrebu liekov primárne v počte balení. Pre potreby OECD je táto spotreba prepočítaná na úroveň DDD, čím sa eliminuje vplyv rôzneho obsahu účinnej látky a rôznej veľkosti balenia. Spotreba po novom zodpovedá konečnej spotrebe zákazníkov/pacientov, kým doteraz vychádzala z dát distribučných spoločností o objeme predaných liekov.

Požiadavku na overenie a doplnenie postupu, ktorým sa doteraz určovali hodnoty DDD pre jednotlivé lieky spotrebúvané na Slovensku, vznikla Asociácia inovatívneho farmaceutického priemyslu (AIFP v spolupráci s MZ a NCZI). Zoznam DDD na objednávku AIFP overila a doplnila spoločnosť Pharm In. Cieľom bolo overiť, či príčinou vysokej spotreby liekov na Slovensku (napr. v porovnaní s Českom) nie je nesprávne vykazovanie.

Slovenská spotreba liekov je nižšia ako česká vo všetkých anatomickeo-terapeuticko-chemických (ATC) skupinách, okrem skupiny B – krv a J – antiinfektíva (Graf 11). Slovensko prevyšuje EÚ v spotrebe liekov vo všetkých ATC skupinách okrem skupiny G – liekov na urogenitálny trakt a pohlavné hormóny. Okrem uvedených rozdielov zodpovedá porovnanie jednotlivých ATC skupín porovnaniu celkovej spotreby.

Graf 11: Porovnanie zahraničnej a slovenskej spotreby liekov v jednotlivých ATC skupinách, 2016



* krajiny s porovnateľným spôsobom vykazovania spotreby liekov

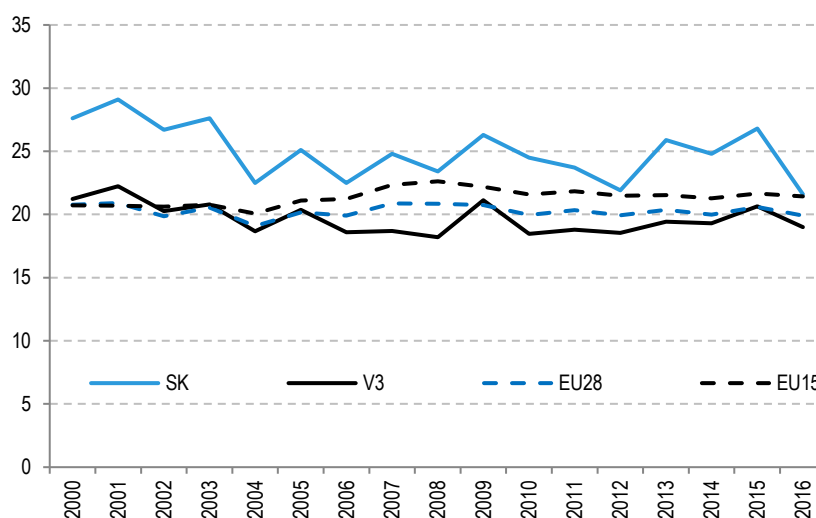
Zdroj: OECD

Spotreba antibiotík je na Slovensku dlhodobo vyššia než je priemer V3 či EÚ-28 (Graf 12). Preskripcia antibiotík je jedným z hlavných výsledkových ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti v predpisovaní liekov.¹⁶ Okrem toho, že nadmerná spotreba antibiotík signalizuje plytvanie zdrojmi, vedie k rastu rezistencie

¹⁶ OECD (2006). OECD Health Care Quality Indicators. *OECD Health Working Paper No. 23*. Ďalšie indikátory zahŕňajú preskripciu liekov znižujúcich cholesterol a antihypertenzívnych liekov pre diabetikov, benzodiazepínov pre seniorov a antikoagulantov v kombinácii s nesteroidnými antiflogistikami. K týmto indikátorom vykazuje Slovensko dáta iba za rok 2012. Dáta v spotrebe antibiotík pochádzajú z OECD štatistiky Pharmaceutical consumption J-01: antibacterials for systemic use. Dostupné na https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI.

baktérií voči liekom, čo má dlhodobé negatívne dopady na zdravie a účinnosť liečby všetkých obyvateľov (OECD).¹⁷

Graf 12: Spotreba antibiotík (definované denné dávky na 1 000 obyv.)



Zdroj: OECD

Spotreba generík a biosimilárnych liekov

Zvyšovanie podielu generík na celkovej spotrebe liekov prináša úsporu pacientom. Poistovne uhrádzajú lieky do výšky najlacnejšej alternatívy, zvyšok dopláca pacient. Užívanie lacnejšieho generika nemá dopad na zdravie pacienta. Generiká sú plnohodnotnými náhradami originálnych liekov. Sú teda rovnako účinné a bezpečné ako originály, čo garantujú Štátny ústav na kontrolu liečiv (ŠÚKL), resp. Európska lieková agentúra (EMA) pri vydaní povolenia na registráciu lieku.¹⁸

Hoci máme vyšší podiel spotreby generík v porovnaní s inými krajinami OECD, podiel generík na spotrebe liekov na Slovensku klesá (Graf 13). V období 2000 - 2015 poklesol približne o 10 p.b., čo sa prejavuje rastom doplatkov pacientov. V ostatných krajinách OECD je trend opačný, medzi rokmi 2000 a 2016 nedošlo k poklesu podielu generík na spotrebe liekov v žiadnej inej krajine.

Ušetriť peniaze môže aj užívanie biosimilárnych namiesto originálnych biologických liekov. Biologické lieky sú založené na molekulách, ktorých vznik si vyžaduje živý organizmus. Biosimilárne lieky sú rovnako bezpečné a účinné ako pôvodné biologické lieky, podobne ako generiká voči originálom. Ich bezpečnosť a účinnosť je rovnako garantovaná ŠÚKL-om resp. EMA. Podľa INEKO sa v roku 2017 na najpredávanejšie biologické lieky minulo 162,1 mil. eur (Tabuľka 1). Zo 47 biosimilárnych liekov schválených EMA, bolo na Slovensku k augustu 2018 dostupných len 9 (Tabuľka 2).

¹⁷ OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Dostupné na http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

¹⁸ U malej časti pacientov môže byť vhodné zostať pri konkrétnom nastavenom lieku pri liekoch s tzv. úzkou terapeutickou šírkou (úzkym rozhraním medzi terapeutickou a toxickou dávkou).

Tabuľka 1: Prehľad najpredávanejších biologických liekov

Názov lieku	Účinná látka	Termín vypršania patentovej ochrany	Objem predaja v SR v mil. eur, 2017	Prvý registrovaný biosimilárny liek v EMA	Prvý kategorizovaný biosimilárny liek v SR
Humira	adalimumab	2018	45,5	Áno (2017)	Nie
Avastin	bevacizumab	2022	19,2	Áno (2018)	Nie
Remicade	infliximab	2015	14,5	Áno (2013)	Áno (2014)
Lucentis	ranibizumab	2022	12,3	Nie	Nie
Herceptin	trastuzumab	2014	11,2	Áno (2017)	Nie*
Enbrel	etanercept	2015	10,5	Áno (2016)	Nie
MabThera	rituximab	2013	10,5	Áno (2017)	Nie*
Xolair	omalizumab	2017	7,9	Nie	Nie
Simponi	golimumab	2024	7,7	Nie	Nie
Tysabri	natalizumab	2015	6,1	Nie	Nie
Neulasta	pegfilgrastim	2017	4,2	Nie	Nie
Erbix	cetuximab	2014	4	Nie	Nie
Lantus	insulin glargine	2014	3,3	Áno (2013)	Áno (2015)
Avonex	interferon beta-1a	2015	2,9	Nie	Nie
NovoLog/ NovoRapid	insulin aspart	2011	2,3	Nie	Nie
Spolu			162,1		

Pozn.: INEKO použil zdroje *Kawalec a kol. (2017)* - termín vypršania patentovej ochrany (s výnimkou Simponi a Erbitux, kde termíny dohľadával INEKO); *IMS* - objem predaja v SR za rok 2017; *Farmaceutická fakulta UK* - informácia o dostupnosti biosimilárnych liekov v EÚ a SR.

* V júli a auguste 2018 MZ SR schválilo žiadosti o kategorizáciu troch biosimilárnych liekov s účinnými látkami rituximab a trastuzumab. Vstup liekov na trh sa očakáva najskôr v jeseni 2018.

Zdroj: INEKO

Tabuľka 2: Prehľad kategorizovaných biosimilárnych liekov v krajinách V4, august 2018

Rok registrácie v EMA	Molekula	Názov lieku	Firma	SK	CZK	PL	HUN
2006	Somatropin	Omnitrope	Sandoz	-	áno	-	áno
2007	Epoetin alfa	Binocrit	Sandoz	áno	áno	áno	áno
2007	Epoetin zeta	Retacrit	Hospira	-	áno	-	áno
2008	Filgrastim	Ratiograstim	Ratiopharm	áno	-	-	áno
2008	Filgrastim	Tevagrastim	Teva Generics	-	áno	áno	-
2009	Filgrastim	Zarzio	Sandoz	áno	áno	áno	áno
2010	Filgrastim	Nivestim	Hospira	-	áno	áno	áno
2013	Filgrastim	Grastofil	Apotex	áno	-	áno	-
2013	Infliximab	Inflectra	Hospira	áno	áno	áno	áno
2013	Follitropin alfa	Ovaleap	Teva Pharma	-	áno	áno	áno
2013	Infliximab	Remsima	Celltrion	áno	áno	áno	áno
2014	Insulin glargine	Abasaglar	Eli Lilly/Boehringer Ingelheim	áno	áno	áno	áno
2014	Filgrastim	Accofil	Accord Healthcare	áno	áno	áno	áno

2014	Follitropin alfa	Bemfola	Finox Biotech	áno	áno	áno	áno
2016	Etanercept	Benepali	Samsung Bioepis	-	áno	áno	-
2016	Infliximab	Flixabi	Samsung Bioepis	-	áno	áno	-
2017	Etanercept	Erelzi	Sandoz	-	-	áno	-
2017	Rituximab	Truxima	Celltrion	-	áno	-	áno
2017	Trastuzumab	Herzuma	Celltrion	-	áno	-	áno
2017	Adalimumab	Imraldi	Samsung Bioepis		áno	-	-
Spolu				9	17	14	14

Zdroj: INEKO, dáta Farmaceutická fakulta UK

Súčasná legislatíva vyžaduje, aby každé generikum a biosimilárny liek vstupujúci do kategorizácie mal nižšiu cenu ako aktuálne najlacnejší liek v referenčnej skupine (Tabuľka 3). Navyše, každá následná modifikácia (aj zmena obalu alebo názvu) je posudzovaná ako vstup nového lieku, čo znamená ďalšie zníženie ceny. Vplyvom medzinárodného referencovania cien v iných krajinách EÚ taktó regulované ceny na Slovensku tlačia na ceny lieku aj v iných krajinách. Výrobca lieku sa preto môže rozhodnúť na slovenský trh radšej vôbec nevstupovať. Revízia do záverečnej správy preskúma, či tento tlak na ceny vplyva na klesajúci podiel generík na celkovej spotrebe liekov a nízky počet registrovaných biologických liekov.

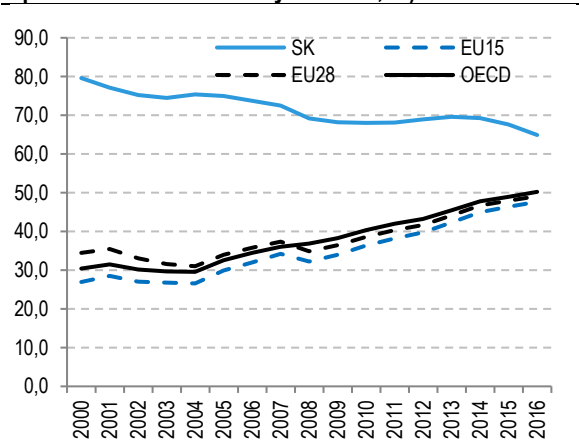
Tabuľka 3: Povinné zníženie ceny pri vstupe nového lieku do kategorizácie, platné od januára 2018

	1. liek v ref. skupine	2. liek v ref. skupine	3. a ďalší liek ref. skupine
Generický liek	-45%	-10%	-5%
Biosimilárny liek	-30%	-5%	-5%

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

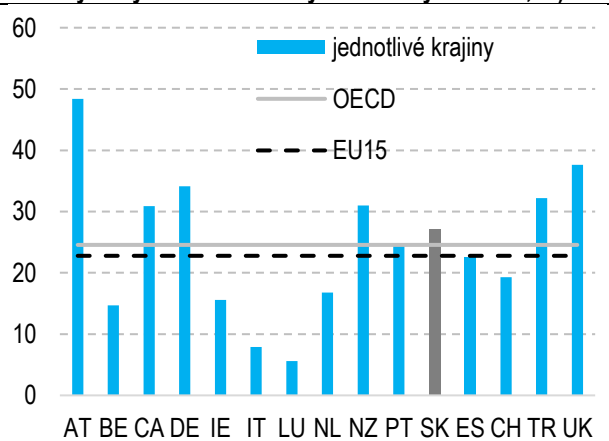
Vzťah medzi spotrebou a výdavkami naznačuje, že na Slovensku sa v porovnaní s ostatnými krajinami používajú generiká pri lacnejších liekoch. V spotrebe Slovensko výrazne prevyšuje priemer ostatných krajín (o 15 p.b.), slovenské výdavky na generiká sú však už iba mierne nad priemerom krajín OECD (o 3 p.b.) (Graf 14). Revízia do záverečnej správy preskúma dôvody, prečo podiel slovenskej spotreby generík prevyšuje ostatné krajiny viac než podiel slovenských výdavkov na generiká.

Graf 13: Spotreba generík (podiel generík na celkovej spotrebe liekov uhrádzaných z VZP, %)



Zdroj: OECD

Graf 14: Výdavky na generiká (podiel generík na celkových výdavkoch na lieky uhrádzaných z VZP, %)



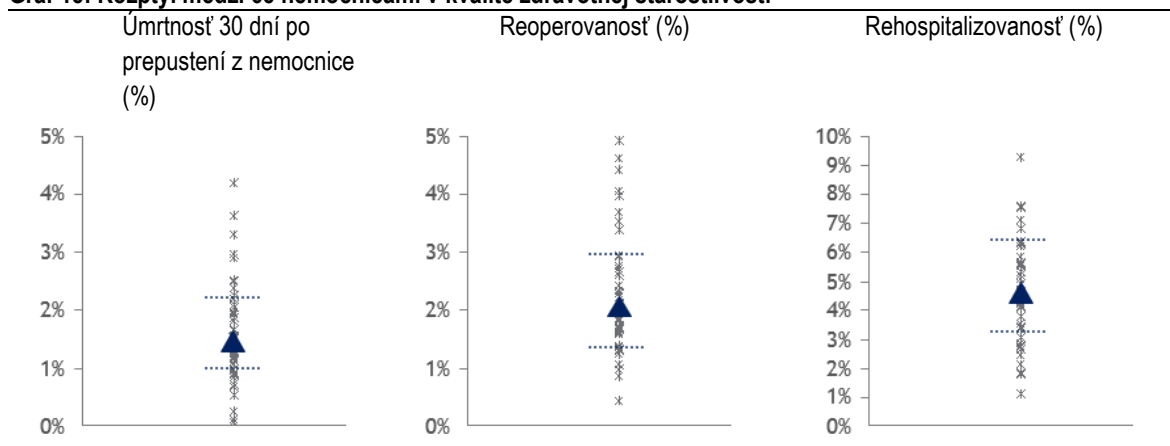
Zdroj: OECD

1.1.3 Ústavná zdravotná starostlivosť

Kvalita zdravotnej starostlivosti v nemocniciach

Medzi jednotlivým slovenskými nemocnicami existujú výrazné rozdiely v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo sa týka miery úmrtnosti, reoperovanosti a rehospitalizovanosti pacientov. Graf 15 ukazuje, že 30 dní po prepustení z niektorých nemocníc zomrie okolo 0,1 % pacientov, zatiaľ čo pri iných nemocniciach sú to až 4 %. V miere reoperovanosti sa nemocnice líšia o 5 p.b., v miere opätovnej hospitalizovanosti až o 9 p.b. Analýza bola očistená o rozdiely medzi nemocnicami, ktoré priamo nesúvisia s kvalitou poskytnutej starostlivosti, ako je náročnosť prípadov, ktoré nemocnica rieši alebo skladba obyvateľstva v regióne pomocou ukazovateľa case-mix index.¹⁹

Graf 15: Rozptyl medzi 65 nemocnicami v kvalite zdravotnej starostlivosti



Pozn.: Krížiky označujú 65 všeobecných nemocníc. Vodorovné prerušované čiary označujú 25. a 75. percentil. Trojuholník označuje medián. Dáta boli očistené o extrémne okrajové hodnoty. Analýza bola upravená o náročnosť hospitalizačných prípadov v jednotlivých nemocniciach prostredníctvom ukazovateľa case-mix index.

Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Časová dostupnosť ÚZS

Jednou z úloh zdravotníctva je poskytovať plánované zákroky v dostatočne krátkom čase, aby sa predišlo komplikáciám, zvýšila sa šanca na uzdravenie a zlepšila sa kvalita života pacienta.

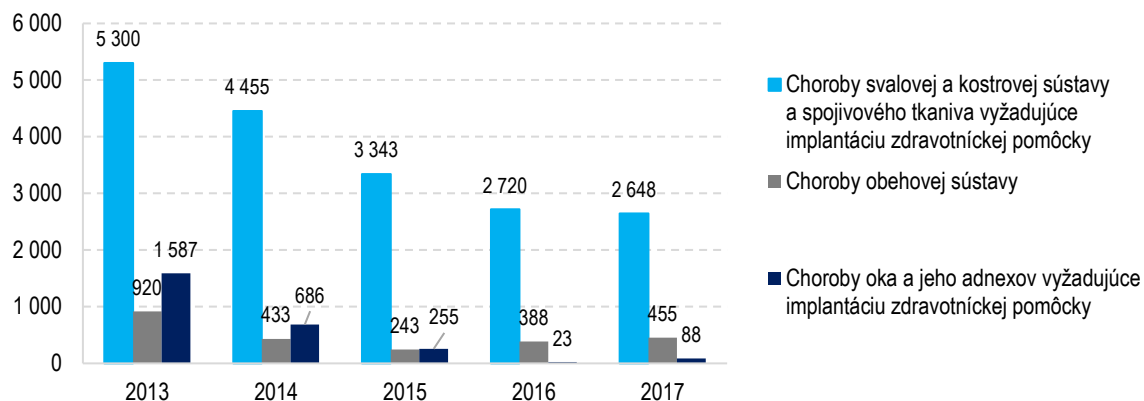
Počet pacientov, ktorí čakali na plánované výkony dlhšie ako tri mesiace, klesol od roku 2013 o viac ako polovicu. Od roku 2010 sú zdravotné poisťovne povinné viesť zoznamy pacientov, ktorí nepotrebujú neodkladnú zdravotnú starostlivosť a odklad výkonov by nemal zhoršiť ich zdravotný stav. Graf 16 ukazuje vývoj počtu čakajúcich v troch zo šiestich kategórií chorôb, ktoré poisťovniam káže vyhláška.²⁰

Spoľahlivé údaje o čakacích lehotách na jednotlivé zákroky v súčasnosti nie sú dostupné. Zberom a analýzou dát sa bude zaoberať záverečná správa Revízie.

¹⁹ Case-mix index (CMI) je priemer relatívnych váh hospitalizačných prípadov nemocnice v rámci diagnostických skupín. Odráža klinickú a nákladovú náročnosť pacientov v nemocnici.

²⁰ Vyhláška 151/2011. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nevykazuje údaje pre kategórie 4 až 6.

Graf 16: Počet čakajúcich na plánované výkony k 31.12.



Zdroj: UDZS

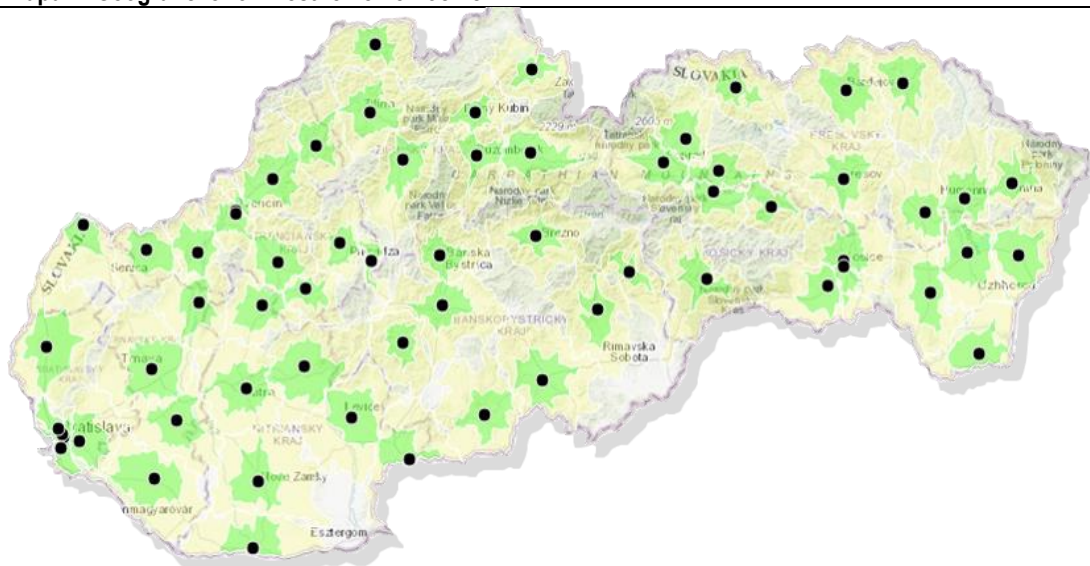
Geografická dostupnosť ÚZS

Ústavná zdravotná starostlivosť je pre pacientov geograficky veľmi dobre dostupná, ukázala štúdia k stratifikácii nemocníc.

Mapa 1 zobrazuje rozmiestnenie nemocníc na území Slovenska a pokrytie obyvateľstva podľa času dojazdu do nemocnice: 91 % obyvateľstva sa dostane do najbližšej nemocnice do 30 minút, do 60 minút sa dopraví až 99 % populácie. Z krajín, ktoré porovnávala štúdia je na tom lepšie len Nemecko, preferovaný dánsky nemocničný systém vykazuje dostupnosť do 30 minút iba pre 82 % obyvateľstva (Graf 17).

Na druhej strane celková dobrá geografická dostupnosť nie je spojená s rovnakou kvalitou zdravotnej starostlivosti v každej nemocnici (Graf 15).

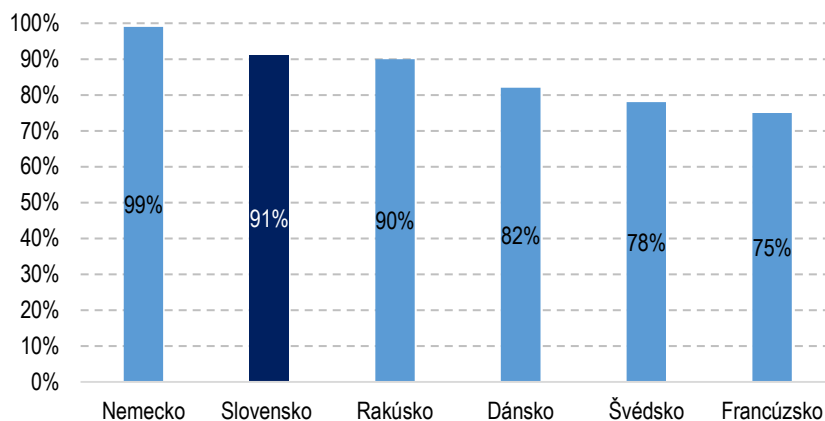
Mapa 1: Geografické rozmiestnenie nemocníc



Pozn.: čierny bod – nemocnica, zelená plocha – dostupnosť jazdou autom do 30 minút, žltá plocha – dostupnosť jazdou autom do 60 minút

Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Graf 17: Podiel populácie s časom dojazdu do 30 minút do najbližšej nemocnice



Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Hospodárnosť v ÚZS

Súčasný systém je podľa štúdie v porovnaní s krajinami západnej Európy²¹ neefektívny. Priemerná dĺžka hospitalizácie je o 22 % vyššia, obsadenosť lôžok je o 10 % nižšia. Navyše sa v dôsledku starnutia obyvateľstva a faktorov ovplyvňujúcich zdravotnú starostlivosť²² do roku 2030 zvýši dopyt po ÚZS o takmer 18 %, čo pri súčasnom systéme iba zvýši náklady a záťaž na personál (Tabuľka 4).²³

Tabuľka 4: Charakteristiky nemocničnej zdravotnej starostlivosti v rokoch 2017 a 2030

	2017		2030
	Krajiny záp. Európy	Slovensko Súčasný systém	Slovensko Súčasný systém
Počet pacientov, v mil.	-	1	1,2
Počet lôžok	-	32 300	37 400
Priemerná dĺžka hospitalizácie, v dňoch	6,5	8,3	8,3
Obsadenosť lôžok	80 %	72 %	72 %
Podiel obyvateľstva s dostupnosťou do 30 minút	86 %*	91 %	91 %
Počet lekárov na lôžko	0,31	0,20	0,18
Počet sestier na lôžko	0,69	0,52	0,45
Prostriedky k dispozícii na lôžko pri fixnom rozpočte	-	€ 29 200	€ 25 200

Pozn.: *Výpočet ÚHP s použitím dát v štúdií BCG

Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Dlh nemocníc

V roku 2017 došlo opäť k výraznému nárastu dlhu v podobe záväzkov po lehote splatnosti (ďalej len záväzky) (Tabuľka 5). Najproblémovejšími zostávajú nemocnice Ministerstva zdravotníctva, ktorých dlh dosiahol až 86 % celku. Nemocnice MZ sa zároveň v roku 2017 zadlžili najviac od roku 2013, aj keď tempo rastu dlhu bolo najpomalšie.

²¹ Porovnávané krajiny – počet hospitalizácií: Nemecko, Rakúsko, Francúzsko, Fínsko, Švédsko, Dánsko, Holandsko; priemerná dĺžka hospitalizácie: Dánsko, Švédsko, Holandsko, Nórsko, Veľká Británia, Taliansko; obsadenosť lôžok: Veľká Británia, Nórsko, Nemecko, Švédsko, Taliansko, Francúzsko, Rakúsko; počet lekárov a sestier: Nemecko, Francúzsko, Holandsko, Rakúsko, Nórsko.

²² Napríklad zvýšená rezistencia voči antibiotikám, viac transplantácií orgánov vďaka bio-inžinierstvu, riziká spojené s vyšším vekom matiek pri prvom pôrode.

²³ Údaje sa líšia od výsledkov analýzy revízie výdavkov v zdravotníctve a revízie miezd. Dôvodom je porovnanie Slovenska s inými skupinami krajín, väčšinou bohatšími s vyššími celkovými výdavkami na zdravotníctvo.

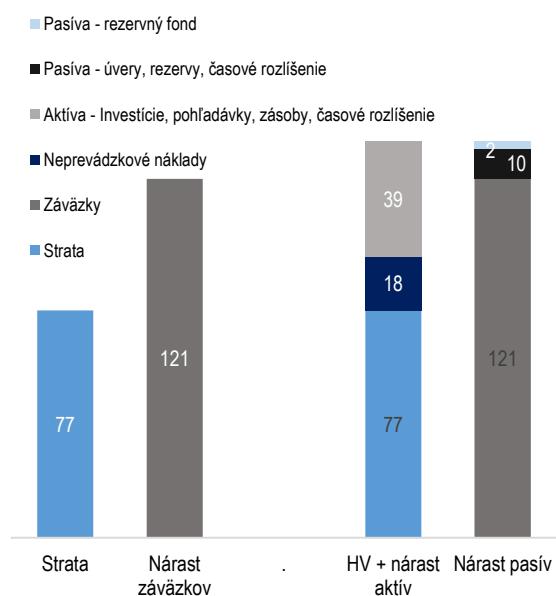
Tabuľka 5: Závazky po lehote splatnosti podľa zriaďovateľa nemocnice

	Objem v mil. eur					Rast v mil. eur			
	2013	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
V pôsobnosti MZ SR	247	334	442	547	679	87	108	105	132
V pôsobnosti MV SR, MO SR a MS SR	18	20	24	25	26	2	4	1	1
Delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	72	77	84	75	85	5	7	-9	10
Transformované na akciové spoločnosti	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Závazky po lehote splatnosti spolu	337	431	550	647	791	94	119	97	144

Zdroj: MZ, ÚHP

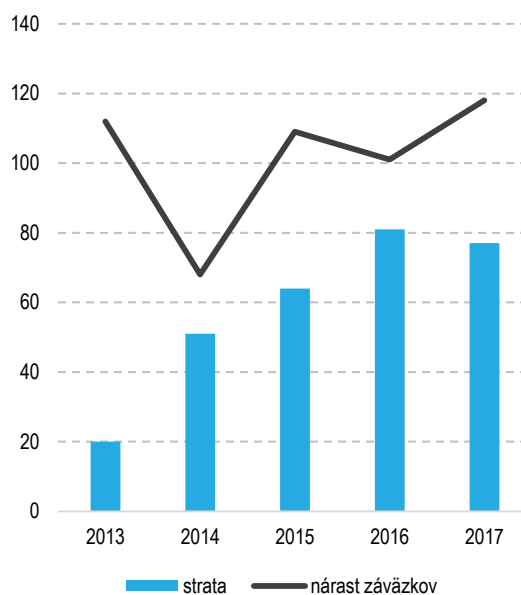
Hlavnou príčinou nárastu záväzkov je každoročné hospodárenie so stratou 13 univerzitných a fakultných nemocníc MZ.²⁴ V období 2013-2017 strata nemocníc vysvetľuje až 60 % nových záväzkov. Pre zastavenie trendu zadlžovania je nevyhnutné dosahovať aspoň vyrovnaný hospodársky výsledok. Zvyšných 40 % z nárastu dlhu vysvetľujú neprevádzkové náklady,²⁵ nové investície, nárast pohľadávok, hotovosti na účtoch, zásob a prostriedky, ktoré za už poskytnuté výkony prídu nemocniciam na účet v ďalšom roku (príjmy budúcich období) (Graf 18). Tieto faktory zároveň vysvetľujú, prečo vývoj dlhu nekopíruje trend v prevádzkovej strate (Graf 19). Či je nárast v týchto položkách problematický však možno zhodnotiť až podrobným preskúmaním účtovných závierok a peňažných tokov.

Graf 18: Faktory ovplyvňujúce nárast záväzkov podľa účtovných závierok 13 univerzitných a fakultných nemocníc, 2017



Zdroj: účtovné závierky MF SR

Graf 19: Vývoj straty a nárastu záväzkov 13 univerzitných a fakultných nemocníc MZ



Zdroj: MZ

Hospodársky výsledok univerzitných a fakultných nemocníc

13 univerzitných a fakultných nemocníc vykazovalo v období 2013-2017 priemernú prevádzkovú stratu 59 mil. eur. Do roku 2016 strata každoročne rástla, v roku 2017 po prvýkrát mierne poklesla (Tabuľka 6).

²⁴ 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.

²⁵ Vzniknuté úroky, dane, opravné položky, rezervy.

V období 2013-2017 rástli ich celkové náklady v priemere o 5,3 % ročne. Najrýchlejšie rástli náklady na lieky a zdravotnícky materiál (v priemere o 7 % ročne), v absolútnej hodnote zase najviac rástli osobné náklady, v priemere o 24 mil. eur ročne. Hoci nemocnice v roku 2017 znížili svoje náklady, stále minuli o 31 mil. eur viac ako si naplánovali.

Na druhej strane sú podľa MZ problémom nedostatočné výnosy od zdravotných poisťovní, ktoré od roku 2015 nepokrývajú ani osobné a medicínske náklady.²⁶ V roku 2017 sa síce podarilo znížiť rast nákladov, zároveň však pomalšie oproti minulému roku rástli výnosy od zdravotných poisťovní, najmä Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP). Príčinou poklesu u VšZP mal byť ozdravný plán poisťovne (časť 1.1.9.), v dôsledku ktorého celkový medziročný rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť v roku 2017 klesol z 7,3 % na 1,4 %.

Tabuľka 6: Výnosy a náklady 13 najväčších univerzitných a fakultných nemocníc MZ

	Objem v mil. eur						Rast					Rozdiel oproti plánu v mil. eur
	2013	2014	2015	2016	2017	2017 P*	2014	2015	2016	2017	2017 P*	2017
Výnosy celkom	682	685	719	762	784	785	0,4 %	5,0 %	6,0 %	2,9 %	0,1 %	-1
Výnosy zo ZP	606	637	663	707	721	718	5,1 %	4,1 %	6,6 %	2,0 %	-0,4 %	3
VšZP	436	458	478	513	520	525	5,0 %	4,4 %	7,3 %	1,4 %	1,0 %	-5
Dôvera	132	137	142	148	156	148	3,8 %	3,8 %	4,3 %	4,9 %	-5,1 %	8
Union	38	42	43	45	45	46	10,5 %	1,4 %	6,3 %	-0,1 %	2,2 %	-1
Náklady celkom	702	736	783	843	861	836	4,8 %	6,4 %	7,7 %	2,1 %	-2,9 %	25
Osobné náklady	418	434	460	490	513	486	3,8 %	5,9 %	6,6 %	4,8 %	-5,3 %	27
Lieky a ŠZM**	178	190	210	238	229	188	6,7 %	10,9 %	13,1 %	-3,8 %	-17,9 %	41
Ostatné náklady	106	112	113	115	119	60	5,8 %	0,4 %	2,0 %	3,0 %	-49,6 %	59
EBITDA***	-20	-51	-64	-81	-77	-52	155,0 %	25,5 %	26,6 %	-4,9 %	-32,5 %	-25

*P – plán vo výkaze o hospodárení nemocníc MZ

**Špeciálny zdravotnícky materiál, predstavuje invazívne zdravotnícke pomôcky, ktoré sa používajú takmer výlučne v ústavnej zdravotnej starostlivosti

***Prevádzkový hospodársky výsledok pred úrokmi, daňami, odpismi a amortizáciou

Zdroj: MZ

1.1.4 Ambulantná zdravotná starostlivosť

Ambulantná zdravotná starostlivosť (AZS) na Slovensku sa delí na všeobecnú (VAS) a špecializovanú ambulantnú starostlivosť (ŠAS). Medzi VAS revízia ráta všeobecných lekárov pre dospelých, pre deti a dorast, gynekológov a stomatólogov. Jednou z podstatných úloh ambulantnej starostlivosti je zabezpečiť prevenciu.

Prevencia

Prevencia je základným nástrojom fungujúceho zdravotného systému, ktorý podľa OECD pomáha zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva účinne aj nákladovo-efektívne. Štát by mal posilniť prevenciu najmä cez

- podporu zdravého životného štýlu, napríklad zdravého stravovania, pohybu, znižovania spotreby alkoholu a tabaku

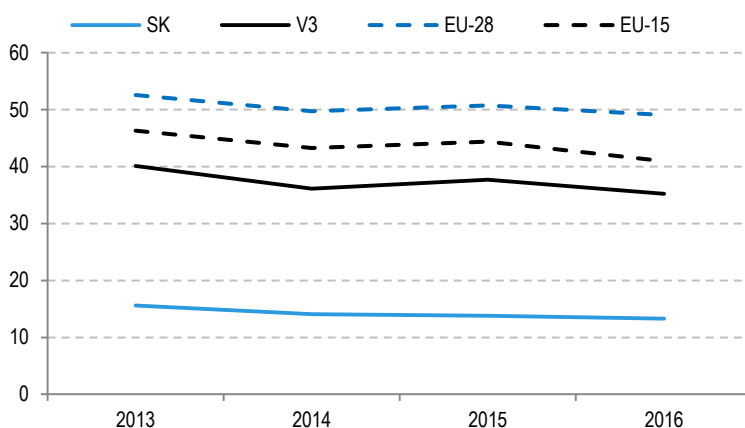
²⁶ Výnosy od zdravotných poisťovní nepokrývajú osobné a medicínske náklady za všetky nemocnice spolu, situácia jednotlivých nemocníc sa však veľmi líši. Niektoré nemocnice majú pokryté náklady, u niektorých sú prospektívne rozpočty podhodnotené. Téma bude analyzovaná v záverečnej správe Revízie.

- očkovacími programami, ktoré pomáhajú priamo predchádzať infekčným chorobám
- skríningmi a monitoringami, napríklad nádorov
- zásahmi, ktoré majú dopad na socioekonomické a environmentálne determinanty zdravia

Efektívne a hospodárne zdravotné politiky by mali byť pre štát prioritou aj vzhľadom na prognózu starnutia obyvateľstva a s tým spojený nárast výskytu chronických ochorení, ktorý bude v budúcnosti vytvárať stále vyšší tlak na verejné výdavky (Gmeinder et al., 2017).²⁷

Podiel staršej populácie zaočkovanej na chrípku ukazuje, že Slovensko je na tom podstatne horšie než ostatné porovnávané krajiny (Graf 20). Ukazovateľ berie do úvahy staršiu populáciu, ktorá je obzvlášť náchylná na komplikácie pri nákuze chrípkou.

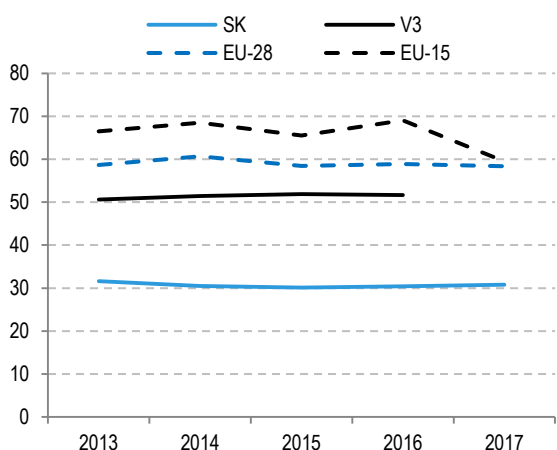
Graf 20: Podiel zaočkovaných proti chrípke (%), populácia 65+



Zdroj: OECD

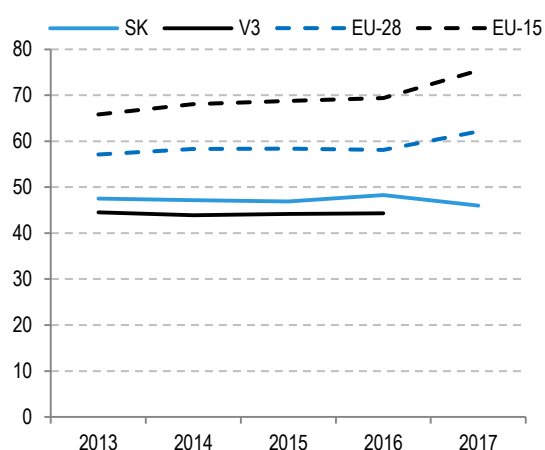
V prevencii sú na tom horšie aj gynekologické ambulancie. Slovensko zaostáva v miere skríningov na rakovinu prsníka za všetkými referenčnými skupinami, v miere preventívnych prehliadok u gynekológa je na tom mierne lepšie ako priemer krajín V3 a výrazne horšie ako krajiny EÚ-28 (Graf 21 a Graf 22).

Graf 21: Podiel žien, ktoré absolvovali skríning na rakovinu prsníka (%), vo veku 50-79



Zdroj: OECD

Graf 22: Podiel žien (%), ktoré absolvovali preventívnu prehliadku u gynekológa (krčok maternice)



Zdroj: OECD

²⁷ Gmeinder et al. (2017), How much do OECD countries spend on prevention?, *OECD Health Working Papers*, No. 101, OECD Publishing, Paris.

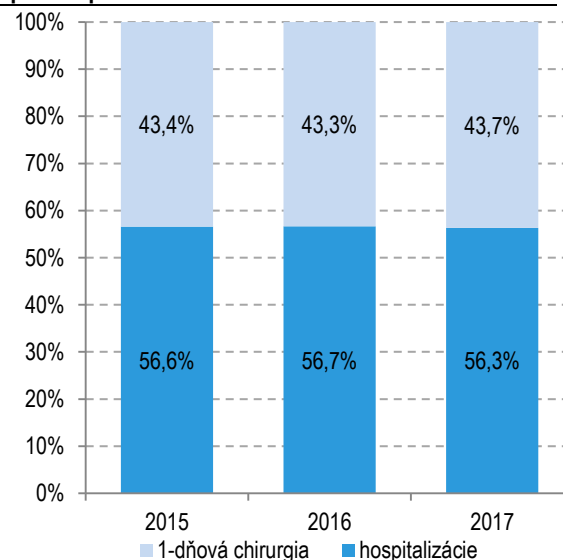
Hospodárnosť v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Na Slovensku je nadpriemerný počet pacientov hospitalizovaný s ťažkosťami, ktoré by mali byť manažované primárnou starostlivosťou. Pri diagnózach ako astma, cukrovka alebo hypertenzia by lacnejšia ambulantná liečba ušetrila verejné peniaze. Na Slovensku pripadá na 100-tisíc obyvateľov až 93 hospitalizovaných na astmu, čo je takmer o polovicu viac ako je priemer krajín V3. Starostlivosť pri tomto type diagnózy je vhodnejšie presunúť na ambulantnú starostlivosť.²⁸

Podiel ambulantnej jednodňovej chirurgie rastie, v roku 2017 predstavoval približne 44 % chirurgických zákrokov (Graf 23). Jednodňová chirurgia znižuje potrebu hospitalizácií a šetrí tak kapacity ústavnej starostlivosti.

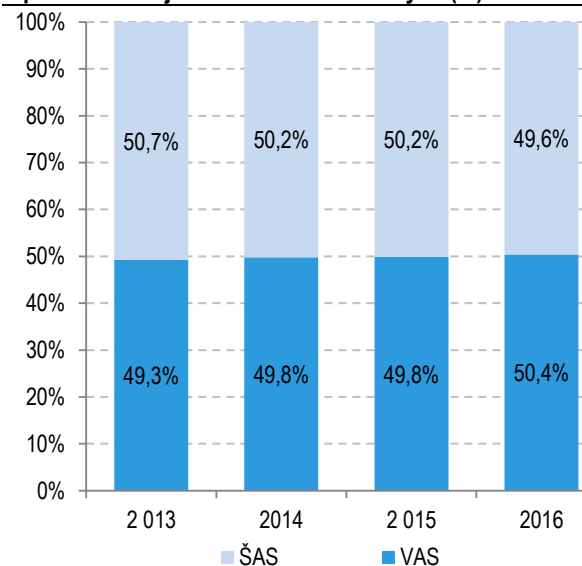
Až polovicu zo všetkých návštev v ambulantnej starostlivosti tvoria návštevy v ambulanciách špecialistov²⁹ (Graf 24). Keďže špecializovaná ZS je drahšia než všeobecná, presunutím časti starostlivosti do všeobecnej ambulantnej starostlivosti môže zdravotníctvo ušetriť zdroje.

Graf 23: Podiel jednodňovej chirurgie na celkovom počte operácií



Zdroj: NCZI

Graf 24: Podiel návštev v ambulanciách špecializovanej starostlivosti zo všetkých (%)



Zdroj: NCZI

Ďalšími vhodnými ukazovateľmi, pri ktorých revízia v súčasnosti nedisponuje spoľahlivými dátami, je **dostupnosť všeobecných lekárov v regiónoch a podiel návštev pacientov odoslaných na vyššiu, a tým pádom drahšiu úroveň zdravotnej ambulantnej starostlivosti** (v angl. gatekeeping). Vhodným ukazovateľom dostupnosti špecializovanej zdravotnej starostlivosti je **podiel pacientov čakajúcich na prvé vyšetrenie u lekára-špecialistu do 1 mesiaca**.

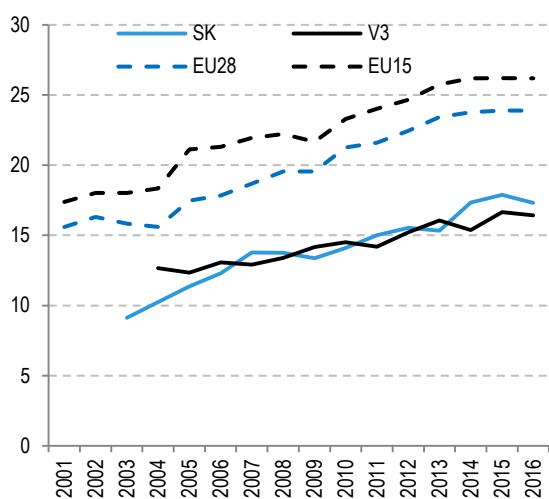
²⁸ V súčasnosti neexistuje pevne stanovený zoznam diagnóz v tejto kategórii. OECD do tejto kategórie (avoidable hospital admissions) zaraďuje hospitalizácie na astmu, chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, kongestívne zlyhanie srdca, cukrovku a hypertenziu. WHO, vedecký výskum a ďalšie zdravotnícke systémy pracujú s konceptom ACSC (ambulatory care sensitive conditions), ktoré okrem vyššie spomenutých diagnóz zahŕňajú aj angínu, anémiu, gastroenteritídu alebo krvácajúce žalúdočné vredy. Revízia sa bude touto témou hlbšie zaoberať v záverečnej správe Revízie.

²⁹ Okrem gynekológie a stomatólogie.

1.1.5 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)³⁰

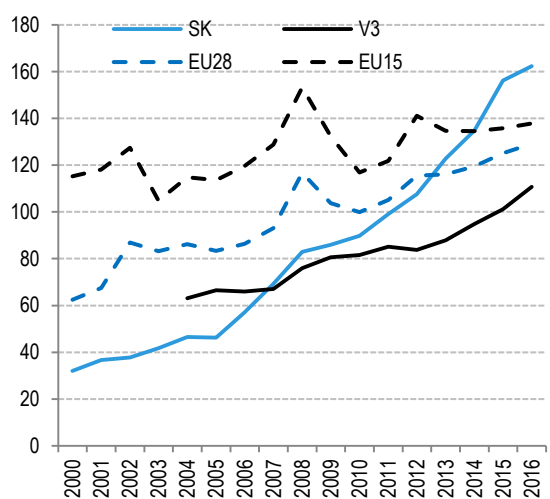
Slovensko má vyšší počet prístrojov a výrazne vyšší počet výkonov CT a MR ako krajiny V3. V počte vyšetrení CT prístrojmi v roku 2015 predbehlo všetky referenčné skupiny (Graf 25 až Graf 28). V priebehu roka 2017 sa centrálnym obstaraním nakúpilo ďalších 14 CT prístrojov. Nové prístroje (v zariadeniach Kráľovský Chlmeč a Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb) súviseli s geografickým vykrytím regiónu a profiláciou liečby, čo zlepšuje dostupnosť a kvalitu starostlivosti, v ostatných prípadoch išlo o náhradu starších prístrojov. V rámci MR prístrojov je situácia však odlišná. Aj keď sú medzinárodné porovnania jemne slabšie, ako v prípade CT, stále dosahuje Slovensko aj väčší počet prístrojov, aj vyšetrení, ako tomu je v ostatných krajinách V4.

Graf 25: Počet CT strojov (na 1 mil. obyv.)



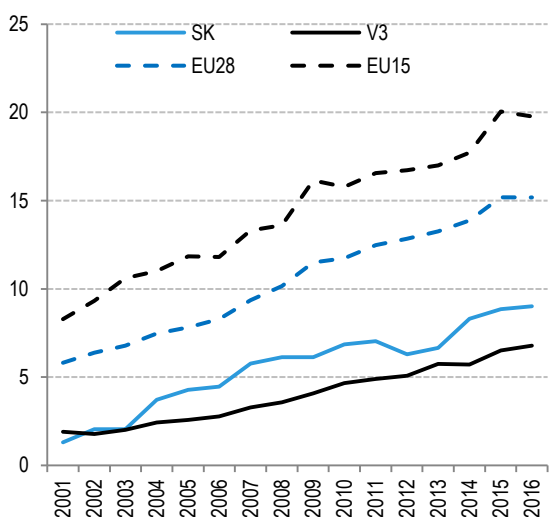
Zdroj: OECD

Graf 26: Počet CT vyšetrení (na 1 000 obyv.)



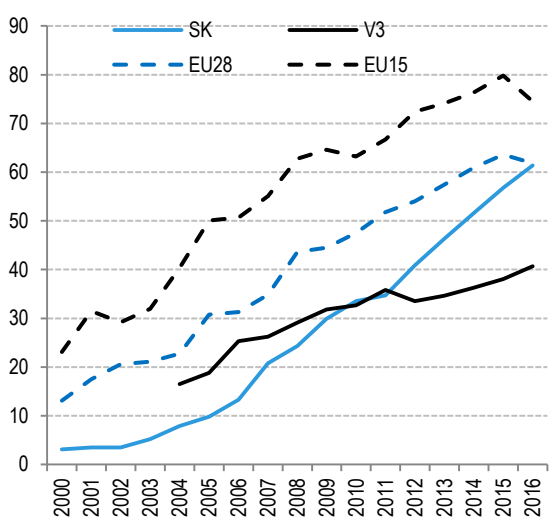
Zdroj: OECD

Graf 27: Počet MR strojov (na 1 mil. obyv.)



Zdroj: OECD

Graf 28: Počet MR vyšetrení (na 1 000 obyv.)

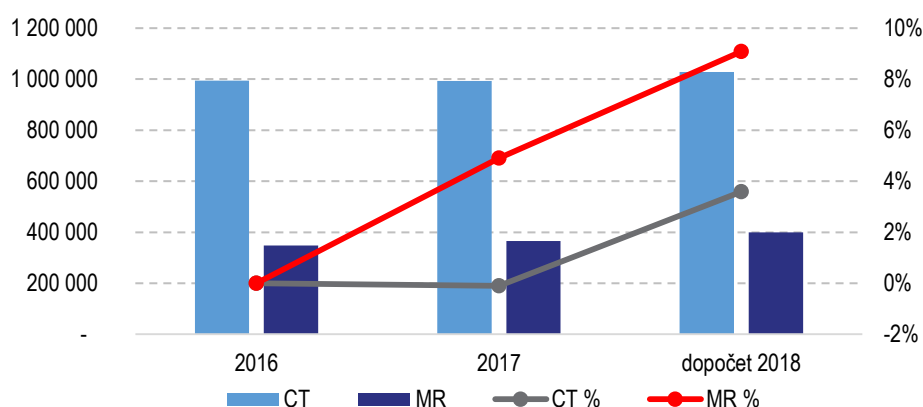


Zdroj: OECD

³⁰ SVLZ zahŕňajú najmä služby poskytujúce MR, CT, PET a RTG vyšetrenia a laboratória.

V roku 2017 a 2018 vzrástol počet MR a CT vyšetrení, príčinou môže byť zníženie cien za výkony (Graf 29). Ceny oboch druhov vyšetrení boli na Slovensku v rámci interného cenového porovnania VŠZP s Českou republikou vyššie, čo bolo identifikované v Revízií výdavkov I z roku 2016. Aj preto v roku 2017 pristúpila VŠZP k zníženiu cien CT vyšetrení o 25 % za bod³¹ a u MR vyšetrení od 10 do 20 %. Cena bodu bola vždy znížená proporčne viac ako zmluvný objem (v rozsahu 10 – 15 %), čo motivovalo poskytovateľov poskytovať viac výkonov (Graf 29).

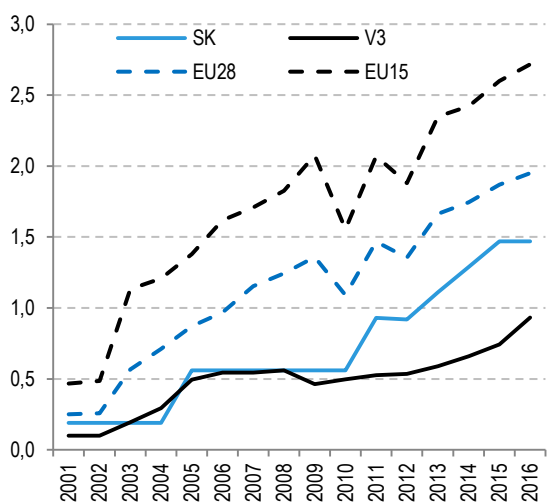
Graf 29: Nárasty počtu vyšetrení na CT a MR v rokoch 2016 – 2018



Zdroj: MZ SR

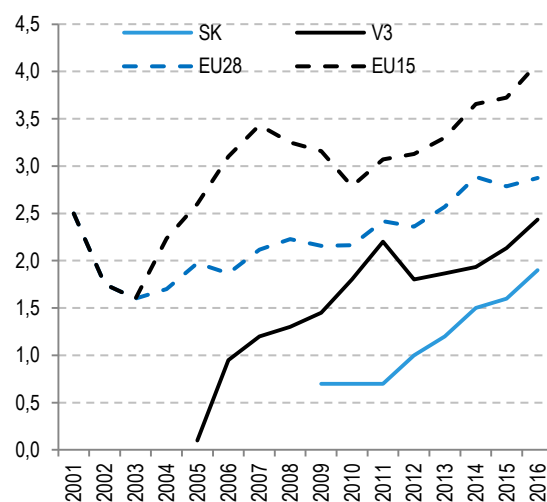
Odlíšny trend možno pozorovať u PET³² prístrojov, v počte Slovensko výrazne prevyšuje V3, v počte vyšetrení naopak zaostáva za všetkými referenčnými skupinami (Graf 30 a Graf 31).

Graf 30: Počet PET strojov (na 1 mil. obyv.)



Zdroj: OECD

Graf 31: Počet PET vyšetrení (na 1 000 obyv.)



Zdroj: OECD

Zámerom revízie je v záverečnej správe priniesť analýzu vyšetrení, ktoré môžu byť duplicitné. Potenciálne nepotrebné vyšetrenia spôsobujú plytvanie verejnými zdrojmi.

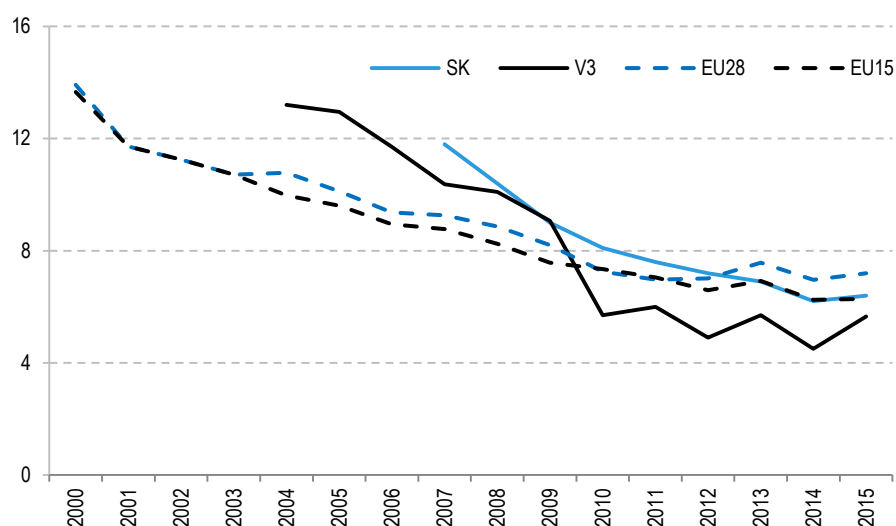
³¹ Každému zdravotnému výkonu je priradený počet bodov, výška úhrady za jeden bod je určená nariadením vlády samostatne pre rôzne typy zdravotnej starostlivosti.

³² Pozitronová emisná tomografia.

1.1.6 Urgentná starostlivosť, záchranky a doprava

Úmrtnosť do 30 dní po hospitalizácii na infarkt je na Slovensku nižšia ako priemer EÚ-28, bližšie sa k priemeru EÚ-15 (Graf 32). Úmrtnosť na infarkt je typická diagnóza vyžadujúca neodkladnú zdravotnú starostlivosť, okrem efektivity urgentnej starostlivosti však odráža aj viaceré iné faktory, napr. životný štýl a efektivitu ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Graf 32: Úmrtnosť na infarkt myokardu do 30 dní od hospitalizácie (na 100 000 obyv., vo veku 45+)



Zdroj: OECD

Užitočným ukazovateľom pre meranie hospodárnosti v urgentnej starostlivosti je **počet návštev na urgentných príjmoch, ktoré boli z pohľadu akútности zbytočné**. V roku 2018 sa za účelom znížovania počtu týchto návštev zaviedli poplatky. Opatrenie vyhodnotí záverečná správa Revízie. Úžitok **dopravnej služby** by bolo vhodné posúdiť podľa pokrytia a **dojazdového času** do zariadenia zdravotnej starostlivosti aj odvozu pacienta domov. Dlhé dojazdové časy znižujú komfort pacientov a môžu zvýšiť riziko nákazy pri hromadných prevozoch.

1.1.7 Dlhodobá starostlivosť

Dlhodobá starostlivosť zahŕňa

- Inštitucionálnu sociálnu starostlivosť – zariadenia sociálnych služieb (ZSS), ktoré spadajú medzi kompetencie Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny
- Ústavnú zdravotnú starostlivosť - oddelenia dlhodobej starostlivosti v nemocniciach, domy ošetrovateľských služieb (DOS), hospice
- Ambulantnú starostlivosť – stacionárne
- Domácu starostlivosť - agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)
- Kúpele

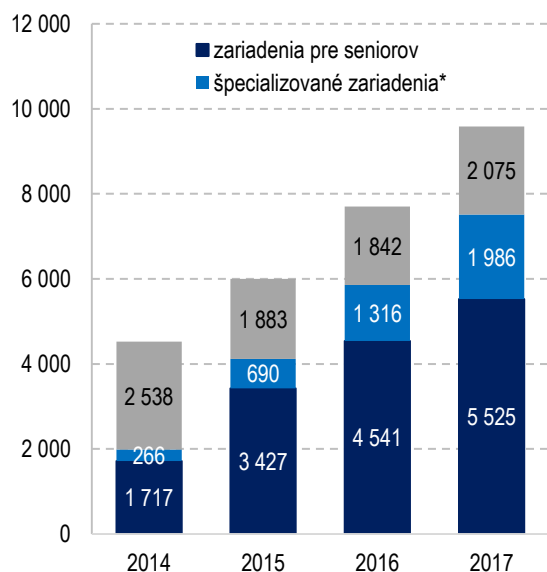
Podľa analýzy MZ štát nezabezpečuje dlhodobú starostlivosť systémovo a hospodárne, dlhodobo chorí pacienti bývajú príliš často hospitalizovaní v nemocniciach na drahých oddeleniach akútnej a dlhodobej starostlivosti.

Podľa MZ je dôvodom slabá dostupnosť služieb ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti a obmedzené možnosti nahradiť pobytovú starostlivosť terénnou alebo ambulantnou. MZ uvádza viaceré konkrétne nedostatky:

- ústavné zdravotnícke zariadenia musia kvôli časovo náročnému prechodu pacientov z nemocníc do zariadení sociálnych služieb opakovane hospitalizovať dlhodobo chorých na finančne náročnejších lôžkach akútnej ústavnej ZS, pretože majú poddimenzované chronické lôžka
- zariadenia sociálnych služieb typicky nedostávajú úhrady od zdravotných poisťovní za zdravotné výkony, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o chronicky chorých
- slabá kvalita ošetrovateľskej starostlivosti v niektorých zariadeniach sociálnych služieb spôsobuje zvýšenú mieru príjmov pacientov do nemocníc
- zariadeniam sociálnych služieb chýbajú dostatočné kapacity na pokrytie dopytu po dlhodobej starostlivosti, v roku 2016 zaznamenalo MPSVaR 7 700 čakaťelov na pobyt a až 9 600 v roku 2017
- agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti kvôli zákonnej limitácii ich počtu nemôžu pokryť celkový dopyt po ich službách

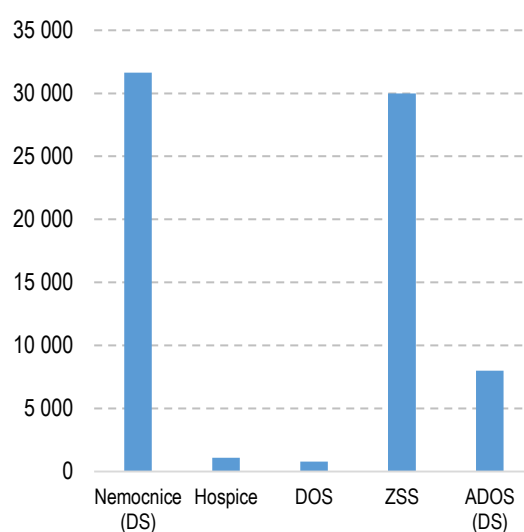
Výsledkom je zaťažovanie systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti, príbuzných, zhoršená kvalita života dlhodobo chorých a znížená očakávaná dĺžka dožitia.

Graf 33: Počet čakaťelov na poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb



*špecializované zariadenie – zariadenie pre pacientov so špecifickými diagnózami, napr. Alzheimerovou chorobou
Zdroj: MPSVaR

Graf 34: Počet hospitalizácií, resp. pacientov podľa typu dlhodobej starostlivosti, 2017

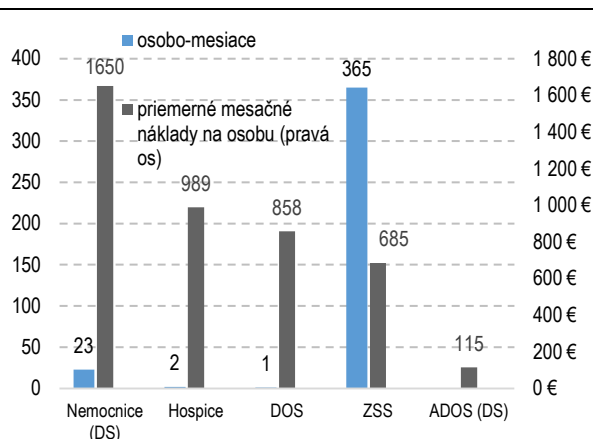


Pozn.: DS – iba dlhodobá starostlivosť
Zariadenia sociálnych služieb - dĺžka pobytu 365 dní v roku.

Zdroj: MZ SR

Nedostatočnú mimo-nemocničnú starostlivosť o dlhodobo chorých ilustruje vysoký počet hospitalizovaných s problémami, ktoré môžu byť manažované inou formou dlhodobej starostlivosti. Príkladmi takýchto diagnóz sú dehydratácia, na ktorú bolo v roku 2016 hospitalizovaných takmer 3 900 starších ľudí a dekubity (preležaniny), s ktorými hospitalizovali okolo 300 seniorov (Graf 36). Zníženie ich počtu ušetrí zdroje na ÚZS a zníži riziko nákazy získanej v nemocnici.

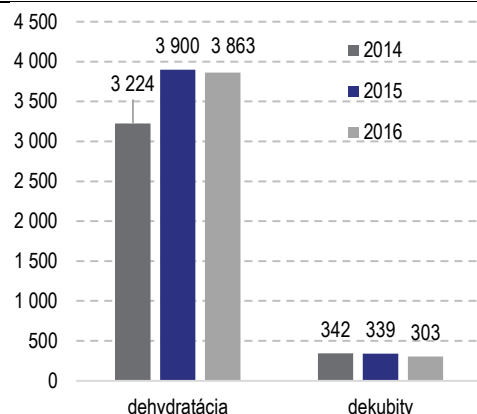
Graf 35: Dĺžka pobytu a náklady na dlhodobú starostlivosť podľa typu služby, 2017



Pozn.: DS – iba dlhodobá starostlivosť. ZSS - dĺžka pobytu 365 dní v roku. Uvedené náklady iba od MPSVaR, zdroje od VÚC a súkromnými poplatkami spolu priemerne 1 100 €. Pre ADOS nie sú dostupné údaje k osobo-mesiacom.

Zdroj: MZ SR

Graf 36: Počet hospitalizácií s diagnózou, ktorá má byť manažovaná domácou starostlivosťou, populácia 65+



Zdroj: MZ SR

1.1.8 Ostatné oblasti zdravotnej starostlivosti

Medzi ostatné oblasti starostlivosti patrí liečba v cudzine, liečba cudzincov, žiadateľov o azyl a bezdomovcov. V tejto kategórii revízia momentálne neurčuje ukazovatele ani ciele, keďže príslušné výdavky predstavujú len 2 % z celkového objemu nákladov na zdravotnú starostlivosť.

1.1.9 Zdravotné poisťovne

Ozdravný plán VŠZP

VŠZP bola v roku 2017 nútená prijať ozdravný plán, príčinou bol hospodársky výsledok -112 mil. eur a pokles vlastného imania na -67 mil. eur v roku 2016. Zaviesť ozdravný plán poisťovní nariaďuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS), keď jej vlastné imanie klesne pod 16,6 mil. eur (zákonom definovaná minimálna hodnota základného imania zdravotnej poisťovne).³³

Ozdravný plán zaviazal VŠZP k plneniu opatrení, ktoré zahŕňajú napríklad centrálny nákup liekov, zníženie nákladov na lieky, pokles cien zdravotníckych pomôcok a ŠZM, zníženie úhrad za CT a MR, odzmluvnenie neefektívnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo zlepšenie revízných činností.

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

³³ Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, § 33 ods. 1.

Priebeh a vyhodnotenie ozdravného plánu, ako aj ďalšie hospodárenie VŠZP preskúma záverečná správa Revízie.

1.1.10 Nerovnosť v zdraví

Prístup k zdravotnej starostlivosti vzhľadom na socioekonomický status

Dojčenská úmrtnosť je indikátorom socioeconomickej vyspelosti jednotlivých krajín a sociálnych nerovností v rámci populácie. Dojčenská úmrtnosť je v porovnaní s referenčnými krajinami na Slovensku vysoká³⁴: dosahuje 5,4 úmrtí, zatiaľ čo v krajinách V3 a EÚ-28 3,6 úmrtí (Tabuľka 7). Vysoká dojčenská úmrtnosť môže byť spôsobená zhoršeným prístupom k informáciám a zdravotnej starostlivosti.³⁵

Tabuľka 7: Dojčenská úmrtnosť (na 1 000 živonarodených)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SK	4,9	5,8	5,5	5,8	5,1	5,4
V3	4,1	4,0	4,0	3,7	3,6	3,6
EU-28	3,9	3,8	3,7	3,7	3,6	3,6
EU-15	3,3	3,2	3,3	3,2	3,1	3,2

Zdroj: OECD

Zlé výsledky dojčenskej úmrtnosti Slovenska čiastočne pomáha vysvetliť vysoká úmrtnosť dojčiat marginalizovaných rómskych komunit (MRK), v porovnaní so zvyškom populácie bola medzi rokmi 2006 a 2015 v priemere 2,7-krát vyššia (Graf 37). Za obdobie 2006-2016 zomieralo v priemere 12,3 dojčiat MRK a 4,6 dojčiat u zvyšku populácie na 1 000 živonarodených detí ročne.

Očakávaná dĺžka života MRK v porovnaní so zvyškom populácie bola medzi rokmi 2006 a 2015 v priemere o 5,5 rokov nižšia. U ľudí z MRK bola v priemere 70,2 a u zvyšku populácie 75,7 rokov (Graf 38). Celá slovenská populácia mala očakávanú dĺžku života pri narodení 70,2 naposledy v 50. rokoch 20. storočia.³⁶ Priebeh a úroveň pravdepodobnosti úmrtia podľa veku a pohlavia ukazujú, že muži i ženy v rómskych lokalitách sú vo všetkých vekových skupinách vystavení vyššiemu riziku úmrtia, ako tomu je v celej populácii Slovenska.

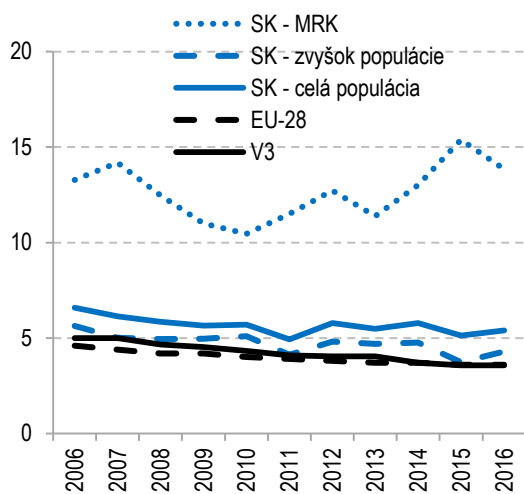
Zdravie marginalizovaných rómskych komunit a ich prístup k zdravotnej starostlivosti na Slovensku analyzuje **Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením 2018** Ministerstva financií.

³⁴ Počet úmrtí detí vo veku do jedného roka počas jedného roka, prepočítaná na 1 000 živo narodených detí. Časť variácie medzi krajinami môže vyplývať z rozdielov v sledovaní úmrtí detí predčasne narodených alebo s nízkou váhou pri narodení.

³⁵ Šprocha (2014). *Reprodukcia rómskeho obyvateľstva na Slovensku a prognóza jeho populačného vývoja*. Prognostický ústav SAV.

³⁶ Posledné prístupné údaje o očakávanej dĺžke života pri narodení pre celú populáciu sú pre rok 1960. Očakávaná dĺžka života pri narodení celej populácie bola 70,3 rokov.

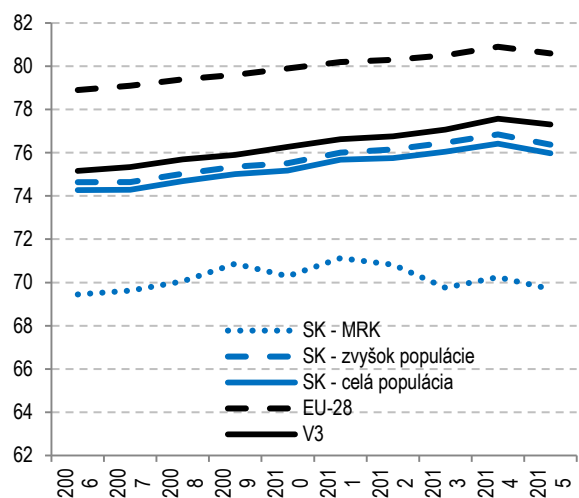
Graf 37: Dojčenská úmrtnost' (počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených)



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

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

Graf 38: Očakávaná dĺžka života pri narodení



Pozn.: Slovenské hodnoty (pre celú populáciu, MRK aj zvyšok populácie) sú očistené o ľudí s prechodným pobytom v zahraničí. Priemer V3 aj EÚ-28 používa trvalý pobyt.

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

2 Celkové výdavky na zdravotníctvo

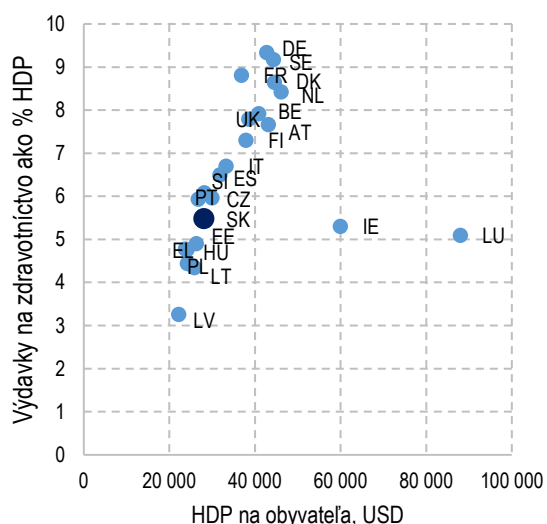
Výsledky sú podmienené celkovou výškou peňazí v sektore, tým, ako efektívne sú využité, aké reformy sú uskutočnené a ako sú nastavené mechanizmy, ktoré nie sú priamo spojené s finančnými zdrojmi (napríklad elektronizácia dokumentácie pacientov, medicínske postupy alebo rozdelenie kompetencií medzi zdravotníckym personálom).

V roku 2017 dalo Slovensko z verejných financií na zdravotníctvo 5,7 % HDP.³⁷ Všeobecne platí, čím bohatšia krajina je, tým viac míňa na zdravotníctvo nielen v nominálnom vyjadrení, ale aj ako % HDP. Priemer EÚ-15 je 8 %, priemer postkomunistických európskych krajín sú 4 %. Slovenských 5,7 % je blízko Česka (6 %), pred Maďarskom (4,8 %) a Poľskom (4,4 %). Slovenské výdavky na zdravotníctvo zodpovedajú bohatstvu a štádiu rozvoja krajiny (Graf 39).

Z pohľadu podielu verejných výdavkov, ktorý ide na zdravotníctvo, však Slovensko vedie oproti všetkým referenčným skupinám. V roku 2016 dalo na zdravotníctvo 17,7 % z verejných výdavkov, kým u krajín EÚ-15 a EÚ-28 išlo v priemere približne o 15 % a u V3 len o 13,5 % (Graf 40).³⁸

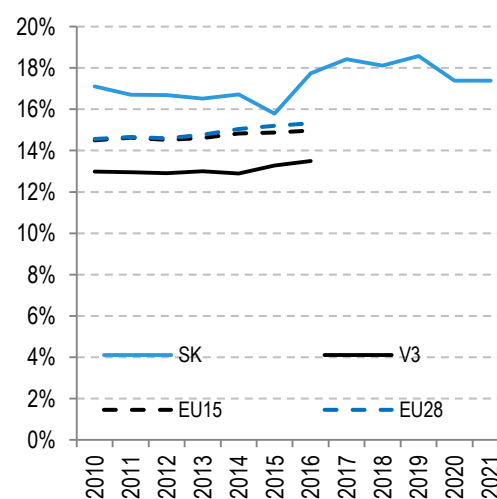
Výsledky slovenského zdravotníctva však nezodpovedajú jeho výdavkom. Na Slovensku je ročne 250 odvrátiteľných úmrtí na 100-tisíc obyvateľov. Je to výrazne viac ako v Česku, Poľsku, ale aj Grécku, Slovinsku aj Portugalsku (110 – 180 odvrátiteľných úmrtí, priemer je 143), napriek tomu, že priemer výdavkov týchto krajín je o 5 % nižší ako na Slovensku. Všetky krajiny, ktoré majú viac odvrátiteľných úmrtí ako Slovensko, majú aj nižšie výdavky (Graf 41).

Graf 39: Vzťah bohatstva krajiny a výdavkov na zdravotníctvo, 2017



Zdroj: OECD

Graf 40: Výdavky na zdravotníctvo ako % verejných výdavkov



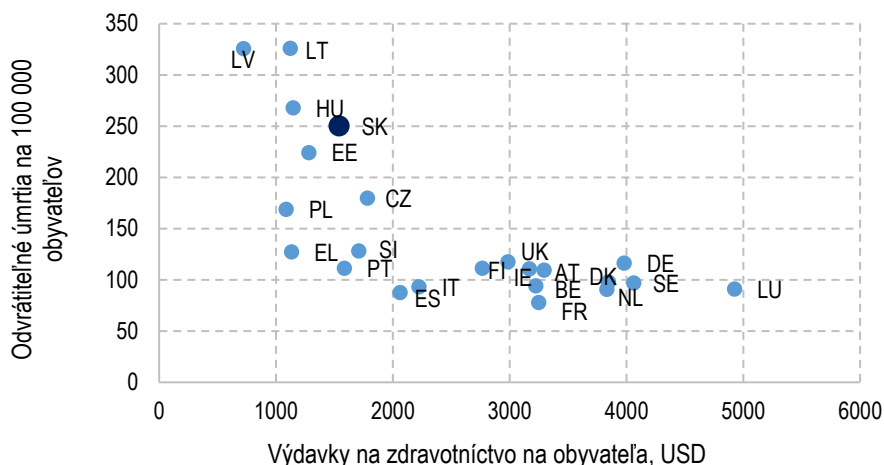
Zdroj: Eurostat

³⁷ Údaj o verejných výdavkoch na zdravotníctvo vo výške 5,7 % HDP vychádza z metodiky SHA (System of Health Accounts). Alternatívou sú prepojené metodiky COFOG a ESA 2010, ktoré uvádzajú v roku 2017 verejné výdavky na zdravotníctvo vo výške 7,5 % HDP. COFOG a ESA 2010 však dvakrát započítavajú výdavky verejných nemocníc.

³⁸ Tieto údaje však nie sú plne spoľahlivé pretože metodiky ESA a COFOG započítavajú výdavky verejných nemocníc dvakrát (viac v poznámke 37).

Ak sa má slovenské zdravotníctvo priblížiť k cieľu dostať odvrátiteľnú úmrtnosť na úroveň V3, v krátkom a strednodobom horizonte je potrebné prostriedky nielen navyšovať, ale aj efektívnejšie využívať a prerozdeľovať. Podľa tejto revízie výdavkov je možné usporiť 139 mil. eur bez dopadu na pacientov, čo predstavuje 2,8 % ročného rozpočtu VZP (časť 6).

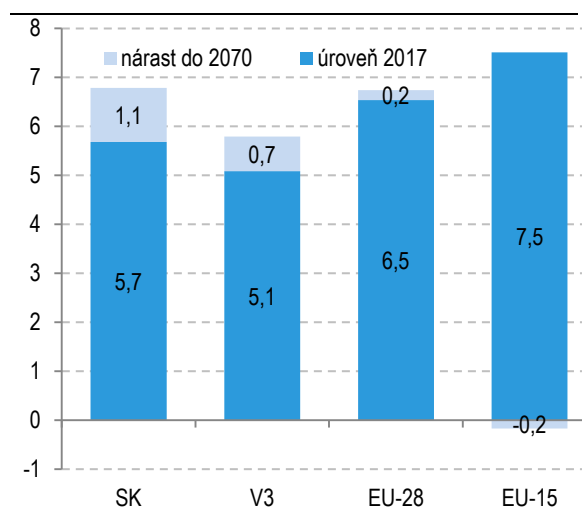
Graf 41: Vzťah medzi zdravotným stavom obyvateľstva a výdavkami na zdravotníctvo, 2017



Zdroj: OECD, Eurostat

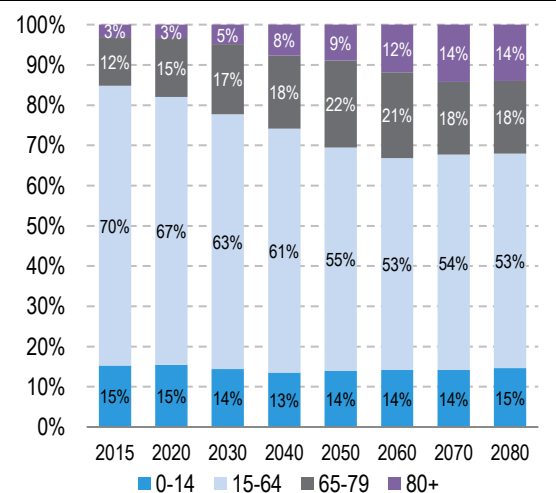
V dlhodobom horizonte bude v najbližších desaťročiach silnieť tlak na rast výdavkov na zdravotníctvo. Podľa aktuálnej prognózy Európskej komisie výdavky na zdravotníctvo v dôsledku starnutia populácie na Slovensku porastú ako šieste najrýchlejšie v EÚ a najrýchlejšie spomedzi krajín V4. Dôvodom je nárast strednej dĺžky života a nízka pôrodnosť. Podľa prognózy EK³⁹ majú slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo do roku 2070 vzrásť o ďalších 1,1 p.b. na 6,8 % HDP (Graf 42). Hlavnou príčinou je rastúca potreba zdravotnej starostlivosti vo vyššom veku, napríklad ročné náklady na zdravotnú starostlivosť priemerného 75-ročného muža sú približne 7-násobne vyššie ako na 25-ročného. Slovenská zdravotnícka politika by sa tak mala snažiť v prvom rade nastaviť efektívne alokovanie prostriedkov, správne fungovanie systému a následne riadené navyšovanie výdavkov v súlade s prognózou starnutia.

Graf 42: Výdavky na zdravotníctvo (% HDP)



Zdroj: EK 2018

Graf 43: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva



Zdroj: Eurostat

³⁹ EK (2017). *The 2018 Ageing Report*. https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en.

Výdavky podľa oblastí zdravotnej starostlivosti

Až 75 % objemu výdavkov v zdravotníctve ide na tri oblasti: lieky (24 %), ústavnú (28 %) a ambulantnú zdravotnú starostlivosť (23 %). Vyše 40 % výdavkov tvoria výdavky na mzdy personálu v zdravotníctve.

Tabuľka 8: Výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP), 2017

	mil. eur	podiel z VZP
Zdravotná starostlivosť	4 341	94,9%
Lieky, pomôcky	1 258	27,5%
Lieky a pomôcky	1 070	23,4%
Zdravotnícke pomôcky	188	4,1%
Ústavná zdravotná starostlivosť	1 276	27,9%
Ambulantná zdravotná starostlivosť	1 044	22,8%
Všeobecná zdravotná starostlivosť	235	5,1%
Špecializovaná zdravotná starostlivosť	809	17,7%
SVLZ*	495	10,8%
Pohotovosť, záchranná služba, doprava	192	4,2%
Pohotovostná služba PP	16	0,3%
Záchranná zdravotná služba	87	1,9%
Kúpeľná starostlivosť	52	1,1%
Doprava	26	0,6%
Vrtuľníková záchranná služba	11	0,2%
Ostatné subjekty a iná ZS	76	1,7%
Iné výdavky zdravotných poisťovní**	235	5,1%
VZP spolu	4 576	

*spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (napr. CT a MR) **napríklad výdavky na správu

Zdroj: MZ SR

3 Rozpočtovanie založené na výsledkoch

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

1. **rozpočtovanie výdavkov na základe výsledkov**
2. **zmena spôsobu financovania**
3. **kvantifikácia všetkých zdravotníckych opatrení, zvyšujúcich hodnotu aj znižujúcich výdavky**, ktoré pomôžu dosiahnuť stanovené ciele v jednotlivých oblastiach zdravotnej starostlivosti (kapitoly 5, 7 a 8)

3.1 Programové rozpočtovanie

Rozpočtovanie založené na výsledkoch je moderný systém riadenia verejných výdavkov, ktorý v praxi využívajú viac ako dve tretiny krajín OECD.⁴⁰ Považuje sa za užitočnejší ako v minulosti rozšírený systém, ktorý iba účtovne rozdeľuje peniaze do výdavkových kategórií, napríklad na mzdy a tovary, a sleduje ich čerpanie (tzv. line-item budgeting).⁴¹ **Programové rozpočtovanie (programme-based budgeting) je najrozšírenejší nástroj, ktorým štáty uplatňujú rozpočtovanie založené na výsledkoch.**

Box 3: Princíp programového rozpočtovania

Programové rozpočtovanie sa tvorí v troch krokoch

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

Skúsenosti krajín OECD⁴² ukazujú niekoľko výhod rozpočtovania na základe výsledkov a programového rozpočtovania:

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

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

⁴⁰ OECD (2017). Performance budgeting. *Government at a Glance 2017*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-40-en.

⁴¹ WHO (2016). *Budgeting for Health*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter8-eng.pdf;jsessionid=BF3121060284ABD899F4F58BC72CC001?sequence=11>.

⁴² OECD (2007). Performance Budgeting in OECD Countries. *OECD Publishing*. Paris. Dostupné na https://www.bmf.gv.at/budget/haushaltsrechtsreform/OECD_Studie_Performance_Budgeting.pdf?67ruiz.

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

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

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

V zdravotníctve bolo programové rozpočtovanie zavedené len pre výdavky Ministerstva zdravotníctva, ktoré patrí pod štátny rozpočet. Programy a alokované zdroje za rok 2017 sú uvedené nižšie (Tabuľka 9). Namiesto výsledkových ukazovateľov kapitola vyhodnocuje len to, do akej výšky boli peniaze z rozpočtu čerpané na položky ako mzdy alebo kapitálové výdavky.

Tabuľka 9: Rozpočet Ministerstva zdravotníctva podľa programov

Program	eur
Prevenencia a ochrana zdravia	312 073,16
Zdravotná starostlivosť	11 136 103,92
Tvorba a implementácia politik	4 273 844,17
Realizácia II. etapy implementácie Medzinárodných zdravotných predpisov Svetovej zdravotníckej organizácie v SR	49 200,00
Informačné technológie financované zo štátneho rozpočtu	63 870,00

Zdroj: MZ⁴³

Verejné zdravotné poistenie (VZP) však do zmeny rozpočtových procesov nebolo zapojené a programové rozpočtovanie sa doteraz nezaviedlo.⁴⁴ Výdavky, s ktorými VZP pracuje sú pritom približne 30-krát vyššie ako výdavky kapitoly Ministerstva zdravotníctva (

Tabuľka 10).

Tabuľka 10. Rozpočet v zdravotníctve (mil. eur)

Rozpočtová organizácia	2015 S*	2016 S	2017 S	2018 R*	2018 OS*	2019 N	2020 N	2021 N
Výdavky kapitoly MZ	57	69	80	143	116	181	152	152
Verejné zdravotné poistenie	4 214	4 539	4 576	4 711	4 817	4 931	5 045	5 201
VZP/ MZ SR	74	66	57	33	42	27	33	34

*S – skutočnosť, OS – očakávaná skutočnosť, N – návrh

Zdroj: Príloha k rozpočtu a rozpočet 2018 – 2020

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

⁴³ MZ SR. *Návrh záverečného účtu MZ SR za rok 2017*. <http://www.health.gov.sk/Clanok?zu-mzsr-2017>.

⁴⁴ V čase zavádzania programového rozpočtovania platná legislatíva neuvažovala so zapojením subjektov verejnej správy.

Revízia odporúča zaviesť programové rozpočtovanie aj vo verejnom zdravotnom poistení. Pre zostavenie štruktúry navrhuje ako programy použiť oblasti zdravotnej starostlivosti spolu s ukazovateľmi a cieľmi identifikovanými v časti 1 revízie. Tabuľka 11 uvádza príklad programu v programovej štruktúre.

Tabuľka 11: Príklad programovej štruktúry – program Ústavná zdravotná starostlivosť

Program	Ústavná zdravotná starostlivosť	Rok X		Rok X+1	
		Plán	Skutočnosť	Plán	Skutočnosť
Ciele	Zvyšovanie kvality poskytovanej ZS pomocou koncentrácie výkonov o 5% Znižovanie dĺžky hospitalizácie v súlade so schválenou stratifikáciou nemocníc				
Nástroje	Stratifikácia siete nemocníc (časť 5.2.1) Úprava spôsobu odmeňovania personálu				
Merateľné ukazovatele	Celkové náklady ústavnej zdravotnej starostlivosti v mil. eur	...	...	...	...
	EBITDA v mil. eur	...	...	...	...
	Závazky po lehote splatnosti v mil. eur	...	...	...	...
	Priemerná dĺžka hospitalizácie v dňoch	...	...	...	...
	Počet lekárov (na 1 000 obyv.)	...	...	...	...
	Počet sestier (na 1 000 obyv.)	...	...	...	...
	Výška kapitálových výdavkov v mil. eur	...	...	...	...

Zdroj: UHP a IJ

Zavedenie programovej štruktúry vo verejnom zdravotnom poistení si vyžaduje úzku spoluprácu Ministerstva zdravotníctva, Ministerstva financií a zdravotných poisťovní. Zdravotné poisťovne momentálne nevykazujú výdavky v programovej štruktúre v zavedenom systéme, k zmene by mohlo dôjsť na základe dohôd a legislatívnymi úpravami. Výhody rozpočtovania na základe určených cieľov a dosahovaných výsledkov prevyšujú potenciálne prekážky.

3.2 Zmena spôsobu financovania

Popri zavedení programového rozpočtovania je dôležité zmeniť spôsob, akým sa určuje celkový balík peňazí na zdravotníctvo. V súlade s princípom hodnoty za peniaze a rozpočtovaním založenom na výsledkoch je dôležité, aby stanovovanie cieľov prebiehalo v súlade s rozhodovaním o veľkosti balíka. Ciele musia zodpovedať možnostiam rozpočtu a zároveň rozpočet by mal reflektovať potreby a ciele rezortu.

Rozpočet zdravotníctva však v súčasnosti namiesto potrieb závisí od toho, ako sa darí slovenskému hospodárstvu. Verejné zdravotné poistenie je totiž z veľkej časti financované odvodmi pracujúcich poistencov a platbou štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov (tzv. poistenci štátu, napr. deti, dôchodcovia, študenti).⁴⁵ Platba za poistencov štátu je výdavkom rozpočtu Ministerstva zdravotníctva a je závislá od priemernej mzdy.⁴⁶ Príjmy vybrané týmto spôsobom ukazuje Tabuľka 12.

⁴⁵ Definícia poistencov štátu v zákone č. 580/2004 o zdravotnom poistení.

⁴⁶ Výška platby je spravidla stanovená ako 4 % vymeriavacieho základu, tým je priemerná mzda spred dvoch rokov (Zákon č. 580/2004 Z.z.). O tom, či je sadzba vo výške 4 % dostatočná sa opakovane diskutuje a viackrát bola upravovaná.

Tabuľka 12: Skutočne vybrané zdroje v zdravotníctve (mil. eur)

	2015	2016	2017
Vybrané zdroje spolu	4 290	4 394	4 641
prijmy od EAO (vrátane RZZP)	2 880	2 953	3 292
prijmy za poistencov štátu (vrátane RZ)	1 349	1 392	1 299
ostatné prijmy VZP	61	49	50

Pozn.: EAO – ekonomicky aktívne osoby, RZZP – ročné zúčtovanie zdravotného poistenia, RZ – ročné zúčtovanie

Zdroj: Návrh záverečného účtu MZ SR 2017

Platba za poistencov štátu v tejto podobe bola zavedená v roku 2005. Tento systém vykazuje viaceré slabé stránky:

1. **Je volatilný** - kopíruje hospodársky cyklus, čím umožňuje míňať viac, keď ekonomika rastie a núti šetriť, keď sa hospodárstvu nedarí. Zdravotníctvo je ďalej závislé od jednej časti hospodárstva a neposkytuje automatické riešenia pri negatívnych ekonomických šokoch na trhu práce.
2. **Neposkytuje garancie** - prax ukázala, že hoci ukotvenie výpočtu v zákone vnieslo do stanovenia príjmov od štátu podstatne viac svetla, výška percenta z priemernej mzdy sa pod politickým vplyvom opakovane menila, čo opäť do systému prináša nestabilitu a netransparentnosť.
3. **Je príliš naviazaný na špecifiká slovenského systému financovania zdravotníctva.** Táto neštandardnosť spôsobuje, že namiesto medzinárodne ustálenej diskusie o celkových výdavkoch na zdravotníctvo sa rozhoduje o percente za špecifickú skupinu poistencov. Neštandardnosť znemožňuje preberanie skúseností a overených postupov zo zahraničia.

Od roku 2019 preto nastane zmena financovania zdravotníctva, rozpočet bude odrážať celkové potrebné výdavky na zdravotníctvo. Pripravovaná legislatívna zmena⁴⁷ navrhuje v prvom rade určiť celkové očakávané výdavky na zdravotníctvo a odhadnúť výšku odvodových príjmov zdravotných poisťovní. Výška ročného poistného plateného štátom sa následne stanoví ako rozdiel týchto očakávaných výdavkov a príjmov. Ročná suma poistného plateného štátom bude stanovená zákonom o štátnom rozpočte a poistné platené štátom viac nebude naviazané na priemernú mzdu.

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

⁴⁷ Zmena zákona 584/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

4 Nový rozpočet

Nový rozpočet pre rok 2019 prináša zdravotníctvu doteraz najväčší balík peňazí - 5,2 mld. eur, z toho verejné zdravotné poistenie predstavuje 4 931 mil. eur. Do nemocníc bude investovaných 100 mil. eur a zvyšok predstavujú bežné výdavky kapitoly MZ. Výdavky verejného zdravotného poistenia tak oproti rozpočtu 2018 narastú o 219 mil. eur.

Peniaze budú použité na priority, ktoré najviac zlepšia výsledky zdravotníctva a prinesú pacientom viac hodnoty za peniaze. Platy personálu v zdravotníctve porastú celkovo o 197 mil. eur. Vďaka plošnému zvýšeniu miezd o 10 % budú zdravotné sestry zarábať 1,07-násobok priemernej mzdy a ich platy tak budú po novom porovnateľné s krajinami V3 a EÚ-28. Prevencia sa podporí novými skríningovými programami rakoviny.

Rozpočet zohľadňuje dlhodobé potreby súvisiace so starnutím populácie. Starnutie populácie nevyhnutne prináša rast nákladov na zdravotnú starostlivosť. Odhadovaný vplyv je 23 mil. eur v roku 2019. Tento prvý odhad vychádza z makroekonomického pohľadu na vývoj verejných výdavkov a v nasledujúcich rokoch sa bude upresňovať.

Nemocnice dostanú 100 miliónov eur alokovaných na kapitálové výdavky, najmä na obnovu budov a modernizáciu prístrojov. Bude tým pokračovať podpora pokrývania dlho neriešeného investičného dlhu nemocníc. Pre maximalizáciu úžitku týchto peňazí je dôležité ich investovať v súlade s prijatou stratégiou stratifikácie siete nemocníc (časť 5.2.1) a investície verejne vykazovať. Časť prostriedkov bude zabezpečená z fondov EÚ.

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

1. **Výdavky bez zmien politik**, tiež **NPC** (z angl. no-policy-change) v tabuľke 12 zachytávajú bežný rast výdavkov, ktorý vychádza zo súčasného nastavenia systému. Nemzdové výdavky rastú typicky podľa inflácie alebo legislatívne stanovených hodnôt, mzdové výdavky sa odvíjajú podľa rastu priemernej mzdy a platnej regulácie (napríklad tzv. platového automatu⁴⁸ v ústavnej zdravotnej starostlivosti).
2. **Výdavky so zmenami politik**, tiež **PC** (z angl. policy-change) v tabuľke 13 predstavujú rast výdavkov spôsobený hodnotovými opatreniami alebo inými opatreniami. **Hodnotové opatrenia hodnoty za peniaze** zlepšujú kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, vyplývajú z revízie výdavkov. **Ostatné zmeny** v politikách zvyšujú výdavky a vyplývajú zo schválených legislatívnych zmien.

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

3. **Úsporné opatrenia hodnoty za peniaze** v tabuľkách 14 a 15 zahŕňajú úspory, ktoré vyplývajú z revízie výdavkov. Ak časť úspory nebola dosiahnutá v dohodnutom roku, bude premietnutá ako očakávaná úspora v nasledujúcom roku.

⁴⁸ Vysvetlenie v kapitole 5, Box 4.

Tabuľka 13: Zmeny výdavkov - VZP - súhrn

mil. eur	2019
Zmeny spolu (oproti rozpočtu 2018)	219
Zmeny spolu (oproti rozpočtu 2018; %)	4,7 %

Zdroj: Návrh záverečného účtu MZ SR 2017

4.1 Výdavky bez zmien politik

Bez zmien v politikách by bol odhadovaný rast výdavkov 131 mil. eur v roku 2019. Nemzdové výdavky rastú o infláciu, mzdové výdavky zdravotníckych pracovníkov rastú podľa platnej legislatívy (tzv. platový automat) a mzdové výdavky ostatného personálu rastú podľa priemernej mzdy v hospodárstve, v súlade s manuálom pre tvorbu scenára nezmenených politik.⁴⁹

Tabuľka 14: Zmeny výdavkov - VZP - bez zmien politik

č.	mil. eur	2019
Spolu		131
1	Nemzdové (rast o CPI)	29
	Mzdové	96
2	Automat lekári ÚZS	23
3	Automat ostatní ÚZS + MM*	36
4	Nezdravotníckí zamestnanci	9
5	Ambulantní zdravotníckí zamestnanci	28
	Iné výdavky VZP	-17
6	Správa ZP, príspevky na UDZS, OS ZZS, NCZI, iné úhrady	-17
7	Starnutie	23

*MM – minimálna mzda

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

- Rast nemzdových výdavkov bez zmien politik sa odhaduje na úrovni inflácie, dosahuje tak 29 mil. eur v roku 2019 (č.1, Tabuľka 14).
- Automatické zvyšovanie platov (podľa platných legislatívnych pravidiel, tzv. platový automat) pre lekárov v ústavných zariadeniach dosiahne hodnotu 23 mil. eur v roku 2019 (č.2), pre ostatných zdravotníckych zamestnancov 36 mil. eur (č.3), pre nezdravotníckych zamestnancov 9 mil. eur (č.4).
- Zvyšovanie miezd ambulantných pracovníkov dosiahne 28 mil. eur v roku 2019. Hoci je ambulantná starostlivosť financovaná prostredníctvom platieb za výkony a kapitácie, ich hodnoty sú zvyšované, aby sa zabezpečil rast porovnateľný s rastom miezd zdravotníckych pracovníkov v ústavnej starostlivosti (č.5).
- Iné výdavky VZP poklesnú o 17 mil. eur v roku 2019 (č.6). Rozpočet zohľadňuje vplyv starnutia populácie. Spôsobuje rast výdavkov, ktoré sa prejavuje napr. vyšším užívaním liekov alebo spotrebovanej zdravotnej starostlivosti. Odhadovaný vplyv je 23 mil. eur v roku 2019 (č.7). Hodnoty vychádzajú z výpočtov Rady pre rozpočtovú zodpovednosť.

4.2 Výdavky so zmenami politik

Opatrenia hodnoty za peniaze zvyšujúce kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti dosiahnu 87 mil. eur v roku 2019. Pomocou skríningových programov bude posilnená prevencia rakoviny. Dôjde tiež k zvýšeniu ohodnotenia nelekárskeho personálu nad rámec bežného rastu miezd.

⁴⁹ MF SR (2017). *Metodika zostavovania scenára nezmenených politik*. Dostupné na <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=9301>.

Ostatné zmeny v politikách zvyšujúce výdavky predstavujú 93 mil. eur v roku 2019. Najvýznamnejší vplyv má rast výdavkov na lieky na zriedkavé ochorenia a rast miezd. Dopad zmien, ktoré budú mať vplyv na rozpočet VZP aj v ďalších rokoch, bude aktualizovaný pri tvorbe nasledujúceho rozpočtu.

Tabuľka 15: Zmeny výdavkov - VZP - zmeny politik

č.	mil. eur	2019
Spolu		180
Hodnotové opatrenia - Hodnota za peniaze		87
8	Rast miezd nelekárskeho personálu ÚZS	59
9	Rast miezd nelekárskeho personálu AZS	18
10	Prevenica - skriningy	5
11	Zazmluvnenie nových SVLZ poskytovateľov*	0
12	Zmena financovania RTG	5
Ostatné zmeny politik		93
13	Rast príplatkov za prácu v noci, cez víkendy a sviatky	24
14	Lieky - novela 363/2011	56
15	Ochranný limit doplatkov*	0
16	Dofinancovanie VŠZP pre nemocnice*	0
17	Dofinancovanie nákladov ambulancií so zavedením e-Health a bonusy za jeho využívanie	2
18	Urgenty - paušály	7
19	ZZS - paušály	1
20	Dlhodobá starostlivosť	0
21	Nárast liečby v cudzine	3

*opatrenie s vplyvom v roku 2018

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

Viac o hodnotových opatreniach v kapitole 5.

- Zvyšovanie príplatkov za prácu v noci, cez víkendy a sviatky pre pracovníkov ústavnej starostlivosti dosiahne 24 mil. eur v roku 2019 (č.13, Tabuľka 15).
- Úprava pravidiel úhrady liekov v zákone 363/2011 viedla k zvýšeniu dostupnosti liekov na zriedkavé ochorenia, s očakávanými nákladmi vo výške 56 mil. eur v roku 2019. Dnes však na trh neplánovane vstupujú aj lieky so špekulatívne nastavenými indikačnými obmedzeniami, čo spôsobuje nevhodné mýňanie verejných zdrojov. Pravidlá budú v roku 2019 opravené (č. 14).
- Ochranný limit doplatkov⁵⁰ bol rozšírený z liekov aj na dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky. Dodatočné výdavky dosiahli hodnotu 8 mil. eur v roku 2018 (č. 15).
- V roku 2017 evidovali nemocnice neuhradené výdavky od VŠZP v hodnote 5 mil. eur, ktoré boli presunuté do výdavkov roka 2018 (č.16).
- Bonusy k platbám za výkon, motivujúce k optimálnemu využívaniu systému elektronického zdravotníctva, dosiahnu 2 mil. eur (č.17).
- Rast paušálnych platieb pre záchrannú zdravotnú službu a urgentné príjmy dosiahne v roku 2019 hodnotu 1 a 7 mil. eur (č.18 a 19).
- Paušálne platby pre zariadenia sociálnych služieb v hodnote 12 mil. eur boli zavedené pre pokrytie výdavkov s poskytovaním základných výkonov dlhodobej starostlivosti v roku 2018 (č.20).
- Rastúci objem liečby v cudzine predstavuje 3 mil. eur v roku 2019 (č.21).

⁵⁰ Vrátenie sumy doplatkov pre skupiny ohrozené chudobou (dôchodcov, detí) v prípade prekročenia stanoveného limitu

4.3 Úsporné opatrenia

Pre zabezpečenie financovania hodnotových opatrení zdravotníctva budú realizované úsporné opatrenia vo výške 92 mil. eur v roku 2019 z VZP a 46 mil. na výdavkoch nemocníc. Spolu tak opatrenia predstavujú ročnú úsporu 139 mil. eur. Z doterajších opatrení revízie výdavkov z roku 2016 boli realizované úspory vo výške 108 mil. eur ročne, oproti celkovému záväzku 190 mil. eur úspor do konca roka 2018. Celkový potenciál Revízie I predstavoval 363 mil. eur. Viac o úsporných opatreniach VZP v kapitole 6, časť 6.1.1.

Tabuľka 16: Zmeny výdavkov - VZP - úsporné opatrenia - Hodnota za peniaze

č.	mil. eur	2019
	Spolu	-92
22	Revízia úhrad kategorizovaných liekov	-50
23	Lieky - variabilita v predpisovaní, vplyv e-preskripcie	-30
24	Výnimky na lieky - zavedenie pravidiel pre preplácanie výnimiek	-8
25	Zdravotnícke pomôcky – externé referencovanie a revízne činnosti	-4

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

V nemocniciach sa plánujú úspory vo výške 46 mil. eur v roku 2019. Viac o úsporných opatreniach nemocníc v kapitole 6, časti 6.1.2

Tabuľka 17: Zmeny výdavkov – nemocnice (mil. eur)

č.	mil. eur	2019
	Spolu	-46
26	Optimalizácia prevádzkových nákladov	-5
27	Optimalizácia procesov ÚZS	-32
28	Optimalizácia nákupu liekov a ŠZM ⁵¹	-1
29	ŠZM - zníženie cien - externé referencovanie	0
30	ŠZM - referencovanie kategorizovaného ŠZM	-8
31	ŠZM - zavedenie základného funkčného typu	0

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

Významný potenciál pre zvýšenie efektívnosti predstavujú ďalšie opatrenia, zatiaľ bez špecifikovaného finančného dopadu (Tabuľka 18).

Tabuľka 18: Opatrenia s ďalším potenciálom pre zefektívnenie

Centrálny nákup liekov a zmluvy o zdieľaní rizika a nákladov
Možnosti potenciálne nákladovo neefektívnych liekov
Zníženie jednotkových cien a limitov vyšetrení
Variabilita v predpisovaní vyšetrení
Zlepšenie revíznych činností VŠZP
Úprava stanovenia výdavkov správneho fondu

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

4.4 Štrukturálne opatrenia

K zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a hospodárnosti v zdravotníctve významne prispievajú aj štrukturálne opatrenia, ktoré nemajú priamy dopad na výdavky (viac v kapitole 7). Patrí sem plne

⁵¹ ŠZM predstavuje invazívne zdravotnícke pomôcky, ktoré sa používajú takmer výlučne v ústavnej zdravotnej starostlivosti.

implementované financovanie nemocníc cez DRG⁵² mechanizmus, optimálne využívanie systému elektronického zdravotníctva (e-Health), zavedenie jednotných terapeutických postupov a podpora užívania dostupných generík.

4.5 Návrh rozpočtu v programovej štruktúre

Revízia navrhuje rozpočet VZP rozdeliť na programy, ktoré zodpovedajú vecným oblastiam poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Umožní sa tak prepojenie výdavkov so stanovenými cieľmi a meraním ich výsledkov.

Tabuľka 19: Výdavky VZP v štruktúre navrhovaných programov, mil. eur

mil. eur	2016 S	2017 S	2018 R	2018 OS	2019 N
Zdravotná starostlivosť	4 300	4 341	4 467	4 494	4 704
Lieky a dietetické potraviny	1 060	1 070	1 101	1 107	1 069
Zdravotnícke pomôcky a ŠZM	186	188	194	195	190
ÚZS (lôžka)	1 264	1 276	1 313	1 321	1 466
VAS	233	235	242	243	256
SVLZ	491	495	510	513	527
ŠAS	802	809	833	838	877
Pohotovostná služba PP	15	16	16	16	17
Záchr. zdravotná služba	86	87	89	90	96
Kúpeľná starostlivosť	52	52	54	54	56
Doprava	26	26	27	27	27
Vrtuľníková záchr. služba	11	11	12	12	12
Ostatné subjekty a iná ZS	75	76	78	78	111
Iné výdavky VZP	239	235	244	323	227
VZP spolu	4 539	4 576	4 711	4 817	4 931

*S – skutočnosť, OS – očakávaná skutočnosť, R – rozpočet, N - návrh

Zdroj: Návrh RVS 2019 - 2021 schválený vládou

⁵² Diagnosis related groups, viac v kapitole 7.1.

5 Hodnotové opatrenia pre napĺňanie cieľov

Revízia identifikuje politiky, ktoré pacientom prinesú kvalitnejšiu a dostupnejšiu zdravotnú starostlivosť v hodnote 87 mil. eur v roku 2019:

- Zlepší sa ohodnotenie nelekárskeho personálu
- Stratifikácia siete nemocníc zvýši kvalitu starostlivosti a zefektívni celý systém ústavnej zdravotnej starostlivosti
- Nové skriningové programy posilnia prevenciu rakoviny
- Nové zobrazovacie prístroje a úprava cien za RTG výkony prinesú pacientom dostupnejšiu a bezpečnejšiu starostlivosť

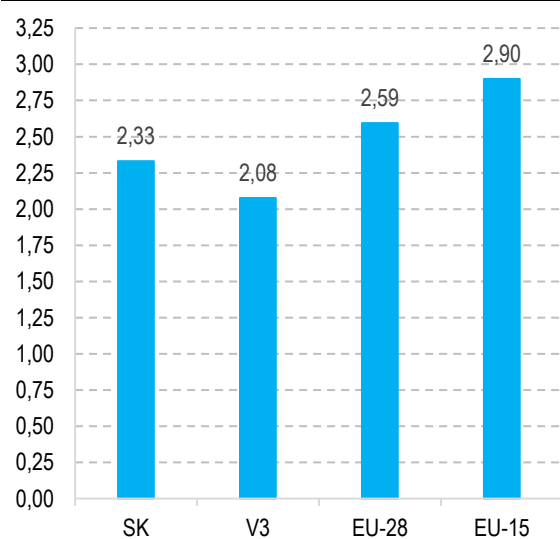
5.1 Personál v zdravotníctve

5.1.1 Lepšie ohodnotenie personálu

Najväčšie zvýšenie výdavkov na zdravotníctvo v roku 2019 predstavujú mzdové výdavky na personál. Celkový rast miezd personálu v zdravotníctve dosahuje 197 mil. eur. Platné pravidlá automatického rastu miezd stanovujú rast o 96 mil. eur. Rast príplatkov za prácu v noci, cez víkendy a sviatky zvyšuje výdavky o ďalších 24 mil. eur.

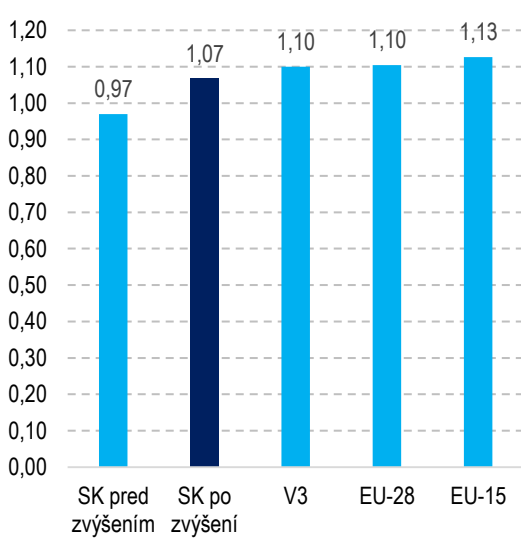
Plánované zvýšenie plátov zdravotných sestier o 10 %, ⁵³ nad rámec zvýšenia daného existujúcim platovým automatom, spolu za 77 mil. eur, cez navýšenie platových koeficientov, je najväčším výdavkovým opatrením odporúčaným revíziou (hodnotové opatrenie č. 8 a 9, Tabuľka 15). Sestrám to zabezpečí nielen jednorazový nárast, ale aj dlhodobu zlepšiu mzdy sestier voči priemernej mzde. Opatrenie ráta s navýšením mzdových prostriedkov aj pre sestry pracujúce v ambulanciách, napriek tomu, že platový automat pokrýva len zamestnancov nemocníc. Cieľom opatrenia je zatraktívniť nedostatkové profesie.

Graf 44: Plat lekára ako násobok priemernej mzdy, 2015



Zdroj: OECD

Graf 45: Plat sestry ako násobok priemernej mzdy, 2015



Zdroj: OECD

⁵³ Zvyšovanie sa týka všetkých nelekárskych zdravotníckych pracovníkov okrem rádiológov a farmaceutov. Zdravotné sestry tvoria veľkú väčšinu z nich.

Vďaka navýšeniu koeficientov budú sestry zarábať 1,07-násobok priemernej mzdy, platy slovenských sestier tak budú porovnateľné s V3 a EÚ-28 (Graf 45). **Odhadovaný celkový dopad navýšenia koeficientov je 58,9 mil. eur pre ústavnú a 17,8 mil. eur pre ambulatnú starostlivosť.**

Platy slovenských lekárov v ústavných zariadeniach sú vyššie ako v krajinách V3, avšak o približne 10 % nižšie ako priemer krajín EÚ s dostupnými dátami. Porovnanie príjmov ambulantných lekárov, pracujúcich často ako samostatne zárobkovo činné osoby, dostupné nie je (Graf 44).

Box 4: Regulácia miezd štátom

Štát špecificky určuje alebo reguluje mzdy zdravotníckych pracovníkov v ústavných zariadeniach, bez ohľadu na to, či ide o súkromných alebo verejných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Odmeňovanie pracovníkov je odvodzované od násobku priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy – tzv. platový automat.⁵⁴ Násobok je špecifický pre jednotlivé kategórie pracovníkov. Tento systém má niekoľko možných nedostatkov, ktoré je potrebné ďalej skúmať:

- Mzdy predstavujú takmer 60 % prevádzkových nákladov nemocníc. Okrem platového automatu rast miezd v nemocniciach ovplyvňujú aj kolektívne zmluvy. Nemocnice by mali byť schopné so zdravotnými poisťovňami vyjednať aspoň rast úhrad, ktorý by zodpovedal zákonnému nárastu ich personálnych nákladov (platový automat a sociálne balíčky). V prípade, že sa tak nestane, ich hospodársky výsledok sa zhoršuje. Legislatíva nemocniciam určuje rast nákladov, avšak diskusiu o výnosoch ponecháva na zdravotné poisťovne a existenciu prospektívnych rozpočtov.
- OECD v prehľade slovenského zdravotníckeho systému⁵⁵ odporúča, aby mzdy lekárov neboli viazané na priemernú mzdu v krajine. Zrušenie platových automatov a prechod na nový systém s väčším dôrazom na odmeny za výkony a ich kvalitu by mohli priniesť vyššiu hodnotu za peniaze (nárast kvality pri zachovaní celkových výdavkov na mzdy).

Lepšie prerozdelenie kompetencií

Mierne vyšší počet lekárov a zároveň výrazne nižší počet sestier v porovnaní so zahraničím môže byť spôsobený nevhodným rozdelením kompetencií medzi lekárov, sestry a zdravotných asistentov. Viaceré krajiny, napríklad USA, Kanada a Spojené kráľovstvo začali presúvať časť zodpovedností lekárov na kvalifikovanejšie zdravotné sestry (so zodpovedajúcou zmenou ohodnotenia). Takéto opatrenia zvýšili dostupnosť zdravotnej starostlivosti, znížili čakacie doby a zvýšili spokojnosť pacientov a pritom mali na náklady pozitívny až neutrálny vplyv.⁵⁶

Revízia výdavkov v zdravotníctve I 2016 uvádza zavedenie tzv. Modelu kompetencií do konca roku 2017. Zámerom bolo prehodnotenie kompetencií zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych povolaniach na základe obsahu a rozsahu získaného vzdelania pre potrebu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

⁵⁴ Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

⁵⁵ OECD Economic Surveys. Slovak Republic 2017. https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-slovak-republic-2017_eco_surveys-svk-2017-en#page140.

⁵⁶ OECD (2017), Health at a Glance.

V roku 2018 MZ vyhláškou⁵⁷ rozšírilo kompetencie zdravotných sestier o možnosť vykonávať ďalšie úkony. Podľa Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek v skutočnosti ide o činnosti, ktoré sestry už v praxi vykonávali, len neboli legislatívne ukotvené.

Účinnosť bežiacich a potenciálnych opatrení zhodnotí záverečná správa Revízie.

Rezidentský program

Za účelom zvrátenia nepriaznivého stavu MZ SR v roku 2013 zriadilo rezidentský program na posilnenie kapacít všeobecných lekárov, ako aj zvyšovanie ich vzdelávania s cieľom posilniť primárnu zdravotnú starostlivosť. Rezidentský program by mal zároveň znížiť návštevnosť špecializovaných ambulancií a priniesť finančné úspory pri preprave pacientov do špecializovaných ambulancií.

Rezidentské štúdium doposiaľ ukončilo a pracuje vo svojich špecializáciách 80 všeobecných lekárov a 9 pediatrov. Vzhľadom na to, že na Slovensku chýba spolu vyše 1 500 všeobecných lekárov a pediatrov, rezidentský program zatiaľ prispel len minimálne k posilneniu personálnych kapacít.

Rezidentské štúdium bolo v tomto roku rozšírené aj o ďalšie špecializačné odbory určené pre lekárov a sestry. Pre lekárov sú to špecializačné odbory – neurológia, chirurgia, kardiológia, ortopédia, vnútorné lekárstvo, detská psychiatria, urgentná medicína, anestéziológia intenzívna medicína. Sestier sa týkajú špecializačné odbory anestéziológia a intenzívna starostlivosť a inštrumentovanie v operačnej sále a ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii.

Účinnosť programu podrobnejšie zhodnotí záverečná správa Revízie.

5.2 Ústavná zdravotná starostlivosť

5.2.1 Stratifikácia siete nemocníc

V roku 2018 predstavilo MZ koncepciu stratifikácie nemocníc, ktorej cieľom je do roku 2030 výrazne skvalitniť ústavnú zdravotnú starostlivosť. V súčasnosti existujú medzi nemocnicami veľké rozdiely v kvalite, nový projekt by mal zabezpečiť vyššiu úroveň starostlivosti vo všetkých nemocniciach.

Popri kvalite plánuje MZ zefektívniť celú nemocničnú sieť bez negatívneho dopadu na dostupnosť pre pacientov v regiónoch. Zefektívnenie nemocníc môže viesť k transformácii až 5 600 lôžok, uvoľneniu priestorových a personálnych kapacít, medicínskych a prevádzkových zdrojov. Tie môžu byť lepšie využité v ambulantnej starostlivosti, jednodňovej chirurgii, dopravnej službe a najmä v dlhodobej starostlivosti, ktorej potreba v ďalších rokoch výrazne porastie kvôli starnutiu obyvateľstva.

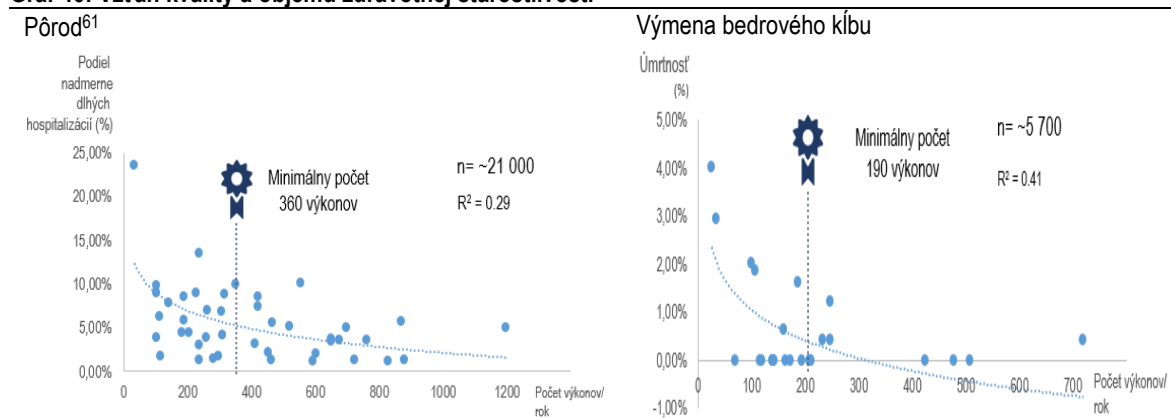
⁵⁷ Vyhláška 95/2018 Z.z. o rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne.

Zvýšenie kvality

Kvalita výkonov zdravotnej starostlivosti rastie s ich počtom v rámci zariadenia. Vzťah medzi objemom a kvalitou ZS vyplýva z interného porovnania nemocníc⁵⁸ a zahraničného výskumu.⁵⁹ Príčinami sú rast zručnosti a skúsenosti zdravotníckeho personálu pri vyššom počte výkonov, ako aj dostupnosť doplnkových špecializácií či vhodného vybavenia.

Slovenské nemocnice preto po novom dostanú povolenie poskytovať určitú špecializáciu iba ak dosiahnu predpísaný minimálny počet výkonov. Nemocnica by napríklad mohla predbežne vykonávať pôrody iba ak ich ročný počet prevýši 360, výmenu bedrového kĺbu až od 190 operácií ročne (Graf 46)⁶⁰. Štúdia identifikovala minimálne počty výkonov v literatúre alebo v predpisoch v Rakúsku, Nemecku a USA zatiaľ len pre obmedzenú skupinu výkonov.

Graf 46: Vzťah kvality a objemu zdravotnej starostlivosti



Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

Ako ďalší príklad sa dajú uviesť výstupy spoločného projektu MZ a Svetovej banky „Minimal volume thresholds“, ktorý sa podobne zamerával na porovnanie početnosti jednotlivých výkonov medzi poskytovateľmi. Súčasne sa počty porovnávali aj s prieskumom Leapfrog group, ktorý identifikoval **minimálne objemy na základe zberu dát z viacerých krajín** (Tabuľka 20).

Tabuľka 20: Prehľad minimálnych objemov vybraných výkonov podľa Leapfrog group

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

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

⁵⁸ Porovnanie vypracovala spoločnosť BCG na príklade siedmich výkonov (operácia pankreasu, operácia žlčníka, resekcia, hrubého čreva, resekcia konečníka, operácia konečníka, úplná výmena bedrového kĺbu, pôrod) u všetkých nemocníc s dostupnými dátami. Analýza bola upravená o náročnosť hospitalizačných prípadov v jednotlivých nemocniciach prostredníctvom ukazovateľa case-mix index.

⁵⁹ Napríklad Chowdhury et al. (2007). "A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome". Halm et al. (2002). "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature."

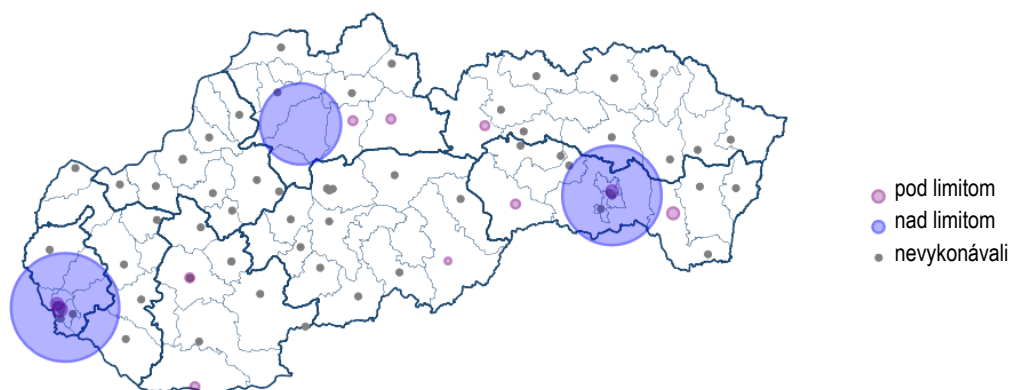
⁶⁰ Minimálny limit počtu výkonov bol určený na základe metodológie v Nimptsch & Mansky (2017). "Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014." BMJ open 7.9.

⁶¹ Spoločnosť BCG v spolupráci s expertmi definovala 9 a viac dní ako nadmerne dlhú hospitalizáciu.

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

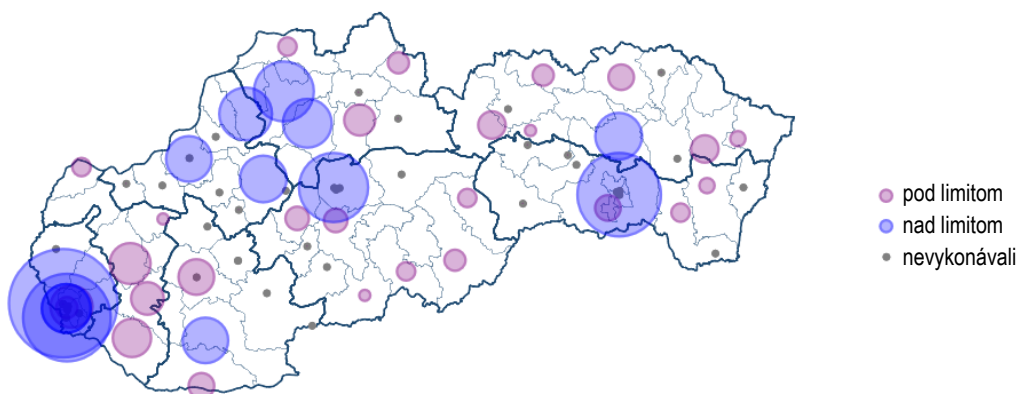
Na mapách nižšie (Mapa 2, Mapa 3) je možné vidieť aktuálny objem jednotlivých výkonov, pričom je zrejmé, že bez dodatočnej centralizácie nebude možné dosiahnuť dostatočné počty jednotlivých výkonov a následne zabezpečiť celkové zvýšenie kvality. Niektoré výkony sa centralizujú už dnes (ako je možné vidieť na mape – operácia rakoviny pľúc), ide však o výkony, ktoré si vyžadujú špeciálne vybavenie a preto nie sú pre menšie nemocnice rentabilné.

Mapa 2: Operácia rakoviny pľúc



Zdroj: MZ SR

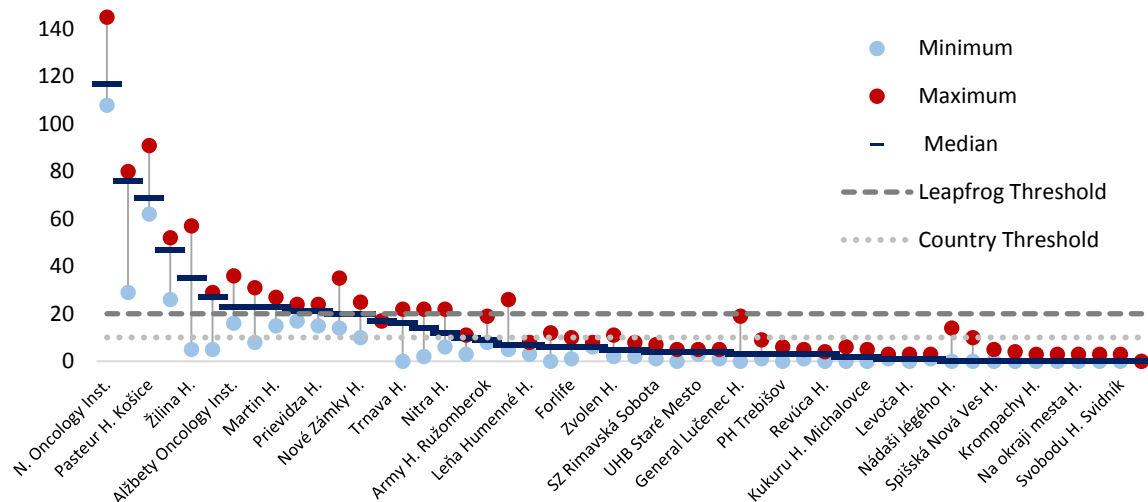
Mapa 3: Resekcia pažeráka



Zdroj: MZ SR

Vo väčšine prípadov však k centralizácii výkonov (a tým aj zdrojov) nedochádza. Mapa 3 zobrazuje počet resekcii pažeráka medzi jednotlivými poskytovateľmi. **Väčšina poskytovateľov nenapĺňa očakávanú úroveň ani na úrovni stanoveného štandardu v SR, pričom pri porovnaní s medzinárodnou hranicou ide o ešte väčšie odchýlky (Graf 46).**

Graf 47: Rozsah a medián objemu resekcie rakoviny pažeráka podľa poskytovateľa, 2014-2016



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

Zdroj: MZ SR

Zefektívnenie fungovania nemocníc

Sieť nemocníc sa upraví podľa náročnosti a akútnosti poskytovaných špecializácií. Štúdia predpovedala vývoj dopytu pacientov po starostlivosti v 108 špecializáciách do roku 2030 a špecializácie následne rozdelila do troch úrovní zdravotnej starostlivosti: základnej (akútna a menej náročná), regionálnej (akútna/neakútna a stredne náročná) a národnej (neakútna a vysoko náročná). Základnú starostlivosť pokryjú lokálne nemocnice s dostupnosťou do 30 minút pre 91 % obyvateľstva.⁶² Viacero z týchto nemocníc bude zároveň poskytovať regionálnu úroveň ZS a minimálne 3 z nich zabezpečia národnú úroveň zdravotnej starostlivosti. Nemocnice, ktoré poskytujú ZS na nižšej úrovni môžu zároveň poskytovať ZS vo vybraných špecializáciách na vyššej úrovni, ak splnia požadované štandardy (Tabuľka 21). Okrem troch typov všeobecných nemocníc vzniknú „centrá odbornosti“, ktoré poskytnú špecifickú skupinu špecializácií. Napríklad centrum „Matka a dieťa“ zabezpečuje pôrodníctvo, gynekológiu, pediatriu, neonatológiu; onkologické centrum poskytuje rádioterapiu, onkologickú chirurgiu a komplexnú diagnostiku.⁶³ Štruktúra nemocničnej siete sa vo viacerých fázach implementácie bude vyvíjať a prispôsobovať.

Tabuľka 21: Rozdelenie nemocníc podľa ZS – prvý návrh zo štúdie

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

Zdroj: Štúdia k stratifikácii nemocníc MZ

⁶² Základná ZS bude dostupná pre 99 % obyvateľstva do 60 minút.

⁶³ Centrá odbornosti môžu fungovať samostatne alebo v rámci všeobecných nemocníc.

Zdroje v nemocničnom systéme sa budú využívať efektívnejšie najmä zlepšením manažmentu pacienta a presunom pacientov do iných oblastí zdravotnej starostlivosti, a tiež odstránením neobsadených lôžok. Lepší manažment pacienta (napr. modernejšie medicínske postupy a elektronizácia údajov o pacientovi) a presun pacientov (napr. neakútnych chronických pacientov) do dlhodobej alebo ambulantnej starostlivosti povedie k zníženiu priemernej dĺžky hospitalizácie z 8,3 na 6,5 dňa a tým aj celkového počtu ošetrovacích dní.⁶⁴ Spolu so zvýšením obsadenosti lôžok zo 72 % na 80 % tak príde k celkovému úbytku nadbytočných lôžok. S tým spojený nižší počet ošetrovacích dní uvoľní prostriedky spojené s personálom, zdravotníckym materiálom a prevádzkou.

5.3 Ambulantná zdravotná starostlivosť

5.3.1 Skriningy rakoviny

Prevenčné skriningové programy onkologických ochorení, najmä rakoviny krčka maternice, nádorov prsníka, kolorektálneho karcinómu a ústnej dutiny by sa mali uplatnením Národného onkologického programu v praxi zaviesť a rozšíriť na vybrané skupiny populácie podľa platných medzinárodných odporúčaní.⁶⁵

V rámci opatrenia sa vytvoria, vydajú a implementujú národné štandardné postupy pre výkon prevencie. Zamerajú sa na:

- pokrytie skriningových programov
- zabezpečenie ich pravidelného vyhodnocovania, revízie a kontroly kvality
- vzdelávanie poskytovateľov ZS
- užšiu kooperáciu so zdravotnými poisťovňami
- zvyšovanie informovanosti o možnostiach prevencie a potreby skriningov v populácii

Preukázateľné prínosy včasného **zachytenia prevalencie nádorových ochorení sú ilustrované na príklade karcinómu kolorekta (Tabuľka 22)**. Údaje umožňujú zhodnotenie vynaložených financií na skrining, diagnostiku a liečbu a porovnanie so stavom bez zmeny politiky (NPC). Pri ostatných typoch skriningov zatiaľ nie je odsúhlasený finálny postup, preto nie sú v tejto chvíli analyzované.

Skrining preplácajú zdravotné poisťovne bežne raz za dva roky pacientom starším ako 50 rokov. Prvotný skrining vykonáva hlavne všeobecný lekár alebo si test na krv v stolici môže urobiť aj pacient doma. V prípade pozitívneho výsledku je pacientovi indikované kolonoskopické vyšetrenie, ktoré bližšie diagnostikuje nález. Rakovina môže mať štyri štádiá, pričom náklady na liečbu 1. štádia sú výrazne nižšie (stačí úhrada za jeden hospitalizačný prípad) a prognóza vyliečenia je výrazne vyššia, až 98 %, oproti 54 % v treťom štádiu, či dokonca len 1 % v terminálnom štvrtom.

Tabuľka 22: Údaje o skriningu karcinómu kolorekta, 2017

Štatistiky z dát zdravotných poisťovní z roku 2017	Hodnota
Počet ľudí vo veku 50-75 rokov	1 625 413
Priemerný počet vyšetrení na test krvi v stolici za rok	249 694
Jednotková cena skriningového testu krvi v stolici	11 €
V prípade pozitívneho výsledku podstúpi kolonoskopiu z pôvodného počtu pacientov testovaných na krv v stolici	6 %

⁶⁴ Počet ošetrovacích dní sa rovná súčinu počtu hospitalizácií a priemernej dĺžky hospitalizácie.

⁶⁵ Pre ostatné druhy onkologických ochorení populačný skrining nie je odporúčaným riešením, napriek tomu naďalej zostáva najvhodnejšou stratégiou pre zníženie počtu úmrtí včasná diagnostika nádorového ochorenia.

Priemerná cena kolonoskopického vyšetrenia	82 €
Z realizovaných kolonoskopií má pozitívny nález	20 %
Výskyt ochorenia ročný	3 011
Ročná úmrtnosť na diagnózu C18, C19, C20, C21 ⁶⁶	2 000
Počet liečených pacientov ročne	8 700
Ročné náklady na liečbu 1 pacienta	7 000 €

Zdroj: MZ SR

Tabuľka 23 vyčísluje pozitívne dopady rozširovania skríningu z čisto finančného pohľadu a cez optiku spoločenskej hypotetickej hodnoty odvráteného úmrtia. **Keďže sa efekt opatrenia prejaví s oneskorením niekoľkých mesiacov až rokov, je potrebné jeho pilotné krytie zabezpečiť zvýšením výdavkov o približne 5 mil. eur (hodnotové opatrenie č. 10, Tabuľka 15).**

Tabuľka 23: Výpočet dopadu rozšírenia skríningu rakoviny kolorekta

Modelovanie nákladov a prínosov opatrenia na obdobie 1 roka	Hodnota
Počet ľudí, ktorí podstúpia dodatočne skrínung oproti súčasnému stavu	156 660
Dodatočné náklady pri navýšení počtu testov na krv v stolici na 50 % populácie, vek 50+	- 1 723 255 €
Následné dodatočné náklady na kolonoskopiu	- 776 036 €
Administratívne náklady spojené so zvolávaním na vyšetrenie (0,4 €/obyv.)	- 225 205 €
Marginálny výskyt ochorenia, zrealizovaný na 50 %	945
Marginálne náklady na liečbu novodiagnostikovaných pacientov s predpokladom včasného zachytenia karcinómu kolorekta len v 1. alebo 2. štádiu	- 2 267 176 €
Celkové marginálne náklady na opatrenie	- 4 991 671 €
Náklady na liečbu, ak by títo pacienti podstúpili diagnostiku podľa NPC	- 6 612 597 €
Čistý finančný prínos rozsiahlejšej diagnostiky na nižšie náklady liečby	1 620 926 €
Počet odvrátených úmrtí podľa scenára vyrovnania priemeru mortality krajín EÚ (z 37 na 30 úmrtí /100-tis. obyv. od roku 2020)	362
Hodnota 1 odvráteného úmrtia	40 918 €
Celkový čistý spoločenský prínos opatrenia	16 433 242 €

Zdroj: MZ SR

5.4 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

5.4.1 Nové prístroje v regiónoch

MZ SR pripravilo centrálnu obstarávanie MR prístrojov. Z 8 nahlásených súťaží ide v dvoch prípadoch len o výmenu, nákup šiestich prístrojov zabezpečí **vyššiu dostupnosť vyšetrení v regiónoch**. Na rok 2019 je zatiaľ očakávaný dopad približne 5 mil. eur (**hodnotové opatrenie č. 11, Tabuľka 15**). Ostatné dopady budú zrejmé po ukončení rokovanií so zdravotnými poisťovňami.

Nákup MR prístrojov pre zariadenia ÚZS umožní lepšie vzdelávanie lekárov (pri univerzitných pracoviskách). Dnes je vzdelávanie problematické, keďže väčšina poskytovateľov MR služieb je v súkromnom vlastníctve. Zároveň by verejní poskytovatelia ZS mohli ziskávať marže za poskytovanie služieb, ktoré by mohli znižovať ich stratu. Dodatočné MR prístroje budú až do uvoľnenia limitov v regióne ďalšou výdavkovou položkou verejného zdravotného poistenia, po vypršaní zmlúv súkromným poskytovateľom však budú verejní

⁶⁶ C18 – zhubný nádor hrubého čreva, C19 – zhubný nádor rektorsigmoidového spojenia, C20 – zhubný nádor konečníka, C21 – zhubný nádor anusu a análneho kanála.

poskytovatelia rovnocenným súperom o limit. Výdavky na MR prístroje by sa tak mohli v budúcnosti (v rokoch 2021 a 2022) znížiť.

Okrem zvýšenia dostupnosti nákupom nových prístrojov treba ďalej zabezpečiť, aby MR a CT vyšetrenia neboli predpisované nadmerne, napríklad v rámci defenzívneho predpisovania alebo nedostatočného klinického vyšetrenia, a nedochádzalo tak k plytvaniu zdrojmi VZP.

Zároveň pokračuje znižovanie jednotkových cien výkonov MR a CT. Zníženie cien odporúčala Revízia I po preskúmaní ziskovosti súkromných podnikateľov a cenovom porovnaní s Českou republikou.

5.4.2 Úprava cien za RTG výkony

Vysoké využívanie CT prístrojov je často neefektívne, nakoľko by v mnohých prípadoch stačilo využitie kvalitného RTG prístroja. **Táto alternatíva by nielen šetrila prostriedky VZP, znížila by aj radiačnú dávku pre pacienta.** VŠZP preto od 1. januára 2019 upraví jednotkové ceny bodu pre RTG výkony (**hodnotové opatrenie č. 12, Tabuľka 15**). Majú sa zvýšiť od 25 do 110 % v závislosti od veku prístroja a jeho funkcionality, spôsobu monitorovania dávok ožiarenia pacienta a používania elektronického zdieľania informácií. Tieto výdavky sú realizované z úspor zo znížených cien CT a MR. VŠZP taktiež plánuje od roku 2021 skončiť s úhradou RTG výkonov na prístrojoch starších ako 20 rokov. Podľa odhadov VŠZP sa ráta s dodatočnými nákladmi v roku 2019 do 5 mil. eur, ktoré by sa mohli v následných rokoch (2020 a ďalej) premietnuť do znížených objemov na CT vyšetrenia⁶⁷.

⁶⁷ <https://www.aktuality.sk/clanok/621270/vlani-zaplatila-vseobecna-zdravotna-poistovna-za-pacientov-viac-ako-v-roku-2016/>.

6 Úsporné opatrenia pre uvoľnenie zdrojov

Revízia prináša opatrenia, ktoré pomôžu v roku 2019 usporiť 139 mil. eur. Tieto peniaze môžu byť v zdravotníctve použité efektívnejšie, predovšetkým na hodnotové opatrenia predstavené v časti 5. Revízia identifikuje dve kategórie úsporných opatrení:

1. **Opatrenia so schválenými zmenami výdavkov uvoľnia 92 mil. eur z VZP a 46 mil. na výdavkoch nemocníc.** Zahŕňajú aktualizované opatrenia z Revízie I a nové opatrenie – revíziu úhrad liekov.
2. **Nekvantifikované opatrenia, ktoré pomôžu zefektívniť slovenské zdravotníctvo,** najmä v oblasti liekov a SVLZ. Revízia v priebežnej správe odhaduje potenciál pre úsporu z týchto opatrení a bude ich ďalej analyzovať v záverečnej správe.

6.1 Opatrenia so schválenými zmenami výdavkov

6.1.1 Lieky a zdravotnícke pomôcky

V oblasti liekov a zdravotníckych pomôcok možno ušetriť 92 mil. eur znížením predpisovania lekármi, revíziou úhrad za lieky, zavedením pravidiel pre lieky predpisované na výnimku a referencovaním cien zdravotníckych pomôcok.

Revízia úhrad

Revízia úhrad liekov zo zdravotného poistenia t.j. zladenie s platnými pravidlami prinesie úsporu verejných zdrojov vo výške 50 mil. eur ročne bez dopadu na zdravie pacientov (úsporné opatrenie č. 22, Tabuľka 16).

Lieky sú zaradené do skupín, kde sú všetky vzájomne zameniteľné a z verejných zdrojov by mali byť hradené do výšky najlacnejšieho z nich, zvyšok ceny tvorí doplatok pacienta. V súčasnosti je však úhrada z verejného zdravotného poistenia často stanovená na základe jedného z drahších liekov v skupine.

Revízia úhrad liekov má zabezpečiť stanovenie úhrad v súlade s pravidlami, teda nastavenie úhrad podľa najlacnejšieho lieku zo skupiny. Po každej zmene ceny lieku má automaticky nastať revízia úhrad všetkých s ním zameniteľných liekov. V roku 2017 MZ schválilo revíziu úhrad 11 účinných látok (100 liekov) s platnosťou od októbra 2017, čo prinieslo úsporu 8,7 mil. eur. K dnešnému dátumu neexistuje MZ žiadnu medicínsku ani patientsku sťažnosť na túto revíziu. Revízia veľkej väčšiny liekov však už 7 rokov neprebehla, preto sú dnes úhrady nastavené nesprávne, pre štát nevýhodne a v rozpore so zákonom. Dnes je potrebné zrevidovať úhrady u väčšieho množstva liekov.

Revízia úhrad nebude mať dopad na zdravie pacientov. Na základe konzultácie so Štátnym ústavom na kontrolu liečiv (ŠÚKL) **boli z odhadu úspory zamerané vyčlenené lieky, u ktorých existujú medicínske dôvody nemeniť liek.**⁶⁸ U všetkých ostatných nemá užívanie iných ako najlacnejších alternatív medicínske opodstatnenie.

⁶⁸ Ide o lieky s tzv. úzkou terapeutickou šírkou – t.j. rozdiel medzi účinnou a toxickou dávkou liečiva je malý (C01AA05 digoxin, B01AA03 warfarín, R03DA04 theophylin, N05AN01 lithium, N03AB02 phenytoin, N03AF01 carbamazepin, S01AA11 gentamycin, J01XA01 vankomycin) a pri diagnózach veľmi citlivých na stabilnú hladinu liečiva (pacienti s diabetes melitus I. typu a celú skupinu A10A – inzulíny a ich analógy, pacienti s epilepsiou a skupina N03, pacienti s Parkinsonovou chorobou a skupina N04, pacienti na imunosupresívnej a imunostimulačnej liečbe, a teda opatrnosť je na mieste pri celej skupine L03 a L04).

Generiká sú plnohodnotnými náhradami originálnych liekov. Sú rovnako účinné a bezpečné ako originály, čo garantuje ŠÚKL, resp. Európska lieková agentúra, pri vydaní povolenia na registráciu lieku.

Revízia môže zmeniť výšku doplatkov na vybrané lieky, jej princíp však garantuje, **že pacient má vždy k dispozícii plnohodnotnú alternatívu bez doplatku** (resp. s minimálnym doplatkom, ktorý revízia nemení). Navyše môže výrobca pre zachovanie konkurencieschopnosti svojho lieku znížiť jeho cenu, čo sa udialo aj po revízii úhrad v októbri 2017.

Revízia úhrad liekov s viacerými liečivami a liekov zaradených do úhradových skupín predstavuje potenciál ďalších úspor vo výške 7 mil. eur. Tá ešte zvýši úsporu 50 mil. eur z liekov, ktorých úhrady sa určujú na základe porovnateľných referenčných skupín. Viac o samotných spôsoboch stanovenia úhrad liekov možno nájsť v metodologickej prílohe k revízii úhrad liekov.

Bez lepšej informovanosti o možnosti voľby lieku a rád od lekára/lekárniky budú pacienti pravdepodobne naďalej užívať drahšie lieky. Okrem pacientov je dôležité vzdelávať aj lekárov a iný zdravotnícky personál. Napriek záverom vedeckého výskumu a garancii liekových agentúr hovoria mnohí o vyššej účinnosti originálnych liekov.

Variabilita v predpisovaní

Zníženie predpisovania lekármi, ktorí dnes predpisujú výrazne viac liekov ako ostatní, prinesie v roku 2019 odhadovanú úsporu 30 mil. eur (úsporné opatrenie č. 23, Tabuľka 16). V roku 2017 došlo k úspore 22 mil. eur na liekoch, dosiahla sa však iným ako dohodnutým postupom, ktorým bolo zavedenie limitov pre ambulantných poskytovateľov. Zostáva priestor na ďalšie zníženie predpisovania lekármi, ktorí dnes predpisujú viac ako ich kolegovia. Odhadované zníženie výdavkov o 30 mil. eur v roku 2019 bude dosiahnuté súhrnom opatrení ako elektronická preskripcia, účinnejšia revízna činnosť poisťovní, zverejňovanie rebríčkov predpisovania a iné možnosti behaviorálneho pôsobenia.⁶⁹

Elektronická preskripcia, ktorá je povinná od začiatku roka 2018, umožňuje kvalitnejší manažment liekov, ktoré pacient užíva, a môže prispieť k zníženiu liekových interakcií, duplicitného a prípadne aj podvodného predpisovania.

Revízia I obsahovala analýzu variability v predpisovaní liekov na úrovni lekárov. Ak by lekári, ktorí pacientovi predpisujú viac receptov ako 90 % ich kolegov, znížili svoju preskripciu na ich úroveň, prinieslo by to dodatočné využitie prostriedkov zo zdravotného poistenia v objeme 59 mil. eur.

Box 5: Analýza variability v predpisovaní v Revízii I

Každému lekárovi bola stanovená hodnota indikátora „priemerný počet receptov na pacienta za rok“. Každý lekár má individuálne prípady pacientov, ktorí užívajú vyššie množstvo liekov, aj veľké množstvá pacientov, ktorým predpíše malé množstvá liekov v priebehu roka. Tieto vplyvy sa navzájom spriemerujú a indikátor tak zohľadňuje zvyky v predpisovaní lekára v rámci celého spektra jeho pacientov. Zachytáva teda možné defenzívne alebo duplicitné predpisovanie, nedostatočný manažment pacienta, aj prípadné podvodné predpisovanie.

Každý recept bol priradený k 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.

⁶⁹ Napr. vyslovenie záväzku k obozretnému predpisovaniu, povinné písomné odôvodnenie použitia antibiotík.

Porovnanie priamo nezohľadňovalo rozdiely v chorobnosti pacientov medzi lekármi. Výskyt zložitejších prípadov, a tým pádom aj odôvodnene 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 iba 24 najčastejších odborností s najvyššou spotrebou a nákladmi na lieky.

Oproti Revízii výdavkov I sú možné nasledovné úpravy:

- Namiesto priemeru možno použiť medián.
- Je vhodné zohľadniť vek pacientov (rozdelenie do vekových skupín).
- Rozsah analyzovaných liekov je možné zúžiť na lieky predpisované na vybrané diagnózy (s väčším počtom pacientov a bez veľkej variability predpisovania), čím sa odstráni problém porovnávania lekárov s rôznou náročnosťou diagnóz pacientov.
- Opačným postupom je možné stanoviť zoznam diagnóz s vyšším predpisovaním, príp. konkrétnych veľmi špecializovaných lekárov, ktorí budú z analýzy vyradené.
- Namiesto počtu pacientov, ktorým bol predpísaný nejaký liek, je vhodné brať do úvahy počet pacientov, ktorí boli daným lekárom vyšetrení. Do výpočtu tak budú zahrnutí aj pacienti, ktorým pri návšteve nebol predpísaný žiaden liek.
- Indikátor „priemerný počet predpisov na pacienta“, stanovený pre každého lekára, je vhodné upraviť použitím nových hodnôt DDD a porovnávať tak priemerný počet DDD na pacienta.

Výnimky na lieky

Zavedením pravidiel pre schvaľovanie liekov na výnimky možno dosiahnuť úsporu vo výške 8 mil. eur v roku 2019 (úsporné opatrenie č. 24, Tabuľka 16). Zavedenie pravidiel odporúčala už revízia výdavkov 2016, opatrenie však zatiaľ nebolo realizované a schvaľovanie výnimiek zostáva v kompetencii zdravotných poisťovní. Náklady na tieto lieky v minulosti rýchlo rástli, napríklad v roku 2015 sa medziročne zvýšili až o 17 %.

V 1. polroku 2018 predstavovali výdavky na lieky na výnimky 18,8 mil. eur, čo v porovnaní s rovnakým obdobím minulého roka predstavuje iba mierny pokles o približne 190 tis. eur (Tabuľka 24).

Tabuľka 24: Vývoj úhrad zdravotných poisťovní za lieky na výnimky

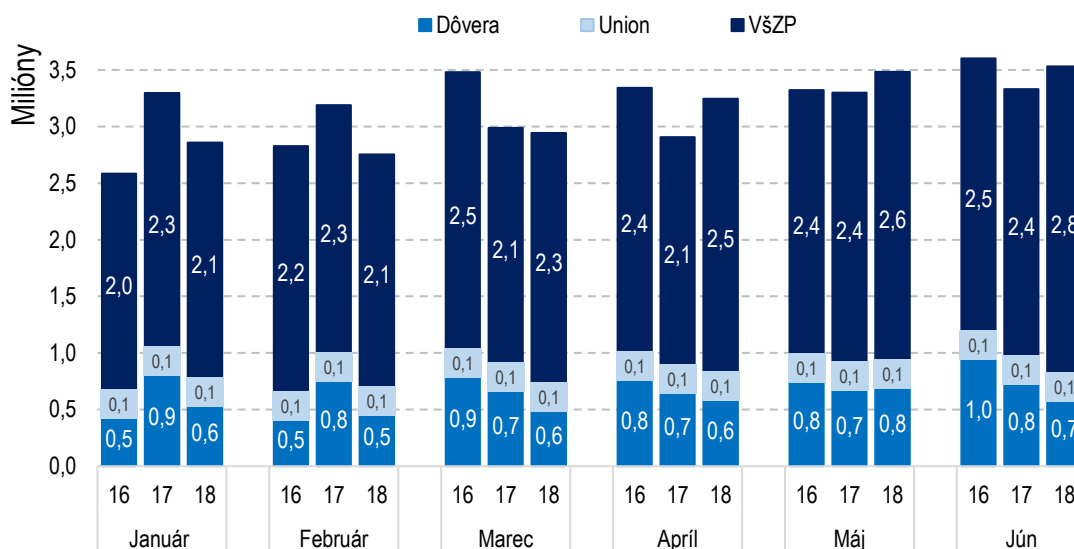
	1. polrok		
	2016	2017	2018
Celková úhrada poisťovní za lieky na výnimky, eur	19 156 870	19 008 416	18 816 587
Medziročná zmena v absolútnom vyjadrení, eur		-148 454	-191 829
Medziročná zmena, %		-1 %	-1 %

Zdroj: ZP, prepočty Implementačná jednotka (IJ)

V prvom polroku 2018 minula VŠZP na lieky uhradené na výnimky 4 516 eur v prepočte na 1 000 poistencov,⁷⁰ Dôvera 2 522 eur a Union 1 400 eur. Medziročne sa tieto výdavky znížili v poisťovniach Dôvera a Union (Graf 48).

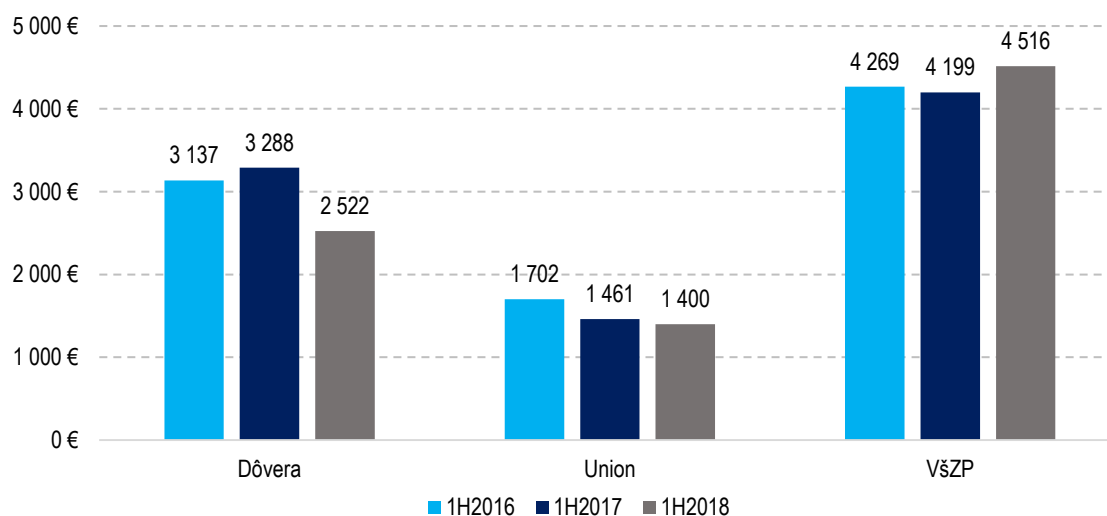
⁷⁰ Prepočet na poistencov realizovaný na základe dokumentov *Informácia o stave prepoistenia poistencov od 1. januára príslušného roka*, ktoré vydáva UDZS.

Graf 48: Výdavky poisťovní na lieky na výnimky v 1. polroku 2016, 2017 a 2018



Zdroj: IJ, dáta zdravotných poisťovní

Graf 49: Výdavky poisťovní na lieky na výnimky v prepočte na 1 000 poisťencov v 1. polroku



Pozn.: 1H označuje 1. polrok.

Zdroj: IJ, dáta zdravotných poisťovní

Zdravotnícke pomôcky

Rozšírenie referencovania cien zdravotníckych pomôcok o ďalšie krajiny, povinnosti existencie úradne určenej ceny aspoň v dvoch členských štátoch EÚ a zavedenie kategorizácie pomôcok na mieru môže ušetriť 15 mil. eur v roku 2018 a 4 mil. eur v roku 2019 (úsporné opatrenie č. 25, Tabuľka 16).

Opatrenie ktoré odporúčala Revízia I sa začalo realizovať až v druhom polroku 2017, dosiahnutie plánovanej úspory z Revízie I je preto posunuté. V roku 2019 sa navyše plánuje úprava úhrad inkontinenčných pomôcok. MZ v súčasnosti pracuje na porovnaní systémov úhrad iných krajín.

6.1.2 Ústavná zdravotná starostlivosť

Optimalizácia nákladov, procesov a nákupov nemocníc

Optimalizáciou prevádzkových nákladov, procesov a nákupov liekov a ŠZM ušetria nemocnice 38 mil. eur v roku 2019 (úsporné opatrenie č. 26 až 28, Tabuľka 17).

V roku 2016 Revízia I preskúmala nemedicínske náklady na energie, opravy, udržiavanie a ostatné prevádzkové náklady, ktoré tvoria približne 11 % celkových prevádzkových nákladov 13 nemocníc v pôsobnosti MZ. Najväčšiu časť nemedicínskych nákladov predstavujú ostatné prevádzkové náklady, ktorých významnou súčasťou sú penále vyplývajúce z neplatených záväzkov.

Revízia I vyhodnotila zmluvy o obstarávaní elektriny, plynu, prania a upratovania. V rámci tejto analýzy identifikovala úsporu v hodnote 3,1 mil. eur, pričom v oblasti obstarávania elektriny a plynu úspora predstavovala 845-tisíc eur a v oblasti prania a upratovacích služieb 2,28 mil. eur. V roku 2017 došlo k poklesu nákladov na energie o 983-tisíc eur, u väčšiny nemocníc z dôvodu benchmarku cien energií v roku 2016. Na druhej strane, Revízia II vidí priestor pre šetrenie prehodením štruktúry súčasne platných energetických kontraktov, ako napr. vo Fakultnej nemocnici v Prešove.

Zefektívnenie nákupov medicínskych tovarov (liekov a ŠZM) malo podľa Revízie I priniesť potenciálnu úsporu vo výške 8 mil. eur. V roku 2017 sa podarilo usporiť 7 mil. eur.

V roku 2017 klesli výdavky na lieky a ŠZM v nemocniciach o 6,8 mil. eur, z toho úspora na liekoch predstavuje 3,9 mil. eur a úspora na ŠZM približne 2,9 mil. eur. Napriek výrazným celkovým úsporám na liekoch rastú náklady na lieky naďalej individuálne v závislosti od nemocnice. Vývoj za 1. polrok 2018 indikuje nárast výdavkov na lieky v nemocniciach aj po zohľadnení poskytovanej zdravotnej starostlivosti (meranej na počet hospitalizačných prípadov). Zároveň sa ukazuje, že manažérske rozhodnutie zriadiť verejnú lekárňu v nemocniciach malo pozitívny dopad. Z tejto podnikateľskej činnosti nemocníc bol generovaný dodatočný výnos 14 mil. eur v roku 2017 tam, kde boli verejné lekárne zriadené. Revízia II odporúča pokračovať v úsporných opatreniach, ktoré majú v roku 2019 dosiahnuť 1 mil. eur.

Špeciálny zdravotnícky materiál - ŠZM

Znížením cien v dôsledku externého referencovania ŠZM sa v roku 2019 dosiahne úspora 8 mil. eur (úsporné opatrenie č. 29, Tabuľka 17).

Podobne ako ceny liekov a zdravotníckych pomôcok aj ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu podliehajú medzinárodnému porovnávaniu cien (referencovaniu), do roku 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 rozšírilo na všetky ŠZM nakupované VŠZP. Od januára 2017 prebieha referencovanie cien ŠZM na kvartálnej báze. Porovnanie cien prebieha stále len voči Českej republike. Do budúcnosti je dôležité preto rozšíriť tento zoznam o referencovanie položiek ďalších krajín tak, ako to odporúčala Revízia I. Aj napriek vyššie uvedeným krokom a odporúčaniam rastú ceny vybraných ŠZM v oblasti ortopedie a kardiológie kontinuálne od roku 2016.

Revízia I ukázala, že zavedením pravidelného porovnávania medzinárodných cien ŠZM sa mohla dosiahnuť potenciálna úspora 45 – 55 mil. eur. V roku 2017 sa v oblasti referencovania cien ŠZM ušetrilo celkovo 37 mil. eur, v roku 2018 nie je možné z dôvodu zmeny úhradového mechanizmu ŠZM (vykazované v DRG) úsporu vyčíslieť na základe dostupných dát. Revízia II bude preto sledovať dodatočnú úsporu v nemocniciach

(prostredníctvom tzv. X-kových kódov vo vykazovaných dávkach smerom na zdravotné poisťovne). V momente, keď bude zverejnený zoznam pripočítateľných položiek zo strany UDZS, bude možné úhrady ŠZM jednoznačne kvantifikovať.

Externé referencovanie a referencovanie kategorizovaného ŠZM

Rozšírenie referencovania cien ŠZM o ďalšie krajiny prinesie v roku 2019 úsporu 8 mil. eur, ktorá sa prejaví vo výdavkoch nemocníc (úsporné opatrenie č.30, Tabuľka 17).

Ceny ŠZM majú podliehať externému referencovaniu podobne ako lieky: referenčná cena má zodpovedať priemeru troch najbližších cien spomedzi úradne určených cien ŠZM v iných členských štátoch EÚ. Ak majú úradne určenú cenu len dva z členských štátov, použije sa priemer cien v týchto dvoch krajinách, ak úradnú cenu vedie iba jeden štát, referencuje sa voči nej. V rámci referencovania sú momentálne používané ceny v Českej republike, rozšírenie o ďalšie krajiny by malo priniesť ďalšiu úsporu.

Pre zmenu v spôsobe vykazovania ŠZM a iný spôsob odpočtu úspory je opatrenie z roku 2018 uvádzané samostatne.

Zavedenie základného funkčného typu ŠZM

Zavedením základného funkčného typu⁷¹ ŠZM, vďaka ktorému dôjde k poklesu jednotkových úhrad, sa znížia náklady na špeciálny zdravotnícky materiál. **Opatrenie bude realizované v roku 2020, predbežný odhad úspory je 20 mil. eur, v priebehu roka 2019 bude aktualizovaný (úsporné opatrenie č. 31, Tabuľka 17).**

6.2 Nekvantifikované opatrenia s potenciálom pre zefektívnenie a úsporu

Revízia hľadá ďalšie opatrenia, ktoré majú vysoký potenciál priniesť ďalšiu úsporu verejných zdrojov bez negatívneho vplyvu na zdravie občana. Zámerom je predstaviť tieto oblasti a otvoriť tak priestor pre analýzu a diskusiu.

Nad rámec vyčíslených úsporných opatrení (časť 6.1) revízia identifikovala niekoľko potenciálne úsporných opatrení. Ušetriť možno centrálnym nákupom liekov a ich lepšou kategorizáciou, a tiež znížením cien, variability v predpisovaní a zavedením limitov SVLZ. Špecifikácia opatrení vrátane ich presnej kvantifikácie prebieha.

Novela zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov

Možnosti budúcich úspor výrazne ovplyvnila novela zákona 363/2011 s prívlastkom „inovatívne lieky“, ktorá vstúpila do platnosti v januári 2018. Cieľom novely bolo zlepšiť prístup pacientov k inovatívnej liečbe tým, že sa uvoľnili pravidlá kategorizácie a prepĺčania liekov z verejného zdravotného poistenia.

Počas schvaľovania v parlamente bolo pôvodné znenie doplnené a upravené viacerými poslaneckými pozmeňovacími návrhmi, ktoré nebolo možné v potrebnom čase kvantifikovať. Vyhodnotenie dopadov zákona po prvom polroku ukazuje, že novela, aj vplyvom pozmeňovacích návrhov, výrazne zmenila štruktúru výdavkov

⁷¹ Základný funkčný typ je produkt rovnocenný s inými porovnateľnými typmi alebo vyhotoveniami, spomedzi ktorých má najnižšiu cenu.

v rozpore s pôvodnými odhadmi a očakávaniami. Revízia preto odporúča vykonať ďalšiu novelizáciu zákona, inak hrozí, že VZP nebude mať prostriedky ani na štandardné lieky.

Hlavným opatrením novelizácie bolo zvýšenie hranice nákladovej efektívnosti.⁷² Slovensko má vďaka tomu dnes jednu z najvyšších hraníc nákladovej efektívnosti pre vstup lieku (EUR/QALY), ako ukazuje Tabuľka 25.

Tabuľka 25: Prehľad HTA* limitov k 1.1.2018

	Veľká Británia	Poľsko	Maďarsko	Slovensko
Dolný limit (EUR/QALY)	22 408	22 991	-	31 920
Horný limit (EUR/QALY)	33 612	34 487	34 741	37 392
Špeciálny limit (EUR/QALY)	56 021*	-	-	Lieky na zriedkavé ochorenia nemajú limit

*lieky pre pacientov v záverečnej fáze života

Zdroj: MZ SR

V rámci novelizácie sa zaviedli aj **zmeny s cieľom sprehľadniť prístup k liekom, ktoré boli často vydávané na výnimky od zdravotných poisťovní**. Hlavnou zmenou bolo rozšírenie definície liekov na zriedkavé ochorenia⁷³ a umožnenie vstupu týmto liekom do kategorizácie bez vyhodnocovania nákladovej efektívnosti.

Novela priniesla do slovenskej legislatívy tiež koncept **zmlúv o zdieľaní rizika a nákladov**⁷⁴. Zmluvy majú motivovať výrobcov liekov dávať nižšie ceny ako sú tie kategorizované, čo má ešte viac uľahčiť vstup nových liekov na slovenský trh.

Napriek možnostiam tohto typu zmlúv vstupujú inovatívne lieky na trh v minimálnej miere. Keďže vysoká hranica nákladovej efektívnosti je pre nový vstup priaznivá, príčinu slabého vstupu je treba hľadať v samotnom procese kategorizácie, nie v podmienkach vstupu.

6.2.1 Definícia lieku na zriedkavé ochorenia

Rizikom súčasného stavu je, že pokiaľ má liek schválenú indikáciu so zriedkavým výskytom, má možnosť vstúpiť do úhradového systému bez dokázania nákladovej efektivity.⁷⁵

Novo kategorizované lieky, ktorých efektívnosť nebola hodnotená, tak začínajú spotrebúvať prostriedky VZP, ktoré by mohli byť využívané na zlepšenie dostupnosti liekov, ktorých efektívnosť je preukázaná podľa štandardných pravidiel. Tento stav sa bude v blízkej dobe zhoršovať.

Úprava definície zriedkavého ochorenia tak, aby obsahovala iba prevalenciu choroby bez zohľadnenia schválených indikácií lieku, zamedzí tomu, aby lieky, ktoré v skutočnosti nie sú určené iba na zriedkavé ochorenia, vstupovali do kategorizácie cez tento výnimočný status.

⁷² T.j. výška úhrady lieku z VZP za kvalitný rok života pacienta (QALY) bola zvýšená z 24-35 na 35-41 násobok priemernej mzdy v hospodárstve.

⁷³ Zmena z prevalencie choroby 1:100 000 na počet pacientov podľa registrovanej indikácie 1:50 000.

⁷⁴ T. j. možnosť zdravotnej poisťovne a držiteľa registrácie lieku dohodnúť si podmienky, za ktorých budú obe strany znášať časť nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny z prostriedkov VZP a časť bude znášaná držiteľom registrácie lieku.

⁷⁵ Príklad: Parkinsonova choroba nie je zriedkavé ochorenie, ale napr. schválená indikácia lieku Duodopa - liečba „Parkinsonovej choroby s ťažkými motorickými fluktuáciami a.....“ je ochorenie so zriedkavým výskytom.

6.2.2 Centrálny nákup liekov a zmluvy o zdieľaní rizika a nákladov

Pri všetkých nákladných liekoch existuje potenciál úspor pomocou centrálného nákupu liekov zdravotnými poisťovňami. Centrálny nákup by mal prebiehať formou tendrov vypísaných na účinnú látku, nie na konkrétny liek, vždy, keď je to medicínsky možné.

Úspory umožňujú aj uzatvorenie zmluvy medzi poisťovňami a výrobcami liekov o zdieľaní nákladov a rizika.⁷⁶ Tento typ zmlúv o zdieľaní nákladov a rizika bol navrhnutý pre vstup nových liekov na trh, môžu byť však využívané aj pri centrálnom nákupe už kategorizovaných liekov.

K uzatváraniu zmlúv medzi poisťovňami a držiteľmi registrácie lieku o poskytnutí zľavy z úhrady liekov nedochádza. Zákon vyžaduje dohodu so všetkými tromi poisťovňami naraz, čo sa v praxi ukazuje ako veľmi náročné.

Uvoľnenie podmienok dohody medzi držiteľom registrácie a zdravotnou poisťovňou tak, aby sa vzťahovala iba na poisťovňu, s ktorou sa zmluva uzatvára, zjednoduší inovatívnym liekom rokovania o vstupe na trh.

6.2.3 Potenciálne nákladovo neefektívne lieky

Od roku 2011 je nákladová efektívnosť podmienkou zaradenia lieku do zoznamu kategorizovaných liekov, t.j. liekov automaticky uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia. Lieky kategorizované podľa starších pravidiel však túto podmienku nemusia plniť. Dnes sú tak z poistenia používané prostriedky aj na drahé a zároveň potenciálne nákladovo neefektívne lieky. Ich využitie na iné lieky, resp. iné druhy zdravotnej starostlivosti, by mohlo priniesť pacientom lepšie výsledky, teda vyššiu hodnotu za peniaze.

Ceny liekov kategorizovaných podľa starších pravidiel by mali byť prehodnotené na základe aktuálnych farmako-ekonomických rozborov.⁷⁷ Dodanie rozboru umožní posun od predpokladu potenciálnej neefektivity k jednoznačnému potvrdeniu alebo vyvráteniu neefektivity.

Ak z rozboru vyplynie, že liek nie je nákladovo efektívny, môže sa držiteľ registrácie rozhodnúť upraviť jeho cenu tak, aby sa liek nákladovo efektívnym stal.

Ďalšou možnosťou, ako efektívne znížiť úhrady liekov, je uzavretie zmlúv priamo medzi zdravotnými poisťovňami a držiteľmi registrácie o centrálnom nákupe týchto liekov. Nevyhnutnou súčasťou zmlúv musí byť zdieľanie rizika a nákladov v prípade, že by sa dopyt po týchto liekoch zvýšil oproti zmluvne dohodnutému objemu.

Pokiaľ nenastane žiadna z uvedených možností, liek by mal byť vyradený z kategorizácie. V prípade medicínskej potreby pacientov im môžu poisťovne stále uhrádzať liek na výnimku.

⁷⁶ Zákon 363/2011 v § 7a upravuje podmienky pre tzv. Zmluvy o podmienkach úhrady lieku zdravotnou poisťovňou. Umožňujú zdravotnej poisťovni a výrobcovi alebo držiteľovi registrácie lieku dohodnúť si podmienky, za ktorých zdravotná poisťovňa bude znášať z prostriedkov verejného zdravotného poistenia časť nákladov na lieky a zostávajúcu časť nákladov (ako je liečba, pri ktorej liek dosahuje nákladovú efektívnosť len s vysokým doplatkom poistenca, inovatívna liečba, liečba nad rámec určených indikačných obmedzení v kategorizačnom zozname alebo v ostatných prípadoch) bude znášať výrobca alebo držiteľ registrácie lieku.

⁷⁷ Podľa zákona č. 363/2011, § 93 si MZ môže z vlastného podnetu vyžiadať farmako-ekonomický rozbor od držiteľa registrácie lieku, aj keď liek už je kategorizovaný.

Úhrady niektorých liekov kategorizovaných podľa starších pravidiel boli vstupom do výpočtu úhrad novších liekov na rovnaké ochorenie a indikáciu. Prehodnotenie úhrad starších liekov tak môže mať vplyv aj na úhrady novších liekov.

Box 6: Potenciálne nákladovo neefektívne lieky v Revízii I

Podľa Revízie výdavkov na zdravotníctvo I bolo možné usporiť 120 mil. eur, ak by ceny nákladovo-neefektívnych liekov klesli tak, aby splnili podmienku nákladovej efektívnosti:

- Analýza najskôr pre prehodnotenie nákladovej efektívnosti identifikovala 147 liekov, ktoré boli do kategorizácie zaradené pred účinnosťou zákona 363/2011, kedy sa nevyžadoval podrobný farmako-ekonomický rozbor, prípadne novších liekov, ktoré sa na takéto lieky odvolávali.
- Podrobnejšia analýza sa zamerala na 43 liekov spolu obsahujúcich 10 účinných látok a ukázala, že z nich lieky s 9 účinnými látkami nespĺňajú podmienku nákladovej efektívnosti.
- Preferované riešenie – úprava ich cien na úroveň splnenia podmienky nákladovej efektívnosti - by viedla k úspore 86 mil. eur. Pre porovnanie uvádzame aj ďalšiu možnosť - vyradenie liekov z kategorizácie a prechod k inému spôsobu liečby, ktoré by viedli k úspore 122 mil. eur.
- Tieto hodnoty boli extrapolované na všetkých 147 liekov. Celková úspora pri znížení cien liekov by dosiahla 120 mil. eur, pri vyradení z kategorizácie by to bolo 171 mil. eur.

Ako výsledok Revízie I MZ prijalo záväzok úspory vo výške 25 mil. eur výdavkov na potenciálne nákladovo neefektívne lieky, ktorá sa dosiahne centrálnym nákupom týchto liekov. K vyžiadaniu farmako-ekonomických rozborov ani úprave cien liekov nedošlo.⁷⁸

Od roku 2018 platia nové pravidlá pre posudzovanie nákladovej efektívnosti a podmienky spĺňajú aj drahšie lieky. Zatiaľ čo do roku 2018 mohli byť kategorizované lieky, ktoré pacientovi priniesli rok kvalitného života za najviac 35-násobok priemernej mzdy, po novom môžu byť kategorizované aj drahšie lieky, do 41-násobku priemernej mzdy za rok kvalitného života.

6.2.4 Zníženie jednotkových cien a limitov vyšetrení

Zníženie jednotkových cien a zmluvných objemov CT a MR vyšetrení zdravotnými poisťovňami bude pokračovať postupne, po dobehnutí starších, menej výhodných zmlúv s poskytovateľmi výkonov.

6.2.5 Variabilita v predpisovaní vyšetrení SVLZ

V roku 2018 došlo k úspore 2 mil. eur v nadspotrebe SVLZ, nedosiahla sa však dohodnutým postupom (zavedením limitov na SVLZ pre všeobecnú a špecializovanú ambulantnú starostlivosť). Elektronická preskripcia vyšetrení môže, podobne ako pri liekoch, viesť k zníženiu nadspotreby. Možnosti zníženia výdavkov a nadspotreby budú ďalej analyzované v priebehu roka 2019.

6.2.6 Zlepšenie revízných činností

V roku 2019 budú analyzované možnosti posilnenia revíznej činnosti VŠZP, najmä nepriamej revízie (automatizované prehodnocovanie uhradenej zdravotnej starostlivosti). Revíznou činnosťou vykonávajú zdravotné

⁷⁸ Okrem lieku Humira, ktorého úhrada na štandardnú dávku liečiva sa znížila o 11 % v porovnaní s úhradou k 1.10.2016.

poisťovne zo zákona⁷⁹ priamo u poskytovateľov ZS (priama revízna činnosť⁸⁰) alebo na diaľku prostredníctvom vyhodnocovania dát v dokumentácii a informačnom systéme poisťovní (nepriama revízna činnosť).

6.2.7 Úprava stanovenia výdavkov na prevádzkové činnosti

Dnešná legislatíva odvodzuje rast výdavkov na správu poistenia od rastu vybraných odvodov, hoci počet poistencov je pomerne stabilný. Možnosti úpravy výdavkov na prevádzkové činnosti budú analyzované v roku 2019.

⁷⁹ § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

⁸⁰ Správa o výsledkoch kontrolnej činnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s., za rok 2017 a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v jej činnosti (str. 2), Správa o výsledkoch kontrolnej činnosti za rok 2017 a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v činnosti zdravotnej poisťovne Union, a. s. (str. 2 a 3), Správa o činnosti spoločnosti DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s. za rok 2017 (str. 4).

7 Štrukturálne opatrenia

Hodnotu v zdravotníctve prinášajú aj tzv. štrukturálne opatrenia, ktoré nemajú priamy dopad na verejné výdavky. Ich zavedením možno zlepšiť porovnávanie a financovanie nemocníc, zefektívniť manažment liečby a starostlivosti o pacientov a ušetriť pacientom peniaze. Po zavedení je dôležitá kontrola ich dodržiavania.

7.1 Sfunkčnenie systému DRG

Na rozdiel od bežných firiem nemocnice „nevyrobajú“ štandardizované produkty ani neposkytujú identickú službu. Ak má univerzitná nemocnica najvyššie náklady na hospitalizovaného pacienta, nedá sa jednoducho povedať, či je to tým, že funguje neefektívne alebo preto, že v nej pracujú najlepší odborníci a vyberajú si ju pacienti s najťažšími diagnózami.

DRG (Diagnosis Related Groups) je systém na zoskupovanie individuálnych prípadov jednotlivých pacientov do menšieho počtu skupín. Homogénne skupiny umožňujú porovnávanie „výkonnosti“ poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. DRG tiež zabezpečuje férové nastavenie financovania. Ak je jasné, aké prípady nemocnice riešia, je možné ich za tieto výkony odmeňovať podľa štandardných cenníkov a nevzniká priestor na rôzne podmienky v zmluvách medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami.

Skúsenosti zo zahraničia⁸¹ potvrdzujú, že zavedenie DRG zvyšuje transparentnosť systému a má, na rozdiel od iných platobných mechanizmov, potenciál zvýšiť efektívnosť hospodárenia nemocníc.

V roku 2017 bol spustený úhradový mechanizmus naviazaný na DRG. Aj špecializované ústavy, ktoré na tento systém zatiaľ neprešli, rokujú so zdravotnými poisťovňami o prechode na túto formu platieb. **Od roku 2018 začína päťročný proces približovania individuálnych sadzieb jednotlivých nemocníc. Cieľom je ich úplná konvergencia do jednej celoslovenskej referenčnej základnej sadzby. Tento proces sa má zavrieť v roku 2022.**

72 nemocníc už uzatvorilo zmluvy na DRG so všetkými tromi zdravotnými poisťovňami a k 30.6.2018 boli v systéme už len 2 poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí nemajú uzatvorenú zmluvu o DRG ani s jednou zdravotnou poisťovňou.

7.2 e-Health

Elektronizácia zdravotnej dokumentácie a elektronická dokumentácia preskripcie v rámci projektu e-Health zlepšuje informovanosť lekára o liekoch, ktoré pacient užíva a zníži počet interakcií. Zdieľanie výsledkov vyšetrení medzi lekármi prispieje k znižovaniu počtu duplicitných vyšetrení. Od začiatku roka 2018 sú vybrané časti systému e-Health plne funkčné.

Revízia odporúča zapojenie všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti do Národného zdravotníckeho informačného systému. Začlenenie sestier a zdravotníckych asistentov pomôže znížiť administratívnu záťaž na lekára.

⁸¹ Mihailovic et al.(2016), "Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care". *Health services research and managerial epidemiology* 3. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266471/>.

7.3 Štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Problémom v ústavnej aj ambulantnej zdravotnej starostlivosti je aj naďalej vysoká variabilita v preskripcii liekov, v kvalite výkonov, či v dĺžke pobytu v nemocniciach na tých istých oddeleniach.

Revízia odporúča zavedenie štandardných diagnostických a terapeutických postupov, ktoré pomôže odstrániť neefektívitu v zdravotnej starostlivosti, napríklad defenzívne predpisovanie.

MZ SR v súčasnosti pracuje na návrhoch štandardov a pripravuje ich zosúladenie s preskripčnými obmedzeniami.

7.4 Preskripcia generík

Revízia odporúča zaviesť vydávanie receptu na účinnú látku bez názvu konkrétneho lieku, ktoré môže eliminovať odporúčanie drahších originálnych liekov, resp. generík s vyššími doplatkami. Zároveň by ošetrojúci lekár alebo lekárnik mal podrobne informovať pacientov o možnosti voľby lieku a o rovnakej účinnosti a bezpečnosti generík a originálov, najmä pred začatím jeho užívania.

8 Lepšie riadenie

Dobre fungujúce zdravotníctvo si vyžaduje správne nastavené riadiace procesy a transparentnosť. Revízia identifikovala opatrenia, ktoré pomôžu riadenie zlepšiť.

8.1 Zverejňovanie rebríčkov predpisovania lekárov v rámci odbornosti

Podľa analýzy v Revízii I existuje medzi slovenskými lekármi vysoká variabilita v predpisovaní liekov v rámci odbornosti. Nadštandardná preskripcia môže viesť k neželanej nadspotrebe liekov, vysokým výdavkom aj nárastu rezistencie voči liekom. Lekári môžu byť motivovaní obmedziť nadmernú preskripciu, ak sa môžu porovnať s kolegami. V súčasnosti lekári dostávajú reporty o tom, v akej miere sa ich preskripcia odlišuje od ich kolegov (behaviorálne pôsobenie).

Revízia odporúča zverejňovanie rebríčkov predpisovania lekárov v rámci odbornosti, ktoré môžu pomôcť znížiť rozdiely v objeme preskripcie.

Podľa MZ je pre zverejňovanie rebríčkov potrebné doriešiť zásady ochrany osobných údajov.

8.2 Dostupnosť liekov

Jedným z dôvodov nedostupnosti niektorých liekov na Slovensku bol vývoz dodaných liekov do zahraničia. ŠÚKL mal do decembra 2016 právomoc v prípade hroziaceho nedostatku lieku ohlásený vývoz zakázať. Distribútori si však pravdepodobne neplnili oznamovaciu povinnosť a vyvážali lieky bez toho, aby to ŠÚKL-u ohlásili. MZ SR podniklo v roku 2017 legislatívne kroky, ktoré podľa IJ obmedzili reexport liekov.

Revízia aj naďalej odporúča spoluprácu medzi Finančným riaditeľstvom SR resp. Štatistickým úradom SR, ktorá rezortu zdravotníctva poskytne jednoznačnú informáciu o aktuálnom stave reexportu.⁸² Táto možnosť v aktuálnej legislatíve nie je zakomponovaná.

8.3 Kategorizácia liekov

Kategorizácia liekov je proces, ktorým sa určuje výška úhrady za liek z VZP, či bude liek hrađený plne alebo len z časti a koľko bude doplácať pacient. Výšku úhrady stanoví kategorizačná komisia na základe posúdenia farmako-ekonomického rozboru a ceny, ktorú navrhol výrobca.

Revízia odporúča posilniť nezávislosť a profesionalitu kategorizačnej komisie, rady a poradnej skupiny zavedením platených funkcií, výberového konania pri obsadzovaní miest, ako aj zapojením zahraničných odborníkov.

Novelizácia zákona 363/2011 s platnosťou od 1.1.2018 upravila podmienky povinného zbierania údajov o užívaní a účinkoch nového lieku počas dvojročného dočasného zaradenia lieku do kategorizácie. **Revízia**

⁸² 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.

naďalej odporúča následné vyžadanie novej farmako-ekonomickej štúdie založenej na domácich dátach, ktoré poskytnú presnejšie informácie o nákladovej efektívnosti lieku v slovenských podmienkach.⁸³

8.4 Zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov

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. 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 %.

Revízia odporúča zavedenie prehľadných pravidiel pri platbách pacientov.

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

Revízia tiež odporúča zavedenie 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, zadefinovanie novej služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spresnenie povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a s tým súvisiacich sankcií za ich porušenie.

⁸³ Využíva sa napr. v Českej republike. Vysoko inovatívne prípravky sú ošetrené v § 40 - 44 vyhlášky 367/2011. Súčasná slovenská legislatíva síce 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.

Zoznam skratiek

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti	OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
AIFP	Asociácia inovatívneho farmaceutického priemyslu	OS	Očakávaná skutočnosť
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém	p.b.	Percentuálny bod
BCG	Spoločnosť Boston Consulting Group	PC	Scenár zmeny politík
COFOG	Klasifikácia výdavkov verejnej správy podľa funkcie	PET	Pozitronová emisná tomografia
CPI	Index spotrebiteľských cien	QALY	Rok života štandardizovanej kvality
CT	Počítačová tomografia	RTG	Röntgen
DDD	Denná definovaná dávka	RZ	Ročné zúčtovanie
DOS	Domy ošetrovateľských služieb	RZZP	Ročné zúčtovanie zdravotného poistného
DRG	Diagnosis-Related Groups - platba za diagnózu	S	Skutočnosť
DS	Dlhodobá starostlivosť	SHA	System of health accounts - metodika pre porovnávanie výdavkov
EAO	Ekonomicky aktívne obyvateľstvo	SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
EK	Európska komisia	ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
ESA 2010	Európsky systém národných a regionálnych účtov	ŠDL	Štandardná dávka liečiva
EÚ	Európska Únia	ŠÚKL	Štátny ústav na kontrolu liečiv
EÚ-15	Krajiny, ktoré vstúpili do EÚ pred rokom 2004	ŠZM	Špeciálny zdravotnícky materiál
EÚ-28	Krajiny Európskej Únie	UDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
HDP	Hrubý domáci produkt	ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze
IFP	Inštitút finančnej politiky	ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
IZP	Inštitút zdravotnej politiky	V3	Krajiny Vyšehradskej štvorky bez SR
IJ	Implementačná jednotka	V4	Krajiny Vyšehradskej štvorky
MF/MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	VAS	Všeobecná ambulantná starostlivosť
MM	Minimálna mzda	VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
MR	Magnetická rezonancia	VZP	Verejné zdravotné poistenie
MRK	Marginalizovaná rómska komunita	WHO	Svetová zdravotnícka organizácia
MZ/MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	ZS	Základný scenár
N	Návrh	Z.z	Zbierka zákonov
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií	ZSS	Zariadenia sociálnych služieb
NPC	Scenár nezmenených politík	ZZS	Záchranná zdravotná služba

Príloha 1. Výsledky v zdravotníctve

Tabuľka 26: Výsledky v zdravotníctve - úroveň hodnotenia 1: zdravotný stav obyvateľstva

Ukazovateľ	Zdroj	SK/ Benchmark	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Úmrtnosť odvrátiteľná systémom zdravotnej starostlivosti (na 100-tisíc obyv.)	Eurostat	SK	262,2	260,6	261,5	242,8	250,0	-
		V3	227,3	222,4	215,8	204,2	205,2	-
		EÚ-28	169,0	165,4	159,8	152,8	153,5	-
		EÚ-15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Potenciálne stratené roky života z predchádzateľných príčin, ženy (na 100-tisíc obyv.)	OECD	SK	-	2 916	2 969	2 855	-	-
		V3	3 035	2 958	2 846	2 750	2 747	2 686
		EÚ-28	2 464	2 406	2 370	2 271	2 259	2 448
		EÚ-15	2 130	2 068	2 027	1 955	1 918	1 943
Očakávaná dĺžka života pri narodení, ženy	OECD	SK	79,8	79,9	80,1	80,5	80,2	80,7
		V3	80,3	80,3	80,5	81,0	80,7	81,3
		EÚ-28	82,6	82,6	82,8	83,2	82,9	83,1
		EÚ-15	83,7	83,6	83,9	84,3	84,0	84,2
Úmrtnosť na choroby obehovej sústavy, štandardizovaná (na 100-tisíc obyv.)	OECD	SK	-	436,3	445,7	422,4	-	-
		V3	531,0	539,4	531,7	515,0	541,2	545,5
		EÚ-28	394,1	403,6	398,6	389,3	424,2	470,4
		EÚ-15	305,9	310,5	302,1	294,0	318,1	308,7
Úmrtnosť na nádory, štandardizovaná (na 100-tisíc obyv.)	OECD	SK	-	237,3	247,1	249,9	-	-
		V3	276,2	281,3	278,7	280,1	284,2	297,1
		EÚ-28	252,9	254,3	254,1	256,2	263,1	267,3
		EÚ-15	241,8	243,3	241,8	243,7	247,8	241,3
Prevalencia obezity, % podiel u dospelých	OECD	SK	-	-	-	54,2	-	-
		V3	-	-	-	54,4	-	-
		EÚ-28	48,8	47,5	48,0	51,2	50,0	51,0
		EÚ-15	48,8	47,0	48,0	49,6	50,0	50,8
Prevalencia vysokého krvného tlaku, % podiel u dospelých	Eurostat	SK	-	-	-	25,8	-	-
		V3	-	-	-	26,2	-	-
		EÚ-28	-	-	-	21,5	-	-
		EÚ-15	-	-	-	19,3	-	-
Prevalencia chronickej depresie, % populácie	Eurostat	SK	-	-	-	4,2	-	-
		V3	-	-	-	4,3	-	-
		EÚ-28	-	-	-	7,5	-	-
		EÚ-15	-	-	-	8,5	-	-
Dojčenská úmrtnosť na 1 000 živonarodených	OECD	SK	4,9	5,8	5,5	5,8	5,1	5,4
		V3	4,1	4,0	4,0	3,7	3,6	3,6
		EÚ-28	3,7	3,5	3,5	3,3	3,3	3,3
		EÚ-15	3,3	3,2	3,3	3,2	3,1	3,2

Príloha 2. Príklad hodnotenia zdravotníctva podľa oblastí zdravotnej starostlivosti

Tabuľka 27: Lieky a zdravotnícke pomôcky

Ukazovateľ	Zdroj	Krajiny	Porovnanie				Zámer	Dopad na zdravie	Iné prínosy
			2013	2014	2015	2016			
Spotreba liekov (DDD na 1 000 obyv.)	OECD	SK	1812,2	1861,2	1909,3	1600,4	Zníženie spotreby	Predchádzanie kontraindikáciám a liekovým interakciám	Šetrenie zdrojov, ak zvýšenú spotrebu spôsobuje duplicitné predpisovanie
		V3	1570,0	1608,6	1650,4	1670,4			
		EÚ-28	1291,5	1314,1	1339,3	1343,7			
		EÚ-15	1295,1	1313,6	1335,8	1361,8			
Spotreba antibiotík (DDD na 1 000 obyv.)	OECD	SK	25,9	24,8	26,8	21,6	Zníženie spotreby	Zníženie rezistencie voči antibiotikám, zvýšenie šance na úspešnú liečbu	-
		V3	19,4	19,3	20,6	19,0			
		EÚ-28	20,4	20,0	20,6	19,9			
		EÚ-15	21,5	21,3	21,6	21,4			
Podiel generík na spotrebe liekov	OECD	SK	69,6	69,3	67,6	64,9	Rast podielu na spotrebe	-	Šetrenie zdrojov pacienta – zvýšenie ekonomickej dostupnosti
		V3	-	-	-	-			
		EÚ-28	44,1	46,7	47,9	49,1			
		EÚ-15	42,3	45	46,4	47,6			

Príloha 3. Metodická príloha k revízii úhrad liekov

Zameniteľnosť liekov v porovnateľných referenčných skupinách

- Podstatou referenčných skupín je, že lieky v jednotlivých skupinách sú zameniteľné a predpísanie lieku s najnižšou úhradou nemá dopad na zdravie pacientov (v referenčných skupinách sa nachádzajú rovnaké účinné látky v podobe originálu a generík, ide teda o nahradenie originálneho lieku generikom, príp. nahradenie generika iným generikom).
- Generiká sú plnohodnotnými substitútnymi originálov. Sú teda rovnako účinné a bezpečné ako originály, čo garantujú Štátny ústav na kontrolu liečiv (ŠÚKL), resp. Európska lieková agentúra pri vydaní povolenia na registráciu lieku.
- Podľa vyhlášky 435/2011 sa úhrada upravuje na najnižšiu úhradu pre všetky lieky v rámci porovnateľnej referenčnej skupiny. Porovnateľnou skupinou sú lieky s rovnakým liečivom a
 - rovnakou cestou podania, liekovou formou a rozdielnym množstvom liečiva v jednej dávke
 - rovnakou cestou podania a rozdielnou liekovou formou
 - rozdielnou cestou podania

Prehodnotenie úhrad k 1.1.2019

V rámci projektu MZ „Revízie úhrad liekov s účinnosťou od 1.1.2019“ bol prehodnotený a zrevidovaný celý zoznam kategorizovaných liekov. Po tejto plošnej revízii bol vyhodnotený aj odhad finančného dopadu - úspory.

Tabuľka 28: Prehľad odhadovaných úspor VZP podľa spôsobu stanovenia úhrad liekov

Referenčné skupiny	Úspora, mil. eur
Kombinácie	4
Úhradové skupiny	3
Porovnateľné referenčné skupiny	50
Spolu	57

Zdroj: kategorizácia, NCZI, výpočty ZP

Revidované lieky boli podľa pravidiel zo zákona a vyhlášky rozdelené do nasledovných skupín:

1. Skupina liekov, ktorá obsahuje kombinácie liečiv

- a. Revízia vykonaná na základe § 6 ods. 9 č. zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov
- b. Po revízii finančný dopad vo forme úspory je 4,3 mil. eur ročne vypočítaný na základe skutočnej spotreby v roku 2017 podľa údajov NCZI

2. Skupina liekov, ktorá patrí do úhradových skupín

- a. Revízia vykonaná na základe § 5 vyhlášky č. 435/2011 Z.z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva
- b. Po revízii finančný dopad vo forme úspory je 2,9 mil. eur ročne vypočítaný na základe skutočnej spotreby v roku 2017 podľa údajov NCZI

3. Skupina liekov, u ktorých existuje porovnateľná referenčná skupina s nižšou úhradou poisťovne

- a. Revízia vykonaná na základe § 6 vyhlášky č. 435/2011 Z.z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva.
Revízia sa vykonala tak, že zlúčila referenčné skupiny, ktoré obsahujú rovnaké liečivo a rovnakú cestu podania - ide teda o konzervatívny návrh, ktorý revidoval jednotlivé referenčné skupiny s ohľadom na cestu podania (teda nezlučovali sa parenterálne, lokálne, subkutánne alebo perorálne formy) – pre každú z nich boli vytvorené samostatné referenčné skupiny. Výška úhrady každého lieku v danej referenčnej skupine sa následne určila tak, že vychádzala z najnižšej úhrady za štandardnú dávku liečiva z každej referenčnej skupiny samostatne. Výsledkom je situácia, že za štandardnú dávku rovnakého liečiva, ktoré sa podáva rovnakou cestou podania, platíme z VZP vždy rovnako. Rozdiel medzi cenou lieku a jeho úhradou z VZP dopláca pacient. Pacienti sú teda motivovaní vybrať si liek s najnižším doplatkom a dodávateľia liekov sú motivovaní znížiť ceny, aby ich doplatok bol čo najnižší.
- b. Po revízii je finančný dopad vo forme úspory 50 mil. eur ročne vypočítaný na základe skutočnej spotreby v roku 2017 podľa údajov NCZI.
Na základe konzultácie so ŠÚKL boli z odhadu úspory zámerne vyčlenené lieky, u ktorých existujú medicínske dôvody nemeniť liek.⁸⁴

⁸⁴ Ide o lieky s tzv. úzkou terapeutickou šírkou – t.j. rozdiel medzi účinnou a toxickou dávkou liečiva je malý (C01AA05 digoxin, B01AA03 warfarín, R03DA04 theophylin, N05AN01 lithium, N03AB02 phenytoin, N03AF01 carbamazepin, S01AA11 gentamycin, J01XA01 vankomycin) a pri diagnózach veľmi citlivých na stabilnú hladinu liečiva (pacienti s diabetes melitus I. typu a celú skupinu A10A – inzulíny a ich analógy, pacienti s epilepsiou a skupina N03, pacienti s Parkinsonovou chorobou a skupina N04, pacienti na imunosupresívnej a imunostimulačnej liečbe, a teda opatrnosť je na mieste pri celej skupinu L03 a L04).

4. Skupina liekov, ktoré tvoria špecifickú referenčnú skupinu

- a. Revízia vykonaná na základe § 8 vyhlášky č. 435/2011 Z.z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva.
- b. Po revízii je finančný dopad vo forme úspory nulový - vypočítaný na základe skutočnej spotreby v roku 2017 podľa údajov NCZI.

Existujú tiež výnimky z uvedených pravidiel určenia úhrad (napr. § 5 odsek 3 vyhlášky o odôvodnených prípadoch), kedy sa úhrada určuje maximálne vo výške tretej najnižšej ceny, alebo § 6 odsek 1, bod b – d o zvýšení úhrady pri podávaní u osôb s obmedzenou schopnosťou príjmu perorálnych liekových foriem, detí do dvanásteho roku veku alebo detí do tretieho roku veku. Tieto výnimky pri vyčíslení dopadu revízie úhrad neboli zohľadnené. Početnosť týchto prípadov a ich vplyv na celkovú úhradu liekov zo zdravotného poistenia sú relatívne nízke. Revízia úhrad nemá vplyv na tieto výnimky, t.j. predpokladá sa ich zachovanie.

Výpočet úspory

1. Prehodnotenie úhrad bolo vykonané tak, že v čase rozhodovania (t.j. október 2018) sa brali do výpočtov ceny a úhrady platné v zozname kategorizovaných liekov od 1.10.2018 a porovnávali sa v súlade s § 9 vyhlášky č. 435/2011 Z.z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva s cenami a úhradami platnými v zozname kategorizovaných liekov k 1.7.2018.
2. V časti revízie skupinových úhrad je zachovaný princíp:
 - a. lieky, ktoré majú stanovený koeficient (t.j. úhrada sa stanovuje ako % ceny lieku) ho majú mať dodržaný v každej kvartálnej kategorizácii.
 - b. lieky, ktoré nemajú stanovený koeficient, sa majú revidovať v súlade s § 9 ods. 4 vyhlášky 435/2011 - ak sa zmenila referenčná cena úhradovej skupiny, skupinová úhrada sa určí tak, aby podiel maximálnej výšky doplatku poistenca za referenčný liek úhradovej skupiny a maximálnej ceny referenčného lieku úhradovej skupiny vo verejnej lekárni zostal nezmenený a/alebo v súlade s § 10 ods. 2 - skupinová úhrada pre úhradovú skupinu sa určí tak, aby neprevýšila referenčnú cenu úhradovej skupiny.
3. V skupine liekov, kde existuje porovnateľná referenčná skupina, sa referenčné skupiny rozdelili podľa princípu cesty podania – na perorálne formy (napr. tablety, sirupy a kvapky), parenterálne, subkutánne, rektálne, inhalačné a pod.
4. Úspora bola vyčíslená na základe spotreby jednotlivých liekov v roku 2017 – podľa údajov NCZI.