

Správa o stave v zdravotníctve pre výbor NR SR pre zdravotníctvo

17.4.2015

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

Zhrnutie

Vláda SR v decembri 2013 zobrala na vedomie dokument Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku.

Dokument identifikoval reálne problémy slovenského zdravotníctva, pomenoval merateľné ukazovatele a stanovil dosiahnuteľné ciele do roku 2030. Zároveň pomenoval tri kľúčové priority, na ktoré sa majú opatrenia zamerať v súčasnosti – integrovaná ambulantná starostlivosť, akútna ústavná starostlivosť a verejné zdravie.

Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR) na základe tohto dokumentu, dodatočných analýz a stanovenia priorít pripravilo a začalo implementovať tzv. „bottom up and shift left“ reformu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej cieľom je postupný presun časti služieb zdravotnej starostlivosti o občanov z nemocníc do ambulantnej sféry, od špecialistov k všeobecným lekárom a od lekárov smerom ku komunitnej starostlivosti a k intervenciám v oblasti verejného zdravia. Už zrealizované konkrétne kroky (rezidentský program, zmena vzdelávania všeobecných lekárov, rozširovanie ich kompetencií a tvorba štandardizovaných klinických postupov) potvrdzujú správnosť uvedených politík MZ SR. V súčasnosti MZ SR pripravuje ďalšie reformné kroky, predovšetkým stratifikáciu, segmentáciu a špecializáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti a reformu verejného zdravia. Spolu tvoria tieto reformné kroky jeden previazaný reformný celok - reformu „zdola“, ktorá je aj na základe skúseností krajín západnej Európy a odporúčenia Európskej komisie, kľúčová na zabezpečenie udržateľného a kvalitného zdravotného systému.

V oblasti ústavnej zdravotnej starostlivosti MZ SR realizuje proces stabilizácie, pozostávajúci z troch krokov – programu ozdravenia nemocníc, finančnej stabilizácie nemocníc (vrátane oddĺženia vyrovnané hospodáriacich nemocníc) a kapitálových investícií (pilotný projekt PPP projektu novej Univerzitnej nemocnice v Bratislave). Súčasťou týchto zmien je aj zvyšovanie transparentnosti v štátnych nemocniciach, ktorej príkladom je aj realizácia pilotného projektu Otvorená nemocnica vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici.

MZ SR v rámci vyššie uvedených systémových a stabilizačných krokov zaviedlo viacero zmien, ktoré prispeli nie len k zvýšeniu solidarity, spravodlivosti a efektívnosti v systéme, ale aj k spokojnosti pacientov a občanov. Tieto kroky sa dajú zhrnúť do troch kategórií – lieková politika, politika poplatkov a politika zabezpečenia mzdových podmienok lekárov. K dosiahnutiu cieľov MZ výrazne prispelo aj prostredníctvom zmeny v nákupe zdravotnej starostlivosti vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni. Tieto zmeny sú založené na zavádzaní transparentných a jasných pravidiel pre poskytovateľov a na princípe rovnosti, spravodlivosti a rovnakého prístupu ku všetkým poskytovateľom. Realizované zmeny, podporené zavedením PCG do prerozdelenia mechanizmu, zásadným spôsobom prispeli k spravodlivejšiemu, efektívnejšiemu a adresnejšiemu nákupe zdravotnej starostlivosti.

Všetky reformné kroky sú realizované s ohľadom na naplnenie poslania slovenského zdravotníctva a to významne prispievajú k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.

Obsah

1	Informácia o stave zdravotníctva na Slovensku a prezentácia opatrení.....	10
1.1	Stav zdravotníctva na Slovensku.....	10
1.1.1	Zdravotné indikátory ukazujú postupné zlepšovanie.....	10
1.1.2	Základný finančný indikátory ukazuje taktiež pozitívny progres.....	13
1.1.3	Ekonomické analýzy a iné faktory poukazujú na priestor pre reformné kroky.....	16
1.1.4	Kritické mikro faktory ovplyvňujúce efektivitu využitia zdrojov.....	19
1.1.5	MZ SR uvádza systematickú, stabilizačnú a sociálne orientovanú zmenu zdola.....	22
1.2	Systémová reforma „bottom up and shift left“.....	22
1.2.1	Reforma primárnej starostlivosti.....	22
1.2.2	Stratifikácia, segmentácia a špecializácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.....	25
1.2.3	Reforma verejného zdravotníctva.....	33
1.3	Stabilizácia systému poskytovateľov starostlivosti.....	34
1.3.1	Program ozdravovania nemocníc.....	34
1.3.2	Oddĺženie poskytovateľov.....	35
1.3.3	Kapitálové investície do systému.....	36
1.4	Sociálne opatrenia.....	36
1.4.1	Lieková politika.....	36
1.4.2	Poplatky.....	37
1.4.3	Mzdy lekárov.....	37
1.4.4	Prerozdeľovanie zdravotných odvodov – PCG mechanizmus.....	37
2	Vývoj miezd pracovníkov a výsledky hospodárenia od roku 2012.....	40
2.1	Informácia o vývoji miezd pracovníkov.....	40
2.1.1	Počet a štruktúra pracovníkov v zdravotníctve.....	40
2.1.2	Zdravotnícke zariadenia financované zo zdrojov zdravotných poisťovní:.....	45
2.1.3	Návrh zákona pripravovaný MZ SR.....	52
2.2	Informácia o výsledkoch hospodárenia zdravotníckych zariadení od roku 2012.....	53
3	Prehľad zmluvných cien a objemov v jednotlivých typoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (súkromní a štátni) za Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a.s. (VŠZP).....	56
3.1	SVLZ zobrazovacie (CT a MR).....	56
3.2	Laboratórne SVLZ (Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky).....	57
3.3	Kto operuje, dostane viac.....	57
3.4	Zvýšenie balíčkových cien TEP.....	58
3.5	Čakacie listiny.....	58
3.6	Internistické odbory.....	59
3.7	OAIM.....	59
3.8	eHospik.....	59
3.9	ŠAS.....	60

3.10	Stomatológia	61
3.11	PAS (primárna ambulantná starostlivosť)	61
3.12	Prevencia	61
4	Lieková politika, vývoj nákladov, dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok 2012 – 2014	64
4.1	Lieková politika - všeobecne	64
4.2	Nové lieky:	69
4.2.1	Originálne lieky	69
4.2.2	Generické lieky:	72
4.3	Zmeny v kategorizovaných liekoch:	72
4.4	Nedostupnosť liekov	80
4.5	Reexport	81
4.6	Zdravotnícke pomôcky	85
4.7	Dietetické potraviny	86
4.8	Legislatívne zmeny 2012 – 2014	90
4.8.1	Zmeny v zákone o liekoch	90
4.8.2	Zmeny v zákone o omamných látkach	98
4.9	Povoľovanie terapeutického použitia neregistrovaného lieku	100
4.10	Povolenia výrobcov liekov, veľkodistribútorom liekov a zdravotníckych pomôcok zariadeniam lekárenskej starostlivosti	101
5	Prílohy	106
5.1	Príloha 1: Detail dlhu zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR	106
5.2	Príloha 2 : Predbežné údaje úrovne zadĺženia za rok 2014	111
5.3	Príloha 3: Strategický rámec starostlivosti o zdravie 2014 – 2030	115

Zoznam diagramov:

Diagram 1: Očakávaná dĺžka života, obe pohlavia počas 2009 – 2012 (OECD, 2014)	11
Diagram 2: Vývoj zdravých rokov života od uvedenia metodiky v roku 2008 (Eurostat, 2014).....	11
Diagram 3: Prevalencia vybratých chronických chorôb na Slovensku počas 2000 – 2012 (NCZI, 2015; WHO, 2015)	13
Diagram 4: Efektívnosť slovenského zdravotníctva v porovnaní s vybranými OECD krajinami (Filko, Mach, & Zajíček, 2012).....	17
Diagram 5: Vývoj liečiteľnej úmrtnosti podľa AMEHIS metodiky na Slovensku, vybrané roky (Gavurová et al., 2015)	18
Diagram 6: Liečiteľná úmrtnosť pri 3 najčastejších príčinách smrti v roku 2012 podľa AMIEHS metodiky (Gavurová et al., 2015) u vybratých krajín	18
Diagram 7: Veková štruktúra všeobecných lekárov k 1.1.2015 (NCZI, 2015).....	20
Diagram 8: Prehľad reformy "bottom up and shift left"	22
Diagram 9: Prehľad reformy primárnej starostlivosti.....	23
Diagram 10: Prehľad mikro a makro dopadov stratifikácie	26
Diagram 11: „Lievik“ faktorov pri určovaní optimálnej siete poskytovateľov starostlivosti	27
Diagram 12: Kritické míľniky diskusií	28
Diagram 13: Prognóza vývoju počtu obyvateľstva nad 65 rokov do roku 2025 (EU Commission, 2013).....	29
Diagram 14: Vývoj počtu obyvateľov 65+ a 80+ v SR v rokoch 2003 – 2013	29
Diagram 15: Percentuálny vývoj predproduktívnej, produktívnej a postproduktívnej skupiny obyvateľstva	29
Diagram 16: Vývoj Old-dependency ratio v SR v rokoch 2003 - 2013	30
Diagram 17: Vývoj počtu dlhodobo zdravotne postihnutých obyvateľov v zariadeniach sociálnych služieb v rokoch 2009 – 2013 (Slovstat, 2014).....	31
Diagram 18: Determinanty zdravia populácie	34
Diagram 19: Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014).....	43
Diagram 20: Počet sestier v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike (podľa zriaďovateľa; NCZI (2014))	44
Diagram 21: Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014)	45
Diagram 22: Priemerná mesačná mzda za roky 2010 až 2014 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí, financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní	49
Diagram 23: Trend vývoja hospodárenia nemocníc 2011 - 2014	53
Diagram 24: Zaradenie do nových liekov 2012 -2012	69
Diagram 25: Originálne lieky 2012 - 2014	69
Diagram 26: Počet žiadostí rok 2012.....	70
Diagram 27: Počet žiadostí rok 2013.....	71
Diagram 28: Počet žiadostí 2014	71
Diagram 29: Počet žiadostí generické lieky 2012 - 2014.....	72
Diagram 30: Zámer vykonať vývoz podľa počtu oznámení a počtu balení v oznámeniach 2014	82
Diagram 31: Realizovaný vývoz podľa počtu balení a počtu vyvezených liekov	83
Diagram 32: Prehľad kategorizovaných dietetických potravín 2011 - 2014	87
Diagram 33: Prehľad spotreby dietetických potravín 2012 - 2014	88
Diagram 34: Štruktúra záväzkov po lehote splatnosti v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti MZ SR k 31.12.2013	106
Diagram 35: Ročné náklady zdravotníckych zariadení a tržby od zdravotných poisťovní	107
Diagram 36: Hospodársky výsledok 13 fakultných a univerzitných nemocníc v mil. € v rokoch 2011, 2012 a 2013	107
Diagram 37: Ostatné prevádzkové náklady.....	108
Diagram 38: Ročné porovnanie tvorby záväzkov na úrovni istiny	108
Diagram 39: Štruktúra záväzkov po lehote splatnosti delimitovaných a transformovaných zdravotníckych zariadení k 31.12.2013	109

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Porovnanie očakávanej dĺžky života pri narodení a zdravých rokoch života v roku 2012 (Eurostat, 2015).....	10
Tabuľka 2: Hlavné príčiny úmrtia podľa počtu, vybrané roky (Infostat, 2014).....	12
Tabuľka 3: Prehľad vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva - stav.....	14
Tabuľka 4: Prehľad medziročného vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva - zmena	14
Tabuľka 5: Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – stav.....	15

Tabuľka 6: Prehľad medziročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - zmena	15
Tabuľka 7: Prehľad vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav	15
Tabuľka 8: Prehľad medziročného vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - zmena.....	16
Tabuľka 9: Kontakty s lekárom k roku 2012, alebo najaktuálnejšiemu roku (WHO, 2014; OECD, 2015)	19
Tabuľka 10: Pomer VL a špecialistov za rok 2011 (OECD, 2013).....	20
Tabuľka 11: Ilustrácia dopadu PCG	38
Tabuľka 12: Počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike, podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014)	40
Tabuľka 13: Pracovníci v zdravotníctve v roku 2013 podľa povolania	41
Tabuľka 14: Počet lekárov v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014).....	42
Tabuľka 15: Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014)	43
Tabuľka 16: Veková štruktúra sestier v zdravotníctve za roky 2010 - 2013 (NCZI, 2014)	44
Tabuľka 17: Počet zdravotníckych asistentov v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014)	45
Tabuľka 18: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015)	47
Tabuľka 19: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; Slovstat, 2015).....	48
Tabuľka 20: Priemerná mesačná mzda NH podľa odvetví za roky 2012 až 2014	49
Tabuľka 21: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR) (NCZI, 2015; SlovStat, 2015)	50
Tabuľka 22: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR) (NCZI, 2015)	51
Tabuľka 23: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; NSTAT, 2015)	51
Tabuľka 24: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; NSTAT, 2015)	52
Tabuľka 25: SVLZ: zobrazovacie	56
Tabuľka 26: SVLZ: laboratórne.....	57
Tabuľka 27: Rast bonusov za operačné hospitalizácie.....	58
Tabuľka 28: Prehľad balíčkových cien TEP	58
Tabuľka 29: Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti (január 2015)	59
Tabuľka 30: Postup VŠZP po vyhodnotení plnenia kritérií.....	60
Tabuľka 31: Prehľad liekov s/bez doplatku	67
Tabuľka 32: Priemerný mesačný doplatok 2012 - 2014	67
Tabuľka 33: Počty balení, úhrady a doplatky 2012 - 2014	67
Tabuľka 34: Cenové porovnania liekov 2012 - 2014.....	68
Tabuľka 35: Vývoj úhrad za lieky 2012 - 2014.....	68
Tabuľka 36: Prehľad počtu oznámení o plánovanom vývoze liekov zo SR – počet oznámení a počet balení liekov v roku 2014.	82
Tabuľka 37: Prehľad počtu balení a počtu vyvezených liekov zo SR v roku 2014	83
Tabuľka 38: Prehľad liekov, ktoré ŠÚKL nepovolil vyviezť	84
Tabuľka 39: Zoznam kategorizovaných pomôcok 2012 - 2014.....	86
Tabuľka 40: Spotreba dietetických potravín 2012 - 2014	88
Tabuľka 41: Prehľad vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva – stav.....	111
Tabuľka 42: Prehľad medziročného vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)....	111
Tabuľka 43: Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav	112
Tabuľka 44: Prehľad medziročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)	112
Tabuľka 45: Prehľad vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav	113
Tabuľka 46: Prehľad medziročného vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)	113
Tabuľka 47: Medziročné porovnanie tvorby záväzkov spolu na úrovni istiny.....	114

1. INFORMÁCIA O STAVE ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU A PREZENTÁCIA OPATRENÍ



1 Informácia o stave zdravotníctva na Slovensku a prezentácia opatrení

Cieľom tejto kapitoly je odpovedať na tri nasledovné body zadané Výborom NR SR pre zdravotníctvo:

- Podať informácie o stave zdravotníctva na Slovensku a prezentovať opatrenia na zníženie zadĺženia a zlepšenia stavu v rezorte (bod č.1)
- Predstaviť návrh konkrétnych opatrení na zvýšenie transparentnosti vynakladania finančných prostriedkov v zdravotníctve (bod č.2)
- Poskytnúť prehľad realizovaných opatrení „Ozdravného plánu nemocníc“ (bod č.5)

Tieto tri body sa navzájom pretínajú a dopĺňajú. Pre lepšiu čitateľnosť je preto štruktúra tejto kapitoly delená nasledovne. Prvá kapitola stručne vysvetlí stav zdravotníctva na Slovensku zo zdravotného a finančného hľadiska, predstaví kľúčové problémy, ktorým bude Slovensko čeliť v budúcnosti a načrtne riešenia navrhnuté MZ SR. Druhá kapitola sa zameria na konkrétne strategické reformy v systéme, tretia na stabilizačné kroky (plán ozdravných nemocníc a činnosti zamerané na zlepšenie transparentnosti v systéme) a záverečná kapitola sa zameria na sociálne a iné opatrenia zamerané na pacientov a pracovníkov realizované od roku 2011.

1.1 Stav zdravotníctva na Slovensku¹

Problematika vývoja zdravotného stavu populácie je často predmetom neodborných, zaujatých a populisticky ladených tvrdení a štúdií. Ak sa však pozrieme na metodologicky validné a robustné indikátory a dáta, zdravotný stav populácie Slovenska sa dlhodobu postupne zlepšuje, obzvlášť po roku 2009. Dokonca, v rámci krajín V4 dosahuje Slovensko nadpriemerné hodnoty pozitívneho rastu. Podobný vývoj indikuje úroveň zadlžovania v systéme. Napriek tomu viaceré štúdie publikované počas rokov 2012 až 2013 poukázali na priestor pre zlepšenie efektivity v systéme. Tieto a mnohé iné podklady slúžili ako odrazový mostík pri tvorbe Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2013 – 2030, ktorý bol schválený vládou 18. Decembra 2013. Rámec sa eventuálne pretransformoval do série reformných krokov, stabilizačných opatrení a sociálne spravodlivých politík, ktoré sú postupne a systematicky implementované do systému.

1.1.1 Zdravotné indikátory ukazujú postupné zlepšovanie

V súčasnej dobe je obvyklé vykresľovať zdravotné indikátory Slovenskej republiky v negatívnom svetle tým, že sa Slovensko dáva do pomeru s krajinami, ktoré majú historicky výhodnejšie východiskové socio-ekonomické pozície, kultúru či nemajú socialistickú minulosť². Holandsko, Francúzsko, či nordické krajiny sú najčastejším príkladom tohto javu. Ak však porovnáme výstupové parametre slovenského zdravotníctva s krajinami s podobným historickým a kultúrnym kontextom (t.j. krajiny V4), výsledky Slovenska sa dajú interpretovať ako priemerné. Ukážkou tohto je Tabuľka 1, ktorá porovnáva v rámci krajín V4 základný zdravotný indikátor - očakávanú dĺžku života („LY“) za rok 2012.

Tabuľka 1: Porovnanie očakávanej dĺžky života pri narodení a zdravých rokoch života v roku 2012 (Eurostat, 2015)

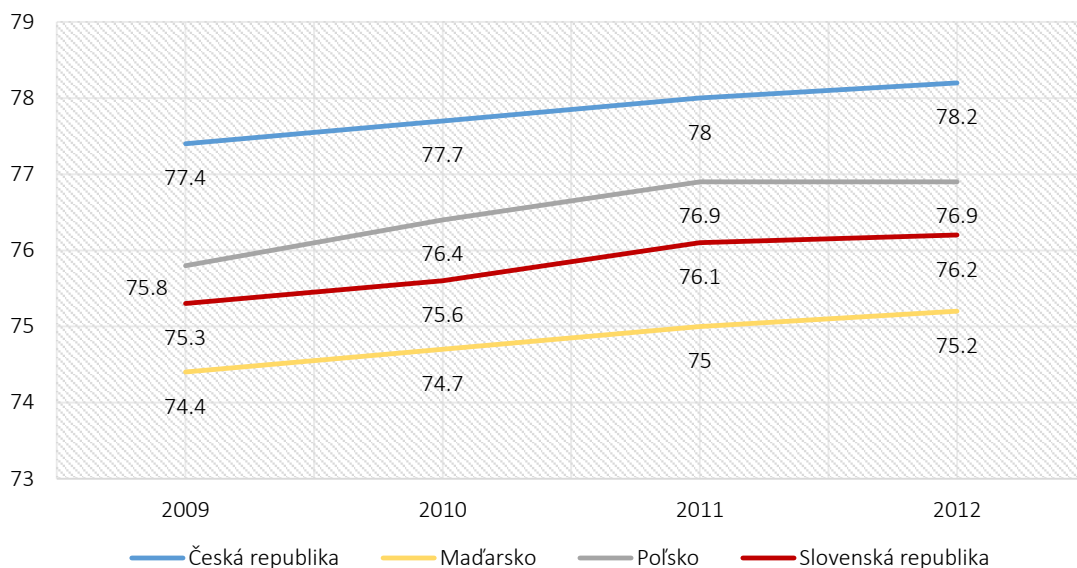
	Česko	Maďarsko	Poľsko	Slovensko
LE at birth muži (2012)	75.1	71.6	72.7	72.5
LE at birth ženy (2012)	81.2	78.7	81.1	79.9

¹ Táto kapitola sa sústreďuje na zdravotné indikátory, makro-ekonomické parametre neboli pre účel tejto správy prezentované a časť mikroekonomických údajov sú zodpovedané detailne v Kapitole 2 tejto správy.

² Tieto determinanty majú podľa viacerých štúdií silný vplyv na efektívnosť a možnosti každého zdravotného systému (Gavurová & Soltes, 2013) (Filko, Mach, & Zajíček, 2012) (INEKO, 2013) a preto je nutné porovnávať krajiny s podobným kontextom.

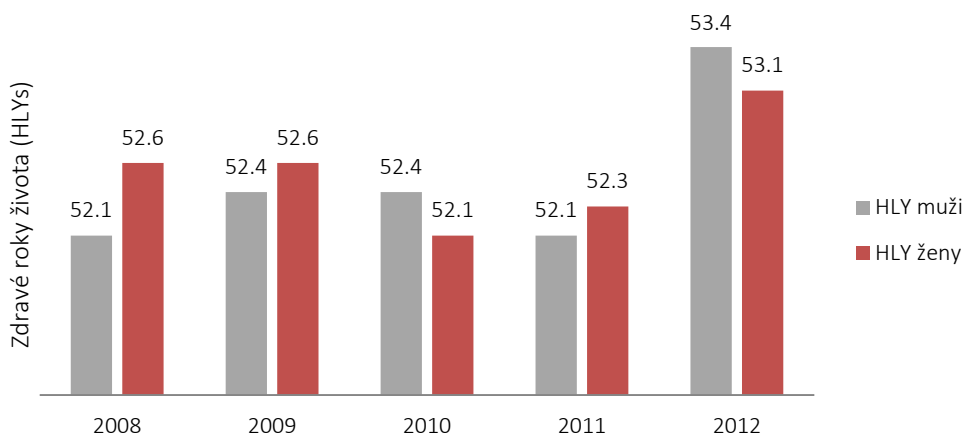
Ak postúpime túto medzinárodnú analýzu o krok ďalej a pozrieme sa na časový sled údajov, zistíme že v porovnaní s krajinami V4 dosahuje Slovensko nadpriemerné hodnoty zlepšovania³ v rámci väčšiny kritických indikátorov mortalít, morbidít a iných ukazovateľov, ako je opäť ilustrované na príklade očakávanej dĺžky života v Diagram 1.

Diagram 1: Očakávaná dĺžka života, obe pohlavia počas 2009 – 2012 (OECD, 2014)



Očakávaná dĺžka života pri narodení, či v inom štandardizovanom veku je síce základný indikátor, ale nie je výpovedný o kvalite života. Napriek tomu, že existuje viacero medzinárodných indikátorov, ktoré by sa snažili odhadnúť či zdefinovať aj kvalitatívny aspekt v zdravotníctve, drvivá väčšina z nich nie je meraná pre Slovensko alebo trpí závažnými metodickými chybami. Príkladom takého indikátora je koncept zdravých rokov života (Healthy Life Years – „HLYs“), ktorý sa však práve pre nelichotivé výsledky Slovenska často používa na získanie mediálnej pozornosti. HLYs odhaduje, koľko rokov žijú obyvatelia v subjektívnom zdraví. Je to indikátor vytvorený Eurostatom v roku 2008 a napriek tomu, že Slovensko dosahuje od zavedenia konceptu postupné zlepšovanie (pozri Diagram 2), v celkovom meraní Eurostatu sa umiestnilo v poslednom reportovanom roku 2012 na poslednom mieste.

Diagram 2: Vývoj zdravých rokov života od uvedenia metodiky v roku 2008 (Eurostat, 2014)



Dôvod zlého umiestnenia Slovenska v rámci HLYs však nie je zlý zdravotný stav populácie, ale vyššie uvedené metodologické nedostatky. HLYs je totižto z časti subjektívne meraný na základne dotazníka o zdravotnom stave obyvateľstva, ktorý nehodnotí a nekontroluje žiaden lekár. Slovensko nebolo ani v pracovnej skupine pri vytváraní HLY

³ Za obdobie 2009 – 2012 dosiahli krajiny nasledujúce percentuálne zlepšenie: ČR – 1.03%; Maďarsko – 1.08%; SVK – 1.2% Poľsko – 1.45%.

a doteraz nemá aktívne zastúpenie, ktorý by tento koncept harmonizoval s našou kolekciou dát. Treba tiež pripomenúť, že metodika HLYs nepoužíva vekovo-šandardizované princípy, čiže porovnať Slovensko a napríklad Česko sa nedá. Tieto nedostatky potvrdzuje nespočetné množstvo štúdií, ktorých závery sú, že HLYs sa nedá v súčasnej forme použiť ako „like to like“ indikátor na medzinárodnej úrovni. Namiesto toho sa odporúča zamerať na iné koncepty pri ktorých sa dá spoľahnúť na kvalitu dát, ako sú indikátory založené na mortalite.

Ak sa teda pozrieme na hlavné príčiny mortality na Slovensku od roku 1995 zistíme, že najväčším dôvodom úmrtia sú choroby obehovej sústavy, teda srdca a ciev. Tie sú v popredí v celej Európe a podobne ako na Slovensku dosahujú pozvoľný pokles na úkor rastúcich úmrtí kvôli nádorovým ochoreniam.

Tabuľka 2: Hlavné príčiny úmrtia podľa počtu, vybrané roky (Infostat, 2014)

Príčina smrti	1995	2000	2005	2010*	2013
Choroby obehovej sústavy (I00-I99)	29,023	28,985	29,131	28,541	26,190
% celkového	55.1%	55.0%	54.5%	53.4%	50.3%
Malígne nádory (C00-C97)	10,947	11,871	11,794	12,073	13,183
% celkového	20.8%	22.5%	22.1%	22.6%	25.3%
z čoho: larynx and pľúca C32-34	22.2%	20.6%	19.4%	18.8%	18.1%
Choroby dýchacej sústavy (J00-J99)	3,643	2,912	3,114	3,311	3,466
% celkového	6.9%	5.5%	5.8%	6.2%	6.7%
Choroby tráviacej sústavy (K00-K93)		2,669	2,787	2,845	2,592
% celkového		5.1%	5.2%	5.3%	5.0%
Z čoho: Chronické ochorenie pečene K70-74		52.2%	52.4%	52.7%	50.5%
Ostatné ochorenia	5,431	3,172	3,517	3,728	3,832
% celkového	10.3%	6.0%	6.6%	7.0%	7.4%
Vonkajšie príčiny chorôb a úmrtnosti (V01-Y89)	3,642	3,115	3,132	2,947	2,826
% celkového	6.9%	5.9%	5.9%	5.5%	5.4%
z čoho: dopravné nehody V01-99	25.3%	27.3%	24.4%	17.5%	13.3%
Celkový počet úmrtí	52,686	52,724	53,475	53,445	52,089

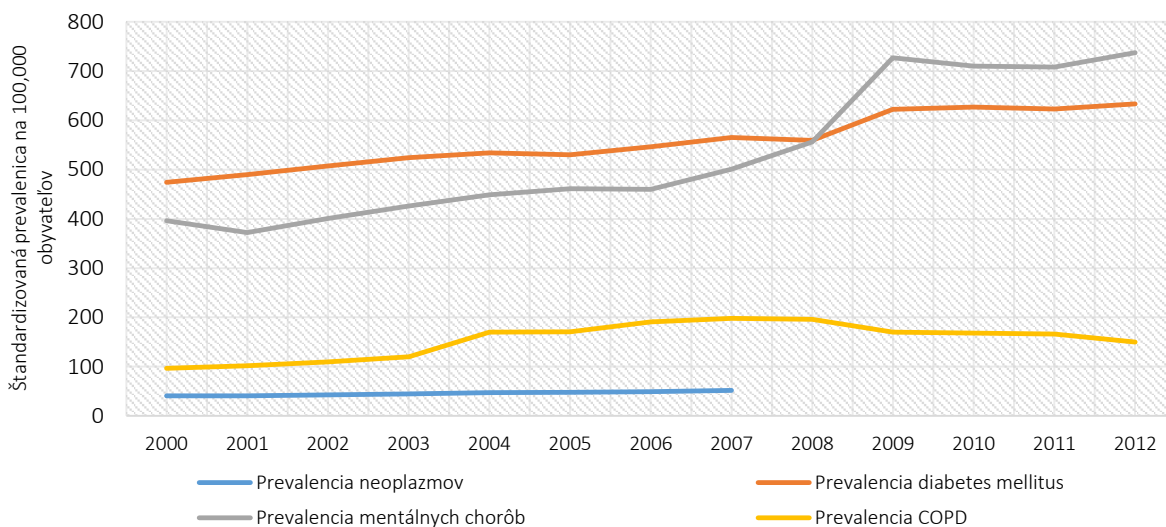
* NCZI preklasifikovalo časť úmrtí v roku 2011, čo viedlo k redukcii dôsledku úmrtí primárne kvôli obehovej sústavy, na úkor ostatných skupín (NCHI, 2012).

Budúci vývoj príčin úmrtí a celkového stavu populácie bude závisieť od vývoja incidencie a prevalencie čoraz viac dominantných chronických ochorení. Z tohto hľadiska je Slovensko opäť v rámci štandardov, keďže vývoj chronických chorôb ukazujú podobný rastúci trend ako v krajinách V4 či západnej Európe. Prevalencia diabetes mellitus a mentálnych porúch zaznamenali počas obdobia 2004 – 2012 najvyšší nárast spomedzi najčastejších chronických chorôb (pozri Diagram 3). Počet pacientov liečených na diabetes narástol počas tohto obdobia o 23% a počet pacientov reportovaných s mentálnymi poruchami o 12%. Prevalencia COPD po dosiahnutí vrcholu prevalencie počas rokov 2007 – 2008 ustúpila a v súčasnej dobe dosahuje stabilizované hodnoty. Prevalencia diabetu bola posledný krát meraná v roku 2008 a Slovensko nedisponuje s aktuálnejšími dátami. Avšak, na základe zvyšujúceho sa počtu úmrtí na C00-97 diagnózy môžeme očakávať, že aj táto skupina dosahuje nárast v prevalencii.

Toto tvrdenie potvrdzujú aj štúdie (napr. EUCAN, 2013) a dokonca, podľa World Cancer Research Fund International (2013) dosahujú naše hodnoty kolorektálnej rakoviny druhú najvyššiu hodnotu u mužov na celom svete. Preto môžeme

očakávať, že úmrtnosť ako následok nádorového ochorenia bude ďalej narastať a ostatné chronické choroby budú predstavovať rastúcu ťarchu pre zdravotný systém.

Diagram 3: Prevalencia vybratých chronických chorôb na Slovensku počas 2000 – 2012 (NCZI, 2015; WHO, 2015)



1.1.2 Základný finančný indikátor ukazuje taktiež pozitívny progres

Existuje mnoho finančných indikátorov, ktoré opisujú situáciu v sektore. Kvôli dlhodobému záporný vývoju hospodárenia sa „základným“ ukazovateľom stal „stav dlhu v rezorte zdravotníctva“. Stav dlhu je sledovaný cez úroveň a zmenu objemu záväzkov v lehote splatnosti, záväzkov po lehote splatnosti, ako aj celkových záväzkov a to na úrovni istiny bez záväzkov zo zúčtovania transferov⁴.

Komplexné informácie o dlhu za rok 2014 za celý sektor zdravotníctva nie sú v čase spracovania tejto správy ešte k dispozícii, preto správa uvádzame informácie najmä za rok 2013 a predbežne za 2014. Informácia sa zaoberá vývojom dlhu v štyroch kategóriách subjektov:

1. V príspevkových organizáciách v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky;
2. V zdravotníckych zariadeniach delimitovaných na obce a vyššie územné celky v zmysle zákona č. 416/2001 Z. z. a transformovaných na neziskové organizácie podľa zákona č. 13/2002 Z. z.;
3. V zdravotníckych zariadeniach, ktoré boli v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. transformované na akciové spoločnosti;
4. V zdravotných poisťovniach kumulatívne.

Tieto kategórie sú detailne zanalyzované v Prílohe 1 tohto dokumentu, stručný celkový prehľad je prezentovaný v tejto kapitole. Celkový prehľad vývoja záväzkov v sektore je zobrazený v Tabuľke 3.

⁴ Implementáciou Smernice EP 2011/7/EÚ o boji proti oneskoreným platbám v obchodných transakciách sú ovplyvnené objemy záväzkov zdravotníckych zariadení po lehote aj v lehote splatnosti, pretože podľa novelizácie a znenia § 340 zákona č. 513/1991 Z. z. je lehota splatnosti pre zdravotnícke zariadenia najviac 60 dní, čo znamená, že záväzky v lehote splatnosti sa dynamickejšie presúvajú do kategórie záväzkov po lehote splatnosti. Preto pre komplexnú ilustráciu vývoja jednotlivých druhov záväzkov uvádzame prehľad predovšetkým všetkých záväzkov spolu.

Tabuľka 3: Prehľad vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva – stav

v mil. eur	k 31.12.2009	k 31.12.2010	k 31.12.2011	k 31.12.2012	k 31.12.2013
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR (vrátane univerzitných a fakultných nemocníc)	355,95	455,92	223,74	319,79	403,54
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	125,83	142,41	152,02	167,16	162,81
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	86,72	76,07	75,16	70,65	65,46
Zdravotné poisťovne	470,88	748,55	733,30	705,29	593,61
Záväzky na úrovni istiny spolu	1 039,38	1 422,95	1 184,19	1 262,89	1 225,42

Celkový stav záväzkov spolu na úrovni istiny kumulatívne za sledované kategórie zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní bol k 31.12.2013 1,22 mld. €. Medziročne oproti roku 2012 nastal pokles o 37,47 mil. €, ako to ilustruje Tabuľka 4.

Tabuľka 4: Prehľad medziročného vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva - zmena⁵

v mil. eur	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	10,10	99,97	-232,18	96,05	83,75
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	-2,50	16,58	9,61	15,14	-4,35
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	40,14	-10,65	-094	-4,48	-5,19
Zdravotné poisťovne	78,44	277,67	-15,25	-28,01	-111,68
Záväzky spolu	126,22	383,57	-238,76	78,70	-37,47

Výška medziročného nárastu záväzkov po lehote splatnosti v roku 2013 oproti roku 2012 bola vo významnej miere ovplyvnená už spomínanou implementáciou Smernice EP 2011/7/EÚ o boji proti oneskoreným platbám v obchodných transakciách. Záväzky po lehote splatnosti vytvárajú najmä zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR a zdravotnícke zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie, ako ilustruje Tabuľka 5. V roku 2013 bol vykázaný medziročný nárast dlhu v sledovaných zariadeniach prostredníctvom rastu záväzkov po lehote splatnosti o 105,64 mil. €. (pozri Tabuľku 5).

⁵ V priebehu roku 2009 bola poskytnutá finančná pomoc pre zdravotnícke zariadenia vo výške 130 mil. € a v priebehu roka 2011 boli poskytnuté finančné prostriedky vo výške 300 mil. € na stabilizáciu nemocníc v pôsobnosti MZ SR.

Tabuľka 5: Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – stav

v mil. eur	k 31.12.2009*	k 31.12. 2010	k 31.12.2011	k 31.12.2012	k 31.12.2013
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	115,45	209,36	69,44	141,75	246,81
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	77,51	75,76	80,93	71,40	72,11
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	0,04	0,05	0,13	0,14	0,01
Zdravotné poisťovne	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
Záväzky po lehote splatnosti spolu	193,19	285,17	150,50	213,29	318,93

Z medzoročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti v jednotlivých kategóriách je zrejmé, že najväčšie odchýlky, nárast, alebo pokles zadlženosti nastáva u zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR, čo je spôsobené skutočnosťami, že v týchto zariadeniach sa uskutočňuje najväčší rozsah finančne náročných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zároveň poklesy sú ovplyvnené poskytnutými prostriedkami finančnej stabilizácie. Zmenu v rámci medzoročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti v rezorte zdravotníctva ilustruje Tabuľka 6, v ktorej je vyjadrený medzoročný prehľad vývoja dlhu od roku 2008.

Tabuľka 6: Prehľad medzoročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - zmena

v mil. eur	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	-80,10	+93,91	-139,92	+72,31	+105,06
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	+0,80	-1,75	+5,17	-9,53	+0,71
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	-0,01	+0,01	+0,08	+0,01	-0,13
Zdravotné poisťovne	-0,21	-0,19	0,00	0,00	0,00
Záväzky po lehote splatnosti spolu	-79,52	+91,98	-134,67	+62,79	+105,64

Pre posudzovanie situácie v oblasti záväzkov zdravotníckych zariadení je dôležité sledovať aj vývoj záväzkov v lehote splatnosti, ktoré sú uvedené v Tabuľke 7.

Tabuľka 7: Prehľad vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav

v mil. eur	k 31.12.2009	k 31.12.2010	k 31.12 2011	k 31.12 2012	k 31.12.2013
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	240,50	246,56	154,30	178,04	156,73
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	48,32	66,65	71,09	95,76	90,70
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	86,68	76,02	75,00	70,51	65,45
Zdravotné poisťovne	470,69	748,55	733,30	705,29	593,61
Záväzky v lehote splatnosti spolu	846,19	1 137,78	1 033,69	1 049,60	906,49

Prehľad vývoja záväzkov v lehote splatnosti je sledovaný ako sumár krátkodobých a dlhodobých záväzkov v lehote splatnosti a rezerv bez záväzkov zo zúčtovania transferov zo štátneho rozpočtu. Z hľadiska vývoja záväzkov v lehote splatnosti je viditeľný medziročný pokles záväzkov u zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR oproti roku 2012 (o 21,31 mil. €), pokles záväzkov v lehote splatnosti u akciových spoločností o 5,06 mil. € a taktiež pokles týchto záväzkov u delimitovaných a transformovaných zdravotníckych zariadení o 5,06 mil. €. Stav záväzkov v lehote splatnosti za zdravotné poisťovne je 593,61 mil. € z predbežných výkazov. Evidujeme tu medziročný pokles záväzkov vo výške 111,68 mil. €, v percentuálnom vyjadrení o 16%, ako zachytáva Tabuľka 8.

Tabuľka 8: Prehľad medziročného vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - zmena

v mil. eur	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	90,20	6,06	-92,26	23,74	-21,31
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na n.o.	-3,30	18,33	4,44	24,67	-5,06
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	40,19	-10,66	-1,02	-4,49	-5,06
Zdravotné poisťovne	78,65	277,86	-15,25	-28,01	-111,68
Záväzky v lehote splatnosti spolu	205,74	291,59	-104,09	15,91	-143,11

Celkovo tak možno konštatovať, že v rezorte zdravotníctva došlo medziročne k poklesu zadlženosti prostredníctvom záväzkov v lehote splatnosti, ktoré sa znížili spolu o 143,11 mil. €, v percentuálnom vyjadrení pokles o 13,6%. Na základe predbežných informácií za rok 2014, trend zlepšovania úrovni zadlženia pokračoval. Celkové záväzky dosiahli ku koncu roku 2014 hodnotu 436 mil. EUR. Po lehote splatnosti je 318 mil. EUR a v lehote splatnosti 118 mil. EUR. Celkové záväzky vzrástli o 70,2 mil. EUR v roku 2014, čo je pomalšie tempo v porovnaní s rokom 2013 o 10,1 mil. EUR (v roku 2013 to bolo 80,3 mil. EUR; v roku 2012 to bolo 82,1 mil. EUR). Môžeme teda konštatovať, že už tretí rok po sebe sa darí reálne znižovať celkové tempo zadlženosti v týchto nemocniciach⁶.

1.1.3 Ekonomické analýzy a iné faktory poukazujú na priestor pre reformné kroky

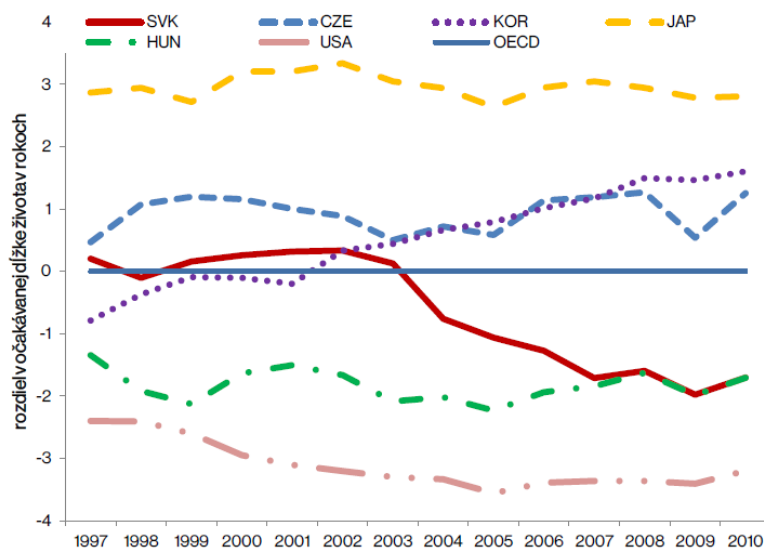
Napriek zlepšujúcemu sa zdravotnému stavu populácie aj finančných ukazovateľov je podľa viacerých autorov využitie zdrojov v slovenskom zdravotníctve podpriemerne efektívne. Štúdia Medzinárodného menového fondu (Grigoli, 2012) porovnáva vývoj neefektívnosti v zdravotníctve medzi obdobiami rokov 2000 až 2004 a 2005 až 2008 v 37 krajinách OECD. Na základe ich zistení je v slovenskom zdravotníctve výrazný priestor pre znižovanie neefektívnosti. Medzi sledovanými obdobiami sa priestor pre potenciálne úspory zdrojov v slovenskom zdravotníctve v prípade očakávanej dĺžky života zvýšil zo 60 na 64 percent celkových výdavkov. Podobné výsledky dosiahlo Slovensko aj v štúdii OECD. S hodnotami vstupov pre rok 2007 sme sa pri rovnakej výške výdavkov mohli dožívať o viac ako 4 roky dlhšie (Joumard et al., 2010). Podľa Zachara (2012) by sme pri plnom využití svojho potenciálu dokázali ušetriť až 2.7 % HDP ročne, čo je tretina verejných výdavkov v zdravotníctve.

Tieto tvrdenia podrobil Inštitút finančnej politiky (Filko, Mach, & Zajíček, 2012) hĺbkovej analýze v štúdií „Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva“. Táto štúdia vydaná v decembri 2012 skúmala efektívnosti slovenského zdravotníctva v rámci OECD krajín a hlavné determinanty súčasného stavu. Zistenia autorov

⁶ Pokles celkových záväzkov, teda žiaden nový dlh v roku 2014 netvorili 3 nemocnice: FN Nitra, DFN Košice a DFNSP B. Bystrica. Pod 1 mil. EUR vytvorila FN Žilina a FN N. Zámky. V roku 2013 pokles záväzkov zaznamenali FN Nitra a FN Žilina (pozri Prílohu 2 pre viac informácií).

sú graficky znázornené v Diagrame 4. Z Diagramu vidno, že Slovensko dosahovalo po korigovaní o dôležité faktory (najmä výšku zdravotníckych výdavkov a postsocialistické dedičstvo) do roku 2003 priemernú efektívnosť. Od roku 2004 do roku 2007 sa situácia zhoršovala. Porovnanie s Českou republikou je nepriaznivé – miera efektívnosti našich západných susedov bola na začiatku sledovaného obdobia podobná, no do roku 2010 sa mierne zlepšila. V súčasnosti zaostávame spolu s Maďarskom – kvôli neefektívnosti, nie životnému štýlu či výdavkom na zdravotníctvo – o tri roky za Čechmi, a o dva roky za priemerom vyspelých krajín. Medzi všetkými sledovanými krajinami sme za celé obdobie zaznamenali najväčší prepád.

Diagram 4: Efektívnosť slovenského zdravotníctva v porovnaní s vybranými OECD krajinami (Filko, Mach, & Zajíček, 2012)

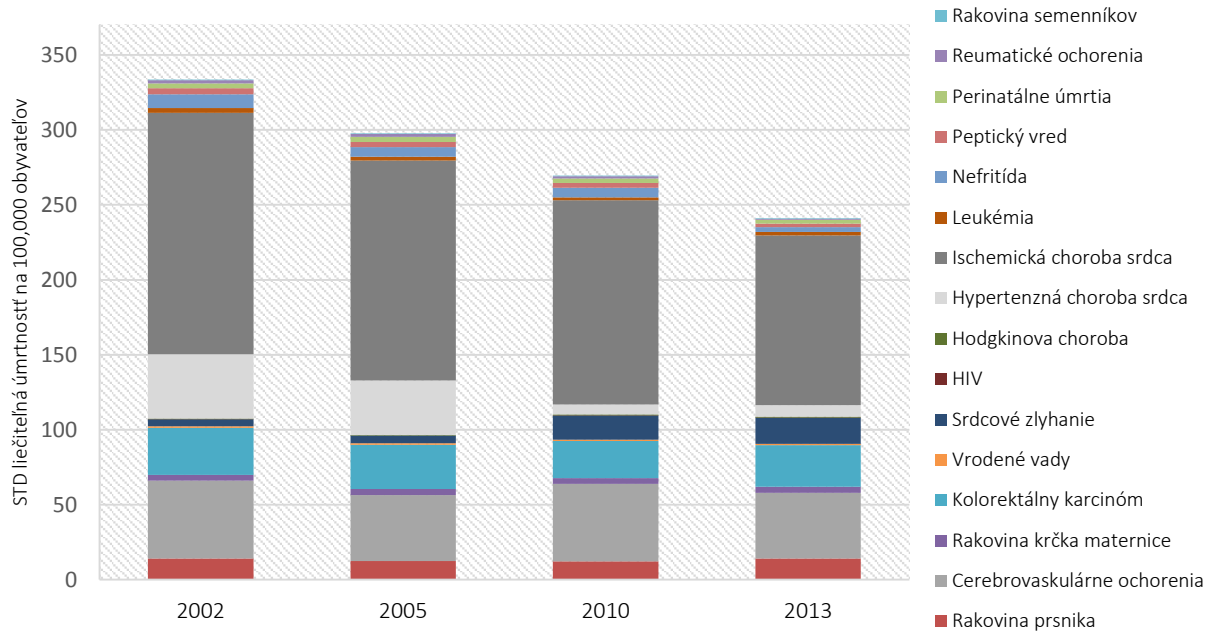


Podľa tejto analýzy majú na systémovej úrovni na zdravie obyvateľstva najvýraznejší negatívny vplyv spotreba alkoholu, nerovnosť príjmov, socialistická história, korupcia a súčasný poisťový systém. Za najväčšie zdroje neefektívnosti pokladali autori štúdie pluralitný systém poistenia, nedostatočný manažment v nemocniciach a lieková politika, kde sa však už zobrazil pozitívny prechod zo zmien uskutočnených v minulosti.

K podobným záverom sa dopracovala aj štúdia Efektívnosť slovenského zdravotníctva - analýza komparačných aspektov a identifikácia rozvojových možností od (Gavurová & Soltes, 2013) ktorá použila robustnejší metodologický systém. Závety tejto štúdie boli ale podobné, a to že slovenskí občania by sa mali dožívať vyššieho veku, ako ho v skutočnosti štatistiky OECD uvádzajú. Štúdia INEKA z roku 2013 (INEKO, 2013) zarátala do výpočtov efektivity slovenského zdravotníctva ďalší rozmer (t.j. mieru chudoby) a dopracovala sa k inému výsledku. Podľa tejto štúdie nie je náš systém podpriemerne efektívny, ale aj tak existuje priestor pre ďalšie zlepšovanie. Finálnou a najkonkrétnejšou štúdiou v tomto slede je analýza od docentky Gavurovej et al. (2015), ktorá sa zamerala na prepočet efektivity zdravotníctva v tých oblastiach, ktoré sú štatisticky ovplyvniteľné aktivitou. Tento koncept sa nazýva „odvrátiteľná / liečiteľná úmrtnosť“.

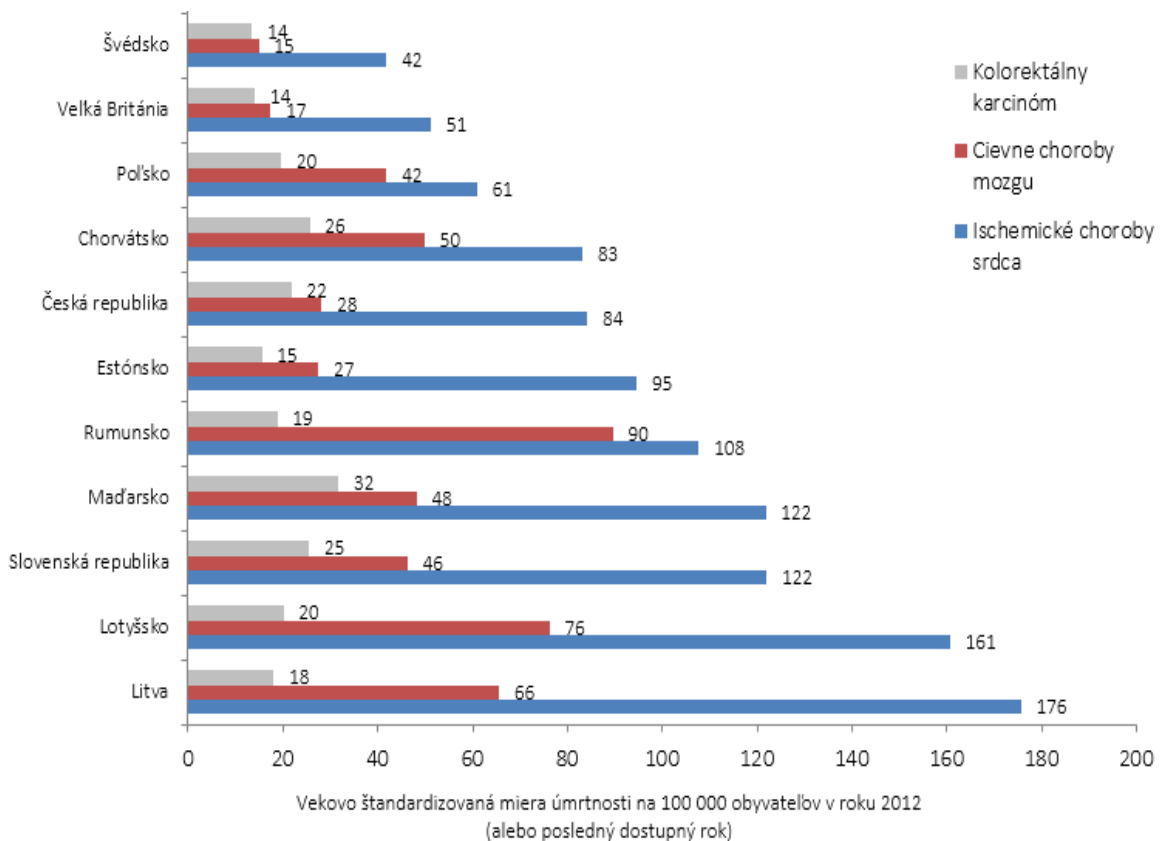
Liečiteľná úmrtnosť definuje taký počet úmrtí, pri ktorých na základe lekárskeho poznatkov a technológií dostupných v čase smrti, všetky alebo väčšina úmrtí na dané choroby (v závislosti od vekovej hranice) by nemala nastať v prípade poskytnutia kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Ako pri každom ukazovateli, aj pri tomto existuje metodologická debata a viacero prístupov pri kalkulácii. Štúdia Gavurovej et al. (2015) zanalyzovala tri hlavné metodiky od Nolte a McKee (2008), Tobias a Yeh (2009) a konceptu projektu AMIEHS (2011) na vybraných 20 krajinách EÚ. Na základe každej z metodík dosiahlo Slovensko dlhodobu dosahuje výrazné zlepšenie v liečiteľnej úmrtnosti naprieč všetkými meranými kategóriami, ako ilustruje tretia z metodík v Diagrame 5. Toto zlepšenie indikuje zlepšovanie efektivity v zdravotníctve.

Diagram 5: Vývoj liečiteľnej úmrtnosti podľa AMEHIS metodiky na Slovensku, vybrané roky (Gavurová et al., 2015)



Avšak, ak dáme do pomeru Slovensko s ostatnými krajinami štúdie (aj krajinami V4), musí sa zaradiť medzi päť krajín, ktoré dosahujú vo všetkých troch metodikách najvyššiu mieru liečiteľnej úmrtnosti v roku 2012. Jedna z týchto metodík je zobrazená v Diagrame 6.

Diagram 6: Liečiteľná úmrtnosť pri 3 najčastejších príčinách smrti v roku 2012 podľa AMIEHS metodiky (Gavurová et al., 2015) u vybratých krajín



Na základe ekonomických analýz je teda zrejme, že napriek zlepšovaniu, je efektívnosť nášho zdravotného systému ešte nedostačujúca možnosťami, obzvlášť so zreteľom na vývoj chronických chorôb a vývoja demografie na Slovensku⁷. Je preto zrejme, že aby sme sa vyhli pesimistickým predpovediam o náraste verejných zdrojov v zdravotníctve (nárast v rozmedzí až do 2 – 3% HDP do roku 2060 podľa predpovedí štúdie Európskej komisie (2012)), je nutné vyriešiť kritické problémy s neefektívnosťou v systéme.

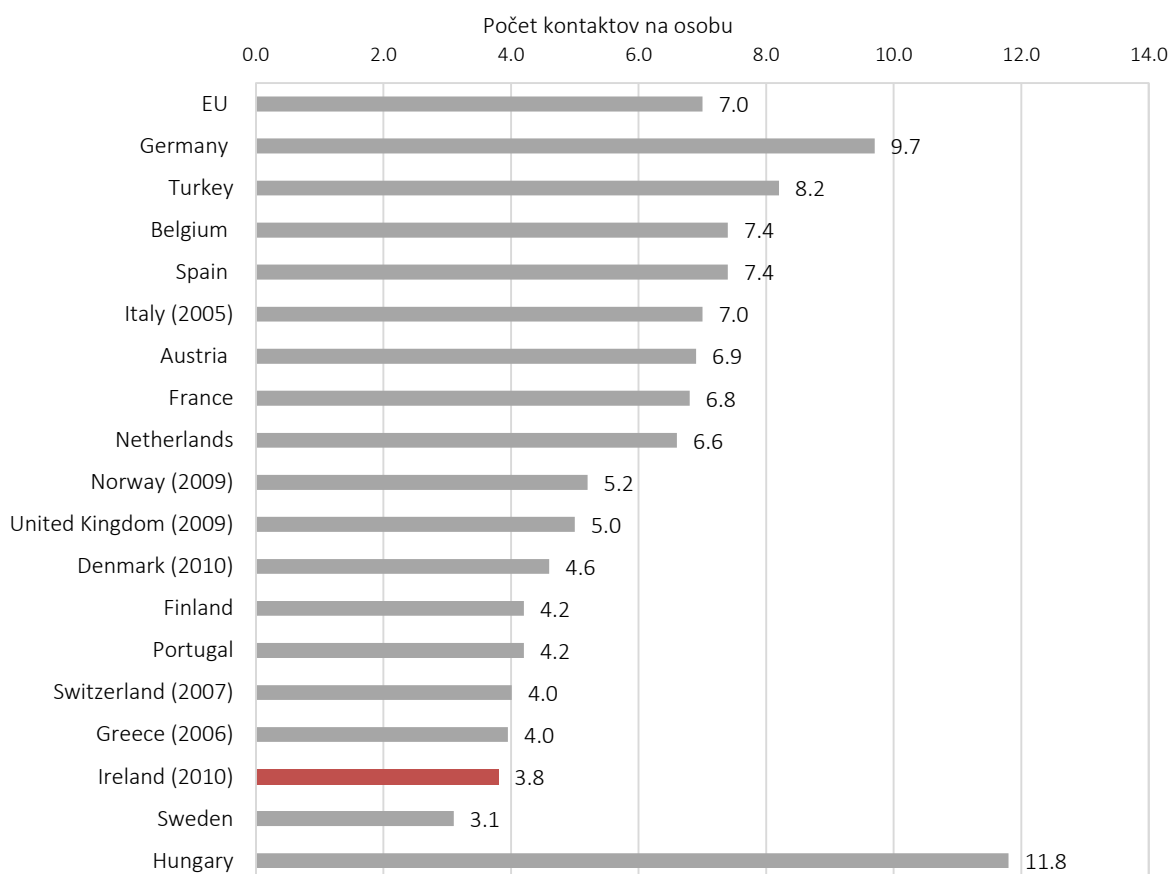
1.1.4 Kritické mikro faktory ovplyvňujúce efektívnosť využitia zdrojov

Ministerstvo zdravotníctva so zreteľom vyššie uvedených analýz identifikovalo skupiny hlavných nedostatkov v zdravotníctve, ktoré slúžili ako vstupný rad dát do strategického rámca a reformného plánu MZ SR. Ministerstvo identifikovalo štyri hlavné nedostatky:

1. Dysfunkcia systému primárnej starostlivosti

Lekári primárneho kontaktu by mali byť „strážcami brán“ do systému zdravotnej starostlivosti, a to vďaka triáži pacientov a poskytovania dostupných a dostatočne komplexných služieb občanom. V praxi sú ale na Slovensku tieto pomyslené „brány“ doširoka otvorené, čo prispieva k tomu, že Slovensko má nadpriemerný počet návštev lekára. Podľa databáz OECD malo Slovensko v roku 2012 až 11.2 konzultácií s doktorom na osobu, čo radí Slovensko spolu s Českom a Maďarskom medzi 3 krajiny EÚ s najvyšším počtom konzultácií na osobu (pozri Tabuľku 9).

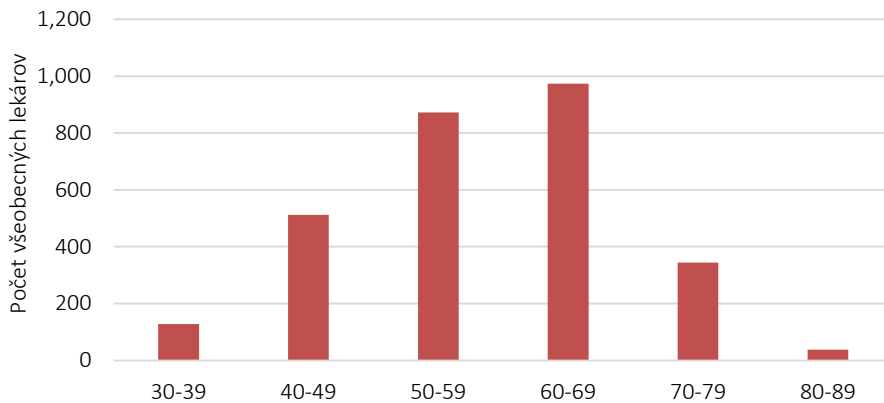
Tabuľka 9: Kontakty s lekárom k roku 2012, alebo najaktuálnejšiemu roku (WHO, 2014; OECD, 2015)



⁷ Predpovede Vaňo, et al., (2002) rátajú s tým, že do roku 2050 sa obráti veková pyramída v porovnaní s rokom 2002. Kým v roku 2002, boli na každú osobu staršiu ako 65 rokov dve osoby mladšie ako 17, v roku 2050 to bude na základe strednej prognózy skoro presný opak. Môžeme preto očakávať výrazné socio-ekonomické dopady (Šprocha, et al., 2013).

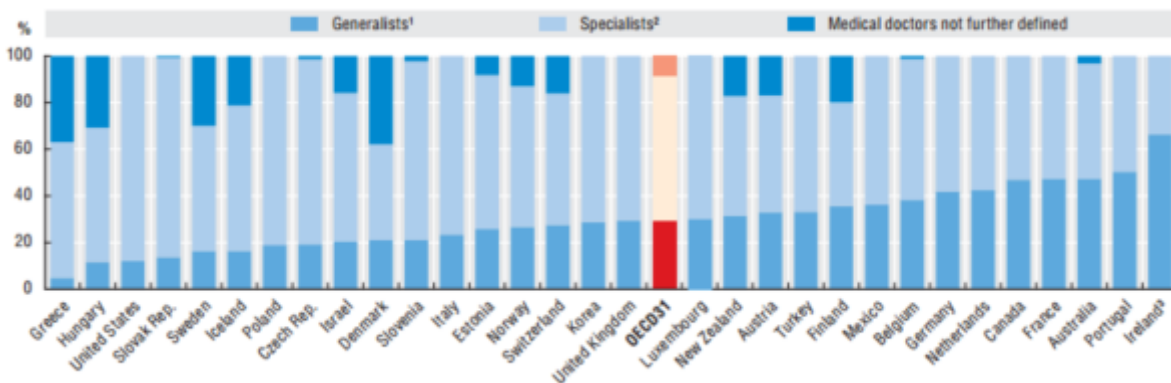
Existujú viaceré dôvody, ktoré prispievajú k tomu, že náš systém primárnej starostlivosti je dysfunkčný. Jedna z hlavných príčin je to, že máme nerovnomerné geograficky distribuované ambulancie, obzvlášť na vidieku, kde dokonca dochádza k postupnému zhoršovaniu dostupnosti, ako následku starnutia – a odchodu do dôchodku všeobecných lekárov („VL“) (pozri Diagram 7). Keďže nebol zabezpečený adekvátny systém náhrady VL, dostupnosť a kapacita primárnej starostlivosti klesala, čo sa odrážalo na zvýšenej počte návštev u špecialistov.

Diagram 7: Veková štruktúra všeobecných lekárov k 1.1.2015 (NCZI, 2015)



Ďalšia príčina dysfunkcie systému primárnej starostlivosti je fakt, že až do roku 2012 mali VL v princípe obmedzené kompetencie, ktoré im neumožňovali vykonávať funkciu „gatekeepera“ v systéme. Logicky, to znamená, že špecialisti vykonávali úlohy, ktoré by zvládli aj všeobecní lekári, čo sa prejavilo v tom, že máme v rámci OECD krajín 3 najhorší pomer VL : špecialisti, ako ilustruje Tabuľka 10 nižšie. Inými slovami, systém primárnej starostlivosti bol pred rokom 2012 neefektívny a podľa názoru odborníkov aj MZ SR, neplnil svoju úlohu. To sa premietalo do neefektivity systému.

Tabuľka 10: Pomer VL a špecialistov za rok 2011 (OECD, 2013)



2. Hlboké kapitálové podfinancovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Ako je vyššie v kapitole opísané, ústavní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti dlhodobo vykazujú vysoké hodnoty záväzkov po splatnosti. MZ SR vykonalo počas rokov 2012 a 2013 viaceré opatrenia na stabilizovanie situácie a podľa najaktuálnejších dát sa zadlžovanie spomaľuje a poskytovatelia dokonca znížili hodnoty svojich záväzkov v splatnosti. Analýza MZ SR však identifikovala, že finálne riešenie tohto stavu vyžaduje komplexnejšie kroky, lebo dôvodom negatívneho hospodárenia nie vo väčšine prípadov manažment nemocníc, alebo často medializovaná korupcia, ale nedostačujúca infraštruktúra nemocníc vyplývajúca z dlhodobého podfinancovania.

Tento záver bol potvrdený aj štúdiou od spoločnosti BCG (2013), ktorej cieľom bolo odhaliť odkiaľ pramení neefektivita a naviazané problémy v univerzitnej nemocnici Bratislava, ale jej závery sa dajú extrapolovať na celý systém. Závery analýzy poukázali, že nemocnice strácajú kvôli:

- (i) štandardným nedostatkom väčšiny nemocníc v rámci EÚ, ako je napríklad nekoordinovaný nákup či nadbytočný počet lôžok, ale primárne kvôli faktorom, ktoré sú mimo kontroly nemocnice
- (ii) tieto faktory štúdia kategorizovala ako „systematické nedostatky“, ako sú nefunkčné procesy a zastaraná infraštruktúra. Práve infraštruktúra, ktorá je základom toho ako sa môžu v zariadení nastaviť procesy, vzťahy či posun pacientov a informácií, bola určená ako kritický faktor, ktorý limituje možnosti nemocníc dosiahnuť výrazné zlepšenie efektivity a kvality. A preto záver štúdie naznačil, že najlepším riešením súčasných nedostatkov je kompletná výmena infraštruktúry a všetkých naviazaných procesov.

Existuje mnoho dôvodov, prečo zastaraná infraštruktúra predstavuje toxické aktívum. Rozvoj poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocničnej oblasti totiž prekonal v posledných rokoch veľký vývojový skok. Je to spôsobené najmä postupným zavádzaním nových vysoko špecializovaných diagnostických a liečebných postupov, komplexnou elektronizáciou nemocníc a zlepšeným procesným riadením. Toto malo za následok zmenu nazerania na samotnú organizáciu starostlivosti o pacienta, pričom tendencia je využiť efektívnejšie finančne náročnú akútnu infraštruktúru (operačné sály, ARO, JIS, diagnostická technika), zaviesť bezpapierové procesné riadenie, lepšie spolupracovať s poskytovateľmi následnej zdravotnej starostlivosti a tak výrazne zvýšiť produktivitu samotných nemocníc. Ak sa však systém a pacienti „posunú“ s dobou, ale poskytovatelia zostanú o krok vzad, neefektivita ešte výraznejšie narastá. A toto je podľa BCG zdroj problémov v nemocniciach.

Štúdia MZ SR, na základe prác Sanigestu (2006) potvrdila, že nemocnice na Slovensku v tomto kontexte dosahujú pomerne nízku úroveň produktivity, čo je spôsobené najmä ich zastaranou infraštruktúrou (priemerný vek nemocničných budov na úrovni 42 rokov) a nevyhovujúcim logistickým usporiadaním. Ministerstvo vyčíslilo na základe použitia benchmarkov OECD krajín celkovú investičnú potrebu v dnešných cenách na úroveň 3,94 miliardy eur, čo predstavuje každoročnú priemernú investíciu vo výške 112,6 mil. eur. HPI v svojich prepočtoch (HPI, 2014) vypočítalo dokonca, že investičná potreba dosahuje minimálne 134 mil. eur ročne a maximálne 401 mil. eur ročne. Tak či onak je zrejme, že nedostatok investícií v systéme je kritickým determinantom neefektivity.

3. Nejasné pravidlá v systéme organizácie a vzťahov medzi poskytovateľov starostlivosti

Stratifikácia, čiže funkčné delenie subjektov do skupín s presne určenými črtami je základným nástrojom nastavenia a kontroly každého procesu a systému. Zdravotníctvo nie je výnimkou. Práve naopak, najefektívnejšie zdravotnícke systémy v Európe⁸ majú presne stanovenú stratifikáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Keďže, stratifikácia nemocníc je základom viacerých systémových nástrojov, ktoré sa dajú použiť na koordináciu hráčov v systéme. Definovanie optimálnej siete poskytovateľov, porovnávanie efektivity, klinických výsledkov či kvality vyžaduje jasne určené subjekty, ktoré vykonávajú rovnakú činnosť a majú rovnaké podmienky na jej vykonávanie.

Stratifikácia takúto činnosť umožní a pomôže zlepšiť efektivitu a kvalitu starostlivosti cez takzvané learning curves, economies of scale a koncentráciu expertízy. Slovensko však nemá jasné pravidlá stratifikácie, čo výrazne ovplyvňuje možnosti efektívne manažovať systém.

4. Pluralita poisťného systému, dáta a kvalita

Vyššie uvedená štúdia IFP o efektívnosti zdravotníctva poukázala na to, že súčasný systém zdravotného poistenia je jeden z hlavných zdrojov neefektivity slovenského zdravotníctva. Správa MZ SR v rámci projektu zavedenia unitárneho systému poistenia potvrdila tieto zistenia a dodala, že pluralitný a ťažko uchopiteľný systém odčerpáva výraznú časť prostriedkov na zdravotnú starostlivosť (v rámci dividend) a nepredstavuje žiadnu pridanú hodnotu pre spotrebiteľa – čiže pacienta. Ďalšími identifikovanými problémami v systéme bol nedostatočný tok informácií v systéme, neflexibilné poskytovanie dát, či chýbajúce nezávislé metriky kvality.

⁸ Ako napríklad Rakúsko, Holandsko či nordické krajiny

1.1.5 MZ SR uvádza systematickú, stabilizačnú a sociálne orientovanú zmenu zdola

Ako základný kameň riešenia vyššie uvedených problémov schválila Vláda dňa 18. decembra 2013 „Strategický rámec v oblasti starostlivosti o zdravie pre roky 2014 až 2030“. Ide o základný dokument, ktorý určuje smerovanie zdravotnej politiky v strednodobom aj dlhodobom horizonte. Primárnym motivačným faktorom jeho vytvorenia je snaha realizovať opatrenia na zvýšenie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov, tak ako bolo identifikované vyššie v dokumente. Celé znenie Strategického rámcu, konkrétne ciele, indikátory aj časové plány sa nachádzajú v Prílohe 3. Pre účely tohto dokumentu je dôležité vedieť, že Strategický rámec poslúžil ako základy na vytvorenie krokov nutných k zmene systému. Jednotlivé opatrenia sa pretavili do zmien, ktoré pre účely tejto správy odprezentujeme v troch nasledovných blokoch:

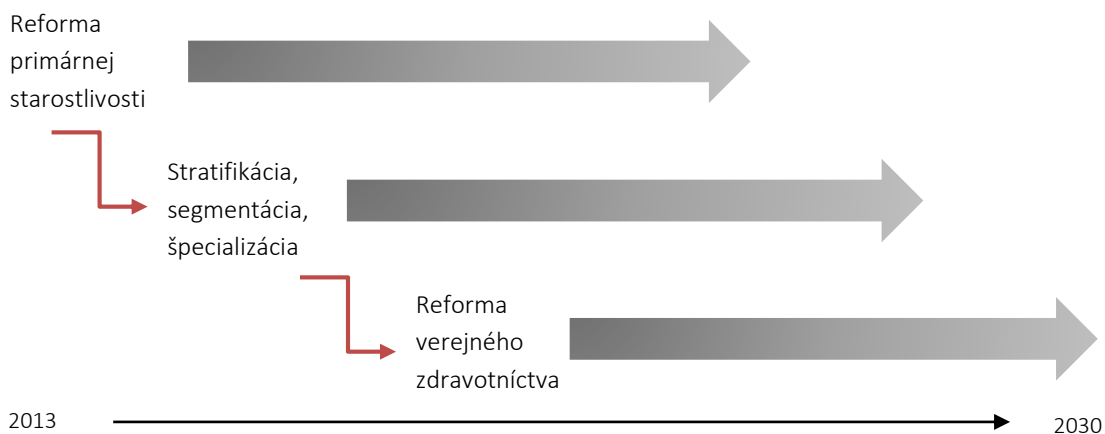
1. Systémovú reformu „bottom up and shift left“
2. Ozdravenie ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
3. Sociálne politiky

1.2 Systémová reforma „bottom up and shift left“

Na základe vyššie uvedených faktov, analýz, stretnutí, prieskumov a evidencií z krajín, ktorých systémy dlhodobo vykazujú vysokú efektivitu (napríklad nordické krajiny, Izrael, Severné Írsko, či Holandsko) začalo MZ SR postupnú realizáciu tzv. „bottom up and shift left“ reformy. Táto reforma je rozdelená do troch návazných krokov, ako zobrazuje Diagram 8.

Víziou reformy je presunúť pacientov z nemocníc do ambulantnej sféry, od špecialistov k všeobecným lekárom a od lekárov domov, lebo vďaka prevencii, osвете a činnosti verejného zdravotníctva bude nutnosť návštev lekára v rámci možností minimalizovaná. Tento „posun vľavo“ je postupne implementovaný „zdola“, čiže pochádza a je iniciovaný lekármi a požiadavkami pacientov. Jednotlivé tri kroky aj ich plnenie sú vysvetlené v nasledujúcich grafoch.

Diagram 8: Prehľad reformy "bottom up and shift left"



1.2.1 Reforma primárnej starostlivosti

Hĺbková reforma primárnej starostlivosti s názvom "integrovaná primárna starostlivosť" a pracovným titulkom "reforma zdola" vychádza z odporúčenia a názoru Expertného panela európskej komisie z roku 2014, ktorý odporučil, že na dosiahnutie efektívnej primárnej starostlivosti je nevyhnutné integrovať starostlivosť do väčších sietí a ambulancií, čo sa označuje aj "integrated care model" (The expert panel on effective ways of investing in Health, 2014). Takáto integrácia podľa viacerých autorov a odborníkov dokáže zlepšiť zdravotnú starostlivosť, znížiť počet zbytočných odporúčení k špecialistom, výrazne vylepšiť satisfakciu pacientov, a ultimátne aj efektivitu využitia zdrojov (Rittenhouse, Shortell, & Fisher, 2009) (Saltman & Boerma, 2006) (Wilef, 2008). Tento model bol aplikovaný vo

viacerých krajinách, ako je napr. Severné Írsko, Izrael či Fínsko, ktoré potvrdzujú, že reálne vedie k efektívnejšej a kvalitnejšej starostlivosti o pacienta. Tento model "integrated care" poslúžil aj preto ako inšpirácia pri "reforme zdola".

1.2.1.1 Základy reformy

Na základe analýzy nášho systému, spätnej väzby lekárov a pacientov (čiže princípu „reformy zdola“) bola reforma postavená na 3 pilieroch. Tieto piliere riešia vyššie uvedené kritické problémy v systéme, čiže: nedostatok lekárov v budúcnosti rieši rezidentský program a nedostatočné kompetencie čo viedlo k nadbytočnému počtu špecialistov a ich preťaženiu dopomôže vyriešiť rozšírenie kompetencií. Tieto samotné zmeny predstavujú pre VL kultúrnu zmenu, a aby sa nebáli „prijat“ svoju novú rolu, tak v rámci reformy sa zavádzajú štandardné diagnostické a terapeutický postupy, ktoré im poskytnú potrebnú metodologickú a odbornú podporu.

Na základe skúseností vyššie uvedených krajín vyplýva, že tieto kroky sú síce nevyhnutné, ale pokiaľ nie sú podporené zdieľanou infraštruktúrou, tak je ich účinok výrazne nižší, izolovaný a nenapĺňa ani odporúčenia komisie o „systéme budúcnosti“. Aj preto sa dajú ako základný kameň reformy považovať "integrované centrá zdravotnej starostlivosti", ako ilustruje Diagram 9.

Diagram 9: Prehľad reformy primárnej starostlivosti



1.2.1.2 Rezidenčný program (reforma vzdelávania)

MZ SR v roku 2014 začalo s realizáciou rezidentského programu pre záujemcov o postgraduálne špecializačné štúdium v odbore všeobecné lekárstvo a pediatria. Na Slovensku ide o nový typ financovania tejto edukácie, čo vyvolalo záujem odbornej aj laickej verejnosti. Významnou odbornou aktivitou bolo skrátenie špecializačného štúdia v pediatrii z pôvodných piatich rokov na štyri roky a špecializačného štúdia vo všeobecnom lekárstve na tri roky, čo je v súlade s legislatívou EU. Výrazná zmena nastala v obsahu štúdia všeobecného lekárstva. Zastaralý systém postgraduálneho vzdelávania v nemocniciach bol kompletne prepracovaný na nový moderný typ vzdelávania so zameraním na ambulantnú zdravotnú starostlivosť a požiadavky praxe. Dôraz je v ňom kladený na vyvážené získanie teoretických aj praktických vedomostí a zručností. Na prax zamerané znalosti umožnia absolventom po skončení štúdia okamžitý a plnohodnotný nástup do primárnej starostlivosti. MZ SR bol súčasne vytvorený nový model polročnej edukácie priamo v ambulanciách všeobecných lekárov pred nástupom absolventov do samostatnej praxe. Súčasťou reformy je aj kontinuálna tvorba flexibilnej siete ambulantných školiacich miest pre rezidentov priamo v teréne.

Prvá časť rezidentského programu začala 1.10.2014 na troch lekárskech fakultách na Slovensku a prihlásilo sa do nej 147 mladých lekárov do 36 rokov. (MZ SR) Kvôli popularite a úspechu sa plánuje v programe pokračovať a od 1.10.2015 budú do programu prijatí noví rezidenti v odboroch všeobecné lekárstvo a pediatria.

1.2.1.3 *Štandardné diagnostické a terapeutické postupy*

Od roku 2015 je MZ SR plánovaná postupná príprava štandardných diagnostických a terapeutických postupov pre jednotlivé diagnózy. Bude sa kontinuálne uskutočňovať pod gesciou MZ SR za účasti hlavných odborníkov MZ SR pre jednotlivé špecializačné odbory v spolupráci s odbornými lekáorskými spoločnosťami. Bude tak zaručená vysoká odborná úroveň, transparentnosť, realizovateľnosť a široká akceptovateľnosť pripravených materiálov odbornou lekáorskou verejnosťou. Štandardizácia postupov umožní zásadné zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, možnosť jej cielenej kontroly a centrálnej aktualizácie.

MZ SR pripravilo a publikovalo dve odborné usmernenia MZ SR, ktoré určujú kompetencie VAS a ŠAS (ohľadom tzv. predoperačných vyšetrení boli publikované v júni 2014, nasledované hypertenziou v decembri 2014). Od jesene 2015 sa plánujú začať práce na štandardných diagnostických a terapeutických postupoch (minimálne 80 do 5 rokov).

1.2.1.4 *Rozširovanie kompetencií všeobecných lekárov*

Kľúčový význam v reforme primárnej starostlivosti má výrazné rozšírenie kompetencií VL. Cieľom tohto kroku je posilnenie postavenia GP ako gatekeepera, ktorý najlepšie pozná pacientov, ich rodinnú, pracovnú aj sociálnu anamnézu. Zároveň vie najlepšie a najefektívnejšie manažovať pohyb pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti. V minulosti bola úloha gatekeepera na Slovensku značne deformovaná. GP nemal do roku 2013 možnosť vykonávať mnohé diagnostické a terapeutické výkony vo svojej ambulancii, preto musel pacientov posielat na vyšetrenia do iných segmentov zdravotnej starostlivosti (špecialisti, nemocnice). Diagnostika a liečba akútnych aj chronických pacientov sa tak výrazne predražovala. Dochádzalo k časovým stratám, neefektívnosti, indukovanému zvyšovaniu návštevnosti ambulancií a počtu hospitalizácií. V rámci reformy primárnej starostlivosti už všeobecní lekári môžu vykonávať elektrokardiografické vyšetrenia v rámci preventívnych prehliadok aj ako súčasť neodkladnej zdravotnej starostlivosti, od 1.7. 2014 robiť predoperačné vyšetrenia u nekomplikovaných pacientov. Uvedené výkony u VL preplácajú všetky zdravotné poisťovne z verejného zdravotného poistenia nad rámec kapitácie. Za prvých 7 mesiacov platnosti odborného usmernenia bolo vykonaných 9,770 predoperačných vyšetrení. Súčasne je ďalšou platbou za výkon ohodnotené vykonávanie preventívnych prehliadok, vyšetrenie okultného krvácania v stolici v rámci skríningu kolorektálneho karcinómu. Bonifikované je povinné a nepovinné očkovanie u detí aj dospelých a návštevná služba v domácnosti pacienta.

MZ SR pripravilo aj postupné kroky na rozširovanie kompetencií VL v starostlivosti o chronicky chorých pacientov. Vzhľadom na vysokú incidenciu hypertenzie sa MZ SR rozhodlo preniesť starostlivosť o nekomplikovaných pacientov s hypertenziou do ambulancií VL (vo vestníku 29.12.2014). Skráti sa tak čas cielenej diagnostiky a liečby, zníži riziko komplikácií z premeškania, náklady na špecializovanú zdravotnú starostlivosť a zvýši celkový komfort pacienta. Súčasťou manažmentu pacienta v primárnom kontakte sú presne stanovené pravidlá pravidelných kontrol vrátane ich obsahu a postupnosť krokov pri zisťovaní príčin sekundárnej hypertenzie. Všeobecná zdravotná poisťovňa zazmluvnila tento výkon u VL od 1.4.2015.

V súčasnosti prebieha príprava procesných odborných usmernení MZ SR pre starostlivosť o pacientov s poruchami metabolizmu tukov (dyslipidémiami) a hyperurikémiou v primárnom kontakte. Odbremení sa tak preťaženie ambulancií špecialistov prípadmi, ktoré môžu vyriešiť VL. Vytvorí sa tak u nich väčší priestor pre diagnostiku a liečbu komplikovaných a urgentných stavov.

1.2.1.5 *Integrované centrá zdravotnej starostlivosti*

Ako ilustruje Diagram 9, jedným zo základov reformy primárnej starostlivosti je etablovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti (CIZS), podporené programom integrovanej starostlivosti, financovaným z fondov EÚ. Základom integrovanej zdravotnej starostlivosti je zvýšenie koncentrácie všeobecných lekárov na konkrétnom mieste v danom mikroregióne a integrácia ich vzájomnej činnosti ako aj s činnosťami iných poskytovateľov služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti a tiež služieb podpory zdravia. Znamená to, že všeobecní lekári budú mať možnosť dohodnúť sa, aby spoločne - denne alebo niekoľko dní v týždni - pôsobili v moderne vybavenom zdravotnom stredisku. Na realizáciu tejto aktivity je nevyhnutné etablovať zdieľanú infraštruktúru. Ťažiskom každého integrovaného centra bude

poskytovanie zdravotnej starostlivosti v primárnom kontakte, t.j. v odbore všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast. Zároveň však centrum bude môcť rozšíriť poskytované služby, napríklad v oblasti: gynekológia, stomatológia, ADOS či fyzioterapia. V centrách však môže byť zabezpečené aj sociálne poradenstvo, rehabilitácie a prevencia (vrátane evidencie očkovania detí).

Kritickým faktorom realizácie centier je, že ich vybudovanie bude možné iba so súhlasom primárnych lekárov v danom regióne. Nová infraštruktúra ktorá vznikne na základe tohoto programu bude vo vlastníctve neziskovej organizácie, ktorej spoluzakladateľmi budú ministerstvo zdravotníctva alternatívne s VÚC, obcou alebo poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Centrum budú prevádzkovať poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a prípadne iných služieb združením spôsobom, na akom sa sami dohodnú. Samotný prevádzkovateľ centra však nebude musieť byť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, preto lekári, ktorí sa rozhodnú v takomto centre spoločne poskytovať svoje služby, budú môcť mať rovnako ako doteraz, svoje zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Môžu teda naďalej pracovať ako nezávislí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Metodiky a detaily výziev aj projektov budú predmetom riešení počas roku 2015.

1.2.2 Stratifikácia, segmentácia a špecializácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Stratifikácia, čiže funkčné delenie subjektov do skupín s presne určenými črtami je základným nástrojom nastavenia a kontroly každého procesu a systému a predstavuje druhý krok v rámci systémovej reformy. Jeho časový harmonogram ešte nie je potvrdený. Začiatok neformálnych diskusií v rámci platforiem zdravotníckych informácií je plánovaný na druhú polovicu Apríla 2015.

Existuje mnoho dôvodov, prečo je kritické zdeliť nemocnice do skupín a určiť jasné právomoci, zodpovednosti a charakteristiky každej skupiny. Tieto dôvody vychádzajú najmä z dvoch oblastí :

1. stratifikácia nemocníc je základom viacerých systémových nástrojov, ktoré sa dajú použiť na koordináciu hráčov v systéme. Definovanie optimálnej siete poskytovateľov, porovnávanie efektivity, klinických výsledkov či kvality vyžaduje jasne určené subjekty, ktoré vykonávajú rovnakú činnosť a majú rovnaké podmienky na jej vykonávanie. Stratifikácia takúto činnosť umožní a pomôže zlepšiť efektívnosť a kvalitu starostlivosti cez takzvané learning curves, economies of scale a koncentráciu expertízy;
2. pripravované reformy a projekty MZ SR vyžadujú jasné pravidlá a podmienky organizácie starostlivosti o pacienta. Tieto pravidlá sa bez stratifikácie ústavnej starostlivosti nedajú efektívne a spravodlivo nastaviť.

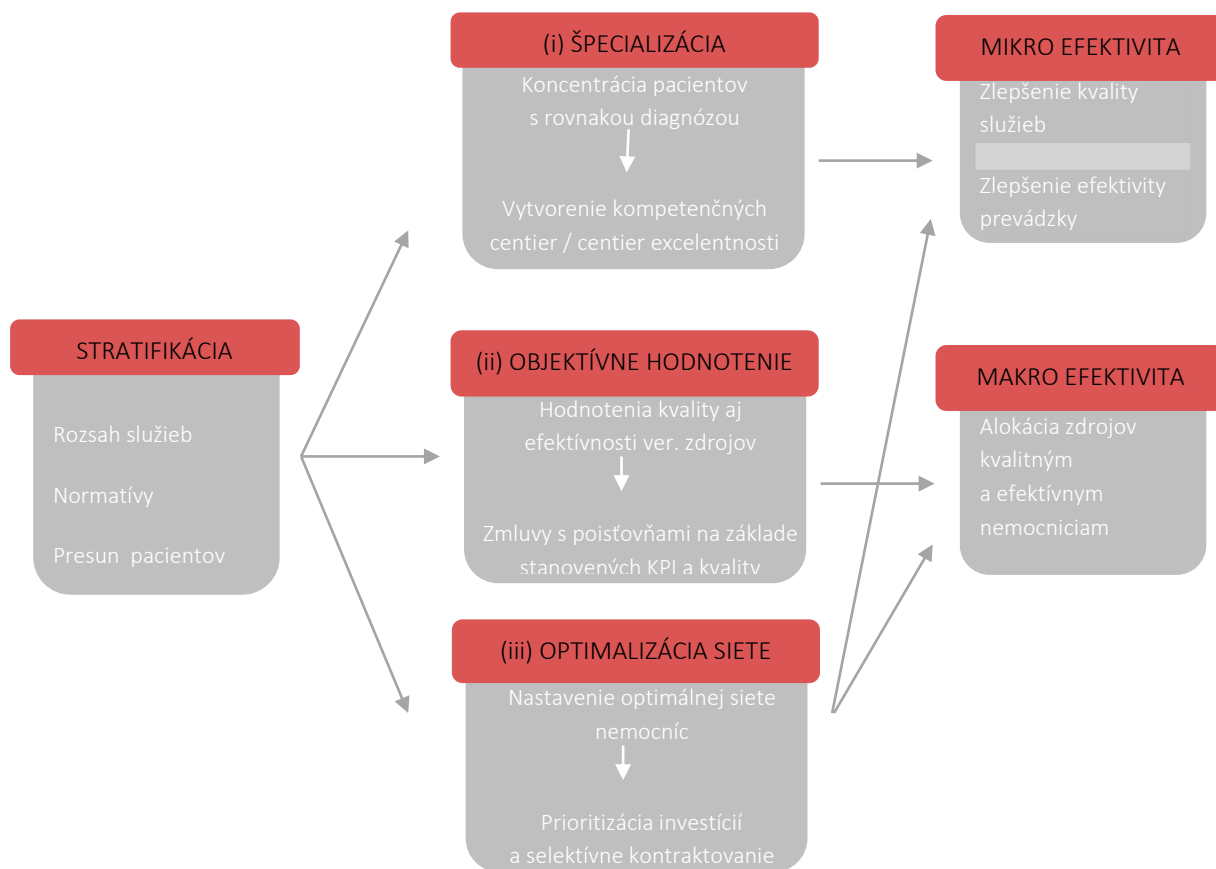
1.2.2.1 Lepšia koordinácia systému, kvalita a efektívnosť

Stratifikácia nemocníc má rozsiahly pozitívny dopad na makro aj mikro výsledky systému, ako ilustruje Diagram 10. Jednotlivé parametre a detaily stratifikácie budú ešte len predmetom diskusií s odborníkmi a dotknutými skupinami. Už teraz sa ale dá povedať, že stratifikácia nemocníc musí zahnuť minimálne 3 parametre: nastavenie minimálnych požiadaviek na rozsah poskytovaných služieb, pravidlá na presun pacientov z jednej kategórie do druhej a špecifické MTZ, personálne a iné normatívy. Už len tieto 3 parametre umožnia:

- (I) rozsiahlejšiu špecializáciu nemocníc (oddelení) na určité druhy zákrokov (napr. očná chirurgia, herniové kliniky a pod.), čo umožní koncentráciu personálu a vybavenia. Takto špecializované zariadenia poskytnú, na základe skúseností z iných krajín a odvetí, nižšie náklady na liečbu, nižšiu chybovosť a vyššiu kvalitu poskytovanej starostlivosti;
- (II) Zedefinovanie jednotky porovnateľných subjektov dopomôže poisťovňam plošne aplikovať selektívne kontraktovanie a alokáciu zdrojov na základe objektívne merateľných a porovnateľných parametrov;
- (III) zedefinovať optimálnu sieť nemocníc, ktorá bude spĺňať európske normy časovej dostupnosti pre každú úroveň ústavnej starostlivosti. Takáto sieť je nevyhnutná na splnenie podmienok Európskej komisie pre čerpanie štrukturálnych fondov operačného programu IROP a umožní prioritizáciu investícií do

nemocníc a taktiež aplikáciu selektívneho kontraktingu. Na základe príkladov iných krajín môžeme ako následok očakávať zvýšenie kvality a efektivity stratifikovaných zariadení v optimálnej sieti.

Diagram 10: Prehľad mikro a makro dopadov stratifikácie



1.2.2.2 Pripravované reformy a projekty

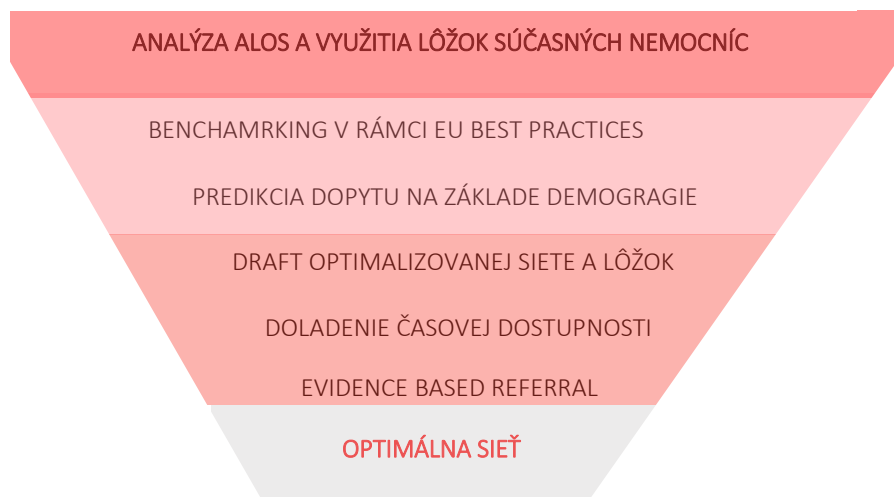
Pripravovaná reforma primárnej starostlivosti má za cieľ integrovať všeobecných lekárov, špecialistov, sociálnych pracovníkov, a tým zlepšiť kvalitu a efektivitu starostlivosti o pacientov. Jedným z kľúčových krokov reformy je lepšia spolupráca medzi nemocnicami a pripravovanými CIZS.

Nedostatočná spolupráca a zadelenie povinností môže viesť k duplicite ponúkaných služieb, výpadku poskytovaných služieb, či zhoršeniu zdravotného stavu populácie. Nemocnice musia mať preto jasnú definíciu zodpovedností, povinností, spádovosti a aj vybavenia na základe viacerých určujúcich parametrov. Inými slovami, aj pre úspešné dokončenie reformy primárnej starostlivosti je potrebné stratifikovať subjekty v systéme a nastaviť systémy presúvania či špecializácie zariadení skôr, než sa plne implementuje reforma primárnej starostlivosti.

1.2.2.3 Využitie stratifikácie na zadenovanie optimálnej siete nemocníc

Vyššie uvedené sekcie poukázali, že nastavenie stratifikačných parametrov umožní vytvoriť efektívnu a funkčnú sieť poskytovateľov starostlivosti. Optimálna sieť nemocníc je definovaná ako sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je schopná poskytnúť kvantitu a kvalitu služieb, ktorá pokryje súčasný a aj predikovaný dopyt po zdravotných službách. Určenie takej siete vyžaduje niekoľko naviazaných analýz, ktoré fungujú ako „lievik“. Každý krok detailnejšie filtruje nemocnice v sieti, až pokiaľ nie je určená minimálna optimálna štruktúra starostlivosti. V súčasnej fáze tohto kroku existuje navrhovaný proces len ako idea na stimulovanie kreatívnych ale analyticky založených filtrov a postupov. Tieto kroky sú ilustrované v Diagrame 11.

Diagram 11: „Lievik“ faktorov pri určovaní optimálnej siete poskytovateľov starostlivosti

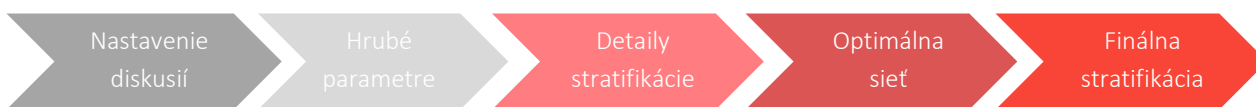


- (I) prvým krokom pri definícii optimálnej siete nemocníc je analýza súčasného stavu lôžok a počtu hospitalizácií v nemocniciach a spádových oblastiach. Cieľom je určiť koľko zariadení / oddelení by bolo postačujúcich na pokrytie dopytu v regióne, keby všetky nemocnice v danej spádovej oblasti dosahovali vysokú úroveň efektivity (napr. ALOS a obložnosti) európskych štandardov;
- (II) výsledný počet postačujúcich nemocníc sa následne dá do pomeru s doporučenými hodnotami od WHO a iných organizácií. Tento krok umožní zistiť, či sú vypočítané kvóty v rámci noriem na x obyvateľov;
- (III) nastavenie optimálnej siete je proces, ktorý ovplyvní štruktúru poskytovateľov a ponuku starostlivosti na mnoho rokov. Je preto nevyhnutné vykonať analýzu demografie a predikciu dopytu po jednotlivých službách v budúcnosti. Výsledky demografickej analýzy poslúžia na prípadnú úpravu optimálneho počtu lôžok, oddelení a nemocníc tak, aby nehrozila diskontinuita poskytovania starostlivosti v budúcnosti;
- (IV) tieto tri technické analýzy sa na základe určených stratifikačných kategórií prefiltrujú do prvého návrhu optimalizovanej siete nemocníc;
- (V) prvý návrh siete treba doladiť tak, aby spĺňal nároky časovej dostupnosti jednotlivých typov zariadení (napr. celá populácia Slovenska by mala byť do 15 minút od najbližšej nemocnice prvého typu, 30 minút od druhého atď.). Tento krok zaručí ekvitu a efektívitu v systéme;
- (VI) posledný krok v procese vytvárania siete je určiť špecializované centrá v rámci nemocníc najvyššieho typu. Na tento krok slúži koncept Evidence based hospital referral (EHR), ktorý indikuje koľko napr. pôrodov musí oddelenie vykonať, aby sa zabezpečila kvalita a efektivita služieb. Nemocnice, ktoré daný počet nespĺnia, nebudú vykonávať daný rozsah aktivít. Tento krok zabezpečí špecializáciu personálu a vybavenia a povedie k viacerým vyššie uvedeným benefitom.

Týchto 6 krokov je podľa MZ SR minimálny štandard postupov na určenie ktoré nemocnice by mali figurovať v optimálnej site. Zavedenie stratifikácie prinesie lepšiu kontrolu a organizovanosť do systému, vyššiu efektívitu aj kvalitu starostlivosti a bude to aj základom ďalších reforiem a krokov, primárne definície optimálnej siete zdravotných poskytovateľov. Jedná sa o časovo urgentnú zmenu, ktorú treba riadiť v rámci dialógu s odbornými spoločnosťami, tímom pripravujúcim reformu integrovanej starostlivosti a návrhmi investorov novej univerzitnej nemocnice v Bratislave.

Na začiatok diskusie je dôležité nájsť vzájomné pochopenie tejto iniciatívy v rámci MZ SR a odborných spoločností a nastaviť spoločné ciele, pravidlá a parametre diskusie. Ostatné kritické body sa budú odvíjať od takéhoto nastavenia, ale hrubý odhad dôležitých míľnikov zachytáva Diagram 12. MZ SR verí, že základy tohto procesu sa nastavia počas stretnutí v rámci platforiem zdravotníckych informácií, konkrétne IZZ_06: Segmentácia, špecializácia a stratifikácia lôžkových a ambulantných poskytovateľov.

Diagram 12: Kritické mílniky diskusií



1.2.2.4 Budúcnosť kvalitnej a udržateľnej dlhodobej starostlivosti

Úspešná implementácia procesu stratifikácie vyžaduje zoptimalizovať systém naprieč všetkými odbornosťami. Sociálna a dlhodobá starostlivosť nie je výnimkou. Práve naopak. Potreba prepájania zdravotnej a sociálnej starostlivosti je v súčasnej dobe jedna z najaktuálnejších tém v poskytovaní pomoci a podpore viacerých skupín obyvateľov, predovšetkým seniorov, občanov so zdravotným postihnutím a chronicky chorých pacientov. Jednou z odpovedí na túto potrebu komplexného prístupu v oblasti podpory týchto občanov je systém dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti (ďalej len DZSS), ktorý v Slovenskej republike absentuje, prípadne je vykonávaný len čiastočne tak v rezorte zdravotníctva ako aj v rezorte sociálnych vecí. Napriek viacerým snahám v minulosti o prípravu legislatívneho riešenia tejto oblasti sa neudiali žiadne zásadné zmeny, ktoré by vytvorili alebo koncepcne navrhli integrovaný systém zdravotno-sociálnej dlhodobej starostlivosti. Dôvodom bola laxná medzirezortná spolupráca a slabá proreformná snaha vlády v tejto oblasti.

Cieľom materiálu, ktorý v súčasnej dobe finalizuje MZ SR a bude jedným zo sprievodných aktivít procesu stratifikácie je iniciovať prípravu a vytvorenie nadrezortného koncepčného a strategického dokumentu v tejto oblasti vychádzajúcich z dôkladných analýz v jednotlivých segmentoch starostlivosti o občanov s potrebou dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike. MZ SR pri príprave tohto návrhu vychádzalo tiež z deklarácie riešenia zdravotno-sociálnej starostlivosti v programovom vyhlásení súčasnej vlády: “Vláda vypracuje a začne realizovať komplexný systém starostlivosti o zdravie staršej generácie rozvojom geriatrického sektora zdravotníctva a špecifickej sociálnej starostlivosti o seniorov formou podpory vytvárania zariadení zdravotno-sociálneho charakteru, vrátane formy modelu ich financovania a vymedzenia úloh štátu, samosprávnych krajov, miest a obcí. Na vytváranie kapacít zdravotno-sociálneho charakteru využijú aj prebytočné zdravotnícke zariadenia.”⁹

1.2.2.4.1 Vybrané demografické údaje k dlhodobej starostlivosti

Dlhodobá starostlivosť sa dotýka primárne dvoch cieľových skupín – seniorov (65+) a občanov so zdravotným postihnutím, ktorí sú odkázaní na tento typ starostlivosti.

Podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky, žilo v roku 2013 v Slovenskej republike 5 413 392 obyvateľov. K 31. decembru 2013 mala Slovenská republika 733 136 (13,54%) *seniorov* - obyvateľov vo veku 65+, čo predstavuje nárast oproti porovnateľnému obdobiu v roku 2012 o 3,1% (viď graf – Vývoj obyvateľstva SR nad 65 rokov v 2003 – 2013). Za posledných 10 rokov stúpol počet seniorov o cca. 113 000, čo predstavuje nárast tejto skupiny o 15,39%. Dokonca u skupiny obyvateľov nad 80 rokov (kde je ešte vyšší predpoklad potreby DZSS) od roku 2003 stúpol počet obyvateľov z 121 649 na 164 928, čo predstavuje nárast o 43 279 ľudí a celkový nárast tejto skupiny o 26,24%. Údaje z konca roku 2013 uvádzajú, že počet obyvateľov vo veku nad 62 rokov sa pohyboval na úrovni takmer 932 tisíc osôb (Šprocha, 2012) Do roku 2025 by sa mal zvýšiť na 1,25 mil. osôb (EU Commission, 2013). Pozri Diagram 13, Diagram 14 a Diagram 15. Starnutie populácie je globálny fenomén a zasahuje celú spoločnosť. Stúpajúci trend starnutia je jedným z najvýraznejších problémov súčasného demografického vývoja.

⁹ Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky. http://www.vlada.gov.sk/data/files/2008_programove-vyhlasenie-vlady.pdf

Diagram 13: Prognóza vývoju počtu obyvateľstva nad 65 rokov do roku 2025 (EU Commission, 2013)

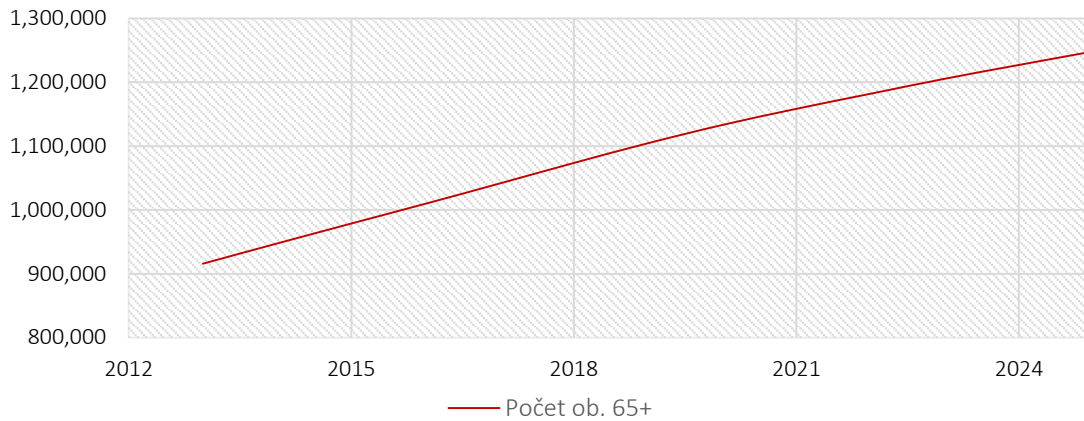


Diagram 14: Vývoj počtu obyvateľov 65+ a 80+ v SR v rokoch 2003 – 2013

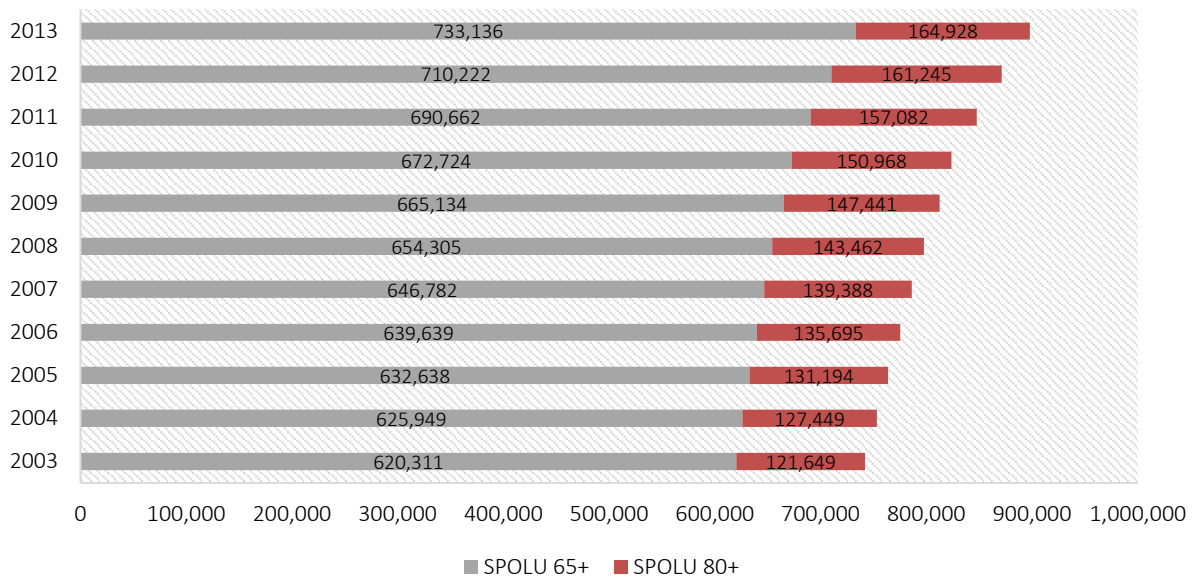
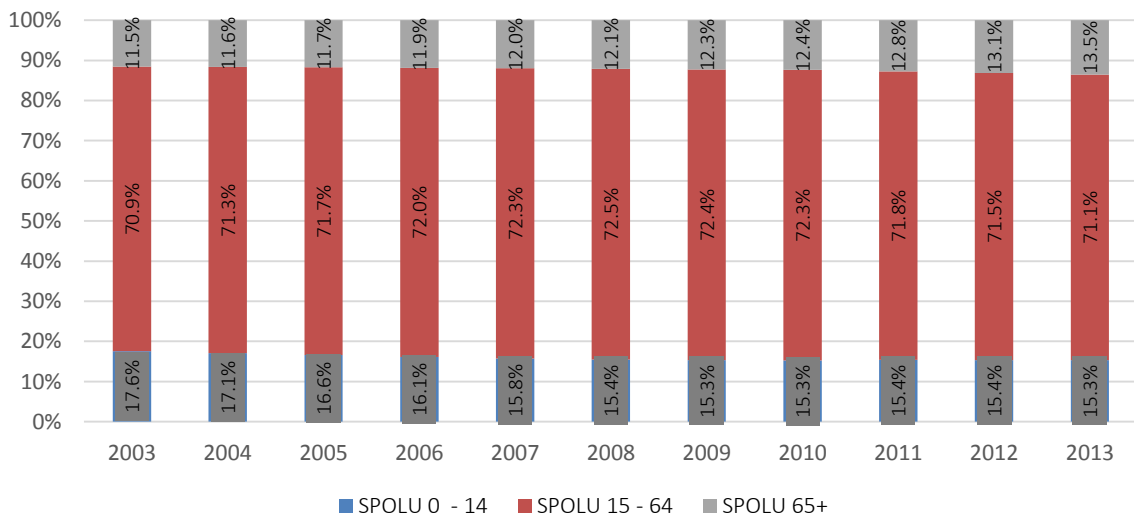
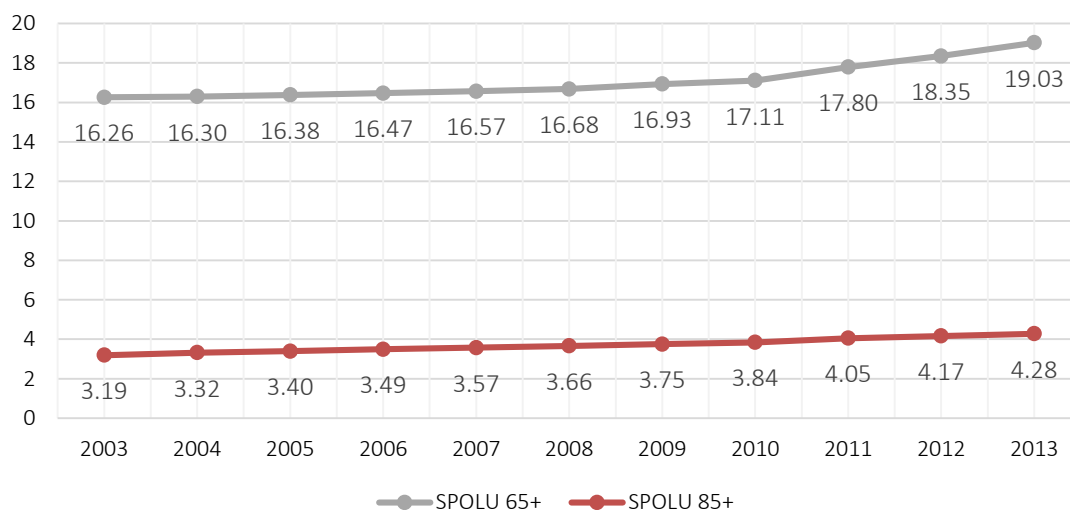


Diagram 15: Percentuálny vývoj predproduktívnej, produktívnej a postproduktívnej skupiny obyvateľstva



„Old-age dependency ratio“ je ukazovateľ, ktorý predstavuje pomer medzi celkovým počtom starších ľudí vo veku, keď sú ekonomicky neaktívni (vo veku 65+) a počtu osôb v produktívnom veku (od 15 - 64). Tento ukazovateľ je jedným z najdôležitejších pre stanovenie potreby DZSS a jej vývoja v budúcnosti. Zastúpenie predproduktívnej zložky obyvateľstva bolo v roku 2013 15,34%, čo je menej o 0,06 % v porovnaní s rokom 2012. Produktívna zložka tvorila v roku 2013 71,36%, čo je o 0,14% menej ako v roku 2012. Poproduktívna časť obyvateľstva stúpila v roku 2013 o 0,44%, čo predstavuje 13,54% obyvateľov (SlovStat, 2014). Vývoj Old-age dependency ratio v SR v rokoch 2003 – 2013 stúpol z hodnoty 16,25 na hodnotu 19,02 a pri skupine veľmi starých (old – old) stúpol tento pomer z hodnoty 3,1 v roku 2003 na hodnotu 4,2 v roku 2013; pozri Diagram 16).

Diagram 16: Vývoj Old-dependency ratio v SR v rokoch 2003 - 2013

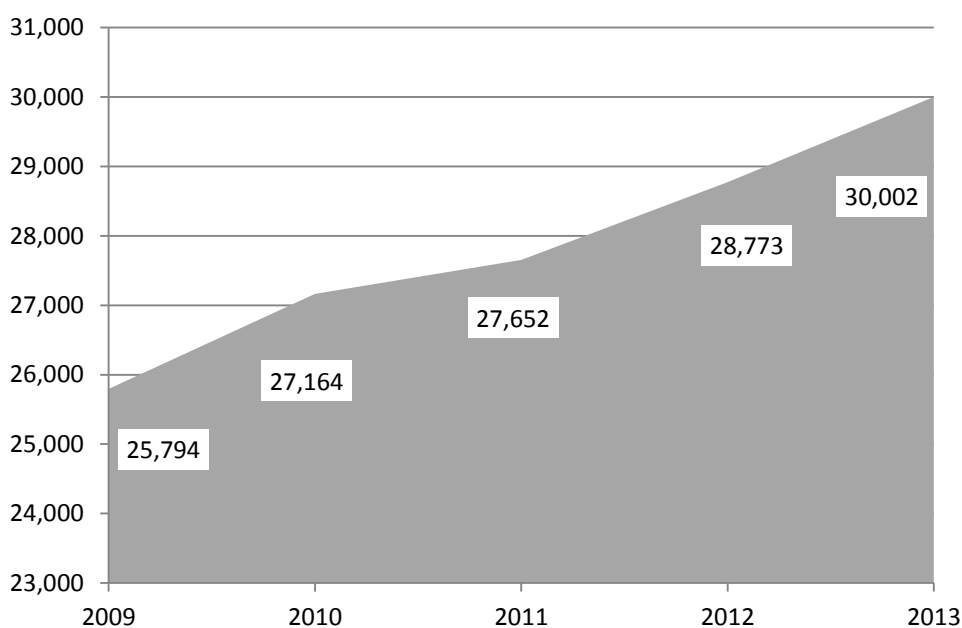


Prognostický ústav SAV (2013)¹⁰ uvádza, že sa počet obyvateľov Slovenska do roku 2030 mierne zvýši na približne 5,56 mil. osôb. Avšak v ďalšom období sa očakáva mierny pokles obyvateľstva. Prognostický ústav SAV ďalej uvádza, že je jednoznačne možné povedať, že Slovensko v najbližších rokoch čaká dynamické starnutie jeho populácie spôsobené predovšetkým posúvaním početných generácií do seniorského veku. Podľa prognózy priemerný vek obyvateľstva presiahne v roku 2015 hodnotu 40 rokov a do roku 2025 sa priblíži k hodnote 43 rokov. Odhaduje sa, že od roku 2018 budú na Slovensku prevažovať seniori nad detskou zložkou obyvateľstva a tento trend by sa mal udržať do roku 2030. Starnutie obyvateľstva je ovplyvnené dlhodobou sa zvyšujúcou strednou dĺžkou života pri narodení, ktorá v roku 2012 dosiahla u mužov hodnotu 72,47 roka a u žien 79,45 roka. Vzhľadom na uvedené skutočnosti sa predpokladá zvyšujúci dopyt po zdravotných, sociálnych službách a DZSS, ale zároveň aj zvyšujúci dopyt po kvalite ich poskytovania. Rozsah a vplyvy tohto procesu je možné čiastočne zmierniť a regulovať prostredníctvom vhodne a včas prijatých opatrení aj v oblasti DZSS, pretože práve starší občania tvoria najviac zastúpenú zložku vo využívaní služieb DZSS a zároveň až 65% seniorov indikuje znaky odkázanosti na DZSS, pretože sú uznané za osoby s ťažkým zdravotným postihnutím (Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, 2012).

Okrem starších osôb tvoria ďalšiu významnú skupinu prijímateľov sociálnych služieb *osoby so zdravotným postihnutím* (ďalej len „osoby so ZP“). Z hľadiska stanovenia počtu osôb so ZP možno považovať za najuniverzálnejší systém kompenzácie (zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, ďalej len „ŤZP“), kedy nárok na nejakú formu podpory vzniká pri dosiahnutí hranice minimálne 50% funkčnej poruchy a osoba sa označuje ako občan s ŤZP. Univerzálnosť systému je daná najmä tým, že sa týka osôb celého vekového spektra a všetkých druhov zdravotného postihnutia. Navyše, systém kompenzácie je zameraný na cieľnú podporu ľudí s ŤZP vo všetkých oblastiach života. Na druhej strane, právne nároky na možnosti takejto podpory sa vzťahujú len na stavy ŤZP. V roku 2013 bolo uznaných za osoby s ŤZP približne 8,9% z celkovej populácie na Slovensku, s vyššou prevalenciou

u žien (58%:42%) a v 60% išlo o osoby 62 ročné a staršie. Práve skutočnosť, že systém zahŕňa len osoby s ŤZP, vysvetľuje výrazný rozdiel voči celosvetovému priemeru prevalencie ZP, ktorý Svetová správa o zdravotnom postihnutí (WHO, 2011) stanovila až na 15%. Pre úplnosť je potrebné uviesť, že o systém kompenzácie sa opiera aj systém zdravotnej starostlivosti (zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov), systém štátnej podpory bývania a čiastočne aj systém sociálnych služieb (zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách), ktorý sa okrem osôb s ŤZP týka aj osôb s nepriaznivým zdravotným stavom (Repková a Sedláková, 2012) V rámci systému sociálnych služieb sa nepomáha len samotným odkázaným osobám, ale aj tým, ktorí ich opatrujú na neformálnej báze. V roku 2013 bol poskytovaný peňažný príspevok na opatrovanie priemerne takmer 59 tis. neformálne opatrujúcim osobám (najmä blízkym), ktorí opatrovali priemerne mesačne takmer 61 tis. fyzických osôb s ŤZP. V rámci sociálnych služieb možno takýmto osobám poskytovať odľahčovaciu službu, ktorá je však na Slovensku zatiaľ využívaná len ojedinele. V roku 2013 bolo registrovaných len 9 poskytovateľov odľahčovacej služby a bola poskytnutá len 117 prijímateľom sociálnych služieb. Zároveň však môžeme v zariadeniach sociálnych služieb sledovať stúpajúci trend dlhodobu zdravotne postihnutých občanov (pozri Diagram 17). V roku 2013 bolo v zariadeniach sociálnych služieb 30 002 dlhodobu zdravotne postihnutých obyvateľov.

Diagram 17: Vývoj počtu dlhodobu zdravotne postihnutých obyvateľov v zariadeniach sociálnych služieb v rokoch 2009 – 2013 (Slovstat, 2014)



1.2.2.4.2 Najvýznamnejšie zdravotné problémy s ohľadom na špecifické potreby dlhodobej starostlivosti a ich prevalencia v rámci SR

Alzheimerova choroba a ďalšie formy demencie

Alzheimerova choroba a ďalšie formy demencie patria medzi základné zdravotné problémy, ktoré budú ovplyvňovať potreby DZSS v Slovenskej republike. V súčasnosti sa väčšina starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou a demenciou poskytuje v zariadeniach sociálnych služieb, domácnosti obyvateľov a vo výnimočných prípadoch v zdravotníckych zariadeniach. Základné štatistické predpoklady uvádzajú, že týmto ochorením trpí približne každý 20.-ty človek vo veku na 65 rokov, čo by v Slovenskej republike predstavovalo cca. 36 656 ľudí. Prevalencia tejto choroby vo veku nad 80 rokov sa podľa štatistických predpokladov pohybuje na úrovni 20% tj. Cca. 33 000 ľudí. Údaje zo zdravotných poisťovní tieto čísla vo veľkej miere potvrdzujú, keď v roku 2013 bolo celkovo identifikovaných takmer 34 000 ľudí s touto diagnózou, vo vekovej skupine nad 65 rokov to bolo cca. 30 000 ľudí a vo vekovej skupine nad 80

rokov to bolo cca. 17 000. Tieto čísla sú alarmujúce vzhľadom na počet miest v sociálnych službách a počet chronických lôžok v zdravotníctve.

Mozgovo-cievne príhody

Mozgovo-cievne príhody patria medzi ďalší významný zdravotný problém, ktorý je predpokladom na poskytovanie dlhodobej starostlivosti. Podľa údajov z roku 2013 malo 81500 ľudí mozgovo-cievnu príhodu, z tohto počtu bolo 53 713 vo veku na 65 rokov a 17 430 vo veku nad 80 rokov.

Duševné ochorenia

Veľkú časť pacientov s potrebou dlhodobej starostlivosti tvoria aj ľudia s duševnými ochoreniami, ktorí popri využívaní ambulantnej starostlivosti, z času na čas čelia potrebe umiestnenia v zariadeniach ústavnej starostlivosti, najmä na psychiatrických, prípadne gerontopsychiatrických oddeleniach. V roku 2013 bolo na Slovensku 3571 takto špecializovaných lôžok, pričom počet hospitalizácií dosiahol 37tis. a priemerný ošetrovací čas bol mesiac. Vzhľadom na nízku flexibilitu zmien počtu diferencovaných postelí k reálnej potrebe rôznych druhov zdravotnej starostlivosti, psychiatrickej nevynímajúc, je fixný počet postelí za ostatné roky nepoužiteľným barometrom pre posúdenie potreby zvyšovania alebo znižovania kapacít psychiatrických lôžok. Psychiatrická starostlivosť je u nás všeobecne málo zanalyzovanou oblasťou na národnej úrovni a je potrebné zamerať sa na vytvorenie takej stratégie DZSS, ktorá bude výrazne prihliadať na špecifiká prevalencií psychiatrických diagnóz a prístupov k ich liečbe.

Nároky na zdravotnú starostlivosť

Ďalším dôkazom po demografických štatistikách, údajoch o miere výskytu vybraných ochorení a počtoch ŽZP po vekových kategóriách, je zaujímavý pohľad na opodstatnenosť ucelenej DZSS stratégie aj zo strany zdravotných výdavkov. Keďže neexistuje prepojenie databáz sociálneho sektora s databázami zdravotných poisťovní, aby sme vedeli priradiť výdavky na zdravotnú starostlivosť k osobám, ktorým bol priznaný istý stupeň odkázanosti na pomoc inej osoby, na ilustráciu akútnosti riešenia problematiky DZSS ponúkame prehľad celkových výdavkov poisťovní na zdravotnú starostlivosť pacientov, ktorí boli zaradení do niektorej z farmaceuticko-nákladových (PCG) skupín podľa legislatívne ukotvených kritérií. Je korektné považovať tieto osoby za chronicky chorých, pretože príslušné diagnózy sú sprevádzané s trvalým narušením zdravia. Výdavky na zdravých, teda nezaradených do žiadnej PCG sú za ostatné tri roky konštantné, pričom ich počet klesá na úkor väčšieho počtu chronicky chorých, u ktorých medziročne porovnanie vykazuje výrazný nárast v nákladoch na liečbu.

1.2.2.4.3 Zhrnutie zámeru

Doterajšia fragmentácia služieb, ktoré spadajú pod označenie dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti je do budúcnosti neudržateľná tak finančne ako aj z hľadiska dostatočného zabezpečenia ich kvality a dostupnosti. Východiskom pre nastavenie nového funkčného modelu dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike budú prístupy orientované na človeka (pacienta), ktoré umožnia včasné podchytenie, proaktívnu a individuálnu starostlivosť, čím by sa zabránilo neprimeranému zhoršovaniu zdravotného stavu občanov, a teda aj dodatočnému využívaniu zdravotno-sociálnych služieb.

V krajinách s rozvinutým systémom DZSS sa za ústredný princíp považuje starostlivosť orientovaná na pacienta (patient oriented care – PCC). Znamená podporu aktívnej účasti pacientov a ich rodín pri utváraní zdravotnej starostlivosti a možnosti individuálneho rozhodovania sa v procese liečenia a starostlivosti. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti rešpektuje a reaguje na individuálne potreby, hodnoty a vedie ich procesom rozhodovania v klinických otázkach.

PCC zohľadňuje 5 základných atribútov:

- Komplexná (holistická) starostlivosť
- Koordinácia a komunikácia
- Podpora a empowerment (zmocňovanie) pacienta
- Dostupnosť
- Autonómia

PCC je primárne o základnom vzdelávaní a výchove pacientov o diagnózach, potencionálnych liečbach a starostlivosti, alebo zdraví. Neznamená to, že pacient dostane čokoľvek, čo chce, ale dostane dostatočnú podporu a vedenie zo strany poskytovateľov so všetkými potrebnými informáciami o možnostiach, benefitoch a rizikách starostlivosti. Z hľadiska DZSS je pre nás dôležité vychádzať zo zadefinovania konkrétnych potrieb užívateľov tejto starostlivosti, tak aby sa zohľadnili:

- o Diagnóza a zdravotný stav (zdravotná diagnostika)
- o Stupeň zdravotno-sociálnej odkázanosti (zákon o soc. Službách rieši túto oblasť)

Prístup k DZSS by mal vychádzať z orientácie na človeka (pacienta) a mal by byť:

1. Aktívna spolupráca s užívateľom/pacientom – táto podmienka zdôrazňuje dôležitosť a dôstojnosť jednotlivca so špeciálnymi potrebami v spoločnosti.
2. Objektívnosť – individuálna starostlivosť má byť založená na presných faktoch, preto sa začína dôsledným mapovaním života a potrieb človeka, jeho súčasných schopností a zručností, ale aj všetkého čo je pre neho negatívnym a čo vo svojom živote nechce, pokračuje vedením človeka k pomenovaniu svojich cieľov do budúcnosti a k hľadaniu spôsobov ako ich možno dosiahnuť.
3. Fungovanie v prostredí – individuálna starostlivosť by mala byť zameraná na fungovanie prijímateľa v čo najprirodzenejšom prostredí. Vytváranie špeciálnych podmienok pre ľudí so špeciálnymi potrebami je niekedy nutnosťou, ale nemalo by sa to stať bežnou praxou, individuálny prístup smeruje k čo najväčšej integrácii ľudí so špeciálnymi potrebami do spoločnosti.
4. Komplexnosť – pokrýva všetky oblasti života klienta – či už v chronologickom slede (minulosť, súčasnosť, budúcnosť) alebo zameranom na jednotlivé oblasti života človeka (fyzická, sociálna, psychická a duchovná). Hľadá prostriedky a cesty k napĺňaniu všetkých užívateľom definovaných potrieb. Súčasťou individuálnej starostlivosti je napr. aj ošetrovateľský plán, plán rehabilitačný, špeciálno-pedagogický, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán /jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení/ a pod.
5. Koordinovanosť – pre dosiahnutie cieľov stanovených klientom je nutná spolupráca viacerých odborníkov - vytvorenie multidisciplinárneho tímu. Preto je potrebné, aby sa aktivity a činnosti všetkých odborníkov dôkladne naplánovali a skoorinovali tak, aby smerovali k napĺňaniu hlavného cieľa klienta. Nezanedbateľnou súčasťou kvalitného plánu je podpora neformálnych vzťahov prijímateľa s ľuďmi, ktorí žijú v sociálnom prostredí, do ktorého má klient záujem sa integrovať, títo ľudia môžu byť pre prijímateľa významnejšou oporou ako profesionáli.
6. Legálnosť – individuálny plán je legálny dokument, ktorý jasne popisuje, ktoré služby, starostlivosť, aktivity a činnosti budú pacientovi poskytované a kto, kedy a v akom rozsahu ich bude poskytovať. Dodržiavanie týchto naplánovaných činností je veľmi dôležité.
7. Flexibilita - individuálna starostlivosť sa musí prispôbovať aktuálnemu stavu pacienta, tak, aby napĺňala jeho potreby a bola, čo na najlepšej úrovni.

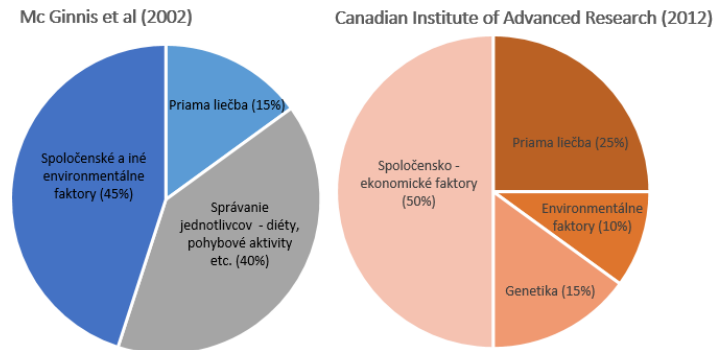
Osvojenie si týchto myšlienok považuje MZ SR za nevyhnutné pre vytvorenie, prijatie a implementovanie medzirezortnej národnej stratégie funkčného, koordinovaného prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti o občanov, ktorí potrebujú dlhodobú a koordinovanú podporu a pomoc. Na to, aby bol systém dlhodobej starostlivosti aj dlhodobo udržateľný, mal by jasne definovať rezortné zodpovednosti, zdroje financovania a byť akceptovaný všetkými zložkami zdravotných a sociálnych segmentov.

1.2.3 Reforma verejného zdravotníctva

Verejné zdravotníctvo je základným pilierom starostlivosti o zdravie občanov. Systém verejného zdravotníctva dokáže ovplyvniť cez ochranu a podporu zdravia až 85% zdravotného stavu populácie (pozri Diagram 18). V súčasnosti existuje na Slovensku viacero programov a projektov verejného zdravotníctva zameraných na ochranu a podporu zdravia. Napriek tomu sa radí Slovensko podľa ukazovateľov verejného zdravia ako je stredná dĺžka dožitia pri narodení do spodnej časti rebríčka krajín EÚ. O nedostatočnom stave verejného zdravia na Slovensku svedčia aj iné projekty, napr. Európske zisťovanie o zdraví 2009, Zisťovanie zdravia Európanov, či Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za

roky 2009 – 2011. Aj podľa hodnotenia WHO a ÚVZ je súčasný stav Slovenského verejného zdravotníctva zanedbaný a jeho nedostatočnosť sa dá najefektívnejšie odstrániť systematickou reformou vo verejnej správe.

Diagram 18: Determinanty zdravia populácie



Cieľom reformy verejného zdravotníctva je zvýšiť schopnosť verejnej správy dosahovať merateľné ciele v oblasti starostlivosti o zdravie prostredníctvom:

- pozmeneného modelu výkonu činností v oblasti verejného zdravia s definovanými cieľmi, agendami, štruktúrami, postupmi a nástrojmi
- novou štruktúrou organizácie verejného zdravotníctva so zameraním na dosahovanie výsledkov
- zavedením a zavedením zdravotníckych regiónov

Reformné kroky v tejto oblasti sú v súčasnej dobe vo fáze príprav a preto ich realizácia ešte nie je obsahovo, ani časovo definovaná. Predbežná predstava o potrebe zmien spočíva na 4 pilieroch: efektívnej štruktúre a regionalizácii, pevne stanovených procesov a aktivít, motivovanej a edukovanej pracovnej sile a aplikácií moderných technológií a postupov. Kľúčovým prvkom reformy je definovanie a zavedenie zdravotníckych regiónov, ktoré budú tvoriť prirodzené základné územné jednotky primeranej veľkosti s logickou vnútornou previazanosťou. Cieľom takejto regionalizácie je sústrediť kapacity bližšie k občanom a zamerať ich na špecifické potreby a stratégie implementácie, ktoré budú prispôbené podmienkam v regióne. Preto sa predpokladá definovanie zdravotníckych regiónov so spádovosťou cca 100 – 200 tisíc obyvateľov. Reformné kroky budú vyvíjané a zavádzané postupne a pred ich zavedením budú overované v pilotných projektoch.

1.3 Stabilizácia systému poskytovateľov starostlivosti

Stabilizácia systému je proces, ktorý začal koncom roku 2014 a je založený na troch hlavných krokoch. Prvý je Program ozdravenia nemocníc, v rámci ktorého je realizovaný aj proces transparentnej, otvorenej a férovej nemocnice (ako súčasť priamej intervencie), druhý krok je oddĺženie systému a tretí infraštruktúrna obnova v systéme.

1.3.1 Program ozdravovania nemocníc

PON je realizovaný nasledovnými aktivitami:

I. Vypracovaním Rozvojového plánu nemocníc (RPN)

Nemocnice v spolupráci s MZ vypracujú päťročný plán v ktorom naplánujú rozvoj každej nemocnice na budúce obdobie vo všetkých kľúčových aspektoch. Pri vypracovávaní plánu budú vychádzať z realizácie aktivít, ktoré sú v kompetencii manažmentov nemocníc a taktiež definujú predpoklady ktoré vedenie nemocníc nevie ovplyvniť. Ide predovšetkým o prístup k investičným prostriedkom, mikroekonomickú situáciu v regióne s ohľadom na existenciu iných poskytovateľov a taktiež potrebné zmeny v platobnom mechanizme resp. spôsobe nákupu poisťovní z pohľadu nemocnice. Definované

predpoklady budú predmetom ďalšej diskusie MZ s nemocnicami aj tretími stranami. Na príprave RPN sa majú aktívne podieľať členovia vedenia nemocnice ako aj ostatní zamestnanci primeraným spôsobom. RPN každej nemocnice bude v budúcnosti uverejnený na jej webovom sídle a bude predstavovať základ pre komunikáciu so zriaďovateľom, odbornou aj laickou verejnosťou. RPN bude taktiež vyžadovaným podkladom pre čerpanie eurofondov z IROP a bude v budúcnosti slúžiť ako základ pre hodnotenie práce manažmentov nemocníc. Verejné publikovanie prvej verzie RPN predpokladáme k 1.7.2015.

Nemocnice dostali navrhnutú štruktúru rozvojového plánu 19.3.2015. V súčasnej dobe prebiehajú taktiež pracovné diskusie v rámci jednotlivých tematických skupín (napr. Nákup starostlivosti a nákup a verejné obstarávanie, ktoré sa uskutočnili 9.4.2015), kde sa doladujú jednotlivé aspekty plán tak, aby MZ SR mohli poskytnúť detailnejšie inštrukcie jednotlivým poskytovateľom.

II. Realizovaním priamych intervencií v oblastiach vyžadujúcich akútne zlepšenie súčasného stavu v oblastiach:

a) Pacienti a procesy

Cieľom prvej intervencie je dosiahnuť stav, aby problémom a potrebám pacientov a návštevníkov bola zo strany nemocnice kontinuálne venovaná primeraná pozornosť. Za týmto účelom bude v každej nemocnici určená zodpovedná osoba.

Cieľom druhej intervencie je dosiahnuť, aby každý návštevník nemocnice dostal bez zbytočných prekážok odpoveď na akúkoľvek otázku v súvislosti s jeho návštevou nemocnice. Za týmto účelom bude mať každá nemocnica ľahko identifikovateľné centrálné kontaktné miesto (informátora, recepciu...) kde primerane zaškolený pracovník poskytne pacientovi odpoveď na jeho otázku prípadne radu a to bez zbytočných psychologických bariér či neprimeranej asertivity. Cieľom tretej intervencie je dosiahnuť v každej nemocnici minimálny komfort pre čakajúcich návštevníkov ambulancií ktorý bude spočívať v ich informovanosti o tom, kde sa nachádzajú vo "fronte" prostredníctvom obrazovky napr. v priestore čakárne.

b) Dáta a transparentnosť

V rámci aktivít cielených na transparentnosť aktivít sú v súčasnosti vypracovávané štandardy pre zverejňovanie dát a transparentnosť nemocníc ktoré budú definovať rozsah nemocnicou zverejňovaných informácií a údajov rozdelený do štyroch kategórií: (i) automaticky zverejňované na webovom sídle nemocnice, (ii) zverejňované na požiadanie, (iii) zverejňované podľa uváženie vedenia nemocnice a (iv) nezverejňované.

c) Ekonomika a produktivita

MZ SR pripravilo rozsah služieb pre obstaranie auditov a v súčasnej dobe prebieha pripomienkovanie zo strany poskytovateľov tak, aby sa predmetné audity stihli obstarat' a nahlásiť na MZ SR do 31.8.2015.

1.3.2 Oddĺženie poskytovateľov

Kapitola 1.1.2 poukázala, že aj keď sa úroveň zadlžovania zlepšuje, celková suma záväzkov po splatnosti presiahla hodnotu 400 mil. EUR. Táto suma je pomyslená hodnota, pri ktorej dochádza k sekundárnej platobnej neschopnosti dodávateľov a je nutné tento dlh riešiť. Na rozdiel od viacerých pokusov v minulosti však MZ SR neplánuje oddĺžiť nemocnice celoplošne, alebo na základe subjektívneho princípu, ale „odmení“ tie nemocnice, ktoré aspoň 6 mesiacov vykazujú kumulatívne nulový, alebo pozitívny prevádzkový zisk pred zdanením, úrokmi a odpismi (EBIDTA). Inými slovami, MZ SR oddlí primárne tie nemocnice, ktoré vedú demonštrovať, že nebudú v budúcnosti vytvárať stratu. Spolu s PON očakávame, že toto oddĺženie postaví poskytovateľom finálne na nohy a v rámci ostatných reforiem v systéme zabezpečí dlhodobú udržateľnosť.

1.3.3 Kapitálové investície do systému

Dlhodobé kapitálové pod investovanie, vysvetlené v analýzach na začiatku tejto kapitoly predstavujú silnú bariéru v zabezpečení kvalitnej a udržateľnej zdravotnej starostlivosti. Je pravda, že MZ SR vyjednávalo s európskou komisiou štrukturálne fondy na rozvoj infraštruktúry v zdravotníctve vo výške 278 mil. EUR. Táto suma je však nedostačujúca v porovnaní s identifikovanou investičnou dierou vo výške približne 3,94 mld. EUR. MZ SR preto hľadá cestu alternatívnych zdrojov do systému, a to konkrétne cez verejno - súkromné partnerstvá (PPP)

1.3.3.1 Nová univerzitná nemocnica Bratislava (UNB)

11. júna 2014 predstavila ministerka zdravotníctva Zuzana Zvolenská na rokovaní vlády Návrh Štúdie uskutočniteľnosti investícií v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku v rámci zámeru realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave. Štúdia uskutočniteľnosti potvrdila, že súčasný stav UNB je neúnosný a najlepšie riešenie súčasných nedostatkov je výstavba novej univerzitnej nemocnice (NUNB). Štúdia taktiež určila, že najefektívnejšou voľbou je realizovať tento projekt cez verejno – súkromne partnerstvá vo forme „full PPP“, čo dopomôže vyriešiť nedostatok kapitálových prostriedkov v systéme.

Termín na prihlásenie sa do verejného obstarávania, ktoré sa realizuje formou súťažného dialógu, bol 31. marec 2015 a MZ SR dostalo 7 žiadostí o účasť, ktoré v súčasnej dobe vyhodnocuje. Harmonogram predpokladá, že NUNB bude spustená do prevádzky na prelome rokov 2018/2019. Očakáva sa, že nemocnica bude mať 945 lôžok, z čoho bude 65 jedno - dňových s ALOSom 6 a pol dňa a 90% obložnosťou. Na týchto lôžkach vykoná ročne 44 000 štandardných a 28 000 akútnych hospitalizácií a na 22 špičkových sálach sa vykoná 47 000 zákrokov ročne. Odhadovaná plocha budovy je 94 000 m², je ekvivalent 13tich futbalových ihrísk. Výdavky na výstavbu nemocnice sa odhadujú na 220 miliónov EUR. V prípade úspechu pri výbere súkromného partnera, môže poslúžiť tento projekt ako vzorová šablóna na realizáciu ostatných PPP projektov v zdravotníctve na Slovensku.

1.4 Sociálne opatrenia

Ministerstvo zdravotníctva v rámci systematických či stabilizačných krokov uviedlo viacero zmien, ktoré prispievali k solidarite a férovému nastaveniu systému a spokojnosti stakeholderov systému, obzvlášť v troch kategóriách – lieková politika, politika poplatkov a zabezpečenia mzdových podmienok lekárov.

1.4.1 Lieková politika

Kapitola 4 tejto správy sa detailne venuje všetkým pokrokom a zmenám v liekovej politike. Táto kapitola iba v skratke pripomenie základné princípy a zmeny ktoré boli vykonané v prospech občana. Základným princípom liekovej politiky je uplatňovanie rovnosti v dostupnosti nielen liekov, ale aj zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín pre všetky skupiny obyvateľstva bez rozdielu na ich sociálne a majetkové postavenie a zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti na úrovni súčasných poznatkov lekárskejších a farmaceutických vied, ktorá je poskytovaná v rámci systému verejného zdravotného poistenia.

Slovenská republika ako jediná z členských štátov Európskej únie má v svojej vecne príslušnej legislatíve riešenú problematiku reexportu liekov. V tejto oblasti Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky úzko spolupracuje so Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv, ktorý môže vývoz lieku zakázať, ak je vývozom lieku ohrozené zdravie a život občanov Slovenskej republiky. Doteraz bol podľa údajov ŠUKL pozastavený vývoz približne 55 000 balení liekov. Toto opatrenie zabezpečuje že pacienti majú dostupné lieky potrebné pre ich liečbu.

Zmena zákona č. 363/2011 Z. z. priniesla efektívnejšie a objektívnejšie porovnávanie cien liekov medzi členskými štátmi Európskej únie tzv. „referencovanie“ . Prehodnotila sa výška európskej referenčnej ceny lieku (aritmetický priemer troch najnižších cien spomedzi cien v členských štátoch Európskej únie). Porovnávanie cien liekov prebieha 2 x ročne a spoločne s využitím všetkých nástrojov liekovej politiky vedie v tomto roku k úspore minimálne 30 mil. € na lieky.

Rovnaká miera úspory sa predpokladá aj v nadchádzajúcom roku 2014. Jednoducho povedané, tento krok dopomáha k ochrane finančných výdavkov populácie.

Ďalšia z mnohých zmien adresovaná na užívateľov systému je „aplikácia „Pýtajte sa lekára“, ktorá umožňuje hľadať pacientovi lacnejšie náhrady liekov alebo lacnejšie terapeutické náhrady s odporúčaním konzultovať akúkoľvek zmenu liečby s lekárom a lekárnikom. Aplikácia zahŕňa aj edukačnú časť, v ktorej pacient nájde základný terminologický slovník a dôležité informácie najmä o preventívnych prehliadkach a časť osvetovú, ktorá stimuluje pacienta komunikovať o svojom ochorení s ošetrojúcim lekárom.

1.4.2 Poplatky

MZ pristúpilo k novele zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorá rieši problematiku poplatkov. Do platnosti vstúpila 1. apríla 2015, novela stanovuje, za čo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nesmie vyberať úhradu od poistenca a čím nemôže podmieňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ide o dôležité momenty, ktoré po rokoch neistoty vnesú poriadok do tejto problematiky. Poistenci majú plný nárok na výkony, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti poskytovanej v rámci zdravotného výkonu a nie je dôvod, aby za ne u lekára v ambulancii platili. Platby v zdravotníctve boli dlhodobo témou, ktorá trápila slovenských občanov, nielenže o nej diskutovali, ale často sa stretávali s ich konkrétnou, neraz bizarnou podobou v ambulanciách. Súčasťou zdravotného výkonu u lekára bude objednanie poistenca na vyšetrenie, vypísanie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu, potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka, vypísanie odporúčenia na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo na poskytnutie ústavnej starostlivosti. Táto zmena je prínosom k zvýšeniu transparentnosti v zdravotníctve, MZ ju pripravovalo v prospech pacientov, aby im uľahčila situáciu a prispela k zlepšeniu vzťahov medzi pacientmi a lekármi.

Dôvodom prijatia tejto legislatívnej zmeny boli početné sťažnosti a otázky pacientov vo vzťahu k úhradám, ktoré od nich v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vyžadovali. Pacienti sa často sťažovali na rôzne bezdôvodné poplatky (napríklad poplatok za vstup do zdravotníckeho zariadenia, za klimatizáciu, vodu v čakárni, za založenie zdravotnej dokumentácie, za ukončenie zmluvného vzťahu so všeobecným lekárom, poplatok 35 eur za podanie chemoterapie, 4 eurá za odber krvi a podobne). MZ SR má stovky podnetov od pacientov, pričom pri zmene legislatívy spolupracovalo napr. aj s Jednotou dôchodcov Slovenska.

1.4.3 Mzdy lekárov

Priemerné hrubé mzdy lekárov a sestier v štátnych nemocniciach výrazne stúpili. Priemerná hrubá mzda lekára je viac ako 2 500 eur, u sestier je to nad 1 000 eur, ako detailne pojednáva Kapitola 2 tejto správy.

1.4.4 Prerozdelenie zdravotných odvodov – PCG mechanizmus

Výber zo zákona povinných odvodov na zdravotné poistenie pravidelne podlieha mesačnému a následne aj celistvému ročnému prerozdeleniu, teda akémusi dorovnaníu záväzkov a pohľadávok navzájom medzi poisťovňami. Prerozdelenie je aj v našom systéme pluralitného poistného trhu významnou črtou odzrkadľujúcou snahu o adekvátne priradenie poistných finančných prostriedkov každej poisťovni podľa reálnej výdavkovej štruktúry svojho poistného kmeňa.

Každá zdravotná poisťovňa si ponecháva 5% z vlastného výberu poistného na správu a zvyšných 95% pomyslene putuje do spoločného prerozdelenieho balíka. Základom prehodnocovania výšky nárokovateľného poistného sú tzv. indexy rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sa postupne vyvíjali a až od júla 2012 pribudli k demografickým indexom zohľadňujúcim vek, pohlavie a ekonomickú aktivitu aj indexy rizika nákladov farmaceuticko-nákladových skupín (ďalej len "PCG"). Ich účelom je komplementárna kvantifikácia finančnej záťaže poisťovne na pacientov, ktorí sú podľa množstva spotrebovaných denných dávok v rámci schválenej skupiny kategorizovaných liekov oprávnení na zaradenie do jednej z výše 20 farmaceuticko-nákladových skupín.

Prvok pridania PCG indexov vniesol do systému verejného poistenia spravodlivosť, solidaritu, vyššiu kompenzáciu nákladov na liečbu chronicky chorých pacientov, zvýšil schopnosť predikcie nákladov na zdravotnú starostlivosť až na

19,65% a zároveň znížil snahu poisťovní získavať najmä „zdravých“ poistencov. Hodnoty indexov/koefficientov sú s dostatočným časovým predstihom podrobené pripomienkovaniu zo strany ÚDZS aj poisťovní v procese medzirezortného pripomienkového konania, čím je zároveň zabezpečené dovysvetlenie prípadných nejasností MZ voči poisťovniam. Kontrolu nad dodržiavaním povinností podľa pravidiel prerozdelenia platných na daný rok vykonáva ÚDZS. Tabuľka 11 ilustruje ako ovplyvnilo kalkulácie prerozdelenia poistného pridanie PCG indexov. Je zrejmé, že si vďaka nemu polepšila VŠZP, pretože súkromné poisťovne jej musia ročne preposlať asi 30mio €. Okrem toho môžeme z prehľadu vyčítať, koľko by VŠZP získala, ak by boli PCG koeficienty implementované napr. už od roku 2010. Do budúcnosti plánuje MZ SR ešte ďalej zdokonaľiť objektivitu, čiže predikčnú schopnosť budúcich nákladov.

Tabuľka 11: Ilustrácia dopadu PCG

	2010 (EUR)	2011 (EUR)	1H2012 (EUR)	2012* (EUR)	2013 (EUR)
VŠZP					
model bez PCG	2 697 991 121	2 625 345 617	1 227 915 398	2 455 830 796	2 107 528 738
model s PCG	2 723 235 421	2 646 359 559	1 241 277 281	2 482 554 561	2 140 625 073
rozdiel	25 244 300	21 013 942	13 361 883	26 723 766	33 096 335
Dôvera	0	0	0	0	0
model bez PCG	933 744 926	912 213 129	454 652 580	909 305 159	731 182 063
model s PCG	915 569 910	896 041 149	445 296 523	890 593 047	709 493 999
rozdiel	-18 175 015	-16 171 980	-9 356 056	-18 712 113	-21 688 064
Union	0	0	0	0	0
model bez PCG	209 694 236	215 797 326	112 024 198	224 048 396	174 871 955
model s PCG	202 624 951	210 955 364	108 018 371	216 036 742	163 463 685
rozdiel	-7 069 285	-4 841 962	-4 005 827	-8 011 654	-11 408 271

2. Vývoj miezd pracovníkov a výsledky hospodárenia od roku 2012



2 Vývoj miezd pracovníkov a výsledky hospodárenia od roku 2012

2.1 Informácia o vývoji miezd pracovníkov

Kľúčové postavenie pri poskytovaní zdravotníckych služieb majú zdravotnícki pracovníci. Dobre motivované, dobre vzdelané a adekvátne zdroje pracovných síl sú rozhodujúce pre zabezpečenie dostupnosti, cenovej prístupnosti a všeobecného prístupu k zdravotníckym službám. Faktormi, ktoré majú najväčší vplyv na zvyšovanie alebo znižovanie príťažlivosti zamestnania v zdravotníckych službách, sú predovšetkým úroveň miezd, pracovné podmienky, miera pracovného zaťaženia, imidž profesie, možnosť profesného postupu (najmä žien), spôsob organizácie práce (napr. práca na zmeny).

Vstup SR do EÚ, harmonizácia vzdelávania a proces vzájomného uznávania kvalifikácií odstránil väčšinu administratívnych bariér pre možné uplatnenie sa zdravotníckych pracovníkov za trhoch EÚ. Mobilita vysoko kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov umožňuje voľný pohyb a výmenu skúseností a vedomostí, ako aj sústavné profesionálne a odborné vzdelávanie. Mobilita sa tak využíva vo vzdelávaní, v praxi, ako aj na vedecké účely. Individuálne rozhodnutie k pohybu pritom môže byť založené na osobnom alebo ekonomickom dôvode. Táto kapitola podá prehľad o vývoji počtu zamestnancov, výšky ich ohodnotenia, predstavi základné legislatívne rámce a plánované zmeny.

2.1.1 Počet a štruktúra pracovníkov v zdravotníctve

Údaje o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve (evidenčný počet pracovníkov k 31.12. príslušného kalendárneho roka, fyzické osoby) zbiera, spracováva a zverejňuje v Zdravotníckej ročenke za príslušný rok Národné centrum zdravotníckych informácií. Údaje za rok 2014 budú zverejnené v druhej polovici roka 2015.

K 31.12.2013 v zdravotníctve SR **pracovalo spolu 104 312 fyzických osôb**, čo je o 1085 osôb menej ako v roku 2012 (1,29 %; pozri Tabuľku 12). Z uvedeného počtu pracovalo 41 100 pracovníkov (39,40 %) v organizáciách v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR, 1 775 pracovníkov (1,70 %) v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov, 14 779 pracovníkov (14,17 %) v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí a 46 658 pracovníkov (44,73 %) v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

Tabuľka 12: Počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike, podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014)

Rok	Zriaďovateľ				Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ***)	
2003	39,333	4,270	22,815	39,949	106,367
2004	35,735	4,214	19,876	48,927	108,752
2005	32,997	1,590	10,310	53,932	98,829
2006	30,710	2,707	7,034	66,664	107,115
2007	31,594	2,958	6,945	68,332	109,829
2008	32,031	2,891	7,037	67,915	109,874
2009	40,386	1,929	15,947	47,971	106,233
2010	41,663	2,111	16,653	47,652	108,079
2011	40,909	1,879	16,333	46,622	105,743
2012	40,584	1,830	16,020	46,963	105,397
2013	41,100	1,775	14,779	46,658	104,312

* evidenčný počet pracovníkov k 31.12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Aj keď v porovnaní s rokom 2008 celkový počet pracovníkov zdravotníckych zariadení SR mierne klesá, počet pracovníkov zdravotníckych zariadení v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR sa od r. 2007 medziročne zvyšuje a v porovnaní s rokom 2006 sa ich počet v roku 2013 zvýšil celkovo o 33,83 %.

Zmeny v počte pracovníkov boli a sú ovplyvňované viacerými faktormi. Sú to predovšetkým: zmeny súvisiace s reštrukturalizáciou a zmenou počtu zdravotníckych zariadení, migrácia zdravotníckych pracovníkov po vstupe Slovenska do EÚ, dohodnuté podmienky odmeňovania a diferenciacia výšky miezd v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, snaha zdravotníckych zariadení o dodržiavanie minimálnych noriem personálneho obsadenia v priamej väzbe na limity upravené Zákonom o práci (pracovný čas, pracovná pohotovosť, poskytovanie odpočinku).

2.1.1.1 Zdravotnícki pracovníci

Z celkového počtu 104 312 fyzických osôb pracujúcich v zdravotníctve SR, bolo **78 683 zdravotníckych pracovníkov (75,43 %)**, v tom 18 355 lekárov (17,60 %), 2 586 zubných lekárov (2,48 %), 3 333 farmaceutov (3,20 %), 31 128 sestier (29,84 %), 1 775 pôrodných asistentiek (1,70 %), 3 063 zdravotníckych laborantov (2,94 %), 2 065 farmaceutických laborantov (1,98 %), 1 726 fyzioterapeutov (1,65 %), 1 779 zdravotníckych záchranárov (1,71 %), 1 969 zdravotníckych asistentov (1,89 %), 1 314 rádiologických technikov (1,26 %), 5 334 sanitárov (5,11 %), ako zachytáva Tabuľka 13.

Tabuľka 13: Pracovníci v zdravotníctve v roku 2013 podľa povolania

Povolanie	Pracovníci spolu	
	osoby	%
Úhrn	104,312	100.00
<i>Z toho: zdravotnícki pracovníci</i>	78,683	75.43
lekár	18,355	17.60
zubný lekár	2,586	2.48
farmaceut	3,333	3.20
sestra	31,128	29.84
pôrodná asistentka	1,775	1.70
zdravotnícky laborant	3,063	2.94
farmaceutický laborant	2,065	1.98
technik pre zdravotnícke pomôcky	24	0.02
fyzioterapeut	1,726	1.65
zdravotnícky záchranár	1,779	1.71
verejný zdravotník	100	0.10
zdravotnícky asistent	1,969	1.89
rádiologický technik	1,314	1.26
dentálna hygienička	216	0.21
asistent výživy	276	0.26
masér	532	0.51
sanitár	5,334	5.11
zubný asistent	87	0.08
zubný technik	888	0.85
optometrista	92	0.09

očný optik	342	0.33
ortopedický technik	216	0.21
logopéd	156	0.15
psychológ	528	0.51
laboratórny diagnostik	697	0.67
liečebný pedagóg	41	0.04
fyzik	53	0.05
elektrotechnik	8	0.01
<i>Z toho: ostatní pracovníci:</i>	25,629	24.57

Zostávajúcich 24,57 % (25 629 osôb) tvorili technicko-hospodárski pracovníci, robotnícke povolania a prevádzkoví pracovníci, pedagogickí pracovníci, pracovníci vedy, výskumu a vývoja a štátni zamestnanci. Časť týchto pracovníkov nepracuje v zdravotníckych zariadeniach financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní a ich odmeňovanie a pracovnoprávne vzťahy sa riadia zákonom č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a zákonom č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Sú to predovšetkým zamestnanci Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, regionálnych úradov verejného zdravotníctva, Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv.

2.1.1.2 Lekári

Celkový počet lekárov v zdravotníckych zariadeniach v SR od roku 2012 opätovne rastie. V porovnaní s rokom 2011 sa ich počet v roku 2013 zvýšil o 506 lekárov (2,83 %, pozri Tabuľku 14).

Tabuľka 14: Počet lekárov v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014)

Rok	Zriaďovateľ / počet pracovníkov *)				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ***)	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2003	5,261	738	2,758	7,454	16,211
2004	5,034	709	2,490	8,474	16,707
2005	4,711	280	1,282	10,045	16,318
2006	4,629	466	867	11,078	17,040
2007	5,049	482	846	11,842	18,219
2008	5,206	451	882	11,582	18,121
2009	6,352	296	2,113	9,038	17,799
2010	6,577	353	2,265	8,915	18,110
2011	6,493	300	2,333	8,723	17,849
2012	6,607	307	2,358	8,921	18,193
2013	6,807	311	2,305	8,932	18,355

* evidenčný počet pracovníkov k 31.12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

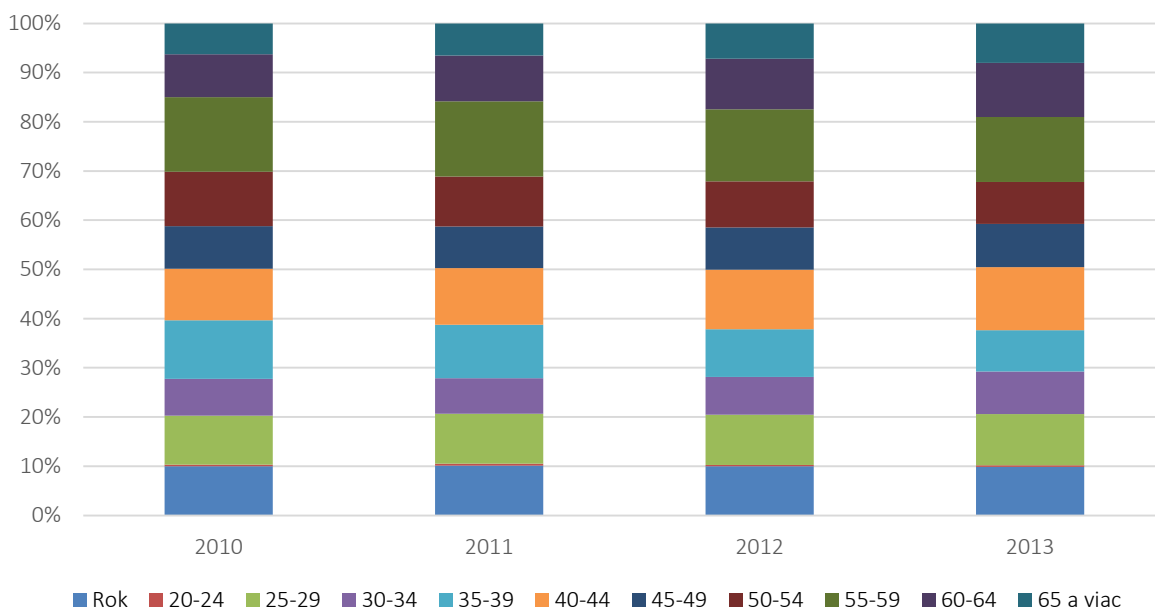
*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

Zvýšenie počtu lekárov sa pozitívne prejavilo aj na ich vekovej štruktúre. Zatiaľ čo podiel lekárov vo veku do 49 rokov na celkovom počte lekárov v roku 2011 predstavoval 54,08 %, v roku 2013 sa zvýšil na 54,79 %. Pozri Tabuľku 15 a Diagram 19.

Tabuľka 15: Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014)

Rok	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 a viac	Spolu
2010	61	2,004	1,512	2,396	2,105	1,739	2,231	3,042	1,755	1,265	18,110
2011	75	2,016	1,438	2,156	2,288	1,680	2,020	3,036	1,842	1,298	17,849
2012	62	2,066	1,550	1,951	2,448	1,740	1,893	2,951	2,083	1,449	18,193
2013	56	2,124	1,765	1,714	2,604	1,793	1,735	2,685	2,247	1,632	18,355

Diagram 19: Veková štruktúra lekárov v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014)



Podľa Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 všeobecná ambulantná starostlivosť má byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť. Medzi priority preto patrí zabezpečenie dopĺňania systému zdravotníctva o všeobecných lekárov a špecialistov prostredníctvom rezidentského programu (cielenne finančne podporovaného špecializačného štúdia) s následným uplatnením v tých regiónoch, kde pretrváva ich nedostatok, resp. vysoký priemer.

2.1.1.3 Zdravotné sestry

Zatiaľ čo celkový počet sestier zdravotníckych zariadení SR v roku 2010 v porovnaní s rokom 2009 vzrástol, od roku 2010 sa ich počet opätovne medziročne znižuje. K rastu počtu sestier dochádza len v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, kde sa ich počet v roku 2013 zvýšil o 207 (1,56 %) v porovnaní s rokom 2012, pozri Diagram 20.

Diagram 20: Počet sestier v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike (podľa zriaďovateľa; NCZI (2014))

Rok	Zriaďovateľ / počet pracovníkov *)				
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ***)	Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
2003	13,049	1,466	8,279	12,319	35,113
2004	11,868	1,418	7,235	13,486	34,007
2005	11,268	464	3,861	16,726	32,319
2006	10,147	892	2,583	18,946	32,568
2007	10,548	981	2,544	19,967	34,040
2008	10,740	914	2,539	19,585	33,778
2009	13,672	671	5,826	12,539	32,708
2010	13,745	737	5,952	12,311	32,745
2011	13,787	675	5,812	11,769	32,043
2012	13,295	666	5,701	11,816	31,478
2013	13,502	644	5,311	11,671	31,128

* evidenčný počet pracovníkov k 31.12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

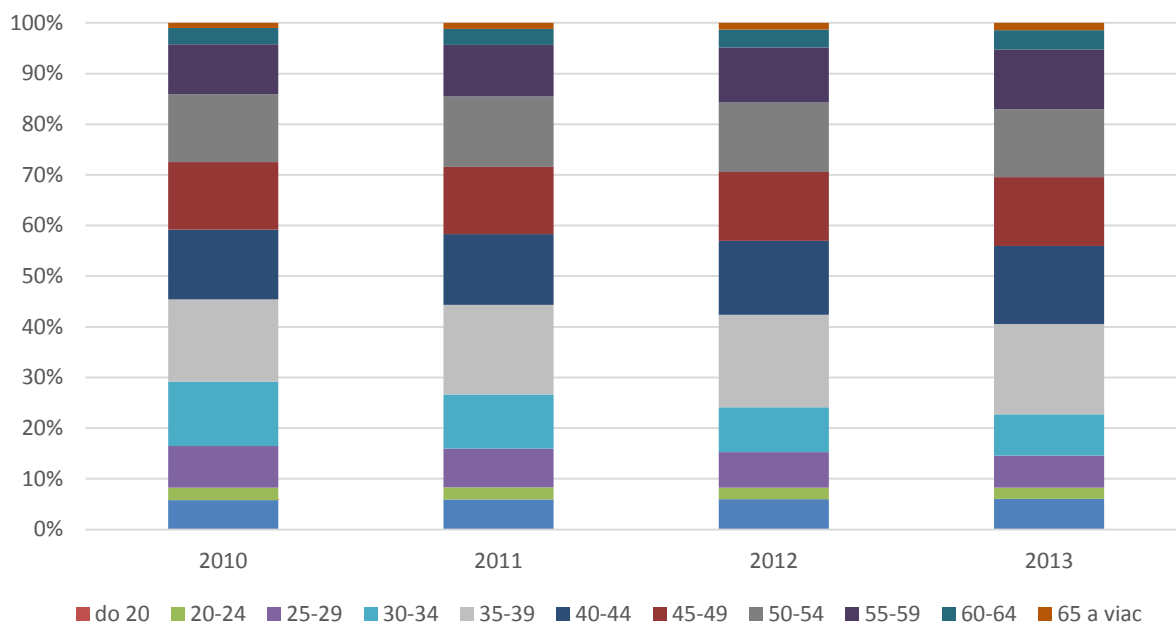
Na znížení počtu sestier malo svoj podiel aj prijatie zákona č. 62/2012 Z. z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek a ktorým sa dopĺňa zákon č. 553/2003 Z.z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Povinnosť zamestnávateľov aplikovať do praxe zákon, ktorý nebol dostatočne krytý zdrojmi, sa prejavila na znižovaní počtu sestier alebo krátení ich úväzkov.

Postupné znižovanie počtu sestier často až na úroveň minimálneho personálneho zabezpečenia (minimálnych normatívov personálneho zabezpečenia) upraveného osobitnými predpismi, bolo v zdravotníckych zariadeniach spravidla sprevádzané zmenami v spôsobe organizácie práce, zmenou štruktúry zdravotníckych pracovníkov (s cieľom zabezpečiť, aby sestry vykonávali predovšetkým odborné a špecializované pracovné činnosti zodpovedajúce získaným kompetenciám a výkonu ich zdravotníckeho povolania a odbúrať, resp. minimalizovať zaťaženie sestier spočívajúce napr. aj v zabezpečovaní činností patriacich do kompetencie iných zdravotníckych povolaní), úpravou výšky úväzkov sestier, nenahrádzaním prirodzeného úbytku novými pracovníkmi, čo následne ovplyvnilo nielen počet ale aj vekovú štruktúru sestier. Zatiaľ čo v roku 2011 podiel sestier vo veku do 44 rokov na celkovom počte sestier predstavoval 55,69 %, v roku 2013 sa znížil na 53,12 % (pozri Tabuľku 16 a Diagram 21).

Tabuľka 16: Veková štruktúra sestier v zdravotníctve za roky 2010 - 2013 (NCZI, 2014)

Rok	Do 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 a viac	Spolu
2010	6	863	2,850	4,402	5,650	4,786	4,639	4,657	3,431	1,119	342	32,745
2011		817	2,601	3,651	6,016	4,759	4,515	4,733	3,482	1,075	394	32,043
2012		759	2,348	2,956	6,123	4,886	4,540	4,602	3,648	1,176	440	31,478
2013		728	2,093	2,695	5,905	5,118	4,507	4,425	3,900	1,292	465	31,128

Diagram 21: Veková štruktúra sestier v zdravotníctve SR za roky 2010 až 2013 (NCZI, 2014)



Prijímané opatrenia sa prejavili na zvýšení počtu zdravotníckych asistentov. V roku 2013 v zdravotníckych zariadeniach SR pracovalo 1969 zdravotníckych asistentov. V porovnaní s rokom 2010 ich počet vzrástol o 539 (o 37,69 %), avšak v porovnaní s rokom 2009 sa ich počet zvýšil až o 883 (81,31 %). Pozri Tabuľku 17.

Tabuľka 17: Počet zdravotníckych asistentov v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike podľa zriaďovateľa (NCZI, 2014)

Rok	Zriaďovateľ / počet pracovníkov *)				Zdravotnícke zariadenia v SR spolu
	V zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR	V zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov **)	Po prechode kompetencií v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí	Neštátne zdravotnícke zariadenia ***)	
2009	594	66	271	155	1,086
2010	829	61	327	213	1,430
2011	833	63	326	267	1,489
2012	937	67	435	296	1,735
2013	1064	63	479	363	1,969

* evidenčný počet pracovníkov k 31.12. vo fyzických osobách

** MV SR, MS SR, MO SR, MDPT SR

*** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo lekárskej starostlivosti na základe povolenia MZ SR alebo VÚC

2.1.2 Zdravotnícke zariadenia financované zo zdrojov zdravotných poisťovní:

Pracovnoprávne vzťahy zamestnancov zdravotníckych zariadení financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní, vrátane odmeňovania, sa spravujú príslušnými ustanoveniami zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákonník práce“), zákonom č. 552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme

v znení neskorších predpisov ako aj príslušnými kolektívnymi zmluvami (t.j. kolektívnou zmluvou vyššieho stupňa a podnikovou kolektívnou zmluvou).

2.1.2.1 *Výšku miezd zdravotníckych pracovníkov ovplyvňujú:*

1) Minimálne mzdové nároky garantované Zákonníkom práce (t.j. výška a rast minimálnej mzdy). S ohľadom na každoročný rast minimálnej mzdy, dochádza automaticky aj k zvyšovaniu minimálnych mzdových nárokov. Minimálna mzda v roku 2015 predstavuje 380 eur (v roku 2014 činila 352 eur), t.j. medziročný rast 7,95 %.

Charakteristiky stupňov náročnosti práce pracovných miest upravuje Príloha 1 Zákonníka práce. Pracovné miesta sú podľa miery zložitosti, zodpovednosti a namáhavosti práce zamestnanca rozdelené do 6 stupňov náročnosti práce. V zmysle tejto úpravy odborné pracovné činnosti zdravotníckych pracovníkov (okrem sanitárov) zodpovedajú 4 stupňu náročnosti práce (minimálny mzdový nárok: 380 eur x koeficient 1,6 = 608 eur) a špecializované pracovné činnosti 5 až 6 stupňu náročnosti práce (minimálny mzdový nárok: 380 eur x koeficient 1,8 = 684 eur, 380 eur x koeficient 2,0 = 760 eur). Takto zákonom zaručenú výšku minimálnej mzdy (minimálnych mzdových nárokov) je možné zvýšiť kolektívnymi zmluvami.

2) Výška valorizácie miezd dohodnutá kolektívnymi zmluvami (kolektívnymi zmluvami vyššieho stupňa a podnikovými kolektívnymi zmluvami). Napr. počas posledných dvoch rokov kolektívnymi zmluvami vyššieho stupňa medzi Asociáciou štátnych nemocníc a príslušnými odborovými organizáciami, bolo opakovane dohodnuté zvýšenie miezd tak zdravotníckych ako aj nezdravotníckych pracovníkov (zvýšenie základnej zložky mzdy najmenej o 4 % od 15.1.2014 a najmenej o 3 % najneskôr od 1.3.2015).

3) Osobitné predpisy ustanovujúce výhodnejšiu úpravu v porovnaní s výškou mzdových nárokov upravených Zákonníkom práce:

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktorý obsahuje osobitné ustanovenia o minimálnej výške základnej zložky mzdy niektorých zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti (t.j. pre lekárov a zubných lekárov pracujúcich v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti).

Takýmto osobitným predpisom bol aj zákon č. 62/2012 Z. z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek a ktorým sa dopĺňa zákon č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 62/2012 Z. z.“). Účinnosť zákona č. 62/2012 Z. z. bola pozastavená dňa 31.7.2012 a následne došlo k jeho zrušeniu na základe nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 288/2013 Z. z. zo dňa 19. júna 2013 sp. zn. PL. ÚS 13/2012.

2.1.2.2 *Personálna a mzdová politika:*

Zamestnávateľia, ktorí v postavení samostatného právneho subjektu prevádzkujú zdravotnícke ústavnej zdravotnej starostlivosti (v rozsahu vydaných povolení na prevádzkovanie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení podľa § 7 zákona č. 578/2004 Z. z.) spravidla prevádzkujú súčasne aj zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ako napr. špecializované ambulancie, zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, poliklinika, zariadenia spoločných vyšetrovacích zložiek, stacionár).

S cieľom stabilizácie lekárov, väčšina týchto zamestnávateľov od 1.1.2012 pristúpila k zvýšeniu miezd všetkých svojich lekárov bez ohľadu na to, či u nich poskytujú ústavnú alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Táto skutočnosť sa pozitívne prejavila vo zvýšení počtu lekárov a prijímaní absolventov, čo pozitívne ovplyvnilo aj vekovú štruktúru lekárov.

Prijatie zákona č. 62/2012 Z.z. 1. februára 2012 bez adekvátneho finančného krytia a jeho realizácia od 1. apríla 2012, v spojení s limitovaným objemom zdrojov zdravotníckych zariadení pri súčasnom náraste objemu zdrojov potrebných na pokrytie zvýšených miezd lekárov od 1.1.2012, spolu s povinnosťou zabezpečiť vyrovnané hospodárenie, u väčšiny zamestnávateľov vyústila do prijímania racionalizačných opatrení, ktorých výsledkom bolo znižovanie počtu pracovníkov, zastavenie prijímania nových pracovníkov, zmena štruktúry zdravotníckych pracovníkov, zmeny v organizácii práce. Táto skutočnosť sa prejavila na znižovaní počtu pracovníkov, vrátane zdravotníckych pracovníkov a negatívne ovplyvnila ich vekovú štruktúru.

Realizácia ďalších zvyšovaní plátov lekárov tak z dôvodu postupného zvyšovania koeficientov upravujúcich minimálnu výšku ich základnej zložky mzdy, ako aj z dôvodu napojenia týchto zákonom určených koeficientov na výšku priemernej mzdy zamestnanca hospodárstva SR, spolu s medziročným zvyšovaním minimálnej mzdy, na ktorú sú v zmysle Zákonníka práce naviazané minimálne mzdové nároky ostatných zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov, predstavujú významný limitujúci faktor v oblasti zamestnanosti. T.j. u niektorých zamestnávateľov sa stávajú bariérou prijímania nových zdravotníckych pracovníkov, vrátane lekárov absolventov, t.j. lekárov bez špecializácie (z dôvodu, že lekári absolventi sú po nástupe zaradení do špecializačného štúdia trvajúceho 3 až 5 rokov, počas ktorého väčšinu času pôsobia mimo svojho zamestnávateľa, pričom náklady na mzdy zaťažujú ich zamestnávateľa), ako aj primeraného zvyšovania plátov ostatných zdravotníckych a nezdravotníckych pracovníkov.

2.1.2.3 Mzdy

Údaje o zamestnancoch a vyplatených mzdách získava MZ SR prostredníctvom štvrťročného štatistického výkazu o zamestnancoch a o zložení mzdových prostriedkov v zdravotníctve M (MZ SR) 2-04. Predmetné štatistické zisťovanie pokrýva vybranú skupinu zamestnávateľov. Netýka sa zamestnávateľov v pôsobnosti iných rezortov a súkromných zdravotníckych zariadení. Na rozdiel od údajov zverejňovaných v Zdravotníckej ročenke, údaje o počte pracovníkov sa nevykazujú ako počet fyzických osôb k 31.12. príslušného kalendárneho roka, ale ako údaj o priemernom evidenčnom počte zamestnancov prepočítanom za sledované obdobie.

2.1.2.3.1 Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financované zo zdrojov zdravotného poistenia

Aj keď priemerný evidenčný počet zamestnancov prepočítaný v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní nedosiahol v roku 2014 úroveň roku 2012, v porovnaní s rokom 2013 sa mierne zvýšil (nárast o 0,04 %). V roku 2014 v porovnaní s rokom 2010 však došlo k nárastu počtu zdravotníckych pracovníkov o 1,87 % a v porovnaní s rokom 2013 o 1,12 %. Počet lekárov v roku 2014 sa v porovnaní s rokom 2010 zvýšil o 8,20 %, pričom v porovnaní s rokom 2013 medziročný nárast predstavoval 2,35 %. Od roku 2013 zaznamenáva mierny nárast aj počet sestier, pričom v roku 2014, v porovnaní s rokom 2013, medziročne vzrástol o 0,72 % a v porovnaní s rokom 2012 sa zvýšil o 1,42 %. Podiel lekárov a sestier na celkovom počte pracovníkov sa od roku 2013 zvyšuje, ako ilustruje Tabuľka 18.

Tabuľka 18: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015)

U k a z o v a t e ľ	Ø evidenčný počet zamestnancov prepočítaný					Nárast rok 2014/rok 2010 v %	Nárast rok 2014/rok 2013 v %
	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014		
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR a VÚC, miest a obcí financované zo zdrojov zdravotných poisťovní - zamestnanci spolu: ¹⁾	53,092	52,946	52,429	52,126	52,145	98.22	100.04

z toho: zdravotníckí pracovníci spolu:	39,299	39,445	39,224	39,588	40,033	101.87	101.12
z toho: lekári	7,440	7,532	7,692	7,865	8,050	108.20	102.35
sestry	19,751	19,580	19,106	19,240	19,378	98.11	100.72
Podiel zdravotníckych pracovníkov k celkovému počtu zamestnancov	74.02	74.50	74.81	75.95	76.77	x	x
Podiel lekárov k celkovému počtu zamestnancov	14.01	14.23	14.67	15.09	15.44	x	x
Podiel sestier k celkovému počtu zamestnancov	37.20	36.98	36.44	36.91	37.16	x	x

1) Údaje sú za zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR a tie, ktoré prešli od 1.1.2003 pod VÚC, mestá a obce a sú v ich

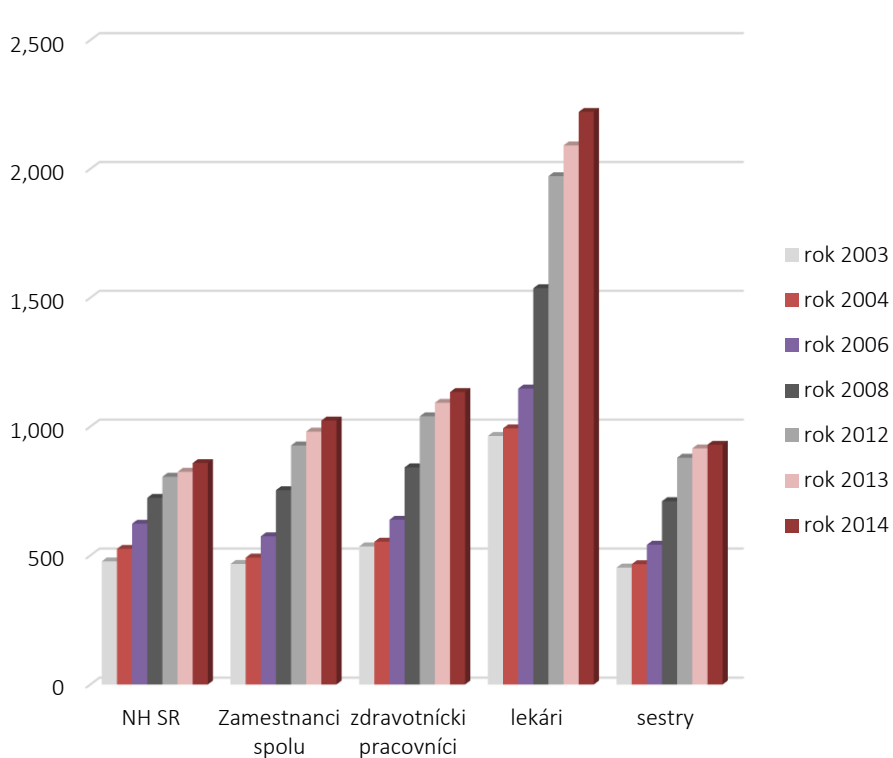
Priemerná mesačná mzda v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotného poistenia za rok 2014 sa v porovnaní s rokom 2010 medziročne zvyšuje a za toto obdobie sa zvýšila celkovo o 25,48 %. V porovnaní s priemernou mzdou zamestnanca hospodárstva SR za rok 2014 (858 eur) jej úroveň dosiahla 119,2 % (1,023 eur). Pozri Tabuľku 19 a Diagram 22.

Tabuľka 19: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; Slovstat, 2015)

Ukazovateľ	Ø mesačná mzda v €										Nárast 2014/2010
	Rok 2010		Rok 2011		Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		
	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	
Hospodárstvo Slovenskej republiky (NH)	769	x	786	x	805	x	824	x	858	x	111.57
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR a VÚC, miest a obcí financované zo zdrojov zdravotných poisťovní - zamestnanci spolu: ¹⁾	815	106.0	826	105.0	926	115.1	980	119.0	1,023	119.2	125.48
z toho: zdravotníckí pracovníci spolu:	906	117.8	912	116.0	1,040	129.2	1,092	132.5	1,134	132.1	125.14
z toho: lekári	1663	216.2	1,655	210.6	1,972	244.9	2,091	253.8	2,221	258.8	133.55
sestry	763	99.3	771	98.0	879	109.2	915	111.0	929	108.3	121.68

1) Údaje sú za zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR a tie, ktoré prešli od 1.1.2003 pod VÚC, mestá a obce a sú v ich zriaďovateľskej

Diagram 22: Priemerná mesačná mzdy za roky 2010 až 2014 v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí, financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní



Pri porovnaní vývoja a dosiahnutej úrovne priemernej mesačnej mzdy v SR podľa jednotlivých odvetví hospodárstva SR, vyššiu priemernú mesačnú mzdu než 1023 eur (t.j. vyššiu ako je výška priemernej mesačnej mzdy v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí financovaných zo zdrojov zdravotného poistenia za rok 2014) bola v roku 2014 len v odvetviach: dodávka elektriny, plynu, pary, informácie a komunikácia, finančné a poisťovacie činnosti, odborné, vedecké a technické činnosti, verejná správa a obrana, povinné sociálne zabezpečenie (pozri Tabuľku 20). Rast miezd pracovníkov rezortu zdravotníctva pozitívne ovplyvňuje celkovú úroveň a medziročný rast priemernej mesačnej mzdy v odvetví „Zdravníctvo a sociálna pomoc“.

Tabuľka 20: Priemerná mesačná mzda NH podľa odvetví za roky 2012 až 2014

Ukazovateľ	rok 2012		rok 2013		rok 2014	
	eur	index	eur	index	eur	index
Hospodárstvo SR úhrnom	805	102.4	824	102.4	858	104.1
<i>v tom</i>						
Poľnohospodárstvo, lesníctvo a rybolov	637	102.7	640	100.5	686	107.2
z toho poľnohospodárstvo	630	102.9	626	99.4	653	104.3
Priemysel	857	104.0	888	103.6	936	105.4
ťažba a dobývanie	932	98.8	933	100.0	992	106.3
priemyselná výroba	832	104.0	866	104.0	915	105.7
dodávka elektriny, plynu, pary	1471	107.2	1466	99.6	1521	103.8
dodávka vody	823	101.5	875	106.3	866	99.0
stavebníctvo	607	100.7	607	100.0	600	98.8
Veľkoobchod a maloobchod	760	100.9	768	101.1	799	104.0
Doprava a skladovanie	812	101.8	803	98.9	822	102.4
Ubytovacie a stravovacie služby	511	100.6	513	100.4	511	99.6

Informácie a komunikácia	1637	103.9	1634	99.8	1660	101.6
Finančné a poisťovacie činnosti	1658	107.3	1531	92.3	1657	108.2
Činnosti v oblasti nehnuteľností	907	98.3	865	95.4	884	102.2
Odborné, vedecké a technické činnosti	933	100.1	1021	109.4	1051	102.9
Administratívne služby	815	90.2	824	101.1	887	107.6
Verejná správa a obrana, povin. sociálne zabezpečenie	998	102.0	1010	101.2	1046	103.6
Vzdelávanie	682	103.0	722	105.9	762	105.5
Zdravotníctvo a sociálna pomoc	770	106.6	800	103.9	839	104.9
Umenie, zábava a rekreácia	633	101.1	627	99.1	632	100.8
Ostatné činnosti	584	100.3	580	99.3	566	97.6

Najvyšší nárast priemernej mzdy dosiahli lekári, ktorých priemerná mzda za rok 2014 dosiahla 2221 eur a v porovnaní s rokom 2010 (1663 eur) sa zvýšila o 33,55 %. Priemerná mzda zaznamenáva medziročný nárast aj u sestier, pričom za rok 2014 predstavovala 929 eur a v porovnaní s rokom 2010 (763 eur) sa zvýšila o 21,68 %. V porovnaní s priemernou mzdou zamestnanca hospodárstva SR za rok 2014 (858 eur) u lekára jej úroveň dosiahla 258,8 % a u sestier 108,3 %.

2.1.2.3.2 Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR

Priemerná mzda lekárov za rok 2014 dosiahla 2,246 eur a v porovnaní s rokom 2010 (1,628 eur) sa zvýšila o 37,90 %. Priemerná mzda sa medziročne zvyšuje aj u sestier, pričom za rok 2014 predstavovala 1,014 eur a v porovnaní s rokom 2010 (849 eur) sa zvýšila o 19,42 %. V porovnaní s priemernou mzdou zamestnanca hospodárstva SR za rok 2014 (858 eur) u lekára jej úroveň dosiahla 261,7 % a u sestier 118,2 %. Pozri Tabuľku 21 a Tabuľku 22 pre viac informácií.

Tabuľka 21: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR) (NCZI, 2015; SlovStat, 2015)

Ukazovateľ	Ø mesačná mzda v €										Nárast rok 2014/rok 2010
	Rok 2010		Rok 2011		Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		
	Ø mzda	porov. s NH	Ø mzda	porov. s NH	Ø mzda	porov. s NH	Ø mzda	porov. s NH	Ø mzda	porov. s NH	
Hospodárstvo Slovenskej republiky (NH)	769	x	786	x	805	x	824	x	858	x	111.5
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR - zamestnanci spolu:	899	116.9	912	116.0	1,027	127.6	1,070	129.8	1,111	129.5	123.6
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	989	128.6	1,001	127.3	1,144	142.1	1,188	144.2	1,227	143.0	124.1
z toho: lekári	1,628	211.8	1,662	211.5	2,032	252.4	2,119	257.2	2,246	261.7	137.9
sestry	849	110.4	852	108.4	964	119.7	1,003	121.7	1,014	118.2	119.4
z toho: Fakultné a univerzitné nemocnice - zamestnanci spolu:	907	118.0	915	116.4	1,042	129.5	1,088	132.0	1,132	131.9	124.7
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	993	129.1	1,000	127.2	1,157	143.7	1,204	146.1	1,246	145.2	125.5
z toho: lekári	1,613	209.7	1,637	208.2	2,026	251.7	2,126	258.0	2,257	263.0	139.9

sestry	854	111.0	853	108.5	966	120.0	1,001	121.4	1,012	117.9	118.5
--------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Tabuľka 22: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR) (NCZI, 2015)

Ukazovateľ	Ø evidenčný počet zamestnancov prepočítaný					Nárast rok 2014/rok 2010 v %	Nárast rok 2014/rok 2013 v %
	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014		
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR financované zo zdrojov zdravotných poisťovní - zamestnanci spolu:	27,852.7	28,235.2	28,011.2	27,774.3	27,844.7	99.97	100.25
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	20,867.3	21,196.9	21,234.4	21,296.0	21,541.7	103.23	101.15
z toho: lekári	4,383.7	4,438.7	4,467.5	4,522.0	4,605.4	105.06	101.84
sestry	10,517.5	10,573.3	10,535.6	10,483.0	10,518.4	100.01	100.34
Podiel zdravotníckych pracovníkov k celkovému počtu zamestnancov	74.92	75.07	75.81	76.68	77.36	x	x
z toho: Fakultné a univerzitné nemocnice - zamestnanci spolu:	23,483.8	23,629.8	23,408.0	23,164.9	23,120.3	98.45	99.81
z toho: zdravotnícki pracovníci spolu:	18,012.7	18,123.0	18,133.3	18,129.7	18,256.6	101.35	100.70
z toho: lekári	3,939.0	3,964.5	3,995.0	4,037.8	4,108.1	104.29	101.74
sestry	9,233.4	9,299.1	9,286.5	9,227.6	9,238.5	100.06	100.12
Podiel zdravotníckych pracovníkov k celkovému počtu zamestnancov	76.70	76.70	77.47	78.26	78.96	x	x

2.1.2.3.3 Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí

Priemerná mzda lekárov za rok 2014 dosiahla 2217 eur a v porovnaní s rokom 2010 (1533 eur) sa zvýšila o 44,60 %. Priemerná mzda sa medziročne zvyšuje aj u sestier, pričom za rok 2014 predstavovala 784 eur a v porovnaní s rokom 2010 (628 eur) sa zvýšila o 24,75 %. V porovnaní s priemernou mzdou zamestnanca hospodárstva SR za rok 2014 (858 eur) u lekára jej úroveň dosiahla 258,4 % a u sestier 91,3 %, ako ilustrujú Tabuľka 23 a Tabuľka 24.

Tabuľka 23: Vývoj priemernej mesačnej mzdy za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; NSTAT, 2015)

Ukazovateľ	Ø mesačná mzda v €										Nárast 2014 / 2010 %
	Rok 2010		Rok 2011		Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		
	Ø mzda	porov. s NH v %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	Ø mzda	porov. s NH %	
Hospodárstvo Slovenskej republiky (NH)	769	x	786	x	805	x	824	x	858	x	111.57
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí ...:	670	87.1	686	87.3	797	99.0	846	102.6	870	101.4	129.98

z toho: zdravotníckí pracovníci spolu:	755	98.2	769	97.9	909	113.0	969	117.6	994	115.8	131.62
z toho: lekári	1,533	199.4	1,574	200.3	1,939	240.8	2,085	253.1	2,217	258.4	144.60
sestry	628	81.7	636	80.9	757	94.1	762	92.4	784	91.3	124.75

Tabuľka 24: Vývoj zamestnancov za roky 2010 až 2014 (zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí) (NCZI, 2015; NSTAT, 2015)

Ukazovateľ	Ø evidenčný počet zamestnancov prepočítaný					Nárast rok 2014/rok 2010 v %	Nárast rok 2014/rok 2013 v %
	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014		
Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC, miest a obcí financované zo zdrojov zdravotných poisťovní - zamestnanci spolu: ¹⁾	4,978	4,776	4,631	4,713	4,715	94.72	100.04
z toho: zdravotníckí pracovníci spolu:	3,629	3,536	3,452	3,515	3,537	97.46	100.63
z toho: lekári	593	595	605	640	651	109.78	101.72
sestry	1,766	1,700	1,620	1,628	1,649	93.37	101.29
Podiel zdravotníckych pracovníkov k celkovému počtu zamestnancov	72.90	74.04	74.54	74.58	75.02	x	x

¹⁾ Údaje sú za zdravotnícke zariadenia - príspevkové organizácie, ktoré prešli od 1.1.2003 pod VÚC, mestá a obce a sú v ich zriaďovateľskej pôsobnosti.

2.1.3 Návrh zákona pripravovaný MZ SR

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky pripravilo návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, predmetom ktorého je úprava minimálnej výšky základnej zložky mzdy zdravotníckych pracovníkov (§ 27 c) až n), p), q) a s) až v) zákona č. 578/2004 Z. z.].

Navrhovaná úprava sa má týkať tých zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú u poskytovateľa, ktorý je príspevkovou organizáciou v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, štátnym podnikom v zakladateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva alebo obchodnou spoločnosťou v zakladateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, v ktorej má štát 100-percentnú majetkovú účasť. Minimálna výška základnej zložky mzdy sa navrhuje ako násobok priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy. Nadväznosť na priemernú mzdu v národnom hospodárstve zabezpečí pravidelnú valorizáciu základnej zložky mzdy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov rovnako. Výška koeficientov pre jednotlivé zdravotnícke povolania sa líši v nadväznosti na vykonávané činnosti – odborné, certifikované a špecializované.

Pripravený návrh zákona vytvára rámec pre následné rokovania o podmienkach diferenciacie odmeňovania s príslušnými odborovými organizáciami zamestnávateľa, ktorými bude možné zohľadniť kvalitu vykonávanej práce,

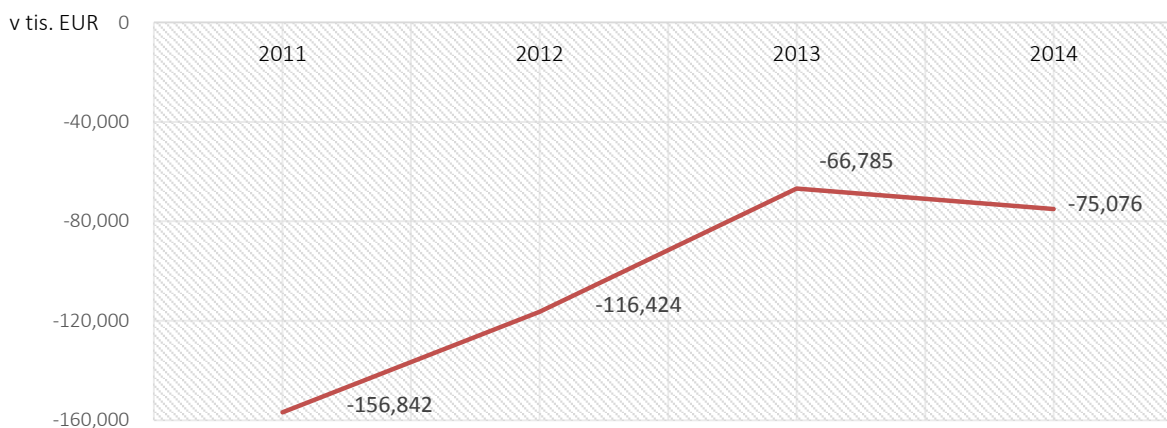
náročnosť vykonávanej práce a pracovných podmienok na jednotlivých pracoviskách u konkrétnych zamestnávateľov, ako aj odlišnosť a špecifiká jednotlivých zamestnávateľov. Počas rokov 2014 a 2015 sa uskutočnilo niekoľko pracovných stretnutí so zástupcami jednotlivých komôr zdravotníckych pracovníkov a zástupcov príslušných odborových organizácií. V nadväznosti na tieto stretnutia boli precizované koeficienty minimálnej výšky základnej zložky mzdy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorých sa návrh zákona týka. Výsledkom týchto stretnutí bolo aj vytvorenie skupín zdravotníckych pracovníkov s porovnateľnou výškou koeficientu vo vzťahu k obdobnej náročnosti vykonávaných činností a rozloženie dosiahnutia dohodnutej výšky koeficientu na dve ďalšie etapy.

Rokovania so zástupcami profesijnej a odborovej organizácie sestier zatiaľ neboli úspešne ukončené. Konsenzus bol dosiahnutý so zástupcami odborových a profesijných združení ostatných zdravotníckych povolání. V prípade dosiahnutia konsenzu so zástupcami všetkých zdravotníckych povolání (t. j. vrátane sestier) bude pre definovaný okruh zamestnávateľov jedným zákonom a rovnakým spôsobom upravená minimálna výška základnej zložky mzdy pre všetky zdravotnícke povolania (vrátane lekárov).

2.2 Informácia o výsledkoch hospodárenia zdravotníckych zariadení od roku 2012

V Kapitole 1 sa štúdia zamerala na hospodárenie fakultných a univerzitných nemocníc na Slovensku v oblasti vývoja záväzkov, táto podkapitola sa zameria na hodnotenie ich hospodárenia z pohľadu výnosov, nákladov a hospodárskeho výsledku. Od roku 2012 sa darí vo fakultných a univerzitných nemocniciach kumulatívne znižovať straty, resp. ich významným spôsobom nezvyšovať. Vývoj hospodárskych výsledkov kumulatívne za 13 fakultných a univerzitných nemocníc je uvedený v Diagrame 23.

Diagram 23: Trend vývoja hospodárenia nemocníc 2011 - 2014



Fakultné a univerzitné nemocnice dosiahli za rok 2014 kumulatívne stratu vo výške -75,076 mil. €. Medziročne zvýšili stratu o 8,41 mil. € (z -66,6 mil. €).

Generovanie prevádzkových strát vo fakultných a univerzitných nemocniciach spôsobuje najmä spomínaný fakt, že v týchto zariadeniach sa uskutočňuje najväčší rozsah finančne náročných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Tržby od zdravotných poisťovní nedokážu pokryť v plnej miere prevádzkové náklady a náklady na obnovu infraštruktúry nemocníc. Najväčšiu časť prevádzkových nákladov nemocníc predstavujú osobné náklady.

Medziročne sa v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach podarilo:

- zvýšiť výnosy od zdravotných poisťovní v súlade so zvýšenými výkonmi v oblasti zdravotnej starostlivosti oproti roku 2013 o 5%
- zvýšiť prevádzkové výnosy oproti roku 2013 o 2%
- znížiť náklady na ostatný materiál medziročne o 15% (4,1 mil. €)
- znížiť prevádzkové náklady na spotrebu energie o 4% (1 mil. €)

- spomaliť priemerné mesačné tempo rastu záväzkov na úrovni istiny o 13% (o 836 tis. €)
- spomaliť priemerné mesačné tempo rastu záväzkov po lehote splatnosti o 16% (o 1,3 mil. €)

Postupné zlepšovanie situácie v hospodárení nemocníc v princípe nerieši situáciu v oblasti veľkého objemu záväzkov po splatnosti z minulosti, ktoré nemocnice stále evidujú a sú súčasťou vyššie uvedených hodnôt. Na to, aby boli nemocnice schopné tieto záväzky uhradiť, by museli byť vysoko ziskové už v súčasnosti.

Implementáciou Smernice EP 2011/7/EÚ o boji proti oneskoreným platbám v obchodných transakciách sú ovplyvnené objemy záväzkov zdravotníckych zariadení po lehote aj v lehote splatnosti, pretože podľa novelizácie a znenia § 340 zákona č. 513/1991 Z.z. je lehota splatnosti pre zdravotnícke zariadenia najviac 60 dní, čo znamená, že záväzky v lehote splatnosti sa dynamickejšie presúvajú do kategórie záväzkov po lehote splatnosti.

Situáciu pri zlepšovaní finančnej kondície nemocníc tiež komplikuje vysoký podiel osobných nákladov v pomere k výnosom od zdravotných poisťovní, keď v niektorých zariadeniach dosahuje tento ukazovateľ úroveň viac ako 70, resp. 80%. Faktom je, že zvyšovanie osobných nákladov od roku 2012 vyplývajúce z implementácie ustanovení zákona č. 578/2004 Z. z. a zákona č. 62/2012 Z. z. o mzdových nárokoch zdravotníckych pracovníkov významne skomplikovalo situáciu v snahe stabilizovať hospodárenie nemocníc. Osobné náklady 13 fakultných a univerzitných nemocníc v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011 vzrástli o 40 mil. EUR, v dôsledku čoho stúpili základné mzdy ako východiskový bod pre osobné náklady v roku 2013. V roku 2013 sa osobné náklady medziročne zvýšili o 14 mil. EUR. V období január-december 2014 boli osobné náklady v nemocniciach o 16 mil. EUR vyššie ako v porovnateľnom období január-december 2013.

MZ SR pokračuje v konsolidačnom úsilí v 13 najväčších nemocniciach tak, aby boli dosiahnuté stanovené výsledky v oblasti finančného riadenia a na zlepšenie stavu v oblasti zadĺženia fakultných a univerzitných nemocníc.

3. Prehľad zmluvných cien a objemov v jednotlivých typoch poskytovateľov



3 Prehľad zmluvných cien a objemov v jednotlivých typoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (súkromní a štátni) za Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a.s. (VŠZP)

Základné princípy:

- Zavádzanie transparentných a jasných pravidiel pre poskytovateľov
- Princíp rovnosti a spravodlivosti /rovnaký prístup ku všetkým poskytovateľom, bez ohľadu na to, či ide o štátneho alebo neštátneho poskytovateľa

3.1 SVLZ zobrazovacie (CT a MR)

Východiská: VŠZP do 1.4.2013 platila rovnaké platby za výkony bez ohľadu na vybavenie a kvalitu pracoviska, historicky nadhodnotené ceny

Výsledok: rozdelenie CT a MR pracovísk do klastrov (cenových úrovní) v závislosti od materiálo-technického vybavenia pracoviska a personálneho zabezpečenia, postupné znižovanie cien vo všetkých klastroch. V súčasnosti sú ceny CT a MR vyšetrení pre všetkých poskytovateľov v rámci jednotlivých klastrov rovnaké, podmienky sú zverejnené na www.vszp.sk a poskytovatelia sa vedú vzájomne porovnávať.

Od 1.4.2013 nová klasifikácia pracovísk CT a MR, ktorá predtým jednotnú platbu pre CT a MR rozdelila do niekoľkých cenových úrovní, v závislosti od materiálo-technického vybavenia daného pracoviska (sila magnetického poľa, počet cievok atď.), respektíve počtu slicov pri jednej otočke pri CT prístrojoch, ďalej na základe personálneho zabezpečenia (súčet lekárskeho úväzku na pracoviskách CT a MR) a pod.

CT pracoviská teda VŠZP rozdelila do 3 a MR pracoviská do 4 klastrov, teda cenových úrovní. Ceny CT a MR vyšetrení boli historicky nadhodnotené aj v porovnaní s cenami v okolitých krajinách, preto VŠZP pristúpila k ich postupným úpravám. Od roku 2012 došlo k zníženiu cien vo všetkých klastroch CT a MR, pri niektorých výkonoch až o 38%. Z celkového počtu zazmluvnených 87 CT prístrojov je až 78 % v ústavných zdravotníckych zariadeniach, pričom 76 % pracuje v nepretržitej prevádzke. To znamená, že aj v prípade diagnostických foriem poskytovania ZS VŠZP podporuje komplexnú zdravotnú starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Z celkového počtu zazmluvnených 44 MR pracovísk je 14 v ústavných ZZ. V tejto súvislosti však treba zdôrazniť vysoký podiel (80%) ambulantných poskytovateľov ako odosielateľov na MR vyšetrenia, lôžkoví lekári tvoria len 20% odosielajúcich lekárov. Najviac (71%) sú zastúpené 4 prioritné odbornosti (neuroológia, ortopédia, chirurgia a traumatológia). Z pohľadu umiestnenia MR pracoviska nie je teda nutné, aby bolo v nemocnici. Pozri Tabuľku 25.

Tabuľka 25: SVLZ: zobrazovacie

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 1	0,004855
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 2	0,005170
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,005485
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 - Klaster 1	0,004083
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 2	0,005344
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 3	0,005502
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 4	0,006141
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Výkony 5612A, 5613 – Klaster 2,3,4	0,004415

MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 –Výkony 5605A, 5605 - Klaster 4	0,005676
Výkony osteodenzitometrie – typ ZS 400	0,005311

VŠZP pripravuje a v krátkom čase predstaví novú stratégiu nákupu CT a MR vyšetrení na nasledujúce roky. Nová stratégia vychádza z prístrojového vybavenia siete, geografickej dostupnosti, kapacity aktuálneho prístrojového vybavenia, spádového územia, potreby vyšetrení, kapacitnej priepustnosti a dopadov na sieť pri projektovanom náraste počtu vyšetrení.

3.2 Laboratórne SVLZ (Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky)

Východiská : cena nezohľadňovala odbornosť a časovú dostupnosť laboratória

Výsledok: zjednotenie cien podľa odbornosti a časovej dostupnosti (prevádzka do 24 hodín alebo nepretržitá prevádzka), ceny sú v jednotlivých odbornostiach rovnaké u štátnych i neštátnych poskytovateľov, pozri Tabuľku 26.

Tabuľka 26: SVLZ: laboratórne

Kód odb.	Špecializačný odbor	cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,006141
024	Klinická biochémia –prevádzka do 24 hod.	0,005312
029	Patologická anatómia	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – prevádzka do 24 hod.	0,005975
034	Klinická mikrobiológia - nepretržitá prevádzka	0,006473
034	Klinická mikrobiológia - prevádzka do 24 hod.	0,005975
040	Klinická imunológia a alergológia	0,006307
062	Lekárska genetika	0,006241
065	Klinická farmakológia	0,006553
225	Laboratórna medicína	0,005676
	Ostatné laboratórne odbornosti neuvedené vyššie	0,006149

3.3 Kto operuje, dostane viac

Ciele projektu: znížiť počet poistencov na čakacích listinách, zvýšiť percento operovanosti v chirurgických odboroch, finančne motivovať nemocnice.

Výsledok: počet poistencov na čakacích listinách sa znížil o 54%, nemocnice nie sú zo strany VŠZP v počte operácii nijako limitované, len na bonusoch vyplatila VŠZP od 1.4.2013 do 31.12.2014 nemocniciam sumu 21 329 901€.

Od 1.4.2013: zavedenie bonusov za operačné hospitalizácie a úhrada operačných výkonov nad zmluvný finančný objem (týka sa to 18 odborností). Zmena sa týka všetkých univerzitných, fakultných i všeobecných nemocníc. Nemocnice nie sú v počte operácií nijako limitované, môžu operovať toľko pacientov, koľko je potrebné, bez finančných obmedzení zo strany VŠZP. Pozri Tabuľku 27.

Tabuľka 27: Rast bonusov za operačné hospitalizácie

Rok	Bonus za operáciu
1.4. 2013	100 €
1.10. 2013	200 €
1.1.2015	300 €

3.4 Zvýšenie balíčkových cien TEP

Východiská: potreba zrealnenia nákladov na nákup ŠZM.

Výsledok: podpora operovanosti a efektívneho nákupu ŠZM u poskytovateľov, kde má VŠZP dohodnuté tzv. balíčkové ceny.

Od 1.4. 2013 postupné zvýšenie balíčkových cien TEP. Najnovšie - od 1.1. 2015 zvýšenie balíčkových TEP o 100 €, ako ilustruje Tabuľka 28.

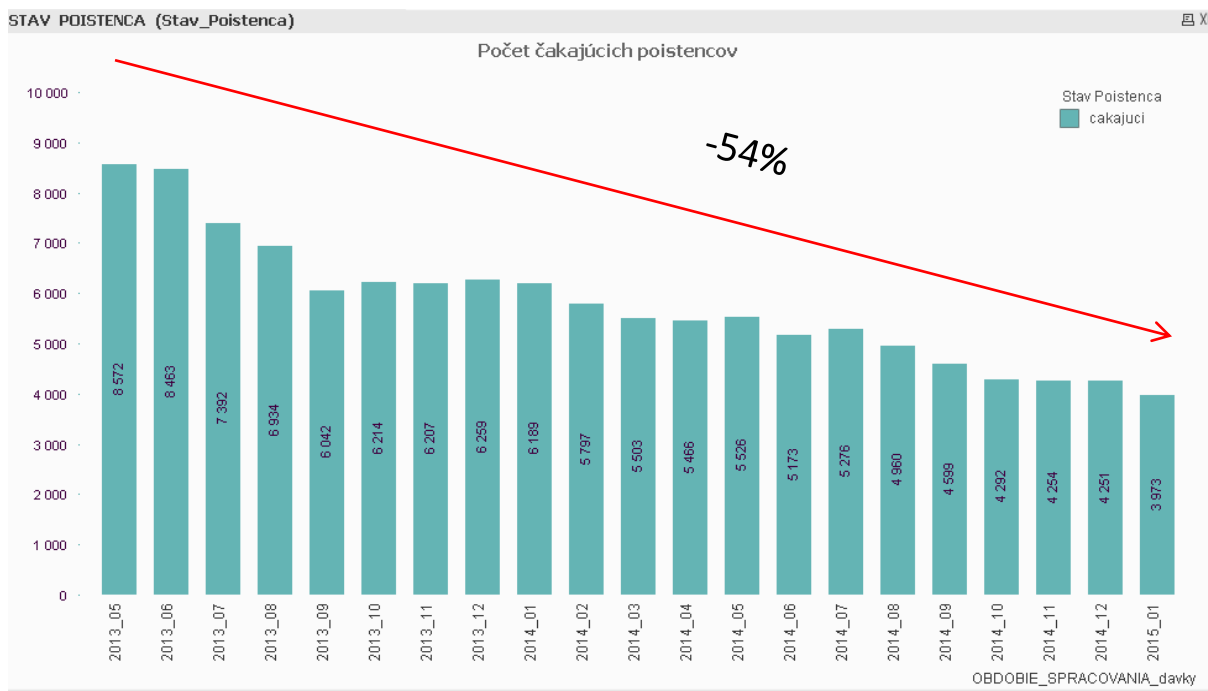
Tabuľka 28: Prehľad balíčkových cien TEP

Balíčkové ceny TEP	Kód druhu PZS	k 31.12.2012	k 31.12.2013	k 31.12.2014	od 1.1.2015	zvýšenie o 2015-2014	zvýšenie o 2015-2012	zvýšenie o 2015-2012 v %
130101	Fakultne a Univerzitné nemocnice	1 625,00	1 925,00	1 925,00	2 025,00	100,00	400,00	20%
	Všeob.nem.	1 425,00	1 725,00	1 725,00	1 825,00	100,00	400,00	22%
130102	Fakultne a Univerzitné nemocnice	2 225,00	2 525,00	2 525,00	2 625,00	100,00	400,00	15%
	Všeob.nem.	2 225,00	2 525,00	2 525,00	2 625,00	100,00	400,00	15%
130103	Fakultne a Univerzitné nemocnice	3 450,00	3 650,00	3 650,00	3 750,00	100,00	300,00	8%
	Všeob.nem.	3 125,00	3 425,00	3 425,00	3 525,00	100,00	400,00	11%
130109	Fakultne a Univerzitné nemocnice	2 975,00	3 175,00	3 175,00	3 275,00	100,00	300,00	9%
	Všeob.nem.	2 775,00	3 075,00	3 075,00	3 175,00	100,00	400,00	13%
130110	Fakultne a Univerzitné nemocnice	3 175,00	3 375,00	3 375,00	3 475,00	100,00	300,00	9%
	Všeob.nem.	3 175,00	3 375,00	3 375,00	3 475,00	100,00	300,00	9%
130111	Fakultne a Univerzitné nemocnice	4 125,00	4 325,00	4 325,00	4 425,00	100,00	300,00	7%
	Všeob.nem.	4 125,00	4 325,00	4 325,00	4 425,00	100,00	300,00	7%

3.5 Čakacie listiny

Vďaka úspešnému projektu „Kto operuje, dostane viac“ sa VŠZP podarilo dosiahnuť historicky najnižší počet poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ako zobrazuje Tabuľka 29.

Tabuľka 29: Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti (január 2015)



3.6 Internistické odbory

Od 1.1. 2015 zvýšenie ceny za ukončenú hospitalizáciu o 20 Eur vo všetkých internistických odboroch. V súlade s princípom rovnosti a spravodlivosti sa to týka všetkých poskytovateľov, bez ohľadu na to, či ide o štátne alebo neštátne zariadenie.

3.7 OAIM

Východiská: potreba zohľadniť náklady na dlhodobé hospitalizácie na OAIM

Výsledok: zavedenie príplatku k cene za ukončenú hospitalizáciu

VŠZP zohľadnila dlhodobé hospitalizácie na oddeleniach OAIM, kde pri každej hospitalizácii 10 a viac dní zaviedla od 1. júla 2013 príplatek k cene za ukončenú hospitalizáciu, v závislosti od typu zdravotníckeho zariadenia od 800 do 2000 €. Od 1.1.2015 sa tento príplatek zvýšil o 600 Eur, ak je hospitalizácia dlhšia ako 7 dní.

3.8 eHospik

Od 1.7. 2014 VŠZP zaviedla eHospik - nový spôsob sledovania hospitalizácií, ktorým sa odstránili finančné objemy. eHospik umožňuje plynulé manažovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, pacient získal lepší prehľad o svojej plánovanej operácii a istotu, že bude dodržané plánované poradie. Medziročný nárast 2013/2014 úhrad lôžkovým zariadeniam, kde je zriaďovateľom respektíve akcionárom MZ SR predstavuje 4,95%. Medziročný nárast 2013/2014 úhrad ostatným nemocniciam predstavuje 3,15%. Aj tento údaj potvrdzuje, že VŠZP neuprednostňuje neštátne nemocnice pre štátnymi.

VŠZP ako jediná zdravotná poisťovňa od 1.1.2015 v súvislosti so zvýšenými nákladmi nemocníc na úpravu miezd sestier a lekárov, zvýšila platby nemocniciam. VŠZP je zároveň pripravená rokovať o ďalšej úprave cenových podmienok, ak aj ostatné zdravotné poisťovne dorovnajú ceny, ktoré nemocniciam dáva VŠZP. V takomto prípade VŠZP upraví nemocniciam ceny až do výšky skutočných nákladov spojených s úpravou miezd sestier a lekárov.

3.9 ŠAS

Východiská: nerovnomerné rozmiestnenie poskytovateľov ŠAS v rámci verejnej minimálnej siete, ktorá je definovaná na kraj, sieť vždy neodzrkadľovala skutočnú potrebu zdravotnej starostlivosti v danom regióne

Výsledok: definovanie jasných a transparentných kritérií zazmluvnenia poskytovateľov ŠAS /tie sú predpokladom vytvorenie optimálnej siete ŠAS, ktorá zohľadňuje skutočnú potrebu a rieši dostupnosť v rámci okresu. Nové kritériá sú záväzné pre všetkých poskytovateľov ŠAS.

VŠZP vyznáva rovnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, to znamená, že poskytovatelia majú rovnaké zmluvné a cenové podmienky, bez ohľadu na to, či ide o súkromné alebo štátne zdravotnícke zariadenie. Nové kritériá pre zazmluvnenie ŠAS v UZZ sú „mäkšie“ ako sú kritériá pre ambulancie ŠAS mimo UZZ. Dôvod – VŠZP podporuje komplexnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. To znamená, že väčšiu šancu zazmluvnenia novej ambulancie ŠAS má z tohto dôvodu UZZ. Nové kritériá zazmluvnenia pre ŠAS platia pre ÚZZ od 1.1.2014, pre nových PZS (mimo UZZ) od 1.4.2014 a pre doterajších zmluvných poskytovateľov (mimo UZZ) od 1.1.2015.

Vzhľadom na to, že vo všetkých regiónoch Slovenska nie je dostatočný počet poskytovateľov v určitých odbornostiach, nie je v súčasnosti možné ukončiť zmluvný vzťah s poskytovateľmi v týchto odbornostiach aj napriek tomu, že neplnia niektoré kritériá. Z tohto dôvodu VŠZP pristúpila k optimalizácii siete vo viacerých fázach. V súčasnej fáze VŠZP posudzovala ambulancie ŠAS z pohľadu plnenia všetkých kritérií a z pohľadu plnenia tzv. prioritných kritérií, ktoré definovala pre rok 2015¹¹. VŠZP zohľadňovala tiež naplnenie siete poskytovateľov ŠAS v odbornosti v príslušnom okrese. Pre grafické prehľad pozri Tabuľku 30.

Tabuľka 30: Postup VŠZP po vyhodnotení plnenia kritérií

Sieť ŠAS v príslušnom okrese a odbornosti	Plní všetky kritériá	Neplní niektoré zo základných kritérií ale nejde o prioritné kritériá	Neplní niektoré z prioritných kritérií pre rok 2015
naplnená optimálna sieť	Predĺženie zmluvného vzťahu o 4 roky (do 31.3.2019)	Podmienečné predĺženie zmluvného vzťahu, výzva na nápravu (do 31.3.2016)	Nepredĺženie zmluvného vzťahu
nenaplnená optimálna sieť	Predĺženie zmluvného vzťahu o 4 roky (do 31.3.2019)	Podmienečné predĺženie zmluvného vzťahu, výzva na nápravu (do 31.3.2016)	Podmienečné predĺženie zmluvného vzťahu, výzva na nápravu (do 31.3.2016)

Na internetovej stránke www.vszp sú zverejnené aktuálne mapy pokrytia siete špecialistov v jednotlivých odbornostiach, to znamená, že každý poskytovateľ si môže sám pozrieť, kde je sieť v tej ktorej odbornosti naplnená/nenaplnená a kde je predpoklad, že ho poisťovňa pri splnení kritérií zazmluvní. Navyše od 1.4.2015 VŠZP ako

¹¹ Medzi prioritné kritériá pre rok 2015 boli v tejto fáze optimalizácie zaradené nasledovné:

- Zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľom v ambulancii je minimálne v rozsahu 20 hodín čistého ordinačného času lekára týždenne na danú posudzovanú ambulanciu.
- Týždenný počet ordinačných hodín, počas ktorých odborný zástupca poskytuje zdravotnú starostlivosť v ambulancii poskytovateľa, je minimálne 50% hodín čistého ordinačného času lekára.
- Súčet všetkých pracovných úväzkov odborného zástupcu je maximálne vo výške 1,5 lekárskeho miesta.

jediná zdravotná poisťovňa bude zverejňovať na svojej webovej stránke všetky žiadosti o zazmluvnenie poskytovateľa ŠAS aj s odôvodnením výsledku žiadosti.

3.10 Stomatológia

VŠZP od 1. júla 2013 zvýšila stomatológom cenu bodu z 0,07137 EUR (2,15 Sk) na 0,07237 EUR (2,18 Sk) teda o 1,4%. Od 1.4. 2015 sa cena bodu zvýšila na 0,0766 €, čo je v porovnaní s rokom 2014 zvýšenie o 3,5 %. Cena bodu je rovnaká pre všetkých stomatológov.

3.11 PAS (primárna ambulantná starostlivosť)

VŠZP pravidelne každoročne zvyšuje ako kapitačné platby, tak aj úhrady za preventívne výkony a ďalšie výkony hradené nad rámec kapitácie. Medziročný nárast platieb pre všeobecných lekárov pre dospelých v období 2012/2013 predstavoval 5,24%. V období 2013/2014 medziročný nárast predstavoval 6,65%. Medziročný nárast platieb pre všeobecných lekárov pre deti a dorast v období 2012/2013 predstavoval 9,29%. V období 2013/2014 medziročný nárast predstavoval 6,59%.

U gynekológov medziročný nárast platieb v období 2012/2013 predstavoval 7,08%. V období 2013/2014 medziročný nárast predstavoval 4,48%. Naposledy VŠZP zvyšovala platby pre všeobecných lekárov pre dospelých od 1.1. 2015 v priemere o 2,5%, u všeobecných lekárov pre deti a dorast takmer o 1,5% a u gynekológov o 2,5 %. Ceny mesačnej kapitácie pre všeobecných lekárov sú rozdielne, podľa vekových skupín. V každej vekovej skupine je však cena rovnaká pre všetkých lekárov.

3.12 Prevencia

Od 1.7.2014 zvýšenie úhrady za test na okultné krvácanie v stolici o 100% (teda zo 6,04 € na 12 €) za pacientov vo vekovej kategórii od 40 rokov do 70 rokov. Porovnaním obdobia druhého polroka 2013 a druhého polroka 2014 VŠZP zaznamenala nárast vyšetrení TOKS (test na okultné krvácanie v stolici) o 37%.

Od 1.7.2013 – VŠZP realizovala 3 pilotné projekty u vybranej vzorky poskytovateľov:

Projekt hypertenzia (Ak sa všeobecný lekár pre dospelých aktívne stará o pacienta s novo diagnostikovanou hypertenziou, dostane príplatok 4,50 EUR za vyšetrenie). VŠZP od 1.4.2015 zazmluvňuje výkon pre diagnostiku a manažment pacienta s hypertenziou u všetkých VLD, cena za výkon bude 6 €.

Projekt obezita (Ak sa všeobecný lekár pre deti aktívne stará o dieťa vo veku od 3-7 rokov s obezitou, dostane príplatok 4,50 EUR za vyšetrenie). Projekt prevencia u gynekológa (VŠZP aktívne oslovovala poistenky: A. ktoré nemajú gynekológa (nie sú kapitované) a odporučí im lekára z ich okolia, aby sa k nemu zahlásili. B. ktoré nechodia na preventívnu prehliadku a vyzve ich, aby ju absolvovali

4. Lieková politika, vývoj nákladov, dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok 2012 – 2014



4 Lieková politika, vývoj nákladov, dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok 2012 – 2014

4.1 Lieková politika - všeobecne

Lieková politika ako súčasť štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky vychádza z Programového vyhlásenia vlády.

V priebehu obdobia od roku 2012 sa rozhodnutiami v oblasti liekovej politiky zabezpečujú účinné, bezpečné a kvalitné lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál pre celú populáciu, presadzuje sa efektívne využívanie verejných zdrojov.

Základným princípom liekovej politiky je uplatňovanie rovnosti v dostupnosti liekov, ale aj zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín pre všetky skupiny obyvateľstva bez rozdielu na ich sociálne postavenie a zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti na úrovni súčasných poznatkov lekárskeho a farmaceutického vied, ktorá je poskytovaná v rámci systému verejného zdravotného poistenia.

Na pôde ministerstva zdravotníctva prebehol rad stretnutí so zástupcami občianskych združení, ktoré zoskupujú pacientov s rôznymi typmi ochorení a ministerstvo prinieslo rad pozitívnych zmien, aj na základe týchto stretnutí, ktoré priniesli pacientom bezpečnú, účinnú a modernú liečbu. Za všetkých pacientov možno spomenúť tých so sklerózou multiplex, ktorým bola zmenou znenia indikačných obmedzení zabezpečená plynulá dostupnosť zdravotnej starostlivosti modernými a efektívnymi liekmi v súlade s medzinárodnými pravidlami a medicínskymi dôkazmi alebo diabetických pacientov, kde bola zmenou znenia indikačných obmedzení tehotným ženám a deťom až do 18 rokov veku sprístupnená liečba modernými a bezpečnými inzulínmi.

Po prijatí novej legislatívy koncom roka 2011 musela lieková politika čeliť viacerým problematickým ustanoveniam zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene niektorých zákonov, ktorých vykonateľnosť v praxi odhalila skutočnosti, ktoré znižovali dostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Bolo nevyhnutné aby sa zabezpečila dostupnosť a bezpečnosť očkovania a tak po rokovaní s jednotlivými odbornými spoločnosťami k 1.3.2012 ministerstvo zrušilo platnosť Vyhlášky č. 396/2005 Z. z. o rozsahu priameho dodávania humánnych liekov a zdravotníckych pomôcok zdravotníckym zariadeniam ambulantnej zdravotnej starostlivosti držiteľmi povolenia na veľkodistribúciu liekov a zdravotníckych pomôcok, čím umožnilo lekárom zákonne nakupovať očkovacie látky od jednotlivých subjektov liekového reťazca (držiteľ povolenia na registráciu lieku, distribútor, držiteľ povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti).

Súčasne naďalej ostala v platnosti možnosť pre lekárov obstaráť očkovacie látky pre zdravotnícke zariadenia a ambulancie v súlade s Vyhláškou č.365/2009 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, ktoré môže obstaráť zdravotná poisťovňa, formou centrálnych nákupov.

S účinnosťou zákona č. 460/2012 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov k 1.1.2013 sa za lieky, ktorým bol určený osobitný spôsob úhrady nepovažujú lieky určené na očkovanie a depotné antipsychotiká.

Očkovacím látkam, ktoré sú zaradené do zoznamu kategorizovaných liekov je určený od 1.1. 2013 spôsob úhrady „V“, ktorý znamená, že ide o základné vakcíny, ktorým nie je určený osobitný spôsob úhrady lieku; určené na povinné očkovanie a na odporúčané očkovanie; plne uhrádzané alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia.

V súlade s § 121 ods. 7 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov osoba, ktorá vydáva humánny liek, ktorý je určený na podanie pacientovi v zdravotníckom zariadení, nevydá

tento humánny liek, ak nie je dodržaný správny postup pri preprave tohto humánneho lieku do zdravotníckeho zariadenia, teda ani očkovaciu látku.

Na základe medicínskych dôkazov došlo k zmenám vyhlášky č. 435/2011 Z. z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva, kde boli okrem iného prehodnotené úhradové skupiny, tak aby bola zabezpečená dostupnosť liečby pre všetky skupiny pacientov, zvýšil sa počet úhradových skupín z 45 na 90, na základe ktorých prebieha tzv. klastrovanie liekov. Je to jeden z novo zavedených nástrojov liekovej politiky, ktorý reflektuje aktuálne trendy pri rozhodovaní o výške úhrad zdravotných poisťovní za lieky. Zámerom je určiť pre porovnateľné alebo vzájomne nahraditeľné medicínske intervencie úhradu zdravotných poisťovní v rovnakej, resp. porovnateľnej výške. Pri liekoch, ktorých použitie prináša benefity oproti alternatívnym medicínskym intervenciám, je cieľom určiť mieru navýšenia úhrady zdravotných poisťovní, ktorá primerane zohľadní pridané benefity a súčasne je akceptovateľná z hľadiska dlhodobej finančnej udržateľnosti systému verejného zdravotného poistenia.

Uvedené zmeny vo vyhláške priniesli okrem úspory verejných financií aj reálny pokles doplatkov na lieky pre pacientov a zvýšili tak ich dostupnosť. V každej úhradovej skupine je dostupný liek bez doplatku pacienta alebo s doplatkom do jedného eura.

Zmena zákona č. 363/2011 Z. z. priniesla efektívnejšie a objektívnejšie porovnávanie cien liekov medzi členskými štátmi Európskej únie tzv. „referencovanie“. Prehodnotila sa výška európskej referenčnej ceny lieku (aritmetický priemer troch najnižších cien spomedzi cien v členských štátoch Európskej únie).

Dôsledne sa v rozhodovacom procese začala zohľadňovať miera nákladovej efektívnosti liečby. Stanovená prahová hodnota akceptovateľnej ceny jedného kvalitného roku života (tzv. QALY) predchádza zaradeniu nákladovo neefektívnych a nerentabilných liečiv. Posilnilo sa postavenie farmako ekonomického hľadiska pre posúdenie lieku, začali sa uplatňovať nové nástroje liekovej politiky a to dočasná alebo podmienená kategorizácia pre lieky finančne náročné a inovatívne. V oblasti farmako ekonomiky začala v novom zložení pracovať pracovná skupina pre farmako ekonomiku, klinické výstupy a hodnotenie zdravotníckych technológií. Lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a špeciálny zdravotnícky materiál sa v procesoch určovania rozsahu úhrad z verejného zdravotného poistenia posudzujú ako zdravotnícke technológie. V tejto problematike začalo ministerstvo spolupracovať aj na medzinárodnej úrovni v rámci úloh s OECD a WHO.

Dostupnosť liekov pre občanov so ťažkým zdravotným postihnutím a seniorov poberajúcich starobný dôchodok je zabezpečená prostredníctvom tzv. ochranných limitov pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých občanov. Umožnilo sa poskytovateľom lekárenskej starostlivosti poskytnúť zľavu s doplatku až do výšky 50 % doplatku za liek, čím sa rovnako vytvorilo prostredie pre znižovanie doplatkov pacientov na úrovni lekárne. Slovenská republika ako jediná z členských štátov Európskej únie zaviedla v legislatíve možnosť zákazu vývozu liekov, reexportu. V tejto oblasti Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky úzko spolupracuje so Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv, ktorý môže vývoz lieku zakázať, ak je vývozom lieku ohrozené zdravie a život občanov Slovenskej republiky.

Lieková politika, je racionalizovaná cez procesy kategorizácie a cenotvorby, prebieha transparentne. Minister zdravotníctva zriadil a uviedol do činnosti poradné orgány ministra vo veciach kategorizácie a cenotvorby, ktoré vypracovávajú odborné odporúčania. Všetky vstupy, výstupy ako aj priebeh procesov prebiehajúcich v liekovej politike môže odborná aj laická verejnosť sledovať na webovom sídle ministerstva a na samostatnom informačnom portáli „Kategorizácia“ prostredníctvom, ktorého prebieha elektronická komunikácia s účastníkmi týchto procesov. Zaradovanie do zoznamu kategorizovaných liekov prebieha 12-krát ročne. Do zoznamu kategorizovaných liekov prichádza s rovnakou frekvenciou množstvo generických liekov, ktoré predstavujú rovnako bezpečnú ale lacnejšiu náhradu pôvodných originálnych liekov.

Slovensko bolo v roku 2014 zaradené medzi top 5 najtransparentnejších krajín patriacich do OECD v procese kategorizácie liekov renomovanou organizáciou ISPOR (Value in Health 17 (2014), s. 98-108).

MZ SR bude aj naďalej pokračovať v nastúpenom trende v oblasti kategorizácie liekov tak, aby Slovensko bolo aj v budúcnosti lídrom v tejto sfére liekovej politiky.

Na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva je sprístupnená aplikácia „Pýtajte sa lekára“, ktorá umožňuje hľadať pacientovi lacnejšie náhrady liekov alebo lacnejšie terapeutické náhrady s odporúčaním konzultovať akúkoľvek zmenu liečby s lekárom a lekárnikom. Aplikácia zahŕňa aj edukačnú časť, v ktorej pacient nájde základný terminologický slovník a dôležité informácie najmä o preventívnych prehliadkach a časť osvetovú, ktorá stimuluje pacienta komunikovať o svojom ochorení s ošetrovujúcim lekárom. V roku 2014 sa pracovalo na vývoji novej vetvy tejto aplikácie, ktorá umožňuje vyhľadávať nielen náhradné lieky ale aj lacnejšie alternatívy k doteraz užívaným liekom podľa terapeutických indikácií a veľkosti balení.

Táto aplikácia je súčasťou úlohy, na ktorej spolupracujeme s Regionálnym úradom WHO „Poradenstvo a budovanie kapacít pre zvyšovanie zdravotnej gramotnosti občanov a pacientov v oblasti liekovej politiky ako súčasti lekárenskej a zdravotnej starostlivosti.“ Jej cieľom je prostredníctvom edukačných a komunikačných nástrojov informovať, edukovať a radiť pacientovi ako pristupovať k zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, ako chápať liekovú politiku štátu a využívať jej výstupy čo najefektívnejšie. Posilňovať komunikačné zručnosti pacientov v oblasti efektívneho vedenia rozhovoru s lekárom a lekárnikom. Zabezpečiť poradenstvo v oblasti prevencie, podpory zdravého životného štýlu a účinnej a efektívnej liečby finančne dostupným liekom.

Prínos úlohy vidíme v sprístupnení informácií o lekárskej a lekárenskej starostlivosti všetkým skupinám pacientov pomocou všeobecne dostupných informačných nástrojov, ktoré umožnia aby edukácií a informovaní pacienti boli schopní komunikovať o svojom ochorení otvorene s ošetrovujúcim lekárom a lekárnikom, riešiť problematiku súvisiacu s terapiou ochorenia a výberom najefektívnejšej, bezpečnej a finančne najdostupnejšej liečby. Takýmto prístupom chceme posilniť spoluzodpovednosť občanov za svoje zdravie a aktívne podieľanie sa na starostlivosti o svoje zdravie a to predchádzaním choroby prevenciou alebo zmenou liečby podľa individuálnych potrieb pacienta nielen pomocou originálnych liekov, ale aj prostredníctvom generík. Prínosom je aj odstránenie bariéry z obavy prijať generickú substitúciu a preskripciu. Odstraňuje sa predpojatosť voči užívaniu generík a aplikácii generickej substitúcie v terapeutickej praxi, o čom svedčí fakt, že už v treťom štvrtroku 2014 spomedzi top 30 najpredpisovanejších liekov bolo 19 generických a 11 originálnych liekov (podľa údaj z NCZI).

Prínosy:

- uplatňovanie princípu rovnosti v dostupnosti L, ZP, ŠZM a DP na úrovni súčasných poznatkov lekárskeho a farmaceutického vied,
- transparentnosť procesov a komunikácia s tretím sektorom (pacientske organizácie, médiá, medzinárodné, mimovládne neziskové organizácie...),
- zvýšenie počtu úhradových skupín na 90 „tzv. klastrovanie liekov“ – jednotné pravidlá pri nastavovaní úhrady v referenčných skupinách, kde sú terapeuticky porovnateľné lieky; úspora verejných financií, dostupnosť terapie viacerými porovnateľnými liekmi aj s ohľadom na sociálny dopad pre pacienta (liek bez doplatku),
- výška európskej referenčnej ceny (ERC) lieku - aritmetický priemer troch najnižších cien spomedzi cien v členských štátoch EÚ – je objektívnejšie nastavené porovnanie cien a predchádza sa tak extrémnemu reexportu, ktorému by sme čelili, ak by výška ERC lieku ostala na úrovni druhej najnižšej ceny spomedzi úradne určených cien lieku v iných členských štátoch,
- poskytovanie zľavy z doplatku až do výšky 50 % z doplatku za L, ŠZM, ZP a DP pre poskytovateľov lekárenskej starostlivosti,
- legislatívna možnosť zákazu vývozu liekov
- zvyšovanie zdravotnej gramotnosti občanov v oblasti liekovej politiky – aplikácia „Pýtajte sa lekára“, osvojovanie princípu generickej preskripcie a substitúcie v praxi

Negatíva:

- webové sídlo MZSR je neprehľadne členené, čo znemožňuje objektívne zhodnotiť transparentnosť procesov,
- úhradové skupiny tvorené len jednou referenčnou skupinou s jedným liekom - aká je ich opodstatnenosť?,
- zvýšením ERC lieku sme umožnili vstupovať na náš trh drahším liekom,
- kompenzovanie zlej sociálnej politiky štátu z marže obchodného výkonu lekárnika,
- nástroj nepostačujúci na odstránenie nedostupnosti liekov v lekární

Cieľom sociálne únosnej liekovej politiky je dostupná liečba na takmer každé chronické ochorenie. Lieky s doplatkom do 1 eura tvoria okolo 50 % všetkých hrađených liekov. Pozri prehľad v Tabuľke 31.

Tabuľka 31: Prehľad liekov s/bez doplatku

ROK 2012	Kategorizácia liekov od 1.1.2012		Kategorizácia liekov od 1.12.2012		ROZDIEL		
	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% vyjadrenie ročného nárastu / poklesu	% vyjadrenie mesačného nárastu / poklesu
Lieky celkom	5515	100	5174	100	-341	-6	-1
Bez doplatku pacienta celkom	1834	33	1804	35	-30	-2	0
Doplatok pacienta do 1 eura	1056	19	734	14	-322	-30	-3
Bez doplatku pacienta alebo s doplatkom do 1 eura - medzisúčet	2890	52	2538	49	-352	-12	-1
ROK 2013	Kategorizácia liekov od 1.1.2013		Kategorizácia liekov od 1.12.2013		ROZDIEL		
	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% vyjadrenie ročného nárastu / poklesu	% vyjadrenie mesačného nárastu / poklesu
Lieky celkom	5183	100	4989	100	-194	-4	0
Bez doplatku pacienta celkom	1803	35	1818	36	15	1	0
Doplatok pacienta do 1 eura	738	14	707	14	-31	-4	0
Bez doplatku pacienta alebo s doplatkom do 1 eura - medzisúčet	2541	49	2525	50	-16	-1	0
ROK 2014	Kategorizácia liekov od 1.1.2014		Kategorizácia liekov od 1.12.2014		ROZDIEL		
	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% z celku	Počet liekov	% vyjadrenie ročného nárastu / poklesu	% vyjadrenie mesačného nárastu / poklesu
Lieky celkom	5001	100	4462	100	-539	-11	-1
Bez doplatku pacienta celkom	1771	36	1639	37	-132	-7	-1
Doplatok pacienta do 1 eura	758	15	671	15	-87	-11	-1
Bez doplatku pacienta alebo s doplatkom do 1 eura - medzisúčet	2529	51	2310	52	-219	-9	-1

Priemerný mesačný doplatok za jedno balenie lieku klesol o 11 centov, t.j. o 8 %. Úhrada ZP za jedno balenia stúpla o 31 centov, t.j. o takmer 4%, ako zobrazuje Tabuľka 32 a Tabuľka 33.

Tabuľka 32: Priemerný mesačný doplatok 2012 - 2014

1 balenie lieku	2012	2013	2014
úhrada ZP	9,23 €	9,19 €	9,54 €
doplatok pacienta	1,38 €	1,36 €	1,27 €

Tabuľka 33: Počty balení, úhrady a doplatky 2012 - 2014

	2012	2013	2014
počet balení liekov	108 845 344	109 789 669	110 327 432
úhrada ZP za lieky	1 004 191 200,58 €	1 009 100 246,80 €	1 052 239 339,48 €
doplatok pacienta	149 670 567,52 €	148 788 048,49 €	140 196 113,21 €

Jednoznačným tlakom na výrobcov liekov, držiteľov registračných rozhodnutí sa kontinuálne dosahujú nižšie ceny liekov, ako zachytáva Tabuľka 34.

Tabuľka 34: Cenové porovnania liekov 2012 - 2014

porovnanie január 2012/december 2012			
	počet liekov	priemerné ročné zníženie/zvýšenie v eurách	priemerné mesačné zníženie/zvýšenie v eurách
zníženie ceny	2714	-15,72	-1,31
zvýšenie ceny	16	8,40	0,70

porovnanie január 2013/december 2013			
	počet liekov	priemerné ročné zníženie/zvýšenie v eurách	priemerné mesačné zníženie/zvýšenie v eurách
zníženie ceny	1920	-10,69	-0,89
zvýšenie ceny	28	2,08	0,17

porovnanie január 2014/december 2014			
	počet liekov	priemerné ročné zníženie/zvýšenie v eurách	priemerné mesačné zníženie/zvýšenie v eurách
zníženie ceny	1989	-10,01	-0,83
zvýšenie ceny	43	0,88	0,07

Vývoj úhrad zdravotných poisťovní a doplatkov za lieky 2012 – 2014 je zobrazený v Tabuľke 35.

Tabuľka 35: Vývoj úhrad za lieky 2012 - 2014

Spotreba liekov IQ	zdravotné poisťovne			pacient		
	I.Q. 2012	I.Q. 2013	I.Q. 2014	I.Q. 2012	I.Q. 2013	I.Q. 2014
Lieky:	215 302 745,72	206 340 368,81	210 182 883,67	43 566 633,68	39 527 771,36	35 089 197,48
Lieky - úhrada A:	45 971 339,90	44 826 492,88	50 027 392,45	0,00	0,00	0,00
Spolu:	261 274 085,62	251 166 861,69	260 210 276,12	43 566 633,68	39 527 771,36	35 089 197,48
Spotreba liekov IIQ	zdravotné poisťovne			pacient		
	II.Q. 2012	II.Q. 2013	II.Q. 2014	II.Q. 2012	II.Q. 2013	II.Q. 2014
Lieky:	205 947 345,24	208 059 584,73	214 560 635,56	34 657 864,05	38 299 589,63	35 783 516,17
Lieky - úhrada A:	45 717 878,94	46 737 378,57	49 509 068,69	0,00	0,00	0,00
Spolu:	251 665 224,18	254 796 963,30	264 069 704,25	34 657 864,05	38 299 589,63	35 783 516,17
Spotreba liekov IIIQ	zdravotné poisťovne			pacient		
	III.Q. 2012	III.Q. 2013	III.Q. 2014	III.Q. 2012	III.Q. 2013	III.Q. 2014
Lieky:	193 452 762,27	196 004 110,55	206 838 915,11	31 167 447,36	34 383 253,30	32 931 547,78
Lieky - úhrada A:	46 897 633,60	45 478 420,26	48 567 773,00	0,00	0,00	0,00
Spolu:	240 350 395,87	241 482 530,81	255 406 688,11	31 167 447,36	34 383 253,30	32 931 547,78
Spotreba liekov IVQ	zdravotné poisťovne			pacient		
	IV.Q. 2012	IV.Q. 2013	IV.Q. 2014	IV.Q. 2012	IV.Q. 2013	IV.Q. 2014
Lieky:	198 979 579,75	214 454 244,44	221 568 561,91	40 278 622,43	36 577 434,20	36 391 851,78
Lieky - úhrada A:	51 921 915,16	47 199 646,56	50 984 109,09	0,00	0,00	0,00
Spolu:	250 901 494,91	261 653 891,00	272 552 671,00	40 278 622,43	36 577 434,20	36 391 851,78
Spotreba liekov celkovo	zdravotné poisťovne			pacient		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Lieky:	813 682 432,98	824 858 308,53	853 150 996,25	149 670 567,52	148 788 048,49	140 196 113,21
Lieky - úhrada A:	190 508 767,60	184 241 938,27	199 088 343,23	0,00	0,00	0,00
Spolu:	1 004 191 200,58	1 009 100 246,80	1 052 239 339,48	149 670 567,52	148 788 048,49	140 196 113,21

Prínosy:

- zníženie doplatkov za lieky v rokoch 2012 – 2014
- lieky s doplatkom do 1 eura tvoria okolo 50 % všetkých hradených liekov
- nižší doplatok – dostupnejšie lieky pre sociálne slabé skupiny,

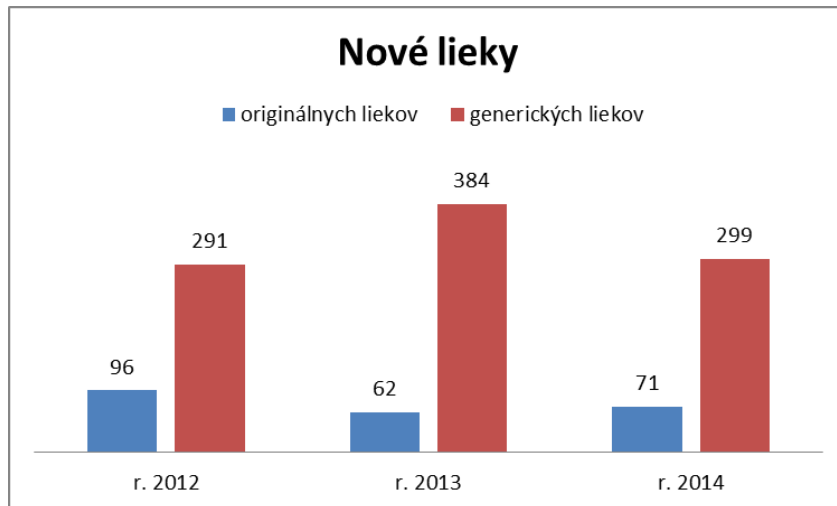
Negatíva:

- zvýšenie úhrad zdravotných poisťovní v rokoch 2012 – 2014
- spotreba v počte balení liekov stúpa
- priemerná úhrada ZP za jedno balenie lieku stúpa

4.2 Nové lieky:

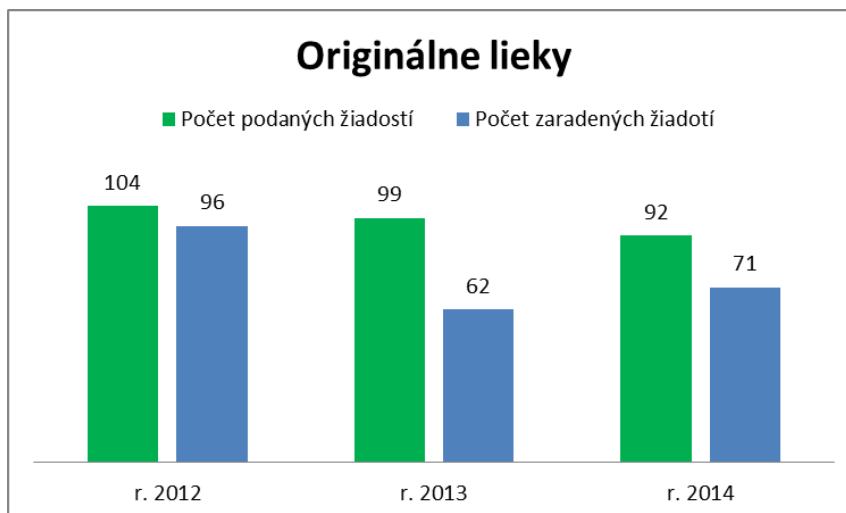
Zaradenie originálnych a generických liekov do Zoznamu kategorizovaných liekov (ďalej len „zoznam“) je zachytené v Diagrame 24 a Diagrame 25.

Diagram 24: Zaradenie do nových liekov 2012 -2012



4.2.1 Originálne lieky

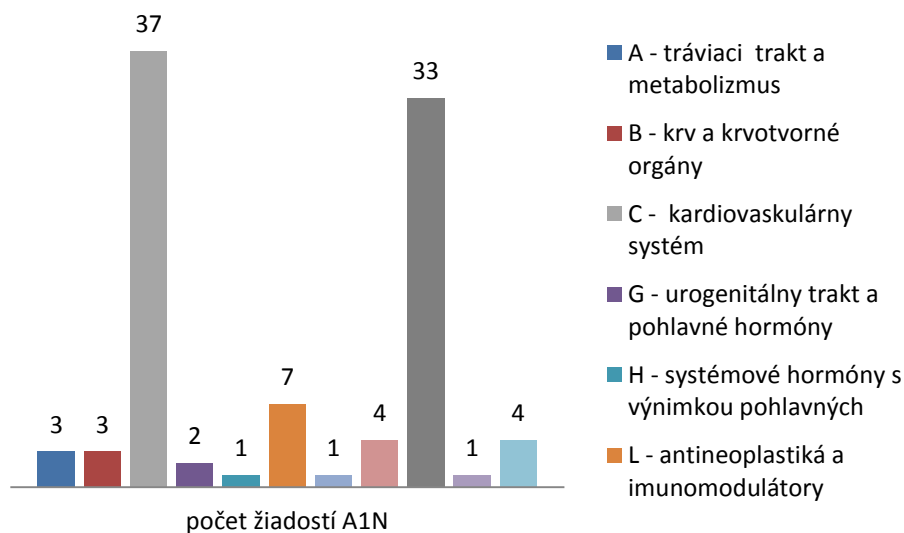
Diagram 25: Originálne lieky 2012 - 2014



V roku 2012 sa do zoznamu zaradilo celkovo 96 nových liekov (pozri Diagram 26):

- 37 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „C“ na liečbu kardiovaskulárneho systému,
- 33 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „N“ na liečbu centrálnej nervovej sústavy,
- 7 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „L“ Antineoplastiká a imunomodulátory,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „M“ na liečbu muskuloskeletálneho systému,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „S“ na liečbu zmyslových orgánov,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „B“ na liečbu krvi a krvotvorné orgány,
- 3 lieky boli zaradené do ATC skupiny „A“ na liečbu tráviaceho traktu a metabolizmu,
- 2 lieky boli zaradené do ATC skupiny „G“ Urogenitálny trakt a pohlavné hormóny,
- 1 liek sa zaradil do ATC skupiny „H“ na liečbu Systémové hormóny s výnimkou pohlavných hormónov,
- 1 liek sa zaradil do ATC skupiny „J“ Antiinfektíva na systémové použitie,
- 1 liek sa zaradil do ATC skupiny „R“ na liečbu respiračného systému.

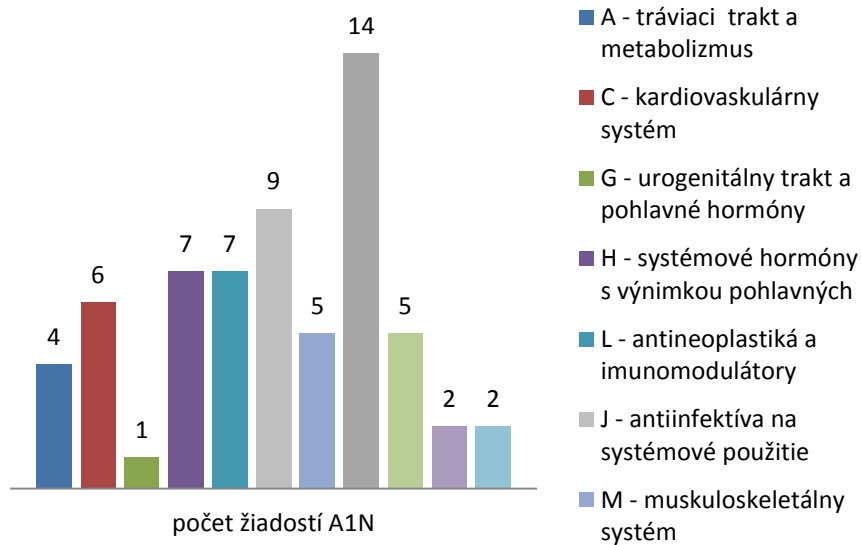
Diagram 26: Počet žiadostí rok 2012



V roku 2013 sa do zoznamu zaradilo celkovo 62 nových liekov (pozri Diagram 27) z toho

- 6 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „C“ na liečbu kardiovaskulárneho systému,
- 14 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „N“ na liečbu centrálnej nervovej sústavy,
- 7 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „L“ Antineoplastiká a imunomodulátory,
- liekov bolo zaradených do ATC skupiny „M“ na liečbu muskuloskeletálneho systému,
- 2 lieky boli zaradené do ATC skupiny „S“ na liečbu zmyslových orgánov,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „A“ na liečbu tráviaceho traktu a metabolizmu,
- 1 liek bol zaradený do ATC skupiny „G“ Urogenitálny trakt a pohlavné hormóny,
- liekov bolo zaradených do ATC skupiny „H“ na liečbu Systémové hormóny s výnimkou pohlavných hormónov,
- 9 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „J“ Antiinfektíva na systémové použitie,
- liekov bolo zaradených do ATC skupiny „R“ na liečbu respiračného systému,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „V“ na liečbu rôznych chorôb (varia).

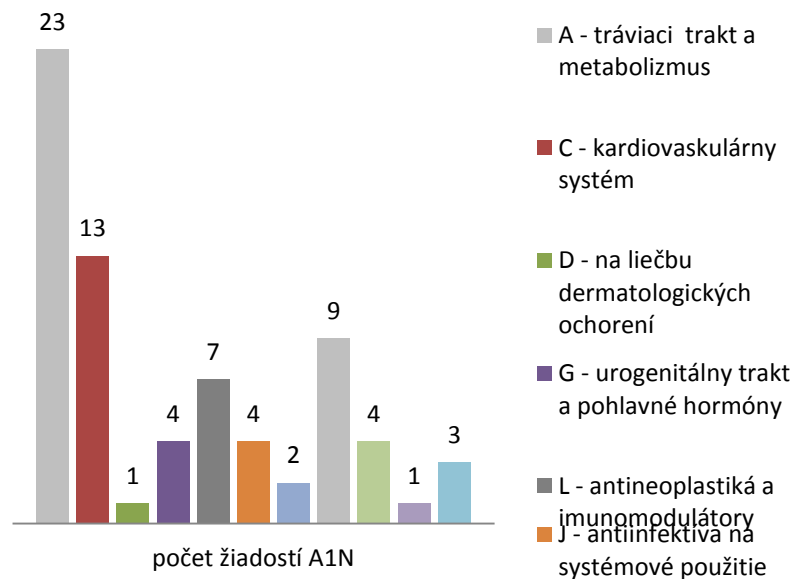
Diagram 27: Počet žiadostí rok 2013



V roku 2014 sa do zoznamu zaradilo celkovo 71 nových liekov z toho:

- 13 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „C“ na liečbu kardiovaskulárneho systému,
- 9 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „N“ na liečbu centrálnej nervovej sústavy,
- 7 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „L“ Antineoplastiká a imunomodulátory,
- 2 lieky boli zaradené do ATC skupiny „M“ na liečbu muskuloskeletálneho systému,
- 1 liek bol zaradený do ATC skupiny „S“ na liečbu zmyslových orgánov,
- 23 liekov bolo zaradených do ATC skupiny „A“ na liečbu tráviaceho traktu a metabolizmu,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „G“ Urogenitálny trakt a pohlavné hormóny,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „J“ Antiinfektíva na systémové použitie,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „R“ na liečbu respiračného systému,
- lieky boli zaradené do ATC skupiny „V“ na liečbu rôznych chorôb (varia),
- 1 liek bol zaradený do ATC skupiny „D“ na liečbu dermatologických ochorení.

Diagram 28: Počet žiadostí 2014



4.2.2 Generické lieky:

Diagram 29: Počet žiadostí generické lieky 2012 - 2014



- v roku 2012 sa do zoznamu zaradilo celkovo **271** nových generických liekov,
- v roku 2013 sa do zoznamu zaradilo celkovo **337** nových generických liekov a
- v roku 2014 sa do zoznamu zaradilo celkovo **289** nových generických liekov.

Prínosy:

- na základe mesačnej kategorizácie liekov sa originálne lieky (nové molekuly) aj generické dostávajú rýchlejšie na trh a tým pádom aj k pacientom, čo urýchľuje ich liečbu
- vytváranie dostupných podmienok pre zaradenie nových liekov do zoznamu, ktoré umožňujú efektívnejšiu liečbu
- snaha o čo najoptimálnejšie členenie nových referenčných skupín (nová sila liečiva, nová lieková forma) tak ako aj nové liečivo, čo je úplne novým prínosom pre terapiu pacienta nového ochorenia,

Negatíva:

- prísne podmienky pre zaradenie do zoznamu originálnych liekov, ktoré sa používajú pri liečbe zriedkavých ochorení, kde je potrebná prevalencia (podmienené zaradenie lieku do zoznamu).
- zhoršená dostupnosť liekov, možnosť na výnimky

4.3 Zmeny v kategorizovaných liekoch:

Ministerstvo rozhodlo kategorizáciou liekov o zmene charakteristík referenčných skupín liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov v týchto konaniach:

Žiadosť o zmenu charakteristík referenčnej skupiny: 57

Konania začaté z podnetu MZ SR na základe podnetov odborných spoločností: 12

1. IO: C01BD07 Dronedarón p.o. 400 mg

Hradenú liečbu môže indikovať kardiológ hemodynamicky stabilným pacientom s nepermanentnou fibriláciou predsiení, u ktorých nebola dostatočne efektívna iná liečba, vrátane beta blokátorov, pri splnení týchto podmienok:

- a) je prítomný aspoň jeden faktor zvýšeného KV rizika (hypertenzia, diabetes, ICHS, prekonaná NCMP/TIA),
- b) nie je prítomná chronická ťažká systolická dysfunkcia ľK (EFĽK < 35%),

- c) nebolo prítomné v posledných 3 mesiacoch závažné srdcové zlyhávanie na podklade ťažkej systolickej dysfunkcie (WHO III-IV).

Podmienkou hradenej liečby je dodržiavanie aktuálnych informácií pre sledovanie bezpečnostných rizík v zmysle platného súhrnu charakteristických vlastností lieku a ich zaznamenávanie do zdravotnej dokumentácie.

2. IO: J06BB16 Palivizumab parent. 50 mg, J06BB16 Palivizumab parent. 100 mg

Upraviť/zosúladiť indikačné obmedzenie s 50. metodickým listom Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR - Štandardný diagnostický a terapeutickým postup "Racionálna farmakoterapia RSV infekcií v detskom veku".

3. IO: L04AB04 Adalimumab parent.

1. „Doplnenie platného indikačného obmedzenia:

Hradenú liečbu môže indikovať po predchádzajúcom pneumologickom vyšetrení a vyšetrení IGRA testom gastroenterológ Humira je indikovaná na liečbu stredne ťažkej až ťažkej aktívnej ulceróznej kolitídy u dospelých pacientov, u ktorých odpoveď na predchádzajúcu konvenčnú liečbu, vrátane kortikosteroidov a 6-merkaptopurínu (6-MP) alebo azatioprinu (AZA), nebola dostatočná, alebo túto liečbu netolerujú alebo je u nich táto liečba zdravotne kontraindikovaná; hradená liečba sa môže indikovať na Gastroenterologickej klinike Univerzitetnej nemocnice Bratislava - nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Gastroenterologickom oddelení NOVAMED s.r.o. Banská Bystrica, I. internej klinike LF UP JŠ a FN L. P. Košice, Gastroenterohepatologickom centre THALION, Bratislava, na V. Internej klinike LF UK Univerzitetnej nemocnice Bratislava – Ružinov, NZZ KM Management spol. s r.o. Gastroenterologickom oddelení NZZ KM Management spol. s r.o., Nitra, v Centre pre liečbu IBD, II. Internej kliniky Fakultnej nemocnice s poliklinikou A. Reimanna, Prešov, na oddelení gastroenterologickej diagnostiky Internej kliniky Univerzitetnej nemocnice Martin a v gastroenterologickej ambulancii Internej kliniky Fakultnej nemocnice s poliklinikou, Trenčín; Hradená liečba podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.“

2. „Rozšírenie IO o PAC s ťažkou axiálnou spondylartritídou bez rádiografického dôkazu AS, ale s príznakmi zápalu so zvýšeným CRP a/alebo MRI, ktorí mali nedostatočnú odpoveď na nesteroidné protizápalové lieky alebo ich netolerujú.“
3. Rozšírenie znenia indikačného obmedzenia o pracovisko **Gastroenterologického oddelenia Internej kliniky Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku** v zozname indikačných obmedzení.

4. IO: Salmeterol a ostatné antiastmatiká inhl. 50/500 plv.inh.

„Rozšírenie IO o segment pacientov s FEV1 medzi 50 a 60% n.h. a s históriou aspoň 2 exacerbácií za rok v súlade s aktualizovanými svetovými odporúčaniami GOLD 2011.“

5. IO: C01EB17 Ivabradín p.o. 5 mg, Ivabradín p.o. 7,5 mg

„Rozšírenie súčasného IO o Chronické srdcové zlyhanie NYHA trieda II až IV so systolicou dysfunkciou (EF ≤ 35%), u pacientov so sínusovým rytmom, a pokojovou srdcovou frekvenciou ≥ 75 úderov za minútu, v kombinácii so štandardnou liečbou vrátane liečby betablokátormi, alebo ak liečba betablokátormi je kontraindikovaná alebo nie je tolerovaná.“

6. IO, PO: C03DA04 Eplerenón p.o. 25 mg, Eplerenón p.o. 50 mg

Hradená liečba sa môže indikovať u pacientov:

- a) s prekonaným akútnym infarktom myokardu (AIM) a prejavmi ľavo-komorovej dysfunkcie/srdcového zlyhávania, zahŕňajúcej betablokátory, ACE inhibítory alebo sartany u stabilizovaných pacientov s dysfunkciou ľavej komory (ejekčná frakcia ľavej komory LVEF ≤ 40%) alebo s klinickými znakmi srdcového zlyhávania už od tretieho dňa po prekonanom infarkte myokardu.

Hradenú liečbu môže indikovať lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Úspešnosť liečby sa prehodnotí po uplynutí šiestich mesiacov od začatia liečby; ak LVEF poklesne pod východiskovú hodnotu alebo ak hladina draslíka v sére vystúpi nad 6,0 mol/l, ďalšia liečba nie je hradenou liečbou.

- b) **so srdcovým zlyhávaním triedy NYHA II (chronickým) a systolickou dysfunkciou ľavej komory (LVEF≤30%) na zníženie rizika kardiovaskulárnej mortality a morbiditu u dospelých pacientov.**

PO: Rozšírenie PO obmedzenia o INT

- 7. IO: L04AA23 Natalizumab parent.**

„Rozšírenie IO o liečbu rýchlo sa vyvíjajúcej relaps-remitujúcej sklerózy multiplex u dospelých pacientov nad 18 rokov.“

- 8. PO: M05BA07 Kyselina risedrónová p.o. 35 mg, Kyselina risedrónová p.o. 75 mg, M05BA04 Kyselina alendrónová p.o. 70 mg**

Súčasný znenie preskripčného obmedzenia rozšíriť o špecializačný odbor GYN – gynekológia a pôrodnictvo s kódom 009.

- 9. IO: L01XC08 Panitumumab parent.**

Zosúladienie znenia indikačného obmedzenia pre liečivo Panitumumab parent. so súhrnom charakteristických vlastností lieku.

- 10. IO: A10BX04 Exenatid s.c. predĺžené uvoľňovanie, A10BX04 Exenatid s.c. 5 mcg, A10BX04 Exenatid s.c. 10 mcg, A10BX07 Liraglutid parent. 6 mg/ml**

Upresnenie IO: Hradená liečba sa môže indikovať u obéznych pacientov (BMI >30 kg/m²) s diabetes mellitus 2.typu v kombinácií s metforminom alebo v kombinácií s metforminom a sulfonylmočovinou, ak predchádzajúca minimálne polročná liečba maximálnymi tolerovanými dávkami orálnych antidiabetík nevedla k uspokojivej metabolickej kompenzácii (HbA_{1c} viac ako 7% podľa štandardu DCCT).

Ak po šiestich mesiacoch nedôjde k poklesu HbA_{1c} o 0,5 % z východiskovej hodnoty, ďalšia liečba nie je hradenou liečbou.

- 11. IO: L04AB02 Infliximab parent.**

Rozšírenie znenia indikačného obmedzenia o pracovisko **Gastroenterologického oddelenia Internej kliniky Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku** v zozname indikačných obmedzení.

- 12. IO: L01XC02 Rituximab parent. 100 mg, Rituximab parent. 500 mg, L04AA24 Abatacept parent., L04AB02 Infliximab parent., L04AB01 Etanercept parent., L04AB04 Adalimumab parent., L04AB05 Certolizumab parent., L04AB06 Golimumab parent., L04AC03 Anakinra parent. 150 mg/ml, L04AC07 Tocilizumab parent.**

Vzhľadom k narastajúcemu počtu pacientov s autoimúnnymi reumatickými ochoreniami, u ktorých je potrebná biologická liečba bolo zabezpečenie lepšej dostupnosti liečby pre pacientov **na I. internej klinike Univerzitetnej nemocnice Bratislava – Staré Mesto a na II. internej klinike Univerzitetnej nemocnice Martin.**

- 13. IO: L03AB07 Interferón beta-1a parent., Interferón beta-1a parent. sol. inj., L03AB08 Interferón beta-1b parent. 300 mcg, L03AX13 Glatirameracetát parent., L04AA23 Natalizumab parent., L04AA27 Fingolimod p.o. 0,5mg**

Navrhovaná zmena na základe podnetu Združenia nádej sclerosis multiplex a odporúčanie Kategorizačnej komisie zo dňa 5.9.2012 – úprava IO vzhľadom k odporúčaným medicínskym a terapeutickým postupom s prihliadnutím na nákladovú efektívnosť a predpokladaný vplyv na prostriedky verejného zdravotného poistenia.

- 14. IO: A10AB05 Inzulín aspart parent. náplne 100 IU/ml, A10AB05 Inzulín aspart parent. FlexPen 100 IU/ml**

Na základe podnetu občianskeho združenia Diador a odporúčanie Kategorizačnej komisie zo dňa 6.9.2012 a účelného a efektívneho vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia s prihliadnutím na odporúčané medicínske a terapeutické postupy ministerka rozhodla **liečbu u tehotných žien plne hradíť** z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

15. PO: Gabapentín p.o. 100 mg, Gabapentín p.o. 300 mg, Gabapentín p.o. 400 mg, Gabapentín p.o. 600 mg, Gabapentín p.o. 800 mg, Duloxetín p.o. 30 mg, Duloxetín p.o. 60 mg;

„Súčasné znenie preskripčného obmedzenia rozšíriť o špecializačný odbor AGG – algeziológ s kódom 046.“

16. IO: Sildenafil p.o. 20mg, Ambrisentan p.o. 5 mg, Ambrisentan p.o. 10 mg, Treprostinil parent. 2,5 mg/ml, Treprostinil parent. 5 mg/ml, Bosentan p.o. 62,5 mg, Bosentan p.o. 125 mg, Iloprost inhal. 10mcg/ml

„Rozšírenie znenia indikačného obmedzenia o pracovisko **Stredoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb a.s., Banská Bystrica** v zozname indikačných obmedzení.“

2013

Ministerstvo rozhodlo kategorizáciou liekov o zmene charakteristík referenčných skupín liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov v týchto konaniach:

Žiadosť o zmenu charakteristík referenčnej skupiny: 24

Konania začaté z podnetu MZ SR na základe podnetov odborných spoločností: 51

1. IO: L01XC03 Trastuzumab parent. 150 mg

„Rozšírenie súčasného indikačného obmedzenia o kombináciu s neoadjuvantnou chemoterapiou nasledovanou adjuvantným podávaním Herceptinu pri lokálne pokročilom karcinóme prsníka (vrátane inflamatórneho) alebo nádoroch s priemerom > 2 cm.“

2. IO, PO: A07AA11 Rifaximín p.o. 200 mg

„Rozšírenie súčasného indikačného obmedzenia u infektológa, gastroenterológa, internistu, geriatra pri liečbe SIBO (bakteriálne prerastanie v tenkom čreve).“

3. IO: C10BX03 Atorvastatín a amlodipín p.o. 5/10 mg, C10BX03 Atorvastatín a amlodipín p.o. 10/10 mg, C10BX03 Atorvastatín a amlodipín p.o. 20/5 mg, C10BX03 Atorvastatín a amlodipín p.o. 20/10 mg,

„Zmena - zrušenie indikačného obmedzenia.“

4. IO: L04AC07 Tocilizumab parent.

„Rozšírenie súčasného indikačného obmedzenia o polyartikulárnej juvenilnej idiopatickej artritídy (s pozitívnym alebo negatívnym reumatoidným faktorom a pretrvávajúcou oligoartritídou) v kombinácii s metotrexátom (MTX) u pacientov vo veku 2 rokov a starších, ktorí nedostatočne odpovedali na predošlú liečbu s MTX. Tocilizumab sa môže podávať v monoterapii v prípade intolerancie MTX alebo ak pokračujúca liečba s MTX nie je vhodná.“

5. IO: L01XC02 Rituximab parent. 100 mg, Rituximab parent. 500 mg

„Rozšírenie súčasného indikačného obmedzenia o novú indikáciu na liečbu indukcie remisie u dospelých pacientov so závažnou, aktívnou granulomatózou s polyangiitídou (Wegenerova) (GPA) a mikroskopickou polyangiitídou (MPA).“

6. IO: B01AX06 Rivaroxaban p.o. 10 mg, Rivaroxaban p.o. 15 mg

„Rozšírenie súčasného indikačného obmedzenia o novú indikáciu - liečba hlbokoj žilovej trombózy a prevencia rekurencie hlbokoj žilovej trombózy a pľúcnej embólie u pacientov s proximálnou (lokalizovaná vo vena poplitea a proximálnejšie) hlbokou žilovou trombózou, ktorá musí byť objektívne potvrdená (duplexným ultrazvukovým alebo venografickým vyšetrením).“

7. IO: L01XC06 Cetuximab parent.

„Zosúladenie IO lieku L01XC06 Cetuximab parent. v súlade s platným SPC.“

8. IO: Inzulín glargín parent. pôsobiaci dlhodobý SoloStar 100 IU/ml, Inzulín glargín parent. pôsobiaci dlhodobý náplň 100 IU/ml, Inzulín detemir parent. FlexPen 100 IU/ml, Inzulín detemir parent. pôsobiaci dlhodobý náplň 100 IU/ml

„Rozšírenie IO bazálnych analógov inzulínu ATC skupiny A10AE04 a A10AE05 ako možnosť prvolíniovej kombinácie s metformínom (prípadne inými OAD).“

9. IO: Celekoxib p.o. 100 mg, Celekoxib p.o. 200 mg; Etorikoxib p.o. 60 mg, Etorikoxib p.o. 90 mg, Etorikoxib p.o. 120 mg

„Zmena IO pre selektívne nesteroidné antireumatiká - koxiby, týkajúca sa liečby kortikoidmi a antikoagulačných liekov.“

10. PO: Silymarín p.o. prepoč. na sylibinín 70 mg, Silymarín p.o. prepoč. na sylibinín 140 mg, Silymarín p.o. prepoč. na sylibinín 150 mg;

„Rozšírenie PO v ATC skupine A05BA03 o špecializáciu PSY.“

11. PO: J01XX08 Linezolid p.o. 600 mg

„Rozšírenie PO v ATC skupine J01XX08 o špecializáciu NEF.“

12. IO: Oktreotid parent., Oktreotid parent. inj., Oktreotid parent. depot. 10 mg, Oktreotid parent. depot. 20 mg, Oktreotid parent. depot. 30 mg, Lanreotid parent. 30 mg, Lanreotid parent. 60 mg, Lanreotid parent. 120 mg

„Uvoľniť analógy somatostatínu ako liek 1. voľby v liečbe akromegálie.“

13. PO: Kalcitriol p.o. 0,25 mcg, Bromkriptín p.o. 2,5 mg, Kabergolín p.o. 0,5 mg, Testosterón parent. 250 mg, Testosterón parent. undekanoát, Estradiol p.o. 1 mg, Medroxyprogesterón p.o. 5 mg, Dydrogesterón p.o. 10 mg, Cyproterón p.o. 50mg

„Súčasné znenie preskripcného obmedzenia rozšíriť o špecializačný odbor ENP – pediatrická endokrinológia s kódom 153.“

14. PO: L03AX Ostatné imunostimulanciá parent.

„Rozšírenie PO v ATC skupine L03AX pre liečivo Polyoxidonium o špecializačné odbory INF, TRN a DER.“

15. IO: S01BA01 Dexametazón loc. intravitrealný implantát

„Rozšírenie IO pre ATC S01BA01 o oftalmologické pracovisko - Očné oddelenie JZS, Nemocnica Poprad a.s.“

16. IO: Etanercept parent., Infliximab parent., Adalimumab parent., Ustekinumab parent.

„Rozšírenie znenia indikačného obmedzenia o indikačné a aplikačné centra pre liečbu psoriázy na **Kožnej klinike SZU a UNB, Ružinov, Bratislava** v zozname indikačných obmedzení.“

17. IO: L01XE01 Imatinib p.o. 100 mg, Imatinib p.o. 400 mg

„Zmena IO, ktorá zohľadňuje rozdielne registrované indikácie uvedené v súhrne charakteristických vlastností (SmPC časť 4.1.) liekov Glivec a Meaxin.“

18. IO: B01AC24 Tikagrelor p.o. 90 mg

„Zmena indikačného obmedzenia v súlade s novými smernicami Európskej kardiologickej spoločnosti z rokov 2011 a 2012 pre liečbu pacientov s AKS t.j. IM s eleváciou ST segmentu (STEMI), nestabilnou angínou, IM bez elevácie ST segmentu (UA/NSTEMI) v najvyššej triede medicíny dôkazov EBM: I.“

19. IO: A10AB04 Inzulín lispro parent. KwikPen 100 IU/ml, A10AB04 Inzulín lispro parent. pôsobiaci krátkodobý náplne 100 IU/ml, A10AB05 Inzulín aspart parent. náplň 100 IU/ml, A10AB05 Inzulín aspart parent. FlexPen 100 IU/ml, A10AB06 Inzulín glulizín parent. náplň 100 IU/ml, A10AB06 Inzulín glulizín parent SoloStar 100 IU/ml,

A10AE04 Inzulín glargín parent. pôsobiace dlhodobo náplň 100 IU/ml, A10AE04 Inzulín glargín parent. pôsobiace dlhodobo SoloStar 100 IU/ml, A10AE05 Inzulín detemir parent. pôsobiace dlhodobo náplň 100 IU/ml, A10AE05 Inzulín detemir parent. FlexPen 100 IU/ml

„Zmena indikačného obmedzenia pre ATC skupiny A10AB04, A10AB05, A10AB06, A10AE04, A10AE05 tak, aby sa zabezpečila dostupnosť predmetných inzulínov pre detských pacientov a tehotné ženy.“

20. IO: S01BA01 Dexametazón loc. intravitreálny implantát

„Znenie indikačného obmedzenia rozšírené o indikačné odborné pracoviská – Očná klinika, Fakultná nemocnica Nitra a Očná JAS, Nemocnica s poliklinikou a.s., Trebišov.“

21. IO: J06BB16 Palivizumab parent. 50 mg, J06BB16 Palivizumab parent. 100 mg

„Súčasnú zmenu indikačného obmedzenia zosúladiť s pripravovaným návrhom odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré sa týka profylaktického postupu u rizikových detí s infekciami dýchacích ciest.“

22. IO: L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent.

„Znenie indikačného obmedzenia zmenené o indikačné a aplikačné odborné pracovisko zabezpečujúce biologickú liečbu chronicky nešpecifických zápalov čriev na Gastro I. s.r.o. Prešov.“

23. IO: L03AX Ostatné imunostimulanciá parent. lyofil. dialyzát leukocytov, L03AX Ostatné imunostimulanciá parent. lyofil. dialyzát leukocytov 5 dávok

„Znenie preskripčného obmedzenia pre liek Immodin rozšírené o špecializačné odbory INF - infektológia s kódom 002, TRN - pneumológia a ftizeológia s kódom 003 a DER - dermatovenerológia s kódom 018.“

24. J05AB04 Ribavirín p.o. 200 mg

„Zmena znenia indikačného obmedzenia: Hradená liečba sa môže indikovať pri chronickej aktívnej hepatitíde C. Kombinovanú liečbu s interferónom alfa je možné indikovať podľa príslušného indikačného obmedzenia. Lieky Copegus a Rebetol sú plne hradené z verejného zdravotného poistenia pri infekcii vírusom hepatitídy C genotyp 1.

Podmienkou hradenej liečby u drogovu závislých pacientov je preukázanie aspoň šesť mesiacov trvajúcej abstinencie doloženej psychiatrickým vyšetrením a potvrdenie o abstinencii v trojmesačných intervaloch.

Hradená liečba podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.“

25. IO: A10BD07 Metformín a sitagliptín p.o. 50/850 mg, A10BD07 Metformín a sitagliptín p.o. 50/1000 mg, A10BD08 Metformín a vildagliptín p.o. 50/850 mg, A10BD08 Metformín a vildagliptín p.o. 50/1000 mg, A10BD11 Metformín a linagliptín p.o. 2,5/850 mg, A10BD11 Metformín a linagliptín p.o. 2,5/1000 mg

Zmena znenia indikačného obmedzenia pre fixné kombinácie gliptínov (linagliptín, sitagliptín, saxagliptín a vildagliptín) s metformínom na rovnakú úroveň ako pri voľných kombináciách týchto farmák.

26. PO: G03GA02 Ľudský menopauzálny gonadotropín parent., G03GA02 Ľudský menopauzálny gonadotropín parent. plv.inj.+ sol., G03GA05 Follitropín alfa parent., G03GA06 Follitropín beta parent.

Znenie preskripčného obmedzenia rozšírené o špecializačný odbor END – endokrinológia s kódom 064. Zmena znenia indikačného obmedzenia.

27. PO: C02CA04 Doxazosín p.o. predĺžené uvoľňovanie 4 mg

Súčasnú zmenu preskripčného obmedzenia rozšíriť o špecializačný odbor END – endokrinológia s kódom 064.

28. IO: N06BA09 Atomoxetín p.o. 10 mg, N06BA09 Atomoxetín p.o. 18 mg, N06BA09 Atomoxetín p.o. 25 mg, N06BA09 Atomoxetín p.o. 40 mg, N06BA09 Atomoxetín p.o. 60 mg

„Zmena aktuálneho znenia indikačného obmedzenia pre molekulu atomoxetín, ako jediného zástupcu nestimulnačnej liečby pre pacientov s klinicky závažnou hyperkinetickou poruchou.“

- 29. IO: S01LA03 Pegaptanib loc. 0,3 mg, S01LA04 Ranibizumab intravitreálne 10 mg/ml, S01LA05 Aflibercept intravitreálne 40 mg/ml**

Zmena indikačného obmedzenia - vstupné kritéria zrakovej ostrosti v rozmedzí 20/20 20/320.

- 30. IO: L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent.**

Znenie indikačného obmedzenia zmeniť - rozšíriť o indikačné a aplikačné odborné pracovisko: na **Hepatologicko - gastroenterologickom a transplantáčnom oddelení Fakultnej nemocnice s poliklinikou F.D. Roosevelta, Banská Bystrica.**

- 31. IO: J05AE Boceprevir p.o. 200 mg, J05AE11 Telaprevir p.o. 375 mg, L03AB01 Interferón alfa z ľudských leukocytov parent., L03AB10 Peginterferón alfa-2b parent. PERO, L03AB11 Peginterferón alfa-2a parent. sol.inj.**

Znenie indikačného obmedzenia zmeniť - rozšíriť o indikačné a aplikačné odborné pracovisko: **Hepatologická ambulancia, Fakultná nemocnica, Nitra.**

- 32. IO: L04AA24 Abatacept parent., L04AB01 Etanercept parent., L04AB04 Adalimumab parent., L04AC07 Tocilizumab parent.**

Súčasné znenie indikačného obmedzenia zmeniť - rozšíriť o indikačné a aplikačné odborné pracovisko: na **Klinike detí a dorastu Univerzitnej nemocnice Martin.**

- 33. PO: C07AB12 Nebivolol p.o. 5 mg**

Zmena - zrušenie preskripčného obmedzenia.

- 34. IO: L01XC02 Rituximab parent. 100 mg, L01XC02 Rituximab parent. 500 mg, L04AA24 Abatacept parent., L04AB01 Etanercept parent., L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent., L04AB05 Certolizumab parent., L04AB06 Golimumab parent., L04AC03 Anakinra parent. 150 mg/ml, L04AC07 Tocilizumab parent.**

Súčasné znenie indikačného obmedzenia zmeniť - rozšíriť o indikačné a aplikačné odborné pracovisko: na **Internej klinike Fakultnej nemocnice Nitra.**

2014

Ministerstvo rozhodlo kategorizáciou liekov o zmene charakteristík referenčných skupín liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov v týchto konaniach:

Žiadosť o zmenu charakteristík referenčnej skupiny: 11

Konania začaté z podnetu MZ SR na základe podnetov odborných spoločností: 25

- 1. IO: L01XX32 Bortezomib parent.**

„Znenia indikačného obmedzenia - rozšírenie indukčného spektra v SmPC lieku o indukčnú liečbu u dospelých pacientov s doteraz neliečeným mnohopočetným myelómom, ktorí sú vhodní na vysoko-dávkovú chemoterapiu s transplantáciou hematopoetických kmeňových buniek.“

- 2. IO: L04AB05 Certolizumab parent.**

„Zmena znenie indikačného obmedzenia - rozšírenie o liečbu pacientov s ankylozujúcou spondyloartritídou vrátane jej ranného štádia bez rádiografického dôkazu a pacientov so psoriatickou artritídou.“

- 3. PO, IO: B01AE07 Dabigatranetexilát p.o. 110 mg**

„Zmena znenia indikačného obmedzenia za účelom zosúladenia s dostupnými medicínskymi dôkazmi, so SmPC lieku a platnými odporúčaniami pre liečbu hlbokoj žilovej trombózy. Rozšírenie preskripčného obmedzenia o špecializačné

odbory angiológia ANG s kódom 056, hematológia a transfuziológia HEM s kódom 031, cievna chirurgia CCH s kódom 068.“

4. PO, IO: B01AE07 Dabigatranetexilát p.o. 150 mg

„Zmena znenia indikačného obmedzenia za účelom zosúladenia s dostupnými medicínskymi dôkazmi, so SmPC lieku a platnými odporúčaniami pre liečbu hlbkej žilovej trombózy. Rozšírenie preskripčného obmedzenia o špecializačné odbory angiológia ANG s kódom 056, hematológia a transfuziológia HEM s kódom 031, cievna chirurgia CCH s kódom 068.“

5. PO: J05AX05 Inozín pranobex p.o. 500 mg

„Znenie preskripčného obmedzenia rozšírené o špecializačný odbor TRN - pneumológia a ftizeológia s kódom 003.“

6. PO: L03AX Ostatné imunostimulanciá parent., L03AX93 Ostatné imunostimulanciá p.o. plv. por., L03AX Ostatné imunostimulanciá parent. lyofil. dialyzát leukocytov

„Znenie preskripčného obmedzenia rozšírené o špecializačný odbor TRN - pneumológia a ftizeológia s kódom 003.“

7. IO: R03DC03 Montelukast p.o. 10 mg, R03DC03 Montelukast p.o. 4 mg, R03DC03 Montelukast p.o. 5 mg, R03DC03 Montelukast p.o. 4 mg gra por

„Zmena znenia indikačných obmedzení na základe medzinárodných a slovenských odborných usmernení.“

8. IO: L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent.

„Znenie indikačného obmedzenia zmenené - rozšírené o indikačné a aplikačné odborné pracovisko biologickej liečby pre nešpecifické črevné zápalové choroby – Ulcerózna kolitída a Crohnova choroba: na **Klinike vnútorného lekárstva 2 Fakultnej nemocnice s poliklinikou, Nové Zámky.**“

9. IO: A10AD04 Inzulín lispro parent. KwikPen 25 100 IU/ml, A10AD04 Inzulín lispro parent. KwikPen 50 100 IU/ml, A10AD04 Inzulín lispro parent dual release náplne 100 IU/ml, A10AD05 Inzulín aspart parent. dual release sus inj. 100 IU/ml, A10AD05 Inzulín aspart parent. dual release FlexPen 100 IU/ml

Zmena aktuálneho znenia indikačných obmedzení - zosúladenie pre skupinu premixovaných analógov.

10. IO: J02AC03 Vorikonazol p.o. 40 mg/ml, J02AC03 Vorikonazol p.o. 200 mg

Znenie indikačného obmedzenia zmenené zrušením obmedzenia kultivácie alebo mikroskopického vyšetrenia.

11. IO: A10BD11 Metformín a linagliptín p.o. 2,5/850 mg, A10BD11 Metformín a linagliptín p.o. 2,5/1000 mg

Znenie indikačného obmedzenia rozšírené o kombináciu s inzulínom v súlade s rozšírením SPC lieku.

12. IO: L04AB01 Etanercept parent., L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent., L04AC07 Tocilizumab parent.

Zmena znenia indikačného obmedzenia pre pediatrické balenia liekov.

13. IO: L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent.

Znenie indikačného obmedzenia zmenené - rozšírené o indikačné a aplikačné odborné pracovisko biologickej liečby pre chronické nešpecifikované zápalové choroby čriev – Ulcerózna kolitída a Crohnova choroba: na **I. Internej klinike UNB, Nemocnica Staré Mesto.**

14. IO, PO: R03DX05 Omalizumab s.c. 150 mg/ml

Zmena znenia indikačného obmedzenia na základe schválenia indikácie chronickej spontánnej urtikárie pre liečivo omalizumab a rozšírenie preskripčného obmedzenia o špecializačný odbor dermatovenerológia DER s kódom 018.

15. PO: G03BA03 Testosterón p.o. 40 mg, G03BA03 Testosterón parent.

„Zjednotenie možnosti predpisovať endokrinologické lieky pre dospelých aj detských endokrinológov - rozšírenie preskripčného obmedzenia o špecializovaný odbor pediatriká endokrinológia ENP s kódom 153.“

16. IO: J05AE Boceprevir p.o. 200 mg, J05AE11 Telaprevir p.o. 375 mg, L03AB01 Interferón-alfa z ľudských leukocytov parent., L03AB10 Peginterferón alfa-2b parent. PERO, L03AB11 Peginterferón alfa-2a parent. sol. inj.

Zmena aktuálnych znení indikačných obmedzení - prehodnotenie súčasných indikačných a aplikačných odborných pracovísk.

17. IO: L04AB01 Etanercept parent., L04AB02 Infliximab parent., L04AB04 Adalimumab parent., L04AC05 Ustekinumab parent.

Znenie indikačného obmedzenia zmena - rozšírenie o indikačné a aplikačné odborné pracovisko pre biologickú liečbu v reumatovenerológii: **Dermatovenerologická ambulancia Fakultnej nemocnice v Trenčíne.**

18. IO: L04AC05 Ustekinumab parent.

„Znenie indikačného obmedzenia zmeniť - rozšírenie o diagnózu aktívnej psoriatickej artritídy.“

19. IO: N06BA09 Atomoxetín p.o. 40 mg, N06BA09 Atomoxetín p.o. 60 mg

IO u novodiagnostikovaných dospelých pacientov s hyperkinetickou poruchou (poruchou aktivity a pozornosti, ADHD) aspoň strednej závažnosti prejavujúce sa funkčným narušením aspoň strednej intenzity vo 2 alebo viacerých oblastiach (napr. sociálne, akademické a/alebo profesijné fungovanie), ktoré ovplyvňuje viaceré aspekty života jednotlivca. Diagnóza má byť stanovená v súlade s aktuálnymi kritériami DSM alebo inštrukciami medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH. U dospelých pacientov môže byť použitá titračná dávka použitím 7x 40 mg alebo 7x 60 mg balenia lieku na dobu maximálne 1 týždňa.“

Prínosy:

- schválenie novo-registrovaných indikácií pri dodržaní legislatívy najmä pre pacientov s kardiovaskulárnymi, metabolickými a reumatologickými ochoreniami
- zabezpečenie dostupnosti inzulínov pre detských pacientov a tehotné ženy plne hrazenými z prostriedkov verejného zdravotného poistenia
- zlepšenie dostupnosti biologickej liečby pre pacientov s psoriázou, hepatitídou, reumatickými ochoreniami a chronicky nešpecifickými zápalmi čriev zaradením nových pracovísk, ktoré môžu liečbu indikovať
- prehodnotenie indikačných odborných pracovísk v odbore infektológia a hepatológia
- možnosť predpisovať lieky viacerými špecializačnými odbormi – štatisticky boli najviac pridané špecializácie pneumológ, dermatológ a endokrinológ,

Negatíva:

- klesajúci počet žiadostí farmaceutických firiem ohľadom zmien kategorizovaných liekoch a nárast podnetov od odborných spoločností v súvislosti so zákonom požadovanými farmako-ekonomickými podmienkami, ktoré sa nevyžadujú pri podaní podnetu od odborných spoločností
- zvýšený počet odborných pracovísk, ktoré môžu indikovať finančne nákladnú biologickú liečbu

4.4 Nedostupnosť liekov

MZ SR na dennej báze komunikuje s pacientmi a rieši nedostupnosť liekov na slovenskom trhu. Ide predovšetkým o originálne lieky rôznych spoločností. Samozrejme je pre nás dôležitá spokojnosť pacientov, preto ministerstvo v tejto veci pravidelne komunikuje so ŠUKL-om ako aj s jednotlivými distribučnými spoločnosťami a hľadá riešenia, aby bola zabezpečená dostupnosť liekov pre pacientov. Ministerstvo v tejto veci sleduje dostupnosť liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ako aj hlásenie prerušenia dodávok liekov na ŠUKLI a podávanie žiadostí o vyradenie liekov zo zoznamu kategorizovaných liekov, aby pacienti mali prehľad aj o tom, čo sa pravdepodobne

v najbližšej dobe udeje. V prípade, ak zistíme, že predmetný liek má nahlásené prerušenie dodávok liekov na slovenský trh, prípadne držiteľ registrácie lieku podal žiadosť o vyradenie lieku zo zoznamu kategorizovaných liekov, odporúčame pacientovi, aby sa obrátil na svojho ošetrojúceho lekára, aby nezostal bez liečby.

V spolupráci so ŠUKLom vo veci prístupu k informáciám o dovoze liekov na Slovensko má MZ SR on-line informácie o množstve dovezených liekov ako aj informácie, ktoré distribučné spoločnosti lieky doviezli. Rovnako má MZ SR informácie o spotrebe jednotlivých liekov za predchádzajúce obdobia.

Aj na základe podnetov od pacientov boli začaté správne konania vo veci nedostupnosti liekov na slovenskom trhu. Buď to boli lieky, ktoré na slovenský trh vôbec počas celej doby zaradenia v zozname kategorizovaných liekov neboli dovezené, alebo lieky, ktorých nedostupnosť prekročila 60 dní.

V roku 2013 bolo udelených 10 pokút piatim držiteľom registrácie lieku, v celkovej výške 100 000 € z dôvodu nedostupnosti lieku na trhu. V roku 2014 bolo udelených 29 pokút 15 držiteľom registrácie lieku, v celkovej výške 290 000 € z dôvodu nedostupnosti lieku na trhu. Aj naďalej MZ SR sleduje nedostupnosť liekov a momentálne je začatých 14 správnych konaní vo veci nedostupnosti liekov na trhu.

Prínosy:

- MZ SR má aktuálne informácie o dovoze všetkých kateg. liekov
- zníženie počtu liekov v zozname kateg. liekov
- v zozname zostávajú aktívne lieky, nie tzv. fantómové lieky
- zlepšená komunikácia so ŠUKL-om a distribučnými spoločnosťami
- aktívny prístup k riešeniu problémov pacientov

Negatíva:

- držiteľ registrácie aby bol chránený, podá žiadosť o vyradenie lieku zo zoznamu kategorizovaných liekov a následne podá jeho späť vzatie
- podávanie oznámení o prerušení dodávok lieku, niekedy bez dôvodu a bez určenia termínu, dokedy prerušenie bude trvať
- v niektorých prípadoch nevieme pacientovi pomôcť a musí sa späť obrátiť na svojho ošetrojúceho lekára.

4.5 Reexport

Medzi základné činnosti súvisiace s agendou možného vývozu liekov, ktoré Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv ukladá zákon patria:

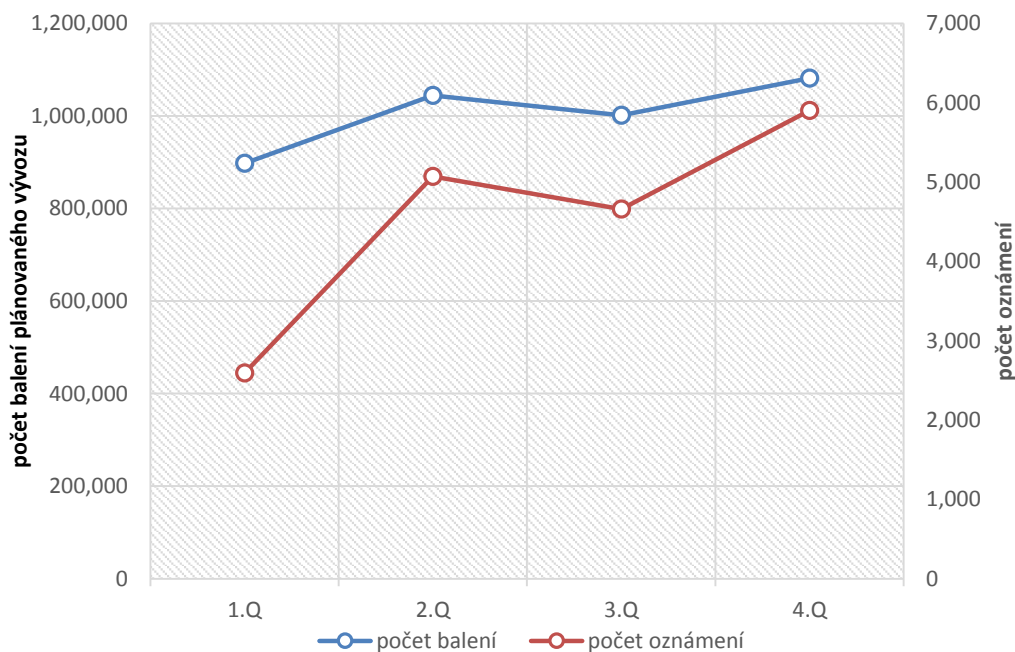
- zber, monitoring a analýza oznámení o zámere vykonať vývoz lieku zo SR
- analýza údajov z hlásení o realizovanom vývoze
- spolupráca s hlavnými odborníkmi pre terapeutickú oblasť lieku pri možnej terapeutickej náhrady liekov v liečbe
- vydávanie rozhodnutí o nepovolení vývozu

Cieľom uvedených opatrení je zabránenie nedostupnosti liekov a ohrozenia poskytovania zdravotnej starostlivosti, ak by zámer vývozu liekov bol realizovaný.

V roku 2014 bolo prijatých 18 229 oznámení o plánovanom vývoze pre 1 096 liekov (čo predstavuje oproti roku 2013 nárast o 28,2%), celkovo držiteľia povolenia na veľkodistribúciu liekov (veľkodistribučné spoločnosti) plánovali vyviezť 4 025 714 balení. Oznámenia zaslalo 28 veľkodistribučných spoločností, vývoz nahlásili do 24 krajín. Vývoz realizovalo 24 veľkodistribučných spoločností. Zo SR bolo za celý rok vyvezených 589 liekov v množstve 1 383 717 balení, čo predstavuje približne tretinu z počtu balení plánovaných na vývoz. ŠÚKL identifikoval 27 liekov, pre ktoré bol nahlásený na vývoz taký počet balení liekov, že ich vývozom by bola ohrozená dostupnosť lieku a poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Po konzultáciách s hlavným odborníkom pre terapeutickú oblasť lieku ŠÚKL vydal 182 rozhodnutí,

ktorými nepovolil vývoz liekov 14 veľkodistribučným spoločnostiam. V roku 2014 štátny ústav nepovolil vývoz 57 446 balení terapeuticky nenahraditeľných liekov (pozri Diagram 30).

Diagram 30: Zámer vykonať vývoz podľa počtu oznámení a počtu balení v oznámeniach 2014



Priemerne veľkodistribučné spoločnosti oznámili zámer vyviezť zo Slovenskej republiky približne 1 milión balení liekov štvrťročne, pričom sa pacienti spotrebujú ročne približne 100 miliónov balení liekov (pozri Tabuľku 36).

Tabuľka 36: Prehľad počtu oznámení o plánovanom vývoze liekov zo SR – počet oznámení a počet balení liekov v roku 2014.

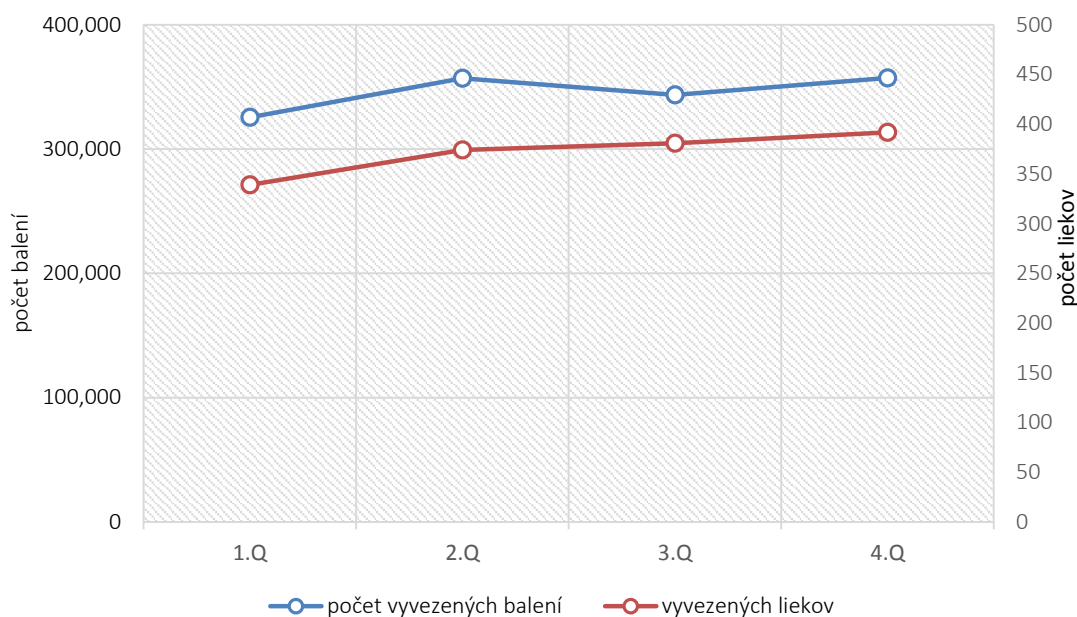
Plánovaný vývoz	Balení	Oznámení
1.Q 2014	897 747	2 594
2.Q 2014	1 044 608	5 071
3.Q 2014	1 001 516	4 661
4.Q 2014	1 081 843	5 903

Štátny ústav analyzoval všetky oznámenia o plánovanom vývoze liekov od veľkodistribútorov liekov, identifikoval tie lieky, ktoré ak by sa vyviezli, znamenalo by to ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacientov SR z dôvodu nedostupnosti liečby a prijal opatrenia na zabránenie vývozu týchto liekov.

ŠÚKL identifikoval 27 liekov, ktorých vývoz nepovolil. Rozhodnutia boli zaslané 14 veľkodistribučným spoločnostiam, čím nepovolil vývoz 57 446 balení.

Vývoz realizovalo 24 veľkodistribučných spoločností, z toho dvaja sú súčasne držiteľmi registrácie lieku pre vyvezené lieky a vyviezli vlastné lieky. Zo SR bolo vyvezených 589 liekov v množstve 1 376 216 balení (čo predstavuje oproti roku 2013 nárast o 33,5%), ako zachytáva Diagram 31.

Diagram 31: Realizovaný vývoz podľa počtu balení a počtu vyvezených liekov



Ako uvádza diagram, realizovaný vývoz v počte vyvezených balení je už pomerne stabilizovaný (320 – 360 tisíc za kvartál). Počet druhov liekov však stále postupne narastá, čiže sa rozširuje množstvo liekov, ktoré sú predmetom vývozu, čo je zachytené v Tabuľka 37.

Tabuľka 37: Prehľad počtu balení a počtu vyvezených liekov zo SR v roku 2014

Realizovaný vývoz	Balení	Liekov
1.Q 2014	325 725	339
2.Q 2014	357 079	374
3.Q 2014	343 530	381
4.Q 2014	357 383	392

V roku 2014 ŠÚKL nepovolil vývoz 57 446 balení terapeuticky nenahraditeľných liekov 14 distribútorom, ktorých vývozom by nastalo ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti (pozri Tabuľku 38). Opodstatnenosť vydania 182 rozhodnutí o nepovolení vývozu liekov zo SR bola konzultovaná s hlavnými odborníkmi MZ SR pre terapeutickú oblasť lieku, pričom žiadne z rozhodnutí nebolo rozporované účastníkom konania. V rámci kontrolnej činnosti ŠÚKL vykonal v roku 2014 39 inšpekcií v distribučných spoločnostiach a lekárnach, z ktorých 9 inšpekcií bolo cielených. Cieľom inšpekcií bolo, či opatrenia ŠÚKL o nepovolení vývozu sa dodržiavajú.

Tabuľka 38: Prehľad liekov, ktoré ŠÚKL nepovolil vyviezť

KÓD	NÁZOV LIEKU	DOPLNOK LIEKU
25132	CLEXANE 6000 anti-Xa IU/0,6 ml	sol inj 10x0,6 ml/60 mg
41292	YENTREVE	cps end 56x40 mg

41290	YENTREVE	cps end 56x20 mg
06234	XEPLION 150 mg injekčná suspenzia s predĺženým uvoľňovaním	sus ijp 1x150 mg
06233	XEPLION 100 mg injekčná suspenzia s predĺženým uvoľňovaním	sus ijp 1x100 mg
06232	XEPLION 75 mg injekčná suspenzia s predĺženým uvoľňovaním	sus ijp 1x75 mg
06231	XEPLION 50 mg injekčná suspenzia s predĺženým uvoľňovaním	sus ijp 1x50 mg
40908	VIREAD 245 mg filmom obalené tablety	tbl flm 30x245 mg
92950	CYMBALTA 30 mg tvrdé gastrorezistentné kapsuly	cps end 7x30 mg
90126	AZILECT 1 mg tablety	tbl 28x1 mg
76081	NEULASTA 6 mg injekčný roztok	sol inj 1x0,6 ml/6 mg
07339	TYVERB 250 mg filmom obalené tablety	tbl flm 70x250 mg
94490	TARCEVA 150 mg filmom obalené tablety	tbl flm 30x150 mg
94488	TARCEVA 100 mg filmom obalené tablety	tbl flm 30x100 mg
35915	SUTENT	cps dur 30x12,5 mg
35916	SUTENT	cps dur 30x25 mg
35917	SUTENT	cps dur 30x50 mg
77782	RENEVELA 800 mg filmom obalené tablety	tbl flm 180x800 mg
3864A	BETMIGA 50 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním	tbl plg 90x50 mg (blis.Al/Al)
3862A	BETMIGA 50 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním	tbl plg 30x50 mg (blis.Al/Al)
20584	VOTRIENT	tbl flm 30x400 mg
20582	VOTRIENT	tbl flm 90x200 mg
81325	CIMZIA	sol inj 2x200 mg/1 ml
40938	LYRICA	cps dur 56x300 mg
40932	LYRICA	cps dur 56x150 mg
40926	LYRICA	cps dur 56x75 mg
36753	ENBREL 25 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke	sol iru 4x0,5ml/25 mg

Prínosy:

- cieľom uvedených opatrení je zabránenie nedostupnosti liekov a ohrozenia poskytovania zdravotnej starostlivosti, ak by zámer vývozu liekov bol realizovaný
- Slovenská republika, Štátny ústav pre kontrolu liečiv a Ministerstvo zdravotníctva uplatňuje nevyhnutné opatrenia, a priebežne rieši všetky podnety od občanov v súvislosti s nedostupnosťou
- v rámci kontrolnej činnosti ŠÚKL vykonal v roku 2014 39 inšpekcií v distribučných spoločnostiach a lekárňach, z ktorých 9 inšpekcií bolo cielených. Cieľom inšpekcií bolo, či opatrenia ŠUKL o nepovolení vývozu sa dodržiavajú.,

4.6 Zdravotnícke pomôcky

V oblasti kategorizácie zdravotníckych pomôcok a kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov bolo na portál elektronickej kategorizácie podaných spolu za zdravotnícke pomôcky a špeciálne zdravotnícke materiály 5 214 návrhov od roku 2012 až po rok 2015.

Do Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok bolo spolu za roky 2012, 2013 a 2014 zaradených 1 006 zdravotníckych pomôcok. Zoznam zdravotníckych pomôcok k 1.1.2015 obsahuje celkom 4 594 zdravotníckych pomôcok, z ktorých 65,12 % t.j. 2 992 je bez doplatku pacienta a 12,45 % t.j. 572 zdravotníckych pomôcok má doplatok do 5 eur. Celkový počet zdravotníckych pomôcok v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok k 1.1.2015 sa rozšíril o 17,6 % v porovnaní zo Zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok k 1.4.2012.

Počet vydaných zdravotníckych pomôcok je najvyšší v skupine B zdravotnícke pomôcky pre inkontinenciu, retenciu moču, kde stúpol počet vydaných zdravotníckych pomôcok za štvrtý štvrtrok 2014 pre druhý stupeň inkontinencie o 9,6% na 11,04 mil. kusov a pre tretí stupeň inkontinencie o 24,1 % na 13,82 mil. kusov absorbčných zdravotníckych pomôcok v porovnaní s počtom vydaných zdravotníckych pomôcok za druhý štvrtrok 2012. Výdaje z verejného zdravotného poistenia za úhrady zdravotníckych pomôcok v skupine B zdravotnícke pomôcky pre inkontinenciu, retenciu moču predstavujú 29,64 % z celkových úhrad za zdravotnícke pomôcky za rok 2014 čo predstavuje sumu 51,9 mil. eur. Trend nárastu spotreby absorbčných zdravotníckych pomôcok súvisí s nárastom počtu pacientov s inkontinenciou moču v dôsledku starnutia populácie v SR.

Zdravotnícke pomôcky v podskupine A8 Pomôcky na vlhké hojenie rán zaznamenali najväčší nárast výdaja rovnajúci sa 15 % v 2013 v porovnaní s rokom 2012 a 33 % v roku 2014 v porovnaní s rokom 2013. Výdaje z verejného zdravotného poistenia za úhrady zdravotníckych pomôcok v skupine A - Obväzový materiál, náplasti a zdravotnícke pomôcky, ktoré slúžia na aplikáciu liečiva predstavujú 12,63 % z celkových úhrad za zdravotnícke pomôcky za rok 2014 čo predstavuje sumu 22,12 mil. eur. Nárast spotreby zdravotníckych pomôcok v skupine A súvisí s prechodom zo starého suchého spôsobu liečenia rán na modernú terapiu vlhkého hojenia rán. Terapia vlhkého hojenia rán je oveľa účinnejšia v porovnaní so suchým hojením rán, avšak ceny za zdravotnícke pomôcky s podskupine A8 Pomôcky na vlhké hojenie rán sú značne vyššie ako ceny zdravotníckych pomôcok suchého hojenia rán. Aj napriek vyššej cene je pacientom v SR dostupná v plnom rozsahu moderná terapia vlhkého hojenia rán.

Značný nárast výdaja zdravotníckych pomôcok je dlhodobo zaznamenávaný aj v skupine D - Zdravotnícke pomôcky pre diabetikov čo súvisí s nárastom počtu pacientov s diabetom, hlavne s DM 2. typu. Celkový počet pacientov s diabetom narástol z 340 tisíc pacientov v roku 2012 na 415 tisíc pacientov roku 2014.

Zdravotnícke pomôcky v podskupine D - Zdravotnícke pomôcky pre diabetikov zaznamenali nárast výdaja rovnajúci sa 13 % v 2013 v porovnaní s rokom 2012 a 10 % v roku 2014 v porovnaní s rokom 2013. Výdaje z verejného zdravotného poistenia za úhrady zdravotníckych pomôcok v skupine D - Zdravotnícke pomôcky pre diabetikov predstavujú 12,58 % z celkových úhrad za zdravotnícke pomôcky za rok 2014 čo predstavuje sumu 22,03 mil eur. Testovacie prúžky na stanovenie hladiny glukózy v krvi glukomerom tvoria najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pomôcok v skupine D a ich spotreba narástla zo 179 955 kusov balení á 50ks za druhý štvrtrok 2012 na 225 624 kusov balení á 50 ks za štvrtý štvrtrok 2014. Ministerstvo zdravotníctva formou konania z vlastného podnetu zvýšilo od 1.7.2014 množstvom limit na testovanie prúžky na stanovenie hladiny glukózy v krvi glukomerom pre deti do 10 rokov veku liečených na intenzifikovanom inzulínovom režime o 50 % zo 100 na 150 ks za mesiac. V SR sú pacientom s diabetom zabezpečené podmienky, ktoré v maximálnej možnej miere umožňujú monitoring glykémii aj pomocou najmodernejších technológií prostredníctvom inzulínových púmp a senzorov na kontinuálny monitoring hladiny glukózy z intersticiálnej tekutiny. Počet vydaných inzulínových púmp predstavuje za rok 2014 spolu 871 kusov, čo však pre ich značnú finančnú nákladnosť zodpovedá až 35,22 % podielu na celkových úhradách za zdravotnícke pomôcky v skupine D.

V nasledujúcej Tabuľka 39 je prehľad úhrad v verejného zdravotného poistenia za zdravotnícke pomôcky zaradené v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru:

Tabuľka 39: Zoznam kategorizovaných pomôcok 2012 - 2014

Rok	Úhrada za kategorizované zdravotnícke pomôcky v €	Úhrada za zdravotnícke pomôcky na mieru v €	Úhrada spolu v €
r. 2012	117 753 596	28 224 332	147 977 928
r. 2013	124 143 004	32 093 482	156 236 486

r. 2014	140 095 211	35 035 595	175 127 806
---------	-------------	------------	-------------

Prínosy:

- kontinuálne narastajúce množstvo a sortiment zdravotníckych pomôcok, z ktorých je možný ten najoptimálnejší výber zdravotníckej pomôcky pre špecifickú potrebu pacienta v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru
- vysoká dostupnosť zdravotníckych pomôcok pre všetky skupiny pacientov prostredníctvom zabezpečenia plnej úhrady zdravotnej poisťovne v maximálnej možnej miere za zdravotnícke pomôcky v jednotlivých podskupinách. (77,57% zdravotníckych pomôcok v Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok bez doplatku, respektíve s doplatkom do 5 EUR)
- umožnenie preskripcie zdravotníckych pomôcok v mnohých podskupinách pre viacero špecializácií lekárov, a tak zabezpečenie čo najlepšej dostupnosti zdravotníckych pomôcok pacientom bez potreby dodatočnej návštevy špecialistu iba za účelom vypísania poukazu na indikovanú zdravotnícku pomôcku. (napr. absorbčné zdravotnícke pomôcky pre tretí stupeň inkontinencie má oprávnenie vypísať lekár so špecializáciou URO, NEU, GYN, GER, ONK, CHI)
- snaha o čo naj optimálnejšie členenie podskupín zdravotníckych pomôcok za účelom objektívneho stanovenia podmienok ich použitia pre navzájom porovnateľné zdravotnícke pomôcky
- vytváranie podmienok pre zaradenie moderných zdravotníckych pomôcok do Zoznamu úhrad, ktoré umožňujú efektívnejšiu liečbu, respektíve kompenzáciu zdravotného postihnutia

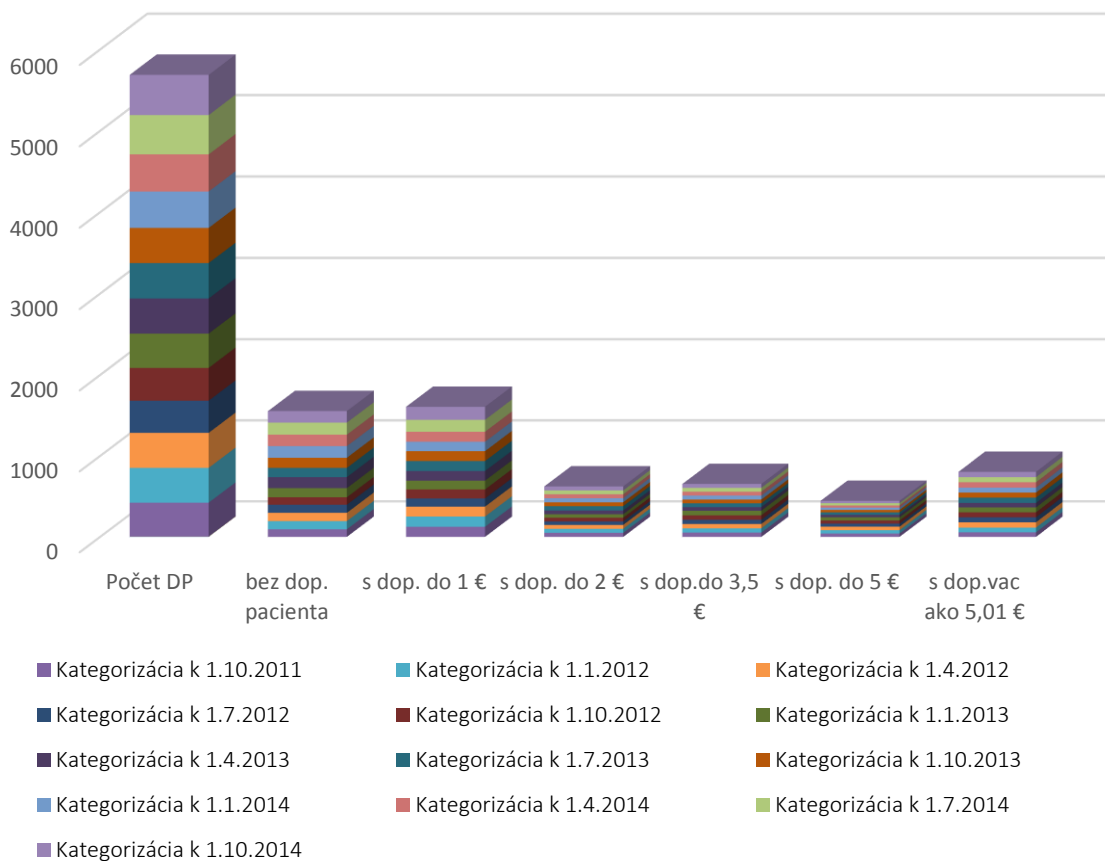
Negatíva:

- značný nárast výdaja zdravotníckych pomôcok súvisiaci so starnúcou populáciou, nezdravým životným štýlom pribúdajúcimi civilizačnými ochoreniami a tým zvýšená potreba zabezpečenia verejných zdrojov na krytie úhrad za zdravotnícke pomôcky.
- zložitost komunikácie s pacientskymi organizáciami pri zabezpečovaní potrieb pre všetky skupiny pacientov bez zvyhodňovania jednej skupiny pacientov na úkor inej
- neexistencia medzinárodne použiteľnej identifikácie zdravotníckych pomôcok a limitovaná existencia úradne určených a verejne dostupných databáz zdravotníckych pomôcok.

4.7 Dietetické potraviny

Kategorizácia dietetických potravín prebieha kvartálne. V období rokov 2012 až 2014 bolo do zoznamu dietetických potravín zaradených 74 nových dietetických potravín pričom v priebehu tohto obdobia sa zvýšila dostupnosť dietetických potravín bez doplatku a s doplatkom do 1 € až o 39 % a počet dietetických potravín s doplatkom vyšším ako 5 € len o 14 %. Pozri Diagram 32.

Diagram 32: Prehľad kategorizovaných dietetických potravín 2011 - 2014



Do zoznamu kategorizovaných dietetických potravín pribudli také dietetické potraviny ako sú napr. hypoalergénne mliečne prípravky novej generácie s hydrolyzovanou bielkovinou určené na diétny režim pri znižovaní rizika vzniku alergie na bielkovinu kravského mlieka u dojčiat, ak nemôžu byť dojčené.

Hypoalergénne dojčenské mlieka, určené pre diétny režim pri odgrcávaní dojčiat od narodenia, ak nemôžu byť dojčené.

Počiatočná výživa dojčiat pre nedonosených novorodencov a dojčatá s nízkou pôrodnou hmotnosťou ako aj prípravok na obohatenie materského mlieka pre dojčatá s nízkou pôrodnou hmotnosťou.

Imunomodulačné výživovo kompletne výživy s fruktooligosacharidmi, bielkovinami, HMB (metabolit leucínu) a zvýšeným množstvom vitamínu D. Na diétny režim u pacientov s podvýživou alebo pri strate svalovej hmoty, sily a funkčnosti svalov u dospelých jedincov.

Dietetická potravina určená pre diétny režim detských pacientov výhradne pri dokázanej glykogenóze, kedy je indikované podávanie sacharidov s rozvetveným reťazcom.

Dietetické potraviny určené pre diétny režim pri dokázanej fenylketonúrii.

Zmes arginínu, glutamínu a HMB, ktorá sa môže indikovať u dospelých pacientov, ktorí potrebujú podporiť tvorbu svalovej hmoty a/alebo obnoviť tkanivo pri hojení vredov u syndrómu diabetickej nohy; žilných bérkových vredov; operačných rán, ktoré po 4 týždňoch štandardnej liečby nevykazujú významné známky hojenia alebo popálenín, a to na dobu nevyhnutne potrebnú k zahojeniu lézie.

Postupom času sa pristúpilo aj k vytvoreniu podskupín dietetických potravín, v ktorých sú zaradené dietetické potraviny určené k nutričnej farmakoterapii, kedy špeciálne nutričné prípravky sú indikované v odporúčaných farmakologických dávkach v terapii ochorenia. Ide napr. o diabetické diéty s vlákninou do 100 kcal/100 m, ktoré môžu byť indikované u pacientov s diabetes mellitus 1.typu HbA1c > 8%, ak sa u nich napriek využitiu prandiálnych analogov inzulínu vyskytujú rezistentné postprandiálne hyperglykémie a/ alebo opakované hypoglykémie a/alebo nadmerná variabilita glykémii (presahujúca rozmedzie menej ako 4 a viac ako 8 mmol/l) alebo u pacientov s diabetes mellitus 2.typu na liečbe inzulínom s HbA1c > 8% a BMI > 30 kg/m², ak sa u nich napriek využitiu prandiálnych analogov inzulínu, pri celkovej dávke inzulínu > 0,8 U/kg.Th, vyskytujú rezistentné postprandiálne hyperglykémie a/ alebo opakované hypoglykémie a/alebo nadmerná variabilita glykémii (presahujúca rozmedzie menej ako 4 a viac ako 8 mmol/l).

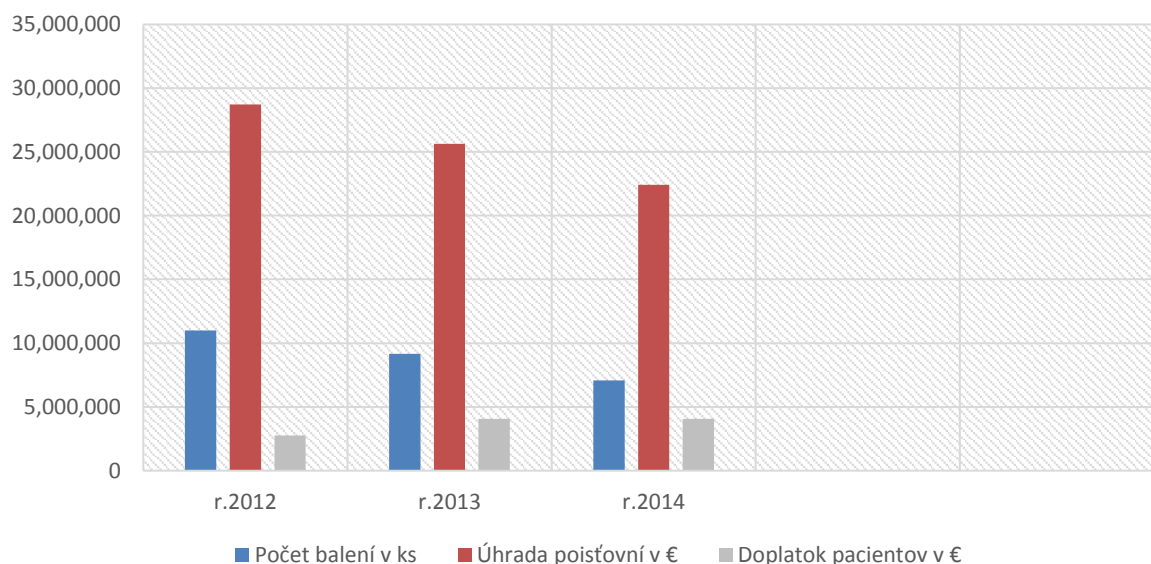
Podmienkou pokračujúcej hradenej liečby je zhodnotenie účinnosti terapeutického efektu po šiestich mesiacoch liečby na základe kontroly HbA1c, ktorého hodnota musí byť nižšia aspoň o 0,5% oproti východzej hodnote, úpravy rezistentných postprandiálnych hyperglykémii alebo opakovaných hypoglykémii alebo nadmernej variability glykémii.

Prehľad spotreby dietetických potravín v baleniach a nákladov zdravotných poisťovní na úhradu dietetických potravín vydaných na lekársky predpis (podľa údajov z NCZI) v predmetnom období vyjadruje Tabuľka 40 a Diagram 33.

Tabuľka 40: Spotreba dietetických potravín 2012 - 2014

Dietetické potraviny	Počet balení v ks	Úhrada poisťovní v €	Doplatok pacientov v €
r.2012	10 984 055,06	28 723 887,14	2 755 864,68
r.2013	9 156 725,69	25 622 635,32	4 058 482,86
r.2014	7 072 995,23	22 430 803,22	4 062 397,60

Diagram 33: Prehľad spotreby dietetických potravín 2012 - 2014



V roku 2012 došlo k zvýšeniu spotreby dietetických potravín a k zvýšeniu nákladov na úhradu dietetických z verejného zdravotného poistenia, ktorého podstatou bola podľa analýzy Všeobecnej zdravotnej poisťovne najmä neopodstatnená preskripcia prípravkov enterálnej výživy.

Ministerstvo zdravotníctva s prihliadnutím na účelnosť a efektívnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, účinnosť a bezpečnosť použitia dietetických potravín, ktoré sú zaradené v zozname kategorizovaných dietetických potravín s účinnosťou od 1.7.2013 pristúpilo k zavedeniu novej klasifikácie dietetických potravín, ktorá vychádza z WHO klasifikácie liekov a je upravená na naše podmienky. Každá podskupina dietetických začína alfanumerickým označením V06, ktoré slúži ako identifikátor na párovanie dietetických potravín na osobitné výživové účely z iných krajín EÚ, ktoré sú zverejňované v dostupných databázach. Klasifikácia dietetických potravín je hierarchická až na úroveň sedem miestneho alfanumerického kódu, čo nám umožňuje klastrovanie dietetických potravín do vyšších, terapeuticky podobných podskupín a súčasne určovať maximálnu výšku úhrad za jednotkovú dávku dietetickej potraviny rovnako v terapeuticky podobných podskupinách.

Podskupiny prípravkov enterálnej výživy boli rozčlenené podľa charakteristických morfológických, fyzikálnych a chemických vlastností diét a odporúčeného spektra terapeutického využitia. Za jednotku referenčnej dávky dietetickej potraviny bolo stanovených 100 kcal/100 ml dietetickej potraviny, čo umožnilo zjednotiť maximálnu výšku úhrady z verejného zdravotného poistenia prípravkom enterálnej výživy, na základe ich energetického obsahu. Boli zmenené kritéria pre indikovanie a predpisovanie enterálnej výživy pre dospelých a deti. Boli zavedené protokoly indikácie liečby, ktoré sú uchované v zdravotnej dokumentácii pacienta. Jednoznačnou podmienkou použitia prípravku enterálnej výživy je schopnosť gastrointestinálneho traktu vstrebať nutričný prípravok.

Dôležitým kritériom indikácie a preskripcie nutričnej podpory je dokázaná malnutícia spojená s ochorením, potvrdená podľa protokolu iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy pre dospelých pacientov alebo u detí s malnutíciou potvrdenou podľa protokolu iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy pre deti.

Nutričná podpora sa preskribuje najviac na 31 dní; podmienkou pokračujúcej hradenej liečby je zhodnotenie tolerancie liečby a zhodnotenie prínosu liečby (stabilizácia fyzickej kondície alebo hmotnosti) zdokumentovaného v zdravotnej dokumentácii pacienta; pokračujúca liečba sa môže indikovať najviac na 31 dní, hradená liečba po šiestich mesiacoch podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne. Nutričná podpora je hradená maximálne do 675 kcal/deň.

Pre deti do veku 18 rokov a 365 dní sa hradená liečba poskytuje bez predchádzajúceho súhlasu zdravotnej poisťovne a súčasne sa na ňu nevzťahuje množstvový limit.

Plná enterálna výživa sa indikuje v prípade aplikácie nasogastrickou sondou alebo perkutánnou endoskopickou alebo chirurgickou gastrostómiou alebo jejunostómiou; preskripcia sa realizuje najviac na 31 dní; hradená liečba si nevyžaduje predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne pokiaľ je indikovaná v súlade s aktuálnym znením preskripčných, indikačných a množstvových limitov. Je hradená maximálne do 2000 kcal/deň.

U štandardných polymérnych diét boli zrušené preskripčné obmedzenia, čím sa umožnilo aj lekárom prvého kontaktu za vyššie uvedených podmienok indikovať a preskribovať pacientom s malnutíciou spojenou s ochorením nutričnej prípravky na základe zhodnotenia ich nutričného a klinického stavu.

Predmetným opatrením bolo docieľené účelné a efektívne vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia, došlo k úspore na nákladoch zdravotných poisťovní cez 3 milióny €, počet spotrebovaných dietetických potravín klesol, boli predpísané iba tým pacientom, ktorých nutričný stav vyžadoval takúto intervenciu a liečbu.

Ministerstvo zdravotníctva s prihliadnutím na účelnosť a efektívnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, účinnosť a bezpečnosť použitia dietetických potravín, určením párujúceho kódu prideleného ministerstvom dietetickým potravinám, ktoré sú zaradené v zozname kategorizovaných dietetických potravín, s účinnosťou od 1.10.2014 zjednodušilo preskripciu dietetických potravín a ich výdaj pri poskytovaní lekárenskej starostlivosti.

Dietetické potraviny, ktoré majú rovnaký názov, rozdielnu príchuť alebo typ, sú určené na rovnaký účel, majú identické množstvo, rovnaký počet referenčných dávok a rovnakú konečnú cenu dietetickej potraviny vo verejnej lekárni, ktorá nepresahuje výšku maximálnej ceny dietetickej potraviny vo verejnej lekárni, sú vzájomne zameniteľné a môžu sa pri výdaji v rámci poskytovania lekárenskej starostlivosti nakombinovať v rôznych dostupných typoch a príchuťach.

Lekár môže predpisovať dietetické potraviny tak ako doteraz, softvér v lekárňach dešifruje príslušnosť vydávanej dietetickej potraviny k párujúcemu kódu.

Zavedenie párujúcich kódov je pri dlhodobej liečbe benefitom ako pre pacienta, tak aj lekárnika, ktorý doteraz túto možnosť nemal. Mohol pacientovi vydať maximálne dva typy alebo dve príchute dietetických potravín v príslušnom množstve, ktoré boli uvedené na lekárskom predpise. Mohlo sa stať, že pacient konzumoval napr. mesiac prípravky enterálnej výživy v dvoch príchutiach. Tento stav už mohlo byť pre pacienta obťažujúci a požadované množstvo predpísaných dietetických potravín nedokázal skonzumovať, čo nie je v liečbe účelné a ani efektívne.

Prínosy:

- viac ako 50% kategorizovaných dietetických potravín je dostupných bez doplatku poistenca alebo s doplatkom do 1 €.
- zavedenie nového hierarchického členenia DP umožňuje určovať maximálnu výšku úhrad za jednotkovú dávku DP rovnako v terapeuticky podobných podskupinách (obdoba klastrovania),
- vytvorenie podskupín DP určených k nutričnej farmakoterapii, špeciálne nutričné prípravky sú indikované v odporúčaných farmakologických dávkach v terapii ochorenia,
- pokles nákladov na dietetické potraviny zavedením nových pravidiel a obmedzení pre indikáciu a preskripciu prípravkov enterálnej výživy,
- zavedenie protokolu indikácie liečby enterálnou výživou umožnilo u štandardných polymérnych diét aj lekárom prvého kontaktu indikovať a preskribovať pacientom s malnutríciou spojenou s ochorením nutričné prípravky na základe zhodnotenia ich nutričného a klinického stavu a tým včas predchádzať kritickým stavom,
- párujúce kódy umožňujú vydávať viac ako dve príchute DP - ide o obdobu „generickej substitúcie“, toto opatrenie prináša pri mesačnej preskripcii benefit najmä pre pacienta.

Negatíva:

- nakoľko hovoríme o výžive, je potrebné sa pýtať, či nie je dôvodné aby sa pacient na úhrade DP podieľal vyššou mierou?
- výška úhrady za jednotkovú dávku dietetickej potraviny nie je ustanovená vo vyhláske,
- je opodstatnené aby sa na terapiu ochorenia z verejného zdravotného poistenia hradila farmakologická liečba ak postačuje napr. nutričná farmakoterapia a opačne?
- s poklesom nákladov klesla aj spotreba, je to spôsobené efektívnosťou opatrenia alebo tým, že sa vďaka prísnejším kritériám niektorým pacientom zdravotná starostlivosť neposkytuje v potrebnej miere,
- 20 % sadzba DPH na DP

4.8 Legislatívne zmeny 2012 – 2014

V priebehu rokov 2012 až 2014 MZ SR štyrikrát novelizoval zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

4.8.1 Zmeny v zákone o liekoch

4.8.1.1 Zákon č. 244/2012 Z. z. – farmakovigilancia (dohľad nad bezpečnosťou liekov)

Týmto zákonom sa prebrala smernica Európskeho parlamentu a Rady 2010/84/EÚ z 15. decembra 2010, ktorou sa, pokiaľ ide o dohľad nad liekmi, mení a dopĺňa smernica 2001/83/ES, ktorou sa ustanovuje zákonník Spoločenstva o humánných liekoch.

V pôvodnom znení zákona č. 362/2011 Z. z. boli ustanovené harmonizované pravidlá dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov. Pravidlá dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov sú potrebné na ochranu záujmov verejného

zdravia, aby bolo možné zisťovať, posudzovať a zabraňovať nežiaducim účinkom humánných liekov uvedených na trh v Európskej únii, pretože celkový bezpečnostný profil liekov je možné spoznať až po ich uvedení na trh. Na základe nadobudnutých skúseností a hodnotenia systému dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov je potrebné prijať opatrenia na zlepšenie fungovania dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov. I keď podstatným cieľom právnych predpisov o liekoch je ochrana verejného zdravia, napriek tomu by sa tento cieľ mal dosiahnuť prostriedkami, ktoré nebránia voľnému pohybu bezpečných humánných liekov v Európskej únii. Z hodnotenia systému dohľadu nad liekmi Únie vyplynulo, že odlišné kroky členských štátov v otázke bezpečnosti týkajúcej sa humánných liekov vytvárajú prekážky voľnému pohybu liekov. Aby bolo možné uvedeným prekážkam zabrániť alebo ich odstrániť je potrebné, aby všetky členské štáty ustanovenia o dohľade nad bezpečnosťou humánných liekov na úrovni európskej únie posilnili a zracionalizovali.

V záujme jednoznačnosti sa novým spôsobom zadefinoval pojem "nežiaduci účinok" tak, aby bolo možné zaručiť, že okrem škodlivých a nežiaducich účinkov po oprávnenom užití bežných dávok humánneho lieku bude zahŕňať aj škodlivé a nežiaduce účinky vyplývajúce z nesprávnej medikácie a použitia nad rámec podmienok povolenia na uvedenie na trh, vrátane nesprávneho použitia a zneužitia lieku.

Podozrenie na nežiaduci účinok lieku, čo znamená, že existuje aspoň určitá možnosť príčinnej súvislosti medzi liekom a nežiaducim účinkom a preto sa musí každé podozrenie na nežiaduci účinok oznamovať určenému orgánu, zároveň sa zabezpečuje vzájomná informovanosť kompetentných orgánov v rámci Európskej únie.

Držiteľovi registrácie humánneho lieku sa ukladá, aby si zriadil vlastný systém dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov, aby sa zabezpečilo monitorovanie a dozor registrovaného humánneho lieku, ktorý je zapísaný do hlavného súboru systému dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov.

Pri žiadosti o registráciu humánneho lieku sa žiadateľovi ukladá nová povinnosť predkladať stručný opis systému dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov a odkaz na miesto, kde sa hlavný súbor systému dohľadu nad bezpečnosťou pre predmetný humánný liek nachádza.

Štátny ústav pre kontrolu liečiv bude oprávnený uložiť držiteľovi registrácie lieku povinnosť, aby vykonal štúdie o bezpečnosti a účinnosti lieku po jeho registrácii, buď v čase registrácie lieku, alebo neskôr po registrácii lieku v čase jeho terapeutického používania. Tieto štúdie majú byť zamerané na zhromažďovanie údajov, ktoré umožnia zhodnotiť bezpečnosť a účinnosť liekov v každodennej lekárskej praxi.

Je nevyhnutné, aby posilnený systém dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov nevedol k predčasnej registrácii liekov. Registráciu niektorých humánných liekov bude možné podmieniť ďalším monitorovaním. Monitorovaniu budú podliehať všetky lieky s novou účinnou látkou a biologické lieky vrátane biosimilárnych liekov, ktoré sú pre dohľad nad bezpečnosťou humánných liekov prioritou.

Lieky podliehajúce ďalšiemu monitorovaniu by mali byť na vonkajšom a vnútornom obale označené čiernym symbolom a v súhrne charakteristických vlastností lieku a v príbalovej informácii by mala byť uvedený štandardizovaný vysvetľujúci text o dôvodoch monitorovania lieku.

Verejnosti bude prístupný zoznam liekov, ktoré sú predmetom ďalšieho monitorovania. Tento zoznam bude pravidelne aktualizovať Európska agentúra pre lieky (v zákone je uvedená skratka „agentúra“).

Držiteľ registrácie humánneho lieku bude zodpovedať za neustále monitorovanie bezpečnosti svojich liekov, za informovanie orgánov o akýchkoľvek zmenách, ktoré by mohli ovplyvniť registráciu lieku a za aktualizáciu informácií o lieku.

S cieľom zjednodušiť oznamovanie podozrení na nežiaduce účinky budú držiteľia registrácie humánneho lieku oznamovať takéto účinky iba do európskej databázy Eudravigilance. Databáza Eudravigilance umožní okamžité posielanie hlásení o podozreniach na nežiaduce účinky prijatých od držiteľov registrácie humánneho lieku kompetentným orgánom v členských štátoch, konkrétne v SR Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv.

Na zabezpečenie zvýšenej úrovne transparentnosti procesov dohľadu nad bezpečnosťou humánných liekov si členské štáty vytvoria a budú prevádzkovať národné internetové portály pre humánne lieky.

Pri monitorovaní bezpečnosti humánnych liekov zohrávajú dôležitú úlohu zdravotnícki pracovníci a pacienti a preto sa im umožňuje oznamovať podozrenia na nežiaduce účinky viacerými spôsobmi.

Ako dôsledok týchto opatrení sa mení rozsah periodicky aktualizovaných správ o bezpečnosti, ktoré sa tak stanú analýzami vyváženosti rizika a prínosu humánneho lieku a nie ako doteraz iba podrobným zoznamom oznámení o jednotlivých zistených prípadoch.

Zavádzajú sa harmonizované usmernenia a regulačný dohľad nad štúdiami o bezpečnosti lieku po jeho registrácii, ktoré nemajú charakter klinického skúšania ani marketingový charakter.

4.8.1.2 Zákon č. 459/2012 Z. z. - falšované lieky, reexport, marketingové aktivity

Týmto zákonom sa prebrala smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/62/EÚ z 8. júna 2011, ktorou sa mení a dopĺňa smernica 2001/83/ES, ktorou sa ustanovuje zákonník Spoločenstva o humánnych liekoch, pokiaľ ide o predchádzanie vstupu falšovaných liekov do legálneho dodávateľského reťazca a smernica Európskeho parlamentu a Rady 2012/26/EÚ z 25. októbra 2012, ktorou sa mení a dopĺňa smernica 2001/83/ES, pokiaľ ide o dohľad nad liekmi.

Zaobchádzanie s liekmi

Vypustilo sa ustanovenie, podľa ktorého jedna osoba môže vykonávať činnosť odborného zástupcu len v jednej prevádzkarni, pretože sa pojem „prevádzkárneň“ z celého zákona vypustil a zmenili sa ustanovenia § 5 až 11, podľa ktorých je zabezpečené, aby odborný zástupca vykonával činnosť len pre jedného držiteľa povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami.

Sprenilo sa ustanovenie o náhradnom odbornom zástupcovi. Držiteľ povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami nie je povinný ustanoviť náhradného odborného zástupcu, ponecháva sa mu možnosť ustanoviť náhradného odborného zástupcu alebo ustanoviť nového odborného zástupcu alebo prerušiť povolenú činnosť.

Opatrenia na zabránenie vstupu falšovaných liekov do legálneho distribučného reťazca liekov

- všeobecne

Zaviedli sa nové pojmy „účinná látka“ a „falšovaný humánny liek“ na jednoznačné odlíšenie falšovaných liekov od ostatných nelegálnych liekov, ako aj od liekov porušujúcich práva duševného vlastníctva. Okrem toho by sa lieky s neúmyselnými kvalitatívnymi nedostatkami spôsobenými chybami pri výrobe alebo distribúcii nemali zamieňať s falšovanými liekmi. Definuje sa aj nová činnosť „sprostredkovanie humánnych liekov.“

Ustanovilo sa, že nedodržiavanie požiadaviek správnej výrobnjej praxe, správnej praxe prípravy transfúzných liekov, správnej praxe individuálnej prípravy liekov na inovatívnu liečbu, správnej veľkodistribučnej praxe a správnej lekárenskej praxe je dôvodom na pozastavenie činnosti.

- na úrovni výroby, dovozu a distribúcie účinnej látky

Ustanovilo sa, aby na požiadanie držiteľa povolenia na výrobu liekov, vývozcu liekov alebo príslušného orgánu dovážajúceho tretieho štátu Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ďalej len „štátny ústav“) vydával osvedčenie o tom, že výrobca lieku je držiteľom povolenia na výrobu liekov. V tomto osvedčení sa uvedie, že držiteľ povolenia na výrobu liekov spĺňa platné ustanovenia Svetovej zdravotníckej organizácie vzťahujúce sa na výrobu liekov. Ak ide o liek určený na vývoz, ktorý je v Slovenskej republike registrovaný, priloží sa aj schválený súhrn charakteristických vlastností humánneho lieku.

Nové ustanovenia vzťahujúce sa na výrobu, dovoz a distribúciu účinných látok. Výrobca účinnej látky, dovozca účinnej látky a distribútor účinnej látky s miestom podnikania alebo so sídlom v Slovenskej republike je povinný najmenej 60

dní pred zamýšľaným začatím činnosti písomne oznámiť formou registračného formulára štátnemu ústavu zámer vykonávať výrobu účinnej látky, dovoz účinnej látky a distribúciu účinnej látky.

Ustanovili sa náležitosti písomného oznámenia formou registračného formulára. Štátny ústav môže na základe hodnotenia rizika rozhodnúť o vykonaní kontroly u výrobcu účinnej látky, dovozcu účinnej látky a distribútora účinnej látky.

Ak do 60 dní od prijatia registračného formulára štátny ústav oznámi výrobcovi účinnej látky, dovozcovi účinnej látky a distribútorovi účinnej látky, že vykoná inšpekciu, výrobca účinnej látky, dovozca účinnej látky a distribútor účinnej látky vykonávanie činnosti nezačne; ak štátny ústav neoznámi výrobcovi účinnej látky, dovozcovi účinnej látky a distribútorovi účinnej látky, že činnosť môže začať.

Výrobca účinnej látky, dovozca účinnej látky a distribútor účinnej látky je povinný bezodkladne oznámiť štátnemu ústavu každú zmenu, ktorá môže ovplyvniť kvalitu alebo bezpečnosť účinnej látky, ktorú vyrába, dováža a distribuuje.

Výrobca účinnej látky, dovozca účinnej látky a distribútor účinnej látky, ktorý začal svoju činnosť pred 2. januárom 2013, mal písomne oznámiť vykonávanie činnosti formou registračného formulára štátnemu ústavu do 2. marca 2013.

Štátny ústav vloží údaje a informácie uvedené v registračnom formulári do európskej databázy.

- na úrovni držiteľa povolenia na výrobu liekov

Držiteľ povolenia na výrobu liekov je povinný pri výrobe liekov používať ako vstupné suroviny len účinné látky, ktoré boli vyrobené v súlade s požiadavkami správnej výrobnéj praxe pre účinné látky a distribuované v súlade so správnou praxou pre distribúciu účinných látok.

Balenie lieku má obsahovať bezpečnostný prvok, ktorý umožňuje veľkodistribútorom a osobám oprávneným vydávať lieky overiť pravosť humánneho lieku a identifikovať jednotlivé balenia humánneho lieku s cieľom zistiť, či sa s vonkajším obalom humánneho lieku nemanipulovalo. Vonkajší obal lieku môže obsahovať aj údaj o pravosti a identifikácii humánneho lieku.

Označenie vonkajšieho obalu humánneho lieku bezpečnostným prvkom sa nevzťahuje na

- a) rádioaktívne humánne lieky,
- b) humánne lieky, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis uvedené v Zozname humánnych liekov, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis, ktorých vonkajší obal sa neoznačuje bezpečnostným prvkom,
- c) humánne lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis a ktoré nie sú uvedené v Zozname humánnych liekov, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis, ktorých vonkajší obal sa označuje bezpečnostným prvkom.

- na úrovni držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov

Ustanovili sa nové povinnosti pre držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, ktorými sa má zabezpečiť, aby sa do legálneho liekového reťazca nedostali falšované lieky.

Ustanovila sa nová povinnosť pre držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov Ak ide o humánny liek registrovaný centralizovaným postupom, držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov, ktorý nie je držiteľom registrácie humánneho lieku o zámere dovážať liek z iného členského štátu, je povinný informovať okrem držiteľa registrácie humánneho lieku a štátneho ústavu aj agentúru a zaplatiť agentúre určený poplatok za kontrolu dodržiavania príslušných právnych predpisov.

Zvyšuje sa dohľad nad dovozom humánnych liekov, ktoré nie sú určené na trh Európskej únie. Štátny ústav prijme potrebné opatrenia v súlade s delegovanými aktmi Komisie na zabránenie tomu, aby sa humánne lieky, ktoré sú dovezené na územie Slovenskej republiky a nie sú určené na uvedenie na trh v Slovenskej republike alebo v inom členskom štáte, nedodávali na trh v Slovenskej republike, v inom členskom štáte alebo v treťom štáte, ak existuje dostatočne odôvodnené podozrenie, že tieto humánne lieky sú sfalšované.

- na úrovni sprostredkovateľa

V § 18a sa zaviedla nová činnosť sprostredkovanie humánných liekov. Cieľom je zvýšiť dohľad nad distribúciou humánných liekov. Osoby, ktoré zaobstarávajú, držia, dodávajú alebo vyvážajú lieky, sú oprávnené vykonávať svoju činnosť, len pokiaľ spĺňajú požiadavky na získanie povolenia na veľkodistribúciu liekov. Súčasná distribučná sieť pre lieky je však čoraz komplexnejšia a sú do nej zapojené mnohé subjekty, ktoré nie sú nevyhnutne veľkodistribútormi. S cieľom zabezpečiť spoľahlivosť dodávateľského reťazca by sa mali právne predpisy týkajúce sa liekov zamerať na všetky subjekty v dodávateľskom reťazci. To zahŕňa nielen veľkodistribútorov, nezávisle od toho, či s liekmi fyzicky manipulujú, alebo nie, ale aj sprostredkovateľov, ktorí sú zapojení do predaja alebo nákupu liekov bez toho, aby sami uvedené lieky predávali alebo nakupovali, a bez toho, aby lieky vlastnili alebo s nimi fyzicky manipulovali.

Sprostredkovanie humánných liekov môže vykonávať fyzická osoba, ktorá má adresu bydliska v Slovenskej republike alebo právnická osoba, ktorá má adresu sídlo v Slovenskej republike a oznámila štátnemu ústavu registračné údaje.

Sprostredkovateľ humánných liekov, ktorý začal vykonávať svoju činnosť pred 2. januárom 2013 je povinný sa oznámiť štátnemu ústavu registračné údaje v rozsahu podľa odseku 1 najneskoršie do 2. marca 2013.

Štátny ústav vloží registračné údaje o sprostredkovateľovi humánných liekov podľa odseku 1 do verejne dostupnej databázy. Ak sprostredkovateľ humánných liekov nespĺňa požiadavky štátny ústav rozhodne o vyradení sprostredkovateľa humánných liekov z verejne dostupnej databázy; štátny ústav o tom sprostredkovateľa humánných liekov informuje.

- na úrovni držiteľa registrácie lieku

Žiadosť o registráciu humánneho lieku sa má doplniť o písomné potvrdenie o tom, že výrobca humánneho lieku prostredníctvom auditov si overil, že výrobca účinnej látky pri jej výrobe dodržiava požiadavky správnej výrobnéj praxe; písomné potvrdenie má obsahovať dátum vykonania auditu a vyhlásenie, že výsledok auditu potvrdzuje, že pri výrobe účinnej látky výrobca dodržiava požiadavky správnej výrobnéj praxe.

Oproti pôvodnému zneniu sa doplnili dôvody, kedy môže štátny ústav vykonať zmenu registrácie humánneho lieku. Ide o prípad, ak sa

- a) pri výrobe humánneho lieku nepostupovalo v súlade so stručným opisom spôsobu výroby humánneho lieku,
- b) pri kontrole humánneho lieku nepostupovalo v súlade s kontrolnými metódami farmaceutického skúšania.

Oproti pôvodnému zneniu sa doplnili dôvody, kedy môže štátny ústav pozastaviť registráciu humánneho lieku. Ide o prípad, ak sa

- c) pri výrobe humánneho lieku nepostupovalo v súlade so stručným opisom spôsobu výroby humánneho lieku,
- d) pri kontrole humánneho lieku nepostupovalo v súlade s kontrolnými metódami farmaceutického skúšania.

Oproti pôvodnému zneniu sa doplnili dôvody, kedy môže štátny ústav zrušiť registráciu humánneho lieku. Ide o prípad, ak sa

- e) pri výrobe humánneho lieku nepostupovalo v súlade so stručným opisom spôsobu výroby humánneho lieku,
- f) pri kontrole humánneho lieku nepostupovalo v súlade s kontrolnými metódami farmaceutického skúšania.

- na úrovni štátneho ústavu

Štátny ústav má zaviesť systém, ktorého cieľom je zamedziť tomu, aby sa humánný liek, pri ktorom existuje podozrenie, že predstavujú nebezpečenstvo pre zdravie, vydal pacientovi.

Tento systém má umožniť prijímanie a vyhodnocovanie oznámení o podozreniach, že humánný liek je falšovaný a oznámení o podozreniach, že humánný liek má kvalitatívne nedostatky.

Systém má umožniť stiahnutie humánných liekov z trhu na základe rozhodnutia držiteľa registrácie humánneho lieku alebo na základe nariadenia štátneho ústavu počas i mimo prevádzkového času.

System má umožniť, ak je to potrebné s pomocou zdravotníckych pracovníkov, stiahnutie humánneho lieku od pacientov, ktorým bol takýto humánny liek vydaný.

Ak existuje podozrenie, že humánny liek predstavuje vážne riziko pre ľudské zdravie, štátny ústav, bezodkladne vydá oznámenie o rýchlom varovaní príslušným orgánom všetkých členských štátov a všetkým účastníkom dodávateľského reťazca humánneho lieku v Slovenskej republike.

Ak je predpoklad, že takýto humánny liek bol vydaný pacientom, štátny ústav do 24 hodín vykoná naliehavé verejné oznámenie s cieľom stiahnuť takýto humánny liek od pacientov. Toto oznámenie má obsahovať informáciu o podozrení, že humánny liek je falšovaný alebo má kvalitatívne nedostatky a informácie o súvisiacich rizikách pre zdravie pacientov.

Štátny ústav mal úlohu oznámiť Komisii do 22. júla 2013 podrobnosti o zavedenom systéme. Rozšírila sa pôsobnosť štátneho ústavu. Štátny ústav je oprávnený z vlastného podnetu alebo na požiadanie iného členského štátu, Komisie alebo agentúry vykonávať inšpekcie a opakované inšpekcie vo výrobných priestoroch držiteľov povolenia na výrobu humánnych liekov, výrobcov humánnych liekov v členských štátoch a v tretích štátoch a držiteľov povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov.

Štátny ústav je oprávnený, vo vhodných intervaloch v závislosti od stupňa rizika, vykonávať inšpekcie v priestoroch výrobcov účinných látok, dovozcov účinných látok alebo distribútorov účinných látok, ktoré sa nachádzajú na území Slovenskej republiky a ukladať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov

Lekárstvo

Nemocničnej lekárni sa umožnilo zriadiť si oddelenie výdaja liekov a zdravotníckych pomôcok verejnosti. Inými slovami, umožňuje sa ambulantne liečeným pacientom výdaj liekov na lekárske predpis a výdaj zdravotníckych pomôcok na lekárske poukaz. Zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti bude mať možnosť prostredníctvom tohto oddelenia vykonávať funkciu verejnej lekárne, čo bude mať aj ekonomický prínos.

Navrhlo sa zvýšenie požiadaviek na odbornú spôsobilosť odborného zástupcu vo verejnej lekárni, v pobočke verejnej lekárne a v nemocničnej lekárni. Ustanovuje sa, aby sa fyzickej osobe a právnickej osobe mohlo vydať povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti len v jednej verejnej lekárni a v jednej pobočke verejnej lekárne.

Definuje sa správna lekárenská prax, Vypustili sa marketingové činnosti verejnej lekárne a posilnil sa zdravotnícky charakter. Vypustili sa ustanovenia o vernostnom systéme vo verejných lekárňach. Išlo o opatrenie, ktoré malo marketingový charakter a oslabovalo odborný a zdravotnícky charakter činnosti. Konkurenčný boj medzi verejnými lekárňami o pacienta sa podľa MZ SR má viesť na odbornej úrovni.

V rámci povinnosti používať pri príprave hromadne pripravovaných liekov a individuálne pripravovaných liekov liečivá a pomocné látky, ku ktorým bol vydaný certifikát sa dopĺňa možnosť, aby bol certifikát vydaný štátnym ústavom alebo ním schváleným kontrolným laboratóriom.

Krv a ľudská plazma

Vydávanie povolenia na prípravu transfúzných liekov sa obmedzilo len na zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotníckej starostlivosti a národnú transfúznú službu. Cieľom bolo zabrániť, aby sa ľudská krv alebo zložky z ľudskej krvi napr. ľudská plazma odoberala bez jej spracovania na prípravu transfúzných liekov a použitia pripravených transfúzných liekov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a priamo sa vyvážala bez spracovania na prípravu transfúzných liekov ako vstupná surovina na priemyselné spracovanie vo farmaceutickom priemysle. Zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotníckej starostlivosti a národná transfúzna služba sú garantom využitia ľudskej krvi získanej bezplatne od slovenských darcov krvi.

Marketingové aktivity

Definovali sa pojmy odborné podujatie a propagačné podujatie. Doplnenie týchto definícií má za cieľ precizovať činnosti, ktoré môžu vykonávať jednotlivé subjekty uvedené v tomto zákone. Definícia odborného podujatia sa týka výhradne odborných vedeckých alebo vzdelávacích podujatí ktoré sú určené výhradne pre zdravotníckych

pracovníkov. Súčasťou tohto podujatia môžu byť aj sprievodné aktivity, ktoré sú povolené podľa zákona o reklame. Propagačné podujatie je podujatie určené širokej verejnosti a má charakter kultúrny, spoločenský, športový, verejnoprospešný, nadačný alebo osvetový (napr. plesy, koncerty, výstavy, na ktorých sa zúčastňujú zdravotnícki pracovníci ako fyzické osoby). Takéto podujatie môže byť zamerané aj na podporu alebo ocenenie zdravotníckych pracovníkov (napr. Sestra roka atď.).

Spresnili sa ustanovenia upravujúce marketingové aktivity držiteľa povolenia na výrobu liekov, držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov a držiteľa registrácie lieku, aby bola ich jednoznačná aplikácia v praxi. Spresnila sa definícia zľavy v naturáliách, tak, aby napr. pohostenie poskytnuté na odbornom alebo propagačnom podujatí nebolo možné zamieňať s nepeňažným plnením poskytnutým zdravotníckemu pracovníkovi. Doplnila sa možnosť podporovať okrem odborného podujatia aj propagačné podujatie a zároveň možnosť financovať, sponzorovať alebo inak finančne podporovať účasť zdravotníckeho pracovníka iba na odbornom podujatí.

Doplnili sa nové povinnosti držiteľom povolenia na výrobu liekov. Vyžaduje sa vykonanie auditu vo výrobných miestach výrobcu a v distribučných miestach distribútora účinných látok, či výrobca účinnej látky dodržiava požiadavky správnej výrobnéj praxe a či distribútor účinnej látky dodržiava požiadavky správnej distribučnej praxe.

Držiteľ povolenia na výrobu liekov musí bezodkladne oznamovať štátnemu ústavu a držiteľovi registrácie humánneho lieku falšovanie alebo podozrenie na falšovanie humánnych liekov, ktoré sú v pôsobnosti jeho povolenia na výrobu liekov, bez ohľadu na to, či tieto humánne lieky boli distribuované v rámci legálneho dodávateľského reťazca alebo nelegálnymi cestami vrátane nelegálneho predaja prostredníctvom služieb informačnej spoločnosti.

Držiteľ povolenia na výrobu liekov musí overovať, či sú výrobcovia, dovozcovia a distribútori, od ktorých si zabezpečuje účinné látky, zaregistrovaní u príslušného orgánu členského štátu, v ktorom majú sídlo a musí overovať pravosť a kvalitu účinných látok a pomocných látok použitých ako vstupnú surovinu pri výrobe humánnych liekov.

Odborný zástupca zodpovedný za zabezpečovanie kvality liekov je povinný zabezpečiť, aby na vonkajšom obale humánneho lieku bol umiestnený bezpečnostný prvok.

Ustanovilo sa, že držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov musí mať priestory a ich vybavenie na území Slovenskej republiky.

Definuje sa správna veľkodistribučná prax v zmysle smernice 2011/62/EÚ. Zahŕňa aj veľkodistribúciu účinných látok a pomocných látok. Ustanovili sa požiadavky na dovoz účinnej látky a povinnosť, aby držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov vytvoril a používal systém zabezpečenia kvality liekov, kde sú stanovené zodpovednosti, postupy a opatrenia na riadenie rizika v súvislosti s veľkodistribúciou liekov.

Farmaceutické spoločnosti

Vložil sa nový piaty oddiel a nový § 74a, ktorého cieľom je notifikácia farmaceutických spoločností. Farmaceutická spoločnosť je fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá zabezpečuje registráciu, kategorizáciu alebo marketing humánnych liekov na území Slovenskej republiky.

Lekársky zástupca je fyzická osoba, ktorá v rámci plnenia pracovných úloh pre farmaceutickú spoločnosť prichádza do styku so zdravotníkmi pracovníkmi a s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Farmaceutická spoločnosť môže vykonávať svoju činnosť po oznámení svojej činnosti ministerstvu zdravotníctva. Ministerstvo zdravotníctva zverejňuje na svojom webovom sídle zoznam farmaceutických spoločností.

Vakcíny

Doplnila sa povinnosť držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu liekov dodávať očkovacie látky aj Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a regionálnym úradom verejného zdravotníctva, ak sú určené na očkovanie v mimoriadnych situáciách.

Internetový výdaj liekov

Doplnili sa ustanovenia o internetovom výdaji v súlade so smernicou 2011/62/EÚ. Ide o jednoznačnú identifikáciu subjektu, ktorý je oprávnený vykonávať internetový výdaj lieku. Môže to vykonávať iba verejná lekáreň. Cieľom je, aby užívateľ internetu ľahšie odlišil nelegálny subjekt ktorý ponúka prostredníctvom internetu lieky.

Štátny ústav sa v spolupráci s Komisiou bude podieľať na vytvorení spoločného loga, ktoré bude rozpoznateľné v rámci všetkých členských štátov a ktoré umožní identifikáciu každého členského štátu, v ktorom má osoba zabezpečujúca internetový výdaj svoje sídlo. Toto logo musí byť neprehliadnuteľne uvedené na každej strane webového sídla osoby zabezpečujúcej internetový výdaj liekov.

Štátny ústav zriadi webové sídlo, na ktorom uvedie:

- a) informácie o vnútroštátnych právnych predpisoch vzťahujúcich sa na internetový výdaj humánnych liekov vrátane informácie o tom, že medzi členskými štátmi môžu existovať rozdiely v triedení humánnych liekov podľa viazanosti ich výdaja na lekárske predpis,
- b) informácie o účele spoločného loga,
- c) zoznam držiteľov povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární alebo vo výdajni zdravotníckych pomôcok zabezpečujúcich internetový výdaj s uvedením adresy ich webového sídla,
- d) všeobecné informácie o rizikách spojených s nezákonným predajom humánnych liekov prostredníctvom internetu,
- e) hypertextový odkaz na webové sídlo agentúry, na ktorom sú informácie o internetovom výdaji.

Štátny ústav v spolupráci s agentúrou a príslušnými orgánmi členských štátov bude organizovať a podporovať informačné kampane určené pre širokú verejnosť o nebezpečenstvách falšovaných humánnych liekov s cieľom zvýšiť informovanosť spotrebiteľov o rizikách spojených s humánnymi liekmi, ktoré sú nelegálne predávané prostredníctvom internetu a o fungovaní spoločného loga, webovej stránky agentúry a webových stránok členských štátov, na ktorých sú informácie o internetovom výdaji humánnych liekov.

Klinické skúšanie

Spresnilo sa ustanovenie o postupe etickej komisie pri posudzovaní žiadosti o stanovisko k etike klinického skúšania alebo k žiadosti o stanovisko k zmene údajov v protokole klinického skúšania. Doplnila sa možnosť, aby sa k žiadosti o stanovisko k etike klinického skúšania alebo žiadosti o stanovisko k zmene v protokole prikladal doklad o poistení zodpovednosti zadávateľa za škodu. Ide o prípady, kedy má zadávateľ klinického skúšania uzavretú spoločnú zmluvu o poistení zodpovednosti pre viaceré štáty, ktorá je veľkého rozsahu. V takom prípade sa umožňuje zadávateľovi predložiť len doklad o poistení za škodu.

Spresnilo sa ustanovenie o žiadosti o povolenie klinického skúšania. Stanovisko etickej komisie sa vyžaduje len v prípade, ak ho etická komisia už vydala. Z dôvodu, že smernica EP a Rady č. 2001/20/ES umožňuje, aby sa žiadosť o stanovisko k etike klinického skúšania a žiadosť o povolenie klinického skúšania podali v rovnakom čase, bolo potrebné upraviť, aby žiadateľ k žiadosti o povolenie klinického skúšania prikladal stanovisko k etike klinického skúšania len v prípade, ak už bolo etickou komisiou vydané.

Vypustila sa požiadavka, aby zadávateľ bezodkladne zaslal jeden rovnopis alebo úradne osvedčenú kópiu rozhodnutia o povolení klinického skúšania zdravotnej poisťovni. Zoznam poisťencov, ktorí sa zúčastnia klinického skúšania, zašle zadávateľ príslušnej zdravotnej poisťovni ešte pred začatím klinického skúšania; príslušnosť pacienta k zdravotnej poisťovni je rozhodujúca v čase zaradenia účastníka do klinického skúšania.

Spresnila sa povinnosť pre zadávateľa vo vzťahu k úhrade nákladov spojených s klinickým skúšaním. Náklady spojené s klinickým skúšaním sú všetky náklady spojené nielen s podávaním skúšaného produktu, skúšaného lieku a humánneho lieku ale aj náklady na diagnostické, laboratórne a monitorovacie vyšetrenia účastníkov uvedené v protokole.

Spresnila a doplnila sa povinnosť pre zadávateľa vo vzťahu ku zdravotným poisťovňami po vydaní povolenia na klinické skúšanie, aby bola jednoznačná aplikácia v praxi. Cieľom je zabezpečiť, aby zdravotná poisťovňa mala k dispozícii základné údaje o obsahu a cieľoch klinického skúšania, na ktorom sa ako účastník zúčastňuje jej poistenec.

Spresnila a doplnila sa povinnosť pre skúšajúceho vo vzťahu ku zdravotným poisťovňami, aby bola jednoznačná aplikácia v praxi. Cieľom je zabezpečiť, aby zdravotná poisťovňa mala k dispozícii základné údaje o obsahu a cieľoch klinického skúšania, na ktorom sa ako účastník zúčastňuje jej poistenec.

Neintervenčné klinické skúšanie

Spresnilo sa ustanovenie o neintervenčnej klinickej štúdiu, aby táto štúdia bola jednoznačne odlišená od štúdie bezpečnosti humánneho lieku po registrácii vykonávanej podľa § 68f zákona v súlade so smernicou EP a Rady č. 2010/84/EÚ.

Generická preskripcia liekov

V § 119 ods. 5 sa spresnil spôsob predpisovania liekov pri generickej preskripcii, aby sa vylúčili nejednotné názory pri posudzovaní správnosti predpísaného lieku medzi predpisujúcim lekárom, lekárnikom, ktorý vydáva humánny liek a zdravotnými poisťovňami, ktoré predpísané humánne lieky uhrádzajú. Spresnila sa definícia náhradného generického lieku. Tento pojem sa vzťahuje len na lieky, ktoré obsahujú liečivo uvedené v prílohe č. 1 zákona o liekoch. Spresnil sa rozsah informácií, ktoré má podať lekárnik pacientovi pri generickej preskripcii.

Reklama liekov

Rozšíril sa zákaz reklamy aj na lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis, avšak obsahujú rovnaké liečivo alebo rovnakú kombináciu liečiv, rovnakú liekovú formu a rovnakú silu ako lieky, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis alebo lieky, ktoré sú uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia podľa osobitného predpisu. Spresnilo sa ustanovenie v § 8 odseku 5 zákona o reklame s cieľom zabrániť, aby sa mohla robiť reklama humánnych liekov, ktoré nie sú v Slovenskej republike registrované osobám oprávneným predpisovať humánne lieky (predpisujúcim lekárom) a osobám oprávneným vydávať humánne lieky (lekárnikom).

4.8.1.3 Cezhraničná spolupráca

Zákonom č. 220/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony sa novelizoval aj zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Zaviedli sa nové tlačivá: lekársky predpis na poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a lekársky poukaz na poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (§ 120a). Zaviedli sa nové pravidlá pre predpisovanie a výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

Týmto zákonom sa prebrala smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ zo 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a vykonávací Smernica Komisie 2012/52/EÚ z 20. decembra 2012, ktorou sa stanovujú opatrenia na uľahčenie uznávania lekárskeho predpisov vystavených v inom členskom štáte.

4.8.2 Zmeny v zákone o omamných látkach

4.8.2.1 Zákon 40/2013 Z. z.

Cieľom navrhovanej zákona 40/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov bolo splnomocniť Ministerstvo zdravotníctva SR vydávať zoznam neregistrovaných omamných a psychotropných látok tzv. rizikových látok vyhláškou Ministerstvo zdravotníctva SR a ustanoviť pre rizikové látky orgány štátneho dozoru, ktoré budú mať právomoc ukladať osobitné kontrolné opatrenia, na základe ktorých budú mať orgány štátneho dozoru právomoc zakázať distribúciu a predaj výrobkov s obsahom rizikových látok na trhu Slovenskej republiky a zároveň nariadiť ich zadržanie.

Zoznam omamných látok a psychotropných látok je potrebné ponechať ako prílohu č. 1 zákona, aby sa v súlade s Ústavou Slovenskej republiky nedodržiavanie ustanovení zákona č. 139/1998 Z. z. mohlo považovať za trestné činy ohrozujúce život alebo zdravie v súlade so zákonom č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon. Konkrétne ide o trestné činy podľa § 171 až 173 „Nedovolená výroba omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi“ a § 174 „Šírenie toxikománie“.

Zaviedlo sa vydávanie zoznamu neregistrovaných omamných a psychotropných látok tzv. „rizikových látok“ formou všeobecne záväzného predpisu, ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR na základe splnomocňujúceho ustanovenia v zákone. Rizikové látky sú definované ako látky, ktorých chemická štruktúra a predpokladané účinky sú podobné ako pri omamných látkach alebo psychotropných látkach látky.

Od 1. 10. 2013 je v platnosti vyhláška MZ SR č. 298/2013 Z. z., ktorou sa vydáva zoznam rizikových látok. Riziková látka sa zaradi do zoznamu rizikových látok, ak je odôvodnené podozrenie, že sa zneužíva na trvalé alebo ojedinelé úmyselné a nadmerné užívanie, ktoré je sprevádzané škodlivými fyzickými reakciami alebo duševnými reakciami.

Ak sa v lehote troch rokov od zaradenia do zoznamu rizikových látok preukáže, že riziková látka má vlastnosti omamnej látky alebo psychotropnej látky, bezodkladne sa zaradi do zoznamu omamných látok a psychotropných látok uvedeného v prílohe č. 1 a súčasne sa vyradí zo zoznamu rizikových látok.

Zo zoznamu rizikových látok sa bezodkladne vyradí riziková látka, ak sa v lehote troch rokov od zaradenia do zoznamu rizikových látok preukáže, že riziková látka nemá vlastnosti omamnej látky alebo psychotropnej látky. Zo zoznamu rizikových látok sa bezodkladne vyradí riziková látka aj vtedy, ak sa v lehote podľa prvej vety nepreukáže, že riziková látka nemá vlastnosti omamnej látky alebo psychotropnej látky.

4.8.2.2 Zákon 43/2014 Z. z.

Na návrh Ministerstva pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky sa vyňali semená konopy siatej z prílohy č. 1 z I. skupiny omamných látok, aby sa dosiahol súlad so zoznamom kontrolovaných látok, ktorý je súčasťou Jednotného dohovoru OSN o omamných látkach z roku 1961. Semená konopy siatej neobsahujú kanabinoide a preto nie je potrebné, aby podliehali kontrolným opatreniam.

Zároveň sa zaradilo osem nových psychoaktívnych látok do I. skupiny psychotropných látok, čím Slovenská republika prispela k boju proti zneužívaniu týchto látok na drogovej scéne.

Prínosy:

- prebratie piatich smerníc EÚ
- zavedenie nových, prísnejších pravidiel dohľadu nad liekmi (farmakovigilancie)
- zavedenie nových opatrení na zabránenie vstupu falšovaných liekov do legálneho dodávateľského reťazca
- monitorovanie reexportu liekov
- regulácia marketingových aktivít

Negatíva:

- potreba zvýšenia transparentnosti pri monitorovaní marketingových aktivít
- kontrola internetového predaja liekov
- zosúladenie reexportu s právom EÚ
- problémy s e. health
- falšovanie lekárskeho predpisov

4.9 Povoľovanie terapeutického použitia neregistrovaného lieku

Ministerstvo zdravotníctva SR podľa § 46 ods. 3 a ods. 4 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a podľa § 2 a 3 vyhlášky MZ SR č.

507/2005 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, a podrobnosti o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia vydáva individuálne a skupinové povolenia na terapeutické použitie neregistrovaného lieku, alebo neschválenej indikácie.

Počty vydaných povolení sú nasledovné:

rok 2012 individuálne povolenia: 1010, skupinové povolenia: 435

rok 2013 individuálne povolenia: 896, skupinové povolenia: 461

rok 2014 individuálne povolenia: 990, skupinové povolenia: 373

Od roku 2012 sa na žiadosť hlavného odborníka pre onkológiu vydáva skupinové povolenie na terapeutické použitie neregistrovaného lieku obsahujúcich základné onkologické liečivá, ak držiteľ registrácie onkologického lieku nahlási prerušenie výroby. Týka sa to liečiv bleomycín, dakarbazín, melfalan, karmustín, merkaptopurín metotrexát, vinkristín, vinblastín, ktoré sa používajú na štandardnú liečbu rôznych onkologických ochorení.

V roku 2014 bolo vydané skupinové povolenie na terapeutické použitie neregistrovaného lieku BCG vaccine freeze dried (Live) pre potreby detských pneumologických pracovísk, ktoré vykonávajú BCG očkovanie detí proti TBC v rizikových oblastiach, na základe rozhodnutia hygienika RÚVZ, a na terapeutické použitie neregistrovaných základných liekov na liečbu TBC (Streptomycín, Isozid).

Pravidelne každoročne vydáva MZ SR skupinové povolenie na dovoz neregistrovaných antidot, ktoré sú k dispozícii na pracoviskách KAIM s JIRS.

Pre potreby OAIM a RZP vydáva MZ SR povolenia na injekčné formy liekov Catapresan (nezvládnuteľná hypertenzia), Dobutamin inj, Exacyl (hemoragické poruchy), Digoxin inj (kardiálne zlyhanie, fibrilácia).

Prínosy:

- možnosť náhrady lieku, ak ide o liek v zozname kategorizovaných liekov, ktorý z objektívnych dôvodov nie je na trhu - preklenutie výpadku vo výrobe registrovaných liekov
- možnosť liečby liekom, ak v inom štáte je liek registrovaný a v SR nie je registrovaný,
- možnosť použitia lieku na inú ako schválenú indikáciu,
- možnosť použitia lieku pre skupinu pacientov, najčastejšie v ústavných zdravotníckych zariadeniach,
- možnosť použitia špecifických druhov liekov, antidotá, rádioaktívne lieky, zriedkavé ochorenia.

Negatíva:

- vedecky neoverené použitie,
- na zodpovednosť indikujúceho lekára,
- len s informovaným súhlasom pacienta,
- potrebný súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou lieku,
- administratívne náročný proces,
- finančná náročnosť – lieky nepodliehajú cenovej regulácii.

4.10 Povolenia výrobcov liekov, veľkodistribútorom liekov a zdravotníckych pomôcok zariadeniam lekárenskej starostlivosti

2012	Počet
Povolenia na veľkodistribúciu liekov a zdravotníckych pomôcok, výrobu liekov podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov	74
Povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v nemocničnej lekárni	17
Povolenia na prípravu transfúzných liekov	09
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami pre distribučné organizácie, výrobné organizácie, prepravcov a iné subjekty (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch),	28
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch), pre záchranné služby a pestovateľov maku a konope	09
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými látkami a psychotropnými látkami pre verejné lekárne, nemocničné lekárne a iné subjekty	591
Povolenia MZ SR na terapeutické použitie neregistrovaného lieku	1446
Vývoz ľudskej plazmy	7
Jednorazové povolenia na dovoz omamných a psychotropných látok	485
Jednorazové povolenia na vývoz omamných a psychotropných látok	111
Jednorazové povolenia na tranzit omamných a psychotropných látok	21
Žiadosť o odpis z registra trestov	663
Celkový počet vydaných povolení (podľa zákona č. 362/2011 Z. z. a zákona č. 139/1998 Z. z.)	3387

2013	Počet
Povolenia na veľkodistribúciu liekov výrobu liekov podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov	92
Povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v nemocničnej lekárni	21
Povolenia na prípravu transfúzných liekov	17

Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami pre distribučné organizácie, výrobné organizácie, prepravcov a iné subjekty (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch),	35
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch), pre záchranné služby a pestovateľov maku a konope	4
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými látkami a psychotropnými látkami pre verejné lekárne, nemocničné lekárne a iné subjekty	633
Povolenia MZ SR na terapeutické použitie neregistrovaného lieku	1357
Vývoz ľudskej plazmy	2
Jednorazové povolenia na dovoz omamných a psychotropných látok	572
Jednorazové povolenia na vývoz omamných a psychotropných látok	157
Jednorazové povolenia na tranzit omamných a psychotropných látok	19
Žiadosť o odpis z registra trestov	579
Žiadosť o povolenie výnimky z uvádzania údajov na vonkajšom a vnútornom obale v štátnom jazyku	19
Celkový počet vydaných povolení (podľa zákona č. 362/2011 Z. z. a zákona č. 139/1998 Z. z.)	3507

2014	Počet
Povolenia na veľkodistribúciu liekov výrobu liekov podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov	78
Povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v nemocničnej lekárni	17
Povolenia na prípravu transfúzných liekov	32
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami pre distribučné organizácie, výrobné organizácie, prepravcov a iné subjekty (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch),	28
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami (podľa zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch), pre záchranné služby a pestovateľov maku a konope	23
Povolenia na zaobchádzanie s omamnými látkami a psychotropnými látkami pre verejné lekárne, nemocničné lekárne a iné subjekty	640
Povolenia MZ SR na terapeutické použitie neregistrovaného lieku	1363

Vývoz ľudskej plazmy	2
Jednorazové povolenia na dovoz omamných a psychotropných látok	801
Jednorazové povolenia na vývoz omamných a psychotropných látok	263
Jednorazové povolenia na tranzit omamných a psychotropných látok	18
Žiadosť o odpis z registra trestov	756
Žiadosť o povolenie výnimky z uvádzania údajov na vonkajšom a vnútornom obale v štátnom jazyku	47
Celkový počet vydaných povolení (podľa zákona č. 362/2011 Z. z. a zákona č. 139/1998 Z. z.)	4068

5. Prílohy



5 Prílohy

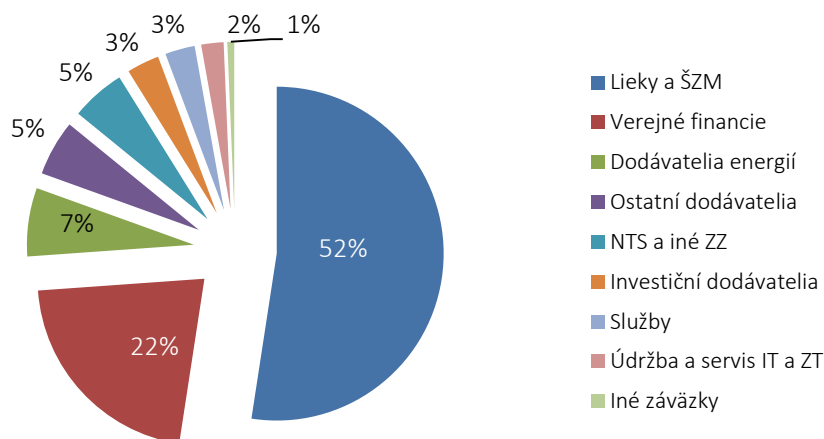
5.1 Príloha 1: Detail dlhu zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR

Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR majú stav záväzkov po lehote splatnosti k 31. 12. 2013 kumulatívne vo výške 246,81 mil. €. Stav záväzkov v lehote splatnosti (bez záväzkov zo zúčtovania transferov) v tejto kategórii zdravotníckych zariadení je vo výške 156,73 mil. €. Na stabilizáciu a zamedzenie rastu zadlženosti týchto zdravotníckych zariadení prijalo Ministerstvo zdravotníctva opatrenia ktoré sú postupne realizované v zdravotníckych zariadeniach.

V prvej etape zamedzovania rastu zadlženosti zdravotníckych zariadení Ministerstvo zdravotníctva prioritne sústreďuje svoje aktivity na 13 najväčších zdravotníckych zariadení vo svojej pôsobnosti – Univerzitnú nemocnicu Bratislava, Fakultnú nemocnicu s poliklinikou F.D.R. Banská Bystrica, Univerzitnú nemocnicu L.P. Košice, Fakultnú nemocnicu Žilina, Fakultnú nemocnicu Nitra, Fakultnú nemocnicu s poliklinikou Nové Zámky, Fakultnú nemocnicu Trnava, Fakultnú nemocnicu Trenčín, Fakultnú nemocnicu s poliklinikou J. A. R. Prešov, Univerzitnú nemocnicu Martin, Detskú fakultnú nemocnicu s poliklinikou Bratislava, Detskú fakultnú nemocnicu s poliklinikou Banská Bystrica a Detskú fakultnú nemocnicu Košice. Tieto zariadenia majú okrem Fakultnej nemocnice Nitra najvýraznejší podiel na tvorbe záväzkov a dlhu zariadení v pôsobnosti MZ SR.

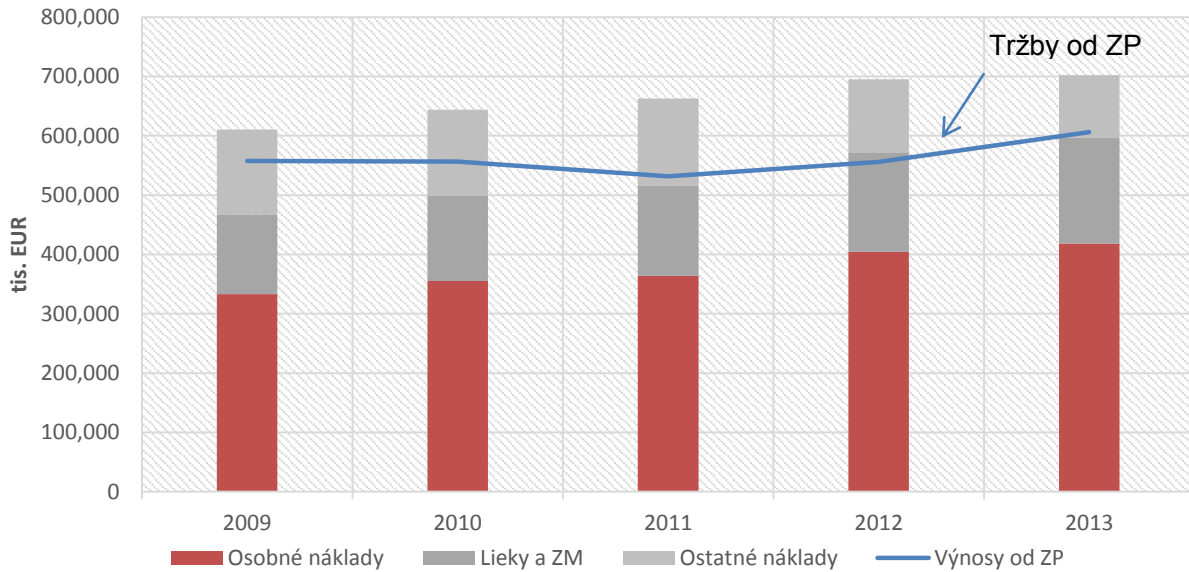
Z hľadiska štruktúry záväzkov po lehote splatnosti najvyšší podiel na celkovom dlhu tejto kategórie zdravotníckych zariadení má už dlhodobo dlh voči dodávateľom liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu, čo v súčasnosti predstavuje 52% podiel z celkového dlhu. Dlhu voči verejným financiám je 22% (záväzky voči Sociálnej poisťovni, Daňovému úradu a zdravotným poisťovniam) z celkového dlhu, voči dodávateľom energií, t. j. dodávateľom plynu, energií a vody je vo výške 7%, dlh voči ostatným dodávateľom tovarov a služieb tvorí 5% z celkového dlhu, dlh voči ostatným zdravotníckym zariadeniam a Národnej transfúznej službe tvorí 5% dlhu, dlh voči investičným dodávateľom je 3%, dlh voči dodávateľom služieb je 3%, dlh voči dodávateľom servisných služieb zdravotníckych zariadení a informačnej techniky tvorí 2% a iné záväzky tvoria 1% z celkového dlhu. Percentuálny podiel dlhu znázorňuje nasledujúci diagram.

Diagram 34: Štruktúra záväzkov po lehote splatnosti v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti MZ SR k 31.12.2013



Za hlavné dôvody neustáleho rastu zadlženosti zdravotníckych zariadení možno považovať pokračujúce generovanie prevádzkových strát v nemocniciach, pretože v týchto zariadeniach sa uskutočňuje najväčší rozsah finančne náročných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zároveň vysoký podiel a nárast osobných nákladov v pomere k výnosom od poisťovni a významný podiel nákladov na lieky a zdravotnícky materiál na celkových nákladoch zdravotníckych zariadení. Tieto dôvody názorne prezentuje graf, ktorý zobrazuje náklady a tržby 13 fakultných a univerzitných nemocníc. Tieto zariadenia majú okrem Fakultnej nemocnice v Nitre a Fakultnej nemocnice v Žiline najvýraznejší podiel na tvorbe dlhu zariadení v pôsobnosti MZ SR.

Diagram 35: Ročné náklady zdravotníckych zariadení a tržby od zdravotných poisťovní



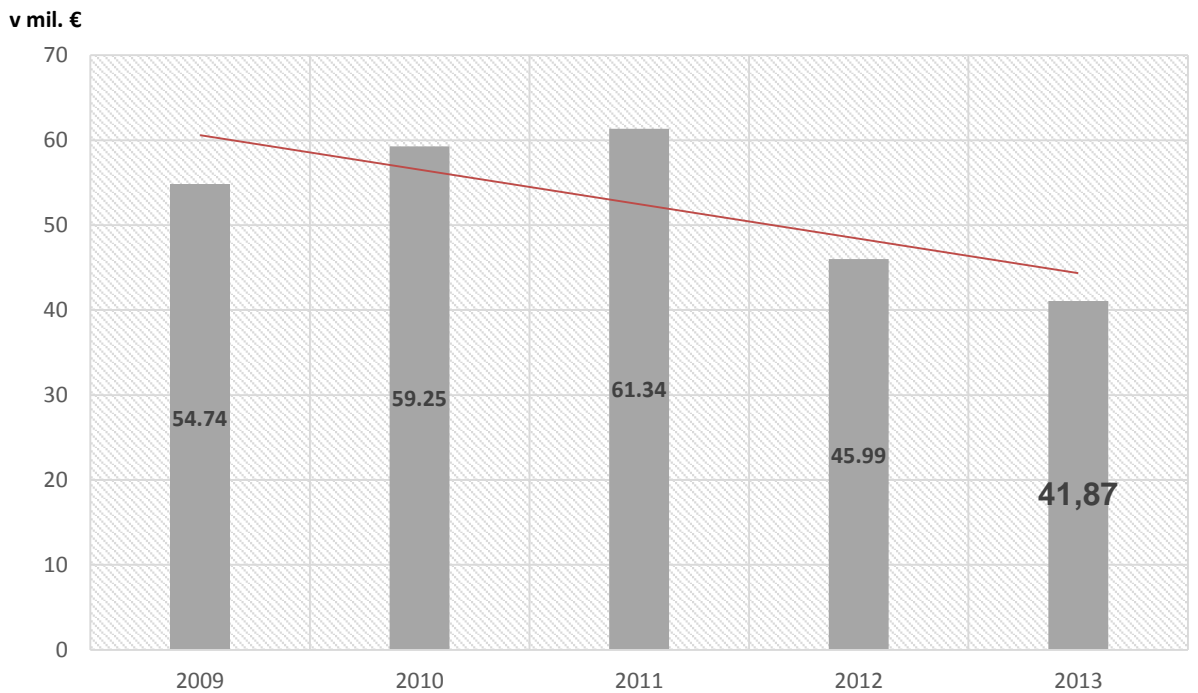
Z diagramu vyplýva, že tržby od zdravotných poisťovní nedokážu pokryť prevádzkové náklady 13 najväčších univerzitných a fakultných nemocníc. Faktom je, že zvyšovanie osobných nákladov v roku 2012 vyplývajúce z implementácie ustanovení zákona č. 578/2004 Z. z. a zákona č. 62/2012 Z. z. o mzdových nárokoch zdravotníckych pracovníkov významne skomplikovalo situáciu v snahe stabilizovať hospodárenie nemocníc. Osobné náklady 13 fakultných a univerzitných nemocníc v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011 vzrástli o 40 mil. €, v dôsledku čoho stúpili základné mzdy ako východiskový bod pre osobné náklady v roku 2013. V číselnom vyjadrení došlo k nárastu osobných nákladov v roku 2013 o 14,13 mil. €. Od roku 2009 narástol podiel osobných nákladov v nemocniciach na výnosoch od zdravotných poisťovní z priemernej úrovne 60% na 69% v roku 2013, pričom v niektorých mesiacoch dosahuje tento ukazovateľ v určitých nemocniciach hodnotu viac ako 90%.

Aj napriek medziročnému nárastu osobných nákladov (+14,13 mil. €) sa podľa finálnych výsledkov za rok 2013 podarilo dosiahnuť výrazné zníženie straty 13 fakultných a univerzitných nemocníc vo vzťahu k hospodárskemu výsledku v roku 2012. Strata týchto nemocníc za rok 2012 dosiahla úroveň -116 mil. €. **Strata nemocníc za rok 2013 bola na úrovni -67 mil. €.**

Diagram 36: Hospodársky výsledok 13 fakultných a univerzitných nemocníc v mil. € v rokoch 2011, 2012 a 2013

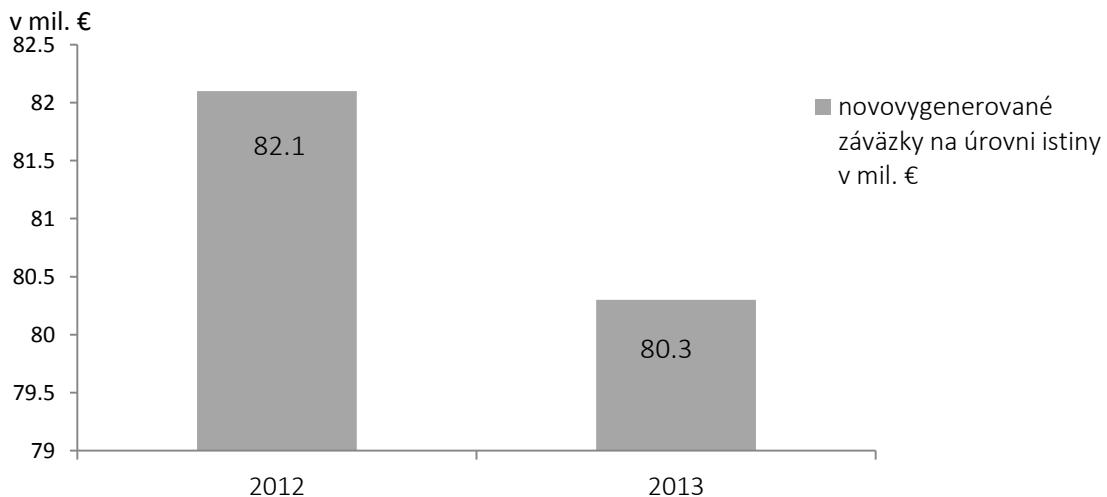


Diagram 37: Ostatné prevádzkové náklady



V oblasti finančného riadenia prevádzky univerzitných a fakultných nemocníc sme dosiahli medziročné zníženie ostatných prevádzkových nákladov v sume o 4,12 mil. €. **Súčasne je potrebné konštatovať, že sa podarilo v roku 2013 stabilizovať vývoj zadlženosti a tempa rastu dlhu nemocníc** v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Medziročné porovnanie tvorby záväzkov na úrovni istiny uvádza nasledujúci diagram (údaje reprezentujú vývoj v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach).

Diagram 38: Ročné porovnanie tvorby záväzkov na úrovni istiny



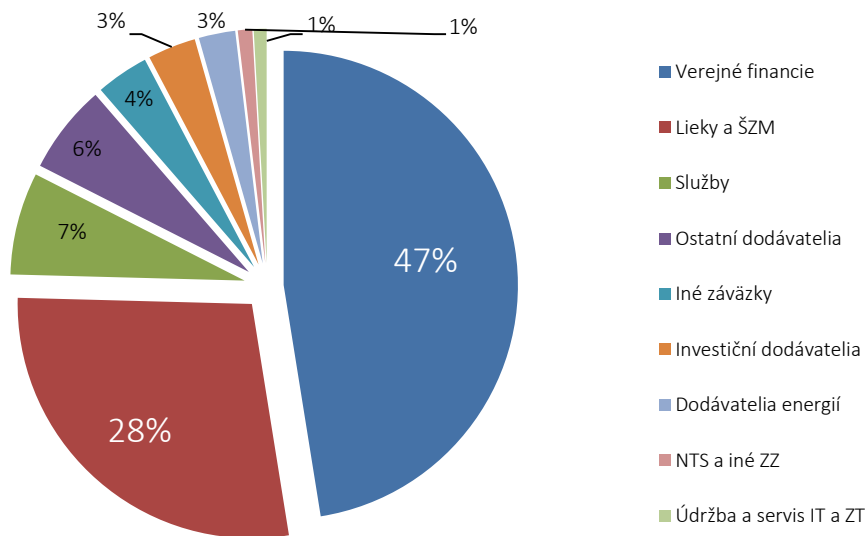
2. Dlh zdravotníckych zariadení transformovaných na akciové spoločnosti

Zdravotnícke zariadenia transformované na akciové spoločnosti vykazujú záväzky po lehote splatnosti v sume 0,01 mil. €. Záväzky v lehote splatnosti sú v celkovej výške 65,45 mil. €, čo predstavuje pokles o 5,06 mil. € oproti roku 2012.

3. Dlh zdravotníckych zariadení delimitovaných na obce a vyššie územné celky a transformovaných na neziskové organizácie

V zdravotníckych zariadeniach, ktoré boli v zmysle zákona č. 416/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov delimitované z pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR na obce a vyššie územné celky (ďalej len „ZZ delimitované na obce a VÚC“) a v zdravotníckych zariadeniach, ktoré boli transformované na neziskové organizácie (ďalej len „ZZ transformované na n. o.“) poskytujúce všeobecne prospešné služby podľa zákona č. 13/2002 Z. z. sa sleduje dlh od obdobia delimitácie, resp. transformácie. Štruktúra dlhu voči jednotlivým subjektom je v tejto kategórii zdravotníckych zariadení nasledovná:

Diagram 39: Štruktúra záväzkov po lehote splatnosti delimitovaných a transformovaných zdravotníckych zariadení k 31.12.2013



Z podkladov, ktoré boli MZ SR zaslané k 31.12.2013 zdravotnícke zariadenia delimitované na obce a VÚC a zdravotnícke zariadenia transformované na neziskové organizácie majú záväzky po lehote splatnosti vo výške 72,11 mil. €. Výška záväzkov v lehote splatnosti je pre túto kategóriu zariadení 90,70 mil. €. Oproti roku 2012 došlo k poklesu záväzkov v lehote splatnosti o 5,06 mil. €, záväzky po lehote splatnosti ale zaznamenali nárast o 0,71 mil. €.

Zo záväzkov po lehote splatnosti sú najvyššie záväzky voči verejným financiám a tvoria 47% z celkového dlhu, dlhy voči dodávateľom liekov a špeciálneho zdravotníckeho materiálu – celkovo tvoria 28% z celkového dlhu. Dlh voči dodávateľom služieb je 7%, dlh voči ostatným dodávateľom je 6%, dlh voči dodávateľom energií je 3%, iné záväzky tvoria 4% celkového dlhu, dlh voči investičným dodávateľom je 3%, nevyrovnané záväzky voči ostatným zdravotníckym zariadeniam a Národnej transfúznej službe majú 1% podiel na celkovom dlhu a dlh voči dodávateľom servisných služieb zdravotníckych zariadení a informačnej techniky tvorí 1% celkového dlhu. Uvedené údaje, ktoré bližšie znázorňuje graf sa týkajú len istiny záväzkov po lehote splatnosti.

Z vyššie uvedených informácií vyplýva, že záväzky po lehote splatnosti sa u tejto kategórie zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte v zásade významne nemenia, v roku 2013 medziročne narástli o 0,71 mil. €. Vývoj záväzkov po lehote splatnosti u tejto skupiny zdravotníckych zariadení za obdobie ostatných piatich rokov osciluje okolo priemernej hodnoty 75,54 mil. €.

4. Dlh zdravotných poisťovní

Na základe predbežných údajov z finančných výkazov dosiahli zdravotné poisťovne k 31. 12. 2013 celkové príjmy (vrátane príjmových finančných operácií) výšku 4,317 mld. €, čo predstavuje naplnenie rozpočtu na 104%. Z týchto celkových príjmov dosiahli príjmy z poistného na verejné zdravotné poistenie výšku 3,89 mld. €, čo znamená naplnenie rozpočtu na 106%.

Výdavky zdravotných poisťovní v roku 2013 dosiahli 4,019 mld. €. Výdavky boli rozpočtované na rok 2013 vo výške 3,95 mld. €, čo je naplnenie rozpočtu na 102%.

Z analýzy vývoja záväzkov po lehote splatnosti a v lehote splatnosti ku koncu roku 2013 vyplýva, že na celkovom objeme dlhu sa najvýznamnejšie podieľajú najmä zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a delimitované na obce a vyššie územné celky a transformované zdravotnícke zariadenia na neziskové organizácie.

Pokračujúce generovanie prevádzkových strát v nemocniciach negatívne ovplyvňuje verejné financie v súčasnosti a aj v strednodobom výhľade predstavuje objektívne významné riziká pre verejné financie.

V roku 2013 vstúpila do platnosti transpozícia Smernice EP 2011/7/EÚ o boji proti oneskoreným platbám v obchodných transakciách a bola transponovaná do obchodného zákonníka (zákon č. 513/1991 Z.z., § 340 a) b). Jej implementáciou sú ovplyvnené objemy záväzkov zdravotníckych zariadení v lehote aj po lehote splatnosti, pretože podľa novelizácie a znenia § 340 zákona č. 513/1991 Z.z. je lehota splatnosti pre zdravotnícke zariadenia najviac 60 dní, čo znamená, že záväzky v lehote splatnosti sa dynamickejšie presúvajú do kategórie záväzkov po lehote splatnosti.

Významne ich ovplyvní aj ďalšie zvyšovanie platov zdravotníckych pracovníkov v roku 2014 a 2015, čo do výšky ako aj štruktúry, pretože osobné náklady predstavujú najväčšiu časť prevádzkových nákladov nemocníc.

Nezanedbateľným rizikom pre verejné financie, ktoré je potrebné uviesť, je veľmi zastaraná a opotrebovaná infraštruktúra väčšiny zdravotníckych zariadení v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Významným rizikom, ktoré taktiež vnímame, sú náklady na obsluhu dlhu pri záväzkoch po lehote splatnosti. Je tu riziko súvisiacich nákladov na príslušenstvo vyvolaných exekúciami a súdnymi poplatkami pri procesoch vymáhania pohľadávok zo strany veriteľov zdravotníckych zariadení.

Na zlepšenie stavu v oblasti zadlženia fakultných a univerzitných nemocníc postupne MZ SR realizuje opatrenia ktoré majú za cieľ znižovať zadlženosť. V roku 2013 sa podarilo dosiahnuť výrazné zníženie kumulovanej straty 13 fakultných a univerzitných nemocníc o 49 mil. €. Strata nemocníc za rok 2012 dosiahla úroveň -116 mil. €, strata za rok 2013 bola vo výške -67 mil. €. Zároveň za obdobie január - december 2012 boli novo vygenerované záväzky na úrovni istiny v objeme 82,1 mil. €, zatiaľ čo v období január - december 2013 to bolo na úrovni 80,3 mil. €

Všeobecným problémom je fakt, že náklady nemocníc nie sú v dostatočnej miere pokryté výnosmi od zdravotných poisťovní. Nemocnice tiež čelia skrytému dlhu vo forme nevyhovujúcej infraštruktúry, keďže investície do tejto oblasti sú z dlhodobého hľadiska poddimenzované. Situáciu by zlepšila vyššia miera dofinancovania sektora zdravotníctva.

5.2 Príloha 2 : Predbežné údaje úrovne zadĺženia za rok 2014

Vývoj záväzkov v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach. Celkové záväzky dosiahli ku koncu roku 2014 hodnotu 436 mil. EUR. Po lehote splatnosti je 318 mil. EUR a v lehote splatnosti 118 mil. EUR.

Celkové záväzky vzrástli o 70,2 mil. EUR v roku 2014, čo je pomalšie tempo v porovnaní s rokom 2013 o 10,1 mil. EUR (v roku 2013 to bolo 80,3 mil. EUR; v roku 2012 to bolo 82,1 mil. EUR). Dá sa teda povedať, že už tretí rok po sebe sa darí reálne znižovať celkové tempo zadĺženosti v týchto nemocniciach. Pokles celkových záväzkov, teda žiaden nový dlh v roku 2014 netvorili 3 nemocnice: FN Nitra, DFN Košice a DFNSP B. Bystrica. Pod 1 mil. EUR vytvorila FN Žilina a FN N. Zámky. V roku 2013 pokles záväzkov zaznamenali FN Nitra a FN Žilina. V nasledujúcej časti uvádzame vývoj za rok 2014 na základe predbežných údajov ktoré sú v čase spracovania tohto dokumentu k dispozícii.

Tabuľka 41: Prehľad vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva – stav

	k 31.12.2009	k 31.12.2010	k 31.12 2011	k 31.12 2012	k 31.12.2013	k 31.12.2014 predbežné výsledky
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR (vrátane univerzitných a fakultných nemocníc)	355,95	455,92	223,74	319,79	403,54	473,69
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	125,83	142,41	152,02	167,16	162,81	-
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	86,72	76,07	75,16	70,65	65,46	63,20
Zdravotné poisťovne	470,88	748,55	733,30	705,29	593,61	533,76
Záväzky na úrovni istiny spolu	1 039,38	1 422,95	1 184,19	1 262,89	1 225,42	-

Tabuľka 42: Prehľad medziročného vývoja záväzkov spolu na úrovni istiny v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)

v mil. eur	vývoj záväzkov					
	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €	porovnanie r. 2014 k r. 2013 v mil. € predbežné výsledky
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	10,10	99,97	-232,18	96,05	83,75	+70,15
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	-2,50	16,58	9,61	15,14	-4,35	-

Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	40,14	-10,65	-094	-4,48	-5,19	-2,26
Zdravotné poisťovne	78,44	277,67	-15,25	-28,01	-111,68	-59,85
Závazky spolu	126,22	383,57	-238,76	78,70	-37,47	-

V priebehu roku 2009 bola poskytnutá finančná pomoc pre zdravotnícke zariadenia vo výške 130 mil. € a v priebehu roka 2011 boli poskytnuté finančné prostriedky vo výške 300 mil. € na stabilizáciu nemocníc v pôsobnosti MZ SR.

Tabuľka 43: Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav

	k 31.12.2009*	k 31.12.2010	k 31.12.2011*	k 31.12.2012	k 31.12.2013	k 31.12.2014 predbežné výsledky
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	115,45	209,36	69,44	141,75	246,81	334,18
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	77,51	75,76	80,93	71,40	72,11	-
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	0,04	0,05	0,13	0,14	0,01	0,00
Zdravotné poisťovne	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Závazky po lehote splatnosti spolu	193,19	285,17	150,50	213,29	318,93	-

* V priebehu roku 2009 bola poskytnutá finančná pomoc pre zdravotnícke zariadenia vo výške 130 mil. € a v priebehu roka 2011 boli poskytnuté finančné prostriedky vo výške 300 mil. € na stabilizáciu nemocníc v pôsobnosti MZ SR.

Tabuľka 44: Prehľad medziročného vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)

	vývoj dlhu					
	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €	porovnanie r. 2014 k r. 2013 v mil. € predbežné výsledky
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	-80,10	+93,91	-139,92	+72,31	+105,06	+87,37
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	+0,80	-1,75	+5,17	-9,53	+0,71	-

Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	-0,01	+0,01	+0,08	+0,01	-0,13	-0,01
Zdravotné poisťovne	-0,21	-0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
Závazky po lehote splatnosti spolu	-79,52	+91,98	-134,67	+62,79	+105,64	-

V priebehu roku 2009 bola poskytnutá finančná pomoc pre zdravotnícke zariadenia vo výške 130 mil. € a v priebehu roka 2011 boli poskytnuté finančné prostriedky vo výške 300 mil. € na stabilizáciu nemocníc v pôsobnosti MZ SR.

Tabuľka 45: Prehľad vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva - stav

	k 31.12.2009	k 31.12.2010	k 31.12.2011	k 31.12.2012	k 31.12.2013	k 31.12.2014 predbežné výsledky
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	240,50	246,56	154,30	178,04	156,73	139,51
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	48,32	66,65	71,09	95,76	90,70	-
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	86,68	76,02	75,00	70,51	65,45	63,20
Zdravotné poisťovne	470,69	748,55	733,30	705,29	593,61	533,76
Závazky v lehote splatnosti spolu	846,19	1 137,78	1 033,69	1 049,60	906,49	-

Tabuľka 46: Prehľad medziročného vývoja záväzkov v lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – zmena (rast resp. pokles)

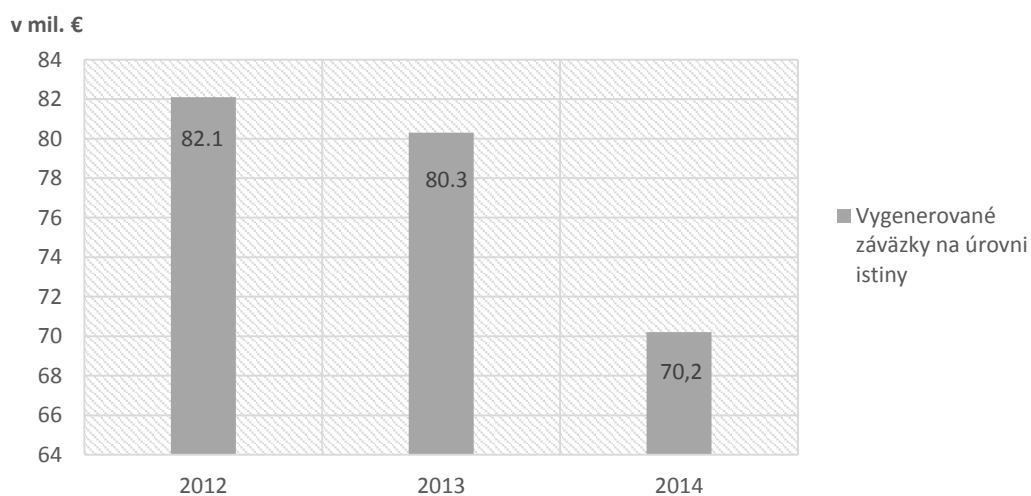
v mil. eur	vývoj záväzkov						porovnanie r. 2014 k r. 2013 v mil. € predbežné výsledky
	porovnanie r. 2009 k r. 2008 v mil. €	porovnanie r. 2010 k r. 2009 v mil. €	porovnanie r. 2011 k r. 2010 v mil. €	porovnanie r. 2012 k r. 2011 v mil. €	porovnanie r. 2013 k r. 2012 v mil. €		
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	90,20	6,06	-92,26	23,74	-21,31	-17,22	
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	-3,30	18,33	4,44	24,67	-5,06	-	
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	40,19	-10,66	-1,02	-4,49	-5,06	-2,25	

Zdravotné poisťovne	78,65	277,86	-15,25	-28,01	-111,68	-59,85
Závazky v lehote splatnosti spolu	205,74	291,59	-104,09	15,91	-143,11	-

V priebehu roku 2009 bola poskytnutá finančná pomoc pre zdravotnícke zariadenia vo výške 130 mil. € a v priebehu roka 2011 boli poskytnuté finančné prostriedky vo výške 300 mil. € na stabilizáciu nemocníc v pôsobnosti MZ SR.

Čo sa týka fakultných a univerzitných nemocníc, aj napriek medziročnému nárastu osobných nákladov o 16 mil. € sa v roku 2014 podarilo stabilizovať vývoj zadlženosti a znížiť tempo rastu dlhu nemocníc. Medziročné porovnanie tvorby záväzkov spolu na úrovni istiny uvádza nasledujúci graf (údaje reprezentujú vývoj v 13 fakultných a univerzitných nemocniciach):

Tabuľka 47: Medziročné porovnanie tvorby záväzkov spolu na úrovni istiny



Za obdobie január - december 2012 boli novo vygenerované záväzky na úrovni istiny v objeme 82,1 mil. €, v roku 2013 to bolo na úrovni 80,3 mil. €. V období január - december 2014 došlo k celkovému nárastu záväzkov na úrovni istiny o 70,2 mil. €. **Z uvedeného je vidieť, že už tretí rok po sebe sa reálne znižovalo celkové tempo zadlženosti**

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030

Úvod

Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030 predstavuje základný dokument, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku.

Kľúčové rozhodnutia v oblasti starostlivosti o zdravie boli v minulosti často pripravované bez dostatočného porozumenia a identifikovania skutočných problémov. Ambíciou tohto dokumentu je na základe metodického postupu identifikovať reálne problémy slovenského zdravotníctva, nájsť merateľné ukazovatele a stanoviť dosiahnuteľné ciele do roku 2030. Následne budú identifikované kľúčové nástroje pre dosiahnutie týchto cieľov. Spôsob implementácie týchto nástrojov budú tvoriť jednotlivé stratégie, vyplývajúce zo strategického rámca, ktoré budú pripravované a implementované následne.

Snahou ministerstva zdravotníctva bude uplatňovať princíp Zdravia vo všetkých politikách (z anglického Health in All Policies - HiAP)¹², a teda spolupracovať pri tvorbe a presadzovaní štátnej politiky zdravia so všetkými sektormi na dosiahnutie stanovených cieľov.

Je dôležité pripomenúť, že predkladaný Strategický rámec nemá ambíciu zostávať do r. 2030 nemenným z hľadiska nástrojov zmien, ale na základe relevantných a podložených argumentov bude pravidelne prehodnocovaný a jednotlivé realizačné stratégie môžu byť eventuálne korigované. Preto je potrebné vnímať aj tento dokument ako dynamický materiál, ktorý môže byť v budúcnosti dopĺňovaný na základe nových poznatkov.

Prvá časť dokumentu pomenúva spoločné priority členských krajín Svetovej zdravotníckej organizácie pre európsky región WHO Europe v oblasti zdravotníctva, ktoré sú súčasťou dokumentu Zdravie 2020 (Health 2020). Tieto priority sú základným východiskom stanovenia priorít aj pre zdravotníctvo na Slovensku.

Druhá časť sa zaoberá analýzou súčasného stavu z pohľadu efektívnosti zdravotníctva na Slovensku (*prebraté zo štúdie Inštitútu finančnej politiky Ministerstva financií SR Málo zdravia za veľa peňazí*) a pomenúva mimoriadne nízku efektívnosť súčasného systému na Slovensku.

Tretia časť popisuje očakávaný demografický vývoj na Slovensku do roku 2050 a odhaduje dopad starnutia populácie na zdravotníctvo na Slovensku. Zároveň definuje kľúčové faktory, ktorými Slovensko musí reagovať na zhoršujúci sa demografický vývoj.

Štvrtá časť sa zaoberá stanovením strategických zámerov v troch prioritných oblastiach zdravotníctva, ktorých realizácia by sa mala začať v čo najkratšom čase.

Piata sekcia identifikuje kľúčové oblasti a ukazovatele stavu slovenského zdravotníctva, jeho porovnanie s krajinami OECD ako našimi referenčnými krajinami. Sú zoskupené do piatich celkov, a to zdravotný stav obyvateľstva, podpora verejného zdravia, všeobecná/ambulantná

¹² HiAP je prístup k tvorbe zdravotnej stratégie, ktorá si kladie za cieľ zahrnúť zdravotné aspekty pri tvorbe politík v rôznych sektoroch, ktoré majú vplyv na zdravie. Patrí sem doprava, poľnohospodárstvo, využitie pôdy, bývanie, verejnej bezpečnosti a vzdelávanie.

starostlivosť, ústavná zdravotná starostlivosť a elektronické zdravotníctvo. V tejto časti sú zadefinované aj cieľové parametre jednotlivých ukazovateľov pre rok 2030. Zároveň sú tu identifikované základné nástroje, ktorými je možné tieto cieľové ukazovatele postupne naplniť. Po identifikácii nástrojov na dosiahnutie stanovených parametrov budú pre každý nástroj pripravené implementačné stratégie, ktorých realizáciu a monitorovanie bude zastrešovať Ministerstvo zdravotníctva SR.

Ďalšia časť popisuje monitorovací systém, ktorý bude implementovaný z dôvodu sledovania zmien jednotlivých indikátorov, napĺňania a realizácie jednotlivých stratégií a zároveň bude pravidelne aktualizovať tento strategický rámec.

V poslednej časti sú predstavené rôzne zdroje financovania implementácie realizačných stratégií.

Medzinárodný kontext

V roku 2012 odsúhlasilo 53 členských štátov z európskeho regiónu WHO nový spoločný politický rámec – Zdravie 2020.

Spoločné ciele tohto rámca sú:

1. významným spôsobom zlepšiť zdravotný stav a prosperitu populácie,
2. znížiť zdravotné nerovnosti¹³,
3. posilniť verejné zdravie,
4. zaistiť, že zdravotné systémy orientované na ľudí sú univerzálne, udržateľné, spravodlivé a vysoko kvalitné.

Politika Zdravie 2020 je založená na štyroch prioritných oblastiach politických opatrení:

- investícia do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti obyvateľov za zdravie,
- riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení,
- posilňovanie zdravotných systémov, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance¹⁴ a schopnosti reagovať na núdzové situácie,
- vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

V duchu súdržnosti a zhody vychádzajú uvedené štyri ťažiskové oblasti z kategórií, podľa ktorých sú určované priority a programy WHO. Tieto kategórie na globálnej úrovni schválili členské štáty a sú upravené s ohľadom na osobitné požiadavky a skúsenosti európskeho regiónu. Sú tiež zosúladené s relevantnými stratégiami a akčnými plánmi WHO na regionálnej a globálnej úrovni.

Štyri prioritné oblasti sú navzájom prepojené, od seba závislé a vzájomne sa podporujúce. Napríklad aktivity zamerané na podporu správneho životného štýlu a zodpovednosti ľudí za svoje zdravie môžu pomôcť zvládnuť epidémiu neprenosných chorôb. Aj takéto zdanlivo nie medicínske, ale verejno-zdravotnícke opatrenia pomôžu zamedziť nárastu nových neprenosných chorôb a zlepšiť aktuálny stav chorých na tzv. moderné civilizačné choroby – obezita, onkologické ochorenia, kardiovaskulárne ochorenia, hypertenzia, poruchy skeletu, metabolické ochorenia a pod. Vlády pomocou týchto opatrení dosiahnu vyšší efekt s priaznivým dopadom na zlepšenie verejného zdravia. Predpokladom je však prepojenie jednotlivých rezortných politík, investícií a služieb, ktoré sa zamerajú na zníženie nerovností.

¹³ Ako nerovnosť v zdraví sa definujú rozdiely v zdravotnom stave medzi rôznymi skupinami v rámci populácie, ktorým je možné predchádzať

¹⁴ epidemiologická metóda monitorovania

Riešenie uvedených priorít vyžaduje kombináciu riadiacich prístupov, ktoré podporujú zdravie, rovnosť a prosperitu. Prístupy k navodeniu zmien budú zahŕňať centrálné riadenie prostredníctvom politiky tvorby verejného zdravia, ako aj pomocou nových foriem spolupráce s organizáciami občianskej spoločnosti, s nezávislými agentúrami a odbornými poradcami.

Prioritná oblasť 1: Investícia do vlastného zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie.

Podpora dobrého zdravotného stavu občanov počas celého životného cyklu vedie k zvýšeniu predpokladanej dĺžky života a k dlhovekosti, ktoré môžu prinášať ekonomické, spoločenské a individuálne prínosy. Prebiehajúca demografická transformácia vybudovať efektívnu stratégiu zdravej životosprávy, ktorej prioritou budú nové prístupy k podpore zdravia a prevencie vzniku spoločensky závažných ochorení. Podporovanie zdravia by sa malo začínať už počas tehotenstva a ranného detstva, neskôr počas vyššieho veku človeka, čím sa dostávame k naplneniu cieľa aktívneho starnutia a k zvýšeniu dlhovekosti. Zdravé a aktívne starnutie populácie je politickou prioritou a významnou výskumnou prioritou.

Programy podpory zdravia založené na princípoch zapojenia ľudí do aktivít posilňujúcich ich mentálne a fyzické kapacity predstavujú individuálny a spoločenský prínos (vytváranie lepších podmienok pre zdravý spôsob života, zlepšenie zdravotnej gramotnosti, podpora samostatnosti a pod.). Zaistenie dostatku a finančnej dostupnosti zdravých potravín a výživy v priebehu života je jedným z nástrojov v boji s epidémiou obezity, rastom kardiovaskulárnych ochorení a diabetu. Ďalším významným spôsobom na zachovanie vitality je pestovanie povedomia a realizácia primeraných pravidelných pohybových aktivít v jednotlivých obdobiach života v súlade s európskymi politikami v oblasti predchádzania a prevencie pred spoločensky závažnými ochoreniami nefarmakologickými intervenciami.

Významnou úlohou štátu by mal byť urýchlený rozvoj ubytovacích kapacít s poskytovaním základnej dlhodobej zdravotnej starostlivosti, a to vo všetkých regiónoch Slovenska. Vznik zariadení takého typu by prispel k výraznej eliminácii vysokých finančných nákladov na zdravotnú starostlivosť dlhodobo chorých pacientov, ako aj na seniorskú starostlivosť. V súlade so zámerom sfunkčnenia integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti je tiež potrebné zvyšovanie vlastnej zodpovednosti ľudí za prevenciu situácie odkázanosti na pomoc iných a rovnako je zodpovednosťou verejných autorít na rozličných úrovniach podporovať presadzovanie tohto záujmu (cez osvetovú a preventívnu činnosť) a následne poskytovať kvalitné a udržateľné služby v prípade, že k takejto odkázanosti dôjde.

Nákladovo efektívne politické riešenia môžu priamo ovplyvniť zlepšovanie zdravia ľudí a ich prosperitu, pričom skúsenosti a dôkazy z praxe týkajúce sa programov podpory zdravia a národných stratégií pre hlavné skupiny ochorení ako sú napr. kardiovaskulárne ochorenia alebo diabetes mellitus, svedčia o rastúcom trende v celom európskom regióne. Sú dôkazom, že prepojenie vládnych zámerov, programov zlepšovania životného prostredia a prístupov, ktoré zvyšujú význam kontroly a zodpovednosti, môžu byť úspešné.

Dôležité je aj posilňovanie programov podpory duševného zdravia. Každý štvrtý človek v európskom regióne trpí v priebehu života nejakou formou poruchy duševného zdravia. Osobitnú pozornosť si zaslúži podpora včasnej diagnostiky depresii a prevencia samovrážd iniciovaním komunitných intervenčných programov. Výskumy vedú k lepšiemu porozumeniu negatívnych prepojení medzi problémami duševného zdravia so sociálnou marginalizáciou, nezamestnanosťou, bezdomovectvom, alkoholizmom a užívaním iných návykových látok; čoraz aktuálnejšie sú aj nové formy závislostí týkajúce sa virtuálneho internetového sveta. V kontexte zdravotných dopadov v súvislosti s užívaním a zneužívaním legálnych a nelegálnych drog je nevyhnutné rešpektovanie a realizácia národných programov - národná protidrogová stratégia SR, národný akčný plán pre problémy s alkoholom a národný akčný plán na kontrolu tabaku.

Závažným problémom v prevencii a liečbe duševných chorôb je sociálna izolácia seniorov (žijúcich osamele, resp. v domovoch sociálnych služieb), ich pocit životnej a sociálnej záťaže pre rodinu a spoločnosť.

Charakteristickým javom demografického vývoja v Slovenskej republike je starnutie populácie, ktoré je dôsledkom hlavne výrazne dlhodobej klesajúcej pôrodnosti a stabilizácii mier úmrtnosti v posledných rokoch.

Zdravý štart do života by mal byť najvyššou prioritou každej civilizovanej spoločnosti. Na jeho základe sa môžu rozvinúť stratégie ovplyvňujúce zdravie mladých ľudí, previazané s ich sociálnym prostredím. Od formovania základných zdravotných návykov v materských školách, cez rozvoj sociálnych zručností, ochranu proti rizikovým faktorom typickým pre mladosť, vekové skupiny detí, mládeže a dospelých si kvôli svojej špecifickosti vyžadujú zvýšenú pozornosť i osobitý prístup. Ambíciou je ponúknuť mladej generácii to najlepšie, čo ochrana zdravia ponúka, zohľadňujúc princípy rovnosti a participatívneho riadenia zdravia.

Voľba zdravšieho životného štýlu úzko súvisí aj s oblasťou zabezpečovania zdravých potravín a výživy počas života občanov. Podľa výsledkov epidemiologických štúdií na medzinárodnej i národnej úrovni škodlivé faktory vo výžive, ako sú napríklad nadmerný energetický príjem, zvýšený príjem nasýtených mastných kyselín, znížený príjem nenasýtených mastných kyselín, znížený príjem vlákniny, znížený príjem antioxidantov, nedostatočný príjem minerálnych látok, najmä vápnika, draslíka, horčíka, jódu a niektorých mikronutrientov ako selénu, nadmerný príjem sodíka (vo forme kuchynskej soli), významne ovplyvňujú výskyt chorôb neinfekčnej povahy.

Z výsledkov celoslovenského monitoringu vybraných skupín dospeléj populácie, vykonávaného orgánmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike v r. 2009 - 2012 vyplynulo, že stravovanie nášho obyvateľstva je stále energeticky bohaté, s veľkou spotrebou živočíšnych tukov a bielkovín, čo má priamy dopad na zvýšenie nadváhy a obezity a vysokých hladín lipoproteinového metabolizmu, v závislosti od pohlavia a veku. Spotreba tukov prevyšuje odporúčané výživové dávky pre obyvateľov SR (OVD) v niektorých prípadoch až o 40%, spotreba bielkovín približne o 45% a spotreba kuchynskej soli je vyššia v niektorých prípadoch až o 50 %, ako je odporúčaný denný príjem (5 g/deň).

V tejto súvislosti je potrebné zabezpečiť dostupnosť zdravých potravín a zdravej výživy s ohľadom na zloženie, označovanie, výchovu obyvateľstva a aktívnu spoluprácu všetkých rezortov. Dôležité je dosiahnutie zmeny zloženia niektorých potravín, najmä čo sa týka rizikového obsahu látok ako soli, nasýtených tukov (trans mastné kyseliny) a cukru, označovania takýchto potravín (napr. výživové a zdravotné tvrdenia), ich marketingu (reklama a internetová reklama) a ekonomického prínosu. Zachovanie a rozvíjanie výchovno–vzdelávacej a poradenskej činnosti obyvateľstva prostredníctvom orgánov verejného zdravotníctva je rovnako nevyhnutné na zvyšovanie povedomia o zdravej výžive.

Prioritná oblasť 2: Riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení.

Strategické zameranie sa na zdravý spôsob života tak mladej ako staršej populácie je dôležitým prvkom v nastavení perspektívy znižovania chorobnosti obyvateľstva. Na programy tohto charakteru môže prispievať široká škála zainteresovaných strán. Pre úspešnosť však bude nevyhnutná koordinácia všetkých rezortov vlády SR. Výsledkami tohto programu by mali byť činnosti od legislatívneho charakteru až po rozvoj rôznych grantových schém, ktoré budú výsostne zamerané na plnenie programových cieľov. Spektrum opatrení by sa malo pohybovať od propagačných aktivít až po konkrétne zdravotnícke opatrenia, týkať by sa malo aj zmien v zdravotnom poistení. Dôležitý bude rozvoj zdravotnej gramotnosti u mladej populácie až po integráciu úsilia pri tvorbe duševného a telesného zdravia, ako aj výchovy k zodpovednému rodičovstvu. U seniorov bude veľmi dôležité zapájanie sa do iniciatív zameraných na aktívne a zdravé starnutie, ktoré bude prispievať k zdravšiemu a kvalitnejšie strávenému životu ľudí v dôchodcovských kategóriách a k ich dlhodobej samostatnosti.

Pre úspešné zvládnutie vysokého výskytu neprenosných chorôb je nevyhnutná kombinácia zdravotníckych a iných prístupov. Program Zdravie 2020 podporuje zavádzanie integrovaných vládnych a spoločenských prístupov, pretože sa ukazuje, že opatrenia na ovplyvnenie správania sa jednotlivcov majú obmedzený efekt. Incidencia tzv. neprenosných chorôb je úzko spojená s pôsobením jednotlivých sociálnych a environmentálnych faktorov na zdravie obyvateľstva.

Neprenosné ochorenia

Zhruba od polovice 20. storočia sa v Európe aj na Slovensku výrazne zvýšil výskyt chronických neinfekčných ochorení. Zapríčiňujú v Európe, ale aj v Slovenskej republike, prevažnú časť úmrtí a chorobnosti. Chronické neinfekčné ochorenia v Slovenskej republike tvoria viac ako 80% úmrtnosti, chorobnosti a invalidizácie. Najväčšie percento zo všetkých príčin úmrtnosti predstavujú choroby obehovej sústavy a nádorové ochorenia. Väčšine týchto ochorení sa dá predchádzať prevenciou. S cieľom zníženia výskytu týchto ochorení a ich následných komplikácií je potrebné hľadať rizikové faktory v životnom a pracovnom prostredí, v samotnom správaní sa jednotlivca a v jeho životnom štýle. Ovplyvniteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení priamo súvisiace so životným štýlom zohrávajú z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva významnú úlohu. Medzi najznámejšie patria: fajčenie, nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita, nadmerný príjem alkoholu, užívanie psychoaktívnych látok, psychosociálny stres. S týmito faktormi priamo súvisí nadváha, obezita, diabetes mellitus,

metabolický syndróm, hypertenzia, zubný kaz a iné. Dôležitá je minimalizácia týchto rizikových faktorov formou primárnej prevencie, ktorá sa dá realizovať iba za predpokladu, že jedinec bude mať záujem o vlastné zdravie.

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce chronické neinfekčné ochorenia v Slovenskej republike patria srdcovocievne, nádorové, ochorenia tráviacej sústavy, z pľúcnych chorôb je to najmä chronická obštrukčná choroba pľúc a astma, ďalej sú to úrazy, poranenia, otravy, ochorenia pohybového aparátu a neustále sa zvyšujúci počet ochorení na diabetes mellitus a psychiatrických ochorení.

V budúcnosti treba počítať s nárastom neinfekčných chronických ochorení, najmä diabetu a nádorových ochorení podmienených starnutím populácie. Preto vzniká potreba zvýšeného, zlepšeného monitoringu, dohľadu a hodnotenia neprenosných ochorení. Intervencie smerujúce k celej populácii v oblasti prevencie môžu priviesť najväčšie prínosy pre obyvateľstvo v oblasti zdravia. Je zrejmé, že investície do preventívnych programov vedú k zníženiu mortality a majú tak jednoznačne ekonomický prínos, preto sú dôležité a treba im venovať pozornosť.

Prenosné ochorenia

Žiadna krajina si nemôže dovoliť nevenovať pozornosť problému prenosných chorôb a? musí neprestajne zabezpečovať dodržiavanie najvyšších štandardov. Pre európsky región sú kľúčové nasledovné oblasti:

- Budovanie kapacít v oblasti informatizácie a stáleho dohľadu na zavedenie medzinárodných zdravotných predpisov, zlepšenie výmeny informácií a prípadné budovanie spoločných postupov pre dohľad zapojením orgánov kontroly verejného zdravia, veterinárneho dozoru a úradnej kontroly potravín pri produkcii zdravých potravín, potravinárstva a poľnohospodárstva pre lepšiu kontrolu infekčných chorôb, ktoré môžu byť prenášané zo zvierat na človeka, vrátane objavujúcich sa infekčných ochorení, rezistentných mikroorganizmov a vodou šíriteľných alimentárnych infekcií.
- Riešenie závažných vírusových, bakteriálnych, parazitárnych a hubových (mikroskopické huby) hrozieb: uplatňovanie regionálnych politík a akčných plánov na boj proti rezistencii voči antibiotikám, antimykotikám, antiparazitikám a virostatikám, zabránenie vzniku a šíreniu rezistentných mikroorganizmov a infekcií prostredníctvom obozretného používania antibiotík a kontrolou infekcií; zaistenie zdravotnej bezchybnosti základných komodít, akými sú voda a potraviny; dosiahnutie a udržiavanie odporúčaných imunizácií ako spôsobu prevencie proti niektorým ochoreniam a dosiahnutie regionálnej aj globálnej eliminácie ochorení, akými sú napríklad detská obrna, osýpky, rubeola; plná kontrola závažných ochorení ako je tuberkulóza, HIV, chronické vírusové hepatitídy B a C a vtáčia chrípka a zaistenie, aby mala celá populácia, vrátane zraniteľných skupín, prístup do systému zdravotnej starostlivosti. Je potrebné viesť korektnú, pravidelnú a argumentačne silnú iniciatívu na podporu čo najvyššej zaočkovanosti populácie proti infekčným chorobám a udržať už zavedený vysoký štandard zaočkovanosti populácie proti vysoko nákazlivým chorobám nielen s prihliadnutím na zdravie očkovaných jedincov, ale aj ostatných jedincov žijúcich v komunite.

Z dôvodu migrácie obyvateľov SR za oddychom, ale aj za prácou i do krajín s rizikom infekčných chorôb u nás sa nevyskytujúcich, zabezpečiť informovanie obyvateľov pred takýmito cestami a upozorňovať na dôsledky rizikového správania sa v takýchto oblastiach. Rovnakú pozornosť treba venovať aj opačnej migrácii obyvateľov z rizikových oblastí na územie SR.

Prioritná oblasť 3: Posilňovanie zdravotných systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie.

Dosiahnutie vysoko kvalitnej starostlivosti a zlepšenie výsledkov v zdravotníctve si vyžaduje zdravotnícke systémy, ktoré sú finančne udržateľné, pokrývajúce potreby s dôrazom na ľudí a prijímanie aj aplikáciu najnovších vedeckých poznatkov. Všetky krajiny sa musia prispôbovať meniacej sa demografickej situácii a vývoju spektra jednotlivých druhov ochorení, najmä z oblasti duševného zdravia, chronických a civilizačných ochorení súvisiacich so starnutím. Tieto skutočnosti si vyžadujú reštrukturalizáciu systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti smerom k prevencii, podpore neustáleho zlepšovania kvality a integrácii služieb, zabezpečeniu kontinuity, odbornej a finančnej efektivity zdravotnej starostlivosti a zmenu miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti čo najbližšie k domácejmu prostrediu kvôli bezpečnosti a nákladovej efektívnosti. V blízkej budúcnosti by pre efektívnosť liečby mal byť zvýraznený a dávaný do popredia potenciál cielenej terapie tzv. personalizovanej medicíny.

Mnoho krajín dosiahlo univerzálne pokrytie, ale ešte stále je potrebné znižovať dopad vysokých súkromných výdavkov na zdravie. Je dôležité zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť a odolnosť voči hospodárskym cyklom, voči ponukou ťahaným nákladom a eliminovať neekonomické výdavky pri poskytovaní primeranej úrovne finančnej ochrany. Hodnotenie zdravotníckych technológií a zabezpečenie mechanizmov kvality sú obzvlášť podstatné pre zachovanie transparentnosti a zodpovednosti zdravotníckeho systému a sú neoddeliteľnou súčasťou kultúry bezpečnosti pacientov.

Rámec Zdravie 2020 potvrdzuje záväzky v oblasti prístupu k všeobecnej zdravotnej starostlivosti ako základu zdravotných systémov 21. storočia. Primárna zdravotná starostlivosť môže riešiť potreby dnešnej doby podporou a vytváraním priaznivého prostredia pre vznik úspešných partnerstiev a podporovania ľudí, aby sa sami podieľali na nových postupoch ako v prevencii, liečbe, tak aj v starostlivosti o vlastné zdravie. Na primárnu prevenciu¹⁵ nadväzuje sekundárna prevencia, ktorej úlohou, resp. poslaním, je vyhl'adávanie skorých štádií porúch zdravia preventívnymi prehliadkami a skriningovými programami s cieľom zlepšenia šancí na úspešnosť liečby a terciárna prevencia, ktorá sa zameriava na prinavrátenie zdravia po prepuknutí ochorenia, a to starostlivosťou, ošetrovaním, liečbou či zmiernením prejavov ochorenia alebo jej symptómov.

¹⁵ Pod pojmom primárna prevencia je potrebné rozumieť predchádzanie vzniku ochorení, ovplyvňovanie determinantov, ktoré pôsobia na zdravie a znižovanie zdravotných rizík.

Plné využitie nástrojov a inovácií 21. storočia ako komunikačných technológií (digitálne záznamy, telemedicína a eHealth) a sociálnych médií sa môže podieľať na lepšej a nákladovo efektívnejšej starostlivosti. Dôležitým princípom je vnímanie pacienta ako partnera pri zachovaní zodpovednosti za výsledok jeho liečby.

Podstatou fungovania zdravotných systémov 21. storočia je pružnejšia, kvalifikovanejšia a tímová spolupráca. Takýto koncept zahŕňa: tímové poskytovanie starostlivosti; nové formy poskytovania zdravotnej starostlivosti (zahrňujúce domácu starostlivosť a dlhodobú starostlivosť); postupná úprava kompetencií zdravotníckych pracovníkov; pacientovu starostlivosť o vlastné zdravie; zlepšovanie strategického plánovania, manažmentu, spolupráce medzi sektormi vysokej odbornosti a finančnej efektívnosti. Ide o novú integrovanú pracovnú kultúru, ktorá podporuje nové formy spolupráce medzi odborníkmi v oblasti verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti v komunite, ako aj medzi zdravotníckymi a sociálnymi odbornými poskytovateľmi v zdravotníctve a v ostatných sektoroch.

Prioritná oblasť 4: Vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

Schopnosť flexibilne reagovať a odolávať negatívnym vplyvom sú kľúčovými faktormi ochrany a podpory zdravia a prinášajú úspech na individuálnej, ako aj komunitnej úrovni. Šance ľudí na zdravie úzko súvisia s podmienkami, v ktorých sa narodili, v ktorých vyrastali, pracovali a starli. Je nevyhnutné systematické posudzovanie účinkov na zdravie, ktoré má na človeka rýchlo sa meniace prostredie – špeciálne súvisiace s technológiami, prácou, sociálnymi podmienkami, nedostatkom pravidelných pohybových aktivít, stravovacími zvyklosťami, výrobou energie a urbanizáciou – a malo by vyústiť do aktivít na zabezpečenie pozitívneho prínosu pre zdravie. Zdravé komunity reagujú proaktívne na nové alebo nepriaznivé situácie, sú pripravené na ekonomické, sociálne a environmentálne zmeny a lepšie sa vyrovnávajú s krízami a ťažkosťami. Program WHO „Zdravé mestá a komunity“ poskytuje rozsiahle príklady ako vybudovať zdravú komunitu - zapojením najmä miestnych ľudí a s orientovaním komunity na zdravotnícke témy. Ďalšie siete prinášajú podobné skúsenosti – ako napríklad propagovanie aktívneho prístupu k podpore a rozvoju zdravia na školách a pracoviskách.

Rozširovanie interdisciplinárnej a medzirezortnej spolupráce v oblasti zdravia podporuje efektívnosť verejného zdravotníctva. Zahŕňa: snahy o úplné zavedenie multilaterálnych environmentálnych dohôd a odporúčaní Európskeho procesu životného prostredia a zdravia; rýchle rozširovanie vedeckých poznatkov; hodnotenie vplyvov politík na zdravie v rôznych odvetviach (najmä v oblasti zdravia a životného prostredia); zabezpečovanie kontinuálneho rozvoja a prispôsobovania služieb potrebám v oblasti životného prostredia a zdravia; a podporu environmentálne zodpovednejšieho správania sa rezortu zdravotníctva.

Prudký ekonomický rozvoj v poslednom storočí priniesol množstvo nežiaducich efektov v podobe znehodnoteného životného prostredia, ktoré dnes prostredníctvom rozličných faktorov ovplyvňuje a poškodzuje zdravie ľudí. Na základe štatistík WHO je v Slovenskej republike približne 16% úmrtí spôsobených environmentálnymi rizikovými faktormi. Nevhodné životné podmienky v podobe primárneho alebo sekundárneho znečistenia zložiek životného prostredia

chemickými či fyzikálnymi faktormi, negatívnymi prírodnými alebo umelými javmi, predstavujú riziko pre zdravie človeka pri dlhodobej i krátkodobej expozícii.

Slovenská republika aktívne sleduje európske trendy uplatňované v oblasti intervencie a prevencie pred nepriaznivými vplyvmi faktorov prostredia, ktoré sa postupne odzrkadľujú aj v činnosti orgánov verejného zdravotníctva. Tieto sa, najmä v poslednom desaťročí, zapájajú do riešenia nových, celoeurópskych úloh zameriavajúcich sa na vývoj nových metodík zisťovania a hodnotenia faktorov prostredia a budovania personálnych i technických kapacít potrebných pre tieto činnosti.

Aktuálnou prioritou je uplatňovanie a ďalšie rozvíjanie týchto kapacít v praxi pri zbere údajov o záťaži obyvateľov faktormi prostredia, budovaní nových indikátorov životného prostredia a zdravia a informovaní verejnosti v snahe zabezpečiť maximálnu úroveň prevencie v oblasti environmentálnych rizík.

Vytváranie zdravých komunít a podporného prostredia je úzko späté aj s oblasťou ochrany zdravia zamestnancov pri práci. Lepšia informovanosť verejnosti o možných rizikách spojených s vykonávaním práce, ako aj o spôsoboch ochrany pred škodlivými vplyvmi faktorov práce a pracovného prostredia zvyšuje zároveň aj možnosti aktívnej účasti zamestnanca pri ochrane vlastného zdravia.

Osobitnou komunitou, ktorá vyžaduje z hľadiska zdravia osobitý prístup, sú marginalizované skupiny, najmä rómska populácia¹⁶. Odhadovaná očakávaná dĺžka života u mužov sa pohybuje v rozpätí 55,3–64,4 rokov (celá populácia mužov na Slovensku 71,6) a u žien 59,5–71,6 rokov (celá populácia žien na Slovensku 78,8). Determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú v súčasnosti najmä nižšia vzdelanostná úroveň, nedostatočná informovanosť o zdraví a motivácia starať sa o svoje zdravie, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny, absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení, nízky štandard bývania, nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, nízka fyzická aktivita, zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov už vo veľmi mladom veku a rozrastajúca sa závislosť na nelegálnych drogách.

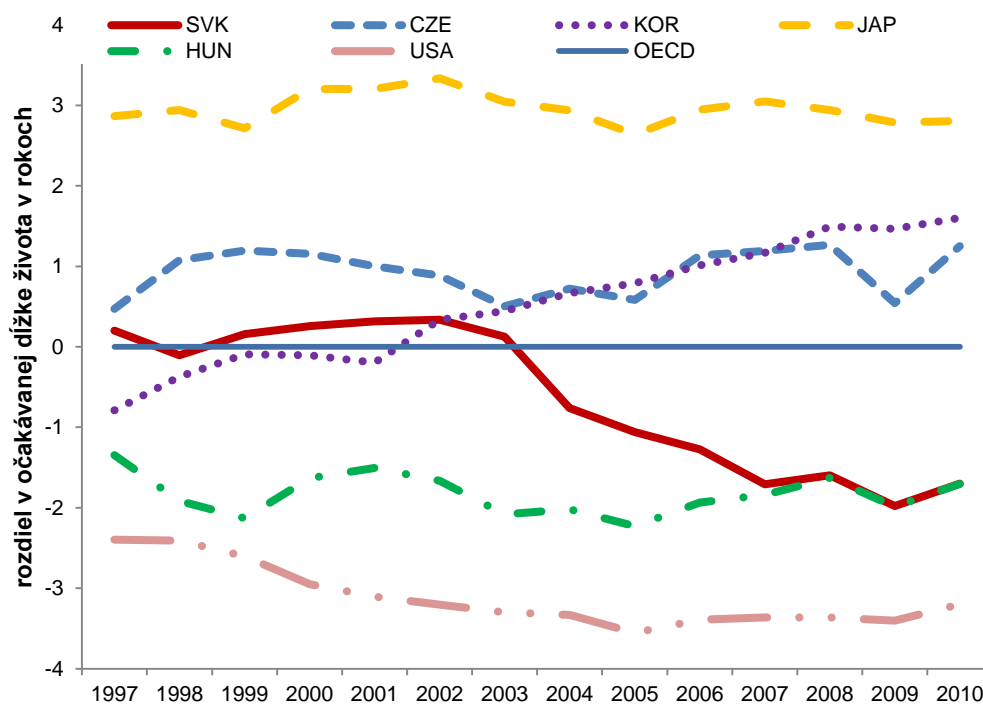
¹⁶ Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách, http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf

Analýza výkonnosti úrovne slovenského zdravotníctva

Nedávna štúdia Medzinárodného menového fondu (Grigoli, 2012) porovnávala s využitím metódy DEA vývoj neefektívnosti v zdravotníctve medzi obdobiami rokov 2000 až 2004 a 2005 až 2008 v 37 krajinách OECD. Priestor pre znižovanie neefektívnosti v našom zdravotníctve je podľa nej výrazný. Medzi sledovanými obdobiami sa priestor pre potenciálne úspory zdrojov v slovenskom zdravotníctve v prípade očakávanej dĺžky života zvýšil zo 60¹⁷ na 64 percent celkových výdavkov. Podobné výsledky dosiahlo Slovensko aj v štúdiu OECD. S hodnotami vstupov pre rok 2007 sme sa pri rovnakej výške výdavkov mohli dožívať o viac ako 4 roky dlhšie (Joumard a iní, 2010).

Model, odhadujúci vplyv faktorov štatisticky významne ovplyvňujúcich zdravie na očakávanú dĺžku života, berie do úvahy výdavky na zdravotníctvo, spotrebu alkoholu, nerovnosť bohatstva a postsocialistickú minulosť krajiny. Rozdiel medzi skutočnou hodnotou očakávanej dĺžky života v krajine a jej modelovanou hodnotou predstavuje odhad efektívnosti. Ľudia v krajinách s efektívnym zdravotníctvom žijú dlhšie, než by predpovedali uvedené faktory, v menej efektívnych naopak kratšie.

Graf 1: Efektívnosť slovenského zdravotníctva



Zdroj: IFP z údajov OECD

Z Grafu 1 vidno, že Slovensko dosahovalo po korigovaní o dôležité faktory (najmä výšku zdravotníckych výdavkov a postsocialistické dedičstvo) do roku 2003 priemernú efektívnosť. Od roku 2004 do roku 2007 sa situácia zhoršovala. Porovnanie s Českou republikou je nepriaznivé –

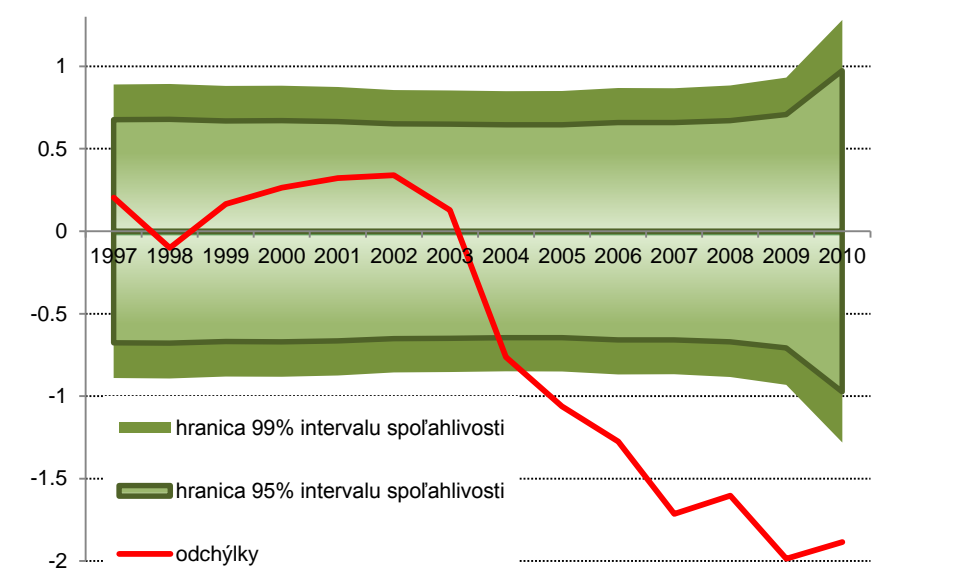
¹⁷ Toto číslo bolo iba o 9,1 percentuálnych bodov horšie ako priemer sledovaných krajín.

miera efektívnosti našich západných susedov bola na začiatku sledovaného obdobia podobná, no do roku 2010 sa mierne zlepšila. V súčasnosti zaostávame spolu s Maďarskom – kvôli neefektívnosti, nie životnému štýlu či výdavkom na zdravotníctvo – o tri roky za Čechmi, a o dva roky za priemerom vyspelých krajín. Medzi všetkými sledovanými krajinami sme za celé obdobie zaznamenali najväčší prepad. Z OECD sú na tom najhoršie Spojené štáty americké, ktoré oproti priemeru strácajú kvôli neefektívnosti viac ako tri roky života. Najefektívnejšou krajinou je Japonsko, a najúspešnejším „skokanom“ v efektívite je Južná Kórea.

V prípade, že by sme dosahovali efektívnosť priemeru OECD, mohli by sme sa pri súčasnom objeme zdrojov v zdravotníctve dožívať o dva roky dlhšie.

Nasledujúci graf (Graf2) znázorňuje vývoj odchýlok od modelovanej efektívnosti slovenského zdravotníctva. Od roku 1997 do roku 2003 (2004) sa odchýlky pohybovali v rozmedzí 95% (99%) intervalu spoľahlivosti pre modelované hodnoty efektívnosti. Negatívny vývoj od roku 2003 (2004) je bezpochyby štatisticky významný a nepredstavuje náhodný odklon od efektívnosti.

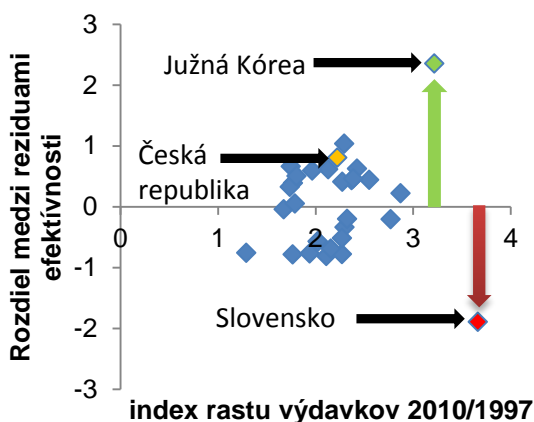
Graf 2: Štatistická významnosť odchýlok - prepad efektívnosti slovenského zdravotníctva



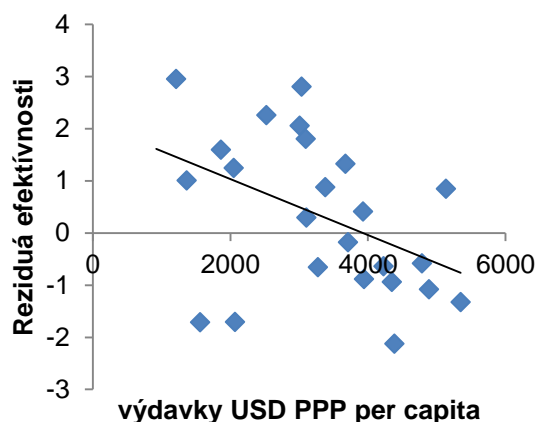
Zdroj: IFP z údajov OECD

Graf 3 ukazuje, že zlepšenie či zhoršenie efektívnosti nezávisí od rýchlosti rastu zdrojov v zdravotníctve. Najrýchlejšie rástli zdroje práve v Južnej Kórei a na Slovensku, „skokanovi“ a „antiskokanovi“ v efektívnosti.

Graf 3: Závislosť zmeny efektívnosti na raste výdavkov¹⁸



Graf 4: Závislosť efektívnosti na výške výdavkov na zdravotníctvo v roku 2010

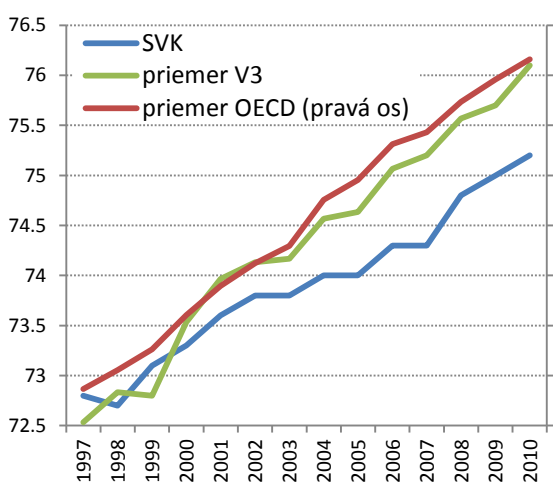


Zdroj: IFP z údajov OECD

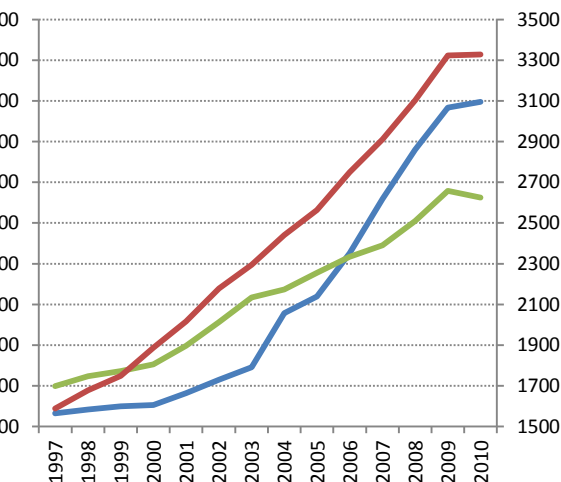
Z porovnania efektívnosti a výšky výdavkov (Graf 4) v roku 2009 je badateľná tendencia znižujúcej sa efektívnosti pri zvyšovaní výdavkov na zdravotníctvo.

Z nasledujúcich grafov (Graf 5 a Graf 6) vidno zdroj nepriaznivého vývoja efektívnosti slovenského zdravotníctva. Dĺžka života v krajinách V3¹⁹ prekonal vývoj na Slovensku na prelome rokov 1999-2000, do roku 2007 sa potom rozdiel zväčšoval. Na konci sledovaného obdobia sme sa dožívali takmer o jeden rok menej ako je priemer Česka, Maďarska a Poľska. Na strane výdavkov je príbeh opačný. Kým do roku 2003 sme dávali na zdravotníctvo menej ako naši susedia, od roku 2004 sa výdavky začali výrazne zvyšovať. V roku 2006 sme vo výške výdavkov na zdravotníctvo preskočili priemer V3 a v roku 2010 sme za zdravie platili o tretinu viac ako naši susedia.

Graf 5: Vývoj dĺžky života v rokoch



Graf 6: Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v USD PPP na obyvateľa



¹⁸ Údaje v grafoch 3 a 4 sú za rok 2010, alebo najbližší k dispozícii.

¹⁹ Krajiny V3 – Poľsko, Maďarsko a Československo

Priemerný ročný rast výdavkov v období 1997 až 2010 bol na Slovensku druhý najvyšší z krajín OECD (za Tureckom) a takmer dvakrát vyšší ako priemer V3. Priemerný ročný rast dĺžky života na Slovensku v období medzi 1997 až 2010 bol spolu s Islandom štvrtý najnižší (nižší priemerný ročný rast bol zaznamenaný už iba v Japonsku, USA a vo Švédsku, pričom tieto krajiny však dosahujú jedny z najvyšších úrovní dĺžky života spomedzi celej OECD).

Demografický vývoj

Hlavnými črtami vývoja obyvateľstva SR v prvej polovici 21. storočia bude znižovanie prírastku obyvateľstva a starnutie. Intenzita týchto procesov bude bezprostredne závisieť od vývoja plodnosti, úmrtnosti a migrácie, avšak nepriamo ich budú ovplyvňovať aj ďalšie demografické faktory ako aj faktory spoločenské, politické, ekonomické, kultúrne a mnohé ďalšie.

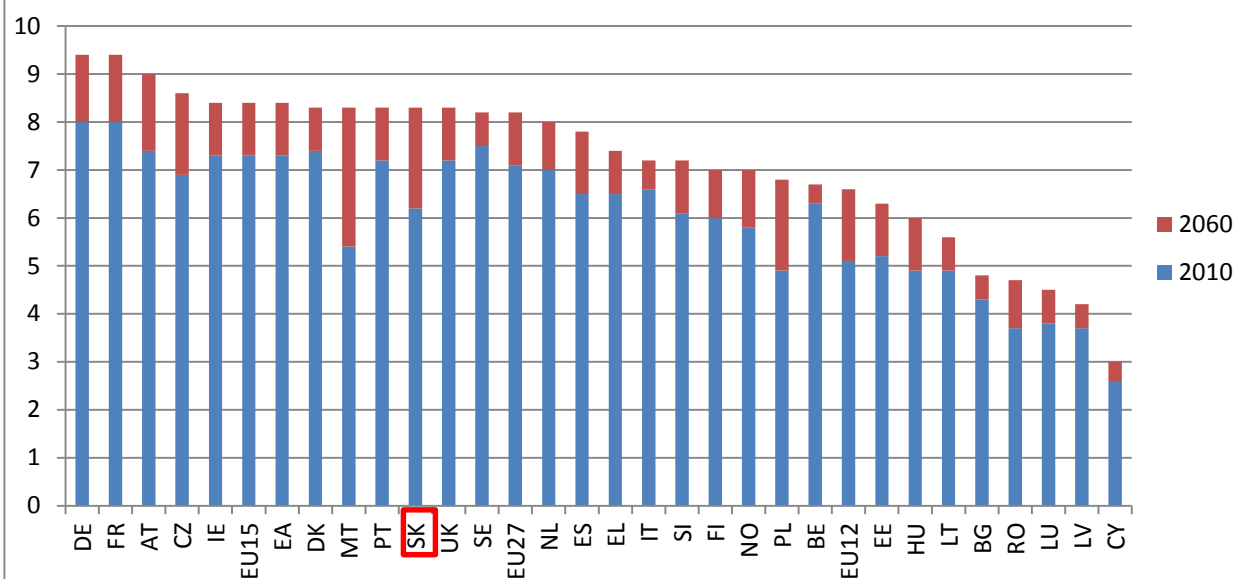
Prírastok obyvateľstva bude s najväčšou pravdepodobnosťou ešte nejaké obdobie stagnovať. Len zvýšenie plodnosti na úroveň jednoduchej reprodukcie a kladné migračné saldo vo výške najmenej 10 tisíc osôb ročne by umožnilo zachovať mierny prírastok obyvateľstva až do konca prognózovaného obdobia. Takýto vývoj je však veľmi málo pravdepodobný. Predpokladá sa, že najneskôr v priebehu 15 až 20 rokov sa začne obdobie trvalejšieho úbytku obyvateľstva, ktorý sa zastaví najskôr ku koncu storočia. Proces starnutia obyvateľstva sa bude v najbližších desaťročiach zrýchľovať. Je to dôsledok poklesu počtu narodených a predlžovania ľudského života. Ide o proces, ktorý je v horizonte tejto projekcie nezvratný, nemožno ho zastaviť, len zmierniť. Starnutie obyvateľstva je najzávažnejším dôsledkom súčasného demografického vývoja. Podľa prognózy počtu obyvateľov do roku 2060 sa ako najpravdepodobnejší vývoj z dnešného pohľadu zdá byť mierny nárast počtu obyvateľov do roku 2030 (na hodnotu 5558 tis. osôb) a následné zníženie na hodnotu 5345 tis. osôb do roku 2060.

Očakávaný demografický vývoj prinesie so sebou mnoho závažných zmien. Spoločnosť sa musí pripraviť na zvyšovanie podielu starších a starých ľudí, integráciu väčšieho množstva cudzincov (často z kultúrne veľmi rozdielnych pomerov), zvýšené napätie v medzigeneračných vzťahoch. Na zvládnutie situácie budú potrebné nové prístupy v populačnej, rodinnej, sociálnej, hospodárskej a migračnej politike. Máme tú výhodu, že problémy, ktoré nás očakávajú, sú známe. Navyše časový posun, s ktorým tieto problémy prichádzajú na Slovensko, nám umožňuje sledovať, ako sa so situáciou snažia vyrovnávať v tých krajinách, v ktorých tieto procesy už pokročili ďalej. To znamená, že máme viac času na hľadanie optimálnych riešení pre našu krajinu. Každopádne treba včas prijať také opatrenia, ktoré pomôžu zmierniť očakávané nepriaznivé dopady na spoločnosť a obyvateľstvo.

Na odhadnutie miery nárastu verejných výdavkov do zdravotníctva v korelácii s demografiou bolo vytvorených niekoľko scenárov, z ktorých za najviac reálny môžeme považovať „referenčný scenár“. Vychádza z predpokladu, že polovica rokov zvýšenej očakávanej dĺžky života bude prežitá v zhoršenom zdraví a súčasne zahŕňa aj scenár dopadu príjmovej elasticity na dopyt po zdravotných službách. Podľa referenčného scenára bude vývoj verejných výdavkov v zdravotníctve nasledovný²⁰:

²⁰<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/Prognoza2060.pdf>

Graf 7: Nárast verejných výdavkov na zdravie počas rokov 2010-2060, ako % z HDP



V dôsledku nepriaznivého demografického vývoja sa na Slovensku v strednodobom horizonte predpokladá výrazný nárast dopytu po zdravotníckych službách najmä v oblasti starostlivosti o starších, pričom sektor zdravotníctva bude charakterizovaný nasledovnými znakmi:

- množstvo finančných zdrojov v zdravotníctve bude stabilné alebo bude mierne klesať,
- množstvo akútnych pacientov bude stabilizované,
- očakáva sa výrazný nárast počtu výkonov zdravotno-sociálnej starostlivosti z dôvodu starnutia populácie,
- počet zamestnancov v zdravotníctve bude mierne klesať.

Medzi kľúčové odpovede zdravotných systémov na riešenie týchto problémov patria:

- implementácia integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti – komunitne poskytovaná starostlivosť o zdravie založená na silnom postavení všeobecných lekárov, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), redukcii špecializovanej ambulantnej starostlivosti a akútnej lôžkovej starostlivosti,
- výrazné zvýšenie efektivity využitia existujúcich finančných zdrojov v zdravotníctve (viď predchádzajúca kapitola),
- výrazné zvýšenie produktivity práce najmä v nemocniciach,
- presun starostlivosti z akútnych nemocničných lôžok do ambulantnej zdravotnej starostlivosti, resp. domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- redukcia počtu akútnych lôžok v nemocniciach a skrátenie doby hospitalizácie v týchto nemocniciach,

- vytvorenie nákladovo efektívneho systému sociálno-zdravotných lôžok pre dlhodobo chorých, ktorých akútne zhoršenie chronického ochorenia nie je možné terapeuticky zvládnuť v domácom prostredí, vyžaduje dlhodobejšiu integrovanú odbornú zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú v komunite, ale nevyžaduje využitie nákladovo náročnejších lôžok v nemocniciach,
- podpora preventívnych programov a aktivít na predchádzanie prenosných a neprenosných ochorení a zdravotného postihnutia (pravidelná preventívna starostlivosť v ambulanciách všeobecných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých (ďalej len všeobecný lekár pre dospelých), všeobecných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast (ďalej len všeobecný lekár pre deti a dorast), v ambulanciách zubných lekárov, centrách včasnej diagnostiky a v rámci očkovania.

Nutnou podmienkou funkčnosti integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti je rýchlá, dostupná a efektívne fungujúca výmena informácií (eHealth).

Strategické zámery

Strategické smerovanie a zámery zdravotníctva sú vymedzené jeho poslaním, ako je uvedené v Programovom vyhlásení vlády SR:

Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.

Napĺňanie strategických zámerov a príslušných indikátorov bude rozložené do dlhšieho časového obdobia, počas ktorého je potrebné stanoviť priority.

Strategický rámec definuje nasledovné priority v troch oblastiach zdravotníctva.

Verejné zdravotníctvo

Verejné zdravotníctvo je základným pilierom starostlivosti o zdravie občanov. Ukazovatele verejného zdravia ako je stredná dĺžka dožitia pri narodení, počet stratených rokov života v dôsledku predčasných úmrtí a následkov chorôb či prevalencia chronických neprenosných ochorení, radia Slovensko do spodnej časti rebríčka krajín EÚ. Preto priority v oblasti verejného zdravotníctva sú:

1. vnímať starostlivosť o zdravie populácie ako jednu zo základných úloh výkonu verejnej správy (zdravie vo všetkých politikách),
2. vypracovať návrh funkčného modelu starostlivosti o zdravie populácie z pohľadu výkonu verejnej správy (štátna správa, samospráva),
3. vybudovať systém starostlivosti o zdravie populácie na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni, spolu so zapojením všetkých relevantných subjektov verejnej a súkromnej správy, vrátane aktívneho zapojenia obyvateľstva, v zmysle navrhnutého funkčného modelu,
4. realizovať programy verejného zdravia v oblasti nemedicínskej prevencie spoločensky závažných chorôb a zdravotných rizík,
5. zvyšovať úroveň verejného zdravia u sociálne znevýhodnených komunit,
6. zvyšovať úroveň pripravenosti na biologické, chemické a radiačné ohrozenia verejného zdravia,
7. zlepšovať úroveň nemedicínskych determinantov zdravia prostredníctvom viaczorťnej spolupráce (najmä v oblasti životného, pracovného a sociálneho prostredia),

8. posilňovať záujem a zodpovednosť občanov za vlastné zdravie, podporiť ich informovanosťou o zdravotnej starostlivosti, zdravom životnom štýle, ohrozeniach zdravia, prevencii drogových závislostí s využitím moderných komunikačných nástrojov a technológií.

Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

Jej jadro spočíva v práci všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast a gynekológov a zubných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť spolu so sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. Všeobecná ambulantná starostlivosť by mala byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť. V súčasnosti je však ambulantná zdravotná starostlivosť fragmentovaná, s rozdielnymi motiváciami a nedostatkom koordinácie, čo spôsobuje neefektívne využívanie zdrojov. Fragmentácia má negatívny vplyv na kvalitu, náklady a výsledky. Eliminácia tejto neefektivity je kľúčová pre zlepšenie parametrov kvality a zníženia nákladov. Dôkazy ukazujú, že toto je možné dosiahnuť vyššou vertikálnou aj horizontálnou integráciou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Integrovaný model je organizovaná, koordinovaná a spolupracujúca sieť, ktorá spája rôznych poskytovateľov do poskytovania kontinuálnych zdravotných služieb.

Medzi priority pre stanovené obdobie sú v tejto oblasti navrhnuté:

1. Implementovať koncepciu integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním na pozície všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa a stomatóloga ako lekárov prvého kontaktu (gatekeeping) a ošetrovatel'stvo na základe koncentrácie činností do centier integrovanej starostlivosti tvorbou nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením všeobecnej ambulantnej a ošetrovatel'skej starostlivosti. Zabezpečiť dopĺňanie systému zdravotníctva o všeobecných lekárov a špecialistov prostredníctvom rezidentského programu (cieľene finančne podporované špecializačné štúdium) s následným uplatnením v tých regiónoch, kde pretrváva ich nedostatok, resp. vysoký vekový priemer.
2. Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Ústavná zdravotná starostlivosť

Je zabezpečovaná prostredníctvom nemocníc, alebo iných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kľúčové priority tejto oblasti zahŕňajú:

1. redefinovanie typov nemocníc a rozsahu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti, určenie spádového územia, prehodnotenie existujúcich typov a organizačných štruktúr zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,
2. prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých,
3. realizácia programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocníc s cieľom efektívneho využívania ľudských zdrojov, budov a zdravotníckej prístrojovej techniky,
4. funkčné prijímanie a odovzdávanie informácií (aj pomocou eHealth) medzi nemocnicami a inými zdravotníckymi zariadeniami ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti, pričom bude kladený dôraz na kontinuitu zdravotnej starostlivosti pri prechode pacienta v rámci jednotlivých prostredí, osobitne v rámci tzv. prepúšťacieho manažmentu z nemocničného do domáceho či širšieho komunitného prostredia a komplexný manažment pacienta,
5. Implementácia, prevádzka a kultivácia DRG ako trvalo udržateľného nástroja pre financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V rámci týchto priorít budú v rokoch 2014 - 2016 vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré budú podrobne popisovať spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov. Implementačné stratégie a nástroje zmeny sú špecifikované v nasledovnej kapitole v tabuľke č.2.

Kľúčové ukazovatele stavu zdravia a zdravotníctva a nástroje zmeny

Na základe definovania prioritných oblastí v predchádzajúcej kapitole boli identifikované kľúčové parametre popisujúce stav zdravia a zdravotníctva v jednotlivých európskych krajinách. Pri analýze parametrov Slovenska boli použité nasledovné zdroje:

1. OECD Health Data
2. European Community health indicators (ECHI)
3. WHO Global Health Observatory
4. Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)
5. Štatistický úrad SR.

Snahou ministerstva bolo identifikovať kľúčové indikátory v oblastiach ambulantnej zdravotnej starostlivosti, lôžkovej zdravotnej starostlivosti a verejného zdravia, stanoviť súčasnú hodnotu indikátora na Slovensku, priemer krajín OECD a pre top 5 krajín OECD alebo EÚ. Následne bola identifikovaná cieľová hodnota indikátora pre rok 2030 na Slovensku.

Nasledujúca tabuľka zobrazuje zoznam indikátorov s hodnotami za rok 2011 alebo za posledný rok, ktorý bol k dispozícii a návrh cieľových stavov týchto indikátorov, ktoré sú štruktúrované do piatich celkov - kľúčových oblastí zdravia. Okrem už uvedených troch prioritných oblastí zdravotníctva je samostatnou oblasťou zdravotný stav obyvateľstva a tiež eHealth, ako jeden z kľúčových nástrojov pre dosiahnutie dostupnosti, kvality a efektívnosti vo všetkých troch prioritných oblastiach.

Tabuľka 1: Vybrané ukazovatele

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
Verejné zdravie - Zdravotný stav obyvateľstva (Public Health-Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years) ²¹	Zdravé roky života pri narodení (Healthy life years at birth)	Muži (Males)	Roky (Years)	52,4	61,9	69,7	63
			Ženy (Females)	Roky (Years)	52,1	62,7	69,7	63
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)	Pri narodení (At birth)	Muži (Males)	Roky (Years)	71,6	76,9	79,7	77,6
			Ženy (Females)	Roky (Years)	78,8	82,4	85,1	83
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)	Všetky príčiny (All causes)	Muži (Males)	Stratené roky na 100 000 ob. (Years lost per 100 000 population)	7 254,00	4 798,00	3 255,00	4 500,00
			Ženy (Females)	Stratené roky na 100 000 ob. (Years lost per 100 000 population)	3 073,00	2 457,00	1 797,00	2 400,00
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	Všetky príčiny smrti (All causes of death)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	1 188,50	852,2	707,3	840,2
		Odvratiteľná úmrtnosť (Amenable mortality)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	187,7	95,1	63,8	94

²¹ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
		Ochorenia srdcovo-cievnej sústavy (Diseases of the circulatory system)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	674,2	331,2	203,4	328
		Nádory (Neoplasms)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	261,2	229,7	187,2	187,2
Verejné zdravie - Podpora verejného zdravia (Public Health - Health promotion)	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	Spotreba alkoholu (Alcohol consumption)	Ročná báza (Annually)	Litre na osobu (15+) (Liters per capita (15+))	10,7	9,2	6,2	8,9
		Spotreba tabaku (Tobacco consumption)	Ročná báza (Annually)	% denných fajčiarov 15+ (% of population aged 15+ who are daily smokers)	19,5	19,5	15	17,3
		Miera obezity populácie (Level of obese population)	Ročná báza (Annually)	% obéznych z celej populácie (% of obese population)	16,9	18,9	15,4	15,8
	Prevenícia (Prevention)	Imunizácia: Záškrt, tetanus, čierny kašeľ (Immunisation: Diphtheria, Tetanus, Pertussis)		% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99	95,2	99	99
		Imunizácia: Osýpky (Immunisation: Measles)		% zaočkovaných detí (% of children immunised)	98	93,9	98,4	98

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
		Imunizácia: Hepatitída B (Immunisation: Hepatitis B)		% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99	85,9	98	99
		Imunizácia: Chrípka (Immunisation: Influenza)		% obyvateľov nad 65 rokov (% of population aged 65 years and over)	23,8	52,2	74,6	52,2
		Mamografia, programové dáta (Mammography screening, programme data)		% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	16	54,1	74,1	54,1
		Rakovina krčka maternice, programové dáta (Cervical cancer screening, programme data)		% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	22,9	50,6	70	50,6
Všeobecná / Ambulantná starostlivosť	Všeobecní lekári (General practitioners)	Priemerný vek všeobecných lekárov (Average age of General practitioners for adults)		Vek (Age)	53,9			40

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
(Primary / Outpatient Care)	Všeobecní lekári ako gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)	Pacienti odoslaní na vyšetrenie na vyšších úrovniach zdravotnej starostlivosti (Patients transferred to higher levels of care)	-	% návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti (% of visits transferred to higher level of care)	80%	-	-	30%
	Konzultácie (Consultations)	Návštevy u lekára (Doctors consultations)		Počet na osobu (Number per capita)	11,3	6,4	4	6,4
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)		% pacientov v ambulantnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in ambulatory care treated according to clinical guidelines)	0%			50%
	Farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	Celkové výdavky na farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables)		% z celkových výdavkov na zdravie (% total expenditure on health)	26,4	16,6	8,5	20
	Spotreba liekov (Pharmaceutical consumption)	Antibiotiká (Antibiotics)		Doporučená denná dávka (Daily defined doses)	24,5	21,1	13,2	17,2

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Finančný prístup (Financial access)	Súkromné výdavky (Out-of-pocket expenditures)	Podiel z celkových výdavkov v zdravotníctve v % (Share of total exp. in health)	27,2	18,2	9,6	20
	Prevenícia (Prevention)	Pacienti, ktorí absolvovali preventívnu prehliadku (Patients with prevention by medical inspection)		Podiel pacientov v % (Share of patients in %)	32			60
Ústavná zdravotná starostlivosť (In-patient care)	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	Všetky príčiny (All causes)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	21 196,7	16 555,3	11 378,3	15 000
		Choroby obehovej sústavy (Diseases of the circulatory system)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	3 333,9	2 081,2	1 053,8	1 800
	Lôžka (Hospital beds)	Celkovo nemocničných lôžok (Total hospital beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	6,4	5,1	2,3	3,5
		Akútna starostlivosť (Curative (acute) care beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	4,7	3,5	1,8	2,5
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)	Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti (Acute care occupancy rate)		% z disponibilných lôžok (% of available beds)	66,5	75,2	91	85

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)	Priemerný vek nemocničných budov (Average age of hospital buildings)		Roky (Years)	42			25
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)	Všetky príčiny (All causes)		Dni (Days)	7,3	7	4,3	5,8
		Akútna starostlivosť (Acute care)		Dni (Days)	6,6	6,2	4,2	5
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)		% pacientov v ústavnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in hospital care treated according to clinical guidelines)	0%			30%
	Výskum a vývoj (Research and development)	Počet univerzitných nemocníc zapojených do výskumných programov spolu s univerzitami, Slovenskou akadémiou vied, zahraničnými fakultnými nemocnicami a súkromným subjektmi (Number of teaching hospitals operating in research programs with universities, Slovak Academy of Science, foreign teaching hospitals and private companies)		Počet	0			3

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	Operatívny zisk nemocníc (Operational profit of hospitals)	-	Milión EUR (Million EUR)	-116	-	-	120
Elektronické zdravotníctvo (eHealth)	Elektronická zdravotná dokumentácia (Electronic health documentation)	Pripojených PZS do Národného zdravotníckeho IS (Providers of health services involved in system)		%	0	20	95	99
		Elektronické zdravotné knižky občanov (Population with eHealth accounts)		%	0	25	95	99
		Počet zápisov do elektronickej zdravotnej knižky (Number of entries into eHealth record)		Miliónov ročne (Millions per year)	0	-	-	350
	Elektronická medicína (Electronic medication)	Počet položiek na e-receptoch (Number of items on eRecipes)		Miliónov ročne (Millions per year)	0	-	-	215
	Propagácia zdravia (Health promotion)	Návštevy Národného zdravotného portálu (Visits of National health portal)		Mesačný počet návštev v tisícoch (Number of visits per month)	0	-	-	2300

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

V rámci týchto priorít budú v priebehu rokov 2014 až 2016 postupne vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré budú podrobne popisovať spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov. Súčasťou realizačných stratégií bude špecifikácia cieľov, štrukturálna dekompozícia činností, časové plány, matice zodpovednosti a právomoci realizátorov projektu, plán zdrojov, plán nákladov, analýza rizík a obmedzení a plán kontroly projektu.

Na základe preddefinovaných ukazovateľov boli k jednotlivým oblastiam identifikované nástroje, ktorých realizáciou sa dosiahnu cieľové hodnoty indikátorov:

Tabuľka 2: **Nástroje zmeny**

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
Verejné zdravie - Zdravotný stav obyvateľstva (Public Health - Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years)	Zlepšenie determinantov zdravia, prevencia, rozvoj programov na podnecovanie pravidelnej pohybovej aktivity vo všetkých vekových skupinách, zvýšenie kvality poskytovanej ZS, zvýšenie bezpečnosti pacienta, zníženie disparít, zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia	K, D, E	2015
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)			
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)			
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	Programy prevencie ochorení, podpora spolupráce medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami, národný monitorovací program	K	2015
	Programy onkologickej prevencie, funkčný Národné zdravotné registre, podpora spolupráce medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami, národný monitorovací program, funkčný skriningový program, starostlivosť o pacientov v remisii, národný akčný plán pre problémy s alkoholom a NAP na kontrolu tabaku	K	2015	
Verejné zdravie - Podpora verejného zdravia (Public Health - Health promotion)	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	Program znižovania spotreby alkoholu, tabaku, úmyselných a neúmyselných úrazov, osвета v kritických segmentoch	K	2015
		Program znižovania obezity, monitorovanie expozície škodlivinám zo životného prostredia – biomonitring, programy prevencie, zdravšie potraviny a výživa, legislatívne zmeny	K	2016
	Prevencia (Prevention)	Tvorba štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie	K, E, D	2015

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
		Implementácia štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie do legislatívnej úpravy	K, E, D	2016
	Prevenícia (Imunizácia) (Prevention (Immunisation))	Pokračovanie v očkovacom programe	K,D	2013
Všeobecná / Ambulantná starostlivosť (Primary / Outpatient Care)	Všeobecní lekári (General practicioners)	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve, rezidentský program, legislatívne redefinovanie rozsahu kompetencií všeobecných lekárov, budovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti, program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	D, K, E	2014
	Všeobecní lekári ako gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)			
	Konzultácie (Consultations)			
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Implementácia štandardizovaných klinických postupov do legislatívnej úpravy	K, E, D	2016
	Farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	Projekt zavedenia štandardizovaných klinických postupov	K, E, D	2015
Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Program znižovania súkromných zdrojov v zdravotníctve úpravou poplatkov a doplatkov v zdravotníctve	D	2014	
Ústavná zdravotná starostlivosť (In-patient care)	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve, lepšia spolupráca medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a sociálnym sektorom, efektívne zdieľanie informácií medzi nemocnicami (eHealth), nový program infraštruktúry nemocníc	D, K, E	2016
	Lôžka (Hospital beds)			
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)			

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)			
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)			
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Projekt zavedenia štandardizovaných klinických postupov	E	2016
	Výskum a vývoj (Research and development)	Implementácia biomedicínskej stratégie	K	2015
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	Implementácia kontrolných mechanizmov v manažmente fakultných a univerzitných nemocníc, zavedenie DRG	E	2013
Elektronické zdravotníctvo (eHealth)	Elektronická zdravotná dokumentácia (Electronic health documentation)	Vytvorenie Národného zdravotníckeho informačného systému (NZIS), pripojenie NZIS do celoeurópskeho systému výmeny v rámci projektu epSOS	D,K,E	2016
		Zriadenie elektronických zdravotných knižiek pre všetkých poistencov ZP, údajová základňa NZIS	D,K,E	2016
		Elektronická podpora očkovaní, manažmentu laboratórnych vyšetrení, pripomenutí pacientom.	D,K,E	2016
	Elektronická medikácia (Electronic documentation)	Elektronický recept, elektronická podpora preskripcie	K,E	2016

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
	Propagácia zdravia (Health promotion)	Národný portál zdravia (NPZ), informačné miesta NPZ na sociálnych sieťach, mobilná podpora	D	2014

Monitorovací systém

Úlohou monitorovacieho systému bude zabezpečiť sledovanie a napĺňanie samotného strategického rámca, prípravu a implementáciu čiastkových stratégií špecificky zameraných na splnenie strategických zámerov stanovených v jednotlivých prioritách stratégie ako aj dosahovanie cieľových hodnôt vybraných indikátorov.

Monitorovanie a kontrola bude vykonávaná na dvoch úrovniach:

1. Ministerstvo zdravotníctva SR vypracuje „Akčný plán pre prípravu čiastkových stratégií/nástrojov zmien“, ktorý bude presnejšie definovať:
 - časový harmonogram vypracovania a začiatok implementácie jednotlivých čiastkových stratégií,
 - stanoví subjekty zodpovedné za prípravu čiastkových stratégií prípadne ďalšie relevantné subjekty podieľajúce sa na ich príprave.Plnenie Akčného plánu - vypracovanie čiastkových stratégií - bude kontrolované na základe vopred stanovených termínov, vyplývajúcich z riadiacich aktov Ministerstva zdravotníctva SR.

2. Ministerstvo zdravotníctva SR zriadi monitorovaciu komisiu, ktorá bude zložená zo zástupcov ministerstva zdravotníctva, ministerstva školstva, ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, ministerstva financií, ministerstva vnútra (úrazy), Úradu verejného zdravotníctva SR, patientskych organizácií, stavovských organizácií pracovníkov zdravotníctva, mimovládnych neziskových organizácií, zástupcov zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vyšších územných celkov a Združenia miest a obcí Slovenska a zo zástupcov vysokých škôl. Táto komisia bude v pravidelných intervaloch monitorovať pokrok v strategickom rámci, navrhovať jeho prípadné doplnenia a dohliadať na plnenia jednotlivých stratégií. Zriadenie monitorovacej komisie nebude mať finančný dopad na rozpočet MZ SR.

MZ SR v spolupráci s partnermi vypracuje v ročných intervaloch správy o dosahovanom pokroku na úrovni strategického rámca najmä formou aktualizácie dosiahnutých hodnôt vybraných ukazovateľov a formou informácie o stave plnenia stratégií/nástrojov na uskutočnenie zmien. Správa bude verejne prístupná na webovom sídle MZ SR.

Zdroje financovania

Stratégia zlepšovania úrovne v zdravotníctve bude potrebné rôznou mierou podporiť aj finančne, na čo budú použité zdroje zo štátneho rozpočtu, verejného zdravotného poistenia, komunitárnych programov EÚ a štrukturálnych fondov. Povinnou súčasťou každého rozpracovania stratégie zmeny bude uvedený zdroj financovania a objem potrebných prostriedkov.

Verejné zdravotné poistenie

Ministerstvo zdravotníctva považuje verejné zdravotné poistenie za najkľúčovejší zdroj financovania zdravotnej starostlivosti. Preto sa predpokladá, že časť realizačných stratégií týkajúca sa poskytovania zdravotnej starostlivosti bude financovaná z týchto zdrojov najmä z dôvodu identifikovanej nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva, čo predpokladá lepšie prerozdelenie zdrojov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Vyššia efektívnosť nebude viesť k znižovaniu finančných potrieb, ale k lepšej dostupnosti a vyššej produktivite a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Ročná výška zdrojov verejného zdravotného poistenia dosahuje úroveň 3,8 mld. EUR (rok 2012, z toho zdroje zo štátneho rozpočtu za poistencov štátu vo výške 1,36 mld. EUR)²². V strednodobom horizonte sa očakáva len mierny nárast týchto zdrojov. Tieto zdroje sú určené na financovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti (vrátane obnovy zdravotníckej infraštruktúry).

Zdroje štátneho rozpočtu

Ministerstvo zdravotníctva každoročne alokuje časť finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu na príspevok za poistencov štátu, prevádzku inštitúcií v pôsobnosti ministerstva, realizáciu preventívnych programov a investícií do obnovy infraštruktúry lôžkových zariadení.

Indikatívny ročný rozpočet na aktivity v oblasti verejného zdravia a preventívnych programov je na úrovni 7 mil. EUR.

²² http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//vestniky/rocnik_2013/VE-9-2013_Sprava_o_stave_vykonavania_verejneho_zdravotneho_poistenia_za_rok_2012.pdf

Štrukturálne fondy pre programové obdobie 2007 - 2013

V aktuálnom programovom období 2007 – 2013 je vzhľadom na pokročilý stav zazmluvnenia a realizácie programov zredukovaný prístup k finančným zdrojom štrukturálnych fondov. Investície do zdravotníckej infraštruktúry môžu byť podporené v rámci Operačného programu Zdravotníctvo. Aktivity na rozvoj ľudských zdrojov v zdravotníctve môžu byť podporené v rámci opatrenia 2.2 Operačného programu Vzdelávanie. V tejto oblasti sú viazané finančné prostriedky na realizáciu rezidentských programov v indikatívnej hodnote 5 mil. EUR. Pri realizácii priorít strategického rámca sa posúdia možnosti, disponibilita voľných zdrojov a vhodnosť využitia týchto prostriedkov. Disponibilné prostriedky štrukturálnych fondov v programovom období 2007 – 2013 musia byť vyčerpané do 31.12.2015.

Štrukturálne a investičné fondy pre programové obdobie 2014 - 2020

Štrukturálne a investičné fondy sú účinným nástrojom pomoci členským štátom pri priamych aj nepriamych investíciách do oblasti zdravia. Možnosti priamych investícií zahŕňajú napríklad podporu udržateľných, inovatívnych a reformných zdravotných systémov; investície do zdravotníckej infraštruktúry za účelom transformatívnych zmien zdravotných systémov; zlepšenie prístupu ku kvalitnej a udržateľnej zdravotnej starostlivosti za účelom znižovania zdravotných nerovností medzi regiónmi s ohľadom na potreby špecifických opatrení pre marginalizované komunity; podporu rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve; podporu aktívneho a zdravého starnutia najmä v kontexte zvýšenia zamestnanosti a zamestnateľnosti starších ľudí na trhu práce, adaptačné opatrenia súvisiace s klimatickými zmenami; aplikovaný výskum z zdravotníctva; investície do eHealth; podporu analytických a strategických kapacít rezortu zdravotníctva. Možnosti nepriamych investícií do zdravia predstavujú napríklad investície do regenerácie miest, zvyšovania zamestnanosti, podpory vzdelávania, investície v oblasti životného prostredia a dopravy.

Strategický rámec je ex ante kondicionalitou pre priame investície do zdravia a zdravotnej starostlivosti financované z prostriedkov štrukturálnych a investičných fondov v novom programovom období 2014 – 2020 v rámci tematického cieľa 9. Po schválení partnerskej dohody a operačných programov na obdobie 2014 – 2020 bude možné podrobne identifikovať objem týchto zdrojov pre financovanie konkrétnych nástrojov zmeny strategického rámca.

Druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013)

Program bol ustanovený rozhodnutím Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES zo dňa 23. októbra 2007. Hlavným cieľom programu je ochrana a podpora zdravia ľudí a zlepšovanie verejného zdravia prostredníctvom troch prioritných oblastí:

1. Zlepšenie zdravotného zabezpečenia občanov

2. Podpora zdravia a zmiernovanie nerovností v oblasti verejného zdravia

3. Tvorba a šírenie informácií a poznatkov v oblasti zdravia

Program je centrálné riadený Európskou komisiou prostredníctvom výkonnej agentúry „Executive Agency for Health and Consumers“. Členské štáty zabezpečujú poskytnutie informácií o aktivitách programu prostredníctvom siete Národných kontaktných bodov. Podmienky implementácie programu sú každoročne aktualizované prostredníctvom tzv. pracovných plánov. Pracovný plán ustanovuje oprávnené aktivity, podmienky účasti na programe, špecifikuje hodnotiace kritériá, definuje oprávnené výdavky a pod. Pracovné plány na jednotlivé roky tvoria základný východiskový dokument pre vyhlásenie výziev. Výzvy sú vyhlasované raz ročne počas celého obdobia realizácie programu. V rámci programu je možné financovať iba aktivity na medzinárodnej úrovni.

Prínos k dosahovaniu cieľov strategického rámca je najmä účasťou SR v tematicky relevantných spoločných akciách programu, ktoré dopĺňajú a podporujú národné stratégie a iniciatívy. Významovo najrelevantnejšími projektmi v nadväznosti na ciele strategického rámca sú nasledovné spoločné akcie, v ktorých je priamo zapojené MZ SR ako líder jedného z pracovných balíkov:

- European Union Network for Patient Safety and Quality of Care
- European Health Workforce Planning and Forecasting

Ide o medzinárodné projekty s trvaním tri roky, ktorých aktivity časovo presahujú do nového programového obdobia. EÚ zdroje z uvedených projektov predstavujú takmer 240 000 EUR. MZ SR zabezpečuje spolufinancovanie projektov vo výške takmer 148 000 EUR.

Tretí akčný program EÚ pre oblasť zdravia na roky 2014 – 2020

V rámci programu je možné financovať aktivity na medzinárodnej úrovni, ktorých cieľom je dopĺňať a podporovať politiky členských štátov s cieľom zlepšenia zdravia občanov EÚ a zníženia rozdielov v oblasti zdravotnej starostlivosti prostredníctvom propagácie zdravia, podnecovania inovácií v oblasti zdravia, zvyšovaním udržateľnosti zdravotných systémov a ochranou obyvateľov EÚ pred vážnym ohrozením zdravia. Program iniciuje a podporuje spoluprácu členských štátov tam, kde je spolupráca na úrovni EÚ vhodnejšia, resp. nevyhnutná a dopĺňa národné politiky členských štátov o spoločne riešené priority a ciele. Prínos k dosahovaniu cieľov strategického rámca sa očakáva najmä účasťou SR v tematicky relevantných spoločných akciách programu, ktoré môžu dopĺňať a podporovať národné stratégie a iniciatívy. V prípade tohto zdroja financovania nie je možné vopred identifikovať predmet podpory a objem disponibilných finančných prostriedkov pre konkrétnu členskú krajinu, keďže sa projekty programu realizujú na nadnárodnej úrovni a výzvy sa vyhlasujú až na základe ročných pracovných plánov.

Verejno-súkromné partnerstvá

Verejno-súkromné partnerstvo (PPP) je forma spolupráce medzi verejným a súkromným sektorom s cieľom financovania výstavby, rekonštrukcie, prevádzky a údržby infraštruktúry a poskytovania verejných služieb prostredníctvom tejto infraštruktúry. V rámci PPP sú subjekty verejného sektora partnerom a zákazníkom súkromného sektora, od ktorého nakupujú služby. Súkromný partner v zásade financuje a realizuje výstavbu, prevádzkuje dielo (infraštruktúru) a ako protihodnota je mu umožnené poskytovať služby spojené s týmto dielom za platby od jeho užívateľov (koncesia) alebo od verejného partnera. Podstatným znakom PPP je rozdelenie rizík spojených s výstavbou a prevádzkou diela medzi súkromným a verejným partnerom a dlhodobosť zmluvných vzťahov medzi súkromným a verejným partnerom.

Forma financovania výstavby nových nemocníc prostredníctvom verejno-súkromného partnerstva je často využívaná aj v zahraničí. Každoročne je v Európe formou PPP vybudovaných niekoľko desiatok zdravotníckych zariadení, od špecializovaných ambulancií, diagnostických centier až po univerzitné nemocnice.

Z týchto dôvodov je táto forma financovania budovania zdravotníckej infraštruktúry považovaná za perspektívnu oblasť aj na Slovensku a v budúcnosti sa predpokladá jej využitie najmä pri veľkých infraštruktúrnych projektoch.

V nasledujúcej tabuľke je uvedený prehľad kľúčových prioritných opatrení a nástrojov zmien (kapitola 5) a ich primárne zdroje financovania.

Tabuľka 3: **Zdroje financovania čiastkových stratégií/nástrojov zmien**

Kľúčové prioritné oblasti	Opatrenie (čiastkové stratégie/nástroje zmeny)	Primárny zdroj/e financovania	Vplyv na riešenie dostupnosti (D), efektívnosti (E) zdravotnej starostlivosti/verejného zdravotníctva
Verejné zdravie	Program podpory zdravia znevýhodnených komún na Slovensku	štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D
	Implementácia programov nemedicínskej prevencie (srdcovocievne a onkologické ochorenia)	štátny rozpočet	D
	Národný monitorovací program	štátny rozpočet	E
	Národný akčný plán pre problémy s alkoholom	štátny rozpočet	D
	Národný akčný plán na kontrolu tabaku	štátny rozpočet	D
	Program znižovania spotreby alkoholu, osвета v kritických segmentoch	štátny rozpočet	E
	Program znižovania spotreby tabaku, osвета v kritických segmentoch	štátny rozpočet	E
	Program znižovania obezity	štátny rozpočet	E
	Zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia	štátny rozpočet	D, E
	Implementácia programov prevencie obezity, zdravšie potraviny a výživa	štátny rozpočet	D
	Pokračovanie v očkovacom programe	verejné zdravotné poistenie	D
Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	Konceptia rozvoja všeobecného lekárstva	štátny rozpočet	D, E
	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	programy EÚ pre oblasť zdravia, štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D, E
	Tvorba/inovácia štandardizovaných klinických postupov	štrukturálne a investičné fondy	D, E
	Implementácia štandardizovaných klinických postupov v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E
	Tvorba štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie	štrukturálne a investičné fondy	D, E

Kľúčové prioritné oblasti	Opatrenie (čiastkové stratégie/nástroje zmeny)	Primárny zdroj/e financovania	Vplyv na riešenie dostupnosti (D), efektívnosti (E) zdravotnej starostlivosti/verejného zdravotníctva
	Implementácia štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E
	Budovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti	štrukturálne a investičné fondy	E
	Úprava platobného mechanizmu všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti	verejné zdravotné poistenie	E
	eHealth	verejné zdravotné poistenie, štrukturálne a investičné fondy	E
	Program znižovania súkromných zdrojov v zdravotníctve úpravou poplatkov a doplatkov v zdravotníctve	štátny rozpočet	D
	Rezidentský program	štrukturálne a investičné fondy	D
Ústavná zdravotná starostlivosť	Program novej infraštruktúry nemocníc	PPP	E
	DRG	verejné zdravotné poistenie, štrukturálne a investičné fondy	E
	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	programy EÚ pre oblasť zdravia, štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D, E
	eHealth	štrukturálne a investičné fondy, verejné zdravotné poistenie	E
	Tvorba/inovácia štandardizovaných klinických postupov	štrukturálne a investičné fondy	D, E
	Implementácia štandardizovaných klinických postupov v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E
	Implementácia kontrolných mechanizmov v manažmente fakultných a univerzitných nemocníc	štátny rozpočet	E
	Implementácia biomedicínskej stratégie	štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet, Tretí akčný	E

Kľúčové prioritné oblasti	Opatrenie (čiastkové stratégie/nástroje zmeny)	Primárny zdroj/e financovania	Vplyv na riešenie dostupnosti (D), efektívnosti (E) zdravotnej starostlivosti/verejného zdravotníctva
		program EÚ pre oblasť zdravia na roky 2014-2020	

Záver

Slovensko v súčasnosti v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ dosahuje nízku úroveň efektivity zdravotníctva. Jedným z hlavných dôsledkov je kratší počet rokov života v zdraví (Healthy life years) obyvateľov Slovenska oproti priemeru krajín EÚ. Kým obyvatelia Slovenska žijú v zdraví priemerne 52,2 roka, u obyvateľov EÚ je to takmer o 10 rokov viac (62 rokov)²³.

Strategický rámec je dokumentom, ktorého realizáciou sa predpokladá zlepšenie kľúčových indikátorov v oblasti zdravotného stavu obyvateľstva, verejného zdravia, ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti a elektronického zdravotníctva. Pre ich naplnenie bude podstatná implementácia identifikovaných realizačných stratégií.

Medzi hlavné opatrenia na zvýšenie kvality zdravého života na Slovensku patria investície do siete primárneho kontaktu, nemocníc poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť a realizácia preventívnych programov v oblasti verejného zdravia.

²³ štatistické údaje EUROSTATU, rok 2011

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

