

## 2. Organizácia a riadenie

### 2.1 Prehľad systému zdravotníctva

Systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku vychádza zo zásad univerzálnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, povinného zdravotného poistenia, základného balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia a kompetitívneho modelu poistenia, ktorý umožňuje selektívne zazmluvňovanie (kontrahovanie) poskytovateľov zdravotníckych služieb a flexibilnú tvorbu cien služieb zdravotnej starostlivosti. Až na určité výnimky je zdravotná starostlivosť poskytovaná poistencom bezplatne formou nepeňažného plnenia (hradeného treťou stranou). Po splnení určitých explicitných kritérií neexistujú žiadne prekážky pre vstup na trh s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a na trh so zdravotným poistením.

Zdravotné poisťovne získavajú poistencov na základe konkurencie v oblasti kvality a ponuky svojich zazmluvnených služieb a výkonov. Zdravotné poisťovne sú povinné zabezpečiť dostupnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu, ktorý upravuje zákon. Túto povinnosť plnia uzatváraním zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s príslušnými poskytovateľmi. Za výkon dohľadu nad tržmi so zdravotným poistením, s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a s nákupom zdravotnej starostlivosti nesie zodpovednosť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS).

V roku 2005 sa všetky zdravotné poisťovne transformovali z (verejných) fondov zdravotného poistenia na akciové spoločnosti, t.j. na zdravotné poisťovne, ktoré sa riadia Obchodným zákonníkom. V roku 2015 pôsobili na slovenskom trhu so zdravotným poistením tri zdravotné poisťovne – jedna vo vlastníctve štátu (s trhovým podielom vo výške 63,6 %) a dve súkromné poisťovne: Dôvera, ktorú vlastní slovenská investičná skupina Penta Investments (27,7 % trhovú podiel), a Union vo vlastníctve holandskej poisťovníckej skupiny Achmea (8,7 % trhovú podiel).

Poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vlastní rôzne subjekty. Štát vlastní a prevádzkuje najväčších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vrátane štyroch univerzitných nemocníc, ôsmich fakultných nemocníc, vysoko špecializovaných zdravotníckych zariadení a takmer všetkých psychiatrických nemocníc a sanatórií. Väčšinu z nich tvoria takzvané štátne rozpočtové organizácie. Tieto organizácie sú slovenskou obdoba neziskových právnických osôb, ktoré zriaďujú ústredné orgány štátnej správy alebo orgány miestnej samosprávy (vyššie územné celky a obce) na účely poskytovania výkonov vo verejnom záujme. Okrem nich na Slovensku funguje 54 súkromných nemocníc a niekoľko zdravotníckych zariadení so zmiešanou formou vlastníctva (pozri časť 4.1).

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve štátu musia mať uzatvorené

zmluvy so zdravotnými poisťovňami (tzv. minimálna (povinná) sieť poskytovateľov). Vláda týchto poskytovateľov vnímala ako rozhodujúcich pre zabezpečenie geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, avšak kritici argumentovali, že tieto nemocnice môžu zároveň požívať neprímeranú konkurenčnú výhodu. Podrobnejšie informácie nájdete v časti 4.1.1.

Takmer všetky ambulantné zariadenia sú v súkromných rukách. Časť ambulantných špecialistov zamestnávajú nemocnice, pričom títo špecialisti poskytujú ambulantnú starostlivosť v rámci polikliník, ktoré sú súčasťou príslušných nemocníc. Reformou z roku 2005, ktorá všetkým lekárom-špecialistom umožnila po splnení povinných kritérií vstúpiť na trh so zdravotnou starostlivosťou, sa ich počet zvýšil. V niektorých regiónoch je obmedzený prístup k starostlivosti v oblasti kardiológie, imunológie, diabetológie, reumatológie či endokrinológie. Pacienti sa stretávajú s relatívne dlhými čakacími lehotami, ktoré sú spôsobené hlavne obmedzeniami verejného rozpočtu, obmedzenými ordinačnými hodinami, nedostatkom špecialistov (ktorí často pôsobia zároveň aj v iných zariadeniach) a pomerne vysokým dopytom (v porovnaní so zahraničím) po službách zdravotnej starostlivosti.

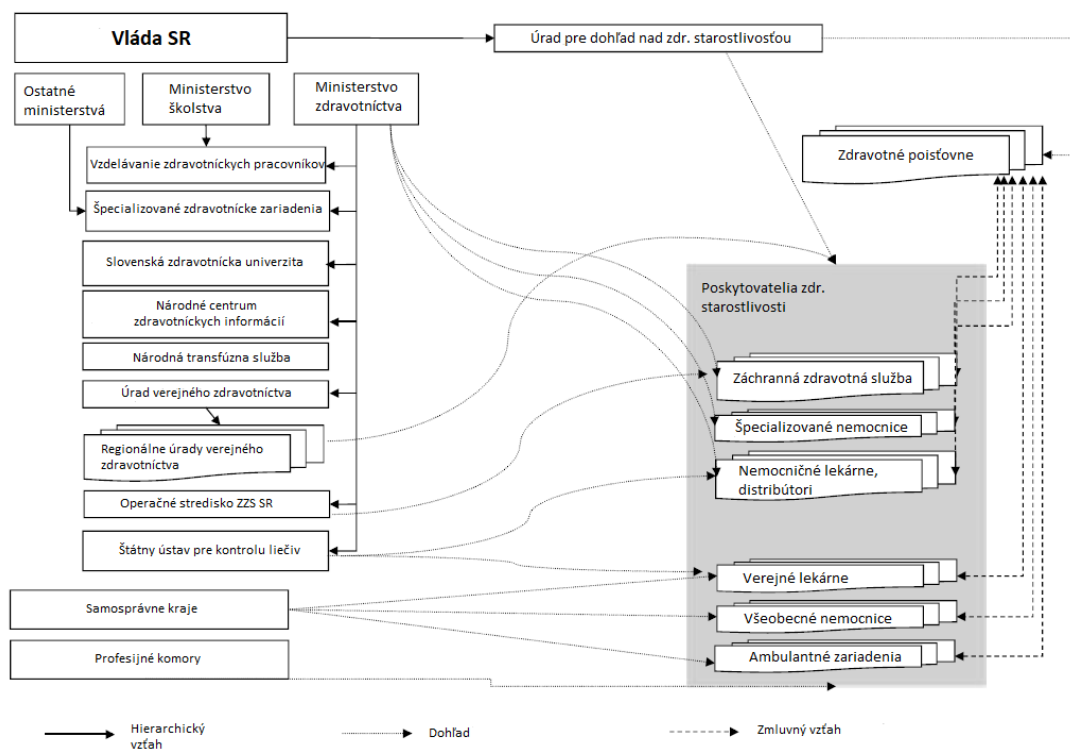
Povolenia na výkon zdravotného poistenia vydáva zdravotným poisťovňam Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ministerstvo zdravotníctva vydáva povolenia poskytovateľom ambulancií záchranej zdravotnej služby, špecializovaným zdravotníckym zariadeniam (nemocniciam) a poskytovateľom kúpeľnej starostlivosti. Samosprávne kraje vydávajú povolenia všetkým ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (všeobecným nemocniciam vrátane univerzitných a fakultných nemocníc, všeobecným lekárom, ambulantným špecialistom, zdravotníckym laboratóriám, lekárňam atď.).

Na tvorbe zdravotných politík sa podieľajú aj organizované záujmové skupiny. Napriek tomu, že sa môžu vyjadrovať k legislatívnym návrhom, ich odporúčania majú relatívne malú politickú silu. Predstavitelia zamestnaneckých a zamestnávateľských organizácií a združení sa stretávajú so zástupcami vlády v rámci tzv. Hospodárskej a sociálnej rady SR (tripartita), ale na pokračovanie legislatívneho procesu nie je potrebná ich vzájomná dohoda. Profesionálne komory vedú registre zdravotníckych pracovníkov a vydávajú a odoberajú im licencie. Spolupracujú na monitorovaní riadenia prevádzky zdravotníckych zariadení a vydávajú stanoviská k etickým otázkam týkajúcim sa výkonu zdravotníckeho povolania. Členstvo v týchto stavovských organizáciách nie je povinné.

Štruktúra rôznych aktérov pôsobiacich v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku je zobrazená na obr. 2.1 a bližšie opísaná v časti 2.3.

### **Obr. 2.1**

Organizačná štruktúra slovenského systému zdravotnej starostlivosti, 2016



Zdroj: Prevzaté zo Szalay a kol., 2011

## 2.2 Historické východiská

Tradícia bismarckovského systému sociálneho a zdravotného poistenia siaha až do 19. storočia minulého tisícročia, keď bol tento systém zavedený na území Slovenska v rámci Rakúsko-Uhorska. Po skončení 1. svetovej vojny sa rakúsko-uhorská monarchia rozpadla a vzniklo samostatné Československo.

Po vzniku nezávislého Československa v roku 1918 došlo k ďalšiemu rozšíreniu a vylepšeniu bismarckovského systému zdravotnej starostlivosti, ktorý bol dedičstvom zaniknutej monarchie. V roku 1919 bola prijatá nová legislatíva, ktorá rozšírila krytie povinného nemocenského poistenia aj na rodinných príslušníkov robotníkov a všetky zárobkovo činné osoby, teda po prvýkrát aj na pracovníkov v poľnohospodárstve. Po prijatí historicky prelomovej legislatívy v oblasti sociálneho poistenia došlo k založeniu Ústrednej sociálnej poisťovne (ÚSP), v rámci ktorej sa dovtedy rozdrobený systém sociálneho poistenia zjednotil pod jednu zastrešujúcu inštitúciu. ÚSP bola zodpovedná za správu nového systému dôchodkového a invalidného poistenia pre robotníkov aj za dohľad nad nemocenskými fondmi. Hoci ich samosprávna povaha zostala zachovaná, fondy zdravotného poistenia boli zo zákona povinné plniť množstvo úloh v mene ÚSP, ako napríklad výber odvodov na dôchodkové a invalidné poistenie. V roku 1925 bolo zavedené nemocenské poistenie pre verejných (štátnych) zamestnancov, ktorého

súčasťou boli nemocenské dávky.

### **Sovietska éra**

Po 2. svetovej vojne sa Československo dostalo do sféry silného ekonomického a politického vplyvu Sovietskeho zväzu, ktorý v roku 1948 vyústil do prijatia legislatívy o národnom zdravotnom poistení. Pod záštitou Ministerstva sociálnej starostlivosti bola založená Ústredná národná poisťovňa, ktorá mala na starosti vyplácanie všetkých zdravotných a nemocenských dávok. Odvody na poistné platili výlučne zamestnávateľia a nemocenské a zdravotné dávky boli upravené v Liečebnom poriadku, ktorý pravidelne vydávala Ústredná národná poisťovňa.

Ďalšia zmena nastala v roku 1951, keď bol zavedený systém zdravotnej starostlivosti podľa Semaška, v rámci ktorého štát prevzal úplnú kontrolu nad zdravotným poistením a financoval ho prostredníctvom všeobecných daní. Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná bezplatne, pričom zároveň došlo k znárodneniu všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich zaradeniu do krajských a okresných ústavov národného zdravia.

V roku 1966 boli zariadenia zdravotnej starostlivosti zjednotené pod okresné, krajské a miestne ústavy národného zdravia. Štát prevzal úplnú zodpovednosť za financovanie, plánovanie, riadenie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť bola bezplatná pre všetkých občanov. Liečebné výsledky sa spočiatku významne zlepšili vďaka výrazným úspechom v boji proti prenosným ochoreniam a dostupnosti novej chemoterapeutickej liečby v povojnovom období (Solovič a kol., 2008). Koncom 60. rokov 20. storočia sa však výsledky slovenského systému zdravotnej starostlivosti zhoršili. Prísne plánované hospodárstvo viedlo k nesprávnym rozhodnutiam o alokácii zdrojov na zdravotnú starostlivosť. Zdravotníctvo si nedokázalo poradiť s nárastom výskytu civilizačných chorôb, ktorý vyplýval zo zlepšenia životných podmienok, hygienických štandardov a úspešného boja proti prenosným ochoreniam.

Zmena Československej socialistickej republiky na federáciu dvoch socialistických republík v roku 1968 sa dotkla usporiadania systému zdravotnej starostlivosti len v tom, že došlo k jeho rozdeleniu na českú a slovenskú časť. Následne vzniklo Ministerstvo zdravotníctva SSR, ktoré prevzalo zodpovednosť za plánovanie a riadenie zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Koncom 70. rokov existoval v zdravotníctve prebytok ambulantných lekárov-specialistov, zatiaľ čo úloha a význam všeobecných lekárov zoslabli.

## Opätovné zavedenie bismarckovho modelu po roku 1989

Rozpad Sovietskeho zväzu a následná vlna nenásilných revolúcií v strednej a východnej Európe v roku 1989 zasiahli aj Československo. Politické a spoločenské zmeny viedli k úplnému prechodu od centrálne plánovaného hospodárstva k trhovej ekonomike. Tento prechod bol sprevádzaný opätovným zavádzaním systému sociálneho poistenia, ktoré pokračovalo aj po pokojnom rozdelení Československa a vzniku samostatnej Slovenskej republiky v roku 1993.

V roku 1993 bola založená Národná poisťovňa zodpovedná za financovanie zdravotného, sociálneho a dôchodkového poistenia. O rok neskôr bol prijatý zákon o zdravotnom poistení. Tento zákon zaviedol viacdrojové financovanie zdravotného poistenia a systém sociálneho zdravotného poistenia financovaného kombináciou príspevkov hradených pracujúcou populáciou a príspevkov uhrádzaných štátom za ekonomicky neaktívne osoby. Trh so zdravotným poistením dosiahol svoj vrchol v roku 1997, keď na ňom pôsobilo až 13 poisťovní; následne došlo k jeho postupnej stabilizácii v dôsledku zlučovania poskytovateľov zdravotného poistenia s cieľom splniť zákonnú podmienku, ktorá stanovovala minimálnu veľkosť poisťného kmeňa na 300 000 poistencov. V roku 2015 už na trhu pôsobili len tri zdravotné poisťovne.

Väčšina lekární a ambulantných lekárov (všeobecní aj špecialisti pôsobiaci mimo nemocničných zariadení) prešla začiatkom 90. rokov do súkromnej sféry.

Až do začiatku 21. storočia boli takmer všetky nemocnice v štátnom vlastníctve a patrili do zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva ako štátne rozpočtové príspevkové organizácie. Ukázalo sa, že zdedený nadbytok akútnych lôžok a nedostatočný počet lôžok pre chronických pacientov, nedostatok zdravotníckeho vybavenia a účinnej koordinácie je ťažké zmeniť. Akékoľvek snahy o zníženie lôžkových kapacít sa stretli s odporom dotknutých nemocničných zariadení, ako aj miestnych orgánov.

Zodpovednosť za dohľad nad zdravotným poistením a poskytovaním zdravotnej starostlivosti nieslo ministerstvo zdravotníctva, ktoré však v mnohých prípadoch zlyhalo. Ministerstvo umožnilo zdravotným poisťovňam uzatvárať zmluvy s neobmedzeným počtom poskytovateľov na základe platieb za výkon, čo prispelo k zvýšeniu výdavkov v systéme zdravotnej starostlivosti. Ad hoc opatreniami, akými boli obmedzenie hospitalizácií neakútnych pacientov a financovanie nemocníc na základe výhľadových rozpočtov zohľadňujúcich historické náklady, sa nepodarilo stabilizovať financovanie slovenského systému zdravotnej starostlivosti. Situácia sa ďalej zhoršila po protestoch zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach, ktorí požadovali zvýšenie platiev. Výsledné formálne zvýšenie platiev v roku 2001 nebolo kryté dostatočnými finančnými zdrojmi. Nemocniciam rástli záväzky voči zdravotným poisťovňam a dodávateľom, čo viedlo k zvyšovaniu rizika korupcie a poklesu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Szalay a kol., 2011).

V rokoch 1999-2002 sa 14 zdravotníckych zariadení transformovalo zo (štátnych) príspevkových organizácií na súkromné organizácie. Dôsledkom bolo, že mnohé dobre platené výkony, napr. dialýza, prešli do rúk súkromného sektora, čo viedlo k ďalšiemu zhoršovaniu finančnej situácie verejných (štátnych) nemocníc. Skutočne, dialyzačné pracovisko ostalo zachované len v jednej štátnej nemocnici. V roku 2003 bola správa väčšiny zdravotníckych zariadení presunutá z ústredných orgánov štátnej správy na regionálnu a miestnu samosprávu, s výnimkou najväčších nemocničných zariadení (nemocnice tretieho typu s poliklinikou a univerzitných nemocníc) a špecializovaných ústavov. Situáciu sa nepodarilo zlepšiť ani oddlžením nemocníc prostredníctvom jednorazových výnosov z privatizácie štátneho majetku. Pre podrobnejšie informácie o historických východiskách systému zdravotnej starostlivosti na Slovensku pozri Szalay a kol. (2011).

### **Reforma z roku 2004**

V roku 2004 sa uskutočnila komplexná reforma slovenského zdravotníctva prijatím šiestich reformných zákonov, ktoré zmenili štruktúru poskytovania zdravotnej starostlivosti. Boli zavedené tvrdé rozpočtové obmedzenia, ktorých cieľom bolo zvýšiť efektívnosť využívania zdrojov a odhaliť skryté systémové rezervy. Decentralizáciou a zavedením zmluvného systému poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti bola prenesená zodpovednosť zo štátu na pacientov, zdravotné poisťovne a poskytovateľov.

Tieto reformy boli súčasťou širších spoločenských zmien označovaných aj ako „neoliberálny obrat Slovenska“ (Fisher a kol., 2007). Na rozdiel od iných štátov, Slovensko sa rozhodlo pre komplexnú reformu svojej fiškálnej a daňovej politiky, zákonníka práce, dôchodkového systému, investičného režimu, systému sociálnych dávok a príspevkov, súdnictva, zdravotníctva a školstva.

Reformy v zdravotníctve zahŕňali stabilizačné opatrenia, zabezpečujúce opatrenia a sieťové opatrenia (liberalizácia vlastníctva a vstupu na trh, zavedenie minimálnej siete poskytovateľov a reforma záchranej zdravotnej služby). Prvé opatrenia sa zameriavali na zastavenie zadlžovania a obmedzenie nadmernej spotreby služieb zdravotnej starostlivosti a liekov (Szalay a kol., 2011). Ďalšie opatrenia sú uvedené v rámci 2.1.

Reforma sa stretla so značným nesúhlasom verejnosti, najmä v súvislosti so zavedením poplatkov hrazených pacientmi. Na druhej strane, pri vyhodnocovaní prijatých reforiem nebola zdravotná starostlivosť vnímaná ako prioritná otázka v porovnaní s ostatnými spoločenskými problémami. Môže to znamenať, že aj napriek nesúhlasu s reformami si ľudia zvykali na nový systém zdravotnej starostlivosti (IVO, 2007).

**Rámček 2.1****Kľúčové prvky reformy z roku 2004**

- Zavedenie služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou a možnosti výberu poplatkov od pacientov
- Naviazanie odvodov platených štátom za ekonomicky neaktívnych poistencov na priemernú mzdu
- Zmena v prerozdelení poistného
- Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia
- Liberalizácia siete poskytovateľov (spôsobilosť na získanie povolení a licencií)
- Selektívne zazmluvňovanie
- Nezávislý dohľad ÚDZS
- Reforma záchranej zdravotnej služby
- Transformácia všetkých zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti
- Transformácia (niektorých) nemocníc na akciové spoločnosti
- Vytvorenie flexibilných nástrojov na definovanie rozsahu zdravotnej starostlivosti

**Vývoj do roku 2014**

V období po reformách z roku 2004 došlo k čiastočnému obratu a zmenám vyššie uvedených opatrení. V súvislosti s ďalekosiahlymi reformami systému zdravotníctva zohral pri posudzovaní ich ústavnosti významnú úlohu Ústavný súd SR. Po prvé, ústavný súd rozhodol, že zavedenie poplatkov za služby zdravotnej starostlivosti, ku ktorému došlo v júni 2003, bolo v súlade s ústavnou zárukou bezplatnej zdravotnej starostlivosti (Ústavný súd Slovenskej Republiky, 2005). Po druhé, ústavný súd v roku 2008 uviedol, že rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej zo zdravotného poistenia nemusí byť definovaný výlučne zákonom, ale aj prostredníctvom vládnych a ministerských nariadení a vyhlášok (Ústavný súd Slovenskej republiky, 2008a). Po tretie, neskôr v tom istom roku ústavný súd rozhodol, že zdravotné poisťovne môžu fungovať ako akciové spoločnosti (Ústavný súd Slovenskej republiky, 2008b). Na záver, ústavný súd v roku 2011 rozhodol, že zdravotné poistenie môže fungovať v konkurenčnom prostredí a že zdravotné poisťovne môžu vytvárať zisk (Ústavný súd Slovenskej republiky, 2011). Na základe tohto rozhodnutia ústavného súdu NR SR zákonom č. 250/2011 znovu povolila zdravotným poisťovniam tvorbu zisk, ktorú zakázala v roku 2007.

Vláda, ktorá nastúpila v roku 2006, čiastočne zrušila poplatky hradené pacientmi. ÚDZS, ktorý pôvodne vznikol ako nezávislý orgán dohľadu (pozri časť 2.3), prišiel o časť svojej nezávislosti v roku 2007, keď sa jeho predseda stal politickým nominantom, ktorého je možné nominovať alebo odvolať na základe politických rozhodnutí. Plánovaná transformácia nemocníc na akciové spoločnosti bola dvakrát zrušená, v roku 2006 a 2011 (viac informácií o najnovšom a plánovanom vývoji v tejto oblasti nájdete v časti 6.1).

## 2.3 Organizácia systému zdravotníctva

Zdravotná politika je výsledkom interakcií medzi ministerstvom zdravotníctva (zákonodarca), zdravotnými poisťovňami (nákupca), poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, stavovskými organizáciami a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (dozor). Pacientske organizácie majú len malý vplyv na tvorbu zdravotných politík. Štát je vlastníkom najväčších nemocníc aj najväčšej zdravotnej poisťovne.

### 2.3.1 Úloha štátu a jeho orgánov

#### **Národná rada SR**

Národná rada SR má zákonodarnú aj kontrolnú právomoc a môže vykonávať poslanecké prieskumy. NR SR zároveň volí členov dozornej rady Úradu pre dozor nad zdravotnou starostlivosťou.

#### **Vláda SR**

Medzi právomoci vlády patrí schvaľovanie rozpočtov zdravotných poisťovní, prijímanie legislatívnych opatrení (stanovenie poplatkov za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, definovanie finančnej spoluúčasti poistenca, určovanie parametrov dostupnosti minimálnej siete poskytovateľov) a menovanie/odvolanie predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

#### **Ministerstvo zdravotníctva SR a ďalšie ministerstvá**

Ministerstvo zdravotníctva SR je ústredným orgánom štátnej správy, ktorý je zodpovedný za vypracovanie zdravotnej politiky a legislatívy, reguláciu poskytovania zdravotnej starostlivosti, riadenie štátnych zdravotných programov, účasť na riadení zdravotníckeho vzdelávania, riadenie národných zdravotných registrov, určovanie rozsahu základného balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia, definovanie ukazovateľov zdravia a stanovenie minimálnych kritérií kvality služieb zdravotnej starostlivosti. V roku 2003 boli na ministerstvo zdravotníctva presunuté kompetencie v oblasti cenovej regulácie. Okrem toho je štát vlastníkom univerzitných nemocníc, fakultných nemocníc, špecializovaných národných ústavov, sanatórií a najväčšej zdravotnej poisťovne. Uvedené vedie ku konfliktu záujmov, keďže štát určuje a reguluje právny rámec, v ktorom pôsobí viacero inštitúcií v jeho vlastníctve (napr. jedna zdravotná poisťovňa a niekoľko poskytovateľov zdravotnej starostlivosti).

Riadenie a dohľad nad zdravotníckym vzdelávaním a osnovami vykonáva ministerstvo zdravotníctva spoločne s ministerstvom školstva, ktoré je zároveň zodpovedné za jeho financovanie. Ministerstvo zdravotníctva koordinuje zdravotnícky výskum na školách a v Slovenskej akadémii vied. Takéto zdieľané kompetencie vedú často k zmätočným a nejasným situáciám. Okrem toho má na zostavovanie rozpočtu zdravotníctva veľký vplyv aj ministerstvo financií.



Za organizáciu a financovanie systému sociálnej starostlivosti nesie zodpovednosť Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Systém sociálnej starostlivosti a systém zdravotnej starostlivosti sa vyvíjali samostatne, v dôsledku čoho sa ich organizácia a systém financovania líšia, hoci mnohé zo služieb, ktoré poskytujú, sú prakticky identické. Uvedená skutočnosť môže predstavovať prekážku pri hľadaní a zavádzaní účinných riešení na poskytovanie dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti (pozri časť 5.8.).

Ministerstvá vnútra, spravodlivosti, obrany a dopravy majú zriadené zdravotnícke zariadenia, medzi ktoré patria najmä Vojenská nemocnica v Ružomberku a Nemocnica Sv. Michala, ktorá patrí pod ministerstvo vnútra, a v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti zohrávajú marginálnu úlohu.

### **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)**

S cieľom predísť prehlbovaniu konfliktu záujmov boli v roku 2004 kompetencie ministerstva zdravotníctva v oblasti monitorovania a dohľadu nad systémom zdravotnej starostlivosti presunuté na novo založený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). ÚDZS je zodpovedný za dohľad nad trhmi so zdravotným poistením, nákupom zdravotnej starostlivosti a jej poskytovaním (pozri tiež obr. 2.2.). Od roku 2007 je vláda SR oprávnená odvolávať predsedu úradu, pričom túto právomoc už dvakrát využila, čo predstavuje zásah do nezávislosti ÚDZS. Dozornú radu ÚDZS volí NR SR. ÚDZS má rozsiahle právomoci a môže ukladať sankcie vrátane vylúčenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnej poisťovne z trhu. Okrem toho ÚDZS schvaľuje vstup zdravotných poisťovní na trh po splnení stanovených podmienok a dohliada nad ich dodržiavaním (solventnosť, nákup služieb zdravotnej starostlivosti podľa právnych predpisov týkajúcich sa, napríklad, povinnej siete). ÚDZS spravuje rizikovo upravený mechanizmus prerozdelenia finančných zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami a vedie niekoľko registrov. Medzi ďalšie kompetencie úradu patrí vybavovanie sťažností pacientov na neprimeranú kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a rozhodovanie o výkonne súdnych a patologicko-anatomických pitiev.

Úrad tiež pôsobí ako kontaktné miesto pre poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Úrad zostavuje výročné správy o svojej činnosti a výkonne sociálneho a zdravotného poistenia, ktoré predkladá vláde. Na financovanie činnosti Úradu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou je vyčlenených 0,45 % zo zdravotných odvodov vyzbieraných zdravotnými poisťovňami.

Od roku 2010 je ÚDZS zodpovedný aj za implementáciu systému DRG na Slovensku. V súčasnosti sa systém DRG nachádza v poslednej testovacej fáze a mal byť sa stať plne funkčným v priebehu rokov 2016 až 2020.

### **Úrad verejného zdravotníctva (ÚVZ)**

Úrad verejného zdravotníctva zodpovedá za plnenie úloh v oblasti verejného zdravia. ÚVZ je štátnou rozpočtovou organizáciou, čo znamená, že je plne financovaný zo

štátneho rozpočtu. Na jeho čele stojí hlavný hygienik, ktorého vymenúva minister zdravotníctva. ÚVZ zostavuje očkovací kalendár, vykonáva priamu kontrolu v oblasti radiačnej ochrany a vydáva povolenia na predaj kozmetických produktov. Prostredníctvom svojich regionálnych úradov vykonáva epidemiologický dohľad, posudzuje vplyv environmentálnych faktorov na verejné zdravie, vydáva povolenia pred uvedením priestorov do prevádzky a monitoruje kvalitu pitnej vody a vody určenej na kúpanie. Je oprávnený ukladať sankcie v prípade porušenia regulačného rámca (napr. za vyhybanie sa povinnému očkovaníu).

### **Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ŠÚKL)**

Štátny ústav pre kontrolu liečiv je štátna rozpočtová organizácia zodpovedná za dohľad a kontrolu nad liekmi a zdravotníckymi pomôckami. ŠÚKL vydáva povolenia na klinické skúšky, udeľuje registrácie humánnych liekov, hodnotí lekárne a spravuje liekopis. ŠÚKL môže udeľovať pokuty. V oblasti ochrany bezpečnosti pacientov ústav posudzuje informácie o nepriaznivých účinkoch liekov (farmakovigilancia) a nehodách, poruchách a zlyhaniach zdravotníckych pomôcok. Je oprávnený stiahnuť lieky a zdravotnícke pomôcky z trhu, resp. zabrániť ich uvedeniu na trh. Štátny ústav pre kontrolu liečiv sa však nepodieľa na rozhodovaní o úhradách za lieky alebo zdravotnícke pomôcky.

Ústav je zodpovedný aj za reguláciu reexportu liekov. Od roku 2013 je povolenie na reexport liekov viazané na splnenie povinnosti oznámiť ŠÚKL plánovaný export lieku 30 dní vopred. Ak ústav vývoz lieku nezamietne, distribútor alebo výrobca môže uskutočniť export do troch mesiacov. Skutočne vyvezený objem liekov musí byť nahlásený ŠÚKL do jedného týždňa od vývozu. ŠÚKL môže vývoz lieku zakázať, ak je ho na slovenskom trhu nedostatok a jeho vývoz by mohol ohroziť dostupnosť lieku v SR (Szalayová a kol., 2014).

### **Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby (OS ZZS)**

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby SR je štátna príspevková organizácia, ktorá riadi všetky zložky záchranných zdravotných služieb. OS ZZS je rozdelené na riaditeľstvo a osem krajských operačných stredísk, ktoré sa nachádzajú v každom kraji SR, a spoločne s koordinačnými strediskami integrovaného záchranného systému riadia a koordinujú činnosť integrovaného záchranného systému.

Zodpovedá za príjem a vybavenie tiesňových volaní a za spoluprácu so všetkými ostatnými zložkami integrovaného záchranného systému. Operačné strediská vydávajú pokyny ambulanciám záchranej zdravotnej služby, riadia, koordinujú a vyhodnocujú činnosť záchranej zdravotnej služby na zabezpečenie jej bezproblémovej a kontinuálnej prevádzky, zabezpečujú školenia pracovníkov ZZS a organizujú kurzy prvej pomoci a kurzy pre inštruktorov prvej pomoci.

Na financovanie činnosti operačných stredísk ZZS je vyčlenených 0,35 % zo zdravotných odvodov vyzbieraných zdravotnými poisťovňami.

### **Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)**

Ministerstvo zdravotníctva zriadilo Národné centrum zdravotníckych informácií SR ako štátnu príspevkovú organizáciu zodpovednú za oblasť informatizácie zdravotníctva (e-Health), štandardizáciu zdravotníckych informačných systémov a zber, spracovanie a poskytovanie zdravotníckych štatistických informácií, ako aj za poskytovanie knižnično-informačných služieb z oblasti lekárskeho vied a zdravotníctva. NCZI prevádzkuje národné zdravotné registre.

Zároveň je zodpovedné za správu národného portálu zdravia, ktorého súčasťou by mali byť funkcie elektronickej preskripcie a medikácie, elektronická zdravotná knižka občana a systém elektronickej objednávania sa u poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti. Hlavnou prioritou je integrácia týchto jednotlivých funkcií do jedného funkčného celku s vysokou úrovňou bezpečnosti. Zriadenie národného portálu zdravia však mešká (pozri časti 2.7.1 a 4.1).

Na financovanie národného zdravotníckeho informačného systému je vyčlenených 0,41 % zo zdravotných odvodov vzbieraných zdravotnými poisťovňami.

### **Národná transfúzna služba (NTS)**

Národná transfúzna služba SR je štátna príspevková organizácia, ktorú v roku 2004 zriadilo Ministerstvo zdravotníctva SR na účely plnenia úloh súvisiacich s komplexnou produkciou krvných prípravkov, zabezpečením hemoterapie najvyššej možnej kvality a bezpečnosti v požadovanom objeme.

Účelom zriadenia NTS bolo zabezpečiť, aby krv a jej zložky, bez ohľadu na ich plánované využitie, vykazovali v rámci krvného transfúzneho reťazca vo všetkých regiónoch Slovenskej republiky porovnateľnú kvalitu a bezpečnosť. Národná transfúzna služba má na celom území Slovenska 14 pracovísk.

### **Národná transplantáčna organizácia (NTO)**

Ministerstvo zdravotníctva zriadilo NTO ako štátnu príspevkovú organizáciu v roku 2013. Poslaním NTO je národná koordinácia odberov a transplantácii orgánov, tkanív a buniek a vedenie národného referenčného laboratória pre HLA antigény. NTO vedie Národný transplantáčny register, ktorého súčasťou sú čakacie listiny na transplantácie všetkých orgánov a register darcov, vedie záznamy o činnosti poskytovateľov vykonávajúcich odber a záznamy o činnosti transplantáčnych centier vrátane celkových počtov darcov, ako aj typoch a počtoch odobratých a transplantovaných orgánov, tkanív a buniek. Celkový rozpočet NTO bol v roku 2014 približne 300 000 EUR.

### **2.3.2 Úloha zdravotných poisťovní (ZP)**

Zdravotné poisťovne zohrávajú kľúčovú úlohu v systéme nákupcov služieb zdravotnej starostlivosti. Ich zákonnou povinnosťou je zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre svojich poisťencov. Nákup zdravotnej starostlivosti je založený na selektívnom zazmluvňovaní poskytovateľov. Každá zdravotná poisťovňa si môže

vypracovať svoje vlastné platobné mechanizmy a stanoviť vlastnú cenovú politiku voči zazmluvneným poskytovateľom. Nad zmluvnými vzťahmi medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vykonáva dohľad ÚDZS (podrobnejšie informácie o kritériách ZP pri kontrahovaní poskytovateľov sú uvedené v časti 3.3.4).

Všetky zdravotné poisťovne sú akciovými spoločnosťami a sú povinné spĺňať kritériá solventnosti. Tým by mala byť zabezpečená úhrada služieb do 30 dní od vystavenia faktúry poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Akcionármi zdravotných poisťovní môžu byť podľa platných právnych predpisov subjekty štátneho aj súkromného sektora. Hoci v roku 2006 existovalo na Slovensku sedem zdravotných poisťovní, následná vlna fúzií a zlúčení viedla k vyššej stabilizácii a konsolidácii trhu zdravotného poistenia (pozri aj časť 2.8.1). V roku 2016 už na slovenskom trhu pôsobili len tri zdravotné poisťovne: štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) a dve súkromné spoločnosti, Dôvera a Union (pozri tabuľku č. 2.1). Zástupcovia zdravotných poisťovní sú členmi ministerských výborov. Tieto výboru definujú základný balík zdravotnej starostlivosti (t.j. služby a výkony zdravotnej starostlivosti hrazené z verejného zdravotného poistenia) a zúčastňujú sa legislatívneho procesu.

### Tabuľka č.2.1

Zdravotné poisťovne a ich podiel na trhu zdravotného poistenia

	<b>Poistenci k 1.1.2013</b>	<b>Trhový podiel v %</b>	<b>Poistenci k 1.1.2014</b>	<b>Trhový podiel v %</b>	<b>Poistenci k 1.1.2015</b>	<b>Trhový podiel v %</b>
VšZP	3 340 451	64,1	3 308 927	63,9	3 295 339	63,6
Dôvera	1 432 634	27,5	1 439 633	27,8	1 433 801	27,7
Union	438 765	8,4	431 671	8,3	451 091	8,7
<b>Spolu</b>	<b>5 211 850</b>	<b>100</b>	<b>5 180 231</b>	<b>100</b>	<b>5 180 231</b>	<b>100</b>

Zdroj: ÚDZS, 2015.

### 2.3.3 Úloha samosprávnych krajov

V rámci decentralizácie výkonu štátnej správy boli niektoré miestne kompetencie a právomoci prenesené na osem samosprávnych krajov. Do zodpovednosti samosprávnych krajov patrí vydávanie povolení na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, menovanie etických komisií, schvaľovanie biomedicínskeho výskumu v ambulanciách, úschova zdravotnej dokumentácie po zániku poskytovateľa a zabezpečenie zastupovania počas dočasného pozastavenia povolenia alebo licencie poskytovateľa. O odvolaniach voči rozhodnutiam samosprávnych krajov rozhoduje Ministerstvo zdravotníctva SR. Samosprávne kraje tiež pomáhajú pri doplnení siete poskytovateľov, ak zistia zhoršenú dostupnosť zdravotnej starostlivosti v kraji, napríklad určením lekára v prípade, keď majú pacienti problémy dostať alebo nájsť primerané ošetrovanie.

Samosprávne kraje prevzali zodpovednosť za dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pričom sú oprávnené postihovať poskytovateľov za zanedbanie svojich povinností. Medzi postihy patria finančné pokuty a dočasné alebo trvalé odobratie licencie alebo povolenia. Právomoc vylúčiť poskytovateľa z trhu je veľmi silným zákonným nástrojom. Samosprávne kraje ukladajú sankcie spravidla až na základe odporúčaní Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktoré vychádzajú z výsledkov vykonávaného dohľadu a zistených nedostatkov.

Lekára samosprávneho kraja vymenúva predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministra zdravotníctva. Sestra samosprávneho kraja, ktorú vymenúva predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministra zdravotníctva, zodpovedá za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie.

Samosprávne kraje vlastnia niektoré zdravotnícke zariadenia a môžu nezávisle rozhodovať o ich riadení. Keďže zodpovednosť za zdravotnícke zariadenia bola v roku 2003 prenesená na samosprávne kraje (pozri tiež časť 2.4), niektoré nemocnice sa transformovali buď na akciové spoločnosti, neziskové organizácie, alebo boli v plnom rozsahu sprivatizované súkromnými obchodnými spoločnosťami. Niektoré z nich boli prenajaté súkromným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Samosprávne kraje rokujú o vstupe ďalších strategických investorov na trh so zdravotnou starostlivosťou.

### **Úloha politických strán a odborov**

Väčšinu zdrojov v systéme zdravotnej starostlivosti spravujú a rozhodujú o nich politici, a to nielen na celoštátnej, ale aj na regionálnej a miestnej úrovni. Politické záujmy strán sa v jednotlivých regiónoch líšia, pričom môžu byť často ovplyvnené aj rôznymi lobistickými a záujmovými skupinami a združeniami. Politické strany majú všeobecne veľmi slabé odborné znalosti v oblasti zdravotnej politiky.

Najväčšou zdravotníckou odborovou organizáciou je Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb, ktorý má približne 40 000 členov. Vedie rokovania o kolektívnych zmluvách so zástupcami zamestnávateľov. Menšou organizáciou je Lekárske odborové združenie, ktoré je aktívne najmä pri presadzovaní finančných záujmov lekárov.

### **2.3.4 Organizácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a profesijné združenia**

Organizácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a profesijné komory presadzujú a obhajujú záujmy svojich členov vo vzťahu k štátnym orgánom, samosprávnym krajom či zdravotným poisťovňami. Zúčastňujú sa na príprave a tvorbe legislatívnych predpisov a vzdelávacích programov a zastupujú svojich členov v rokovaní o zmluvách so zdravotnými poisťovňami. Vedú register zdravotníckych pracovníkov a zabezpečujú ich sústavné vzdelávanie. Komory majú tiež kompetencie udeľovať

povolenia a ukladať sankcie. Od roku 2005 je členstvo v komorách dobrovoľné, pričom komory nemôžu zaväzovať nečlenov povinnosťami nad rámec zákona. Aj napriek tomu si najstaršie komory ako Slovenská lekárska komora, Slovenská komora zubných lekárov, Slovenská lekárska komora a Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek dokázali udržať širokú členskú základňu a predstavujú vplyvné záujmové združenia. Najvýznamnejšími organizáciami poskytovateľov sú Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia fakultných nemocníc, Asociácia súkromných lekárov SR a Slovenská lekárska únia špecialistov.

Slovenská lekárska spoločnosť (SLS), združujúca odborné medicínske a farmaceutické spoločnosti a regionálne spolky lekárov a farmaceutov, má takmer 20 000 členov. Sústreďuje sa na odborné a etické otázky a zdieľanie najnovších vedeckých poznatkov. Odborné spoločnosti pôsobiace v rámci SLS delegujú svojich odborníkov do rôznych komisií MZ SR (napr. kategorizačná komisia pre liečivá a kategorizačná komisia pre zdravotné výkony).

### **Súkromný sektor**

Súkromní prevádzkovatelia presadzujú svoje záujmy individuálne. Ich spoločné záujmy presadzujú strešné organizácie, predovšetkým vo farmaceutickom odvetví: Asociácia dodávateľov liekov a zdravotníckych pomôcok (ADL), Slovenská asociácia dodávateľov zdravotníckych pomôcok (SK-MED), Slovenská asociácia výrobcov a dodávateľov diagnostických zdravotníckych pomôcok „in vitro“ (SEDMA), Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum (SAFS) a Asociácia generických výrobcov (GENAS).

### **Pacientske/spotrebiteľské organizácie**

Aktivity patientskych organizácií často závisia od osobného úsilia a odhodlania angažovaných jednotlivcov a od finančných prostriedkov, ktoré majú k dispozícii. Jednotlivé združenia a ich záujmy sú rozdrobené, zastupujú ich rôzne strešné organizácie. Úspešnému presadzovaniu ich záujmov často bráni rozdelenie kompetencií v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti do dvoch rezortov. Problematika zdravotne postihnutých občanov je súčasťou agendy ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktoré sa priamo obracia väčšina patientskych organizácií, ako aj združení presadzujúcich záujmy občanov s osobitnými zdravotnými požiadavkami.

Medzi najaktívnejšie patria pacientske organizácie, ktoré zastupujú pacientov s chronickými ochoreniami, napríklad Zväz diabetikov Slovenska, Slovenský zväz sclerosis multiplex, Slovenské združenie stomikov, Liga proti reumatizmu na Slovensku, Klub rodičov a priateľov detí s cystickou fibrózou, Spoločnosť Downovho syndrómu na Slovensku. Pod záštitou renomovanej charitatívnej neziskovej organizácie Liga proti rakovine sa uskutočňuje množstvo osvetovo-vzdelávacích projektov pre onkologických pacientov, ich príbuzných aj širšiu verejnosť. V oblasti podpory duševného zdravia aktívne spolupracujú psychiatri,

psychoterapeuti a patientske organizácie v rámci Ligy za duševné zdravie. Presadzovaním a ochranou práv pacientov sa zaoberá Asociácia na ochranu práv pacientov.

Pacientske organizácie na Slovensku sú pomerne pasívne. V rokoch 2010-2012 len štrnásť z celkovo 300 patientskych organizácií vyjadrilo svoje pripomienky k siedmim zo 110 legislatívnych noriem, ktoré sa v danom období v oblasti zdravotníctva prerokovávali, a to aj napriek skutočnosti, že až v 63 % prípadov boli ich pripomienky uznané ako opodstatnené a až 77 % z nich bolo akceptovaných (Balík & Starečková, 2012).

## 2.4 Decentralizácia a centralizácia

V roku 1990 došlo k obnoveniu orgánov miestnej samosprávy na úrovni obcí. Samosprávne orgány na regionálnej úrovni boli zavedené v roku 2002 vznikom samosprávnych krajov. Ďalším krokom bola decentralizácia kompetencií a financovania, ako aj politická decentralizácia. Decentralizácia v zdravotníctve sa sústredila na čiastočný prenos kompetencií štátu na samosprávne kraje a presun vlastníctva väčšiny štátnych zdravotníckych zariadení. Veľké nemocnice s poliklinikou III. typu, univerzitné a fakultné nemocnice, vysoko špecializované ústavy a špecializované nemocnice ostali v správe ministerstva zdravotníctva. Vlastníctvo a manažérska kontrola nad nemocnicami s poliklinikou II. typu pre sekundárnu zdravotnú starostlivosť boli presunuté na samosprávne kraje, nemocnice s poliklinikou I. typu pre primárnu starostlivosť prešli na obce.

Na samosprávne kraje bola presunutá aj zodpovednosť za zabezpečenie 24 hodinovej dostupnosti zdravotných služieb prvej pomoci. Ak ústavná alebo ambulantná sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nespĺňa požiadavky určené pre minimálnu sieť poskytovateľov, samosprávne kraje túto situáciu riešia v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva.

## 2.5 Plánovanie

Plánovanie zdravotnej starostlivosti vychádza z novo prijatého strategického rámca, ktorý ministerstvo zdravotníctva a vláda SR prijali v júli 2014. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-30 po prvýkrát určuje stredno a dlhodobé smerovanie slovenskej zdravotníckej politiky a formuluje ciele a prioritné oblasti. Doteraz sa rozhodnutia v tejto oblasti prijímali bez komplexného posúdenia potrieb zdravotníctva.

Strategické plány na roky 2014-2030 majú ambíciu identifikovať aktuálne problémy slovenského zdravotníctva, nájsť merateľné ukazovatele a stanoviť ciele, ktoré možno reálne splniť do roku 2030. Do strategického rámca boli zapracované aj

nasledovné spoločné priority programového dokumentu Zdravie 2020<sup>2</sup>: (1) verejné zdravie, (2) integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť, (3) ústavná zdravotná starostlivosť.

### **Verejné zdravie**

Cieľ v oblasti verejného zdravia sa koncentruje na funkčný systém zdravotnej starostlivosti na celoštátnej, regionálnej a miestnej úrovni so zapojením všetkých relevantných verejných a súkromných subjektov vrátane aktívnej účasti obyvateľstva. Zameriava sa na zlepšenie úrovne nemedicínskych determinantov zdravia prostredníctvom medzirezortnej spolupráce (predovšetkým v oblastiach životného, pracovného a sociálneho prostredia), ako aj na prehĺbenie záujmu obyvateľov a posilnenie ich zodpovednosti za vlastné zdravie a na zvyšovanie verejného povedomia o zdravotnej starostlivosti, zdravom spôsobe života, zdravotných rizikách a prevencii drogovej závislosti pomocou moderných komunikačných nástrojov a technológií. Na sledovanie dosahovaných výsledkov bolo vybratých viacero kľúčových ukazovateľov, ako napr. zvýšenie počtu rokov života v zdraví (HLY) na 63 do roku 2030 či zníženie miery odvrátiteľnej úmrtnosti na 100 000 osôb na hodnotu 94.

### **Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť**

Cieľom v oblasti integrovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je obmedziť nadmerné využívanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti, predovšetkým v prípade všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast, gynekológov a stomatólogov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť, spoločne so zdravotnými sestrami a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi.

Jednou z oblastí intervencií je posilnenie funkcie všeobecných lekárov, pediatrov, gynekológov a stomatólogov ako tzv. *gatekeeperov*, teda lekárov prvého kontaktu. Okrem toho, ošetrovateľská starostlivosť by mala smerovať ku konceptu integrovanej starostlivosti prostredníctvom vypracovania nových postupov v oblasti liečby a prevencie a posilnením a rozšírením úlohy všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Koncept integrovanej starostlivosti bol zapracovaný do plánov vybudovať do roku 2020 až 140 centier integrovanej zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorých by všeobecní lekári a rôzni špecialisti poskytovali integrované služby ako primárna starostlivosť, sekundárna starostlivosť, ošetrovateľstvo a podpora zdravia.

Po druhé by sa mali implementovať zdravotnícke preventívne programy zamerané na predchádzanie prenosným a neprenosným ochoreniam. Na tento účel boli primerane zvolené kľúčové výkonnostné ukazovatele KPI, ako napr. zvýšenie miery preventívneho skriningu na 60 % za rok do konca roku 2030.

---

<sup>2</sup> Strategické smerovanie a ciele v oblasti zdravotníctva sú definované a stanovené v Programovom vyhlásení vlády SR



### **Ústavná zdravotná starostlivosť**

Cieľom v oblasti ústavnej starostlivosti je redefinovanie typov nemocníc a rozsahu zdravotníckych služieb, ktoré poskytujú, vymedzenie ich spádových oblastí a prehodnotenie existujúcich typov a organizačnej štruktúry zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zameriava sa na prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a na posilnenie lôžok následnej, rehabilitačnej a ošetrovateľskej starostlivosti a lôžok pre dlhodobo chorých pacientov. Takisto sa zameriava na implementáciu programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocničných zariadení s cieľom zvýšiť efektivitu využívania ľudských zdrojov, budov a medicínskeho vybavenia. Medzi hlavné KPI ukazovatele patria dosiahnutie 85 % miery obložnosti a zníženie počtu akútnych lôžok na 2,5 na 1 000 obyvateľov do roku 2030.

Dôraz sa ďalej kladie aj na efektívnu výmenu informácií (a to aj prostredníctvom využívania riešení informatizácie zdravotníctva, tzv. eHealth) medzi nemocnicami a ostatnými zdravotníckymi zariadeniami a na zachovanie kontinuity poskytovania zdravotnej starostlivosti pri presune pacientov medzi rôznymi prostrediami (vrátane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, domáceho ošetrovania atď.).

## **2.6 Medzirezortné aspekty zdravia**

### **Ochrana zdravia pri práci**

Od roku 2008 sú všetci zamestnávateľia povinní zabezpečiť pracovnú zdravotnú službu pre zamestnancov pracujúcich vo vysoko rizikovom prostredí. Pracovná zdravotná služba je odborná poradenská služba pre zamestnávateľov v oblasti ochrany zdravia pri práci, ktorej súčasťou je odborné posúdenie zdravotných rizík a dohľad nad zabezpečením ochrany zdravia pri práci. Zabezpečujú ju zdravotnícki pracovníci so špeciálnou kvalifikáciou alebo externé subjekty s oprávnením vydaným Úradom verejného zdravotníctva.

### **Zdravé komunity**

Pilotný projekt nazvaný Zdravé komunity zameraný na zlepšenie zdravotnej osvedy a včasnej zdravotníckej intervencie na komunitnej úrovni bol spustený rovnomennou neziskovou organizáciou v roku 2002 s finančnou podporou Európskeho sociálneho fondu. Do roku 2012 sa v rámci pilotného projektu podarilo vytvoriť platformu na podporu zdravia znevýhodnených skupín (PPZZS) a jeho pôsobnosť sa rozšírila z pôvodných 68 až na 108 lokalít na celom Slovensku. V roku 2013 sa pilotný projekt transformoval na národný projekt pod záštitou Ministerstva zdravotníctva SR. Projekt sa osobitne zameriava na rómske komunity a podporuje ich prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane prevencie a zdravotnej osvedy, ako aj znižovanie rozdielov medzi zdravotným stavom Rómov a väčšinového obyvateľstva (pozri časť 5.14). Do projektu je v súčasnosti (polovica roku 2016) zapojených 239 lokalít predovšetkým na strednom a východnom Slovensku. Na jeho realizácii sa podieľa 257 zamestnancov (234 asistentov osvedy zdravia a 23 koordinátorov), ktorí pravidelne spolupracujú s viac ako 750 lekármi a 100

základnými a materskými školami.

### **Národná protidrogová stratégia**

V roku 2013 vláda SR schválila piatu „Národnú protidrogovú stratégiu Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013-2020“. Národná protidrogová stratégia SR je definovaná ako základný strategický dokument Slovenskej republiky v oblasti protidrogovej politiky, ktorý vychádza z Protidrogovej stratégie Európskej únie na obdobie 2013 - 2020. Cieľom stratégie je prispieť k merateľnému zníženiu dopytu po drogách, drogovej závislosti, zdravotných a sociálnych rizík a škôd súvisiacich s užívaním drog. Zároveň sa predpokladá, že pomôže znížiť drogovú kriminalitu a obchodovanie s ilegálnymi drogami. V rámci EÚ došlo k posilneniu spolupráce s tretími štátmi a medzinárodnými organizáciami v oblasti znižovania dopytu a ponuky drog.

## **2.7 Riadenie zdravotníckych informácií**

Nový zákon o národnom zdravotníckom informačnom systéme bol prijatý v roku 2013, Slovensku však ešte stále chýba spoľahlivá politika v oblasti zdravotníckych informácií a dôveryhodné a dostupné údaje. Existuje niekoľko systémov na zber údajov, ktoré však trpia nedostatkom systémových a inštitucionálnych kapacít na spracovanie dát. Výnimkou, ktorá stojí za zmienku, je systém referencovania cien liekov, v ktorom sú pre všetkých účastníkov trhu dostupné transparentné a systematicky zbierané údaje.

Zber informácií týkajúcich sa kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je veľmi obmedzený. Nezávislé organizácie a čiastočne aj zdravotné poisťovne a regulačné orgány zostavujú porovnania rôznych výkonnostných a kvalitatívnych ukazovateľov alebo čakacích listín poskytovateľov ZS, zrozumiteľné informácie o kvalite poskytovateľov pre spotrebiteľov však stále chýbajú.

Informácie o fungovaní zdravotného poistenia, ktoré zbiera ÚDZS, sú relevantnejšie a ľahšie dostupné, ÚDZS ich však využíva len vo veľmi obmedzenej miere.

### **2.7.1 Informačné systémy**

#### **Elektronické zdravotníctvo e-Health**

Z vládnych aj z nezávislých analýz vyplýva, že Slovensko v porovnaní s ostatným európskymi štátmi zaostáva v zavádzaní informačných technológií v zdravotníctve. Vytvorenie zdravotníckej informačnej infraštruktúry bolo v roku 2008 vyhlásené za prioritu zdravotnej politiky. Výsledkom bolo prijatie nového zákona o národnom zdravotníckom informačnom systéme v roku 2013. Ministerstvo zdravotníctva odhadovalo celkové náklady na vybudovanie systému elektronického zdravotníctva na 250 mil. EUR počas obdobia piatich rokov, ale projekt nie je ešte ani v roku 2016

dokončený (pozri časť 4.1.4.) Túto úlohu do iste miery supľujú zdravotné poisťovne, ktoré budujú svoje vlastné informačné systémy, aplikácie a nástroje.

### **Poskytovatelia**

Informácie z rôznych oblastí zdravotníctva zbierajú rôzne subjekty, ktoré používajú rôzne spôsoby. Neexistujúce prepojenie zozbieraných údajov predstavuje administratívnu záťaž pre všetky subjekty slovenského zdravotníctva, predovšetkým však pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zozbierané údaje nie sú verifikované, s výnimkou tých, ktoré sa vykazujú na základe finančných tokov. Neexistujú ani spoločne dohodnuté ukazovatele, ani štandardy pre vykazovanie údajov.

Zdravotné poisťovne poskytujú platby poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na základe určitých vykazovaných ukazovateľov. Podľa ÚDZS však vykazované ukazovatele kvality majú všeobecne nízku validitu, hoci zdravotné poisťovne investovali nemalé prostriedky do zvýšenia efektívneho zberu údajov a ich elektronického vykazovania. Všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú povinní poskytovať informácie o prenosných ochorenia Úradu verejného zdravotníctva.

### **Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)**

Od roku 2013 sú všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (štátni aj súkromní) a všetky zdravotné poisťovne (v štátnom aj v súkromnom vlastníctve), ako aj samosprávne kraje, Úrad verejného zdravotníctva a právnické osoby v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva zo zákona povinní poskytovať systematicky štruktúrované údaje podľa štandardov stanovených Národným centrom zdravotníckych informácií (NCZI). V praxi sa táto požiadavka v plnom rozsahu nedodržiava v dôsledku (1) neexistencie jednotného informačného systému, (2) zastaranej dátovej štruktúry a štandardov a (3) nedostatočných analytických kapacít NCZI. Spolahlivosť a validita údajov je teda veľmi nízka. Údaje o zdravotnom stave, kvalite a výkonnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nespĺňajú potreby tvorcov politik na prijímanie kvalifikovaných rozhodnutí.

Podľa zákona o národnom zdravotníckom informačnom systéme z roku 2013 údajovú základňu všetkých zdravotníckych informácií tvoria štyri piliere: (1) údaje z národných zdravotníckych administratívnych registrov – národný register poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a národný register zdravotníckych pracovníkov, (2) údaje z národných zdravotníckych registrov (pozri rámček č. 2.2), (3) zisťovania udalostí charakterizujúcich zdravotný stav populácie a (4) štatistické výkazy v zdravotníctve.

V súlade so zákonom z roku 2013 je NCZI zodpovedné za implementáciu stratégie elektronického zdravotníctva vrátane autorizovanej elektronickej komunikácie, elektronickej preskripcie, elektronických zdravotných knižiek, vykazovania zdravotných výkonov a systémového zberu údajov. Na tento účel je NCZI

zodpovedné za vedenie evidencie výskytu určitých ochorení, ako je uvedené v rámcčku 2.2.

### **Rámček2.2**

#### **Národné zdravotné registre**

Národný register elektronických zdravotných knižiek

Národný register onkologických pacientov

Národný register diabetes mellitus

Národný register vrodených chýb

Národný register chorôb obehovej sústavy

Národný register neurologických chorôb

Národný register chronických pľúcnych chorôb

Národný register tuberkulózy

Národný artroplastický register

Národný register zápalových reumatických chorôb

Národný register úrazov vyžadujúcich poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti

Národný register osôb s podozrením na ich zanedbávanie, týranie, zneužívanie a osôb, na ktorých bolo páchané násilie

Národný register asistovanej reprodukcie

*Zdroj: NCZI, 2013b*

### **Zdravotné poisťovne**

Zdravotné poisťovne prinášajú inovatívne riešenia elektronického zdravotníctva s využitím moderných technológií, ktoré sú výsledkom trhovej konkurencie a potrebou transparentným spôsobom informovať poistencov a regulačné orgány. Príklady inovatívnych riešení:

- ZP Dôvera ponúka rôzne služby elektronického zdravotníctva, ako napríklad „Bezpečné lieky online“ či „hospiCOM“. Ide o online služby, ktoré bezprostrednejšie spájajú lekárov, pacientov, lekárnikov a zdravotnú poisťovňu a umožňujú, napríklad, elektronické predpisovanie liekov. Okrem toho Dôvera zaviedla unikátnu službu, v rámci ktorej svojich pacientov prostredníctvom SMS, emailu alebo mobilných aplikácií informuje o zaregistrovaní a schválení ich plánovaných hospitalizácií.

### **ÚDZS**

ÚDZS zbiera a analyzuje údaje od všetkých zdravotných poisťovní a vydáva výročné správy. Napriek tomu, že maximálne čakacie listiny sú definované zákonom, informácie o nich nie sú oficiálne dostupné. Zodpovednosť za správu čakacích listín nesú zdravotné poisťovne. Tento nedostatok údajov komplikuje dohľad vykonávaný ÚDZS a bráni získavaniu potrebnej spätnej väzby a informácií o fungovaní systému

tvorby zdravotníckych politík. ÚDZS spravuje niekoľko registrov a zoznamov týkajúcich sa verejného zdravotného poistenia (pozri rámček 2.3).

**Rámček 2.3****Registre v správe Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**

Centrálny register poistencov

Register zdravotných poisťovní, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie na základe povolenia

Register platiteľov poistného

Register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Register zdravotníckych pracovníkov

Register osôb oprávnených na výkon dohľadu

Register podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie

Register úmrtí fyzických osôb alebo vyhlásení za mŕtveho

Zoznam osôb, ktoré odmietli za života pitvu

Register zariadení sociálnych služieb, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť

Zdroj: ÚDZS, 2016

### 2.7.2 Posudzovanie zdravotníckej technológie

Slovensko nemá osobitnú štátnu inštitúciu zodpovednú za posudzovanie zdravotníckej technológie. Posudzovanie nových aj existujúcich technológií sa vykonáva v rámci štyroch samostatných postupov na určenie výšky úhrady pre (1) lieky, (2) zdravotnícke pomôcky, (3) dietetické potraviny a (4) ochorenia.

Pokiaľ ide o úhradu zdravotných výkonov, reformné zákony z roku 2004 vytvorili nástroje na určenie prioritných chorôb, ktoré musia byť plne hrazené z verejného poistenia, a mechanizmy na určenie spoluúčasti pacienta alebo vylúčenie neprioritných chorôb zo základného balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia. Tento nástroj však doposiaľ nie je využívaný z dôvodu jeho politickej kontroverznosti. V praxi sú aj neprioritné choroby hrazené bez spoluúčasti (pozri časť 6.1).

## 2.8 Regulácia

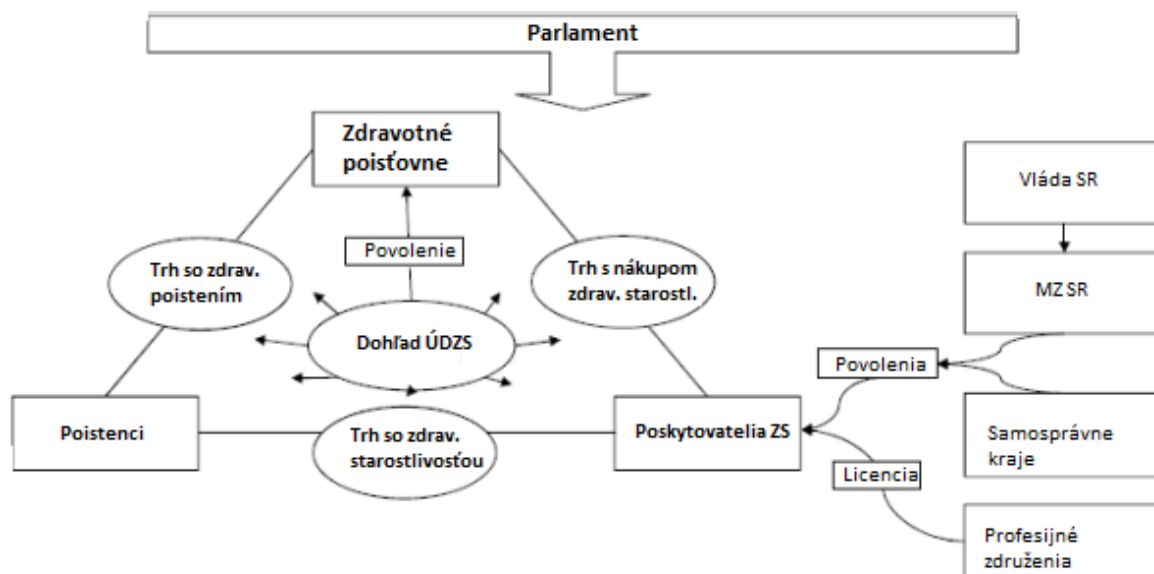
Hlavnými regulačnými orgánmi slovenského zdravotníctva sú parlament, vláda, ministerstvo zdravotníctva a jeho rezortné organizácie a samosprávne kraje. Parlament je zákonodarným orgánom, ktorý schvaľuje zákony. Právny rámec poskytovania zdravotnej starostlivosti je významne ovplyvnený všeobecnými zákonnými normami, ako sú Obchodný zákonník, Občiansky zákonník a Zákonník práce. Výkonné orgány, vláda SR a ministerstvo zdravotníctva, prijímajú sekundárnu legislatívu (nariadenia, výnosy, rozhodnutia, opatrenia, usmernenia) rôznej právnej sily. ÚDZS je zodpovedný za sledovanie zdravotného poistenia, nákupu zdravotnej starostlivosti a činnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zároveň presadzuje regulačný rámec. Úloha zdravotných poisťovní v systéme regulácie vyplýva z ich kompetencií ako nákupcov služieb zdravotnej starostlivosti. Patria sem dodržiavanie podmienok selektívneho kontrahovania a flexibilná cenotvorba.

Ústavný súd Slovenskej republiky rozhoduje o súlade právnych predpisov s ústavou zaručenými právami. Ústava SR uvádza, že každý má právo na ochranu svojho zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Zákomom sa stanovuje všeobecný rozsah bezplatnej zdravotnej starostlivosti, špecifické postupy sú definované sekundárnou legislatívou (pozri časť 2.2).

Obr. 2.2 znázorňuje schému regulačného rámca slovenského zdravotníctva, ktorá bude podrobnejšie popísaná v ďalších častiach.

**Obr. 2.2**

Regulácia a dohľad v rámci slovenského systému zdravotnej starostlivosti



Zdroj: Prevzaté zo Szalay a kol., 2011.

### 2.8.1 Regulácia a riadenie platiteľov

Zdravotné poisťovne, ktoré zabezpečujú verejné zdravotné poistenie, majú v slovenskom zdravotníctve postavenie platiteľov. Musia mať právnu formu akciovej spoločnosti, ktorá funguje podľa súkromného práva. Zdravotné poisťovne sú zodpovedné za výber zdravotných odvodov a za nákup zdravotnej starostlivosti. Napriek tomu, že všetky zdravotné poisťovne musia pôsobiť na celoštátnej úrovni, ich trhové podiely poukazujú na výrazné regionálne rozdiely. Z nich potom vyplýva aj rôzna vyjednávacía pozícia zdravotných poisťovní voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch.

Povolenia zdravotným poisťovniam vydáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zákonnými podmienkami na vydanie povolenia sú splatené základné imanie vo výške najmenej 16,6 mil. EUR a prehľadné personálne vzťahy. Vlastníci zdravotných poisťovní menujú členov predstavenstva a dozornej rady. Regulácia sa týka akcionárskej štruktúry, personálneho obsadenia a nákupnej politiky, ako aj finančného riadenia samotnej zdravotnej poisťovne. Dodržiavanie predpisov zo strany zdravotných poisťovní vynucuje ÚDZS, ktorý im môže ukladať sankcie, napríklad v prípade slabého hospodárskeho výsledku, ak sa zdravotná poisťovňa výrazne zadlží alebo sa dostane do platobnej neschopnosti, alebo ak neplní verejný záujem. Sankcie môžu mať podobu finančného postihu, zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou alebo zrušenia povolenia na výkon verejného zdravotného poistenia.

Ako všetky akciové spoločnosti, aj zdravotné poisťovne si musia dať vypracovať audit svojich účtovných závierok. Zdravotná poisťovňa môže navrhnúť audítora, ÚDZS ho však môže odmietnuť a vymenovať iného. ÚDZS predkladá ministerstvu financií a ministerstvu zdravotníctva polročné správy o finančnom hospodárení zdravotných poisťovní, ako aj ročný návrh rozpočtu. Všetky zdravotné poisťovne musia predkladať svoje podnikateľské zámery ÚDZS a zverejňovať svoje výročné správy v obchodnom registri. Zdravotné poisťovne musia zverejňovať všetky zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na svojej webovej stránke aj v centrálnom registri zmlúv.

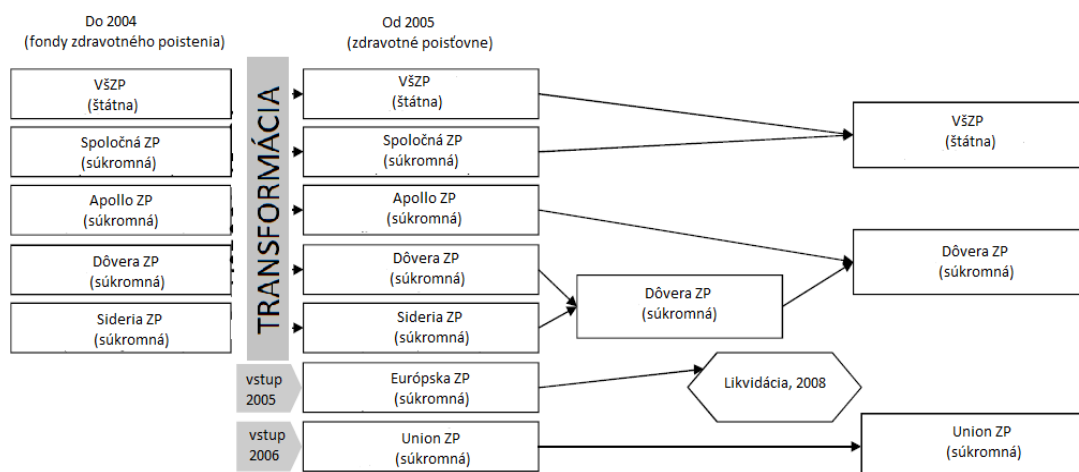
Dôležitú úlohu pri regulácii zdravotných poisťovní zohráva (centrálne) vláda. Vláda je oprávnená odvolať predsedu ÚDZS, ak výkonnosť sektoru verejného zdravotného poistenia nenapĺňa očakávania. Okrem toho vláda pri príprave štátneho rozpočtu rozhoduje aj o dodatočných finančných zdrojoch pre systém zdravotného poistenia prostredníctvom úpravy sadzieb zdravotných odvodov za poistencov štátu. Prostredníctvom ministerstva zdravotníctva definuje (minimálny) balík zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, kategorizáciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, poplatky pacientov a maximálne čakacie listiny. V neposlednom rade je ministerstvo zdravotníctva jediným akcionárom najväčšej zdravotnej poisťovne, Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP). MZ SR teda môže

ovplyvňovať prevádzkovú a nákupnú politiku štátnej poisťovne. VŠZP má navyše vďaka svojej veľkosti silný vplyv na celý trh zdravotného poistenia.

Po reforme zdravotníctva v roku 2004 sa dovedy existujúce fondy verejného zdravotného poistenia (prevádzkované štátom alebo priemyselným sektorom) transformovali na akciové spoločnosti, oprávnené tvoriť zisk a vyplácať dividendy svojim akcionárom. Zdravotné poisťovne môžu vyplácať zisk akcionárom až po zabezpečení všetkých potrieb zdravotnej starostlivosti svojich poistencov. V priebehu troch rokov od reformy zdravotníctva vstúpili na trh dve nové, na zisk orientované zdravotné poisťovne, dve poisťovne sa zlúčili s cieľom konsolidovať svoje portfóliá a jedna poisťovňa ukončila svoju činnosť v reakcii na zmenený regulačný rámec od roku 2008. S účinnosťou od začiatku uvedeného roka sa všetky zdravotné poisťovne stali povinné používať celý svoj zisk na nákup zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom roku (zákaz tvorby zisku). Možnosť vytvárať zisk z verejného zdravotného poistenia bola opätovne zavedená po rozhodnutí Ústavného súdu SR v roku 2011. V roku 2012 vyhrala holandská zdravotná poisťovňa Achmea, vlastník slovenskej zdravotnej poisťovne Union, medzinárodnú arbitráž proti Slovenskej republike. Na základe arbitrážneho rozhodnutia musí SR zaplatiť spoločnosti Achmea 25,5 mil. EUR ako odškodné za zákaz tvorby zisku v rokoch 2008 až 2011 (pozri časť 6.2).

Po ďalších dvoch zlúčeníach pôsobia na slovenskom trhu (stav k roku 2015) jedna štátna zdravotná poisťovňa a dve súkromné poisťovne (pozri obr. 2.3). Celkový trhový podiel štátnej VŠZP klesol zo 76 % v roku 2005 na 64 % v roku 2015.

**Obr. 2.3**  
Štruktúra trhu zdravotného poistenia, 2004-2016





Zdroj: prevzaté od Szalay a kol., 2011.

Napriek tomu je trh zdravotného poistenia v roku 2015 silne koncentrovaný, s Herfindahl-Hirschmannovym indexom na hodnote 0,49. Tento ukazovateľ meria úroveň konkurencie medzi spoločnosťami pôsobiacimi na trhu v porovnaní s ich veľkosťou. Ukazovateľ sa udáva na stupnici od 0 do 1,0, pričom sa pohybuje od veľkého počtu veľmi malých spoločností až po jediného monopolného producenta (pozri tabuľku č. 2.2). Pri úrovni nad 0,25 sa trh považuje za vysoko koncentrovaný.

### Tabuľka č. 2.2

Herfindahl-Hirschmannov index slovenského trhu zdravotného poistenia, 2005-2015

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Index	0,45	0,45	0,36	0,36	0,36	0,52	0,51	0,50	0,49	0,49	0,49

Zdroj: Vlastné výpočty autorov na základe údajov od ÚDZS.

Včasnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti upravuje zákon. Lehoty na čakacích listinách by vo všeobecnosti nemali byť dlhšie než 12 mesiacov. Z empirických zistení vyplývajú výrazné rozdiely v dĺžke čakacích listín medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Sekundárna legislatíva, ktorú vydáva ministerstvo zdravotníctva, upravuje len tri typy čakacích listín (pre choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky, pre choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky, pre choroby obehovej sústavy). Táto skutočnosť bráni ÚDZS sledovať celkové čakacie lehoty.

### 2.8.2 Regulácia a riadenie poskytovateľov

Regulácia poskytovanej zdravotnej starostlivosti (vrátane jej kvalitatívnych aspektov) sa zameriava na tri zložky: štruktúru, procesy a výsledky. Prvá zložka, regulácia štruktúry poskytovateľov, je definovaná najjasnejšie. Ministerstvo zdravotníctva určuje minimálne kritéria materiálno-technického vybavenia a kvalifikačné a personálne požiadavky. Na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v SR musí zdravotnícke zariadenie spĺňať tieto podmienky: (1) povolenie na prevádzkovanie zariadenia a (2) licencia od príslušnej profesijnej komory pre zdravotníckych pracovníkov, ktorí v zariadení pracujú. O povolenie a licenciu môže prevádzkovateľ požiadať, ak spĺňa požiadavky na materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie a odbornú spôsobilosť.

Príslušné povolenia pre takmer všetky zariadenia ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti vydávajú samosprávne kraje. Prípadné spory rieši ministerstvo zdravotníctva. Ministerstvo zdravotníctva vydáva tiež povolenie poskytovateľom záchranej zdravotnej služby, špecializovaným nemocniciam, zariadeniam biomedicínskeho výskumu, tkanivovým zariadeniam, biobankám a

referenčným laboratóriám. Prevádzkovatelia, ktorí chcú pôsobiť vo viacerých samosprávnych krajoch, spadajú do kompetencie ministerstva zdravotníctva.

Povolenia sa udeľujú na neobmedzené časové obdobie, počas ktorého musí poskytovateľ spĺňať zákonné podmienky vstupu na trh. Výnimkou sú ambulancie záchranej zdravotnej služby, ktorým môže udeliť povolenie len ministerstvo zdravotníctva na obdobie šiestich rokov na základe výberového konania. Po víťazstve vo výberovom konaní je financovanie zabezpečené zdravotnými poisťovňami a určeným zásahovým územím.

Nezávislí zdravotnícki pracovníci, ktorí nepôsobia v rámci žiadneho zariadenia zdravotnej starostlivosti, ale sú samostatnými podnikateľmi, môžu poskytovať služby zdravotnej starostlivosti len na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe.

Takmer všetci všeobecní lekári a drvivá väčšina špecialistov poskytujú služby zdravotnej starostlivosti v rámci súkromnej zdravotníckej praxe. Štát je vlastníkom najväčších (hlavne univerzitných a fakultných) nemocníc, pričom takmer všetky fungujú ako príspevkové organizácie. Päť zariadení zdravotnej starostlivosti v štátnom vlastníctve bolo reformou zdravotníctva z roku 2004 transformovaných na akciové spoločnosti.

Bez ohľadu na ich právnu formu všetci poskytovatelia súťažia o zmluvy so zdravotnými poisťovňami na základe konkurencie v oblasti kvality a cien. Presunom kompetencií zriaďovať sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti z ministerstva zdravotníctva na zdravotné poisťovne bolo do slovenského systému zdravotníctva zavedené selektívne kontrahovanie. Aby bola zaručená dostupnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vláda SR určuje minimálnu sieť poskytovateľov s cieľom ovplyvniť plánovanie kapacít. Rozsah tejto siete vychádza z výpočtov minimálneho počtu lekárov ambulantnej starostlivosti a minimálneho počtu nemocničných lôžok pre každý z ôsmich samosprávnych krajov. Minimálne kapacity sa určujú na základe počtu obyvateľov, neprihliadajú však na špecifické zdravotné potreby obyvateľstva a efektívne využívanie zdrojov.

Zdravotné poisťovne nesú zodpovednosť za udržiavanie minimálnej siete. Selektívne kontrahovanie a trhovú dopyt motivujú zdravotné poisťovne, aby sa prispôbovali meniacemu za dopytu. Vláda môže upravovať požadovaný rozsah minimálnej siete poskytovateľov a tým usmerňovať plánovanie v sektore zdravotníctva. V roku 2016 bolo súčasťou zákonom určenej minimálnej siete 36 štátnych nemocníc, špecializovaných ústavov a lekárskeho ústavov.

Prostredníctvom Štátnej kúpeľnej komisie reguluje ministerstvo zdravotníctva aj oblasť prírodných liečebných kúpeľov, prírodných liečivých zdrojov a prírodných minerálnych vôd.

Druhá kvalitatívna zložka, regulácia procesov, je definovaná veľmi všeobecne. Ministerstvo zdravotníctva vyžaduje, aby poskytovatelia mali zavedenú písomnú dokumentáciu týkajúcu sa ich systému kvality, ktorý znižuje nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť však ministerstvo zdravotníctva zatiaľ nevynucuje. Vydáva len usmernenia, ktoré nie sú ani právne záväzné, ani vymožitelné. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti preto nie sú povinní absolvovať externý monitoring či zverejňovať svoje finančné výsledky alebo ukazovatele kvality, čím sú systémy kvality v oblasti zdravotnej starostlivosti zredukované na číru formalitu.

Tretia zložka kvality zdravotnej starostlivosti, regulácia výsledkov, sa obmedzuje len na vydávanie ukazovateľov kvality o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktoré slúžia ako kritéria pri selektívnom zazmluvňovaní. Ukazovatele kvality, vypracované ministerstvom zdravotníctva v spolupráci s odbornými organizáciami, zdravotnými poisťovňami a ÚDZS, sú každoročne zverejňované. Podľa tvrdení samotného ÚDZS majú údaje, ktoré poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zbierajú, nízku validitu, z čoho vyplýva aj nízka spoľahlivosť rebríčkov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti preskúmava ÚDZS. Ak sa pochybenie potvrdí, ÚDZS je v spolupráci so samosprávnym krajom a MZ SR oprávnený uložiť sankcie voči dotknutému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. V prípade podozrenia zo spáchania trestného činu ÚDZS podá návrh na predloženie trestného oznámenia súd na rozhodnutie. ÚDZS tieto prípady zverejňuje v správach o svojej činnosti.

### **2.8.3 Registrácia a plánovanie ľudských zdrojov**

Každý zdravotnícky pracovník je povinný registrovať sa v príslušnej profesijnej komore a pravidelne aktualizovať informácie o svojich pracovných a vzdelávacích aktivitách. Po ukončení vysokoškolského štúdia a získaní príslušnej licencie sú zdravotnícki pracovníci oprávnení vykonávať lekársku prax. Zdravotnícki pracovníci môžu pôsobiť buď ako samostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (podnikatelia), alebo ako zamestnanci iného poskytovateľa. Ako poskytovatelia potrebujú povolenie aj licenciu na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, ako zamestnanci potrebujú len registráciu v príslušnej profesijnej komore. Licenciu vydáva aj profesijná komora ako potvrdenie odbornej spôsobilosti (vzdelanie a počet rokov praxe).

Na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti musí lekár predložiť svoju licenciu lekárovi príslušného samosprávneho kraja spoločne so žiadosťou o vydanie povolenia na poskytovanie ambulantnej starostlivosti. Po splnení určitých požiadaviek týkajúcich sa odbornej spôsobilosti a zdravotníckeho vybavenia (kritériá materiálno-technického vybavenia a personálneho zabezpečenia stanovené zákonom)

je zdravotnícky pracovník oprávnený viesť vlastnú zdravotnícku prax. V slovenskom zdravotníctve neexistuje systém recertifikácie licencií. Okrem toho neexistuje ani mechanizmus na reguláciu počtu zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých kategóriách a špecializáciách v závislosti od potrieb obyvateľstva.

Nedostatok regulácie sa prejavuje v dlhodobom plánovaní ľudských zdrojov. O počtoch študentov a absolventov lekárskejších fakúlt rozhodujú univerzity, ktoré financuje rezort školstva, pričom ich rozhodnutia nie sú prepojené na potreby sektoru zdravotníctva. Vstupom do EÚ sa zvýšila mobilita zdravotníckych pracovníkov, čo vedie k nedostatku špecialistov v niektorých oblastiach. Zavedením požiadavky, aby záchranná zdravotná služba zamestnávala anesteziológov, došlo k zníženiu ich počtov v zdravotníckych zariadeniach. Rigidné územné plánovanie kapacít všeobecných lekárov do roku 2004, ktoré oslabovalo atraktivnosť tohto povolania pre nových záujemcov, spojené so starnutím pracovnej sily viedlo k výraznému nedostatku lekárov v tomto odbore (pozri časť 4.2).

### **Rezidentský program**

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-30 rieši plánovanie ľudských zdrojov v slovenskom zdravotníctve. Po prvé, zaoberá sa starnutím pracovnej sily, a mal by prispieť k zníženiu priemerného veku všeobecných lekárov zo súčasných 54 na 40 rokov do roku 2030. Kľúčom k dosiahnutiu tohto cieľa je novozavedený Rezidentský program, ktorého cieľom je (1) znížiť priemerný vek všeobecných lekárov a pediatrov, (2) zlepšiť vzdelávanie v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých, deti a dorast a (3) zvýšiť kvalitu a dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti.

Pilotný projekt programu začal v školskom roku 2014/2015, absolventi zdravotníckych škôl sa môžu do neho prihlásiť okamžite po úspešnom ukončení štúdia. Ostatní absolventi lekárskejších fakúlt musia spĺňať nasledovné podmienky: musia mať vek do 36 rokov a nesmú byť zaradení do žiadneho špecializačného štúdia, resp. sú už zaradení do špecializačného štúdia, ktoré by mali ukončiť najskôr do konca októbra 2015. Program by mal tiež zvýšiť všeobecné povedomie o kvalite a službách prvého kontaktu (tzv. *gatekeeping*) v oblasti primárnej starostlivosti a zlepšiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Súčasne so znižovaním veku pracovnej sily sa majú zlepšovať aj ukazovatele výkonnosti. Po prvé, má sa posilniť úloha všeobecných lekárov ako lekárov prvého kontaktu (*gatekeepers*) tak, aby sa percento návštev pacientov odoslaných k špecialistom alebo do nemocnice znížilo zo súčasných 80 % na 30 % do roku 2030. Po druhé, počet návštev u lekára na osobu by sa mal znížiť z 11,3 v roku 2014 na 6,4 v roku 2020 (Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-30) (pozri časť 6.2).

## 2.8.4 Regulácia a riadenie v liekovej oblasti

Pred uvedením na trh v Slovenskej republike musí liek získať registráciu od Európskej liekovej agentúry (EMA), resp. na národnej úrovni od Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (ŠÚKL). ŠÚKL pozorne sleduje bezpečnosť liekov na Slovensku a predstavuje príslušný národný orgán zodpovedný za farmakovigilanciu. Súčasťou sledovania sú hlásenia o nežiaducich účinkoch, ktoré sú povinné predkladať farmaceutické spoločnosti, ako aj kvalita farmaceutických výrobkov. Hlásenia o nežiaducich účinkoch sa posielajú Centru pre sledovanie nežiaducich účinkov liekov Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. Lekár, ktorý lieky predpisuje, je povinný hlásiť akékoľvek nežiaduce účinky. Najvyššie počty hlásení nežiaducich účinkov boli zaznamenané v 80-tych a 90-tych rokoch minulého storočia, keď ich počty dosahovali viac ako 2 000 hlásení ročne. Koncom 90-tych rokov sa počet hlásení znížil na 500 za rok, ale opäť sa výrazne zvýšil po roku 2000. V roku 2015 bolo evidovaných 1 171 hlásení (ŠÚKL, 2016).

Povinnosť hlásiť nežiaduce účinky lieku majú aj držiteľia registrácie liekov. Každý držiteľ registrácie určí osobu zodpovednú za oblasť farmakovigilancie. Okrem lekárov sa hlásenie nežiaducich účinkov liekov týka aj farmaceutov a zdravotných sestier, ako aj pacientov samotných. ŠÚKL je oprávnený pozastaviť distribúciu lieku alebo stiahnuť ho z trhu, v závažnejších prípadoch môže pozastaviť jeho registráciu na obdobie 90 dní, resp. registráciu úplne zrušiť.

Všeobecná reklama liekov pre laickú verejnosť je povolená len pre lieky bez omamných a psychotropných látok a pre voľnopredajné lieky, ktoré nie sú hrazené na základe verejného zdravotného poistenia. Reklama určená zdravotníckym profesionálom, t.j. lekárom a farmaceutom, nepodlieha takýmto obmedzeniam.

Ďalšou výnimkou sú očkovacie kampane povolené ministerstvom zdravotníctva. Obsah reklamy určenej laickej verejnosti nesmie vyvolávať dojem, že nie je potrebné lekárske vyšetrenie alebo že účinky lieku sú zaručené. Popis diagnózy nesmie pacientov zavádzať a viesť k mylnému samourčeniu diagnózy; mal by sa vyhýbať používaniu nadmerných, hrozivých alebo klamlivých výrazov. Reklama nesmie pripodobňovať liek k potravine, kozmetickému výrobku alebo k inému spotrebnému tovaru. Reklama liekov určená verejnosti musí byť zostavená tak, aby bolo jednoznačné, že informácia je reklamou, a musí obsahovať zrozumiteľné informácie o správnom používaní. Dohľad nad dodržiavaním štandardov týkajúcich sa reklamy liekov vykonáva Štátny úrad pre kontrolu liečiv.

Na základe európskej legislatívy a odporúčania Európskej liekovej agentúry na zlepšenie informovanosti pacientov ŠÚKL na svojej webovej stránke [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk) vytvoril portál s informáciami pre pacientov. Na portáli je zverejnený zoznam patientskych organizácií, ktorý však nebol od roku 2007 aktualizovaný, čo môže naznačovať skôr len formálny prístup k tejto problematike.

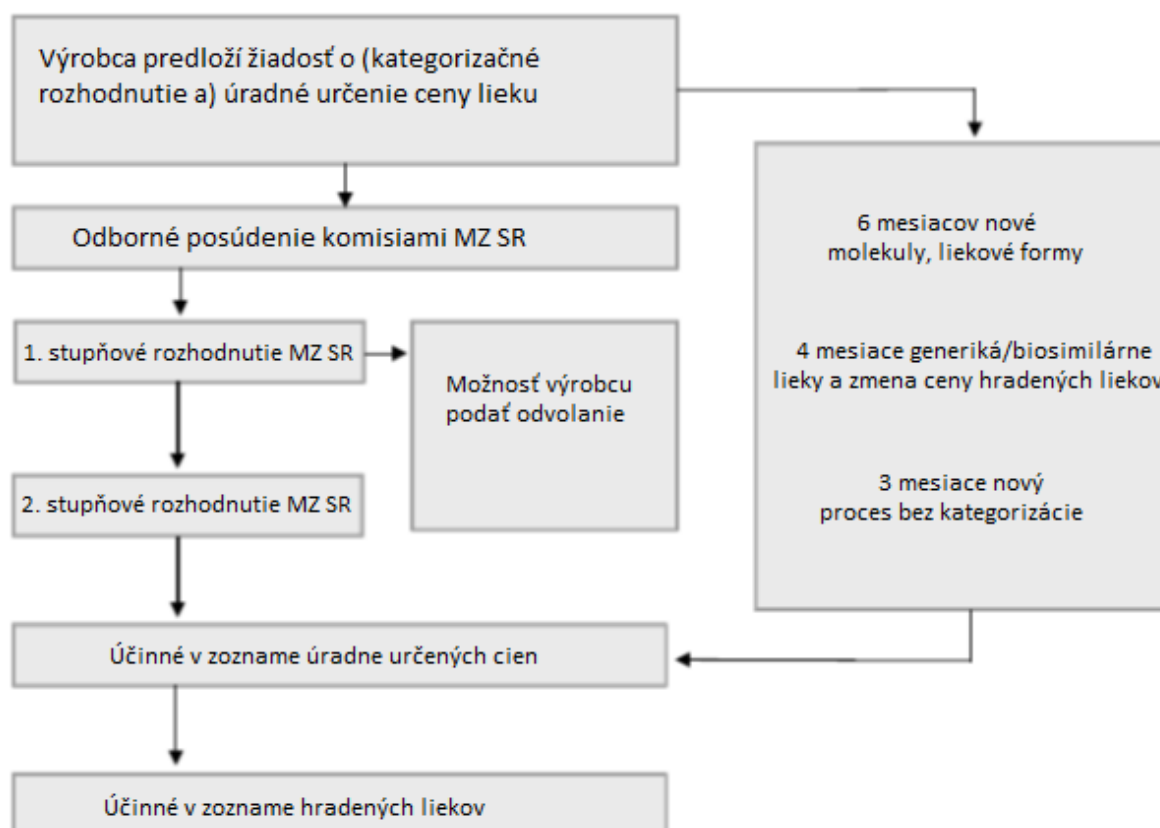
Okrem toho, zdravotná poisťovňa Dôvera vytvorila pre svojich 1,4 mil. poistencov vlastný e-health projekt pod názvom „Bezpečné lieky“. Ide o online službu, ktorá bezprostrednejšie spája lekárov, pacientov, lekárníkov a zdravotnú poisťovňu. Hlavným cieľom projektu je zvýšiť bezpečnosť pacientov a znížiť riziko polyfarmácie u pacientov s komplexným ochorením.

### Kategorizačné rozhodnutie

O zaradení lieku medzi lieky hradené z verejného zdravotného poistenia a výške úhrady rozhoduje ministerstvo zdravotníctva a jeho kategorizačná komisia. Kategorizačné rozhodnutie je prijaté po posúdení lieku (pozri obr. 2.4). Podobný postup sa uplatňuje aj v prípade zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín. MZ SR na centrálnej úrovni upravuje rozsah služieb zdravotnej starostlivosti hradených zo zdravotného poistenia určením zoznamu plne a čiastočne uhrádzaných a neuhrádzaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ako aj definovaním zoznamu prioritných a neprioritných ochorení a určením výšky finančnej spoluúčasti (doplatkov) a poplatkov hradených pacientmi.

#### Obr. 2.4

Postup pri vydávaní kategorizačných rozhodnutí pre lieky na Slovensku, 2016



Zdroj: Zostavené autormi na základe prezentácie Dagmary Hroncovej z roku 2015

Držiteľ registrácie lieku musí najprv predložiť porovnateľné údaje o lieku vrátane jeho účinnosti, bezpečnosti a farmako-ekonomických informácií. V súlade s

odporúčaniami ministerstva zdravotníctva sa liek posudzuje na základe analýzy minimalizácie nákladov, nákladovej efektívnosti a prínosu liečby. Diskontná sadzba pre prínosy a náklady bola stanovená na úrovni 5 %. Odporúčaná prahová hodnota nákladovej efektívnosti novej technológie bola stanovená ako 24-násobok priemernej mesačnej mzdy za dva predchádzajúce roky na jednotku zlepšenia zdravotného stavu (20 592 EUR v roku 2016), čo znamená, že za nákladovo efektívne lieky sa považujú tie s nižšími nákladmi na získaný rok života štandardizovanej kvality (QALY). Na druhej strane, lieky, ktoré prekračujú 35-násobok priemernej mesačnej mzdy za dva predchádzajúce roky na jednotku zlepšenia zdravotného stavu (30 030 EUR/QALY v roku 2016), sa nepovažujú za nákladovo efektívne. Lieky, u ktorých sa náklady na QALY pohybujú medzi 20 591 EUR a 30 030 EUR na získaný rok života štandardizovanej kvality v roku 2016, budú predmetom ďalšieho posudzovania.

Po druhé, každý liek posúdi jedna z 22 odborných pracovných skupín podľa jeho anatomickeo-terapeutickej klasifikácie. Pracovné skupiny hodnotia účinnosť, bezpečnosť a dôležitosť každého lieku. Jedna pracovná skupina posudzuje farmako-ekonomické vlastnosti lieku. Výsledky posudzovania odbornými pracovnými skupinami slúžia ako podklady pre rozhodovanie Kategorizačnej komisie pre lieky. Kategorizačná komisia má jedenásť členov, z ktorých traja sú zástupcami ministerstva zdravotníctva, piati sú zástupcami zdravotných poisťovní a traja zastupujú odbornú verejnosť.

V poslednom kroku kategorizačná komisia predloží návrh na zaradenie, nezaradenie, vyradenie alebo zmenu zaradenia lieku v zozname liekov hrađených na základe zdravotného poistenia spolu s návrhom na výšku úhrady zo zdravotného poistenia, finančnej spoluúčasti (doplatku) pacienta a podmienok úhrady. Konečné rozhodnutia o kategorizácii liekov sa zverejňujú na webovej stránke MZ SR po každom zasadnutí kategorizačnej komisie. Žiadateľ dostane písomné oznámenie o výsledku kategorizačného rozhodnutia, voči ktorému sa môže odvolať.

Postup pri kategorizácii liekov sa aktualizuje a zverejňuje raz za mesiac. Žiadosť o zaradenie lieku do zoznamu liekov s úradne určenou cenou je možné predložiť kedykoľvek. Zmeny cien a zaradenie liekov do zoznamu sa zverejňujú každý mesiac podľa aktuálneho časového harmonogramu celého procesu posudzovania.

Kategorizácia sa reviduje štyrikrát do roka. Revidovaná kategorizácia nadobúda platnosť vždy od prvého dňa kalendárneho štvrtého roka (1. január, 1. apríl, 1. júl a 1. október).

### **Cenotvorba**

Slovensko uplatňuje referenčný systém cenotvorby liekov. Úhrada z verejného zdravotného poistenia je stanovená vo výške maximálnej ceny štandardnej dennej dávky v referenčnej skupine liečiv. Daná referenčná skupina je veľmi úzko definovaná. Všetky lieky zaradené do referenčnej skupiny obsahujú rovnakú účinnú látku (liečivo) a rovnakú cestu podania. V niektorých prípadoch môže kategorizačná

komisia rozhodnúť o vytvorení osobitnej referenčnej skupiny pre lieky s odlišnou cestou podania a rôznym množstvom účinnej látky na dávku. Ceny liekov hradených z verejného zdravotného poistenia sú regulované tak v ambulantnej, ako aj ústavnej starostlivosti. Po získaní povolenia na uvedenie lieku na trh ministerstvo zdravotníctva určí výrobnú cenu (cenu výrobcu) lieku externým referencovaním. Výrobná cena nesmie byť vyššia ako priemer troch najnižších cien rovnakého lieku predávaného vo všetkých 28 členských štátoch EÚ. Ceny voľnopredajných liekov a liekov na predpis, ktoré nie sú hradené na základe verejného zdravotného poistenia, sú deregulované (tabuľka č. 2.3.).

### Tabuľka č. 2.3

Lieky s regulovanou cenou na Slovensku, 2016

Druh lieku	Predmet cenovej regulácie	DPH
Hradené lieky, lieky na predpis, lieky podávané v rámci ústavnej starostlivosti	Regulovaná cena výrobcu	Regulované obchodné marže distribútorov a lekární
Voľnopredajné lieky bez úhrady na základe zdravotného poistenia	Voľná cenotvorba výrobcu	Neregulované obchodné marže distribútorov a lekární

Zdroj: Hroncová, 2015

### Tabuľka č. 2.4

Prehľad zmien v úhradách a kategorizácii liekov

Obdobie	Hlavné zmeny
2003-2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Štvrtročná kategorizácia</li> <li>• Vopred určený časový harmonogram celého procesu</li> <li>• Spoločné cenové a kategorizačné konania (presunuté na MZ SR)</li> <li>• Žiadosti spracované do 180 dní</li> <li>• Členovia kategorizačnej komisie: 3 MZSR+5ZP+3 odborníci</li> <li>• Zverejňovanie zápisníc z kategorizácie</li> <li>• Vydávanie rozhodnutí</li> <li>• Farmako-ekonomické hodnotenie</li> <li>• Pevné doplatky (spoluúčasť)</li> <li>• Cenové návrhy</li> <li>• Rýchle zaradenie a znížené ceny</li> <li>• Centralizovaný nákup liekov</li> </ul>
2006-2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenčná cenotvorba</li> <li>• Metodické usmernenie pre farmako-ekonomické posudzovanie (náklady na QALY)</li> </ul>



2010-2012

- Mesačná kategorizácia
- Upravené administratívne konanie
- Elektronických portál (zverejňovanie žiadostí, rozhodnutí)
- Náklady na QALY prijaté v zákone
- Zverejňovanie informácií o konflikte záujmov členov kategorizačnej komisie a marketingových aktivít farmaceutických spoločností
- Generická preskripcia
- Maximálny limit na doplatky

Zdroj: Szalayová a kol., 2014.

Degresívna marža na lieky a dietetické potraviny bola na Slovensku prvýkrát zavedená v roku 2004. Marža bola pôvodne stanovená ako pevné percento z ceny lieku (11 % pre distribútora a 21 % pre lekára). V roku 2004 bola zavedená nižšia marža vo výške 10 % (4 % pre distribútora a 6 % pre lekára) na tzv. finančne náročné lieky, t.j. niektoré drahé lieky, ktoré zaťažujú rozpočet. Finančne náročné lieky však neboli nikdy presne definované. O zaradení lieku do tejto kategórie rozhodovala kategorizačná komisia počas rozhodovaní o úhradách za lieky. Od roku 2008 však funguje prepracovanejší regresívny systém, ktorým sa určuje marža osobitne pre distribútorov a osobitne pre lekáreň na základe výrobnéj ceny lieku (tabuľka č. 2.5).

### Tabuľka č. 2.5

Maloobchodné marže na lieky (s výnimkou generík)

Pásma (EUR)	Distribútor		Lekárneň	
	Kumulatívna prirážka za predchádzajúce pásma (EUR)	+prirážka ako % ceny v príslušnom pásme	Kumulatívna prirážka za predchádzajúce pásma (EUR)	+prirážka ako % ceny v príslušnom pásme
1 0,00-2,66	–	14,1	–	32,9
2 2,66-5,31	0,4	11,1	0,9	25,9
3 5,31-7,97	0,7	8,1	1,6	18,9
4 7,97-13,28	0,9	5,1	2,1	11,9
5 13,28-23,24	1,2	3,3	2,7	7,7
6 23,24-39,83	1,5	2,7	3,5	6,3
7 39,83-73,03	1,9	2,4	4,5	5,6
8 73,03-165,97	2,7	2,3	6,4	5,3
9 165,97-331,94	4,8	2,1	11,3	4,9
10 331,94-663,88	8,3	1,9	19,4	4,5

11	nad 663,88	14,8	1,8	34,5	4,2
----	------------	------	-----	------	-----

Zdroj: MZ SR, 2016b.

DPH na lieky sa od roku 1999 zmenila niekoľkokrát. Do roku 1999 predstavovala 6 %, v rokoch 2000-2012 sa zvýšila na 10 %. V roku 2003 sa DPH zvýšila na 14 %, v roku 2004 bola zavedená rovná sadzba DPH na úrovni 19 %. Nová vláda znížila DPH na lieky na 10 % od 1. januára 2007. DPH na maržu lekární bola zavedená 1. januára 2004.

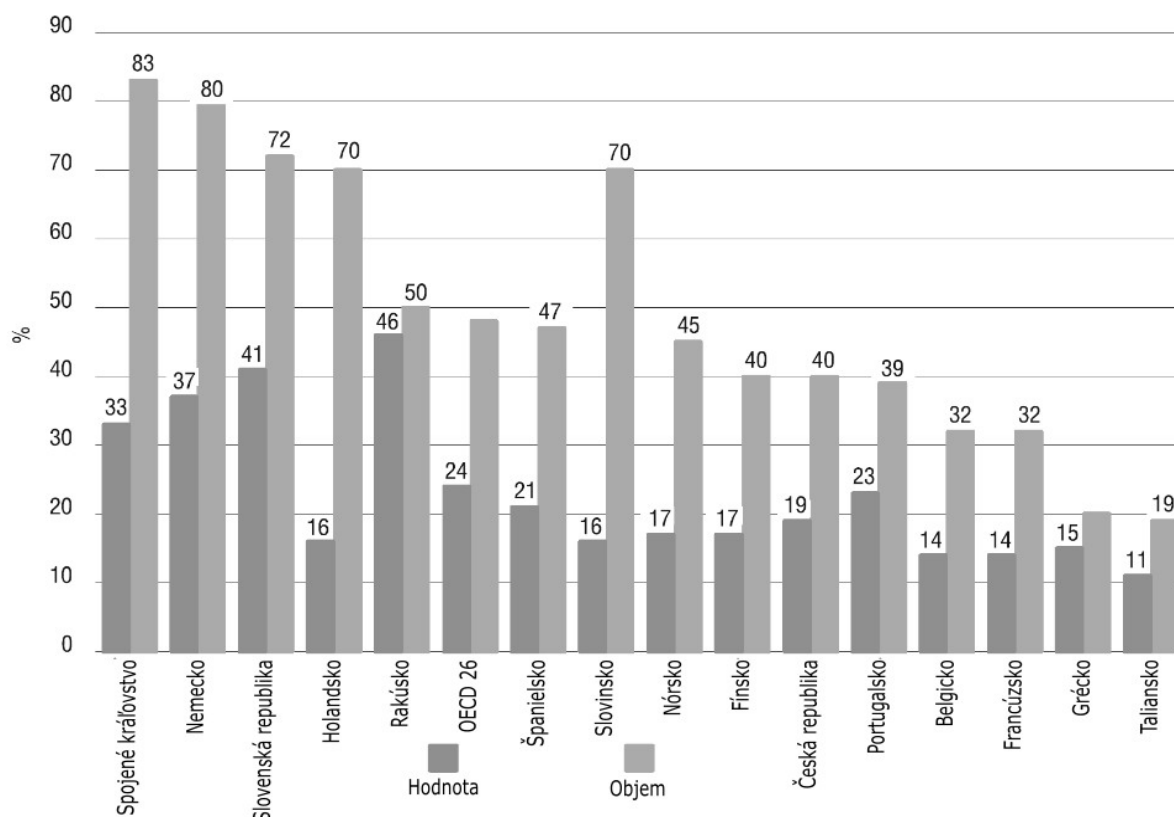
### Generická substitúcia

Zákonom č. 362/2011 bol novelizovaný právny rámec z roku 2005, upravujúci generickú substitúciu. Touto zmenou bola zavedená povinnosť, aby lekári predpisovali účinnú látku lieku (liečivo). Okrem toho, farmaceuti sú povinní pri vydávaní predpisu informovať pacientov o lacnejších alternatívach (generikách). Pokiaľ lekár neodôvodní, prečo nie je možné použiť generický liek, pacient sa pod dohľadom a s pomocou lekárniká môže rozhodnúť pre lacnejšiu možnosť.

Z celkového počtu 4 415 liekov hradených na základe verejného zdravotného poistenia v prvom polroku 2016 bolo 2 573 (58 %) registrovaných ako generiká. Podľa údajov OECD (2015) 72 % všetkých liekov, ktoré boli v roku 2013 čiastočne alebo plne hradené, tvorili generiká, čo predstavuje približne 41 % celkového počtu liekov predaných v SR. Tieto údaje patria medzi najvyššie v rámci členských štátov OECD (pozri obr. 2.5).

**Obr. 2.5**

Podiel generík na celkovom trhu s liekmi na Slovensku, 2013



Zdroj: OECD, 2015.

### 2.8.5 Regulácia zdravotníckych pomôcok

Zdravotnícke pomôcky sa posudzujú na základe podobného procesu kategorizácie ako v prípade liekov. Tento proces zahŕňa žiadosť držiteľa rozhodnutia o registrácii zdravotníckej pomôcky, hodnotenia pracovných skupín a návrh rozsahu úhrady, ktorý vypracuje kategorizačná komisia.

Ministerstvo zdravotníctva plní úlohu regulátora a definuje úradne určenú cenu, s ktorou môže výrobca alebo dovozca zdravotníckej pomôcky vstúpiť na slovenský trh. Táto cena vychádza za princípu referencovania cien a predstavuje priemer troch najnižších cien v rámci EÚ 28. MZ SR spustilo proces referencovania cien pre 586 zdravotníckych pomôcok v januári 2016 a jeho realizácia sa očakávala v júli 2016. Podľa predbežných informácií sa očakáva zníženie cien 586 zdravotníckych pomôcok o 23,5 % (Černěnko a Haluš, 2015).

MZ SR takisto stanovuje maximálnu maržu distribútora (8,5 %) a koncového predajcu (11,5 %), ktoré by spolu nemali presiahnuť 20 %. V priemere uhrádzajú zdravotné poisťovne 92 % z ceny a zvyšok sa dopláca formou doplatku (Černěnko a Haluš, 2015).

### 2.8.6 Regulácia kapitálových investícií

Od centralizovaného kapitálového rozpočtu ministerstva zdravotníctva sa vo veľkej miere upustilo v roku 2003 s cieľom zabezpečiť väčšiu transparentnosť pri kapitálových investíciách do modernizácie nemocníc. Investičné plánovanie nevychádzalo z transparentných relevantných ekonomických alebo zdravotných ukazovateľov, čo spôsobilo nepredvídateľné pridelovanie finančných prostriedkov. Finančné prostriedky sa v súčasnosti prerozdeľujú zdravotným poisťovniam, aby mohli tvoriť súčasť platieb uhrádzaných poskytovateľom a v plnom rozsahu pokrývali kapitálové investície. Preto sa teoreticky kapitálová obnova infraštruktúry nemocníc financovala z prostriedkov zdravotného poistenia prostredníctvom úhrad za služby poskytované nemocnicami.

Poskytovatelia však nepovažujú tieto príjmy za dostatočné a v mnohých prípadoch investujú ďalšie prostriedky do svojich zdravotníckych zariadení, a preto obvykle znášajú investičné náklady v takýchto nemocniciach a poliklinikách. V zriedkavých prípadoch MZ SR poskytuje kapitálové granty, ktorých priemerná hodnota nepresahuje 10 miliónov EUR ročne. Plánovanie a koordinácia využívania prostriedkov zo štrukturálnych fondov EÚ aj v súčasnosti čelia tomu istému problému. Od roku 2004 až do súčasnosti sa prevažná väčšina prostriedkov na kapitálové investície pridelovala zdravotným poisťovniam tak, aby mohli zahrnúť amortizáciu do svojich platieb poskytovateľom. Na obdobie rokov 2007-2015 bol spustený Operačný program Zdravotníctvo s cieľom riešiť medzery v investíciách do poskytovania zdravotných služieb. Operačný program v hodnote 193 miliónov EUR na modernizáciu nemocničnej infraštruktúry a 34 miliónov EUR vo forme spolufinancovania z iných vnútroštátnych zdrojov len minimálne prispeli k naliehavo potrebnému kapitálu (KPMG, 2013). Vplyv nového operačného programu na roky 2014 až 2020 s názvom Integrovaný regionálny operačný program, ktorého rozpočet predstavuje 300 miliónov EUR na kapitálové požiadavky ústavných a ambulancných poskytovateľov starostlivosti, môže byť takisto pomerne nevýrazný.

Technická infraštruktúra nemocníc na Slovensku je v mnohých prípadoch zastaraná. Podľa komplexného prieskumu MZ SR z roku 2004 bol priemerný vek slovenských nemocníc 34,5 roka. Odvtedy sa postavila len jedna nová nemocnica (Nemocnica svätého Michala v réžii Ministerstva vnútra SR za 50 miliónov EUR). Podľa aktualizácie MZ SR sa v roku 2013 priemerný vek zvýšil na 42 rokov (MZ SR, 2013a). Štúdia HPI potvrdila nedostatočnú tvorbu kapitálu v slovenskom zdravotníctve (Pažitný a kol., 2014). Tvorba kapitálu v slovenskom zdravotníctve predstavovala len 59,3 % z úrovne v Českej republike a 30,8 % z úrovne v Rakúsku. Odhady investícií potrebných na priblíženie sa k priemeru EÚ-15 sa pohybujú od 3,9 mld. EUR podľa MZ SR (MZ SR, 2013a) do 8,3 mld. EUR pri najhoršom scenári podľa HPI (Pažitný a kol., 2014).

Zistilo sa, že nemocnice na Slovensku nedosahujú medzinárodný štandard z hľadiska zastavanej plochy. Väčšina nemocníc zaberá veľkú plochu s množstvom

budov rozmiestnených po celom pozemku. Všeobecné nemocnice majú v priemere 30 budov na jednu nemocnicu; niektoré nemocnice majú až 81 budov.

## 2.9 Posilnenie postavenia pacientov

Význam úlohy pacientov v slovenskom systéme zdravotnej starostlivosti sa posilňuje. Pacienti majú napr. právo voľného výberu poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ak má zmluvu s príslušnou poisťovňou). Povedomie o právach pacientov a posilnení ich postavenia, vrátane formálnej implementácie, je však na Slovensku stále nízke.

### 2.9.1 Informovanie pacientov

Informačná asymetria je jednou z charakteristických črt systémov zdravotníctva. Napriek postupnému zlepšeniu v oblasti informovania v rámci systému zdravotníctva stále chýbajú explicitne definované informácie o službách hrađených z verejného zdravotného postenia, vrátane diagnostických a terapeutických procedúr, ktoré s tým môžu byť spojené. To vytvára priestor na subjektívny výklad zo strany zdravotných poisťovní, ako aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Pokiaľ ide o prístup k informáciám, každý jednotlivec má právo byť informovaný o svojom zdravotnom stave, ako aj právo na prístup k svojej zdravotnej dokumentácii. Pred poskytnutím informovaného súhlasu, ktorý je podmienkou na to, aby mohol byť zdravotný výkon poskytnutý, musia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytnúť pacientom všetky potrebné informácie.

Zdravotné poisťovne takisto poskytujú informácie o zdravotníckych službách poskytovaných nad rámec úhrad z verejného zdravotného poistenia. Poisťovne sú povinné zverejniť zoznam poskytovateľov, s ktorými majú uzatvorené zmluvy (napr. na internete). Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia informovať pacientov vopred v prípade, ak je poskytovaná zdravotná starostlivosť podmienená spoluúčasťou. Lekári majú povinnosť informovať pacientov o doplatkoch za lieky na predpis a musia ponúknuť generiká s iným doplatkom. Pacienti si môžu overiť ceny farmaceutických produktov a doplatkov v lekárňach, pretože lekárne sú povinné poskytnúť aktualizovaný zoznam farmaceutických produktov.

Informácie o kvalite poskytovateľov sú nedostatočné. Zdravotné poisťovne zvereňujú hodnotenia nemocníc na základe vlastných analýz. V krajine nie je žiadna inštitúcia, ktorá by aktívne a systematicky monitorovala povedomie o právach pacientov alebo dostupnosť informácií v jazykoch menšín. Túto medzeru sa snažia preklenúť organizácie pacientov, ktoré sú podporované z ich vlastných zdrojov.

## 2.9.2 Voľba pacientov

Voľnosť výberu v zdravotnom poistení pozostáva zo slobodného výberu zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ako aj z práva na výber liečebnej procedúry.

Slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti prostredníctvom sociálneho zdravotného poistenia je obmedzený na zazmluvnených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, kde majú sídlo. Zoznam zazmluvnených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejňujú jednotlivé zdravotné poisťovne. Jedinou výnimkou sú všeobecní lekári; pacienti sú zaregistrovaní u jedného všeobecného lekára a môžu ho zmeniť len raz za šesť mesiacov. Ak poistenec trvá na výbere nezmluvného poskytovateľa, zdravotná poisťovňa môže vydať povolenie vopred a uhradiť náklady. Poskytovatelia nesmú odmietnuť pacientov s výnimkou konkrétnych prípadov, ako napr. pracovná preťaženosť alebo konflikt záujmov. Okrem toho poskytovatelia môžu odmietnuť výkon určitých zákrokov, ak sa nezhodujú s ich náboženským alebo iným presvedčením. Ak takáto situácia nastane, hlavný lekár samosprávneho kraja určí lekára, ktorý sa o pacienta postará. Ak pacient býva v rajóne, v ktorom lekár pôsobí, nemôže byť odmietnutý na základe pracovnej vyťaženia.

Reforma zdravotníctva v roku 2004 poskytla zdravotným poisťovniam nástroje, ktorými môžu súťažiť o klientov. Poistenci majú právo zmeniť svoju zdravotnú poisťovňu raz za rok. Termín na zmenu zdravotnej poisťovne je 30. september, pričom jej účinnosť nastáva od 1. januára nasledujúceho roka. Zmenu možno zamietnuť len v prípade, ak poistenec podal žiadosť do viac než jednej zdravotnej poisťovne v rovnakom čase. Ostatné administratívne prekážky, ktoré mohli zabrániť zmene zdravotnej poisťovne (napr. písomná výpoveď), boli odstránené. Mobilita poistencov sa v priebehu času výrazne zmenila a ovplyvňujú ju marketingové služby a rozsah, v ktorom má poistenec právo uplatňovať slobodu výberu (pozri tabuľku č. 2.6).

### Tabuľka č. 2.6

Počet prijatých žiadostí o zmenu zdravotnej poisťovne na Slovensku, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet žiadostí	50 158	716467	232145	178916	125723	81 108	157331	177160	109916	89633	113397
Podiel zo všetkých poistencov (%)	1	14	5	4	3	2	3	3	2	2	2

Zdroj: ÚDZS, 2016.

Pacienti sa môžu rozhodnúť, či poskytnú informovaný súhlas zdravotníckym pracovníkom. Okrem toho zdravotnícki pracovníci sú povinní informovať pacientov

o alternatívnych spôsoboch liečby. Pri vydávaní predpisu si môže pacient vybrať generickú substitúciu, pokiaľ sa lekár nerozhodne, že je potrebné predpísať originálny liek. Pacient má právo kedykoľvek odvolať svoj informovaný súhlas.

Darovanie tkanív a orgánov sa uskutočňuje na základe predpokladaného súhlasu darcu alebo zosnulej osoby. Osoby, ktoré chcú, aby ich telo zostalo po smrti neporušené, sa musia písomne zaregistrovať v národnom registri.

Zdravotnícki pracovníci môžu na základe svojho náboženského alebo iného presvedčenia odmietnuť výkon určitých zákrokov, ktoré súvisia s reprodukčným zdravím, ako napr. umelé oplodnenie, sterilizácia alebo umelé prerušenie tehotenstva.

### 2.9.3 Práva pacientov

Povedomie o právach pacientov je nízke medzi samotnými pacientmi aj zdravotníkmi. Práva pacientov na Slovensku upravuje niekoľko zákonov. Charta práv pacienta (pozri tabuľku č. 2.7) bola vypracovaná v roku 2000 ako projekt ministerstva zdravotníctva s finančnou podporou z programu PHARE. Slovenská republika ju schválila v roku 2001. Chartu vypracovala skupina medzinárodných a slovenských expertov na základe platných zákonov, pričom projekte spolupracovalo aj niekoľko medzinárodných organizácií (OSN, WHO, Rada Európu). Cieľom Charty práv pacienta bolo vysvetliť pacientom ich základné práva poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Chartu schválila vláda SR v roku 2001, ale samotný dokument nie je právne záväzný.

#### Tabuľka č. 2.7

Desať článkov Charty práv pacienta v Slovenskej republike

I.	Ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti
II.	Všeobecné práva pacientov
III.	Právo na informácie
IV.	Súhlas pacienta
V.	Súhlas v prípade pacienta, ktorý nie je spôsobilý o sebe rozhodovať
VI.	Dôvernosť
VII.	Liečba a starostlivosť
VIII.	Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich
IX.	Podávanie sťažností
X.	Náhrada škody

Zdroj: Charta práv pacienta v Slovenskej republike, 2001.

Okrem toho v roku 2002 európska sieť občianskych, spotrebiteľských a patientskych organizácií s názvom Active Citizenship Network vypracovala Európsku chartu práv pacientov. Cieľom Európskej charty je podporiť pacientov, aby zohrávali aktívnejšiu úlohu v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ani Európska charta nemá právne záväzný charakter, avšak sieť patientskych organizácií s úspechom získala uznanie v mnohých krajinách vrátane akceptácie práv uvedených

v charte. V rámci reformy zdravotníctva na Slovensku v roku 2004 bolo do novej legislatívy zapracovaných 14 práv pacientov z Európskej charty. Väčšina práv v oboch chartách má pôvod v medzinárodnom Dohovore o ľudských právach a biomedicíne, ktorý Slovensko ratifikovalo v roku 1999.

Niekoľko programov financovaných z rôznych grantov bolo určených na podporu práv pacientov, ale po vyčerpaní prostriedkov sa propagačné aktivity zastavili. V roku 2003 ministerstvo zdravotníctva vytvorilo útvar pre práva pacientov. Tento útvar poskytoval konzultácie pre pacientov a informácie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, vrátane monitoringu povedomia verejnosti vo vzťahu k dodržiavaniu práv pacientov. V roku 2005 prešiel pod ÚDZS a neskôr zanikol. Okrem toho sa právami pacientov zaoberá mimovládna organizácia s názvom Asociácia na ochranu práv pacientov.

Napriek deklarovanej formálnej podpory zo strany štátnych orgánov sa zraniteľné skupiny stretávajú s problémami pri obhajovaní svojich práv. V zdravotníckych zariadeniach nepôsobia žiadni obhajcovia pacientov.

#### **2.9.4 Postupy spracovania žiadostí (mediácia, sťažnosti)**

Systém mediácie nie je na Slovensku k dispozícii. Ak sú pacienti alebo ich príbuzní presvedčení, že služby zdravotnej starostlivosti neboli poskytnuté adekvátnym spôsobom, môžu podať písomnú sťažnosť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevyrieši sťažnosť uspokojivým spôsobom, pacient má právo požiadať ÚDZS o posúdenie, či bola poskytnutá náležitá zdravotná starostlivosť. Ostatné sťažnosti (napr. v súvislosti s poplatkami, etikou a organizáciou zdravotnej starostlivosti) sa predkladajú príslušnému orgánu (napr. ministerstvu zdravotníctva, samosprávnemu kraju, profesijným komorám). Zákon zakazuje perzekúciu osôb, ktoré si uplatnia právo podať sťažnosť, vzniesť nárok alebo začať trestné stíhanie voči zdravotníckemu pracovníkovi alebo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ako nezávislý orgán dohľadu v tejto oblasti, sa stal dôveryhodným obhajcom práv pacientov. ÚDZS obhajuje pozíciu pacientov preverením postupov použitých pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti na základe sťažností pacientov. V roku 2015 sa ÚDZS zaberá 2 181 žiadosťami, z ktorých bolo vyriešených 1682. Celkovo bolo preskúmaných 908 prípadov, pričom 136 sťažností (6 % zo všetkých sťažností) bolo oprávnených (ÚDZS, 2016).

Celkový počet sťažností vzrástol v rokoch 2005 až 2015 z 1632 na 1754 (tabuľka č. 2.8). Nedostatočné služby zdravotnej starostlivosti boli konštatované v 6 % zo všetkých sťažností v roku 2015, čo predstavuje pokles v porovnaní s obdobím rokov 2009-2013 (ÚDZS, 2015).



**Tabuľka č. 2.8**

Počet sťažností súvisiacich s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou

	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet sťažností v danom roku	1 632	1 249	1 634	1 469	1 391	1 563	1 647	1 641	1 754
Počet sťažností z predchádzajúceho roka	0	153	212	265	260	224	289	277	427
Celový počet sťažností	1 632	1 402	1 846	1 734	1 651	1 787	1 936	1 918	2 181
Počet vyriešených sťažností	1 430	990	1 581	1 474	1 427	1 498	1 651	1 491	1 682
Počet sťažností súvisiacich so správnym poskytnutím služieb zdravotnej starostlivosti	510	678	1 049	1 016	961	1 005	1 085	901	908
Platné sťažnosti	101	146	206	245	282	228	227	144	136
Neplatné sťažnosti	409	532	843	771	679	777	858	742	766
Podiel platných sťažností na celkovom počte (%)	6	10	11	14	17	13	12	8	6

Zdroj: ÚDZS, 2016.

Okrem zvýšenia počtu formálnych žiadostí v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti za posledných päť rokov stúpa aj počet správ v médiách, ktoré sa týkajú nespokojnosti s prácou zdravotníckych pracovníkov. Najčastejšie spomínanými nedostatkami sú neochota, neodbornosť, zlá kvalita alebo neprofesionálny prístup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tieto neoficiálne dôkazy naznačujú všeobecné vnímanie nízkej kvality v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku (Mužik, Balík & Pažitný, 2014).

**2.9.5 Účasť verejnosti**

Zapojenie verejnosti na Slovensku zostáva obmedzené, a to aj napriek úctyhodnému počtu patientskych organizácií, ako sa uvádza v časti 2.3.4. Reprezentujúce organizácie a združenia majú príležitosť pripomienkovať novú legislatívu, ale len s odporúčacím hlasom. Sú príliš fragmentované a v mnohých prípadoch bojujú s nedostatkom financií. Patientske organizácie môžu presadzovať svoje záujmy lobingom u zákonodarcov a ovplyvňovaním verejnej mienky. Umožnením reálnej konkurencie v zdravotnom poistení získali poisťovníci možnosť nepriamo ovplyvňovať nákupnú politiku.

### 2.9.6 Pacienti a cezhraničná zdravotná starostlivosť

Vzhľadom na skutočnosť, že Slovensko je členským štátom EÚ, poistenci slovenskej zdravotnej poisťovne majú právo na poskytnutie služieb hrazených z verejného zdravotného poistenia v iných štátoch Európskej únie, Lichtenštajnsku, Nórsku, Írsku a Švajčiarsku. V zmysle nariadenia (EHS) č. 1408/71 (v súčasnosti uplatňované ako nariadenie (ES) č. 883/2004) môžu slovenskí poistenci používať Európsky preukaz zdravotného poistenia (European Health Insurance Card/ERIC), aby im mohli byť poskytnuté služby zdravotnej starostlivosti v zahraničí, ktoré sú hrazené zo slovenského systému pri dočasnom pobyte (napr. ako turisti). Okrem toho slovenskí poistenci môžu požiadať svoju zdravotnú poisťovňu o predchádzajúce povolenie, ak plánujú ošetrovanie v zahraničí v zmysle smernice 2011/24/EÚ. Smernica bola na Slovensku implementovaná v roku 2013 s využitím mechanizmu predchádzajúceho povolenia.

Podmienky preplatenia neurgentného (plánovaného) ošetrovania v inom štáte sú: (1) predchádzajúce povolenie zdravotnej poisťovne, (2) očakávané zlepšenie zdravia, (3) nedostatok možností liečby na Slovensku, alebo (4) nedostatočné kapacity poskytovateľov. V niektorých prípadoch má zdravotná poisťovňa právo určiť zdravotnícke zariadenie alebo štát, v ktorom môže byť zdravotná starostlivosť poskytnutá. To sa vzťahuje na členské štáty EÚ, ako aj krajiny na celom svete. V krajinách mimo EÚ môže byť poistencom preplatená urgentná zdravotná starostlivosť do rovnakej sumy ako na území Slovenska. ÚDZS reprezentuje slovenské zdravotníctvo v cezhraničných záležitostiach týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti a prepláca pacientom náklady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zahraničí, ako aj vyberá poistné od zahraničných pacientov, ktorí boli liečení na Slovensku.

V roku 2014 ÚDZS spracoval celkovo 5 620 žiadostí; z toho 28 % boli žiadosti od slovenských poistencov na preplatenie už uhradených zdravotníckych služieb v EÚ, ktoré boli vopred schválené ich zdravotnou poisťovňou (E 126SK), a 22 % predstavovali žiadosti o preplatenie bez predchádzajúceho povolenia (E 107EU). Okrem toho bolo 15 % žiadostí predložených poistencami v EÚ, ktorí čerpali vecné dávky bez predloženia formulára (E 107SK), a 8 % žiadostí predložili poistenci EÚ, ktorí požadovali refundáciu vecných dávok, ktoré zaplatili na Slovensku v hotovosti (E 126EU). Úhrady boli v roku 2014 priznané v celkovej výške 3,6 milióna EUR, čo predstavovalo nárast o približne 30 % v porovnaní s rokom 2013, avšak zostali približne na úrovni roka 2012 (3,5 milióna EUR).

Cezhraničná zdravotná starostlivosť preto zohrávala len malú úlohu, aj keď otvorila príležitosti pre niektoré osobitné skupiny. Napr. slovenské ženy môžu cestovať za pôrodom do zahraničia (pozri tabuľku č. 2.9). Česká republika a Rakúsko sú vnímané ako atraktívne krajiny z dôvodu lepších podmienok počas pôrodu napr., vzhľadom na lepšiu infraštruktúru nemocníc, výber procedúr počas pôrodu a viac vysoko kvalifikovaného pôrodného personálu. Zdravotné poisťovne preplatia

náklady do výšky priemernej úhrady za pôrod na Slovensku, čo predstavuje približne 600 EUR (Skybová, 2014).

### Tabuľka č. 2.9

Počet pôrodov v zahraničí

	2013	2014
VšZP	2	36
ZP Dôvera	12	23
Union ZP	0	12
<b>Spolu</b>	<b>14</b>	<b>71</b>

Zdroj: Skybová, 2014.

Kúpeľná liečba a ortopedické výkony (celková endoprotéza, artroskopia) sú tradične najvyhľadávanejšími službami zdravotnej starostlivosti na Slovensku, a to najmä v prípade pacientov z arabských krajín. Vzhľadom na relatívne nízke ceny zubnej starostlivosti bol zaznamenaný aj vyšší dopyt po službách zubného lekárstva. Okrem toho sa zvýšil dopyt po in vitro fertilizácii z krajín, kde sa uplatňuje prísnejšia regulácia v oblasti reprodukčného zdravia.

### 3. Financovanie

V roku 2014 predstavovali celkové výdavky na zdravotníctvo na Slovensku 8,2 % HDP, čo je viac než v susednej Českej republike a Maďarsku, ale podstatne menej v porovnaní s priemerom EÚ-28 a EÚ-12 podľa údajov WHO. Z pohľadu výdavkov na obyvateľa v zdravotníctve je Slovensko výrazne pod priemerom EÚ-28, ale mierne nad Poľskom a Maďarskom. Podľa údajov na celoštátnej úrovni sú výdavky na zdravotníctvo výrazne nižšie vzhľadom na rozdiely v metodikách pri zohľadňovaní súvisiacich výdavkov.

V roku 2016 systém zdravotníctva na Slovensku zabezpečuje všeobecnú dostupnosť širokého rozsahu služieb zdravotnej starostlivosti a zaručuje slobodný výber spomedzi troch zdravotných poisťovní. Podľa údajov WHO predstavovali verejné zdroje v rámci slovenského systému zdravotníctva 70 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2013. Hlavnými zdrojmi príjmov sú odvody zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných, príspevky z verejných zdrojov, ktoré uhrádza štát za svojich poistencov, a dividendy. Poistenec štátu je pojem, ktorý zahŕňa významnú skupinu zväčša ekonomicky neaktívnych osôb, za ktorých platí poistné štát (napr. študenti a dôchodcovia). Pomer príjmov od poistencov štátu k príjmom od iných skupín je 30:70. Odvody na povinné zdravotné poistenie vyberajú zdravotné poisťovne a prerozdeľujú sa podľa systému úpravy rizík. Tento systém zohľadňuje skupiny obyvateľov podľa veku, pohlavia, ekonomickej aktivity a farmaceutických nákladových skupín (od roku 2012). Ministerstvo zdravotníctva a ostatné orgány, ktoré pôsobia v oblasti zdravotníctva, sú financované z rozpočtu ústrednej štátnej správy. Pokrytie investičných nákladov v nemocniciach spadá do pôsobnosti samosprávnych krajov. Oddĺženie nemocníc prinieslo ďalšie výdavky v rokoch 2009-2011, avšak stabilné investície do nemocníc absentujú. Tento problém bol len čiastočne riešený externým financovaním zo štrukturálnych fondov EÚ.

Podiel súkromných výdavkov predstavoval v roku 2013 podľa údajov WHO približne 30 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo. Tvoria ich predovšetkým priame platby domácností (out-of-pocket payments/OOP). Na Slovensku pozostávajú priame platby najmä z doplatkov za predpisované lieky a zdravotnícke tovary dlhodobej spotreby, poplatky za rôzne služby zdravotnej starostlivosti, zubno-lekárskej starostlivosti a kúpeľnej liečby a platieb za voľnopredajné lieky.

MZ SR definuje minimum klinických ekvivalentov FTE v ambulantnej starostlivosti a minimálny počet lôžok na špecializáciu v akútnej starostlivosti, ktoré musia zdravotné poisťovne pokryť v každom zo samosprávnych krajov. Zdravotné

poisťovne uhrádzajú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ich výkony na základe jednotlivých zmlúv, ktoré stanovujú kvóty, objem a cenu služieb. Základné princípy platobných mechanizmov sa líšia pre primárnu a špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ústavnú zdravotnú starostlivosť, diagnostiku, neodkladnú zdravotnú starostlivosť a služby lekárenskej starostlivosti. V prípade ústavnej starostlivosti sa od zavedenia systému DRG očakávajú podstatné zmeny, avšak jeho implementácia mešká. Ambulantná primárna zdravotná starostlivosť sa uhrádza kombináciou kapitácie a poplatkov za určité služby zdravotnej starostlivosti, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii, ale sú súčasťou verejného zdravotného poistenia, ako napr. preventívna starostlivosť. Špecialisti sú v rámci ambulantnej starostlivosti platení na základe platieb za výkony so stanoveným maximálnym stropom. Po hromadných štrajkoch v roku 2011 sa platy lekárov zvyšovali v niekoľkých fázach. Mzdy sú definované ako násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve v rozsahu od 1.3 do 2.3 podľa dosiahnutej úrovne špecializácie.

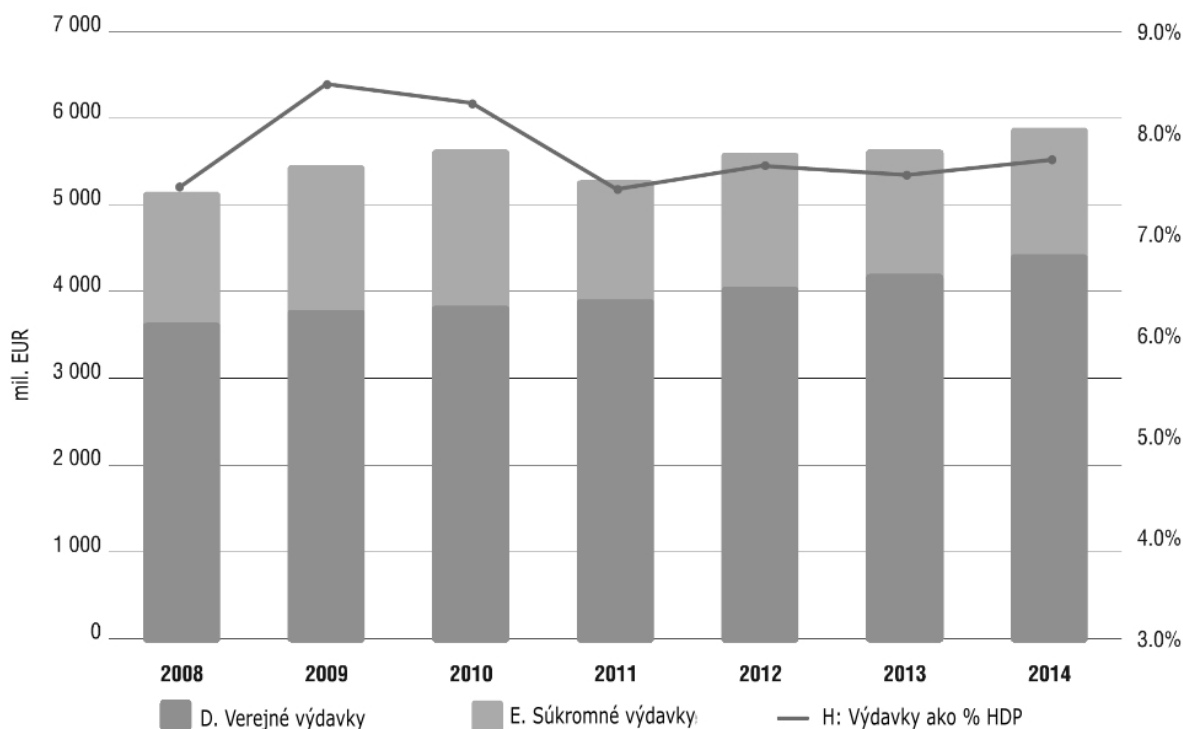
### 3.1 Výdavky na zdravotníctvo

Výdavky na zdravotnú starostlivosť sa odhadujú na úrovni 5,8 mld. EUR (vnútroštátne údaje), čo tvorí približne 7,7 % HDP na Slovensku v roku 2014. Výdavky sa zvyšovali v niekoľkých vlnách od roku 2004, pričom v absolútnom vyjadrení vzrástli o 2,8 mld. EUR a relatívnom vyjadrení o 1,2 percentuálneho bodu HDP (pozri obr. 3.1). Výdavky na zdravotníctvo dosiahli vrchol v roku 2009 na úrovni 8,5 % HDP v dôsledku zvyšujúcich sa príspevkov, ktoré štát platil za ekonomicky neaktívnych obyvateľov, a súčasného poklesu HDP spôsobeného finančnou krízou (pozri časť 1.3).

K zvyšovaniu výdavkov na zdravotnú starostlivosť prispel rast ekonomiky v rokoch 2004–2010, ktorý priniesol vyššie príjmy z odvodov. Toto zvýšenie disponibilných zdrojov však nevedlo k vyrovnanému vývoju výdavkov. Štátni poskytovatelia služieb zdravotnej starostlivosti pravidelne vykazovali záväzky po lehote splatnosti. Tieto dlhy si vyžiadali niekoľko kôl oddľžovania nemocníc, čo ďalej zvyšovalo zaťaženie verejných výdavkov.

**Obr. 3.1**

Vývoj výdavkov na zdravotníctvo ako percentuálny podiel HDP na Slovensku v rokoch 2008 až 2014



Zdroj: Údaje zostavené autormi podľa tabuľky 3.1.

Po roku 2010 sa výdavky na zdravotníctvo znížili a zostali pomerne stabilné. Čiastočným dôvodom je zníženie súkromných výdavkov v dôsledku zmenenej metodiky vykazovania súkromných výdavkov, ako aj rôzne opatrenia v oblasti kontroly nákladov, ktoré boli zavedené od roku 2010. Tieto zmeny prispeli k finančnej udržateľnosti systému zdravotníctva na Slovensku. Napriek tomu je však potrebné zvážiť tri faktory, ktoré môžu narušiť túto stabilitu v budúcnosti.

V prvom rade je potrebné ďalšie oddĺženie, pretože štátne nemocnice opäť vytvorili značné dlhy. Ako naznačuje tabuľka č. 3.1, štátne nemocnice pravidelne tvoria dlhy, a to aj napriek tomu, že ich dlhy boli naposledy oddĺžené v roku 2011. K júnu 2016 sa ich výška odhadovala na približne 600 mil. EUR.

Po druhé, nemocnice potrebujú modernizáciu, pričom MZ SR odhadlo, že kapitálové podfinancovanie štátnych nemocníc predstavuje podľa najoptimistickejšieho scenára približne jednu miliardu EUR (pozri časť 4.1.1).

**Tabuľka č. 3.1**

Štruktúra celkových výdavkov na zdravotníctvo (v mil. EUR), 2009-2014, podľa skupín

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>A. Admin. náklady a výdavky ZP na zdrav. starostlivosť<sup>a</sup></b>	<b>3 384,5</b>	<b>3 434,5</b>	<b>3 486,3</b>	<b>3 631,5</b>	<b>3 783,5</b>	<b>4 005,3</b>
A.1 Výdavky na zdrav. starostlivosť	3 285,6	3 385,7	3 362,3	3 504,5	3 645,1	3 851,9
A.2 Administratívne režijné náklady	111,9	117,2	107,5	127,0	138,4	153,4
<b>B. Ústredná/regionálna štátna správa a iné verejné inštitúcie</b>	<b>279,5</b>	<b>264,3</b>	<b>214,0</b>	<b>312,3</b>	<b>259,1</b>	<b>282,4</b>
B.1 Výdavky ministerstva zdravotníctva <sup>a,b</sup>	79,7	75,4	74,5	72,8	77,8	75,3 <sup>e</sup>
B.2 Výdavky samosprávnych krajov <sup>c</sup>	11,7	7,4	11,2	4,0	6,2	6,0 <sup>e</sup>
B.3 Výdavky ostatných verejných inštitúcií a z fondov EÚ <sup>a,b</sup>	188,1	181,5	128,3	235,5	175,1	201,1 <sup>e</sup>
<b>C. Tvorba dlhov štátnymi poskytovateľmi služieb zdrav. starostlivosť<sup>b</sup></b>	<b>79,5</b>	<b>92,0</b>	<b>165,3</b>	<b>64,6</b>	<b>112,5</b>	<b>93,5</b>
<b>D. Verejné výdavky spolu (A+B+C)</b>	<b>3 743,5</b>	<b>3 790,8</b>	<b>3 865,6</b>	<b>4 008,4</b>	<b>4 155,1</b>	<b>4 381,2</b>
<b>E. Súkromné výdavky spolu<sup>d</sup></b>	<b>1 665,2</b>	<b>1 798,9<sup>br</sup></b>	<b>1 373,7</b>	<b>1 544,6</b>	<b>1 440,2</b>	<b>1 459,9</b>
E.1 Priame platby (OOP)	1 456,5	1 520,0	1 235,0	1 289,5	1 302,1	1 319,9
<b>F. Výdavky spolu (D+E)</b>	<b>5 408,7</b>	<b>5 589,7</b>	<b>5 239,3</b>	<b>5 553,0</b>	<b>5 595,3</b>	<b>5 841,1</b>
<b>G. HDP v SR</b>	<b>63 819</b>	<b>67 387</b>	<b>70 444</b>	<b>72 420</b>	<b>73 835</b>	<b>75 561</b>
<b>H. Výdavky ako % z HDP</b>	<b>8,5</b>	<b>8,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>

Zdroje: <sup>a</sup> ÚDZS, 2015; <sup>b</sup> MZ SR, 2015a; <sup>c</sup> INESS, 2014; <sup>d</sup> Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2016; <sup>e</sup> odhad, viac informácií obsahuje rámček č. 3.1 o priamych platbách, pretože na výpočet priamych platieb sa môže použiť viacero metodík; <sup>br</sup> prerušenie série údajov.

Po tretie, za výdavky na zdravotníctvo by sa mali považovať aj dodatočné rozpočty ministerstva sociálnych vecí na dlhodobú starostlivosť a dávky v invalidite. Z týchto rozpočtov poberali v roku 2014 osoby s telesným alebo duševným postihnutím peňažné a vecné dávky v celkovej sume približne 1 140 mil. EUR, pričom v niektorých štátoch (napr. Švédsko, Rakúsko a Nemecko) by tieto dávky boli zahrnuté do výdavkov na zdravotníctvo.

Najviac výdavkov smerovalo do zdravotných poisťovní, t.j. približne 3,85 mld. EUR v roku 2014, z čoho výdavky na lieky tvorili 20 % (pozri tabuľku č. 3.2). V rokoch, ktoré predchádzali roku 2011, zdravotné poisťovne vynakladali približne jednu tretinu svojich príjmov na lieky. Odvtedy bolo v oblasti kontroly nákladov prijatých viacero opatrení, ako napr. referencovanie cien a degresívne marže predpisovaných liekov, s cieľom dosiahnuť úsporu vo farmaceutických výdavkoch najmä z dôvodu nadmernej spotreby liekov. Prvý významnejší pokles vo výdavkoch na lieky bol zaznamenaný v roku 2012<sup>3</sup> v dôsledky zavedenia zmien v zozname hrazených farmaceutických produktov a referencovania ich cien, pri ktorom sa uplatňuje priemer troch najnižších cien v EÚ (časť 5.6).

<sup>3</sup> Pokles v roku 2011 bol spôsobený formálnymi zmenami v procese uhrádzania výkonov; nešlo o štrukturálne zlepšenie nákladovej efektívnosti

**Tabuľka č. 3.2**

Výdavky zdravotných poisťovní, 2009-2014

Výdavky	v mil. EUR						% z celkových výdavkov					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>A Výdavky na ZS spolu</b>	<b>3 286</b>	<b>3 386</b>	<b>3 361</b>	<b>3 505</b>	<b>3 645</b>	<b>3 852</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>91</b>	<b>94</b>	<b>91</b>	<b>94</b>
<b>A1 Lekárska ZS</b>	<b>1138</b>	<b>1151</b>	<b>1 094</b>	<b>1 048</b>	<b>1 040</b>	<b>1 077</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>26</b>
Lieky	988	963	898	814	825	–	28	26	24	22	21	–
Zdravotnícke pomôcky	128	131	141	146	157	–	4	4	4	4	4	–
<b>A2 Ambulantná ZS</b>	<b>1 172</b>	<b>1 213</b>	<b>1 230</b>	<b>1 337</b>	<b>1 405</b>	<b>1 442</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>35</b>
Všeobecná ZS	266	266	240	264	272	280	8	7	6	7	7	7
Špecializovaná ZS	368	393	428	479	484	456	11	11	12	13	12	11
Stomatologické služby	114	116	116	122	128	128	3	3	3	3	3	3
Diagnostika a laboratória, iná ZS	423	438	446	471	521	577	12	12	12	13	13	14
<b>A3 Ústavná zdravotná starostlivosť</b>	<b>955</b>	<b>996</b>	<b>1 002</b>	<b>1 081</b>	<b>1 163</b>	<b>1 287</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>31</b>
Všeobecná nemocničná starostlivosť	725	796	818	884	988	1041	21	22	22	24	25	25
Špecializovaná nemocničná starostlivosť	179	157	146	160	134	202	5	4	4	4	3	5
Medicínske centrá a pôrodnice	9	1	3	4	7	5.9	0	0	0	0	0	0
Opatrovateľské zariadenia	42	42	35	33	34	38	1	1	1	1	1	1
<b>A4 Cudzinci, bezdomovci, EÚ</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>B Výdavky na správu</b>	<b>112</b>	<b>117</b>	<b>108</b>	<b>127</b>	<b>138</b>	<b>154</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>C Ostatné výdavky<sup>4</sup></b>	<b>86</b>	<b>151</b>	<b>219</b>	<b>106</b>	<b>236</b>	<b>96.1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>D Výdavky spolu</b>	<b>3 484</b>	<b>3 654</b>	<b>3 688</b>	<b>3 738</b>	<b>4 019</b>	<b>4 102</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: ÚDZS, 2015 a údaje zostavené autormi.

<sup>4</sup> Ostatné výdavky tvorili pokuty, povinné príspevky na činnosť ÚDZS, NCZI a operačných stredísk pre sanitné vozidlá. Tieto výdavky boli na účely tabuľky 3.1 zahrnuté do položky B.3 „Ostatné verejné inštitúcie“.

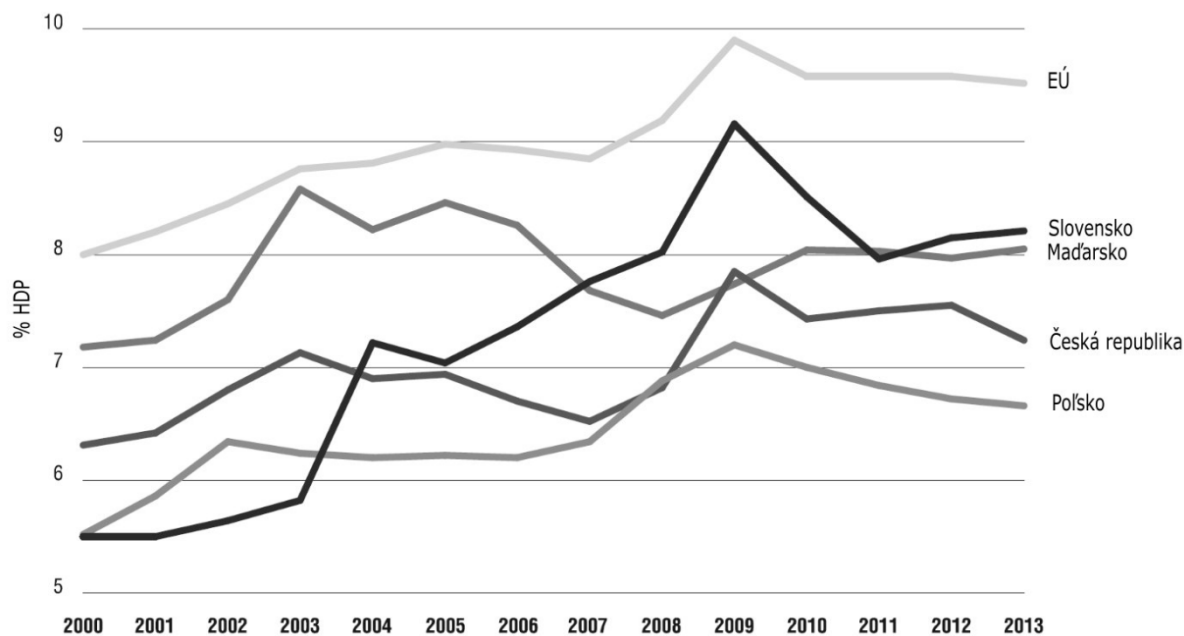


Výdavky na ambulantnú starostlivosť sa v priebehu rokov mierne zvyšovali až na úroveň 35 % v roku 2014. Výdavky na všeobecnú zdravotnú starostlivosť sa ustálili na približne 7 % výdavkov na zdravotníctvo, pričom výdavky na špecializovanú ambulantnú starostlivosť a diagnostické služby boli výrazne vyššie než v susedných krajinách. Napr. výdavky na zdravotnícke tovary a podporné služby na Slovensku sú vyššie v porovnaní s ostatnými štátmi EÚ (OECD, 2016). V nemocničnej starostlivosti bolo takisto zaznamenané zvýšenie nákladov na úroveň 31 % v roku 2014. Dôvodom je najmä zvýšenie miezd zdravotníckeho personálu po štrajkoch v roku 2011 (pozri časť 3.7.3).

Z medzinárodnej perspektívy Slovensko vynaložilo v roku 2013 na zdravotníctvo 8,2 % HDP, čo je mierne vyššia hodnota v porovnaní s ostatnými krajinami V3, ale výrazne menej než priemer EÚ-28 a EÚ-12 podľa údajov WHO (pozri obr. 3.2 a 3.3). Tento údaj sa líši od vnútroštátnych údajov vzhľadom na rozdiely v metodike. WHO používa medzinárodne uznanú metodiku Národných zdravotných účtov (National Health Accounts), ktorá vykazuje vyššie súkromné výdavky než vnútroštátne zdroje údajov (Rámček 3.1 obsahuje podrobnejšie informácie o účtovaní súkromných výdavkov na Slovensku).

### Obr. 3.2

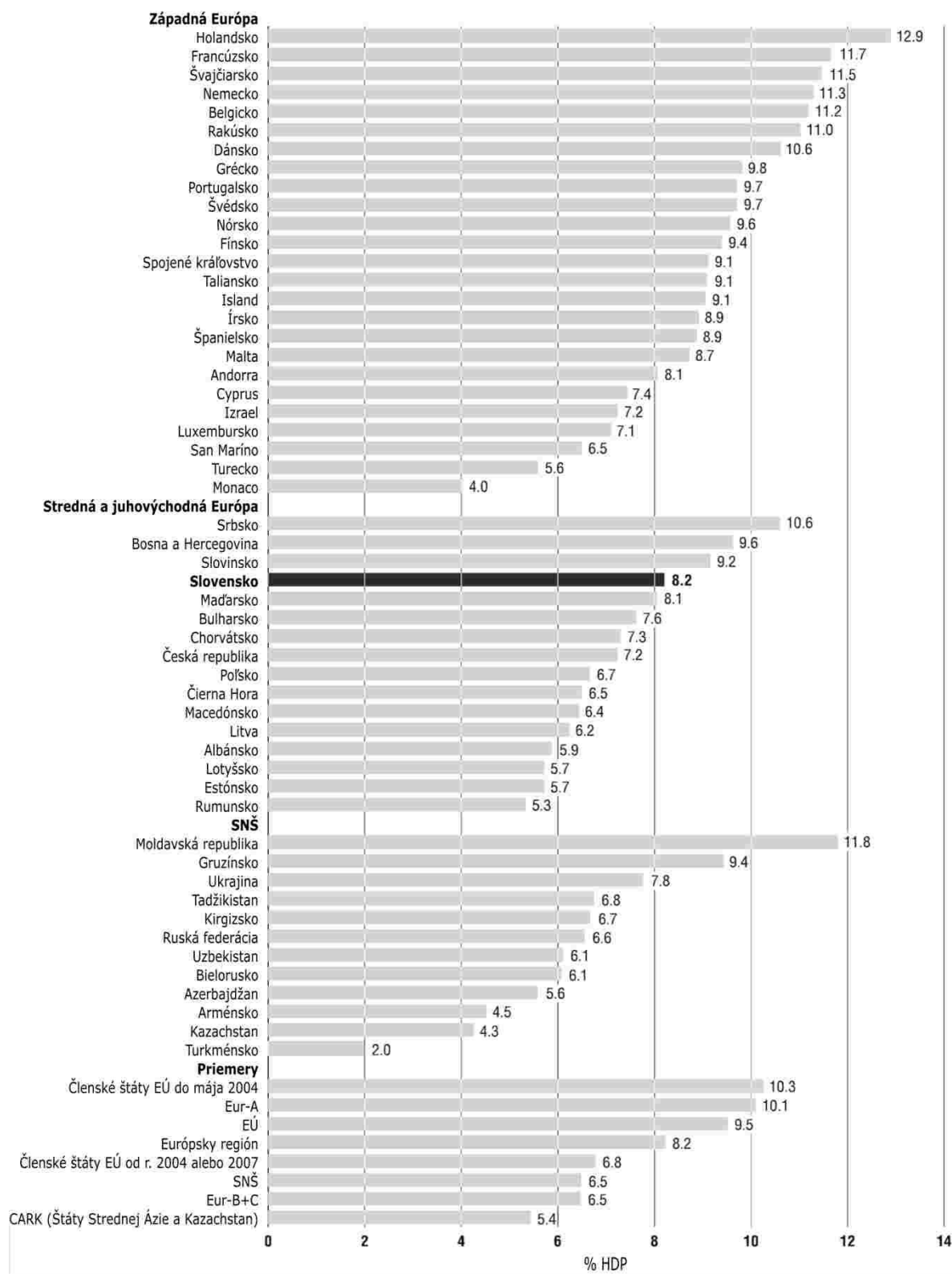
Vývoj výdavkov na zdravotníctvo ako podiel (%) na HDP v SR a vo vybraných krajinách, 2000-2013



Zdroj: WHO HFA (Európska databáza Zdravie pre všetkých), 2015.

## Obr. 3.3

Celkové výdavky na zdravotníctvo ako podiel (%) na HDP, Európsky región, 2013 alebo posledný rok, za ktorý sú údaje k dispozícii



Zdroj: WHO HFA (Európska databáza Zdravie pre všetkých), 2015.

**Rámček 3.1****Rôzne pohľady na priame platby (OOP)**

Na meranie a vykazovanie priamych platieb sa môžu použiť tri metodiky. Prvá metóda sa zameriava na „rodinné účty“ a uplatňuje najužšiu definíciu platieb OOP zaznamenaných ako výdavky domácností. Tieto účty sú zvyčajne najpresnejšie, ale najnižšie. Druhá metóda pozostáva z „národných účtov“, ktoré zahŕňajú rodinné účty a vstupy z noriem spotreby podľa COICOP (Klasifikácia individuálnej spotreby podľa účelu). Táto metóda vykazuje vyššie hodnoty, ktoré sa v prípade Slovenska zložito analyzujú a odôvodňujú, pretože výdavky na zdravotníctvo sa nevedú osobitne za jednotlivé kategórie. To znamená, že výdavky súvisiace o zdravím sa nedajú odlíšiť napr. od kozmetických výrobkov a dietetických potravín, ktoré sú dostupné v lekárňach. Posledná a najširšia metóda zahŕňa okrem oboch vyššie uvedených položiek aj výdavky neziskových organizácií. Výsledky porovnania týchto troch metodík zo strany HPI (2014a) sú znázornené v nasledujúcej tabuľke:

	Prvá metodika	Druhá metodika	Tretia metodika
Hodnoty OOP za r. 2012	652 mil. EUR	1 630 mil. EUR	2 240 mil. EUR

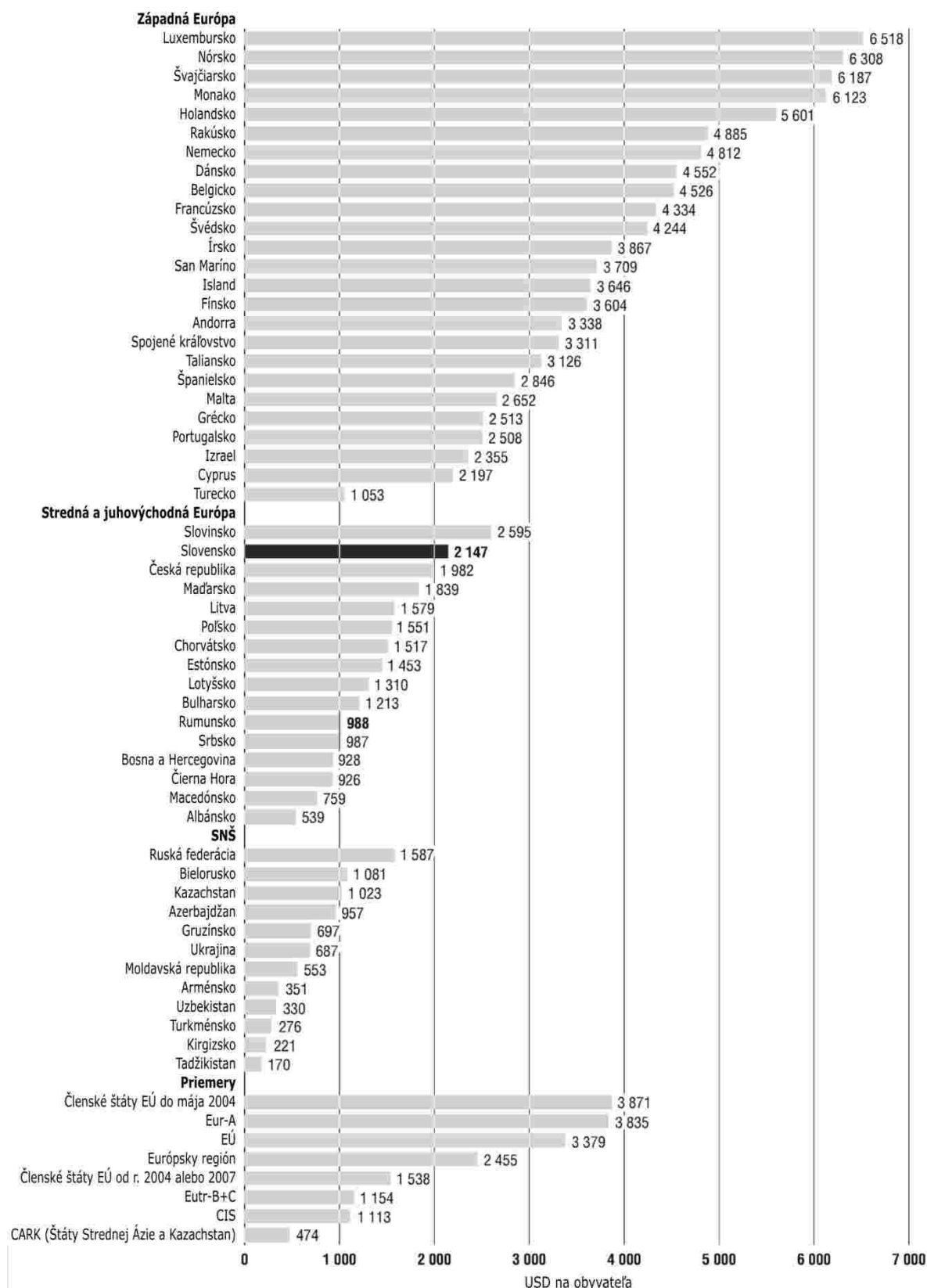
Slovensko vykazuje hodnoty pre WHO a EUROSTAT na základe tretej metodiky. Avšak podľa mnohých odborníkov na vnútroštátnej úrovni sú tieto údaje nerealistické a zahŕňajú množstvo neodôvodnených položiek (pozri časť 3.4).

Celkové výdavky na zdravotníctvo prepočítané na obyvateľa predstavovali hodnotu 2 147 (v USD podľa parity kúpnej sily (PPP)) v roku 2013, t.j. menej než bol priemer EÚ na úrovni 3 379 USD PPP. V porovnaní s Poľskom a Maďarskom sú výdavky na obyvateľa v SR mierne vyššie (pozri obr. 3.4).

Výdavky na verejné zdravotníctvo predstavovali 3 916 mld. EUR v roku 2013, t. j. približne 70 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v SR, a boli nižšie než priemer EÚ-28 na úrovni 75,9 %. Tieto hodnoty sú porovnateľné s výdavkami Poľska a sú vyššie v porovnaní s Maďarskom, no výrazne zaostávajú za Českou republikou (pozri obr. 3.5)

Obr. 3.4

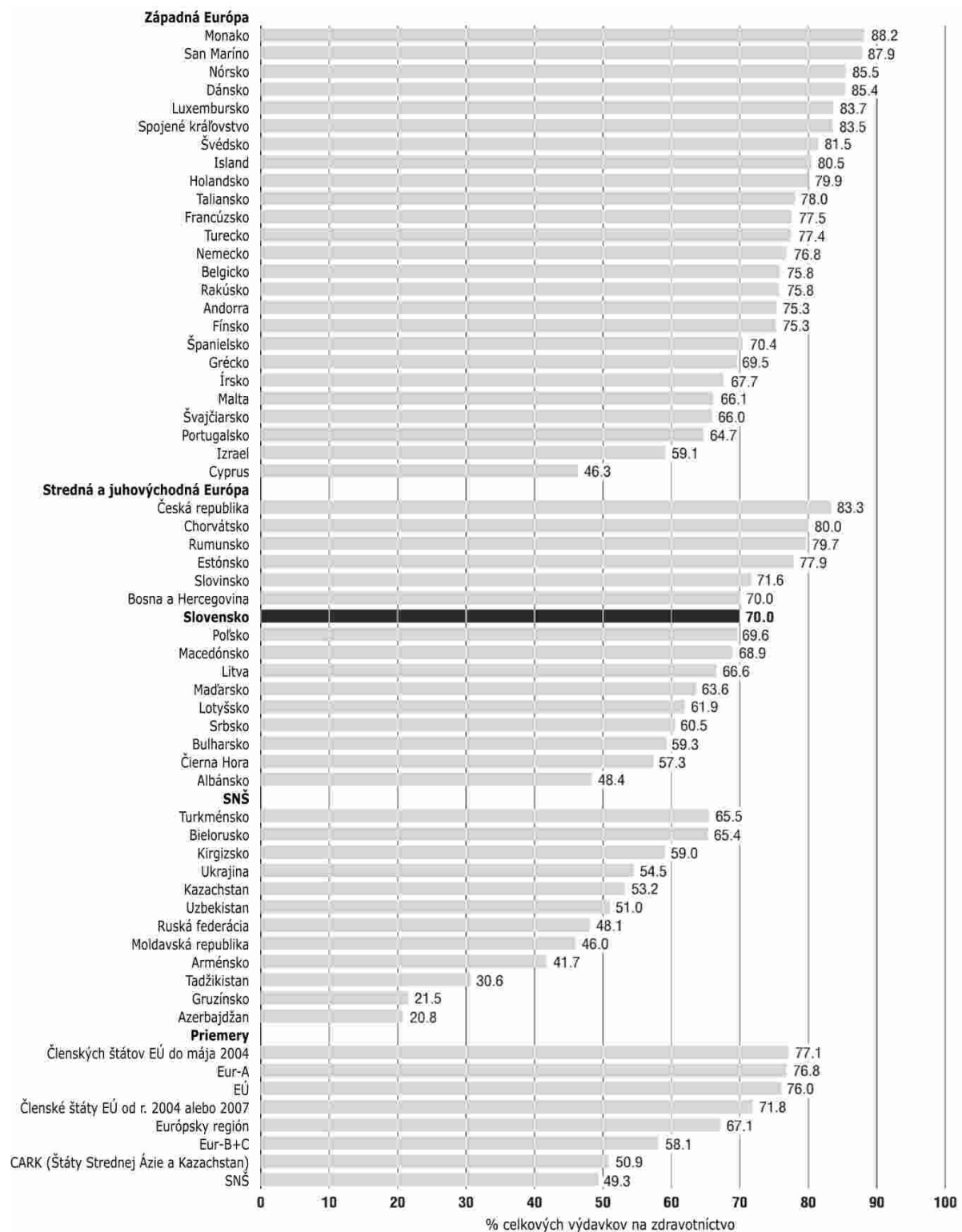
Výdavky na zdravotníctvo v USD PPP na obyvateľa v rámci Európskeho regiónu WHO, 2013



Zdroj: odhad WHO, WHO HFA (Európska databáza Zdravie pre všetkých), 2015.

**Obr. 3.5**

Výdavky verejného sektora na zdravotníctvo ako podiel (%) z celkových výdavkov na zdravotníctvo v rámci Európskeho regiónu WHO, 2012 alebo posledný rok, za ktorý sú údaje k dispozícii



Zdroj: odhad WHO, WHO HFA (Európska databáza Zdravie pre všetkých), 2015.

## 3.2 Zdroje príjmov a finančné toky

Verejné zdroje predstavovali 74,5 % z celkových finančných prostriedkov v systéme v roku 2014, z čoho odvody uhrádzané zdravotným poisťovníam tvorili 69,6 % (pozri tabuľku č. 3.3). Povinné odvody na zdravotné poistenie vyberajú tri zdravotné poisťovne: štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (VšZP) s približne dvojtretinovým podielom na trhu, súkromná poisťovňa Dôvera s viac než štvrtinovým podielom, a súkromná zdravotná poisťovňa Union so zostávajúcim podielom na trhu. Odvody pochádzajú najmä od zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných osôb, poistencov štátu (najmä ekonomicky neaktívni poistenci, napr. dôchodcovia, deti, nezamestnaní) a z dividend. „Poistenec štátu“ je pojem, ktorý zahŕňa významnú skupinu zväčša ekonomicky neaktívnych poistencov, za ktorých platí poistné štát z celkových daňových príjmov.

### Tabuľka č. 3.3:

Zdroje príjmov v zdravotníctve v celkovom vyjadrení (v miliónoch EUR) a ako percentuálny podiel z celkového objemu, 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Verejné zdroje</b>	<b>3 716,9</b>	<b>3 839,3</b>	<b>4 108,9</b>	<b>4 131,2</b>	<b>4 151,9</b>	<b>4 267,3</b>
<i>Príjmy zo sociálneho poistenia<sup>a</sup></i>	3 342,4	3 575,0	3 584,9	3 818,9	3 892,8	3 984,9
z toho: odvody zamestnancov, SZČO a iných platiteľov	2 184,1	2 233,8	2 377,3	2 460,7	2 616,0	2 773,4
z toho: odvody štátu	1 158,3	1 341,2	1 207,6	1 358,2	1 276,8	1 211,5
<i>Rozpočet MZ SR, iných ministerstiev a VÚC<sup>b,c</sup></i>	374,5	264,3	524,0	312,3	259,1	282,41 <sup>e</sup>
z toho: oddĺženie	195,0	0,0	310,0	0,0	0,0	0,0
<b>Súkromné zdroje<sup>d</sup></b>	<b>1 665,2</b>	<b>1 798,9</b>	<b>1 373,7</b>	<b>1 544,6</b>	<b>1 440,2</b>	<b>1 459,9<sup>e</sup></b>
<i>Priame platby (OOP)</i>	1 456,5	1 520,0	1 235,0	1 289,5	1 302,7	1 319,9
<b>Zdroje spolu</b>	<b>5 382,1</b>	<b>5 638,2</b>	<b>5 482,6</b>	<b>5 675,8</b>	<b>5 592,1</b>	<b>5 727,2</b>
<b>Verejné zdroje (%)</b>	<b>69,1</b>	<b>68,1</b>	<b>74,9</b>	<b>72,8</b>	<b>74,2</b>	<b>74,5</b>
<i>Príjmy zo sociálneho poistenia<sup>a</sup> (%)</i>	62,1	63,4	65,4	67,3	69,6	69,6
z toho: odvody zamestnancov, SZČO a iných platiteľov (%)	40,6	39,6	43,4	43,4	46,8	48,4
z toho: odvody štátu	21,5	23,8	22,0	23,9	22,8	21,2
<i>Rozpočet MZ SR, iných ministerstiev a VÚC<sup>b,c</sup>(%)</i>	7,0	4,7	9,6	5,5	4,6	4,9 <sup>e</sup>
z toho: oddĺženie (%)	3,6	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0
<b>Súkromné zdroje<sup>d</sup>(%)</b>	<b>30,9</b>	<b>31,9</b>	<b>25,1</b>	<b>27,2</b>	<b>25,8</b>	<b>25,5<sup>e</sup></b>
<i>Priame platby (%)</i>	27,1	27,0	22,5	22,7	23,3	23,0
<b>Zdroje spolu (%)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Zdroje: <sup>a</sup> ÚDZS, 2015; <sup>b</sup> MZ SR, 2015a; <sup>c</sup> INESS, 2014; <sup>d</sup> Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2016; <sup>e</sup> odhad.

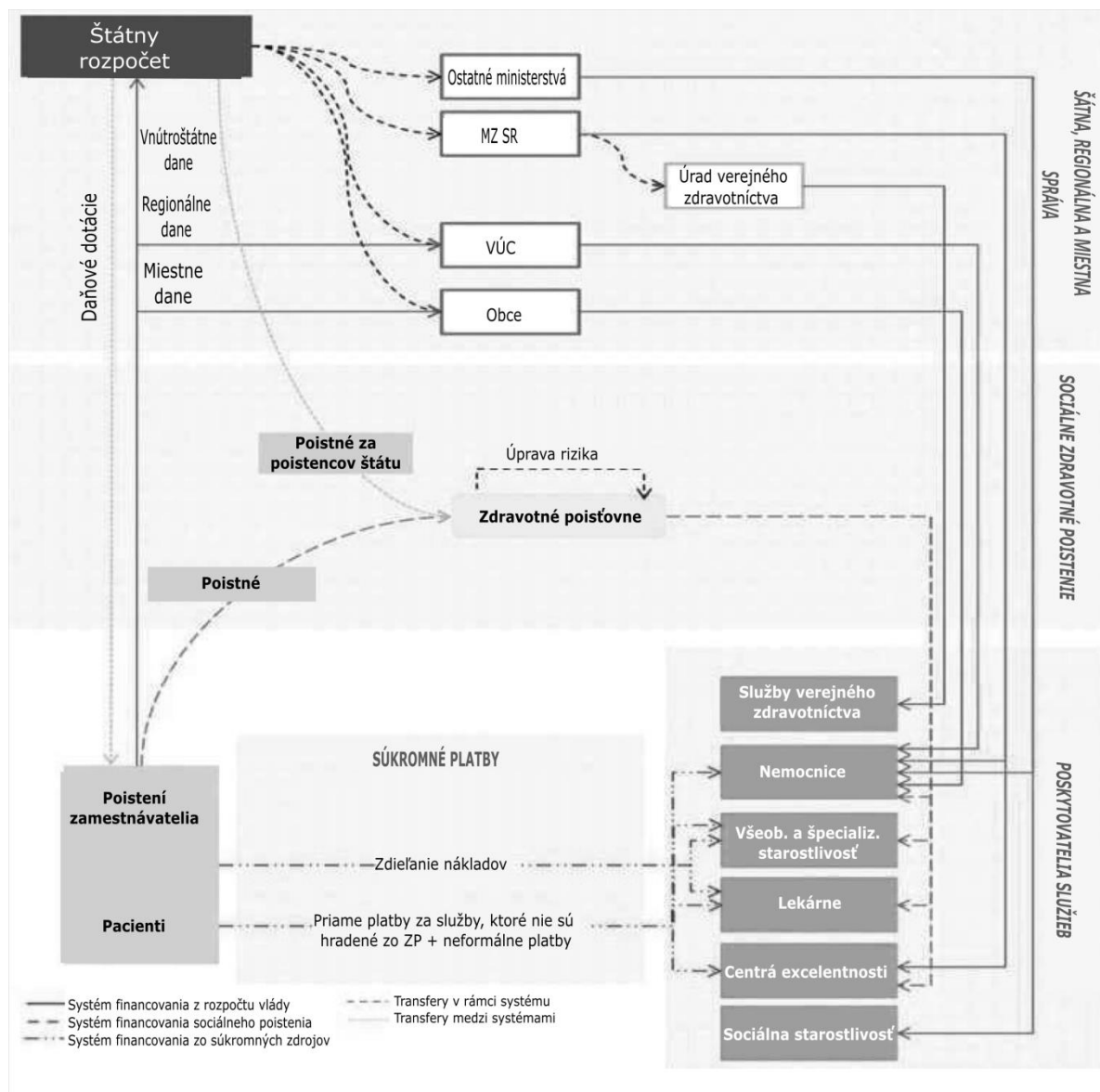
Okrem poistencov štátu sa činnosť niektorých ministerstiev, najmä ministerstva zdravotníctva, financuje z rozpočtu ústrednej štátnej správy (celkovo 4,9 % za rok 2014). Tento podiel sa priebežne mení čiastočne z dôvodu mimoriadnych alokácií v rámci oddĺžovania nemocníc v rokoch 2009 a 2011. Ministerstvo zdravotníctva takisto financuje niekoľko orgánov s pôsobnosťou v oblasti zdravotnej starostlivosti,

ako napr. Úrad verejného zdravotníctva SR a Slovenskú zdravotnícku univerzitu, ktorú prevádzkuje štát. V niektorých štátnych nemocniciach priamo zabezpečuje aj menšie kapitálové investície. A nakoniec kapitálové investície zabezpečujú samosprávne kraje a obce vo svojich nemocniciach a zariadeniach ambulantnej starostlivosti, pričom ich príspevok je relatívne malý a odhaduje sa približne na úrovni 0,1 % z celkových prostriedkov.

Súkromné zdroje predstavovali 25,5 % v roku 2014 a tvorili ich najmä platby OOP (približne 90 %). Zostávajúce súkromné zdroje pozostávali z investičných aktivít súkromných subjektov a neformálnych platieb. Vzhľadom na veľmi širokú definíciu balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia zohráva dobrovoľné zdravotné poistenie starostlivosti len veľmi okrajovú úlohu. Prehľad systému je znázornený na obr. 3.6.

Obr. 3.6

Hlavné finančné toky v systéme zdravotnej starostlivosti v SR



Zdroj: štruktúra podľa Szalay a kol., 2011, po úprave zo strany autorov.



## 3.3 Prehľad verejného systému financovania

### 3.3.1 Krytie

#### **Rozsah: kto má nárok na krytie?**

Všetky osoby s pobytom na Slovensku majú nárok na verejné zdravotné poistenie s výnimkou osôb, ktoré majú platné zdravotné poistenie v inej krajine na základe ich zamestnania, podnikateľskej činnosti alebo dlhodobého pobytu. Na osoby žiadajúce o azyl a na cudzincov, ktorí majú zamestnanie, študujú alebo podnikajú na Slovensku, sa takisto vzťahuje verejné zdravotné poistenie. Títo poistenci majú nárok na služby zdravotnej starostlivosti v súlade s podmienkami ustanovenými v právnych predpisoch. Každý občan má rovnaké právo na uspokojenie svojich potrieb bez ohľadu na sociálne postavenie alebo príjem. Systém verejného zdravotného poistenia je všeobecne dostupný a založený na solidarite, pričom každý poistenec si môže slobodne vybrať ktorúkoľvek zo zdravotných poisťovní. Podmienkou hradenia zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia je platenie odvodov. S výnimkou poistencov štátu, za ktorých platí odvody štát, sú všetci poistenci povinní uhrádzať platby každý mesiac a uhradiť prípadný nedoplatok na celkových odvodoch do verejného zdravotného poistenia raz za rok. Pri nesplnení tejto povinnosti majú poistenci nárok len na neodkladnú starostlivosť a zdravotná poisťovňa môže požadovať úhradu nákladov. V praxi nie sú zdravotným poistením kryté približne 4 % osôb s pobytom na Slovensku. Táto skupina pozostáva najmä z obyvateľov, ktorí oficiálne žijú alebo pracujú v zahraničí a platia si zdravotné poistenie v mieste prechodného pobytu.

Napriek prísnej regulácii z hľadiska rozsahu hradených služieb majú zdravotné poisťovne veľký záujem na získavaní nových poistencov a ponúkajú dodatočné služby, ako napr. zľavy k liekom resp. preplácanie doplatkov za niektoré lieky, vitamíny alebo služby, ktoré nie sú službami zdravotnej starostlivosti, kratšie čakacie doby na operácie, širší rozsah preventívnych prehliadok alebo množstvo podporných elektronických služieb.

#### **Rozsah: čo je predmetom krytia?**

Ústava SR garantuje každému občanovi zdravotnú starostlivosť zo systému verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených zákonom. Zákon obsahuje zoznam bezplatných preventívnych prehliadok; zoznam dôležitých liekov bez doplatku; zoznam diagnóz, pri ktorých je nárok na bezplatnú kúpeľnú starostlivosť a zoznam prioritných diagnóz (približne dve tretiny diagnóz podľa MKCH-10). Všetky úkony zdravotnej starostlivosti, ktoré boli vykonané na účel liečby prioritnej diagnózy, sú poskytované bezplatne. Na ochorenia, ktoré nie sú prioritné, sa môže vzťahovať spoluúčasť. V praxi sa však liečba mnohých neprioritných chorôb takisto poskytuje bezplatne. Služby na žiadosť pacientov resp. služby, ktoré nesúvisia s ich zdravotnými potrebami alebo vyplývajú z užívania alkoholu alebo drog, nie sú hradené. Posledný z uvedených prípadov však uplatňuje sporadicky.

Každý poskytovateľ je povinný zverejniť cenník, ktorý je umiestnený na viditeľnom mieste pre návštevníkov a skontroloval ho vyšší územný celok. Cenník musí obsahovať ceny za nemedicínske služby a jeho účelom je zvýšiť transparentnosť pre pacientov.

### **Hĺbka: do akej výšky sú hradené náklady na zdravotnú starostlivosť?**

Spoluúčasť sa zvyčajne uskutočňuje prostredníctvom menších poplatkov za lekársky predpis a určité služby zdravotnej starostlivosti (napr. neodkladná starostlivosť), ako aj prostredníctvom doplatkov za lieky a kúpeľnú starostlivosť. Zákonom z roku 2006 sa znížili niektoré poplatky a v niektorých prípadoch boli úplne zrušené stanovením nulovej ceny. Okrem toho sa vláda v poslednom čase snaží ďalej obmedziť priestor pre lekárov, pokiaľ ide o účtovanie poplatkov za poskytnuté služby. Tieto snahy vyústili v apríli 2014 do sprísnenej politiky, ktorá zabránila praktikám zdravotných poisťovní v súvislosti preplácaním spoluúčasti pri úhradách za služby zdravotnej starostlivosti. Žiadny poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, či už ústavnej alebo ambulantnej, nemôže požadovať platby, ak má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou pacienta, s výnimkou niektorých nadštandardných služieb (napr. možnosť výberu chirurga v nemocnici, atď.). Viac informácií je uvedených v časti 3.4.2).

### **3.2.3 Výber poisťného**

Systém verejného zdravotného poistenia je financovaný kombináciou odvodov ekonomicky aktívneho obyvateľstva a platieb štátu za svojich poisťencov. Medzi zdroje verejného zdravotného poistenia patria (1) odvody zamestnancov a zamestnávateľov; (2) odvody samostatne zárobkovo činných osôb; (3) odvody dobrovoľne nezamestnaných osôb; (4) odvody, ktoré hradí štát za svojich poisťencov; a (5) odvody z dividend. Odvody vyberajú a spravujú zdravotné poisťovne.

1. Zamestnanci povinne platia poisťné vo výške 14 % z hrubej mesačnej mzdy. Z tohto percentuálneho podielu platí zamestnávateľ 4 % a zamestnanec 10 %.
2. Samostatne zárobkovo činné osoby použijú pri výpočte 14 % z vymeriavacieho základu, ktorý sa vydelením vopred definovaným koeficientom. Samostatne zárobkovo činné osoby a zamestnanci s ťažkým zdravotným postihnutím majú nárok na úľavu do výšky 50 % zo sadzby poisťného, čo platí aj pre ich zamestnávateľov.

Maximálny vymeriavací základ pre zamestnancov a samostatne zárobkovo činné osoby je päťnásobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve. Minimálny vymeriavací základ sa určuje len pre samostatne zárobkovo činné osoby a rovná sa polovici priemernej mzdy spred dvoch rokov. V roku 2016 predstavovali minimálne mesačné odvody sumu 60,6 EUR a maximálne odvody 600,6 EUR. Odvody sa uhrádzajú priamo zdravotným poisťovňam a v prípade viacerých zamestnaní sa u týchto poisťencov vykonáva ročné zúčtovanie poisťného. Zamestnanci s postihnutím platia do verejného zdravotného poistenia polovičnú

sadzbu odvodov.

Zavedenie nižšieho vymeriavacieho základu pre nízko príjmové skupiny v januári 2015 znížilo odvody do verejného zdravotného poistenia približne pre 600 000 osôb, čo následne zvýšilo ich čisté príjmy a náklady práce. Táto politika umožňuje znížiť vymeriavací základ pre odvody do verejného zdravotného poistenia zamestnancom s mesačným zárobkom nižším ako 570 EUR.

V závislosti od mesačného príjmu zamestnanca sa môže vymeriavací základ znížiť maximálne o 380 EUR za mesiac. Očakávané straty na príjmoch verejného zdravotného poistenia v dôsledku tejto politiky predstavujú 180 miliónov EUR za rok 2015. Táto suma by sa mala v plnom rozsahu kompenzovať prostredníctvom vyšších odvodov štátu za svojich poistencov.

3. Dobrovoľne nezamestnané osoby sú povinné platiť rovnaké odvody ako zamestnanci. Dobrovoľne nezamestnaní však musia sami platiť plnú sadzbu vo výške 14 %.
4. Odvody za poistencov štátu sa uhrádzajú za ekonomicky neaktívnych jednotlivcov, t.j. predovšetkým deti, študenti do dovŕšenia veku 26 rokov, nezamestnané osoby, dôchodcovia, osoby, ktoré zabezpečujú riadnu starostlivosť o deti do veku troch rokov, a osoby so zdravotným postihnutím.<sup>5</sup> Tieto skupiny spolu tvoria približne tri milióny obyvateľov Slovenska. Odvody za poistencov štátu, ktoré ministerstvo zdravotníctva uhrádza z celkového výberu daní, boli zákonom stanovené vo výške 4,2 % (na základe priemernej mzdy spred dvoch rokov) v roku 2015 a v priemere by mali dosiahnuť 4,3 % v roku 2016. Sadzba 4,2 % bola platná v období od januára do októbra 2015, pričom v novembri a decembri sa uplatňovala zvýšená sadzba 5,8 % na pokrytie mimoriadnych výdavkov v súvislosti so zavedením nižšieho vymeriavacieho základu pre nízko príjmové skupiny a vyššími platmi lekárov. Na účely minimalizovania volatility financií sa sadzby odvodov štátu často používali na kompenzáciu predpokladaných strát v odvodoch od ekonomicky aktívneho obyvateľstva (pozri tabuľky 3.4 a 3.5).
5. Dividendy z domácich alebo zahraničných činností podliehajú odvodom do verejného zdravotného poistenia vo výške 14 %, pričom maximálny vymeriavací základ je stanovený na úrovni 60-násobku priemernej mzdy spred dvoch rokov, t.j. 41 480 EUR za rok 2016.

---

<sup>5</sup> Zdravotné postihnutie sa posudzuje v rámci pôsobnosti ministerstva sociálnych vecí.

**Tabuľka č. 3.4:**

Zdroje systému verejného zdravotného poistenia (VZP) ako percentuálny podiel z HDP v členení podľa ekonomicky aktívneho a neaktívneho obyvateľstva

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sociálne zdravotné poistenie ako % z HDP (%)	4.8	5.0	6.1	5.3	5.1	5.1	5.2	5.3
Odvody od ekonomicky aktívneho obyvateľstva (v mil. EUR)	2 038	2 255	2 180	2 178	2 374	2 428	2 573	2 770
Odvody uhrádzané štátom za ekonomicky neaktívnych poistencov (v mil. EUR)	893	998	1 162	1 341	1 208	1 358	1 277	1 212
Odvody od ekonomicky aktívneho obyvateľstva ako % z celk. VZP (%)	70	69	65	62	66	64	67	70
Odvody uhrádzané štátom za ekonomicky neaktívnych poistencov ako % z celk. VZP (%)	30	31	35	38	34	36	33	30
Sociálne zdravotné poistenie (%)	100	100	100	100	100	100	100	100

Zdroj: ÚDZS, 2015.

**Tabuľka č. 3.5:**

Odvody do verejného zdravotného poistenia, ktoré štát platí za svojich poistencov, vybrané roky

Rok	% z priemernej mzdy v nár. hosp. spred dvoch rokov(%)	Odvody štátu na obyvateľa za rok v EUR
2009	4,9	393
2010	4,8	415
2011	4,3	386
1-6/2012	4,0	369
7-12/2012	4,3	378
2013	4,25	401
2014	4,0	386
1-10 2015	4,2	412
11-12 2015	5,85	579

Zdroj: ÚDZS, 2015.

**3.3.3 Združovanie finančných prostriedkov**

Preddavky na poistné na zdravotné poistenie vyberajú priamo zdravotné poisťovne od zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných osôb a od štátu za ekonomicky neaktívne osoby. S cieľom umožniť kompenzáciu zdravotným poisťovniam za nákladovo náročnejších pacientov (t.j. rizikovejšie portfólio) sa 95 % z preddavkov na poistné na VZP prerozdeľuje medzi

zdravotnými poisťovňami pomocou systému úpravy rizík.

Systém úpravy rizík prešiel viacerými zmenami a od roku 2004 jeho správa spadá do pôsobnosti ÚDZS (pozri tabuľku č. 3.6). Podrobnosti o spôsobe prerozdelenia upravuje ministerstvo zdravotníctva na ročnej báze. ÚDZS má takisto na starosti dohľad nad procesom prerozdelenia. ÚDZS je zodpovedný aj za správu centrálného registra poistencov. Úprava rizika sa vykonáva na mesačnej báze a účtovne sa vykazuje raz ročne.

### Tabuľka č. 3.6:

Vývoj mechanizmov prerozdelenia od roku 1999

Platnosť od	Faktory úpravy rizík	% prerozdelených preddavkov na poistné (%)
1.7.1999	Poistenci boli rozdelení do 34 skupín podľa pohlavia a veku do päťročných kohort, pričom každej skupine bol pridelený špecifický index rizika, ktorého najnižšia hodnota bola stanovená na úrovni 1.0	100
1.8.2005		85
1.1.2005		85.5
1.1.2009		95
1.1.2010	K pohlaviu a veku sa pridáva ekonomická aktivita poistencov; poistenci sú rozdelení do 68 skupín, pričom každej z týchto skupín bol pridelený špecifický index rizika, ktorého najnižšia hodnota mohla byť 1.0	95
1.7.2012	K ekonomickej aktivite, pohlaviu a veku sa pridáva 24 farmaceutických nákladových skupín (PCG). Index rizika PCG skupín sa každoročne upravuje k 1. januáru.	95
1.1.2013	Aktualizácia zoznamu PCG skupín; glaukóm bol nahradený hemofíliou	95
1.1.2015	Aktualizácia zoznamu PCG skupín; diabetes typu II bol vyňatý a doplnené boli ochorenia štítnej žľazy a glaukóm. Od roku 2015 sa používa 25 PCG skupín.	95

Zdroj: údaje zostavené autormi na základe legislatívy.

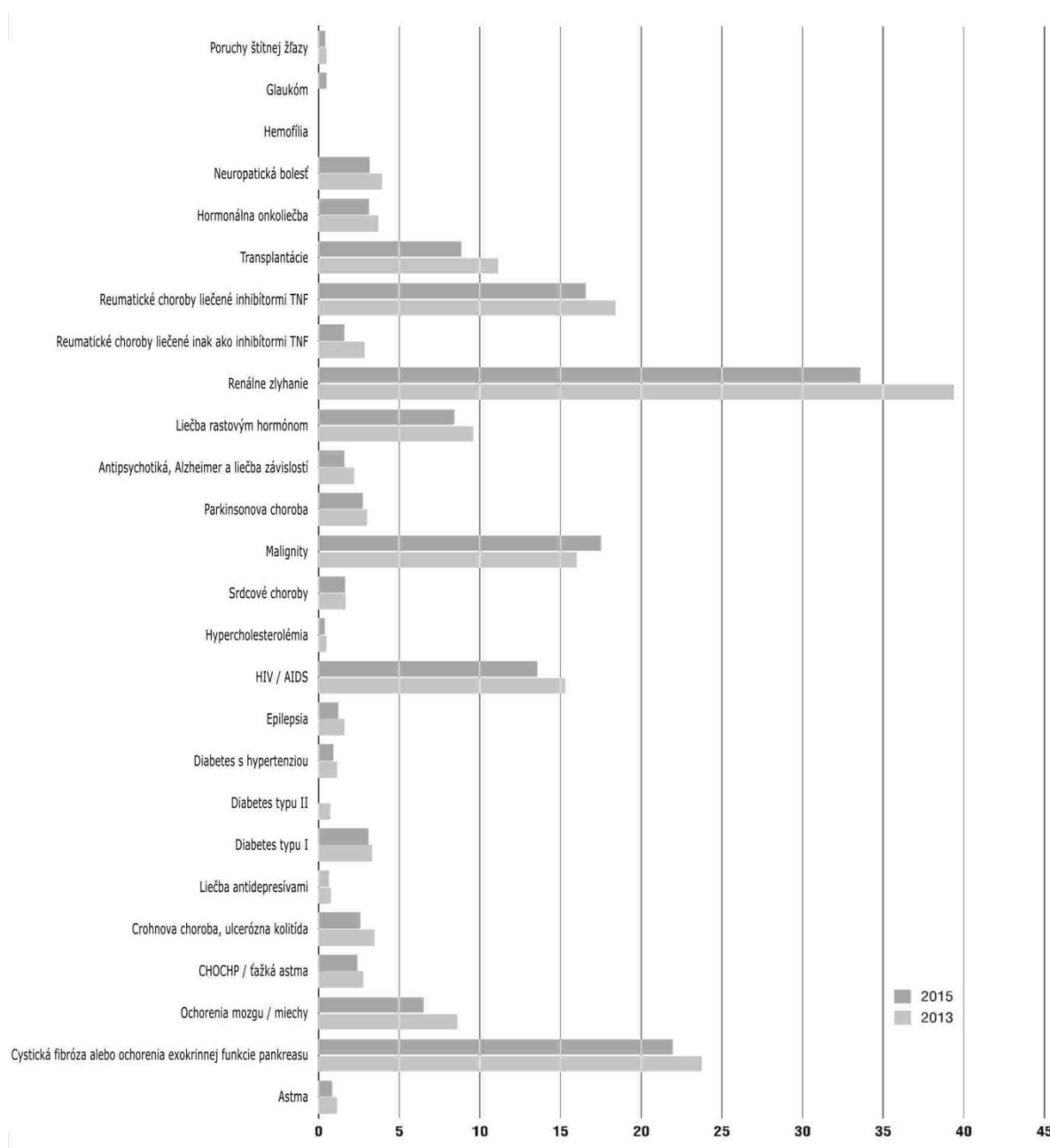
Do júla 2012 sa v rámci systému prerozdelenia medzi zdravotnými poisťovňami uplatňovali kategórie úpravy rizika podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity. Prediktívna schopnosť tohto modelu bola približne 3 %, a preto „penalizovala“ zdravotné poisťovne, ktoré mali vo svojom kmeni nákladovo náročných pacientov s chronickými ochoreniami (HPI, 2014b). To platilo najmä v prípade VŠZP, ktorá bola do roku 1994 jedinou poisťovňou a stále zastrešuje pomerne veľkú skupinu starších a komplexnejších poistencov (v mnohých prípadoch sú to poistenci štátu).

V záujme spravodlivejšieho prerozdelenia sa v júli 2012 zaviedol nový prerozdelený mechanizmus. Do systému úpravy rizika doplnil 24 farmaceutických nákladových skupín (PCG), ktoré sú založené na spotrebe určitých množstiev denných dávok liekov podľa anatomicko-terapeuticko-chemickej klasifikácie počas obdobia 12 mesiacov. Vzhľadom na skutočnosť, že približne 30 % výdavkov zdravotných poisťovní tvoria lieky, tento model výrazne zlepšil predvídateľnosť a spravodlivosť systému prerozdelenia. V dôsledku toho VŠZP vykázala 7 % rast príjmov v prvom roku od začiatku uplatňovania nového mechanizmu na úkor súkromných poisťovní Union and Dôvera.

Od roku 2015 má systém úpravy rizík na Slovensku odhadovanú prediktívnu schopnosť (R2) na úrovni 19,6 % (HPI, 2014b). Vzorec pre úpravu rizika a indexy skupín PCG sa každoročne aktualizujú. Vzhľadom na zmeny v prerozdeľovaní po zavedení PCG a následný vývoj alokácií medzi zdravotnými poisťovňami bolo vykonaných niekoľko úprav (pozri obr. 3.7), ktoré sú často predmetom diskusie medzi zdravotnými poisťovňami a MZ SR.

### Obr. 3.7

Porovnanie indexu rizika skupín PCG v slovenskom systéme úpravy rizík, 2013 a 2015\*



Zdroj: údaje zostavené autormi na základe vyhlášok MZ SR.

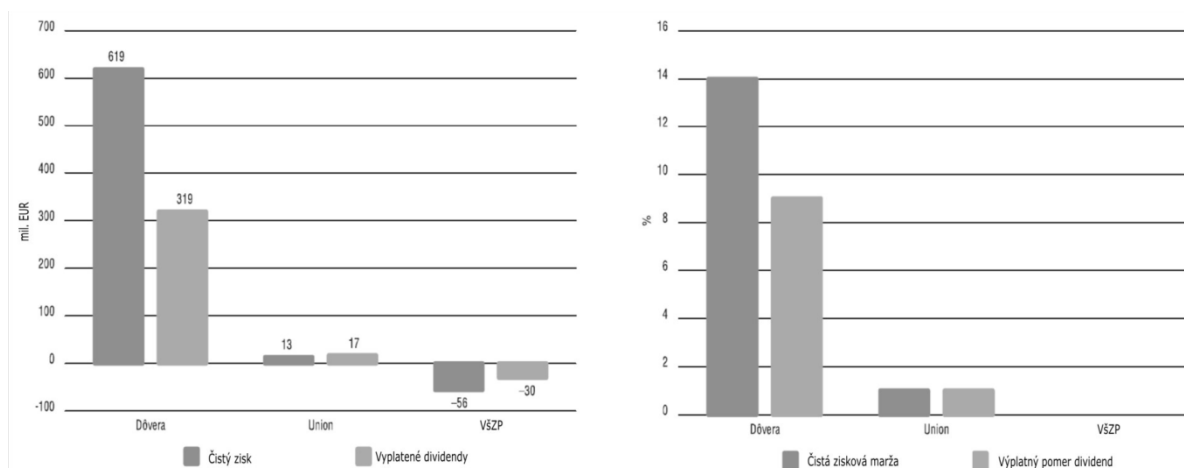
Pozn.: Diagram znázorňuje „index rizika“ pre vybrané ochorenia, t.j. index odhadovaných výdavkov spôsobených každým z ochorení na základe výdavkov v minulosti.

### Regulovanie ziskov zdravotných poisťovní

Od roku 2004 sú akciovými spoločnosťami všetky tri zdravotné poisťovne, ktoré si konkurujú na trhu so zdravotným poistením v SR. Medzi týmito tromi konkurenčnými spoločnosťami existujú veľké rozdiely z hľadiska zisku a schopnosti vyplácať dividendy svojim akcionárom. V rokoch 2009-2013 predstavoval pomer dividend vyplatených akcionárom všetkých zdravotných spoločností k preddavkom na poistné na VZP približne 3 %, t.j. 377 miliónov EUR. Väčšinu dividend vyplátila Dôvera, pretože VŠZP a Union dosahujú veľmi nízke zisky (pozri obr. 3.8). Zdravotnú poisťovňu Dôvera vlastní súkromná spoločnosť, ktorá ma priamy prospech z týchto dividend. Prostredníctvom dlhodobých úverov získala potrebný cashflow na výplatu dividend, zatiaľ čo Union znížila svoj kapitál na účel vytvorenia účtovného zisku.

**Obr. 3.8**

Zisky, dividendy a výplatné pomery v zdravotných poisťovniach na Slovensku, 2009-2013



Zdroj: Inštitút finančnej politiky, 2014.

### 3.3.4 Nákup a vzťahy medzi poskytovateľom a odberateľom

Vzťahy medzi nákupcami a poskytovateľmi sú založené na selektívnom uzatváraní zmlúv, ktoré reguluje MZ SR v záujme zabezpečenia dostupnosti a kvality služieb. MZ SR definuje minimum klinických ekvivalentov FTE v ambulantnej starostlivosti a minimálny počet lôžok na špecializáciu v akútnej starostlivosti, ktoré musí zdravotná poisťovňa pokryť v každom zo samosprávnych krajov. Okrem toho MZ SR s cieľom zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre každého jednotlivca opätovne zaviedlo v roku 2012 zoznam vybraných štátnych poskytovateľov (t.j. povinná sieť), s ktorými musia uzavrieť zmluvy všetky zdravotné poisťovne bez ohľadu na ich kvalitu a efektívnosť. Táto požiadavka minimálneho pokrytia sa vzťahuje aj na záchranné služby, všeobecných lekárov a lekárne. ÚDZS je zodpovedný za monitorovanie nákupu služieb zdravotnej starostlivosti.

Okrem týchto požiadaviek majú zdravotné poisťovne možnosť uzatvárať zmluvy s inými poskytovateľmi. Preto majú zdravotné poisťovne rozdielne zmluvy s rôznymi poskytovateľmi a rokujú o kvalite, cene a objemoch na individuálnej báze. Zdravotné poisťovne zverejňujú každých deväť mesiacov zoznam kritérií uzatvárania zmlúv, ktoré zahŕňajú technické a personálne požiadavky, ukazovatele kvality, dostupnosť a iné faktory (pozri tabuľku č. 3.7).

### Tabuľka č. 3.7:

Prehľad kritérií uzatvárania zmlúv ako percentuálny podiel z celkových kritérií na Slovensku k 1. aprílu 2016

Kritériá	VŠZP Pre všetkých	Dôvera		UNION	
		Ústavná	Ambulantná	Ústavná	Ambulantná
Dostupnosť (%)	20	25		30	
Personál (%)	20	25	25	30	30
Materiálne a technické vybavenie (%)	20	25	25	30	30
Ukazovatele kvality podľa legislatívy (%)	20			20	20
„Vlastné“ indikátory kvality (%)	15	25	50		20
Iné (%)	5				

Zdroj: údaje zostavené autormi na základe legislatívy a informácií od zdravotných poisťovní.

Po splnení kritérií stanovených zdravotnou poisťovňou môžu zmluvné strany dohodnúť podmienky vrátane rozsahu a ceny zdravotných služieb. Minimálne trvanie zmluvy je jeden rok, ale v praxi sa zmluvy prerokúvajú pravidelne niekoľkokrát za rok. Zdravotné poisťovne sú povinné každoročne k 1. januáru zverejňovať zoznam poskytovateľov, s ktorými uzatvorili zmluvy.

V praxi nie sú tarify a objem zazmluvnených služieb obmedzené vyššie uvedenými kritériami. Môžu by predmetom samostatných rokovaní, v dôsledku čoho majú poskytovatelia rozdielne zmluvy s rôznymi zdravotnými poisťovňami. Podľa ÚDZS v skutočnosti dosahujú rozdiely v zmluvných cenách medzi rovnakými skupinami špecializácií v ústavnej starostlivosti až 180 % (ÚDZS, 2015).

Voľnosť zdravotných poisťovní pri určovaní taríf a cien, a ich oligopolný vplyv na trh motivovali zdravotníckych pracovníkov k tomu, aby vytvárali siete, ktorými posilnia svoju vyjednávaciu pozíciu voči zdravotným poisťovňam. Ako príklad môžeme uviesť združenie ambulantných lekárov Zdravita, ktoré zastupuje približne 2000 členov, alebo Slovenskú lekársku komoru, ktorá rokuje v mene určitej časti svojich 18 000 členov. V roku 2015 Slovenská lekárska komora založila aj Zväz ambulantných poskytovateľov na účely rokovania o zmluvách so zdravotnými poisťovňami.

## 3.4 Priame platby (OOP)

Súkromné výdavky predstavovali v roku 2014 približne 25 % z celkových výdavkov



na zdravotníctvo (1 460 miliónov EUR podľa národných účtov). Pozostávajú predovšetkým zo spoluúčasti domácností (90 % celkových výdavkov tvoria priame platby (out-of-pocket payments/OOP). Medzi priame platby patria na Slovensku najmä (1) doplatky za predpisované lieky a zdravotnícke tovary dlhodobej spotreby; (2) poplatky za rôzne služby zdravotnej starostlivosti, zubno-lekárskej starostlivosti a kúpeľnej liečby; (3) platby za voľnopredajné lieky, produkty na zlepšenie zraku a dietetické potraviny; (4) nadštandardná starostlivosť, prednostná liečba a starostlivosť, ktorá nie je hrazená z verejného zdravotného poistenia; a (5) niekoľko štandardných poplatkov – za nonstop službu prvej pomoci (1,99 EUR), prevoz sanitkou (0,07 EUR/km), lekársky predpis (0,17 EUR), sprevádzanie osoby pri pobyte v nemocnici (3,32 EUR), ako aj za stravu a ubytovanie v kúpeľoch (1,66 EUR alebo viac za každý deň). Celkový prehľad je uvedený v tabuľke č. 3.8.

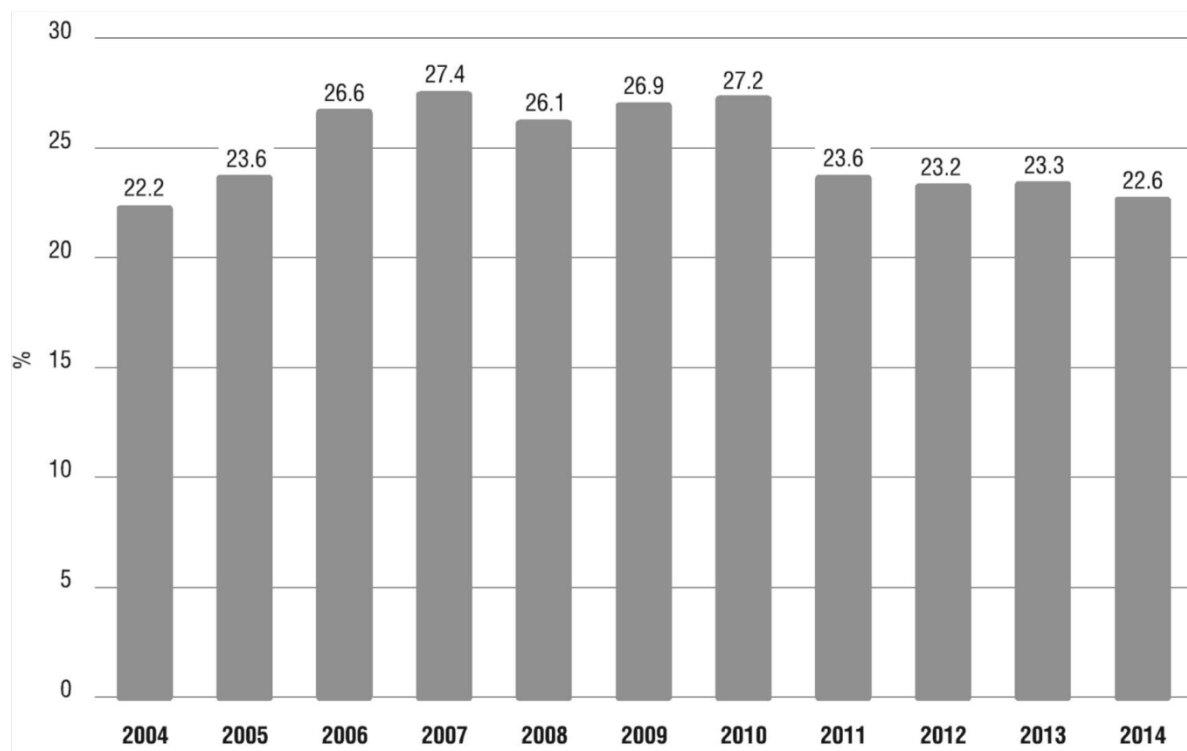
Systém zdravotníctva na Slovensku podporuje znevýhodnených obyvateľov stanovením maximálnej spoluúčasti pri liekoch na predpis, upustením od poplatkov za prevoz sanitkou pre chronicky chorých pacientov a širokým rozsahom zdravotníckych pomôcok so zníženou spoluúčasťou na individuálnej báze. Okrem toho sa približne jedna tretina hrazených liekov vydáva bez doplatku.

V roku 2014 mali priame platby na Slovensku podiel 22,6 % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo. Ako znázorňuje obr. 3.9, úroveň priamych platieb vzrástla v rokoch 2004 až 2007. Je to dôsledok zmien v daňovej politike (zvýšenie DPH na lieky z 10 na 19 % v období rokov 2003-2005) a zavedenia viacerých doplatkov. Medzi ďalšie dôvody zvyšovania priamych výdavkov patria vyššie výdavky na voľnopredajné lieky a nové produkty ponúkané v lekárňach, zvýšené využívanie súkromných poskytovateľov a zvýšenie rôznych poplatkov za služby, ktoré nie sú štandardnými službami zdravotnej starostlivosti.

Je potrebné uviesť, že výdavky vo forme poskytnutých priamych platieb vychádzajú z odhadov, ako sa uvádza v rámcu 3.1. Metodika Štatistického úradu Slovenskej republiky na výpočet priamych platieb zahŕňa okrem doplatkov za predpisované lieky aj položky, ktoré sa predávajú v lekárňach, ale so zdravím súvisia len okrajovo, ako napr. dekoratívna kozmetika. Vzhľadom technické obmedzenia pri vykazovaní príjmov ministerstvu financií však tieto položky nemožno oddeliť od výdavkov na lieky. V dôsledku toho môžu byť priame platby v SR nadhodnotené (viac informácií obsahuje rámcu 3.1). Na druhej strane môžu byť priame platby nedostatočne vykazované vzhľadom na slabšiu legislatívu v oblasti vykazovania neštandardných služieb poskytovaných počas návštev v ambulantných a ústavných zariadeniach, ktoré zahŕňajú napr. rôzne správne poplatky, objednanie u lekára na presne stanovený čas a vyšetrenia lekárom špecialistom bez odporúčania od všeobecného lekára. Poskytovatelia však nie sú povinní nahlasovať plnú výšku týchto platieb.

**Obr. 3.9**

Vývoj priamych platieb na Slovensku ako percentuálny podiel na celkových výdavkoch, 2004-2014<sup>6</sup>



Zdroj: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2016.

Pozn.: Údaje za rok 2014 predstavujú len odhad.

Okrem toho Štatistický úrad prepracoval metodiku vykazovania súkromných výdavkov v roku 2010. To spôsobilo výrazné zníženie súkromných výdavkov a v dôsledku toho aj zníženie ich podielu. Úrad však začal prepočítavať údaje až od roku 2011.

### 3.4.1 Spoluúčasť (poplatky)

S cieľom obmedziť zvyšovanie spoluúčasti bolo prijatých viacero politík, ako napr. de facto zrušenie<sup>7</sup> poplatkov pri ambulantnej starostlivosti a pobyte v nemocnici alebo zníženie doplatkov za lieky na predpis. Jeho podiel však napriek tomu zostáva vysoký, pretože väčšina voľnopredajných liekov nepodlieha regulácii a niektoré služby (napr. zubná starostlivosť alebo oftalmológia) zostávajú v režime zdieľaných nákladov vrátanej niektorých zaužívaných poplatkov za záchranné služby, spracovanie lekárskeho predpisu, prevoz sanitkou a kúpeľnú liečbu. Tabuľka č. 3.8 obsahuje prehľad súčasných priamych platieb na Slovensku.

<sup>6</sup> Nekoninuita v údajoch bola spôsobená zmenami metodiky od roku 2011.

<sup>7</sup> Spoluúčasť nebola v praxi nikdy zrušená, ale jednotlivé hodnoty boli legislatívou nastavené na nulu.

**Tabuľka č. 3.8:**

Spoluúčasť v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku, 2015

Kategória	Spoluúčasť	Poplatky
Lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	Doplatky za 2800 položiek zo 4500	0,17 EUR za lekársky predpis
Všeobecná ambulantná starostlivosť	Bez spoluúčasti	0 EUR
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	Bez spoluúčasti	0 EUR
Ústavná starostlivosť	Bez spoluúčasti	0 EUR
Kúpele a iné rehabilitačné služby	Podľa kategórií, diagnózy v kategórii B sú čiastočne hradené zdrav. poisťovňami	1,66 EUR a viac
nonstop služba prvej pomoci	–	1,99 EUR
Prevoz pacientov	–	0,07 EUR/km

Zdroj: údaje zostavené autormi na základe legislatívy.

**3.4.2 Priame platby**

Priame platby v slovenskom zdravotníctve pozostávajú najmä z platieb za voľnopredajné lieky a dietetické potraviny a zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je hradená z verejného zdravotného poistenia.

V roku 2015 MZ SR zaviedlo novú legislatívu, ktorá poskytovateľom obmedzuje možnosť účtovať si poplatky za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace so zdravím. Išlo o reakciu na skutočnosť, že aj keď bola spoluúčasť na úhrade za zdravotnícke služby postupne regulovaná, poskytovatelia si mohli účtovať poplatky súvisiace so starostlivosťou (napr. platba za klimatizáciu v čakárni, platba za administratívne úkony, platba za vytlačenie dokumentov, atď.). Tieto platby boli identifikované ako hlavný dôvod zvyšovania výdavkov vo forme priamych platieb, no prakticky boli mimo dosahu legislatívy. Nová legislatíva od roku 2015 definuje nemedicínske služby, za ktoré možno účtovať poplatky, a ustanovila prísnejšiu kontrolu zo strany samosprávnych krajov. Stručný prehľad niektorých z týchto priamych platieb je v tabuľke č. 3.9. Táto legislatíva si však vyslúžila silnú kritiku zo strany zdravotníckych pracovníkov a verejnosti, ako aj médií, a jej novelizácia je naplánovaná na rok 2016.

**Tabuľka č. 3.9:****Priame platby v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku, 2016**

	<b>Služby, ktoré nie sú hrazené z VZP</b>	<b>Nemedicínske služby pred 1. aprílom 2015</b>	<b>Nemedicínske služby po 1. apríli 2015</b>
Lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	napr. voľnopredajné lieky, dietetické potraviny, produkty zlepšenie zraku		
Všeobecná ambulantná starostlivosť	napr. niektoré typy očkovaní, lekárske vyšetrenie požadované zamestnávateľom, atď.	Priame platby za prednostné vyšetrenie u lekára, objednanie k lekárovi, vydávanie potvrdení na žiadosť tretej strany, atď.	Poplatky za návštevu u lekára nie sú povolené <sup>8</sup>
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	napr. in vitro fertilizácia (spolufinancované sú prvé tri cykly), obriezka, plastická chirurgia, anestézia na žiadosť pacienta, atď.	Priame platby za prednostné vyšetrenie u lekár, objednanie k lekárovi, vydávanie potvrdení na žiadosť tretej strany, atď. Členské poplatky, registračné poplatky za individuálny manažment pacienta	Nie sú povolené poplatky za návštevu u lekára ani za iné podporné služby Priame platby za vydávanie potvrdení
Ústavná zdravotná starostlivosť	napr. umelé prerušenie tehotenstva na žiadosť pacientky, sterilizácia, plastická chirurgia, atď.	Členské poplatky, registračné poplatky za individuálny manažment pacienta Nadštandardné ubytovanie a strava	Nie sú možné žiadne členské poplatky Nadštandardné ubytovanie a strava
Kúpele	napr. liečebné procedúry, ktoré nehradí ZP alebo pobyt na žiadosť pacienta	Nadštandardné ubytovanie a strava	Nadštandardné ubytovanie a strava
Laboratórna diagnostika a rádiodiagnostika (RTG, CT, MR, pozitronová emisná tomografia (PET))	ako napr. lekárske vyšetrenia na žiadosť pacienta, napr. testy otcovstva	Prednostné vyšetrenie u lekára na žiadosť pacienta	Prednostné vyšetrenie u lekára na žiadosť pacienta

Zdroj: údaje zostavené autorom

**3.4.3 Neformálne platby**

Podľa prieskumu autorov Mužik a Szalayová, 2013b, neformálnu platbu dalo v hotovosti alebo v naturáliách 71,4 % respondentov (843 z 1181 respondentov). Aktuálnejší prieskum Transparency International nepotvrdil takýto vysoký percentuálny podiel, ale konštatoval, že takmer 27 % respondentov poskytlo neformálne platby. Celková hodnota takýchto platieb sa prakticky nedá odhadnúť (Transparency International Slovakia, 2015).

**3.5 Dobrovoľné zdravotné poistenie (DZP)**

Dobrovoľné zdravotné poistenie, ktoré ponúkajú komerčné poisťovne, naďalej zohráva okrajovú úlohu na Slovensku. Za dohľad na súkromným dobrovoľným zdravotným poistením je zodpovedná Národná banka Slovenska. DZP sa bežne

<sup>8</sup> Upozorňujeme, že v praxi niektorí poskytovatelia obišli túto legislatívu vytvorením nových subjektov, ktoré administratívne zastrešujú poskytovanie služieb zdravotnej starostlivosti, a preto nespádajú do pôsobnosti zákona a môžu si účtovať poplatky za služby.

uzatvára pre prípad nehody alebo ochorenia, nákladov na zdravotnú starostlivosť v zahraničí alebo nákladov na záchranné služby v horských oblastiach v naliehavých prípadoch. Stručný prehľad DZP na Slovensku je uvedený v tabuľke č. 3.10.

### Tabuľka č. 3.10:

Prehľad jednotlivých zdravotných poisťovní, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Počet poisťovních zmlúv	30 170	31 059	30 681	34 157
% poisteného obyvateľstva	0.56	0.57	0.57	0.63
Počet poisťovních nárokov	2 993	1 659	1 167	1 591
Hodnota poisťovních nárokov v EUR	1 002 114	1 031 077	1 082 885	1 352 995

Zdroj: Národná banka Slovenska, 2016.

## 3.6 Ďalšie financovanie

### 3.6.1 Paralelné systémy zdravotníctva

Niektorí lekári, zubári a ambulantní špecialisti nemajú uzatvorené zmluvy so žiadnou poisťovňou. Títo poskytovatelia nemajú okrem prípadov poskytnutia neodkladnej starostlivosti nárok na úhradu od zdravotných poisťovní. Okrem toho na Slovensku existujú tri menšie paralelné systémy zdravotníctva: vojenské zdravotníctvo (jedna nemocnica); ministerstvo vnútra prevádzkuje zariadenia zdravotnej starostlivosti pre bezpečnostné zložky; a väzenské služby. Mechanizmy financovania a všetky ostatné pravidlá a legislatíva sú rovnaké ako v prípade systému verejného zdravotného poistenia.

### 3.6.2 Externé zdroje financovania

Samosprávne kraje, obce a niektoré súkromné spoločnosti investujú do zdravotníckej infraštruktúry a medicínskeho vybavenia poskytovateľov v ich pôsobnosti. Kľúčovým externým zdrojom financovania sú štrukturálne fondy EÚ. Počas obdobia rokov 2007 až 2013 mal sektor zdravotníctva vlastný operačný program s názvom „Zdravotníctvo“ s rozpočtom 294 miliónov EUR, ktorý bol financovaný z fondov EÚ.

Cieľom programu bolo zvýšiť kvalitu, dostupnosť a efektívnosť služieb zdravotnej starostlivosti pre päť hlavných skupín ochorení (t.j. kardiovaskulárne choroby, onkologické ochorenia, vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí, ochorenia dýchacej sústavy a ochorenia tráviaceho traktu). Program vyčlenil zdroje na tri prioritné oblasti.

Špecifickým cieľom prioritnej osi 1 bolo investovať do výstavby, rekonštrukcie a modernizácie infraštruktúry všeobecných a špecializovaných nemocníc s prednostným zameraním na liečbu vyššie uvedených piatich skupín ochorení.

Špecifickým cieľom prioritnej osi 2 bolo zabezpečiť rekonštrukciu a modernizáciu infraštruktúry ambulantnej zdravotnej starostlivosti s prednostným zameraním na prevenciu a podporu zdravia v rámci liečby týchto piatich skupín ochorení. Špecifický cieľ prioritnej osi 3 pozostával z technickej pomoci pre MZ SR a budovania administratívnych kapacít potrebných na realizáciu operačného programu. Po splnení určitých kritérií sa o granty mohli uchádzať všetci poskytovatelia s výnimkou poskytovateľov z Bratislavského kraja. Celkovo uspelo 89 predložených projektov, ktoré získali finančné granty v hodnote 285 miliónov EUR, ako je znázornené v tabuľke č. 3.11 a na obr. 3.10

### Tabuľka č. 3.11:

Finančné ukazovatele Operačného programu Zdravotníctvo, 2007-2014 (marec 2016)

Prioritná os	Prijímateľ	Počet projektov	Priemerná veľkosť projektu (EUR)
1: Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	Špecializované nemocnice	11	2 047 000
1: Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	Všeobecné nemocnice	17	11 656 000
2: Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	Ambulantné zariadenia	59	1 088 000
3: Technická pomoc	MZ SR	–	9 205 000
<b>Spolu</b>			<b>294 128 000</b>

Zdroj: Interné dokumenty ministerstva zdravotníctva (MZ SR, 2016)\_

Na obdobie rokov 2014-2020 nie je pre sektor zdravotníctva vyčlenený žiadny program. Všetky prostriedky EÚ, ktoré sú k dispozícii, budú alokované prostredníctvom programu v pôsobnosti Ministerstva pôdohospodárstva a rozvoja vidieka SR. Uplatňuje sa jeden integrovaný regionálny operačný program s odhadovaným rozpočtom vo výške 300 miliónov EUR, ktoré by mali byť investované do podpory primárnej starostlivosti a kapacity kľúčových nemocníc poskytujúcich akútnu starostlivosť. Okrem toho bude mať tento sektor možnosť čerpať prostriedky z ostatných štrukturálnych fondov EÚ, ktoré spadajú do pôsobnosti iných ministerstiev, a to najmä so zameraním na vedu a inovácie. Presná alokácia však zatiaľ nebola špecifikovaná.

**Obr. 3.10**

Vizuálne znázornenie prijímateľov externých zdrojov na Slovensku, 2007-2013

Zdroj: údaje zostavené autormi.



### 3.6.3 Ostatné zdroje financovania

Chronicky chorí pacienti dostávajú od Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR dávky v naturáliách a v hotovosti na pokrytie svojich potrieb v oblasti sociálnej starostlivosti. Ústavná dlhodobá starostlivosť určená seniorom alebo osobám so zdravotným postihnutím spadá pod široký rozsah sociálnych služieb pre obyvateľstvo a každoročne vyžaduje približne 300 miliónov EUR. V roku 2014 bolo na Slovensku približne 60 000 ZŤP osôb odkázaných na domácu ošetrovateľskú starostlivosť, pričom počet opatrovateľov, ktorí sa o nich starajú, bol len o niečo nižší. Pre tieto osoby sú vyčlenené mesačné príspevky (v sume 100 miliónov EUR za rok 2014), ktoré v priemere dosahujú približne 200 EUR na opatrovateľa a 400 EUR na osobu so zdravotným postihnutím. Táto suma však v mnohých prípadoch nepostačuje na pokrytie životných nákladov, cestovných nákladov pri návšteve nemocnice, kúpu liekov, atď. Preto na Slovensku funguje niekoľko mimovládnych organizácií, ktoré pomáhajú niektorým najzraniteľnejším skupinám. Niektoré z nich sa zameriavajú na rodiny, ktoré bojujú s onkologickým ochorením, ako napr. Dobrý anjel, Liga proti rakovine, Nadácia Výskum rakoviny a Nadácia Kvapka nádeje (t.j. nadácia pre detských onkologických pacientov).

### 3.7 Platobné mechanizmy

Ako sa uvádza v časti 3.3.3, zdravotné poisťovne uhrádzajú poskytovateľom platby za služby na základe individuálnych zmlúv, v ktorých je stanovená suma, povaha a kvalita služieb. Základné princípy platobných mechanizmov sa líšia pre všeobecnú a špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ústavnú starostlivosť, diagnostiku, neodkladnú zdravotnú starostlivosť a služby lekárenskej starostlivosti, ako je znázornené v tabuľke č. 3.12.

#### Tabuľka č. 3.12:

Prehľad platobných mechanizmov (marec 2016)

Typ zdrav. starostlivosti	Mechanizmus	Popis
Všeobecná ZS (Všeobecní lekári, pediatri, gynekológovia)	1. Fixná kapitácia	Pevná mesačná platba za každého poistenca registrovaného u daného poskytovateľa všeobecnej ZS
	2. Variabilná kapitácia	Pevná mesačná platba za každého poistenca registrovaného u daného poskytovateľa všeobecnej ZS; suma závisí od výkonnostných kritérií
	3. Poplatok za výkon	Ďalšia platba za niektoré špecializované výkony, napr. preventívne prehliadky, očkovanie alebo predoperačné vyšetrenia
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	1. Poplatok za výkon	Na základe zoznamu výkonov a ich ohodnotenia (bodových hodnôt), ktorý vydáva MZ SR, ale používa sa na dobrovoľnej báze; zdravotné poisťovne a poskytovatelia rokujú o cenách za bod výkonu
Ústavná starostlivosť	1. Platby za deň	Niekoľko druhov hospitalizácií sa uhrádza prostredníctvom platieb za deň, a to najmä v prípade dlhodobej hospitalizácie na internom oddelení alebo psychiatrii.
	2. Platba za ukončenú hospitalizáciu	Väčšina hospitalizácií sa uhrádza na základe ukončenej hospitalizácie: zdravotné poisťovne rokujú o cenách pre každú špecializáciu; ceny sa líšia medzi jednotlivými poskytovateľmi a mali by odrážať priemernú nákladovosť (case mix index) hospitalizovaných pacientov; v platbe sú zahrnuté všetky výkony okrem laboratórnych a zobrazovacích výkonov a niektorých drahých zdravotníckych materiálov
	3. Poplatok za výkon	Jednodňová chirurgia a chirurgické zákroky s krátkym pobytom v zariadení (menej než tri dni) sa uhrádzajú na základe sadzovníka poplatkov za poskytnuté výkony
Diagnostické vyšetrenia	Poplatok za výkon s mesačným rozpočtom	Na základe zoznamu výkonov a ich ohodnotenia (bodových hodnôt), ktorý vydáva MZ SR, ale používa sa na dobrovoľnej báze; zdravotné poisťovne a poskytovatelia rokujú o cenách za bod výkonu  Zdravotné poisťovne stanovujú strop pre mesačné príjmy poskytovateľov z poplatkov

Zdroj: Údaje zostavené autormi na základe legislatívy.



### 3.7.1 Platby za služby zdravotnej starostlivosti

#### Ústavná zdravotná starostlivosť

Ústavná zdravotná starostlivosť je definovaná ako pobyt osoby v ktoromkoľvek oprávnenom zariadení zdravotnej starostlivosti, ktorý je dlhší než 24 hodín (nielen nemocnice, ale aj sanatóriá alebo domy ošetrovateľskej starostlivosti). Približne 95 % všetkých príjmov nemocníc tvoria platby od zdravotných poisťovní. V rámci ústavnej starostlivosti sa používajú sa tri rôzne typy platobných mechanizmov:

- 1) Ústavná starostlivosť sa primárne prepláca za každý prípad ukončenej hospitalizácie podľa oddelenia, na ktorom bol pacient prijatý. Nemocnica dostane takú istú sumu za pacienta s kolorektálnym karcinómom hospitalizovaným na chirurgickom oddelení ako za pacienta hospitalizovaného s apendicitídou. Nemocnica však dostane rôzne platby za pacientov hospitalizovaných na internom alebo neurologickom oddelení. Platby podľa prípadu sa líšia nielen medzi oddeleniami, ale aj medzi nemocnicami. Dôvodom je absencia objektívnych cenových mechanizmov, ktoré by umožnili zdravotným poisťovniam určiť cenu pri platbe za každý individuálny prípad (prehľad cenových mechanizmov medzi nemocnicami je uvedený v tabuľke č. 3.13).

V prípade zložitej alebo špeciálnej ústavnej liečby je k dispozícii možnosť vopred upraviť platbu vopred po dohode s poisťovňou. V skutočnosti dve zdravotné poisťovne (VšZP a Dôvera) už používajú povinný softvér, ktorý vopred schvaľuje takéto komplexné liečebné postupy v ústavných zariadeniach. Ak nemocnica prekročí zazmluvnené limity, zdravotná poisťovňa zaplatí nižšiu cenu za takúto zdravotnú starostlivosť v danom časovom období alebo za ňu nezaplatí vôbec. V roku 2014 bol prekročený limit približne pri 0,92 % z celkového počtu žiadostí o úhradu ústavnej starostlivosti. Okrem objemových limitov niektoré poisťovne stanovujú obmedzenia aj na mesačné príjmy z hospitalizácií.

- 2) Niekoľko druhov hospitalizácií sa uhrádza prostredníctvom platieb za deň, a to najmä v prípade dlhodobej hospitalizácie na internom oddelení a psychiatrii, alebo pri kúpeľnej liečbe.
- 3) Niektoré krátkodobé hospitalizácie, najmä jednoduchá chirurgia a operácie vyžadujúce krátkodobý pobyt (t.j., pobyt v zariadení ústavnej ZS v trvaní 24-72 hodín), sa preplácajú na základe poplatku za službu.

Lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny sú zahrnuté v nákladoch na hospitalizáciu. V prípade drahých zdravotníckych pomôcok sa zo zdravotného poistenia hradí cena, o ktorú bol prekročený limit stanovený pre hospitalizáciu.

V súvislosti so zavedením systému DRG do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa očakáva lepšia harmonizácia platieb. Proces implementácie riadi ÚDZS a ako základ bol zvolený nemecký systém DRG. Od začiatku roka 2016 sa systém používa virtuálne, čo znamená, že poskytovateľ dostane informáciu o DRG platbe, ale úhrada

sa vykonáva podľa „starého“ platobného mechanizmu. Očakáva sa, že počas roka 2016 sa všetky otázky spojené so zavedením slovenského DRG systému vyriešia predtým, než systém bude schopný prevádzky.

### Tabuľka č. 3.13:

Čeny ukončených hospitalizácií pri vybraných špecializáciách (v EUR), 2013

Špecializácia	Fakultné nemocnice			Všeobecné nemocnice		
	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena
Vnútorné lekárstvo	707	423	1 050	534	323	780
Neurológia	770	440	1 110	536	393	704
Pediatria	677	385	1 050	445	332	618
Gynekológia a pôrodnictvo	764	368	910	516	322	718
Chirurgia	935	300	1 340	667	383	965
Ortopédia	1 002	691	1 450	845	428	1 200
Urológia	847	250	1 200	590	534	706
Chirurgická pohotovosť	1 297	758	1 450	707	600	970
Anesteziológia a intenzívna medicína	5 448	2 453	8 925	2 810	250	5 197

Zdroj: ÚDZS, 2015.

Pozn.: rozdiely vo výdavkoch súvisiacich s hospitalizáciou neodrážajú efektívnosť jednotlivých nemocníc; rozdiely nemusia nevyhnutne znamenať špecifika jednotlivých zariadení pri náležitom krytí všetkých výdavkov súvisiacich s hospitalizáciou; môžu však byť spôsobené podmienkami vyplývajúcimi z historického vývoja ako aj podmienkami medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami.

### Ambulantná starostlivosť

V rámci platobného mechanizmu pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť sa uplatňuje kombinácia kapitácie (pozri tabuľku č. 3.14) a platby za výkon. Poplatky sa vzťahujú na určité zdravotnícke výkony, ktoré nie sú hrazené z kapitácie, ale sú zahrnuté vo verejnom zdravotnom poistení, ako napr. preventívna starostlivosť, niektoré drahé vyšetrenia, ako C-reaktívny proteín, EKG alebo skrining kolorektálneho karcinómu, predoperačné vyšetrenia, laboratórne vyšetrenia a liečba esenciálnej hypertenzie.

**Tabuľka č. 3.14**

Priemerné zazmluvnené sumy kapitácie za mesiac v ambulanciách všeobecných lekárov (v eurách), 2013

	Veková skupina	VšZP	Dôvera	Union
Pediatri	0—1	5,7	5,6	5,7
	1—5	4,1	3,8	3,9
	6—14	2,9	2,7	3,0
	15—18	2,04	1,9	2,1
	19—28	1,9	1,8	2,1
Všeobecní lekári pre dospelých	19—50	1,9	1,8	2,1
	51—60	2,1	1,8	2,1
	61—80	2,4	2,2	2,5
	81<	2,7	2,5	2,8

Zdroj: ÚDZS, 2015.

Výška kapitácie za poistenca závisí najmä od veku, no niektoré poisťovne sa snažia motivovať všeobecných lekárov tým, že im ponúkajú vyššie kapitácie po splnení určitých kritérií kvality. Systém kapitácií umožňuje zdravotným poisťovniam kontrolovať náklady, ale nemotivuje všeobecných lekárov k drahším alebo dodatočným zdravotným výkonom, pretože znášajú všetky riziká.

Špecialisti sú v rámci ambulantnej starostlivosti platení na základe platieb za výkony. Každý výkon je ohodnotený stanoveným počtom bodov a zdravotné poisťovne rokujú o poplatku za jeden bod (bodová hodnota) s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tento systém motivuje špecialistov, aby pacientov liečili, ale nemotivuje ich k tomu, aby ich vyliečili. Kontrola objemu a nákladov poskytnutých služieb je preto problematickejšia.

Z tohto dôvodu väčšina zdravotných poisťovní rokujú o maximálnom počte bodov, ktorý môže byť preplatený. Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prekročí dohodnutý objem, poisťovňa nie je povinná preplatiť body navyše. To, či poisťovňa uhradí náklady alebo nie, závisí od dohodnutej zmluvy. Alternatívne sa po prekročení mesačného objemu bodov môže uplatniť diferencovaná bodová hodnota. V týchto prípadoch sa bodová hodnota znižuje so stúpajúcim počtom uskutočnených výkonov (degresívna bodová hodnota).

Tak ako v prípade všeobecných lekárov môžu aj špecialisti dostať od zdravotnej poisťovne dodatočnú finančnú odmenu, napr. za pozitívnu spätnú väzbu od pacientov alebo za racionálny prístup pri predpisovaní liekov. A nakoniec, lieky poskytované pacientom počas návštevy lekára sa preplácajú lekárom nad rámec kapitácie a poplatkov za výkon.

### 3.7.2 Odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov

Do roku 2005 bol zdravotnícky personál v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti odmeňovaný na základe jednotného systému pre zamestnancov verejnej správy. Od januára 2005 sa platové podmienky personálu v zariadeniach ústavnej zdravotnej spravodlivosti riadia Zákonníkom práce, ktorý umožňuje uzatváranie individuálnych dohôd. Platy závisia od výsledkov rokovaní o kolektívnych dohodách medzi zamestnancami alebo ich zástupcami (odbory) alebo zástupcami zamestnávateľov. Tieto dohody sú decentralizované a v dôsledku toho je úroveň plátov rozdielna v jednotlivých regiónoch.

V roku 2011 nespokojnosť lekárov so svojimi platmi vyústila do štrajkov, ktoré boli porovnateľné so štrajkami v Českej republike v tom istom roku, a k hromadným výpovediam lekárov z nemocníc. Vláda musela prijať memorandum, ktoré právoplatne ustanovilo minimálnu úroveň plátov atestovaných i neatestovaných lekárov v nemocniciach.

V súlade s novou legislatívou sa platy lekárov v nemocniciach postupne zvyšovali. Od januára 2015 je minimálny plat nemocničných lekárov bez špecializácie vo výške 1,25 násobku priemernej mzdy v danom odvetví, pričom lekári so špecializáciou dostávajú najmenej 2,3 násobok priemernej mzdy v odvetví. Proces zvyšovania miezd bol rozdelený do štyroch fáz od januára 2012 do januára 2015 tak, aby poskytovatelia mali dostatok času pripraviť sa na zvýšené požiadavky na rozpočet (viac informácií je uvedených v tabuľke č. 3.15).

#### Tabuľka č. 3.15

Zmeny v minimálnej výške plátov lekárov

Fáza	Rok	Koeficient pre lekárov bez špecializácie	Koeficient pre lekárov so špecializáciou
1. fáza	január 2012	1,1	1,6
2. fáza	júl 2012	1,2	1,9
Prvá časť tretej fázy	2014	1,3	2,1
Druhá časť tretej fázy	2015	1,3	2,3

Zdroj: Vyhláška č. 512/2011.

Zdravotné sestry a pôrodné asistentky, ktoré sa pravdepodobne inšpirovali štrajkom lekárov, úspešne požadovali podobnú legislatívnu záruku minimálnej mzdy v roku 2012. Túto záruku schválila vláda vo februári 2012, ale zrušil ju Ústavný súd SR v júni 2013 ako diskriminačnú voči ostatným zdravotníckym pracovníkom. V roku 2015 MZ SR vypracovalo legislatívny návrh, ktorého cieľom bolo štandardizovať minimálne mzdy nielen zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, ale aj celého zdravotníckeho personálu v štátnych nemocniciach. Minimálne platy sa mali stanoviť v závislosti od miezd v národnom hospodárstve spred dvoch rokov

vrátane príslušného koeficientu podľa špecializácie a dosiahnutého vzdelania. Návrh kritizovali odbory zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, ako aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, pretože navrhnuté koeficienty nezohľadňovali pracovné skúsenosti. MZ SR odmietlo zmeniť legislatívu, čo viedlo k druhej vlne štrajkov sestier a pôrodných asistentiek v novembri 2015.

Počas týchto štrajkov podalo výpoveď 1 374 sestier a pôrodných asistentiek zo siedmich štátnych nemocníc. Zastúpené však boli len 4 % sestier a zdravotných asistentiek. Aj keď prezident SR zákon o minimálnej mzde vetoval v decembri 2015, parlament ho opätovne schválil a do platnosti vstúpil od 1. januára 2016. Štrajk nesplnil pôvodne zamýšľané ciele sestier a pôrodných asistentiek. Tabuľka č. 3.16 obsahuje výňatok zo zákona.

### Tabuľka č. 3.16

Výňatok zo zákona o minimálnych mzdových nárokoch zdravotníckych pracovníkov

Povolanie	Odborné pracovné činnosti bez certifikácie	Certifikované pracovné činnosti	Špecializované pracovné činnosti
Farmaceuti	1,3	1,3	2,1
Sestry a pôrodné asistentky	0,8	0,9	1,0
Fyzioterapeuti	0,8	0,9	1,0
Verejní zdravotníci	0,8	0,9	1,0
Asistenti výživy	0,8	0,9	–
Dentálni hygienici	0,8	–	–
Rádiologickí technici	0,8	0,9	1,0

Zdroj: Vyhláška č. 578/2004 (novelizovaná 1. januára 2016).

Poznámka: koeficienty sú násobkom priemernej mzdy v odvetví spred dvoch rokov.

Podľa oficiálnej publikácie MZ SR (MZ SR 2015b) priemerný plat zdravotníckych pracovníkov<sup>9</sup> zamestnaných vo verejnom sektore vzrástol v priemere o 25,5 % za roky 2010 až 2014. V porovnaní s priemernou mesačnou mzdou v priemysle za rok 2014 (t.j. 858 EUR) bol priemerný plat zdravotníckeho pracovníka o 19,2 % vyšší (t.j. 1 023 EUR, pozri tabuľku č. 3.17).

<sup>9</sup> Údaje zahŕňajú všetkých štátnych poskytovateľov služieb zdravotnej starostlivosti, údaje od súkromných poskytovateľov nie sú v požadovanom rozsahu k dispozícii. Štátni poskytovatelia zamestnávali 56 % všetkých zamestnancov, ktorí pôsobia v sektore zdravotnej starostlivosti (pozri časť 4.2).

**Tabuľka č. 3.17**

Vývoj priemernej mesačnej mzdy zdravotníckych pracovníkov zamestnaných vo verejnom sektore za roky 2010 až 2014

	Ø mesačná mzda v EUR						Zmena 2010/ 2014
	2010		2012		2014		
	Ø mzda	porovnanie s NH %	Ø mzda	porovnanie s NH %	Ø mzda	porovnanie s NH %	
Mzda v národnom hospodárstve (NH)	769	100,0	805	100,0	858	100,0	111,57
Zdravotnícki pracovníci zamestnaní vo verejnom sektore	815	106,0	926	115,1	1 023	119,2	125,48
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	906	117,8	1 040	129,2	1 134	132,1	125,14
z toho: lekári	1 663	216,2	1 972	244,9	2 221	258,8	133,55
sestry	763	99,3	879	109,2	929	108,3	121,68

Zdroj: MZ SR, 2015b.