

ČASOVÁ DOSTUPNOST VYBRANÝCH ELEKTÍVNÝCH VÝKONOV

ANALÝZA ČAKACÍCH DÔB

ROMAN MUŽIK – ANGELIKA SZALAYOVÁ



ČASOVÁ DOSTUPNOSŤ VYBRANÝCH ELEKTÍVNYCH VÝKONOV

ANALÝZA ČAKACÍCH DÔB

Autori:

ROMAN **MUŽIK**

ANGELIKA **SZALAYOVÁ**

Vydal:



Health Policy Institute

Prokopova 15
851 01 Bratislava
Slovakia

tel.: +4212 6353 2182

mail: hpi@hpi.sk

www.hpi.sk

ISBN 978-80-971193-6-2



9 788097 119362

© HEALTH POLICY INSTITUTE, september 2013

Všetky práva sú vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie nesmie byť reprodukováná alebo prenášaná akýmkoľvek spôsobom vrátane elektronického, mechanického, fotografického či iného záznamu alebo prekladaná do iných jazykov bez predchádzajúcej dohody a súhlasu autorov.

POĎAKOVANIE

Autori publikácie by chceli srdečne poďakovať Fondu pre transparentné Slovensko pri Nadácii Pontis, ktorý finančne podporil vznik tejto štúdie.



Autori publikácie by chceli poďakovať všetkým, ktorí sa na Analýze čakacích dôb podieľali. Predovšetkým patrí vďaka členom HPI za odbornú podporu projektu a Lenke Hujdičovej z nadácie Pontis za bezproblémovú realizáciu a komunikáciu tohto projektu. Špeciálne poďakovanie patrí Michaele Badinovej z HPI za pomoc a nasadenie pri realizácii mystery shoppingu.

Ďakujeme všetkým inštitúciám, ktoré nám ochotne poskytli informácie.

Na záver ďakujeme za pochopenie a trpezlivosť všetkým známym, ktorým sme sa kvôli aktivitám na tomto projekte nemohli venovať.

OBSAH

Zhrnutie	6
Executive summary.....	8
1. Teoretické východiská štúdie	10
1.1 Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	10
1.2 Čakacie listiny.....	10
1.3 Legislatívne prostredie čakacích listín na Slovensku.....	13
1.4 Profily zdravotných poisťovní	15
2. Počet poistencov na čakacej listine	20
2.1 Celkový počet pacientov na čakacích listinách	20
2.2 Dátový nesúlad.....	22
2.2.1 Situácia po roku	22
2.2.2 Tri svety čakacích listín	23
2.2.3 Všetko je v poriadku a čo bolo, bolo	24
3. Na aké diagnózy sa najviac čaká?	25
3.1 TOP 3 skupiny diagnóz s najväčším počtom čakajúcich	27
3.2 Porovnanie jednotlivých poisťovní v čase.....	31
4. Kde a ako dlho sa najviac čaká?	34
4.1 Metodika výskumu.....	34
4.2 Výsledky	37
4.2.1 TEP kolenného kĺbu.....	37
4.2.2 TEP bedrového kĺbu	38
4.2.3 Operácia katarakty	39
4.3 Oficiálne údaje od poskytovateľov	41
4.4 Porovnanie poisťovní.....	44
4.5 Medziročné porovnanie	44
4.5.1 TEP kolenného kĺbu.....	45
4.5.2 TEP bedrového kĺbu	48
4.5.3 Operácia katarakty.....	51
4.6 Poznámky k prieskumu	54
4.7 Porovnanie s minulosťou.....	55

5. Diskusia	58
5.1 Čakacie listiny vo svete.....	58
5.2. Východisková situácia na Slovensku	59
6. Závbery a odporúčania HPI	62
6.1 Prevencia	63
6.2 Legislatíva.....	65
6.3 Transparentnosť a poskytovanie informácií	67
6.4 Efektívnosť, koordinácia a možnosť oficiálnej platby.....	68
Použitá literatúra	70
O autoroch	72

ZHRNUTIE

Cieľom tejto štúdie bola analýza časovej dostupnosti vybraných výkonov na Slovensku vo vybraných kategóriách zdravotnej starostlivosti a ich porovnanie so situáciou v minulosti. Časová dostupnosť plánovaných výkonov bola sledovaná dvoma metódami:

1. porovnaním **počtov pacientov na čakacích listinách** vedených podľa zákona pre vybrané výkony,
2. porovnaním **dĺžky čakacích lehôt** pre tri výkony s najvyšším počtom pacientov na čakacích listinách.

Na čakaciu listinu sa dostávajú pacienti s indikovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorú nie je možné poskytnúť z finančných, kapacitných alebo iných dôvodov. Spravidla ide o pacientov, ktorí nevyžadujú akútnu zdravotnú starostlivosť, a kde jej odklad nezhorší ich zdravotný stav. Čakanie (pobyt v poradovníku), resp. čakacia lehota označuje čas medzi zaradením pacienta na čakaciu listinu a jeho vyradením. V elektívnej zdravotnej starostlivosti to vo všeobecnosti znamená čas medzi schválením a realizáciou zákroku.

Zdravotné poisťovne (ZP) sú podľa zákona a príslušnej vyhlášky povinné viesť čakacie zoznamy pre vybrané choroby, ktoré si vyžadujú operačný alebo invazívny výkon. **V apríli 2013 čakalo na čakacích listinách všetkých poisťovní 10 611 poistencov**, z toho v zdravotnej poisťovni Dôvera 2 709 (25,5 %), vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni (VšZP) 7 778 (73,3 %) a v ZP Union 124 (1,2 %).

Najviac poistencov na čakacích listinách aj po zohľadnení veľkosti poistného kmeňa **má Všeobecná zdravotná poisťovňa (232,7 na 100 000 poistencov)**, v ktorej na sledované výkony čaká 8,3-násobne viac poistencov ako v Unione ZP (28,2 na 100 000 poistencov). Na druhom mieste v počte poistencov čakajúcich na plánované výkony je zdravotná poisťovňa Dôvera (188,9 na 100 000 poistencov), ktorá má na zoznamoch 6,7-krát viac poistencov než Union.

Aj keď porovnanie s minulosťou sťažujú chybné vykazované dáta VšZP v roku 2012, vo všeobecnosti je možné povedať, že **počty pacientov na čakacích listinách od roku 2010 najprv stúpali, ale v poslednom roku je možné vo všetkých troch poisťovniach pozorovať postupný pokles**, aj keď na rozdiel od Unionu počty poistencov v Dôvere ani vo VšZP neklesli na úroveň hodnoty z roku 2010.

Na Slovensku už dlhodobo **najviac pacientov čaká na operatívne riešenie kolenného (3 036) a bedrového (2 721) kĺbu, operáciu katarakty – šedého zákalu (2 580)** a viaceré ochorenia

súvisiace s kardiovaskulárnym systémom. Počet pacientov zaradených na čakaciu listinu v prvých troch skupinách vo všetkých poisťovniach až do marca 2012 narastal a následne už klesal.

Bez ohľadu na poskytovateľa a poisťovňu **sa na totálnu endoprotézu (TEP) kolenného alebo bedrového kĺbu na Slovensku čaká v priemere okolo 9 mesiacov a na operáciu katarakty necelé 3 mesiace**. Dĺžka čakacej doby na TEP bedrového kĺbu medzi rokom 2012 a 2013 klesla o 5,3 mesiaca, pričom dĺžka čakacej doby na operáciu katarakty sa medzi rokom 2012 a 2013 nezmenila.

Na TEP kolenného kĺbu najdlhšie čakajú poistenci VŠZP (10,9 mesiaca) a najkratšie poistenci zdravotnej poisťovne Union (6,7 mesiaca). Podobne, aj na TEP bedrového kĺbu čakajú najdlhšie poistenci VŠZP (11,2 mesiaca) a najkratšie poistenci zdravotnej poisťovne Union (8,9 mesiaca). Pri TEP bedrového kĺbu nie sú medzi poisťovňami až také výrazné rozdiely (2,3 mesiaca) ako pri TEP kolena (4,2 mesiaca). Pri operácii katarakty je rozdiel medzi poisťovňami najmenší, približne 1 týždeň, pričom najdlhšie čakajú poistenci VŠZP (90 dní) a najkratšie poistenci zdravotnej poisťovne Union (82 dní).

Celkovo najkratšie čakacie doby na **najčastejšie ochorenia zaradované na čakacie listiny má zdravotná poisťovňa Union**. Aj keď sa za posledný rok **celkový počet poistencov na čakacích listinách neznížil, skrátila sa čakacia doba na sledované zákroky**.

Pre zlepšenie situácie s čakaním na elektívne výkony navrhujeme nasledujúce 4 opatrenia:

1. vyššiu **podporu prevencie**, ktorá dokáže predchádzať vzniku mnohých ochorení a tým znižovať potrebu elektívnych výkonov,
2. legislatívnu úpravu toho, **na akú zdravotnú starostlivosť má poistenec nárok**, a to ako z pohľadu vecného (na čo má nárok), časového (do kedy), ako aj finančného (za koľko),
3. **vyššiu transparentnosť** vo vedení a zverejňovaní čakacích listín a dostupnosť zrozumiteľných informácií pre pacientov,
4. **vyššiu efektívnosť a koordináciu** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pri nedostatku kapacít a vytvorenie možnosti skoršieho vykonania výkonu pri čiastočnej úhrade starostlivosti pacientom, ak je problémom nedostatok finančných zdrojov.

EXECUTIVE SUMMARY

The goal of this study was the analysis of time accessibility of selected procedures in Slovakia in selected categories of health care and their comparison with the situation in the past. The time accessibility of planned procedures was observed by two methods:

1. by comparing the **number of patients** on the waiting lists guided according to the law for chosen procedures
2. by comparing the **length of the waiting times** for three procedures with the highest number of patients on the waiting lists

On the waiting list are placed patients with indicated health care which is not possible to provide because of financial, capacity or other reasons. Those are generally patients who do not require acute health care and where the deferral will not worsen the state of health. Waiting (being on the waiting list), or waiting period indicates the time between including the patient on the waiting list and his displacing. In elective health care it in general means the time between approval and realization of the procedure.

Health insurance companies (HIC) are according to law and respective edict obliged to keep the waiting lists for chosen diseases which demand operational or invasive procedure. In **April 2013 were on the waiting lists of all health insurance companies 10 611** insured persons out of whom were in health insurance company Dôvera 2 709 (25,5 %), in General Health Insurance Company (VšZP) 7 778 (73,3 %) and in HIC Union 124 (1,2 %).

The most of the insured persons on the waiting lists even after taking into account the insured base **has General Health Insurance Company (232,7 on every 100 000 of insured persons)**, in which for the monitored procedures is waiting 8,3 times more insured persons than in Union HIC (28,2 on every 100 000 insured). At the second place in the number of insured waiting for planned procedures is health insurance company Dôvera (188,9 on every 100 000 insured) which has on the lists 6,7 times more insured persons than Union.

Even though the comparison with the past is impeded by wrongly reported data by VšZP from 2012, in general it is possible to say that the **number of patients on the waiting lists from 2010 was first rising but in the last year it is possible to observe in all three health insurance companies a gradual decline**. In contrast with Union the numbers of insured neither in Dôvera nor in VšZP did not drop to the values from 2010.

In Slovakia for a long **time the most of the patients have been waiting for total knee (3 036) and hip (2 721) replacement, cataract surgery (2 580)** and several diseases related to cardiovascular system. The number of patients included on the waiting list in the first three groups in all health insurance companies was rising until March 2012 and subsequently decreased.

Regardless of the health care provider or health insurance company **the waiting time for total knee or hip replacement in Slovakia is on average 9 months** and for **cataract surgery almost 3 months**. The length of the waiting period on total hip replacement in between 2012 and 2013 fell down by 5,3 months, while the length of the waiting period for cataract surgery between 2012 and 2013 did not change.

For total knee replacement for the longest time are waiting the policyholders of VŠZP (10,9 months) and for the shortest time are waiting the policyholders of Union health insurance company. Similarly, even for the total hip replacement for the longest time waiting are policyholders of VŠZP (11,2 months) and the shortest waiting are policyholders of Union health insurance company (8,9 months). For the total hip replacement the differences among health insurance companies are not that big (2,3 months) as for the knee replacement (4,2 months). As for the cataract surgery the difference among health insurance companies is the smallest, approximately 1 week, where for the longest waiting are the policyholders of VŠZP (90 days) and for the shortest waiting are policyholders of Union health insurance company (82 days).

Totally **the shortest waiting times for the most frequent diseases included on the waiting lists has health insurance company Union**. Although the total number of insured on the waiting lists did not lower within the last year, the waiting period was shortened for the observed procedures.

For the improvement of situation with waiting times for elective procedures we suggest the four following measurements:

1. **higher support of prevention**, which can prevent the inception of a lot of diseases and therefore lower the necessity of elective procedures,
2. legislative adjustment of **the scope of health care for which the patient has the right** from material (for what he/she has claim), time (for how long) and also financial (for how much) point of view
3. **higher transparency** in the management and making **public the waiting lists** and accessibility of comprehensible information for patients,
4. **higher effectivity** and **coordination** during providing the health care and the shortage of capacities and creation of possibility of sooner performance of procedure for partial refund of health care by patient if the problem is the lack of financial resources.

1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ ŠTÚDIE

1.1 DOSTUPNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je zložitý, mnohorozmerný pojem zložený z viacerých dimenzií. Dostupnosť odzrkadľuje možnosť občanov v prípade potreby dostať zdravotnú starostlivosť v podobe rôznych zdravotných služieb či tovarov.¹ Dostupnosť a prístup k zdravotnej starostlivosti je jeden z troch čiastkových cieľov resp. čiastkových ukazovateľov fungovania zdravotného systému.

V závislosti od autora existuje aj viacero členení dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Jej základné dimenzie sú (1) **fyzičná (geografická) dostupnosť**, ktorá odzrkadľuje rozmiestnenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (na určitom území v zmysle vzdialenosti a časovej dostupnosti) a (2) **efektívna dostupnosť**, ktorá je vnímaná ako náročnosť dosiahnutia zdravotnej starostlivosti² v závislosti od polohy, nákladov a času na cestovanie pacientov alebo od správania sa, čakacích lehôt či otváracích dôb poskytovateľa.

Medzi ostatné aspekty dostupnosti patrí aj (3) **finančná dostupnosť**, ktorú podmieňuje finančná náročnosť poskytnutia zdravotnej starostlivosti v okamžiku jej poskytnutia³ a závisí od možnosti človeka zabezpečiť si zdravotnú starostlivosť za náklade svojho príjmu. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti podmieňuje aj prístup k informáciám, preto za jednu z dimenzií dostupnosti zdravotnej starostlivosti sa považuje aj (4) **dostupnosť informácií**.

Táto štúdia analyzuje konkrétnu zložku efektívnej dostupnosti – časovú dostupnosť. Svoju pozornosť sme venovali výhradne elektívnym výkonom, ktoré nevyžadujú akútnu zdravotnú starostlivosť. Ich dostupnosť meraná čakacími dobami sa porovnáva celosvetovo a jej hodnoty nepriamo opisujú úroveň zdravotného systému v danej krajine.

1.2 ČAKACIE LISTINY

Na čakaciu listinu sa dostávajú pacienti s indikovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorú nie je možné poskytnúť z finančných, kapacitných alebo iných dôvodov. Spravidla ide o pacientov, ktorí nevyžadujú akútnu zdravotnú starostlivosť, a kde jej odklad nezhorší ich zdravotný stav. O zaradení pacienta na čakaciu listinu rozhoduje zodpovedný lekár, ktorý musí posúdiť naliehavosť prípadu.

¹ Roberts M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M.R.: *Getting Health Reform Right*, Oxford University Press, 2004

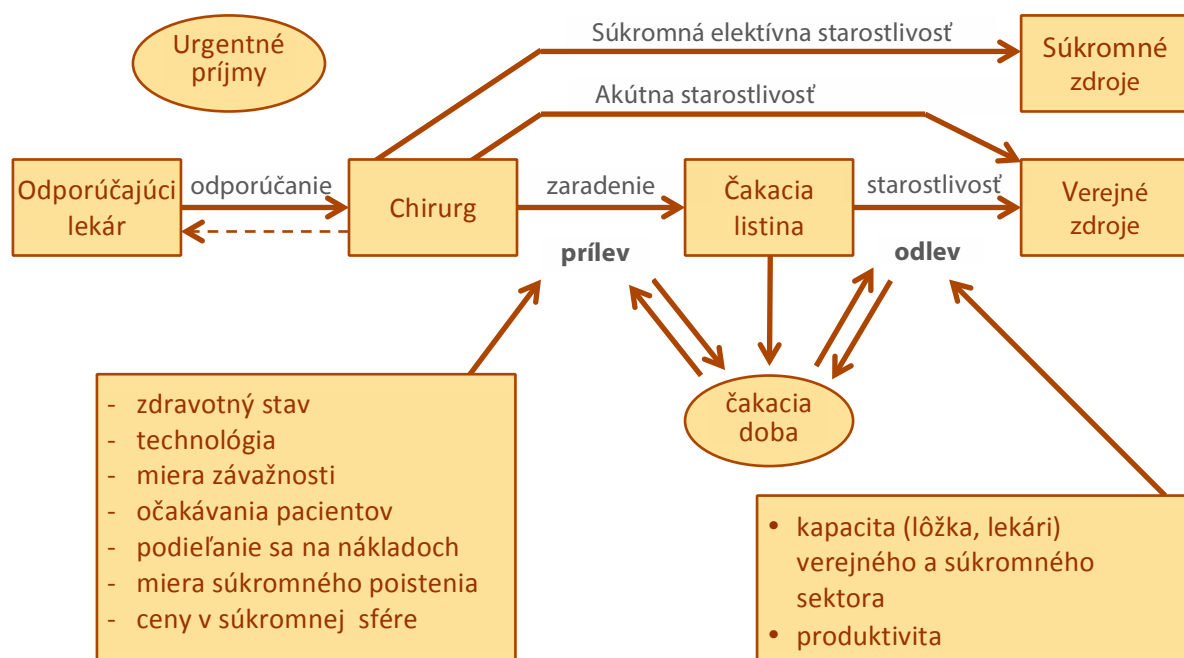
² Ibid

³ Zajac, R., Pažitný, P.: Dostupnosť zdravotníctva a poplatky, Domino fórum 11/2004

Čakanie (pobyt v poradovníku) resp. čakacia lehota označuje čas medzi zaradením pacienta na čakaciu listinu a jeho vyradením. V elektívnej zdravotnej starostlivosti to vo všeobecnosti znamená čas medzi schválením a realizáciou zákroku.

Model OECD⁴ v zjednodušenej podobe znázorňuje ako pacienti prúdia typickým systémom zdravotnej starostlivosti s verejným poistením a obmedzenou kapacitou. Pacient so zdravotným problémom príde na posúdenie za chirurgom sám ako akútny stav alebo na základe odporúčania všeobecného (príp. iného) lekára. Po vyhodnotení situácie môže byť časť pacientov s menej závažným stavom liečená konzervatívne všeobecným lekárom, prípadne iným odborníkom. Časť pacientov s akútnym stavom podstupuje operáciu bez čakania a tým, ktorých stav nie je akútny, môže byť chirurgický zákrok vykonaný neskôr a sú preto požiadaní, aby počkali na plánovanú operáciu. Je im pridelený približný termín v poradovníku. Časť pacientov, ktorým to (hlavne finančná) situácia umožní, si môžu vybrať vykonanie operácie za vlastné zdroje, čím nie sú nútení čakať na zozname. Z čakacieho zoznamu môžu pacienti „vypadnúť“ nakoľko sa odsťahovali a liečba im bude poskytnutá inde, ich zdravotný stav sa zlepšil a zákrok už nie je potrebný alebo zomreli počas čakania na zákrok⁵ (Schéma 1).

Schéma 1: Model čakacích listín



Zdroj: autori podľa SICILIANI, L., HURST, J.: *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

⁴ SICILIANI, L., HURST, J.: *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

⁵ Ibid

Dopyt po plánovaných operáciách je určený zdravotným stavom obyvateľstva a úrovňou medicínskej technológie, ktorá určuje rozsah liečených ochorení a mieru očakávaní pacienta.⁶ Rôzne finančné stimuly, podiel obyvateľstva so súkromným zdravotným poistením a cena zákrokov v súkromnom sektore môže takisto ovplyvňovať dopyt. Kľúčovú úlohu v riadení dopytu zohrávajú lekári a ich určenie hraničného stavu pre odporúčanie na zákrok.

Odliv (ponuka) plánovaných operácií závisí na „chirurgickej“ kapacite verejných, ale aj súkromných poskytovateľov a produktivite, s ktorou sa kapacity využívajú. Ekonometrické dôkazy naznačujú, že väčšia kapacita (počtu lôžok a lekárov) je spojená s nižšími čakacími dobami.⁷⁸ Produktivita okrem iného závisí aj na spôsobe, akým sú lekári a nemocnice platené.⁹

Faktory, ktoré môžu ovplyvňovať dĺžku čakacej lehoty by sme mohli rozdeliť do 4 skupín:

- (1) dopyt,
- (2) nemocničné zdroje,
- (3) manažment čakacích listín a
- (4) charakteristika pacienta.¹⁰

Za **dopyt** môžeme považovať proces, pri ktorom pacienti chcú získať prístup k službám, na ktoré je vedený poradovník. Príchod pacientov podstupujúcich plánovanú operáciu a kolísanie ich potrieb môže mať vplyv na zlepšenie alebo zhoršenie dostupnosti služieb. Napríklad množstvo akútnych pacientov môže spôsobiť zrušenie alebo preloženie plánovaných zákrokov alebo môže zvýšiť dopyt po nemocničných zdrojoch, ktoré neboli vyčlenené na takéto aktivity. **Dostupnosť nemocničných zdrojov** akými sú napríklad chirurgovia, anestéziológovia, zdravotné sestry, operačné miestnosti, špeciálne vybavenie, počet lôžok a podobne podmieňujú zaraďovanie pacientov do zoznamu.¹¹ Čo sa **manažovania čakacích listín** týka, za kľúčový faktor môžeme považovať určovanie priorít, na základe ktorých sú pacienti vyberaní a zaraďovaní na čakaciu listinu. Vo všeobecnosti (no nie vždy) platí, že pacienti s vyššou prioritou sú v zozname posúvaní dopredu a pacienti s nižšou prioritou sú

⁶ SICILIANI, L., HURST, J., 2003 : *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

⁷ Lindsay, C.M., and B. Feigenbaum: *Rationing by waiting lists*, American Economic Review, 74, 3, 1984

⁸ Martin, S., and Smith, P.C.: *Rationing by waiting lists: an empirical investigation*, Journal of Public Economics, 71, 1999

⁹ SICILIANI, L., HURST, J., 2003 : *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

¹⁰ Sobolev, B., Kuramoto, L.: *Analysis of Waiting-Time Data in Health Services Research*, Springer, New Yourk, USA, 2008, ISBN: 978-0-387-76421-4

¹¹ Blake J.T., Carter M.W.: *Surgical process scheduling: a structured review*, Journal of the Society for Health systems, 5:17-30, 1997 in Sobolev, B., Kuramoto, L.: *Analysis of Waiting-Time Data in Health Services Research*, Springer, New Yourk, USA, 2008

zaradovaní na koniec, bez ohľadu na to, kedy boli zaradení do zoznamu.¹² Pacienti s rovnakou prioritou sú zaradovaní na základe času, kedy im bol zákrok indikovaný. Dĺžka čakania u pacientov môže byť podmienená ich **zdravotným stavom a prítomnosťou iných ochorení** (komorbidita), ale aj vekom, pohlavím či dokonca miestom bydliska.¹³

Podľa OECD¹⁴ je jedným z dôvodov nárastu čakacích listín významný pokrok v chirurgickej technike a v anestézii počas posledných dvoch alebo troch desaťročí, čo výrazne zlepšili rozsah, bezpečnosť a účinnosť chirurgických zákrokov. Mnoho postupov sa zároveň začalo vykonávať za nižšie náklady na jednotku, v dôsledku čoho došlo vo všetkých krajinách OECD k dramatickému nárastu dopytu po chirurgických zákrokoch, najmä elektívnych (nie akútnych) zákrokoch, akými sú napríklad operácia sivého zákalu, bedrového kĺbu a bypass-u.

Čakacie listiny sú vážnym problémom v mnohých krajinách OECD^{15,16}, Slovensko nevynechávajú. Dlhé čakacie doby na elektívne výkony sú vo všeobecnosti v krajinách, ktoré kombinujú verejné zdravotné poistenie s nulovou alebo nízkou spoluúčasťou pacienta a obmedzenou kapacitou. Naopak, dlhé čakacie doby sa menej často nachádzajú v krajinách s poistným systémom, v ktorom je umožnený výber poskytovateľa zdravotného poistenia.¹⁷

1.3 LEGISLATÍVNE PROSTREDIE ČAKACÍCH LISTÍN NA SLOVENSKU

Na Slovensku sú čakacie listiny ukotvené v zákone č. 581/2004 Z. z., pričom ich bližšiu podobu, špecifikáciu a podrobnosti ustanovuje Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a jej novela, vyhláška MZ SR č. 151/2011 Z. z.

Ak poskytovateľ nemôže poskytnúť poistencovi do troch mesiacov zdravotnú starostlivosť, odporučí mu plánovanú zdravotnú starostlivosť a navrhne jeho zaradenie do zoznamu. Čakacie listiny sú následne tvorené jednotlivými poisťovňami podľa návrhov poskytovateľov. Podľa platnej legislatívy môžu byť do zoznamu čakateľov v čakacích listinách zaradení iba poistenci pre určité vybrané choroby, ktoré si vyžadujú plánovaný zákrok alebo invazívny výkon a ich odklad priamo neohroží

¹² Sobolev, B., Kuramoto, L.: *Analysis of Waiting-Time Data in Health Services Research*, Springer, New Yourk, USA, 2008, ISBN: 978-0-387-76421-4

¹³ Ibid

¹⁴ SICILIANI, L., HURST, J., 2003 : *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

¹⁵ SICILIANI, L., HURST, J., 2003 : *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7,

¹⁶ Eisen, B., Björnberg, A., 2009: *Canada Health Consumer Index 2009*, Frontier Centre for Public Policy, ISSN 1491-78

¹⁷ Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (eds.): *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, (2013)

pacienta na živote, či neskomplikuje jeho zdravotný stav. Vyhláška MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 1. júla 2011 vo svojej prílohe uvádza nasledujúce choroby, s ktorými sa poistenci môžu ocitnúť na čakacej listine:

Vybrané choroby vyžadujúce plánovanú operáciu alebo invazívny výkon	Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb MKCH-10
1. Choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	H25, H26, H28
2. Choroby obehovej sústavy	I05 až I10, I20, I23 až I25, I34 až I37, I42, I43, I47 až I50, I70 až I74, I83, Q21, Q23, Q25
3. Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	M16, M17, M19, M40 až M43
4. Rutinné rádiologické vyšetrenie – mamogram	Z01.6
5. Vrodené chyby, deformácie a chromozómové anomálie	Q35, Q37
6. Tyreotoxikóza – hyperfunkcia	E05

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 151/2011 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Zdravotná poisťovňa je podľa zákona 581/2004 Z.z. povinná dodržiavať vytvorené poradie poistencov v zozname podľa jednotlivých chorôb. Na žiadosť poistenca má informovať o jeho poradí v zozname, o počte poistencov v zozname, o predpokladanom dátume poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa.¹⁸

Zdravotná poisťovňa v záujme skrátenia lehoty na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti môže poistencovi navrhnúť jej poskytnutie u iného poskytovateľa, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podľa platnej vyhlášky¹⁹ má poisťovňa na základe žiadosti poistenca povinnosť informovať ho o možnosti požiadať o poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike alebo u poskytovateľa v inom členskom štáte Európskej únie.

¹⁸ Zákon 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

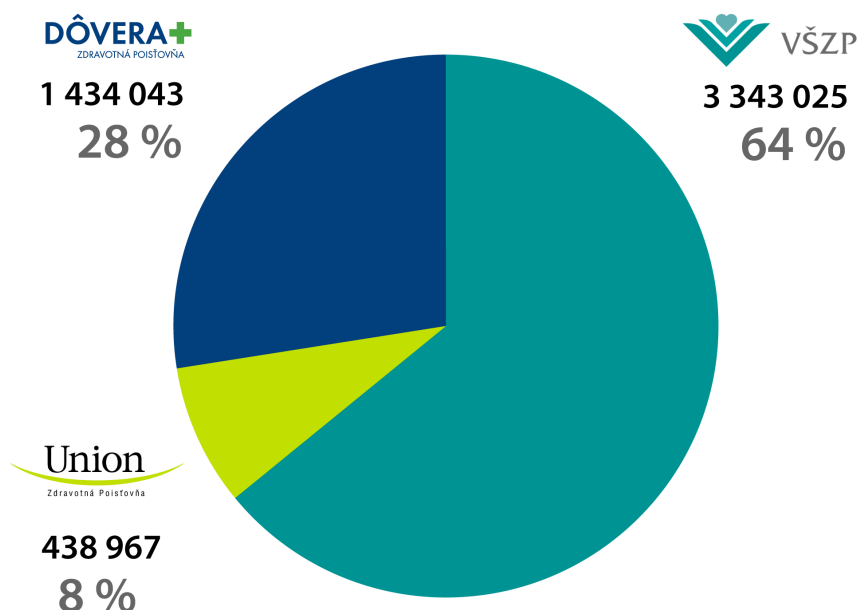
¹⁹ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 151/2011 Z. z

Poistenec nemôže byť súčasne zaradený vo viacerých zoznamoch, ak ide o tú istú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Ak zdravotná poisťovňa zistí súbeh vo viacerých zoznamoch v súvislosti s tou istou plánovanou zdravotnou starostlivosťou, podľa vyhlášky²⁰ by mala ponechať poistenca v tom zozname, v ktorom bol zaradený najskôr. Naopak, u rôznych diagnóz môže pacient figurovať vo viacerých poradovníkoch súčasne.

1.4 PROFILY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Na Slovensku je od roku 1994 konkurenčný poisťovací model. V roku 1997 bol počet poisťovní 13, čo bolo do teraz najviac. Od roku 2010 na Slovensku poskytujú svoje služby 3 zdravotné poisťovne (Graf 1). Najväčšou zdravotnou poisťovňou pôsobiacou na Slovenskom trhu je štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa (64 %). Výrazne menší poistný kmeň majú súkromné zdravotné poisťovne Dôvera (28 %) a Union (8 %).

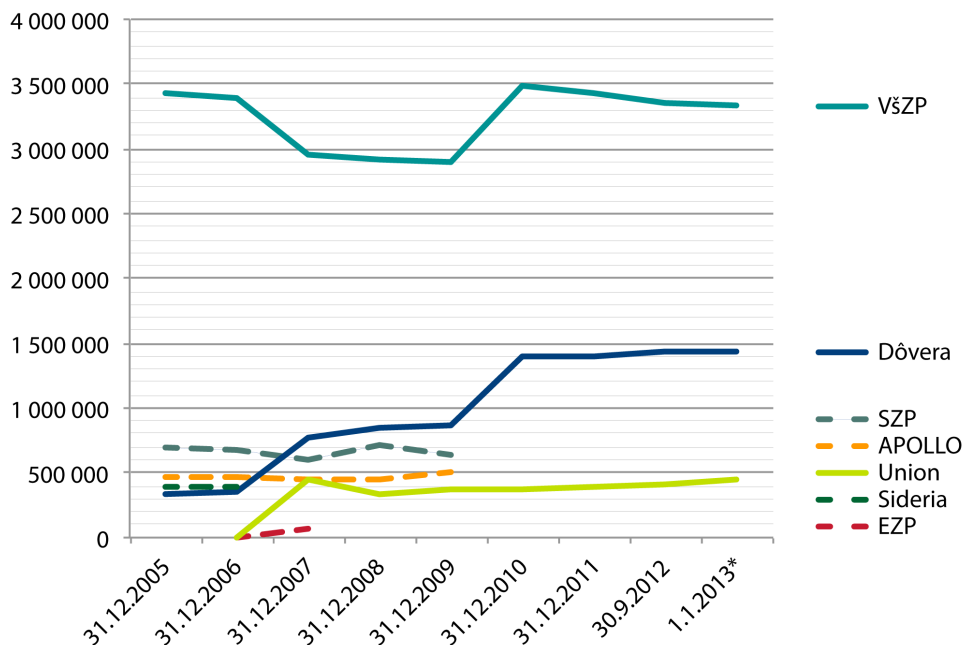
Graf 1: Počet poistencov a podiel poisťovní na trhu k 1. 1. 2013



Zdroj: autor podľa údajov z ÚDZS

Od zlúčenia VŠZP, Spoločnej zdravotnej poisťovne (SZP) a poisťovne Apollo s Dôverou začiatkom roka 2010 môžeme sledovať mierny pokles počtu poistencov VŠZP a veľmi mierne zväčšenie poistných kmeňov súkromných poisťovní (Graf 2).

²⁰ Ibid

Graf 2: Počet poistencov v jednotlivých poisťovniach

Zdroj: autor podľa ÚDZS; *odhad ÚDZS; SZP = Spoločná zdravotná poisťovňa; EZP = Európska zdravotná poisťovňa

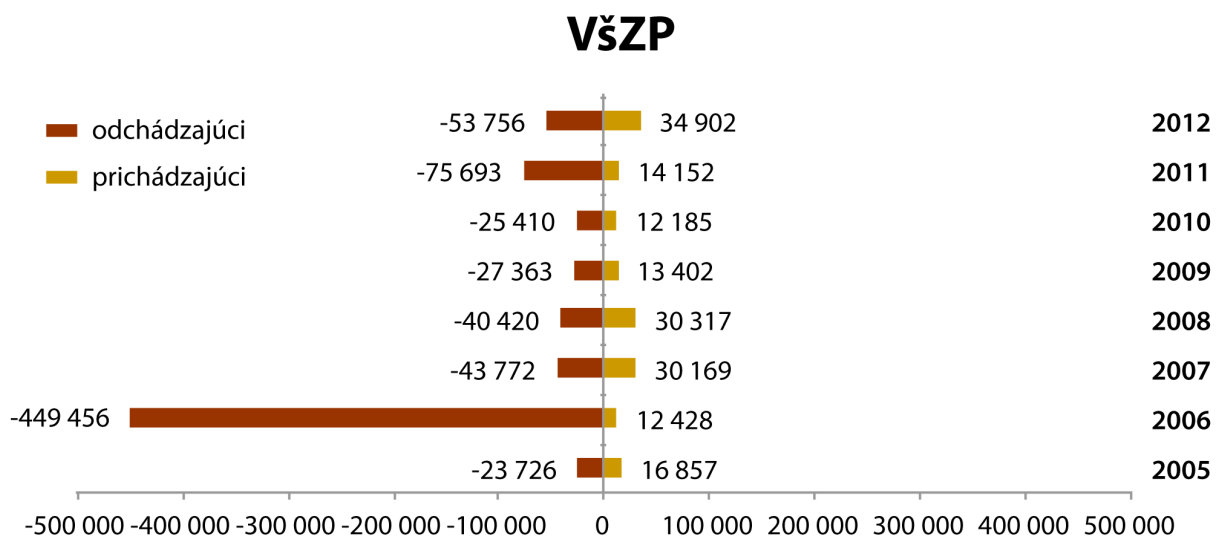
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

- Počet poistencov k 1. 1. 2013: **3 343 025**
- Podiel na trhu k 1. 1. 2013: **64,09 %**
- Generálny riaditeľ: **Ing. Marcel Forai, MPH**
- Rating 2008: miesto 5/5



Do Všeobecnej zdravotnej poisťovni (VŠZP) sa v roku 2012 prepoistilo necelých 39 tisíc poistencov, čo je od roku 2005 najviac. VŠZP naďalej pokračuje v trende veľmi pomalého znižovania svojho poistného kmeňa, aj keď tento rok bol odliv poistencov podstatne menší ako počas posledných rokov. Všeobecná zdravotná poisťovňa stratila v roku 2012 netto 18 854 poistencov (Graf 3).

Graf 3: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci vo VŠZP



Zdroj: HPI podľa údajov z ÚDZS

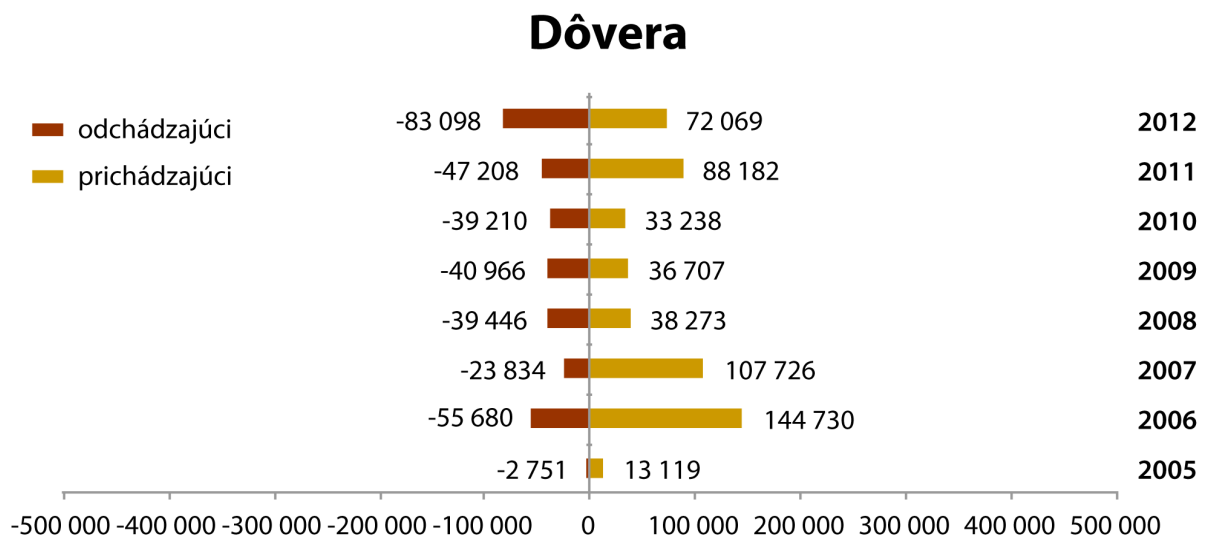
DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.

- Počet poistencov k 1. 1. 2013: **1 434 043**
- Podiel na trhu k 1. 1. 2013: **27,49 %**
- Generálny riaditeľ: **Ing. Martin Kultán**
- Rating 2008: miesto 1/5



Dôveru v roku 2012 opustilo viac ako 83 tisíc poistencov, čo je od roku 2005 najviac. Dôvera stratila v roku 2012 netto 11 029 poistencov (Graf 4).

Graf 4: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci v ZP Dôvera



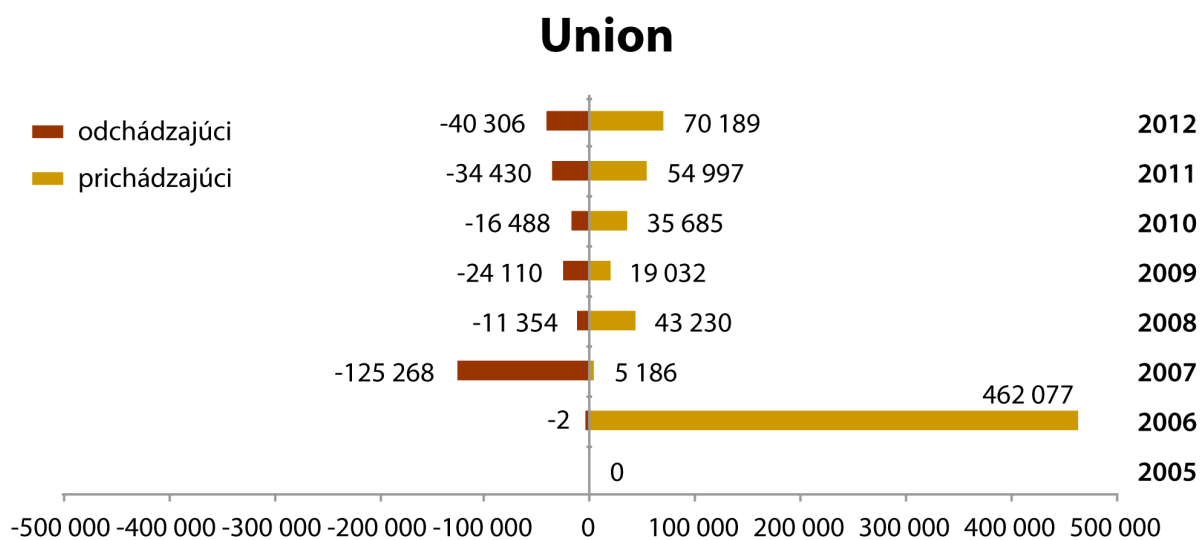
Zdroj: HPI podľa údajov z ÚDZS

UNION zdravotná poisťovňa, a.s.

- Počet poistencov k 1. 1. 2013: **438 967**
- Podiel na trhu k 1. 1. 2013: **8,42 %**
- Generálny riaditeľ: **Ing. Roman Podolák**
- Rating 2008: miesto 2/5

Union ZP zaznamenala v roku výrazný odchod aj príchod poistencov. Do poisťovne sa rozhodlo prepoistiť viac ako 70 tisíc poistencov a opustilo ju viac ako 40 tisíc poistencov. Zdravotná poisťovňa Union tak ako jediná získala nových poistencov. V roku 2012 získala netto 29 883 poistencov (Graf 5).

Graf 5: Prichádzajúci a odchádzajúci poistenci v ZP Union



Zdroj: HPI podľa údajov z ÚDZS

2. POČET POISTENCOV NA ČAKACEJ LISTINE

2.1 CELKOVÝ POČET PACIENTOV NA ČAKACÍCH LISTINÁCH

Počty poistencov na čakacích listinách evidujú jednotlivé poisťovne. Ich počet v pravidelných mesačných intervaloch posielajú Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS). Úlohou Úradu je monitorovanie evidencie a vykazovania pacientov na čakacích listinách v rámci platnej legislatívy. Počet poistencov evidovaných v jednotlivých poisťovniach za sledované obdobie je v Tabuľke 1.

Tabuľka 1: Celkový počet pacientov na čakacích listinách

K dátumu	VšZP	Dôvera	Union	Spolu
30. 04. 2013	7 778	2 709	124	10 611
31. 10. 2012	14 242*	2 937	160	17 327
31. 03. 2012	16 310*	3 074	157	19 541
31. 10. 2011	7 888	2 943	102	10 933
31. 10. 2010	6 476	2 539	160	9 175

*Zdroj: ÚDZS, * chybné vykázané údaje poisťovňou (pozri kap. 2.2)*

Celkový počet poistencov evidovaných v čakacích listinách závisí aj od celkového počtu poistencov v poistnom kmeni jednotlivých poisťovní. Vzhľadom na to, že poistné kmene sa počas sledovaného obdobia mierne zmenili, porovnali sme pomer poistencov na čakacích listinách aj k veľkosti poistného kmeňa poisťovní (Tabuľka 2). Počet poistencov na čakacích listinách môže ovplyvňovať aj zloženie poistného kmeňa z pohľadu jeho chorobnosti. Údaje o „case mixe“ pre diagnózy evidované na čakacej listine, ktoré by mohli poskytnúť citlivejšie porovnanie, sme nemali k dispozícii.

Celková chorobnosť poistného kmeňa by z pohľadu finančnej náročnosti manažovania poistencov na čakacích listinách nemala mať žiaden výrazný vplyv na počet poistencov na čakacej listine, nakoľko chorobnosť poistencov je zohľadnená pri prerozdeľovaní poistného.

Berúc do úvahy veľkosť poistného kmeňa jednotlivých zdravotných poisťovní, mala v apríli 2013 na čakacích listinách najviac poistencov Všeobecná zdravotná poisťovňa (233 na čakacej listine zo 100 000 poistencov). Menej poistencov mala poisťovňa Dôvera (189 na čakacej listine zo 100 000 poistencov) a najmenej Union zdravotná poisťovňa (28 na čakacej listine zo 100 000 poistencov). VšZP má pritom o 8-krát viac poistencov na čakacích listinách ako Union ZP (Tabuľka 2).

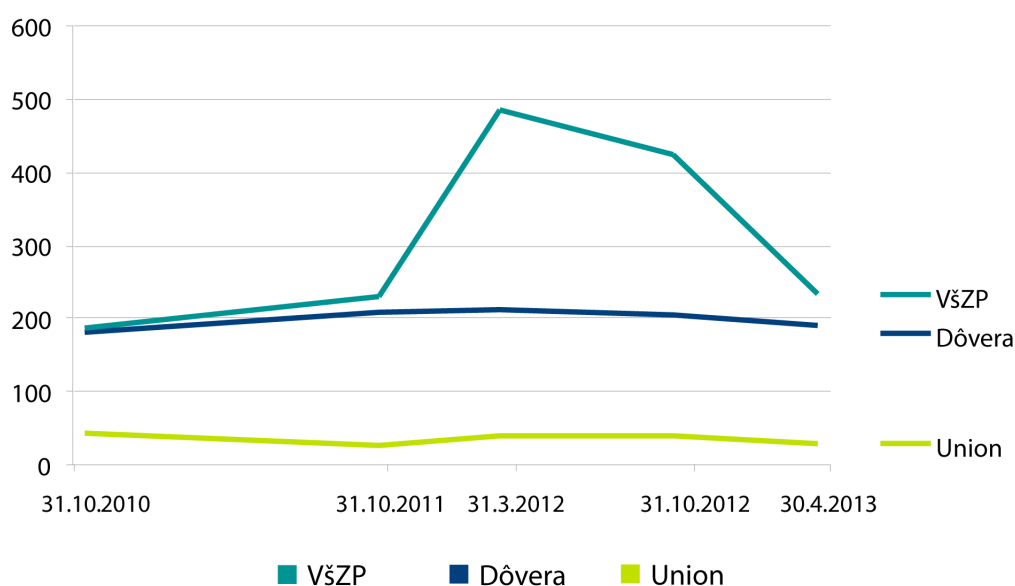
Tabuľka 2: Provanie celkového počtu poistencov jednotlivých poisťovní evidovaných na čakacích listinách v pomere k ich poistnému kmeňu

	VŠZP		Dôvera		Union	
	na ČL / 100 000 poistencov	rozdiel v %	na ČL / 100 000 poistencov	rozdiel v %	na ČL / 100 000 poistencov	rozdiel v %
31. 10. 2010	185,79		181,08		43,66	
31. 10. 2011	228,73	23,11%	210,06	16,0%	26,35	-39,6%
31. 03. 2012	*485,15	-	212,72	1,3%	38,38	45,7%
31. 10. 2012	*423,63	-	203,24	-4,5%	39,11	1,9%
30. 04. 2013	232,66	**1,74%	188,91	-7,1%	28,25	-27,8%

zdroj: autori podľa údajov z ÚDZS

* – vylúčené z porovnávania, chybné vykázané údaje poisťovňou (pozri kap. 2.2); ** – rok 2013 porovnávané s rokom 2011

Z dôvodu chybné vykázaných údajov o počte poistencov na čakacích listinách vo VŠZP počas roku 2012 (pozri kapitolu 2.2), sme sa rozhodli porovnať údaje s rokom 2011. Pri zohľadnení veľkosti poistného kmeňa sa zdravotnej poisťovni Dôvera ako jedinej, za obdobie 1,5 roka (koniec októbra 2011 a koniec apríla 2013), podarilo znížiť počet poistencov na čakacích listinách, a to o 10 %. Všeobecná zdravotná poisťovňa zaznamenala len minimálny nárast poistencov o 1,7 %. V zdravotnej poisťovni Union je badateľný nárast čakajúcich poistencov o 7,2 %, avšak aj napriek tomuto nárastu stále ostáva poisťovňou s najmenším počtom poistencov na čakacej listine (Graf 6).

Graf 6: Celkový počet poistencov jednotlivých poisťovní evidovaných na čakacích listinách v pomere k ich poistnému kmeňu

Zdroj: autori podľa ÚDZS, pozn. údaje VŠZP pre rok 2012 sú chybné (pozri kap. 2.2)

Ak údaje o počte poistencov na čakacích listinách porovnáme s údajmi z posledného kvartálu roku 2010 (obdobie 2,5 roka), rozdiely medzi poisťovňami budú výraznejšie. Výraznejší nárast poistencov na čakacej listine v sledovanom období nastal vo VšZP – 25,2 %. Naopak, najvýraznejšia zmena nastala v poisťovni Union, kde počet poistencov klesol o 35,3 %. Dôvera zaznamenala mierny nárast čakajúcich pacientov – 4,3 %.

2.2 DÁTOVÝ NESÚLAD

Po tom, ako v polovici roka 2012 HPI vydal [analýzu zaoberajúcu sa čakacími listinami](#), Všeobecná zdravotná poisťovňa zvolala [tlačovú konferenciu](#), na ktorej spochybnila počet poistencov čakajúcich na čakacích listinách uvedený v analýze. Tento počet pritom reportovala samotná poisťovňa. Počet poistencov ku koncu marca 2012 mal byť podľa Úradu pre dohľad 16 310. Nedorozumenia odôvodnila poisťovňa tým, že síce VšZP poskytla Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) takýto údaj, ale ÚDZS s ním ďalej nepracoval. *"Tak sa stalo, že v zozname zostali aj poistenci, ktorí sa medzičasom prepoistili do inej zdravotnej poisťovne, ktorým už bola poskytnutá liečba, ktorí ju odmietli, prípadne poistenci perspektívne zaradení na operáciu až do roku 2015,"* povedala hovorkyňa poisťovne. Takýchto poistencov bolo údajne 10 515 (Tabuľka 3). V [médiách](#) tak začalo kolovať číslo menšie ako 6 000 (t.j. 16 310 – 10 515).

Tabuľka 3: Počet poistencov VšZP na čakacích listinách v závislosti od zdroja dát

	VšZP na základe infozákona	VšZP pre médiá	ÚDZS
31. 10. 2010	-	-	6 476
31. 12. 2010	-	cca 6 600	-
31. 10. 2011	-	-	7 888
31. 12. 2011	-	cca 7 700	-
31. 03. 2012	9 377	5 795	16 310
september 2012	-	6 706	-
31. 10. 2012	10 988	-	14 242
31. 12. 2012	8 679	Cca 7 800	-

Zdroj: autor na základe údajov VšZP, ÚDZS a médií

2.2.1 Situácia po roku

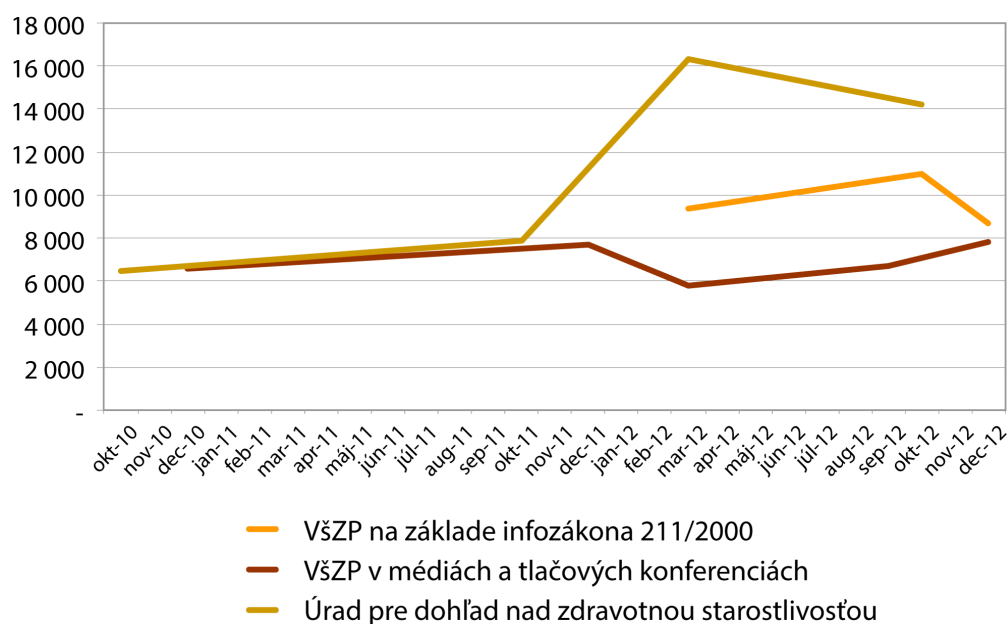
Po roku sme opäť chceli zistiť počet poistencov na čakacích listinách. ÚDZS nám zaslal údaje, podľa ktorých má VšZP ku konca októbra 14 242 čakajúcich poistencov. Od ÚDZS sme k danému číslu dostali aj vysvetlenie, že v druhej polovici roka 2012, po spomínanom spochybnení údajov úradu poisťovňou, zamestnanci úradu vykonali v zdravotných poisťovniach dohľad zameraný na oblasť zaradovania poistencov do zoznamu čakateľov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Dohľadom

boli vo VŠZP zistené nedostatky pri oznamovaní údajov o zaradení poistencov do zoznamu čakateľov prostredníctvom elektronickej dávky D 518. Podľa informácie z Úradu, VŠZP prijala v priebehu výkonu dohľadu opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov dávok ako aj úpravu softwaru tak, aby dávky boli v súlade s pravidlami pre vykazovanie dávok D 518. ÚDZS uložil povinnosť splniť prijaté opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin a písomne informovať úrad o ich splnení najneskôr do 15. 1. 2013. VŠZP má po prijatí nápravných opatrení zaslať úradu relevantné údaje vo februárovej dávke, to znamená v marci 2013. ÚDZS nám pre získanie správnych údajov odporučil kontaktovať samotnú poisťovňu.

2.2.2 Tri svety čakacích listín

Na základe vzniknutého **nedorozumenia medzi ÚDZS a VŠZP** a po odporúčaní ÚDZS, sme poisťovňu v rámci zákona o slobodnom prístupe k informáciám požiadali o počet poistencov na čakacích listinách. Žiadali sme aj „sporné“ údaje za marec 2012, s tým, že údaje použité v našej analýze porovnáme s údajmi poisťovne a do analýzy doplníme „správne“ údaje. Našu žiadosť však VŠZP zamietla s tým, že tieto údaje nespádajú do okruhu povinne sprístupňovaných informácií, ktoré zákon ukladá poisťovni sprístupniť. Na dané rozhodnutie sme sa v rámci zákona odvolali. Naše odvolanie proti neposkytnutiu informácií o počte poistencov čakajúcich na čakacích listinách rozdelených podľa jednotlivých diagnóz **bolo opätovne zamietnuté**. Na základe odvolania nám však boli poskytnuté údaje o celkovom počte čakajúcich poistencov k 31. 3. 2012, 31. 10. 2012 a 31. 12. 2012. Tieto údaje sa však nezhodovali nielen s údajmi z ÚDZS, ale ani s údajmi prezentovanými VŠZP v médiách (Tabuľka 3 a Graf 6).

Graf 7: Počet poistencov VŠZP na čakacích listinách v závislosti od zdroja dát

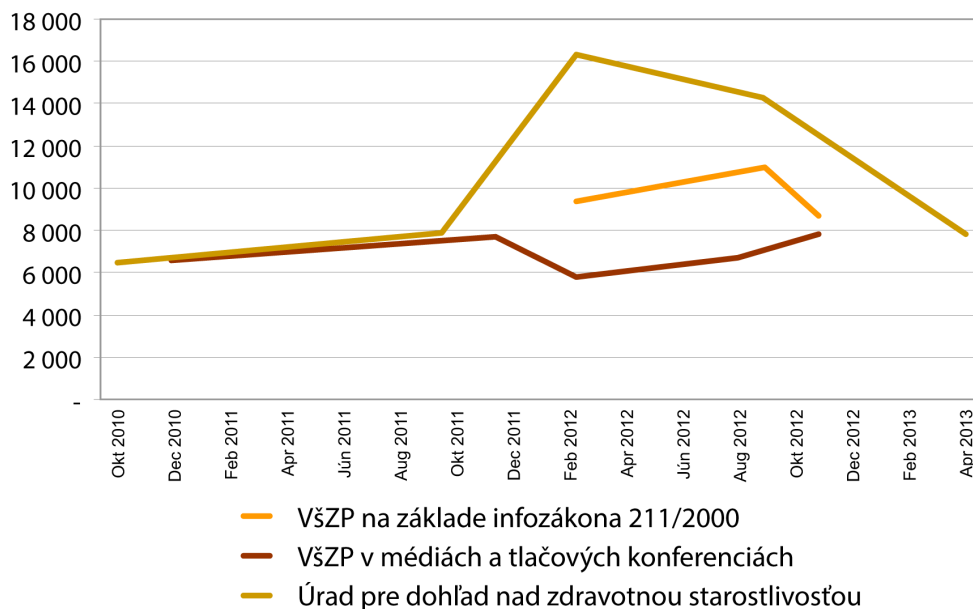


Zdroj: autori

2.2.3 Všetko je v poriadku a čo bolo, bolo

Na odporúčanie Úradu sme údaje o počte čakajúcich poistencov VŠZP od regulátora požadovali opäť. Už po prijatí nápravných opatrení. Úrad nám poskytol údaje k 30. 4. 2013, ktoré sa už „na prvý pohľad“ odlišovali od predchádzajúcich čísel a približovali sa k hodnotám poskytnutých poisťovňou (Graf 8). Od úradu sme požadovali aj chybné vykázané údaje za rok 2012, aby sme analýzu mohli skorigovať a pracovať výhradne so správnymi údajmi. Úrad vo svojom stanovisku uviedol, že „VŠZP úpravu zrealizovala, nebolo však technicky možné, aby sa úprava prejavila za celé spätné obdobie. Z toho dôvodu VŠZP nezaslala úradu dávku s aktualizovanými údajmi o počte poistencov čakajúcich na čakacích listinách.“ Údaje za rok 2012 teda aj naďalej ostávajú neporovnateľné. Otázne zostáva, ako dlho a v akej kvalite by vykazovala Všeobecná zdravotná poisťovňa údaje o jej čakajúcich poistencov, keby na to HPI v roku 2012 neupozornila vo svojej analýze.

Graf 8: Počet poistencov VŠZP na čakacích listinách v závislosti od zdroja dát k 30. 4. 2013



Zdroj: autori

3. NA AKÉ DIAGNÓZY SA NAJVIAC ČAKÁ?

Zo sledovaných diagnóz na Slovensku už dlhodobo najviac pacientov čaká na operatívne riešenie bedrového a kolenného kĺbu, operáciu katarakty (šedý zákal) a viaceré ochorenia súvisiace s kardiovaskulárnym systémom. Počty poistencov podľa hlavných skupín združujúcich jednotlivé diagnózy v rámci MKCH-10 sú uvedené v Tabuľke 4, do ktorej sme vzhľadom na veľký počet zaradených diagnóz vybrali iba prvých 10, pri ktorých je celkový počet čakajúcich poistencov väčší ako 100.

Tabuľka 4: 10 skupín diagnóz s najväčším počtom poistencov na čakacej listine k 30. 4. 2013

Názov diagnózy	MKCH-10	Dôvera	VšZP	Union	Spolu
1. Gonartróza [artróza kolenného kĺbu]	M17	788	2 229	19	3 036
2. Koxartróza [artróza bedrového kĺbu]	M16	737	1 966	18	2 721
3. Starecký zákal šošovky – cataracta senilis	H25	315	1 985	17	2 317
4. Chronická ischemická choroba srdca	I25	235	407	7	649
5. Angina pectoris – hrudníková angína	I20	211	166	13	390
6. Ateroskleróza	I70	130	171	8	309
7. Kľčové žily – varixy dolných končatín	I83	81	192	29	302
8. Iný zákal šošovky	H26	56	191	0	247
9. Predsieňová fibrilácia a flater	I48	3	109	0	112
10. Iné deformujúce dorzopatie	M43	13	89	0	102

Zdroj: ÚDZS

Pre zmeny v štruktúre poistencov čakajúcich na čakacích listinách sme sa rozhodli porovnať počty čakajúcich poistencov pre rovnaké skupiny diagnóz v rámci jednotlivých poisťovní. Údaje z apríla 2013 porovnávame s údajmi z októbra 2010.

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Tabuľka 5: Porovnanie počtu čakajúcich poistencov pre rovnaké skupiny diagnóz

Názov diagnózy	MKCH-10	31. 10. 2010	30. 4. 2013	Rozdiel	Rozdiel (%)
1. Gonartróza	M17	1 319	2 229	910	69%
2. Koxartróza	M16	1 481	1 966	485	33%
3. Starecký zákal šošovky – cataracta senilis	H25	935	1 985	1 050	112%
4. Chronická ischemická choroba srdca	I25	780	407	-373	-48%
5. Angina pectoris – hrudníková angína	I20	328	166	-162	-49%
6. Ateroskleróza	I70	242	171	-71	-29%
7. Kŕčové žily – varixy dolných končatín	I83	170	192	22	13%
8. Iný zákal šošovky	H26	110	191	81	74%
9. Predsieňová fibrilácia a flater	I48	167	109	-58	-35%
10. Iné deformujúce dorzopatie	M43	60	89	29	48%

Zdroj: autori podľa ÚDZS

Vo VŠZP nastal najväčší nárast poistencov čakajúcich na čakacích listinách so senilnou kataraktou – o 112 %. Najvýraznejší pokles za 2,5 roka nastal pri pacientoch trpiacich angínou pectoris a chronickou ischemickou chorobou srdca (Tabuľka 5).

Dôvera ZP

Tabuľka 6: Porovnanie počtu čakajúcich poistencov pre rovnaké skupiny diagnóz

Názov diagnózy	MKCH-10	31. 10. 2010	30. 4. 2013	Rozdiel	Rozdiel (%)
1. Gonartróza	M17	427	788	361	85%
2. Koxartróza	M16	564	737	173	31%
3. Starecký zákal šošovky – cataracta senilis	H25	112	315	203	181%
4. Chronická ischemická choroba srdca	I25	324	235	-89	-27%
5. Angina pectoris – hrudníková angína	I20	177	211	34	19%
6. Ateroskleróza	I70	210	130	-80	-38%
7. Kŕčové žily – varixy dolných končatín	I83	353	81	-272	-77%
8. Iný zákal šošovky	H26	29	56	27	93%
9. Predsieňová fibrilácia a flater	I48	30	3	-27	-90%
10. Iné deformujúce dorzopatie	M43	26	13	-13	-50%

Zdroj: autori podľa ÚDZS

Podobne ako pri VŠZP aj v Dôvera nastal najväčší nárast poistencov čakajúcich na čakacích listinách so senilnou kataraktou – o 181 % (Tabuľka 6). Najvýraznejší pokles za nastal pri pacientoch trpiacich predsieňovou fibriláciou/flaterom (90 %) a kĺčovými žilami dolných končatín (77 %).

Union ZP

Tabuľka 7: Porovnanie počtu čakajúcich poistencov pre rovnaké skupiny diagnóz

Názov diagnózy	MKCH-10	31. 10. 2010	30. 4. 2013	Rozdiel	Rozdiel (%)
1. Gonartróza	M17	10	19	9	90%
2. Koxartróza	M16	14	18	4	29%
3. Starecký zákal šošovky – cataracta senilis	H25	5	17	12	240%
4. Chronická ischemická choroba srdca	I25	14	7	-7	-50%
5. Angina pectoris – hrudníková angína	I20	69	13	-56	-81%
6. Ateroskleróza	I70	16	8	-8	-50%
7. Kĺčové žily – varixy dolných končatín	I83	10	29	19	190%
8. Iný zákal šošovky	H26	4	0	-4	-100%
9. Predsieňová fibrilácia a flater	I48	13	0	-13	-100%
10. Iné deformujúce dorzopatie	M43	0	0	0	0%

Zdroj: autori podľa ÚDZS

Union zdravotná poisťovňa zaznamenala rovnako ako ostatné poisťovne najväčší nárast poistencov čakajúcich na čakacích listinách so senilnou kataraktou – o 240 %. Druhý najväčší nárast zaznamenala pri pacientoch trpiacich kĺčovými žilami dolných končatín (190 %), pri ktorých poisťovňa Dôvera zaznamenala výrazný pokles. Stopercentý pokles, čo znamená žiadneho poistenca na čakacej listine nastal pri pacientoch trpiacich predsieňovou fibriláciou/flaterom a iným zákalom šošovky (Tabuľka 7).

3.1 TOP 3 SKUPINY DIAGNÓZ S NAJVÄČŠÍM POČTOM ČAKAJÚCICH

Pre lepšie porovnanie sme vybrali 3 skupiny diagnóz, na ktoré celkovo čaká najviac pacientov (Grafy 9 až 11). Ide o pacientov trpiacich gonartrózou (diagnózy v rámci skupiny M17), koxartrózou (diagnózy v rámci skupiny M16) a kataraktou (diagnózy v rámci skupiny H25, H26, H28).

Rámček 1: Gonartróza, koxartróza, katarakta**Artróza bedrového/kolenného kĺbu²¹**

Osteoartróza je ochorenie kĺbov, pri ktorom dochádza k poruche obnovy kĺbovej chrupavky, čo vedie k zmenám na kosti a na príľahlých mäkkých tkanivách. Celkovo postihuje približne 12 % populácie. Postihuje najmä vekovú skupinu nad 70 rokov (výskyt až 50 %) a patrí k najčastejším kĺbovým ochoreniam.

Vznik a vývoj osteoartrózy ovplyvňuje hlavne genetická predispozícia, metabolické poruchy, nadmerné zaťažovanie, zlomeniny kĺbov, časté mikrotraumy, zápaly kĺbov so zmenou zloženia kĺbovej tekutiny, vrodené alebo získané chybné postavenie kĺbov (kolená do X alebo do O), nadváha, starnutie, oslabená činnosť obličiek a výživa (nedostatok látok vyživujúcich tkanivá kĺbového systému).

Koxartróza (artróza bedrového kĺbu, coxarthrosis)^{22,23}

Koxartróza je degeneratívne ochorenie bedrového kĺbu s progresívnym priebehom a opotrebovaním chrupiek kĺbu. Pri tomto ochorení pozorujeme vyvíjajúce sa zmeny aj na subchondrálnej kosti, na kĺbovom puzdre, na svalových úponoch a svalstve a burzách, mení sa statika a biomechanika kĺbu, skrakuje sa končatina.

Všeobecne sa koxartróza delí na:

- primárnu koxartrózu (neznáma príčina)
- sekundárnu koxartrózu
 - vyvíja sa z preartrotického stavu (ešte reverzibilný stav)
 - vzniká v 4. decenii a je častejšia ako primárna
 - najčastejšou príčinou sú bedrové dysplázie, koxitidy, osteonekróza hlavice, Perthesova choroba, coxa vara, úrazy...

Ochorenie sa prejavuje pribúdaním bolestivej symptomatológie. Rozlišujeme bolesť štartovaciu, bolesť po dlhšom zaťažení a neskôr sa vyskytuje pokojová bolesť. Priebeh ochorenia je sprevádzaný striedavo bolesťou a fázami kompenzácie, kedy je stále v popredí progresívne obmedzenie pohybu postihnutého kĺbu.

Podľa závažnosti (z RTG) má koxartróza:

- I. štádium – zúženie kĺbovej štrbiny mediálne, počiatok tvorby osteofytov
- II. štádium – zúženie štrbiny inferomediálne, zreteľné osteofyty, subchondrálna skleróza
- III. štádium – štrbina výrazne zúžená, osteofyty, sklerotické zmeny, cysty hlavice a acetabula, deformácie tvaru hlavice a acetabula
- IV. štádium – vymiznutie kĺbovej štrbiny, skleróza, cysty, deformácia

Liečba:

- konzervatívna (obmedzenie preťažovania, liečebná telesná výchova, redukcia váhy – v prípade obezity, rehabilitácia, medikamentózna liečba – analgetiká, nesteroidné antireumatiká, kortikoidy)
- operačná (totálna endoprotéza bedrového kĺbu)

Gonartróza (artróza kolenného kĺbu, gonarthrosis)²⁴

Podobne ako pri koxartróze sú rizikovými faktormi nadváha, obezita alebo nadmerné preťažovanie. Ku vzniku ale prispievajú i vrodené vady kolena alebo pourazové stavy (vnútrokĺbové zlomeniny, kĺbová nestabilita). K preťaženiu kolena vedú aj tzv. statické vady – valgozita (nohy do X) alebo varozita (nohy do O).

Prejavmi (viditeľné na RTG) sú nepravidelné zúženie kĺbovej štrbiny, kostené výrastky, voľné vnútrokĺbové telieska alebo zlé postavenie patelly. U artrotického kolena môže byť vidno opuch, často tiež nejaký výpotok (tekutinu v kĺbe), výraznú atrofii (zmenšenie) stehenného svalu. Ďalej nepravidelné okraje kĺbového puzdra, ktoré sú hmatateľné.

Liečba

- konzervatívna (medikamentózna liečba, fyzikálna terapia, rehabilitácie a úprava režimu/ životosprávy)
- operatívna
 - so zachovaním kĺbu (korekčná osteomia)
 - s odstránením (resekciou) kĺbu (artrodéza, aloplastika – totálna endoprotéza)

²¹ Spracované podľa: Arthroza.com: *Jak vypadá artróza?*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://www.artroza.com/artroza.html>

²² Spracované podľa: Vojtaššák, J.: *Koxartróza a gonartróza*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://www.profvojtassak.sk/index.php/operacia/template-features/koxartróza-a-gonartróza>

²³ Spracované podľa: WikiSkripta: *Coxarthrosis*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Coxarthrosis>

²⁴ Spracované podľa: Klinika endala: *Gonartróza = artróza kolenného kĺbu*, 19.06.2012, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://www.styleandlife.cz/gonartróza-atroza-kolenného-kĺbu/>

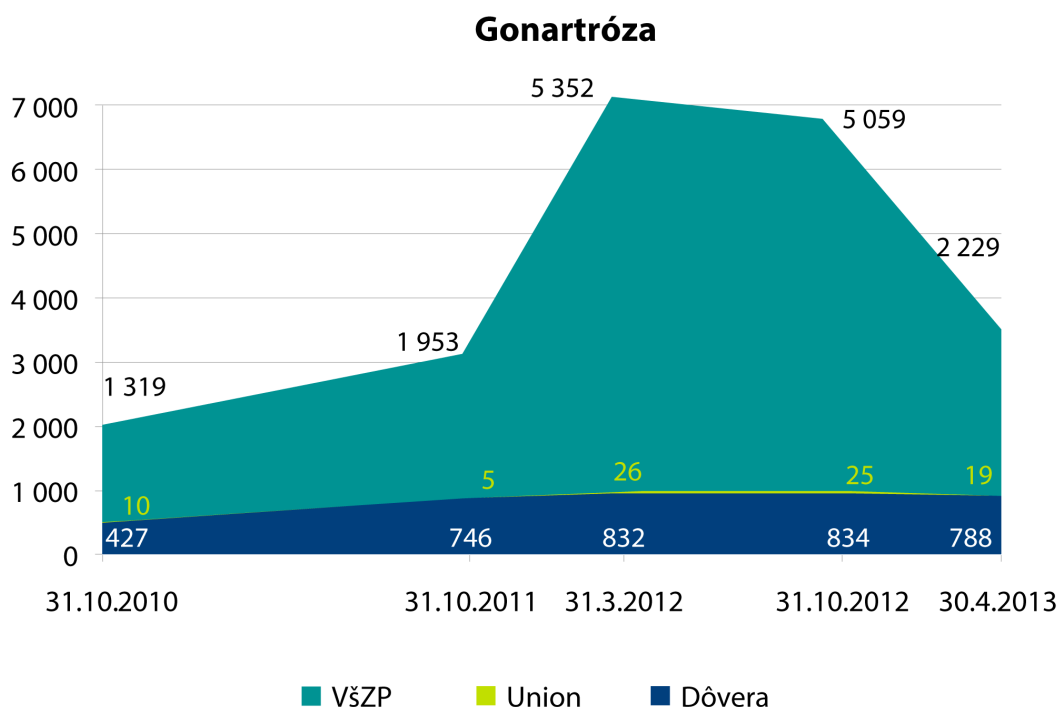
Šedý zákal – katarakta^{25,26}

Pod kataraktu alebo šedý zákal sa zahŕňajú očné choroby, ktoré sú charakteristické zákalom očnej šošovky. K zhoršeniu videnia dochádza vplyvom zakalenia šošovky, kedy postihnutý vidí zahmlene (akoby sa pozeral cez zahmlené či špinavé sklo). Dochádza k chemickým zmenám bielkovín, ktoré tvoria šošovku, kedy sa inak priehľadné tkanivo šošovky začne byť nepriehľadné, čo sa navonok javí ako šednutie priestoru zrenice.

Katarakta je na celom svete najčastejšou príčinou oslepnutia. Väčšinou má katarakta počiatok vo fyziologickom procese starnutia, v 90 % prípadov ide teda o stareckú kataraktu. Postupom času začína šošovka strácať svoju pružnosť a priehľadnosť, v starobe sa zafarbuje a môže sa aj kaliť. Už vo veku nad 65 rokov možno spozorovať určitý stupeň zakalenia šošovky až u 50 % obyvateľov. Nad 75 rokov šedým zákalom trpí až 70 % obyvateľov. Katarakta ojedinele vzniká po poranení oka alebo po ožiarení, ako vedľajší účinok užívania liekov, pri diabetes mellitus alebo je vrodená po vnútro maternicovej infekcii (napr. rubeola) prípadne z iných príčin.

Medzi rizikové faktory sa zaraďuje slnečné žiarenie (UVB žiarenie), radiačné pôsobenie, fajčenie a alkohol.

Liečba katarakty je iba operačná. Medikamentózna terapia na odstránenie katarakty neexistuje. Odstránenie šošovky môže prebiehať intrakapsulárnou alebo extrakapsulárnou technikou. Operácia šedého zákalu sa spravidla robí pri lokálnom umŕtvení a ak sa nevyskytnú komplikácie, trvá do 30 minút.

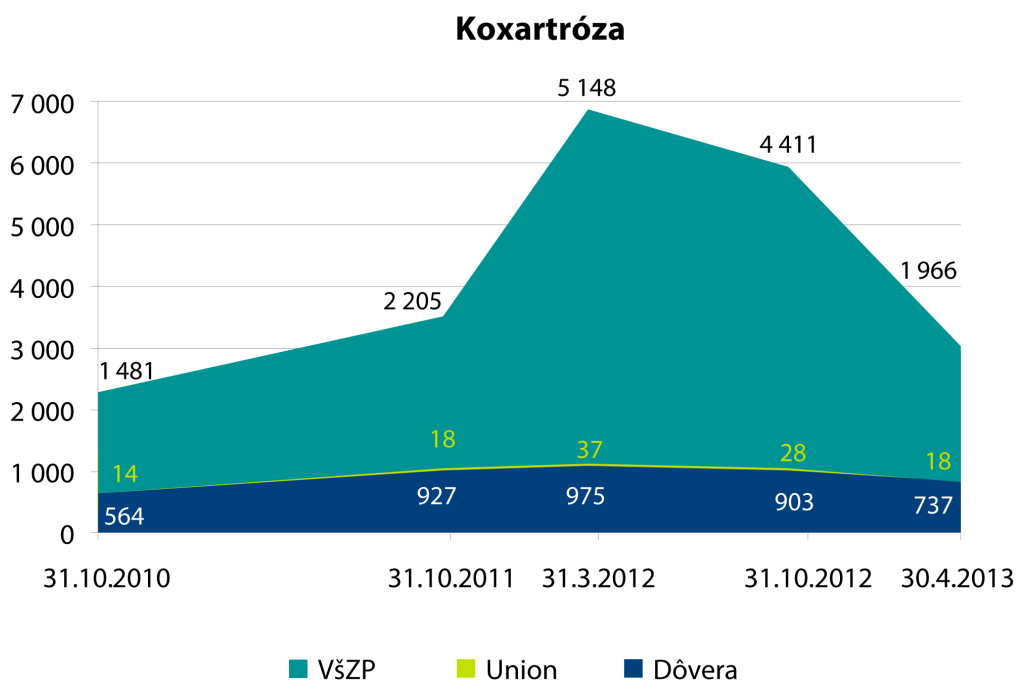
Graf 9: Počet poistencov s gonartrózou na čakacích listinách

Zdroj: autor podľa údajov ÚDZS

Ku koncu apríla 2013 čakalo najviac pacientov na liečbu súvisiacu s gonartrózou, konkrétne 3 036 pacientov. Za dva a pol roka sa tak tento počet zvýšil o 1 280 pacientov, čo je nárast o necelých 73 %. Prudko stúpavá tendencia sa počas posledných 18 mesiacov znížila. Za dané obdobie sa počet zvýšil o 332 poistencov, čo predstavuje približne nárast o 12 % (Graf 9).

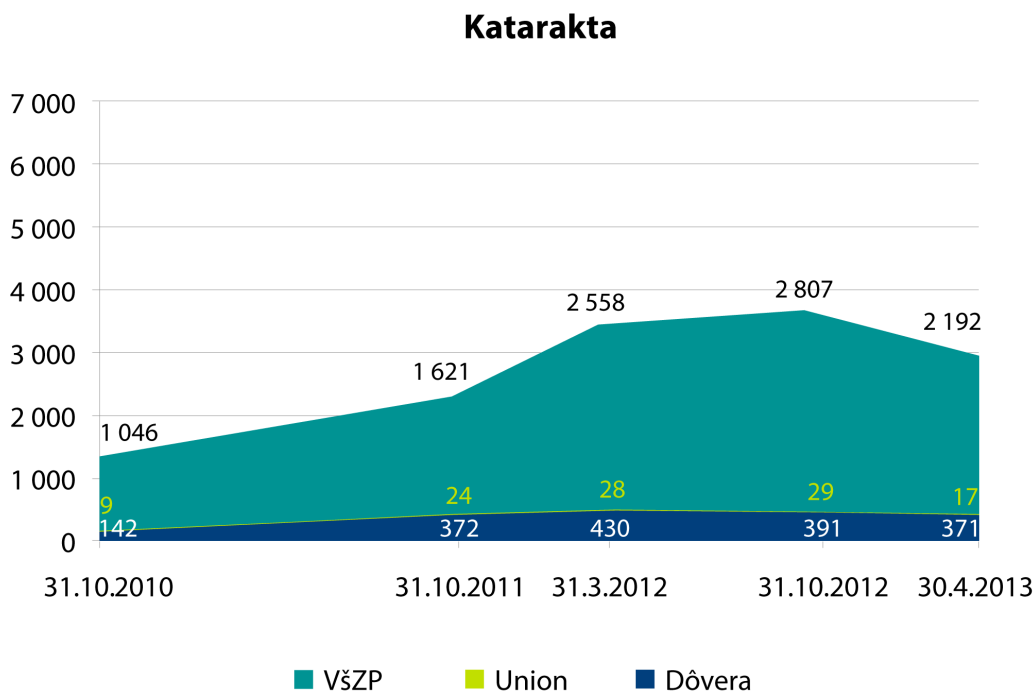
²⁵ Spracované podľa: Primar.sme.sk: Šedý zákal – Katarakta, 26. 4. 2004, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://primar.sme.sk/c/4116916/sedy-zakal-katarakta.html>

²⁶ Spracované podľa: WikiSkripta: Katarakta, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Katarakta>

Graf 10: Počet poistencov s koxartrózou na čakacích listinách

Zdroj: autor podľa údajov ÚDZS

Pacientov trpiacich koxartrózou (2 721) je na zozname o 315 menej ako tých, ktorí trpia gonartrózou. Nárast týchto pacientov za obdobie posledného 2,5 roka je však podstatne nižší ako pri gonartróze. Ich počet sa zvýšil o 622 pacientov, čo predstavuje približne 32 %. Za obdobie posledného 1,5 roka sa ich počet dokonca podarilo znížiť o 429 poistencov, čo predstavuje 14 % pokles (Graf 10).

Graf 11: Počet poistencov s kataraktou na čakacích listinách

Zdroj: autori podľa údajov ÚDZS

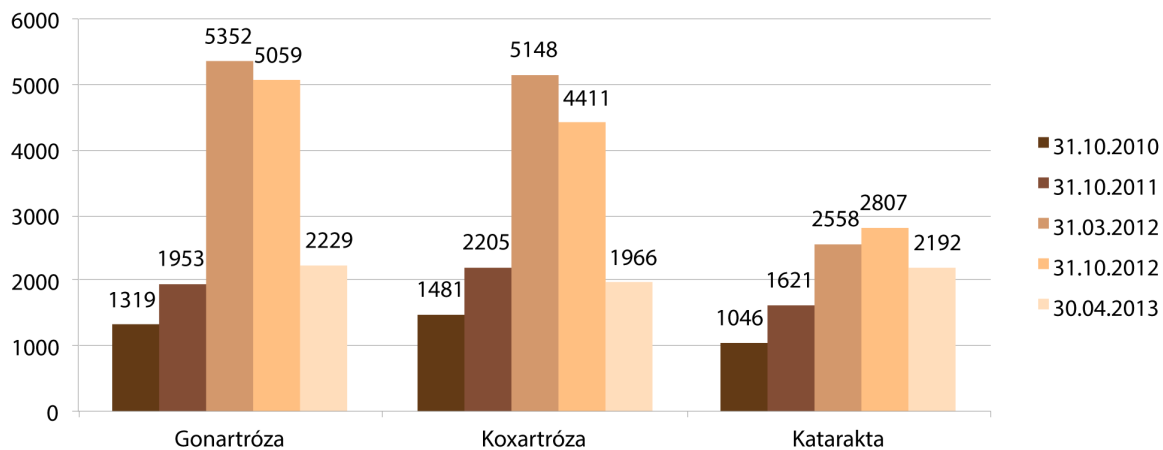
Pacientov trpiacich kataraktou bolo v apríli 2013 na čakacej listine 2 580. Ich počet sa za 2,5 roka bez ohľadu na zdravotnú poisťovňu viac ako zdvojnásobil. Podobne ako pri gonartróze sa prudký nárast za obdobie posledného 1,5 roka spomalil. Od októbra 2012 do apríla 2013 sa celkový počet poistencov zvýšil o 563, čo znamená približne 28 % nárast (Graf 11).

Celkovo môžeme konštatovať, že počet poistencov na čakacích listinách v rámci všetkých skúmaných ochorení sa za obdobie 2,5 roka zvýšil. Od októbra 2010 do apríla 2013 pribudlo najviac pacientov so zákalom šošovky (kataraktou) a to takmer o 116 %. Značne nižší nárast sme namerali pri artróze bedrového kĺbu, a to približne 32 %. Tento trend sa v roku 2012 zmiernil, pričom počet pacientov trpiacich koxartrózou sa podarilo za posledný rok a pol priemerne za všetky poisťovne znížiť o cca 14 %. Pre ostatné sledované diagnózy bol celkový nárast v rovnakom období na úrovni 12 % (gonartóza) a 28 % (katarakta).

3.2 POROVNANIE JEDNOTLIVÝCH POISŤOVNÍ V ČASE

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Počty poistencov na čakacích listinách sa odlišujú v rámci jednotlivých poisťovní a skúmaných diagnóz. Vo VŠZP z dôvodu chybného vykazovania počtu poistencov v roku 2012 pracujeme s údajmi iba mimo menovaného obdobia. Najvyšší nárast poistencov na čakacích listinách od októbra 2010 do apríla 2013 (2,5 roka) je badateľný pri pacientoch trpiacich kataraktou a to až o 110 %. V danom období narástol počet pacientov trpiacich gonartrózou o 69 % a koxartrózou o 33 %. V období od októbra 2011 do apríla 2013 (1,5 roka) je opäťovne najvyšší nárast poistencov na čakacích listinách badateľný pri pacientoch trpiacich kataraktou a to 35 %, čo je citelne nižší nárast ako od októbra 2010. Počet pacientov trpiacich gonartrózou vzrástol o 14 %. Pri koxartróze, ako jedinej diagnóze, je zaznamenaný 11 % pokles poistencov evidovaných na čakacích listinách (Graf 12).

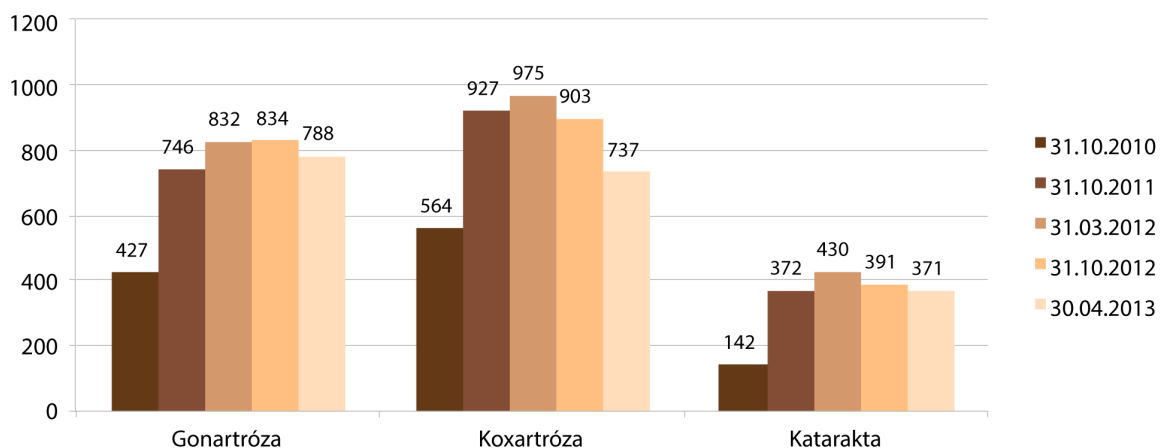
Graf 12: Počet pacientov VŠZP na čakacích listinách

Zdroj: autori podľa údajov ÚDZS

Dôvera ZP

V poisťovni Dôvera nastal najvyšší nárast poistencov na čakacích listinách od októbra 2010 do apríla 2013 (2,5 roka) v rámci skupiny pacientov trpiacich kataraktou a to o 161 %. V rovnakom období narástol počet pacientov trpiacich gonartrózou o 85 % a koxartrózou o 31 %.

V období približne jedného roka, od marca 2012 do apríla 2013, došlo k poklesu poistencov na čakacích listinách vo všetkých troch skupinách diagnóz. Najvyšší pokles je pri pacientoch trpiacich koxartrózou – 24 %, potom kataraktou – 14 %, a gonartrózou – 5 % (Graf 13).

Graf 13: Počet pacientov Dôvery na čakacích listinách

Zdroj: autori podľa údajov ÚDZS

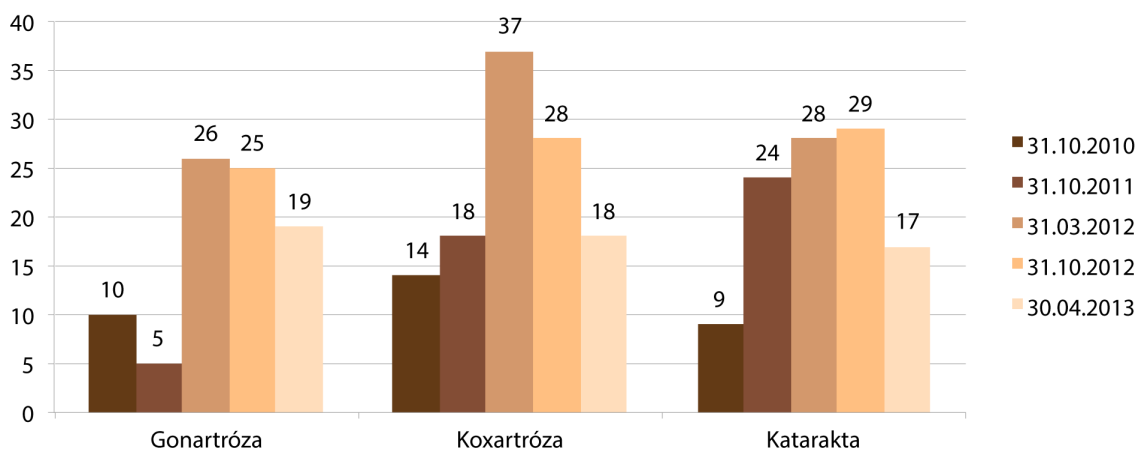
Union ZP

Pre zdravotnú poisťovňu Union je vzhľadom na nízky počet poistencov percentuálny prepočet zmeny ich počtu mierne skresľujúci, preto uvádzame aj absolútne hodnoty.

V zdravotnej poisťovni Union je najvyšší nárast poistencov na čakacích listinách od októbra 2010 do apríla 2013 (2,5 roka) v rámci skupiny pacientov trpiacich gonartrózou (9 pacientov) a kataraktou (8 pacientov) a to približne 90 %. Počet pacientov trpiacich koxartrózou vzrástol o 29 % (4 pacienti).

V medziročnom porovnaní (marec 2012 – apríl 2013) sa podobne ako poisťovni Dôvera podarilo znížiť počet čakajúcich pacientov pre všetky sledované skupiny diagnóz. Najvyšší pokles je pri pacientoch trpiacich koxartrózou – 51 % (19 pacientov), potom kataraktou – 39 % (11 pacientov) a gonartrózou – 27 % (7 pacientov) (Graf 14).

Graf 14: Počet pacientov Union ZP na čakacích listinách



Zdroj: autori podľa údajov ÚDZS

Počet pacientov zaradených na čakaciu listinu v rámci prvých troch skupín s najväčším počtom pacientov na čakacích listinách do marca 2012 vo všetkých poisťovniach narastal. Následne môžeme konštatovať pokles (z dôvodu chybného vykazovania VšZP ide o predpoklad) čakajúcich poistencov pre tieto diagnózy, pričom v rôznych poisťovniach pre rôzne diagnózy boli tieto hodnoty vo viacerých prípadoch nižšie ako pred rokom a pol (marec 2012).

4. KDE A AKO DLHO SA NAJVIAC ČAKÁ?

Cieľom tejto kapitoly je popísať dĺžku čakania na totálnu endoprotézu (TEP) bedrového a kolenného kĺbu a operáciu katarakty u vybraných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v závislosti od jednotlivej poisťovne. Získané údaje porovnávame z časového hľadiska a s údajmi získanými od poskytovateľov.

4.1 METODIKA VÝSKUMU

Do výskumu sme zapojili všetkých poskytovateľov, ktorí mali podľa portálov VŠZP²⁷ a zároveň Dôvery²⁸ podpísanú zmluvu pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbornosti ortopédia (pre ústavnú ZS) a oftalmológia (pre jednodňovú ZS). Celkový počet oslovených poskytovateľov bol 53. Pre TEP bedrového kĺbu bolo kontaktovaných 26 poskytovateľov. Rovnaký počet bol oslovený aj pre TEP kolenného kĺbu. Pre operáciu katarakty bolo kontaktovaných 46 poskytovateľov. Pre všetky tri diagnózy bolo kontaktovaných 19 poskytovateľov, iba pre operáciu katarakty bolo kontaktovaných 27 poskytovateľov a iba pre TEP kolenného alebo bedrového kĺbu bolo kontaktovaných 7 poskytovateľov (Tabuľka 8).

Za výskumnú metódu sme si zvolili Mystery shopping (fiktívny nákup). Je to marketingová výskumná technika, ktorej cieľom je vyhodnotiť úroveň poskytovaných služieb a v nadväznosti na to iniciovať skvalitnenie týchto služieb. Podstatou je, že sledované organizácie sú navštevované alebo kontaktované fiktívnymi zákazníkmi, ktorí predstierajú záujem o nákup určitej služby alebo produktu. Mystery shopper postupuje podľa stanoveného scenára a bezprostredne po uskutočnení fiktívneho nákupu vypracuje objektívne hodnotenie skúmaných faktorov, ktoré ovplyvňujú spokojnosť zákazníka. Cieľový subjekt nie je v dobe uskutočnenia mystery shoppingu oboznámený s tým, že je skúmaný. Pre potreby tohto výskumu sme používali tento scenár:

„Moja mama/otec potrebuje operáciu (totálnu endoprotézu bedrového/kolenného kĺbu alebo šedého zákalu). Tam, kde ju poslali jej však ponúkli termín až XY mesiacov. Kedy by mohla/mohol dostať termín u vás?“

²⁷ <http://www.vszp.sk/o-nas/zverejnovanie-zmluv-pzs/>

²⁸ <http://www.dovera.sk/poskytovatelia>

Výskum bol realizovaný od 7. 5. 2013 do 26. 6. 2013. Poskytovateľov sme kontaktovali prostredníctvom telefónu. Kontaktné telefónne čísla sme čerpali z webových stránok poskytovateľov. O informácie sme žiadali na infolinke (v nemocnici nás prepojili na potrebné oddelenie), prípadne na konkrétnom oddelení (resp. na ambulancii, oddelení, lekárskej izbe, primárskej izbe), ak skúmaným subjektom bol poskytovateľ ústavného typu.

Za obmedzenie výskumu pomocou mystery shoppingu považujeme skutočnosť, že prostredníctvom telefonického rozhovoru sme si nemohli overiť či lekár (sestra), ktorý nám údaje poskytoval bol dostatočne erudovaný, nezavádzal alebo úmyselne neklamal. Získané údaje teda odzrkadľujú informácie poskytované verejnosti. Tie sa môžu odlišovať od „reálnej“ čakacej doby v závislosti od kvalít človeka, ktorý informácie pre určité ochorenia poskytol.

V prípade, že údaje boli štatisticky nespracovateľné (napr. „vo VŠZP čaká sa dlho a v Unione o niečo kratšie“, ...) údaje sme nepoužili. Ak subjekt použil odhad vo forme určitej škály, použili sme strednú hodnotu (napr. „čaká sa 4 až 6 mesiacov“ – do tabuľky sme uviedli 5 mesiacov).

Po ukončení mystery shoppingu sme 26. 6. 2013 oficiálnou cestou, prostredníctvom elektronickej pošty, oslovili všetkých poskytovateľov zahrnutých do prieskumu a požiadali sme ich o zaslanie údajov o dĺžke čakacej doby pre jednotlivé zákroky. Údaje sme poprosili zasláť do 10. 7. 2013.

Tabuľka 8: Poskytovatelia zapojení do prieskumu

Poskytovateľ	TEP kolena	TEP bedra	Katarakta
Fakultná nemocnica Nitra	√	√	√
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	√	√	√
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	√	√	√
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	√	√	√
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	√	√	√
Fakultná nemocnica Trenčín	√	√	√
Fakultná nemocnica Trnava	√	√	√
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	√	√	√
Nemocnica Poprad, a. s.	√	√	√
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	√	√	√
Nemocnica s poliklinikou Prievidza	√	√	√
Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a.s.	√	√	√
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukurú v Michalovciach, a.s.	√	√	√
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	√	√	√
Univerzitná nemocnica Bratislava	√	√	√
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	√	√	√
Univerzitná nemocnica Martin	√	√	√

Poskytovateľ	TEP kolena	TEP bedra	Katarakta
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica	✓	✓	✓
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec n.o.	✓	✓	✓
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. N. Jégeho Dolný Kubín	✓	✓	✗
Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.	✓	✓	✗
Nemocnica A. Leňa Humenné, n. o.	✓	✓	✗
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	✓	✓	✗
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	✓	✓	✗
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	✓	✓	✗
Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.	✓	✓	✗
3 F s.r.o.	✗	✗	✓
CS – SALVUS spol.s.r.o. (Mediklinik)	✗	✗	✓
DOM OKA, s. r. o.	✗	✗	✓
FOVEA,s.r.o. (Očné centrum Dr. Bohma)	✗	✗	✓
Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.	✗	✗	✓
Letecká vojenská nemocnica, a.s.	✗	✗	✓
Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš	✗	✗	✓
Nemocničná a.s. (Nemocnica Malacky)	✗	✗	✓
Neovízia s.r.o.	✗	✗	✓
NOVAMED, spol. s r.o.	✗	✗	✓
Očné centrum, s.r.o.	✗	✗	✓
Očné centrum Sokolík, s.r.o.	✗	✗	✓
OFTAL s.r.o.	✗	✗	✓
OFTUM GTJ s.r.o.	✗	✗	✓
PANMED,s.r.o.	✗	✗	✓
PRO SANUS, a.s.	✗	✗	✓
ROBIN LOOK, spol. s r.o.	✗	✗	✓
SANAT,spol. s.r.o.	✗	✗	✓
SILOE, s.r.o.	✗	✗	✓
VIKOM, s.r.o.	✗	✗	✓
Wesper, s.r.o. (Poliklinika Sekčov)	✗	✗	✓
ZDRAVÉ OKO s.r.o. (Veselý – očná klinika)	✗	✗	✓
ŽILPO, s.r.o.	✗	✗	✓
Nemocnica svätého Michala, a.s.	✗	✗	✓
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota	✗	✗	✓
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Levice	✗	✗	✓
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	✗	✗	✓

Zdroj: autori

4.2 VÝSLEDKY

4.2.1 TEP kolenného kĺbu

Na TEP kolenného kĺbu sa najdlhšie čaká vo fakultnej nemocnici v Prešove a univerzitnej nemocnici v Bratislave (Nemocnica sv. Cyrila a Metoda na Antolskej ulici v Petržalke) a to približne 2,5 roka. Najskorší termín (max. 3 týždne) bol ponúknutý na súkromnej klinike, kde netreba zabudnúť na relatívne vysoké poplatky (3 300 €) na slovenské pomery v zdravotníctve. Okrem 5 poskytovateľov (20 %) sa zákroky realizujú do jedného roka, pričom 12 poskytovateľov (48 %) je schopných operovať pacienta do pol roka od rozhodnutia, že zákrok je potrebné podstúpiť. Dĺžka čakacej doby sa medzi jednotlivými poskytovateľmi výrazne odlišuje bez výraznej závislosti od typu zariadenia a miesta jeho sídla. Dĺžka závisí aj od zdravotnej poisťovne u rovnakého poskytovateľa. Napríklad poistenci Union ZP čakajú na operáciu v Univerzitnej nemocnici Martin približne 6 týždňov, pričom poistenci VŠZP tam na operáciu čakajú 17 mesiacov. V Univerzitnej nemocnici L. Pasteura v Košiciach čakajú najdlhšie poistenci ZP Dôvera (5 mesiacov), pričom poistencov VŠZP a Union ZP zoperujú do 2,5 mesiaca. V priemere sa na TEP kolena počas druhého kvartála 2013 čakalo 9,2 mesiaca bez ohľadu na poskytovateľa a poisťovňu (Tabuľka 9).

Tabuľka 9: Čakacia doba na TEP kolenného kĺbu v dňoch

Poskytovateľ ZS	VŠZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	912	912	912	912	29,9
Univerzitná nemocnica Bratislava (Antolská)	912	NA	NA	912	29,9
Fakultná nemocnica Trenčín	610	610	610	610	20,0
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	548	NA	NA	548	18,0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	840	275	275	463	15,2
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	365	365	365	365	12,0
Nemocnica A. Leňa Humenné, n. o.	365	365	365	365	12,0
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	365	365	365	365	12,0
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica	365	365	365	365	12,0
Univerzitná nemocnica Martin	518	305	75	299	9,8
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	275	275	275	275	9,0
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. N. Jégeho Dolný Kubín	457	183	92	244	8,0
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	244	152	45	147	4,8
Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.	275	31	31	112	3,7
Univerzitná nemocnica Bratislava (Ružinov)	182	75	75	111	3,6
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec n.o.	152	92	75	106	3,5
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	75	152	75	101	3,3

Poskytovateľ ZS	VšZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	92	92	92	92	3,0
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	75	75	75	75	2,5
Fakultná nemocnica Nitra	92	61	61	71	2,3
Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a.s.	106	31	31	56	1,8
Nemocnica Poprad, a.s.	92	30	14	45	1,5
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	45	NA	NA	45	1,5
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	21	21	21	21	0,7
Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.	NA	NA	NA	NA	NA
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	N	N	N	N	N
Priemer	332,6	230,1	204,5	279,4	9,2

Zdroj: autori; pozn.: NA – nezistené, N – zákrok nevykonávajú

4.2.2 TEP bedrového kĺbu

Na TEP bedrového kĺbu sa najdlhšie čaká vo fakultnej nemocnici J. A. Reimana v Prešove, fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch a fakultnej nemocnici v Trenčíne – približne 2 roky. Rovnako ako pri TEP kolenného kĺbu je najskorší termín (max. 3 týždne) ponúkaný na súkromnej klinike za poplatok. Rovnako ako pri kolenom kĺbe platí, že krátke čakacie doby môžu byť aj vo veľkej nemocnici, ktorej zriaďovateľ je štát (UNLP Košice), ale aj stredných a menších nemocniciach, ktoré sú v rukách samosprávneho kraja či štátu (NsP P. Bystrica, Nemocnica Poprad) alebo súkromnej spoločnosti (NsP Michalovce, skupina Svet zdravia). Celkovo, bez ohľadu na typ zariadenia a poisťovňu, je čakacia doba na TEP bedrového kĺbu približne 9,5 mesiaca (Tabuľka 10).

Tabuľka 10: Čakacia doba na TEP bedrového kĺbu v dňoch

Poskytovateľ ZS	VšZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	912	730	548	730	23,9
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	730	730	730	23,9
Fakultná nemocnica Trenčín	730	730	730	730	23,9
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	365	730	730	608	19,9
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	365	365	487	16,0
Univerzitná nemocnica Martin	519	305	NA	412	13,5
Univerzitná nemocnica Bratislava – Antolská	730	183	183	365	12,0
Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.	365	365	365	365	12,0
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	365	NA	NA	365	12,0
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica	365	365	365	365	12,0
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. N. Jégeho Dolný Kubín	730	183	122	345	11,3

Poskytovateľ ZS	VšZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Nemocnica A. Leňa Humenné, n. o.	305	305	305	305	10,0
Univerzitná nemocnica Bratislava	275	275	275	275	9,0
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	183	NA	NA	183	6,0
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	153	153	153	153	5,0
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec n.o.	137	NA	NA	137	4,5
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	61	183	NA	122	4,0
Fakultná nemocnica Nitra	137	107	107	117	3,8
Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.	244	30	30	101	3,3
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	76	76	76	76	2,5
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	76	76	76	76	2,5
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	76	NA	NA	76	2,5
Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a.s.	137	1	1	46	1,5
Nemocnica Poprad, a.s.	92	31	1	41	1,4
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	21	21	21	21	0,7
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	NA	NA	NA		
Priemer	340,6	283,0	272,8	289,3	9,5

Zdroj: autori; pozn.: NA – nezistené

4.2.3 Operácia katarakty

Priemerná čakacia doba na operáciu katarakty tvorí 2,8 mesiaca. Líši sa tak medzi zdravotnými poisťovňami, ako aj medzi zdravotníckymi zariadeniami. Na operáciu katarakty sa najdlhšie čaká vo fakultnej nemocnici v Trenčíne – 8,5 mesiaca. V 10 zariadeniach (26 %) sa čaká v rozmedzí medzi 4 – 6 mesiacov, v 18 zariadeniach (47 %) je to od 1 do 4 mesiacov a v 7 zariadeniach (18 %) je to menej ako 1 mesiac (Tabuľka 11).

Tabuľka 11: Čakacia doba na operáciu katarakty v dňoch

Poskytovateľ ZS	VšZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Fakultná nemocnica Trenčín	260	260	260	260	8,5
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	182	182	182	182	6,0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	182	182	182	182	6,0
OFTAL s.r.o.	182	182	182	182	6,0
Univerzitná nemocnica Martin	182	182	182	182	6,0
FOVEA,s.r.o.	182	182	152	172	5,6
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – fakultná nemocnica	152	152	152	152	5,0
Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a.s.	182	122	122	142	4,7

Poskytovateľ ZS	VŠZP	Dôvera	Union	Priemer (dni)	Priemer (mesiace)
Fakultná nemocnica Trnava	137	137	137	137	4,5
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	122	122	NA	122	4,0
Očné centrum, s.r.o.	122	122	122	122	4,0
Fakultná nemocnica Nitra	182	40	NA	111	3,6
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	92	92	92	92	3,0
Univerzitná nemocnica Bratislava	91	91	91	91	3,0
SILOE, s.r.o. (Očné centrum Dr.Bohma)	91	70	70	77	2,5
Očné centrum Sokolík, s.r.o.	76	91	61	76	2,5
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota	70	70	70	70	2,3
Neovízia s.r.o.	70	70	70	70	2,3
Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš	61	61	61	61	2,0
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	61	NA	NA	61	2,0
Nemocnicná a.s. (Nemocnica Malacky)	61	61	61	61	2,0
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	61	61	61	61	2,0
Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.	92	30	30	51	1,7
Nemocnica s poliklinikou Prievidza	62	37	37	45	1,5
3 F s.r.o.	45	NA	NA	45	1,5
ROBIN LOOK, spol. s r.o.	61	31	31	41	1,3
DOM OKA, s. r. o.	40	40	40	40	1,3
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	31	31	31	31	1,0
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec n.o.	31	NA	NA	31	1,0
OFTUM GTJ s.r.o.	25	25	25	25	0,8
Nemocnica svätého Michala, a.s.	14	14	14	14	0,5
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Levice	10	10	10	10	0,3
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	7	14	7	9	0,3
SANAT, spol. s.r.o.	7	7	7	7	0,2
VIKOM, s.r.o.	7	7	7	7	0,2
ZDRAVÉ OKO s.r.o. (Veselý očná klinika)	7	7	7	7	0,2
ŽILPO, s.r.o.	N	N	N		
CS – SALVUS spol. s r.o.	NA	NA	NA		
Letecká vojenská nemocnica, a.s.	N	N	N		
Nemocnica Poprad, a. s.	NA	NA	NA		
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru v Michalovciach, a.s.	N	N	N		
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	N	N	N		
NOVAMED, spol. s r.o.	N	N	N		
PANMED, s.r.o.	N	N	N		
PRO SANUS, a.s. – Bratislava	N	N	N		
wesper, s.r.o. (Poliklinika Sekčov)	N	N	N		
Priemer	90,0	84,4	82,5	84,1	2,8

Zdroj: autor; pozn.: NA – nezistené, N – zákrok nevykonávajú

4.3 OFICIÁLNE ÚDAJE OD POSKYTOVATEĽOV

Po ukončení mystery shoppingu sme 26. 6. 2013 oficiálnou cestou, prostredníctvom elektronickej pošty, oslovili všetkých poskytovateľov zahrnutých do prieskumu a požiadali sme ich o zaslanie údajov o dĺžke čakacej doby pre jednotlivé zákroky pre „priemerného“ pacienta (t.j. nie je „akútny“, má objektívny nález, nie je mladistvý a pod.). V maily sme vysvetlili cieľ a predmet prieskumu, kto ho realizuje a kým je financovaný. Z 53 oslovených poskytovateľov nám odpovedalo iba 15 (28%), z toho dvaja, že výkon nevykonávajú a jeden, ktorý sa prieskumu odmieta zúčastniť.

Pri operácii kĺbov vo väčšine prípadov poskytovatelia uviedli o niečo nižšiu čakaciu dobu, ako nám bola uvedená v rámci mystery shoppingu. Vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou Žilina boli oficiálne údaje až o pol roka kratšie. Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice uviedla takmer zhodnú dobu čakania a Univerzitná nemocnica Bratislava v oficiálnom stanovisku uviedla približne dvojnásobne dlhšiu čakaciu dobu (s tým, že ide o maximálnu dĺžku) ako nám bola oznámená v našom prieskume. Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s. požiadala byť vyradená z prieskumu (Tabuľka 12).

Pre operáciu katarakty nám vo viacerých nemocniciach údaje z mystery shoppingu takmer zhodujú s poskytnutými údajmi, minimálne pre poisťencov VŠZP (napr. FN Nitra, FN sP Žilina, FN Trenčín). Univerzitná nemocnica Bratislava, podobne ako pri totálnych endoprotézach, v oficiálnom stanovisku uviedla približne dvojnásobne dlhšiu čakaciu dobu (s tým, že ide o maximálnu dĺžku) ako nám bola oznámená v prieskume (Tabuľka 12 a 13).

Tabuľka 12: Oficiálne údaje od poskytovateľov o dĺžke čakania na TEP kolenného/ bedrového kĺbu a katarakty (v dňoch)

Poskytovateľ	TEP kolenného kĺbu			TEP bedrového kĺbu			Katarakta		
	VšZP	Dôvera	Union	VšZP	Dôvera	Union	VšZP	Dôvera	Union
Fakultná nemocnica Nitra	80	80	80	80	80	80	182	182	182
FNsP F. D. Roosevelta Banská Bystrica									
FNsP J. A. Reimana Prešov									
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky									
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	547	182	priebežne	547	182	priebežne	92	92	92
Fakultná nemocnica Trenčín	547	547	547	547	547	547	244	244	244
Fakultná nemocnica Trnava									
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica									
Nemocnica Poprad, a. s.									
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica									
Nemocnica s poliklinikou Prievidza	244	244	244	244	244	244	61	61	61
Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a.s.	45	35	35	45	35	35	197	92	80
NsP Štefana Kukuru v Michalovciach, a.s.									
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany									
Univerzitná nemocnica Bratislava	365	365	365	365	365	365	182	182	182
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	76	76PSZ	76	76	76PSZ	76	76	76PSZ	76
Univerzitná nemocnica Martin									
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN									
Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lučenec n.o.									
Dolnooravská NsP MUDr.L.N. Jégeho Dolný Kubín									
Fakultná nemocnica s poliklinikou Skalica, a.s.	OPU	OPU	OPU	OPU	OPU	OPU			
Nemocnica A. Leňa Humenné, n. o.									
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.									
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)									
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	21	21	21	21	21	21			
Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.									

Zdroj: autor, pozn.: PSZ – po schválení žiadostí, FN – fakultná nemocnica, NsP – Nemocnica s poliklinikou, FNsP – Fakultná nemocnica s poliklinikou, OPU – odmietli poskytnúť údaje

Tabuľka 13: Oficiálne údaje od poskytovateľov o dĺžke čakania na operáciu katarakty

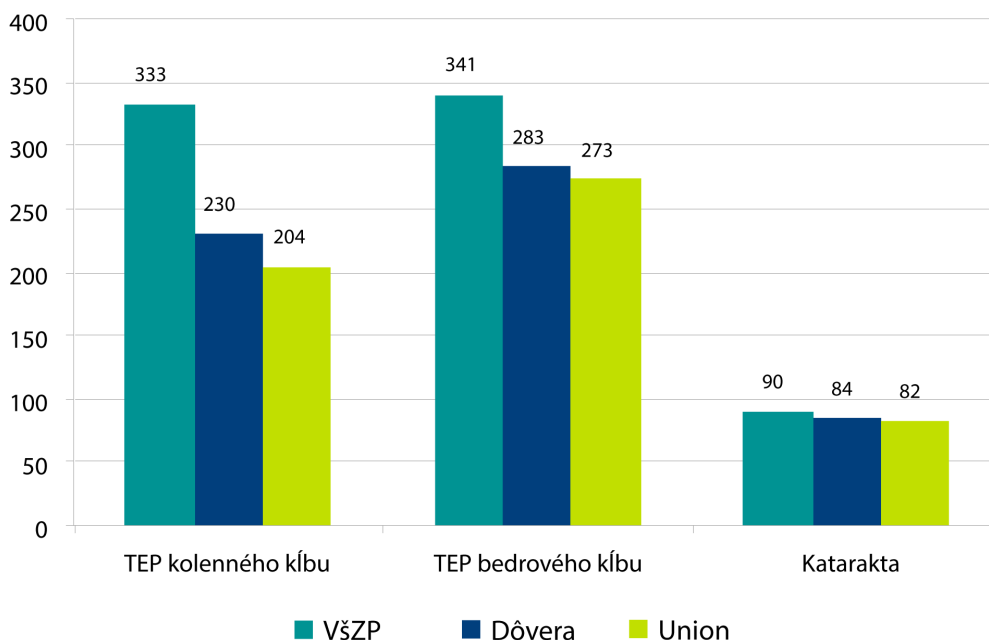
Poskytovateľ	Katarakta		
	VšZP	Dôvera	Union
3 F s.r.o.			
CS — SALVUS spol.s.r.o. (Mediklinik)	7	7	7
DOM OKA, s. r. o.			
FOVEA,s.r.o.			
Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.	92	31	1
Letecká vojenská nemocnica, a.s.			
Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš			
Nemocnicná a.s. (Nemocnica Malacky)			
Neovízia s.r.o.			
NOVAMED, spol. s r.o.			
Očné centrum, s.r.o.			
Očné centrum Sokolík, s.r.o.			
OFTAL s.r.o.			
OFTUM GTJ s.r.o.			
PANMED,s.r.o.			
PRO SANUS, a.s.	N	N	N
ROBIN LOOK, spol. s r.o.			
SANAT,spol. s.r.o.			
SILOE, s.r.o. (Očné centrum Dr.Bohma)	122	31	31
VIKOM, s.r.o.	21	21	21
wesper, s.r.o. (Poliklinika Sekčov)	N	N	N
ZDRAVÉ OKO s.r.o. (Veselý očná klinika)			
ŽILPO, s.r.o.			
Nemocnica svätého Michala, a.s.			
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota			
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Levice			
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.			

Zdroj: autor, pozn.: N – daný zákrok nevykonávajú

4.4 POROVNANIE POISŤOVNÍ

V priemere najkratšie čakacie doby na TEP kolenného kĺbu má poisťovňa Union (6,7 mesiaca). Za ňou nasleduje poisťovňa Dôvera (7,5 mesiaca) a najdlhšie čakajú poistenci VŠZP (10,9 mesiaca). Na TEP bedrového kĺbu má v priemere najkratšie čakacie doby poisťovňa Union (8,9 mesiaca), potom nasleduje poisťovňa Dôvera (9,3 mesiaca) a najdlhšie čakajú poistenci VŠZP (11,2 mesiaca). Pre TEP bedrového kĺbu (2,3 mesiaca) nie sú až také výrazné rozdiely medzi poisťovňami ako pri TEP kolena (4,2 mesiaca). Pri operácii katarakty je rozdiel medzi poisťovňami najmenší, iba 1 týždeň. Poistenci Unionu čakajú na operáciu v priemere 82 dní, poistenci Dôvery 84 dní a poistenci VŠZP 90 dní. Zo všetkých poisťovní, pri všetkých ochoreniach má najkratšie čakacie doby zdravotná poisťovňa Union (Graf 15).

Graf 15: Porovnanie čakacích dôb pre jednotlivé ochorenia podľa poisťovne v dňoch



Zdroj: HPI, 2013

4.5 MEDZIROČNÉ POROVNANIE

Vzhľadom na to, že „Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami“, ktorú minulý rok uverejnilo HPI, vychádzalo z rovnakej metodiky ako táto štúdia – mystery shopping, rozhodli sme sa porovnať rozdiely v čakaní na vybrané ochorenia podľa poisťovne pre každého poskytovateľa.

4.5.1 TEP kolenného kĺbu

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Vzorke poskytovateľov, na ktorej bol realizovaný výskum v roku 2012, sa v priemere podarilo výrazne znížiť čakacie doby – v priemere o 7,8 mesiaca. Univerzitnej nemocnici v Bratislave (Ružinov) sa podarilo pre poistencov Všeobecnej zdravotnej poisťovne skrátiť čakanie až o 4 roky! Iba trom (z 15) poskytovateľov sa čakacie doby predĺžili, najviac v Univerzitnej nemocnici Martin – o 4 mesiace (Tabuľka 14).

Tabuľka 14: Porovnanie čakacích dôb na TEP kolenného kĺbu pre VŠZP v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	610	-485
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	1095	912	-183
Univerzitná nemocnica Bratislava	1642	182	-1460
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	1278	365	-913
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	365	-365
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	840	110
Univerzitná nemocnica Martin	396	518	122
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	275	244	-31
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	244	75	-169
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	192	275	83
Fakultná nemocnica Nitra	174	92	-82
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	113	75	-38
Nemocnica Poprad, a.s.	183	92	-91
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	50	45	-5
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	21	21	0
Priemer	548	314	-234

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Dôvera ZP

Poistovní Dôvere sa okrem jedného poskytovateľa (NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach) podarilo vo všetkých skúmaných subjektoch v roku 2012 znížiť dĺžku čakacej doby. Vo FN Trenčín, Univerzitnej nemocnici Bratislava, FNsP Nové Zámky a Žilina o rok a viac. Celkovo sa v priemere poisťovní podarilo znížiť vo vybraných subjektoch čakacie doby o približne pol roka (Tabuľka 15). Do porovnania sme zaradili iba poskytovateľov, pri ktorých sa nám podarilo získať údaje v roku 2012 a zároveň aj 2013.

Tabuľka 15: Porovnanie čakacích dôb na TEP kolenného kĺbu pre Dôvera v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	610	-485
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	1095	912	-183
Univerzitná nemocnica Bratislava	548	75	-473
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	365	-365
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	275	-455
Univerzitná nemocnica Martin	365	305	-60
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	275	152	-123
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	244	75	-169
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	177	275	98
Fakultná nemocnica Nitra	128	61	-67
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	168	152	-16
Nemocnica Poprad, a.s.	54	30	-24
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	-	-	-
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	21	21	0
Priemer	433	254	-179

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: *Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Union ZP

Poistovní Union sa okrem jedného poskytovateľa (NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach) podarilo vo všetkých skúmaných subjektoch v roku 2012 znížiť dĺžku čakacej doby, rovnako ako poistovní Dôvera. Podobne ako v Dôvera, celkovo sa v priemere poistovní podarilo znížiť vo vybraných subjektoch čakacie doby o približne pol roka (Tabuľka 16).

Tabuľka 16: Porovnanie čakacích dôb na TEP kolenného kĺbu pre Dôvera v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	610	-485
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	1095	912	-183
Univerzitná nemocnica Bratislava	548	75	-473
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	365	365	0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	365	-365
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	275	-455
Univerzitná nemocnica Martin	128	75	-53
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	275	45	-230
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	244	75	-169
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	177	275	98
Fakultná nemocnica Nitra	128	61	-67
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	113	75	-38
Nemocnica Poprad, a.s.	122	14	-108
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	-	-	-
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	21	21	0
Priemer	412	232	-181

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

4.5.2 TEP bedrového kĺbu

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Štátnej poisťovni sa celkovo v priemere podarilo znížiť vo vybraných subjektoch čakacie doby o približne pol roka. Viaceré nemocnice zaznamenali len minimálne zmeny. Čakacia doba sa predĺžila len v univerzitnej nemocnici v Martine. Podobne ako pri kolennom kĺbe, najvýraznejšie skrátenie čakacej doby nastalo v ružinovskej Univerzitnej nemocnici Bratislava, kde sa čakacia doba skrátila o 3,3 roka (Tabuľka 17).

Tabuľka 17: Porovnanie čakacích dôb na TEP bedrového kĺbu pre VŠZP v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	730	-365
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	913	912	-1
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	730	0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	730	0
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	1278	365	-913
Univerzitná nemocnica Bratislava	1460	275	-1185
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	-	-	-
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	244	76	-168
Univerzitná nemocnica Martin	397	519	122
Nemocnica Poprad, a.s.	244	92	-152
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	183	183	0
Fakultná nemocnica Nitra	168	137	-31
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	92	61	-31
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	76	76	0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	61	76	15
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	30	21	-9
Priemer	513	332	-181

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Dôvera ZP

Dôvera sa v priemere podarilo znížiť vo vybraných subjektoch čakacie doby približne o 3 mesiace (Tabuľka 18). Do porovnania sme zaradili iba poskytovateľov, pri ktorých sa nám podarilo získať údaje v roku 2012 a zároveň aj 2013, konkrétne 10 poskytovateľov. Táto skutočnosť môže mať vplyv na priemerné hodnoty, ktoré nezohľadňujú údaje od potrebného počtu poskytovateľov a nemôžu byť smerodajné pre celkovú zmenu dĺžky čakacej doby pre TEP bedrového kĺbu.

Tabuľka 18: Porovnanie čakacích dôb na TEP bedrového kĺbu pre Dôvera v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	730	-365
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	913	730	-183
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	730	0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	365	-365
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Univerzitná nemocnica Bratislava	153	275	122
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	-	-	-
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	-	-	-
Univerzitná nemocnica Martin	244	305	61
Nemocnica Poprad, a.s.	212	31	-181
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	-	-	-
Fakultná nemocnica Nitra	92	107	15
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	-	-	-
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	-	-	-
Fakultná nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	61	76	15
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	30	21	-9
Priemer	426	337	-89

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Union ZP

Do porovnania sme zaradili iba poskytovateľov, pri ktorých sa nám podarilo získať údaje v roku 2012 a zároveň aj 2013, čo pri poisťovni Union bolo iba 8 poskytovateľov. Preto priemerné hodnoty nie je vhodné globalizovať. Pri poskytovateľoch, ktorých údaje nám boli poskytnuté, sme v troch prípadoch (Fakultná nemocnica Trenčín, Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov a Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina) zaznamenali ročné skrátenie čakacej doby. Pri štyroch poskytovateľoch bol rozdiel minimálny. Čakacia doba sa signifikantne zvýšila iba v univerzitetnej nemocnici v Bratislavskom Ružinove (Tabuľka 19).

Tabuľka 19: Porovnanie čakacích dôb na TEP bedrového kĺbu pre Union v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Fakultná nemocnica Trenčín	1095	730	-365
Fakultná nemocnica J. A. Reimana Prešov	913	548	-365
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	730	730	0
Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina	730	365	-365
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Univerzitná nemocnica Bratislava	153	275	122
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	-	-	-
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o.	-	-	-
Univerzitná nemocnica Martin	-	-	-
Nemocnica Poprad, a.s.	-	-	-
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	-	-	-
Fakultná nemocnica Nitra	92	107	15
Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce a.s.	-	-	-
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	-	-	-
Fakultná nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica	61	76	15
sport & endo clinic s.r.o. (Clinica Orthopedica)	30	21	-9
Priemer	476	357	-119

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: *Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

4.5.3 Operácia katarakty

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Priemerná čakacia doba poistencov VŠZP na operáciu katarakty sa vo vybraných subjektoch medziročne takmer nezmenila (nárast iba 5 dní). Najviac sa podarilo čakacie doby znížiť poskytovateľovi Neovízia (83 dní) a najvyšší nárast medzi rokmi 2012 a 2013 bol v Univerzitetnej nemocnici v Bratislave (77 dní). Rozdiely v ostatných zariadeniach zachytáva Tabuľka 20.

Tabuľka 20: Porovnanie čakacích dôb na operáciu katarakty pre VŠZP v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Univerzitná nemocnica Martin	198	182	-16
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	210	182	-28
Fakultná nemocnica Trenčín	275	260	-15
OFTAL s.r.o.	183	182	-1
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	143	122	-21
Fakultná nemocnica Nitra	129	182	53
Nemocnica Poprad, a. s.	-	-	-
Nemocnicná a.s. (Nemocnica Malacky)	82	61	-21
Neovízia s.r.o.	153	70	-83
3 F s.r.o.	90	45	-45
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	30	62	32
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	35	61	26
OFTUM GTJ s.r.o. (Oftum Košice)	30	25	-5
ROBIN LOOK, spol. s r.o. (Centrum mikrochirurgie oka)	21	61	40
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota	21	70	49
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	21	61	40
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	14	7	-7
DOM OKA, s. r. o.	15	40	25
Univerzitná nemocnica Bratislava	14	91	77
VIKOM, s.r.o.	10	7	-3
CS – SALVUS spol.s.r.o. (Mediklinik)	-	-	-
Priemer	88	93	5

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Dôvera ZP

Priemerná čakacia doba poistencov Dôvery na operáciu katarakty sa podobne ako pri VŠZP medziročne takmer nezmenila (pokles o 6 dní). Najviac sa podarilo čakacie doby znížiť vo Fakultnej nemocnici v Nitre (89 dní) a najvyšší nárast bol v Univerzitnej nemocnici v Bratislave (77 dní). Rozdiely v ostatných zariadeniach zachytáva Tabuľka 21.

Tabuľka 21: Porovnanie čakacích dôb na operáciu katarakty pre Dôveru v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Univerzitná nemocnica Martin	243	182	-61
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	210	182	-28
Fakultná nemocnica Trenčín	214	260	46
OFTAL s.r.o.	183	182	-1
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	205	122	-83
Fakultná nemocnica Nitra	129	40	-89
Nemocnica Poprad, a. s.	-	-	-
Nemocnicná a.s. (Nemocnica Malacky)	82	61	-21
Neovízia s.r.o.	45	70	25
3 F s.r.o.	-	-	-
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	92	37	-55
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	35	61	26
OFTUM GTJ s.r.o. (Oftum Košice)	30	25	-5
ROBIN LOOK, spol. s r.o. (Centrum mikrochirurgie oka)	30	31	1
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota	28	70	42
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	-	-	-
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	18	14	-4
DOM OKA, s. r. o.	15	40	25
Univerzitná nemocnica Bratislava	14	91	77
VIKOM, s.r.o.	10	7	-3
CS — SALVUS spol.s.r.o. (Mediklinik)	-	-	-
Priemer	93	87	-6

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

Union ZP

V Union ZP sa čakacia doba na operáciu katarakty sa vo vybraných subjektoch medziročne zvýšila najvýraznejšie (22 dní), pod čo sa výraznou mierou podpísal takmer polročný nárast čakacej doby v Trenčianskej nemocnici. Pod tento výsledok sa podpísalo aj minimálne skrátenie čakacích dôb vo 6 z 14 poskytovateľov, ktoré bolo možné medzi sebou porovnať. Až 8 poskytovateľov (z 22) nebolo možné medziročne porovnať (Tabuľka 22).

Tabuľka 22: Porovnanie čakacích dôb na operáciu katarakty pre Union v dňoch

Poskytovateľ	2012	2013	Rozdiel
Nemocnice s poliklinikami n.o. – Topoľčany	-	-	-
Univerzitná nemocnica Martin	198	182	-16
Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov	210	182	-28
Fakultná nemocnica Trenčín	82	260	178
OFTAL s.r.o.	183	182	-1
Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica	-	-	-
Fakultná nemocnica Nitra	-	-	-
Nemocnica Poprad, a. s.	-	-	-
Nemocnicná a.s. (Nemocnica Malacky)	82	61	-21
Neovízia s.r.o.	45	70	25
3 F s.r.o.	-	-	-
Nemocnica s poliklinikou Prievidza so sídlom v Bojniciach	30	37	7
Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	35	61	26
OFTUM GTJ s.r.o. (Oftum Košice)	-	-	-
ROBIN LOOK, spol. s r.o. (Centrum mikrochirurgie oka)	30	31	1
Nemocnice a polikliniky n.o. – Rimavská Sobota	21	70	49
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	-	-	-
Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica	18	7	-11
DOM OKA, s. r. o.	15	40	25
Univerzitná nemocnica Bratislava	14	91	77
VIKOM, s.r.o.	10	7	-3
CS – SALVUS spol.s.r.o. (Mediklinik)	-	-	-
Priemer	70	92	22

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012, ISBN 978-80-971193-1-7

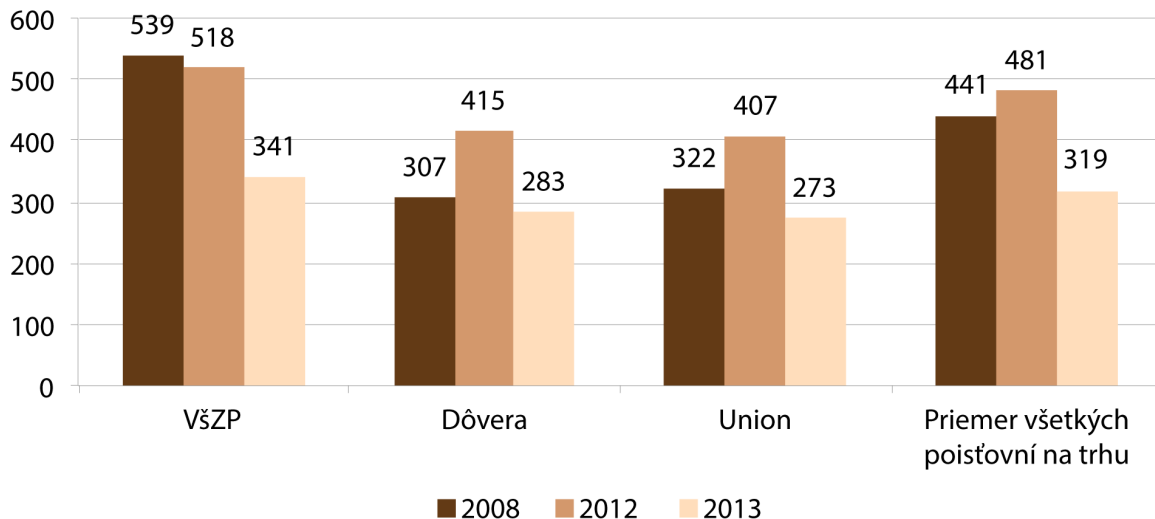
4.6 POZNÁMKY K PRIESKUMU

1. Väčšina poskytovateľov trvala na tom, že termín operácie nám môže byť ponúknutý až po osobnej návšteve lekára na ich oddelení (so sprievodným lístok a dokumentáciou od ošetrojúceho lekára).
2. Niektorí poskytovatelia odmietali poskytnúť informáciu o dĺžke čakacej doby cez telefón. Časť z nich to odvodňovala tým, že ide o „tajné“ informácie, ktoré nemôžu poskytovať verejnosti. Ak aj áno, tak iba osobne. Presné termíny vedeli zamestnanci uviesť pre poistencov VŠZP a vzhľadom na schvaľovanie žiadostí, prípadne iné komplikácie bolo problematické zistiť termíny pre súkromné poisťovne.
3. Pri telefonátoch sme sa stretávali aj s návrhmi ako sa dostať na operáciu TEP skôr – riešenie zahŕňalo osobné stretnutie s lekárom, často primárom. Takéto návrhy len zriedka prichádzali spontánne, najčastejšie boli ponúkané, ak sme na ponúkaný termín reagovali slovami otázkou „A nedalo by sa skôr?“
4. Relatívne často sme boli upozornení, že pacienti trpiaci veľkými bolesťami alebo akútni pacienti sa môžu dostať na operáciu aj skôr, no to už záleží od posúdenia lekára po osobnej návšteve, nie cez telefón.
5. Stretli sme sa aj s odmietnutím ponúknutia termínu operácie, vzhľadom na to, že poistenec nemal trvale bydlisko v mieste, kde požadoval operáciu a teda „nepatrí do rajónu“. Bolo nám odporúčané, napriek našej snahe upozorniť na voľný výber poskytovateľa, aspoň počas termínu vykonávania operácie zmeniť minimálne prechodný pobyt.
6. Približne v 70 – 80 % bolo poskytnutie informácie nútené a neochotné. V ojedinelých prípadoch bola komunikácia vedená agresívne a stručne s predčasným ukončením hovoru bez poskytnutia informácie. Ako dôvod bol primárne uvádzaný nedostatok času. Asi iba v 10 – 15 % bol personál ochotný vysvetliť ako dlho sa čaká aj v prípade, že nie sme istí, kde je pacient poistený a čo môžeme spraviť, aby sa na operáciu pacient dostal čím skôr. Odporúčanie podstúpiť zákrok v inom (konkrétnom) zariadení sme dostali veľmi zriedka
7. Vo väčšine prípadov informácie ponúkala zdravotná sestra, pričom zistiť meno osoby, s ktorou sme komunikovali (aj jej zaradenie v nemocnici – vrchná sestra, lekár, primár), bolo náročné. Rovnako náročné bolo získať k telefónu lekára, v prípade, že telefón nezdvihol lekár samotný.
8. Výška a existencia poplatkov za poskytnuté služby a materiál (v oftalmológii) sa medzi poskytovateľmi výrazne odlišuje a je závislá aj od zdravotnej poisťovne, pričom nie vždy bolo možné zistiť konečnú sumu, ktorú bude potrebné uhradiť. Suma sa pohybovala od desiatok po stovky eur v závislosti od materiálu a služby.

4.7 POROVNANIE S MINULOSŤOU

Porovnanie čakacích dŔb na operáciu bedrového kĺbu a katarakty u jednotlivých poskytovateľov v závislosti od zdravotnej poisťovne za pomoci mystery shoppingu prvýkrát uskutočnilo HPI už v roku 2008.²⁹ Tieto údaje sme sa rozhodli porovnať s údajmi z minuloročnej analýzy³⁰ a výsledkami tohtoročnej štúdie (Graf 16 a 17).

Graf 16: Porovnanie čakacích dŔb pre TEP bedrového kĺbu podľa poisťovne v dňoch

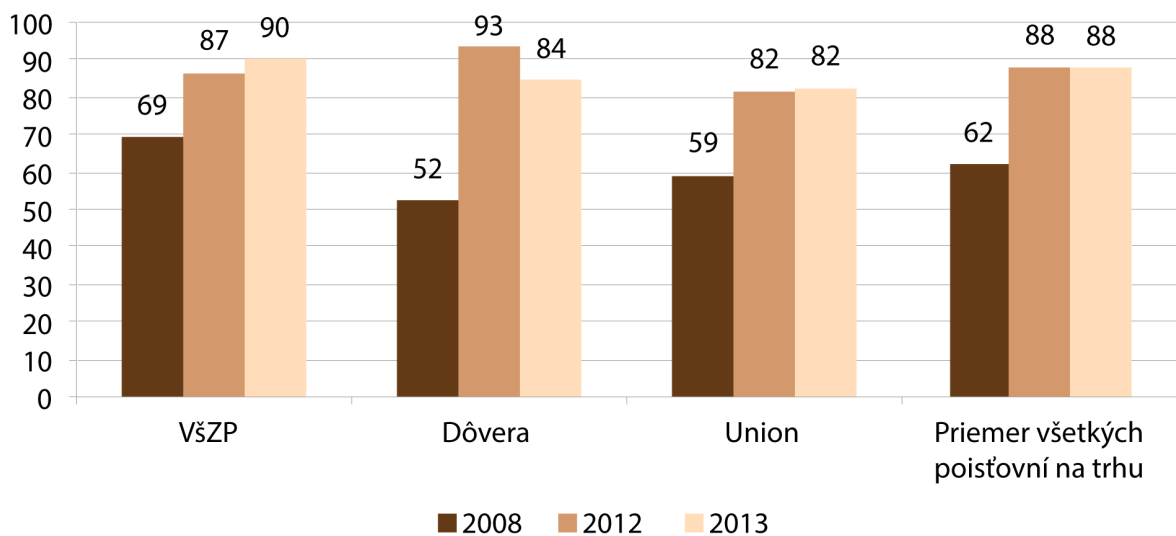


Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012 a Szalayová, A., Pažitný, P., Frisová, S., Hnilicová, S., Szalay, T.: Na prvý pohľad rovnaké. A predsa iné, HPI, Bratislava, 2008

Dĺžka čakacej doby na TEP bedrového kĺbu medzi rokom 2012 a 2013 klesla o 5,3 mesiaca na úroveň približne 10,5 mesiace, čo je zároveň spomedzi všetkých skúmaných rokov najmenej. V porovnaní s rokom 2008, keď sa na zákrok čakalo 14,5 mesiaca, je to pokles o 4 mesiace. Všetky tri poisťovne majú tak výrazne nižšie čakacie doby ako v roku 2012, pričom VŠZP sa medziročne podarilo skrátiť dĺžku čakacej doby o 5,8 mesiaca a poisťovňam Dôvera a Union o 4,4 mesiaca. Na TEP bedrového kĺbu sa čaká najkratšie v ZP Union (273 dní) a najdlhšie vo VŠZP (341 dní). Oproti roku 2008 sa rozdiely medzi poisťovňami výrazne znížili. V roku 2008 bol medzi „najhoršou“ VŠZP a „najlepšou“ Dôverou rozdiel približne 7,6 mesiaca. V roku 2012 je medzi „najhoršou“ VŠZP a „najlepším“ Unionom rozdiel približne 2,2 mesiaca (Graf 16).

²⁹ Pre viac informácií pozri: Szalayová, A., Pažitný, P., Frisová, S., Hnilicová, S., Szalay, T.: *Na prvý pohľad rovnaké. A predsa iné*, HPI, Bratislava, 2008

³⁰ Pre viac informácií pozri: Mužik, R.: *Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*, Health Policy Institute, Bratislava, 2012

Graf 17: Porovnanie čakacích dôb na operáciu katarakty podľa poisťovne v dňoch

Zdroj: autori podľa Mužik, R.: Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami, Health Policy Institute, Bratislava, 2012 a Szalayová, A., Pažitný, P., Frisová, S., Hnilicová, S., Szalay, T.: Na prvý pohľad rovnaké. A predsa iné, HPI, Bratislava, 2008

Dĺžka čakacej doby na operáciu katarakty sa medzi rokom 2012 a 2013 nezmenila. Je na úrovni 88 dní. Vo VŠZP je oproti minulému roku zaznamenaný štatisticky nevýznamný nárast (3 dni). V Unione sa čakacia doba nemenila. V poisťovni Dôvera sa znížila o 9 dní. Na operáciu katarakty sa čaká najkratšie v ZP Union (82 dní) a najdlhšie vo VŠZP (90 dní). Rozdiel medzi poisťovňami je v roku 2013 už minimálny – 8 dní. V roku 2008 bol tento rozdiel 17 dní (Graf 17).

Metodické poznámky:

V roku 2008 do výskumu čakacej doby na TEP bolo zaradených 13 poskytovateľov. Do výskumu nebola zaradená žiadna súkromná klinika. V roku 2012 tam bola zaradená súkromná klinika „Clinica Orthopedica“, ktorá ma celkovo najkratšie čakacie listiny. Počet skúmaných poskytovateľov bol 17, z ktorých 1 daný výkon nevykonáva. V roku 2013 bol počet skúmaných zariadení 26.

V roku 2008 bolo do výskumu čakacej doby na operáciu zaradených 15 poskytovateľov. V roku 2012 ich bolo 23 katarakty (1 daný výkon nevykonáva). V roku 2013 bol počet skúmaných zariadení 46, z ktorých 8 výkon nevykonáva a teda neboli do vyhodnotenia zaradení. Pri poskytovateľoch očnej starostlivosti bol pomer súkromných spoločností s ručením obmedzeným k zariadeniam v správe štátu, kraja, obce (prípadne súkromného investora – nemocnica Šaca, Malacky) v roku 2008 6:9, v roku 2012 8:14 a v roku 2013 bol pomer 20:26.

Priemer za všetky poisťovne je priemer čakacích dôb vážený veľkosťou poisťného kmeňa. Veľkosť poisťného kmeňa sme čerpali z údajov Úradu pre dohľad k 1. 1. 2008 (pre rok 2008), 1. 1. 2012 (pre rok 2012) a k 1. 1. 2013 (pre rok 2013).

Vzhľadom na odlišnosti vo vzorke, poskytnuté porovnanie má iba orientačný charakter. Od roku 2008 do roku 2013 sa citlivosť údajov narastajúcim počtom skúmaných subjektov zvyšovala.

5. DISKUSIA

5.1 ČAKACIE LISTINY VO SVETE³¹

Čakacie listiny sú vážnym problémom v mnohých krajinách. Stratégie na ich znižovanie sa v závislosti od zdravotníckeho systému odlišujú. Podľa štúdie OECD sú dlhšie čakacie doby na elektívne výkony v krajinách, ktoré kombinujú verejné zdravotné poistenie s nulovou alebo nízkou spoluúčasťou pacienta a obmedzenou kapacitou. Naopak, dlhé čakacie doby sa menej často nachádzajú v krajinách s poisťným systémom, v ktorom je umožnený výber poskytovateľa zdravotného poistenia.

OECD štúdia uvádza v globále dva prístupy na znižovanie čakacích dôb:

1. Nastavenie dĺžky čakacej doby a tlačenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k dosiahnutiu stanovených cieľov a ak pacienti musia čakať dlhšie ako je stanovená maximálna doba, umožniť pacientom vybrať si alternatívneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vrátane súkromného sektora. V Spojenom kráľovstve a Fínsku boli poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v prípade prekročenia stanoveného limitu potrestaní, v dôsledku čoho sa čakacie doby znížili. Táto metóda je často známa ako "ciele a teror" (targets and terror) a aj keď je táto metóda efektívna, u zdravotníkov je neoblíbená a z dlhodobého hľadiska ťažko udržateľná.
2. Portugalsko, Holandsko a Dánsko úspešne zaviedli „výber a konkurenciu“, ktorú nedávno prijalo aj Spojené kráľovstvo. Portugalský model bol obzvlášť účinný pri znižovaní čakacích dôb. Model zahŕňa jednotný informačný systém, ktorý obsahuje údaje o čakacej dobe u všetkých verejných a súkromných poskytovateľov, pričom pri dosiahnutí 75 % garantovanej čakacej doby sú pacientom ponúkané vouchery, ktoré umožňujú slobodnú voľbu ľubovoľného poskytovateľa.

Politiky ovplyvňujúce čakacie doby na strane ponuky, bez implementácie iných politík, nie sú zvyčajne úspešné. Podľa predchádzajúcej štúdie OECD³² patrila politika navyšovania množstva finančných prostriedkov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti s cieľom znižovania čakacích dôb

³¹ Spracované na základe štúdie: Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (eds.): *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013

³² SICILIANI, L., HURST, J. : *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

k najrozšírenejším. Tento typ politiky je aj naďalej všeobecne rozšírený, a to napriek tomu, že z dlhodobého hľadiska je pri znižovaní čakacích dôb neúspešný.

OECD uvádza, že krátkodobé nárazové financovanie, ktoré spočiatku čakaciu dobu znižuje, neskôr spôsobí nárast dĺžky čakacích dôb. V niektorých prípadoch sa po skončení dočasného „nadmerného“ financovania čakacie doby dokonca predĺžili.

Ďalšou stratégiou ovplyvňovania čakacích dôb na strane ponuky je zvyšovanie produktivity v nemocnici a to tak, že sa zavedú nové platobné mechanizmy, ako napríklad financovanie podľa aktivít (activity based financing – ABF) s využitím DRG (diagnosis-related groups). To síce zvyšuje produktivitu nemocnice, ale nemusí nutne znížiť čakacie doby. Zavedenie ABF (DRG) je však často jedným z kľúčových prvkov pri zavádzaní „možnosti výberu a konkurencie“, ktoré môžu znížiť čakacie doby.

Ako doplnujúci prístup k zníženiu čakacích dôb sa podľa autorov štúdie využíva implementácia zmien na strane dopytu s cieľom znížiť alebo presunúť dopyt po elektívnych výkonoch. Jednou z možností je presunúť dopyt do súkromného sektora pomocou súkromného poistenia. Celkovo, za pomoci tohto prístupu, sa nepodarilo výrazne znížiť dopyt po elektívnych ošetrovaniach vo verejných nemocniciach a ani znížiť čakacie doby. Druhým spôsobom je použiť nástroje k skvalitneniu určovania „klinických priorít“ (clinical prioritisation) pre elektívne výkony. Nástroje zlepšujúce klinické stanovenie priorít boli s čiastočným úspechom používané na Novom Zélande.

5.2 VÝCHODISKOVÁ SITUÁCIA NA SLOVENSKU

V lete 2012 vydalo HPI *Analýzu nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*. Tá priniesla kritický pohľad na nárast počtu pacientov na čakacích listinách a predlžujúcu sa čakaciu dobu na elektívne výkony. Vyššie uvedená analýza so sebou priniesla výraznú medializáciu problematiky čakacích listín, na ktorú zareagovalo viacero kľúčových aktérov.

Začiatkom septembra, po medializácii problematiky čakacích lehôt, v zmysle našich odporúčaní, sa poisťovňa Dôvera rozhodla na svojej stránke vytvoriť portál, kde sa poistenci môžu dozvedieť ako dlho sa čaká u jednotlivých poskytovateľov.

Všeobecná zdravotná poisťovňa 5. septembra 2012 zverejnila tlačovú správu, v ktorej spochybnila údaje uvedené v analýze o čakacích zoznamoch. Počet poistencov VŠZP evidovaných na čakacích zoznamoch bol podľa poisťovne v skutočnosti značne nižší. Zdrojom dát citovaných v analýze HPI bol Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorému údaje o poistencoch na čakacích zoznamoch zasielali samotné zdravotné poisťovne, vrátane VŠZP. Táto skutočnosť preukázala, že vedenie čakacích listín v súčasnej podobe je nedostatočné a nedostatočne kontrolované. To sa

môže prejavovať a vyvrcholiť neefektívnosťou, netransparentnosťou, neúčelnosťou a neekonomickým nakladaním s verejnými prostriedkami.

Na základe nejasnosti údajov o počte poistencov na čakacích listinách vo VŠZP, na ktoré táto analýza poukázala, ÚDZS vykonal kontrolu vo VŠZP. Úrad uložil VŠZP povinnosť prijať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin a písomne informovať úrad o ich splnení.

V septembri 2011, ešte pred uverejnením analýzy HPI, VŠZP spustila *projekt TEP*, ktorý mal výrazne znížiť čakaciu dobu na plánované operácie bedrového a kolenného kĺbu. Podľa oficiálnych informácií z poisťovne mal „projekt TEP zvýšiť počet operácií bedrového a kolenného kĺbu o cca 2 500, čo predstavuje medziročný nárast o viac ako 40 %.“ Na tento projekt a projekty „Kardio“ a „Mamograf“ poisťovňa vyčlenila spolu cca 10 mil. €. Napriek tomuto projektu boli podľa analýzy HPI z roku 2012 najdlhšie čakacie doby vo VŠZP.

Po pretrvávajúcej mediálnej diskusii na tému čakacích listín, dňa 14. 9. 2012, Ing. Marcel Forai, MPH, generálny riaditeľ VŠZP povedal: *„Garantujeme, že máme dostatočné finančné zdroje na to, aby všetci naši poistenci, ktorí sú v súčasnosti zaradení v zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, absolvovali operáciu ešte do konca tohto roka.“* Kvôli náhle zvýšenej operatívnej poistencov sa sľub bohužiaľ nepodarilo naplniť. Zmeny počtu poistencov na čakacích listinách sa z dôvodu chybného vykazovania údajov VŠZP počas roku 2012 nedajú overiť.

Predlžujúca sa doba čakania na zákroky a netransparentná evidencia čakacích listín sa prejavila aj na politickej úrovni. Pokus o novelizáciu a právnu úpravu čakacích listín prišiel z dielne poslanca SKDÚ-DS Viliama Novotného. Ten v novele navrhoval, aby pacient musel byť zdravotnou poisťovňou informovaný o predpokladanej dĺžke čakania, ako aj o možnosti čerpať starostlivosť v inej nemocnici v skoršom termíne. Ak by pacient čakal na najskorší termín dlhšie než 12 mesiacov, mal by právo na úhradu starostlivosti v ktorejkoľvek nemocnici na Slovensku, ale aj v EÚ.

V rámci konkurenčného boja svoju pozíciu poisťovne s najmenším počtom čakajúcich pacientov a najkratšou dĺžkou čakacej doby využívala zdravotná poisťovňa Union. Poisťovňa na základe tejto skutočnosti organizovala prepoisťovaciu kampaň a rovnako aj kampaň orientovanú proti zavedeniu unitárneho systému zdravotného poistenia.

Konkurenčný boj vyvrcholil začiatkom marca 2013. Od apríla spustila VŠZP projekt „Kto operuje dostane viac“, v ktorom každá zúčastnená nemocnica získa za každého operovaného pacienta príplatok vo výške 100 eur. Poisťovňa ďalej uviedla, že bude rovnako dbať na to, aby sa v prípade bedrových a kolenných kĺbov postupovalo podľa čakacej listiny. Ak poisťovňa kontrolou zistí, že bol

pacient uprednostnený pred tými, ktorí boli v čakacej listine pred ním, VŠZP uhradí len 25 percent výkonu. Podľa údajov z poisťovne, nemocnice zapojené v projekte dostali v máji o 700 000 eur viac. V júni získali poskytovatelia za operovaných poistencov VŠZP o 1,1 mil. eur viac.

V septembri 2013 sa poisťovňa rozhodla v rámci znižovania čakacích listín zvýšiť bonus za operácie o 100% (100+100=200 €) a zvýšiť balíčkovú cenu (výkon+materiál) TEP o 100 €. Takúto ponuku navrhli poskytovateľom od 1.10.2013 za podmienky, že výšku cenu výkonu dorovnajú aj súkromné poisťovne.

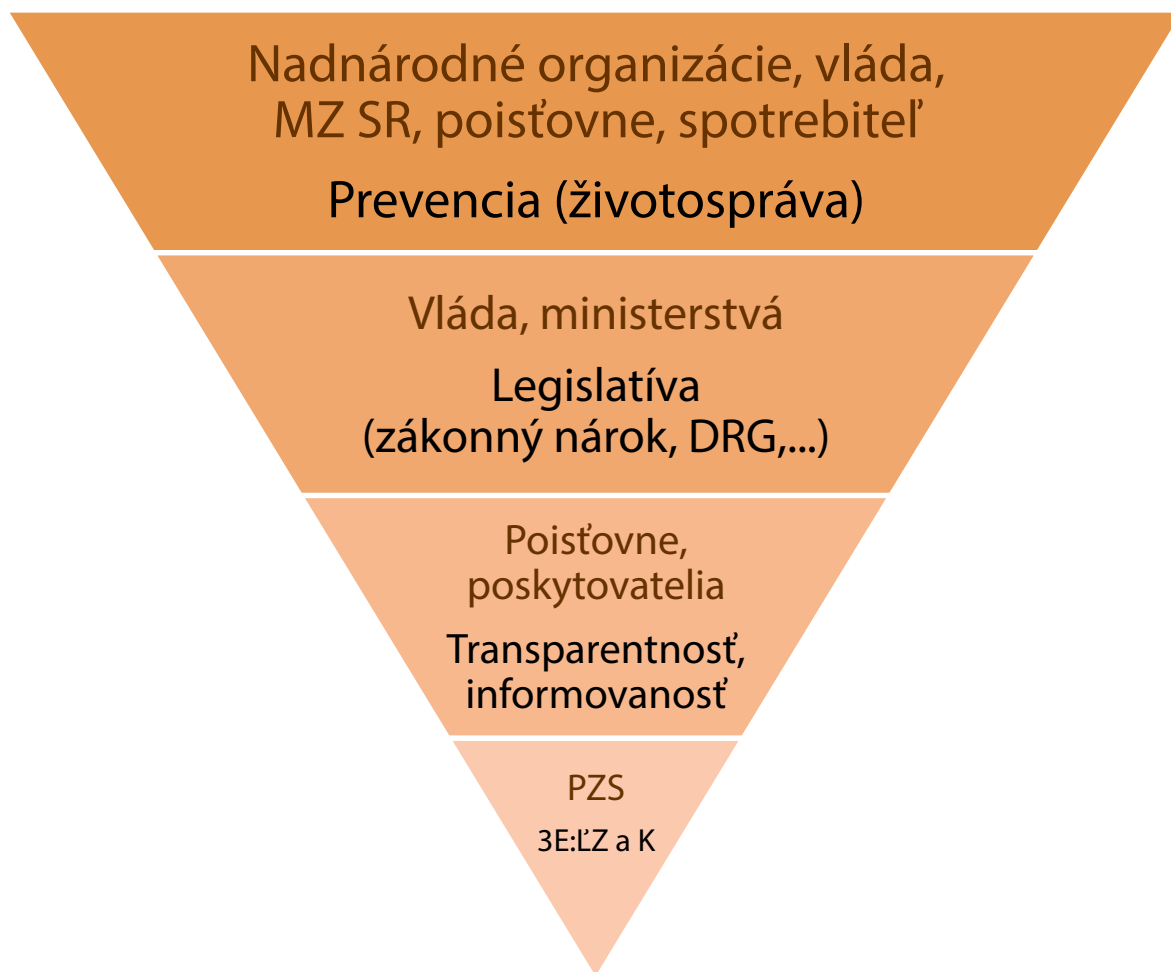
6. ZÁVERY A ODPORÚČANIA HPI

Štúdia nás presvedčila, že viaceré nástroje verejnej politiky dokážu byť veľmi účinne využité aj v zdravotníctve. Ako vyplýva z diskusie, ako veľmi dobré nástroje sa preukázali prístup k informáciám spojený s **benchmarkingom**, **medializácia** problematiky a následný **konkurenčný boj**, ktoré viedli k zvýšeniu efektívnosti a transparentnosti v oblasti čakacích dôb. Konkurenčný boj sa prejavil hlavne dodatočným uvoľnením zdrojov (projekty VŠZP), zlepšením poskytovania informácií (portál Dôvery ZP) a verejným benchmarkingom (kampane Union ZP). Tieto nástroje pritom využívali svoj potenciál len čiastočne.

Okrem týchto nástrojov HPI odporúča prijať aj iné opatrenia. Naše odporúčania môžeme zaradiť do štyroch kategórií:

1. prevencia
2. legislatíva
3. transparentnosť
4. efektívnosť

Naše odporúčania sa týkajú viacerých aktérov. Treba zdôrazniť, že k naplneniu týchto cieľov je potrebná ich plná kooperácia (Schéma 2).

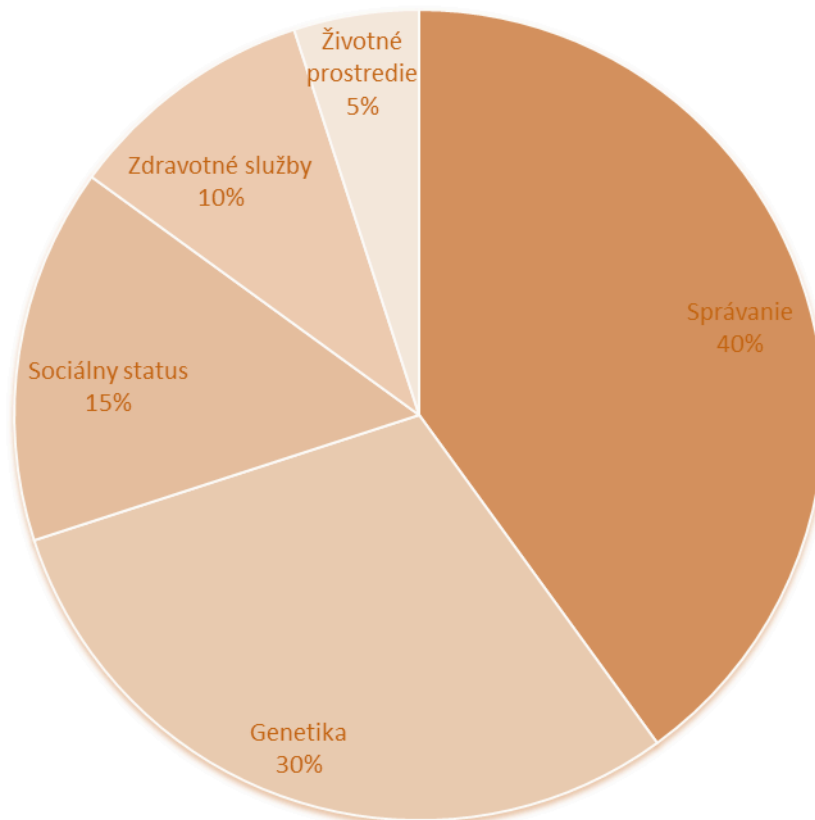
Schéma 2: Aktéri a stratégie na znižovanie čakacích dôb

Zdroj: autori, pozn.: 3E – efficiency, effectiveness, economy (efektívnosť, účelnosť, a hospodárnosť), ĽZ – ľudské zdroje, K – kapitál

6.1 PREVENENCIA

Ideálnym riešením ako nečakať na čakacej listine je nedostať sa na ňu. To znamená prijať potrebné opatrenia a vytvárať takú zdravotnú politiku, ktorá nebude výhradne orientovaná na liečbu pacienta, ale na starostlivosť o klienta.

Na zdravie má zdravotná starostlivosť niekoľko krát nižší vplyv ako jeho správanie. Podľa renomovanej štúdie o determinantoch zdravotného stavu je správanie zodpovedné až za 40 % výsledku (Schéma 3).

Schéma 3: Determinanty zdravotného stavu

Zdroj: J. Michael McGinnis, Pamela Williams-Russo, and James R. Knickman. *The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. Health Affairs, March/April 2002; 21(2): 78-93*

Čo sa ochorení zaradovaných na čakacie listiny týka, prevencia by sa mala zaoberať životosprávou jedinca ešte skôr ako bude nutná invazívna liečba. Poistencov je nutné naučiť vážiť si svoje zdravie – čo je jeden z najpodstatnejších okamihov. Ľudia si uvedomujú (často aj retrospektívne ľutujú) svoje nezdravé správanie, až ak sa dostavia ťažkosti. Jednou z možností ako pozmeniť ich hodnotový rebríček je odmeňovať poistencov za správnu životosprávu tým, na čom im v prítomnom čase záleží viac ako na vlastnom zdraví. Napríklad ak sa morbidne obéznemu človeku podarí schudnúť na priemernú váhu a aj si ju udržať, poisťovňa by ho mala odmeniť (ideálne niečím zdraviu prospešným podľa jeho vlastných preferencií, napr. permenantkou na plaváreň, masáže, fitnes centra alebo lístkami na koncert či do divadla). Zdroje použité na jeho odmenu by boli tie zdroje, ktoré by v budúcnosti poisťovňa bola nútená použiť na liečbu takéhoto pacienta, pričom náklady na motiváciu sú rádovo nižšie ako náklady na liečbu pri takomto poistencovi. Išlo by o fiktívnu úsporu v súčasnosti (za ceny zvýšenia nákladov na motiváciu) a reálnu úsporu v budúcnosti (sprevádzanú znížením nákladov na liečbu).

V zahraničí sú takéto poisťné plány súčasťou poisťného systému.³³ Súčasné legislatívne prostredie na Slovensku takúto stratégiu nepožaduje ani nezakazuje. Systém koordinovanej zdravotnej starostlivosti zahrňujúci aj motivačný program pre poisťencov, na vzorke dnes už 65 000 poisťencov spustila pilotne iba poisťovňa Dôvera pod názvom „Plán Medipartner“.³⁴

6.2 LEGISLATÍVA

Jednou z najdôležitejších legislatívnych úprav garantujúcu dostupnosť služieb v zdravotníctve by malo byť zdefinovanie tovarov a služieb hradených z verejného zdravotného poistenia, na ktorú má poisťenec legitímny nárok. V článku 40 Ústavy SR štát garantuje bezplatnú zdravotnú starostlivosť všetkým svojim občanom v rozsahu stanovenom zákonom. Neobmedzene bezplatnú zdravotnú starostlivosť v potrebnom množstve a čase pritom nie je schopný zabezpečiť žiaden štát. Snaha o udržanie ilúzie bezplatnosti zdravotníctva vytvára rozsiahlu *sivú zónu*, ktorá rôznymi výkladmi umožňuje vyberanie netransparentných a neregulovaných hotovostných platieb od pacientov.

Zákonný nárok poisťenca, nazývaný aj *základný balík*, musí byť verejne známy a každá zdravotná poisťovňa, ktorá pôsobí na trhu ho bude musieť vždy vedieť zabezpečiť. Je veľmi dôležité, aby bol definovaný v troch rovinách:

1. **Vecnej**, ktorá definuje na aké tovary zdravotné služby má poisťenec nárok z verejného zdravotného poistenia. Vyhneme sa špekuláciám v zmysle, že jeden dostal viac (alebo lepšie) a druhý menej (alebo horšie), ak bol ich zdravotný stav porovnateľný a nebola na to objektívna príčina. Každý poisťenec musí už pred vstupom do ambulancie vedieť, na čo má neodškriepiteľný zákonný nárok a naopak, čo dostať môže, no nemusí v závislosti od jeho spoluúčasti.
2. **Časovej**, ktorá definuje v akom časovom horizonte majú byť poisťencovi poskytnuté jednotlivé zdravotné služby. Je potrebné stanoviť maximálnu (garantovanú) čakaciu dobu pre jednotlivé služby, počas ktorej bude musieť byť služba vykonaná. Časový limit bude garantovať poisťencovi dostupnosť zdravotnej starostlivosti v reálnom čase. Takýto model funguje vo viacerých krajinách OECD. Maximálnu čakaciu dobu treba zdefinovať súbežne s inými opatreniami, aby sa táto doba nestala „štandardným limitom“ a tí poskytovatelia, ktorí sú schopní poskytovať svoje služby skôr nepoľavili z efektivity. Aby opatrenie bolo účinné je potrebné vytvoriť vhodné prostredie pre úspešné dodržanie takejto doby a pripraviť primerané sankčné mechanizmy (napr. preplatenie výkonu u iného

³³ USA, Holandsko, Juhoafrická republika

³⁴ viac informácií na <http://www.medipartner.sk/>

poskytovateľa – súkroného/zahraničného bez čakania). V Českej republike je od januára 2013 zadefinovaná časová dostupnosť³⁵, ktorá okrem dojazdovej doby pre ambulantnú starostlivosť definuje aj časovú dostupnosť pre plánované výkony. Maximálna čakacia doba pre TEP kolenného/bedrového je podľa tejto vyhlášky stanovená na 52 týždňov a operácia katarakty 30 týždňov.

3. **Finančnej**, ktorá definuje, aká má byť spoluúčasť pacienta pri jednotlivých zdravotných službách. Jedným z častých problémov v zdravotníctve je, že pacienti nevedia komu, koľko a začo majú vlastne platiť, čo sa dá veľmi jednoducho zneužiť. V teoretickej rovine existujú služby, ktoré sú zo zdravotného poistenia plne hradené a sú služby (nazývané aj nadštandard), za ktoré si pacient má priplatiť. No medzi týmito službami v súčasnosti neexistuje žiadna ostrá deliaca čiara podložená zákonnou normou, na základe ktorej by pacienti vedeli na čo majú nárok bezplatne a aj to bezplatne dostať musia. Naopak, poskytovatelia by mali vedeli ktoré služby sú už nad rámec zákonného verejného poistenia a oprávnené za ne môžu požadovať. To sa premieta do nekoordinovaných poplatkov a hotovostných platieb, ktorých regulácia je nedostatočná.

Tovary a služby zahrnuté v nároku musia odrážať ich reálnu hodnotu, aby mohli byť hradené v ich reálnej výške a boli plne kryté. Tým by sa zároveň mohla zlepšiť finančná situácia v permanentne sa zadlžujúcich zariadeniach. Motivácia poskytovateľa nezadlžovania sa na zákrokoch bude následne viesť k jeho zvýšeniu efektivity, čo sa opäť prejaví znižovaním čakacích dôb. Tento princíp sa príkladne prejavil v prípade, keď sa VŠZP rozhodla dodatočne doplatiť operatívne zákroky hodnotou 100 €. Motivačné ohodnotenie poskytovateľa v podobe „dobré“ zaplateného výkonu automaticky zvýšilo operatívnosť pacientov a znížila sa tak dĺžka čakacej doby.

Je vysoko pravdepodobné, že takto zadefinovaný nárok by síce garantoval dostupnosť vybraných služieb (zahrnutých v nároku), no zároveň by sa služby nezahrnuté v *nároku* mohli určitým skupinám stať nedostupnými. Dôvodom je to, že oproti súčasnému stavu by sa kvôli chýbajúcim zdrojom nemohli poskytovať určité služby v neobmedzenom množstve. Preto súčasne s prijatím nároku je potrebné prijať také opatrenie (ochranný limit), ktorý ochráni vybrané skupiny obyvateľov pred úplnou nedostupnosťou zdravotnej starostlivosti. Na obdobnom princípe funguje lieková politika, t.j. sú lieky zadarmo – sú lieky so spoluúčasťou a tým, ktorí vzhľadom na svoje postavenie platia za lieky priveľa, zdravotná poisťovňa v rámci ochranného limitu použité prostriedky vráti.

³⁵ Předpis č. 307/2012 Sb.: Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

Potrebné je aj rozšírenie vybraných chorôb uvedených vo vyhláške č. 151/2011, na ktoré sa oficiálne vytvárajú čakacie listiny. Súčasný zoznam nezahŕňa všetky zákroky, na ktoré sa čaká dlhšie ako 3 mesiace.

Legislatíva sa nekoordinovane a nadbytočne zaoberá geografickou dostupnosťou v podobe 3 typov minimálnej siete (minimálny počet lôžok, koncová sieť, pevná sieť), ktorá podľa nás v súčasnej podobe iba deformuje trh (pevná sieť). Časovú dostupnosť pre určité výkony ošetruje len minimálne.

6.3 TRANSPARENTNOSŤ A POSKYTOVANIE INFORMÁCIÍ

Vedenie čakacích listín v súčasnej podobe vytvára ideálne prostredie na korupčné správanie. Tento priestor na korupciu vzniká z dvoch dôvodov. Po prvé, nikde nie je zverejnené koľko pacientov a ako dlho približne čaká. K týmto údajom sa dá dostať len veľmi náročnou cestou. Nedá sa preto skontrolovať či vďaka neoficiálnym poplatkom nedochádza k neodôvodneným presunom v poradovníku. Po druhé, až príliš veľká moc pripadá jednotlivcovi, v našom prípade primárovi, ktorý „o všetkom rozhoduje“. Jasné pravidlá (prioritizácia), ako aj transparentnosť a zverejňovanie čakacích listín, znížia výskyt príležitostí pre „zlyhania jednotlivcov“. Zároveň je potrebné, aby pacientom boli poskytnuté všetky potrebné informácie, ktoré potrebuje na to, aby sa v rámci svojich možností mohol rozhodovať o možnostiach svojej liečby.

V rámci zvyšovania transparentnosti by verejné zoznamy čakacích dŔb mali byť zverejnené na internetovej stránke nemocnice/poskytovateľa alebo poisťovne (zoradené podľa jednotlivých poskytovateľov) s rozpisom jednotlivých výkonov s presným počtom čakaťelov zoradených podľa určitého kódu a priemernou očakávanou dobou čakania na jednotlivý výkon. V Českej republike platí od 1. novembra 2011 nariadenie ministra zdravotníctva, podľa ktorého fakultné nemocnice musia na svojich webových stránkach zverejniť čakacie lehoty na operácie, na ktoré sa čaká viac ako dva mesiace. Vzhľadom na nedostatočnú informatizáciu (hlavne starší pacienti nemusia vedieť využívať moderné technológie) bola k dispozícii aj vytlačená podoba čakacej listiny uverejnená na viditeľnom mieste na príslušnom oddelení v konkrétnej nemocnici. Jej aktualizácia musí byť minimálne každý kvartál. Akékoľvek „predbiehanie sa“ v čakacích listinách bolo lekárom plnohodnotne a objektívne odôvodnené vážnym zhoršením zdravotného stavu pacienta.

Pacientovi by mali byť poskytnuté všetky potrebné informácie, ktoré potrebuje na to, aby sa mohol v rámci svojho vzdelania správne rozhodovať o možnostiach svojej liečby. Na poskytovanie jednoduchých nemedicínskych informácií by mohli byť v jednotlivých zariadeniach, prípadne na úrovni poisťovne, koordinátori poskytovania zdravotných služieb. Lekár a zdravotná sestra sú svojím odborným vzdelaním relatívne drahí zamestnanci, aby sa zaoberali administratívnou,

logistikou a informačnou agendou. Takýto koordinátor by nemusel mať špecializované a celoživotné vzdelávanie. „Informátori“ v nemocniciach podávajú len minimum informácií, často súvisiacich iba s časovou a priestorovou orientáciou v budove. V otázkach kvality, dostupnosti a finančných transakcií informácie neposkytujú. A práve tieto indikátory často rozhodujú o voľbe poskytovateľa.

Pacienti musia byť pri vyšetrení a navrhnutí liečby (napr. TEP bedrového kĺbu) zrozumiteľne oboznámení s dobou čakania a približným počtom pacientov, ktorí sú čakacej listine pred ním, pričom by im malo byť vysvetlené, že existuje možnosť podstúpiť zákrok aj v inom zariadení, prípadne im odporučiť najbližšie stredisko s najkratšou dobou čakania.

Počas mystery shoppingu sme sa stretli s neochotou poskytovať informácie, ale hlavne so „stručným“ rozhovorom, z dôvodu nedostatku času. Práve takýto typ „koordinátora“ by mohol vnieť do zdravotníctva aspoň čiastočne náznaky systému orientovaného na spotrebiteľa. Súkromné spoločnosti a v obmedzenom rozsahu aj zdravotné poisťovne takýto typ „koordinátorov“ využívajú vo svojich „call centrách“. V iných odvetviach (bankovníctvo, telekomunikácie, ...) je takéto poskytovanie „rád“ samozrejmosťou.

Do budúcnosti by sa mal pripraviť a pilotne testovať model „prioritizácie“ pacientov na základe ich klinických príznakov. Jednoduchou škálou bodov (platnou bez rozdielu poisťovne), vyplnenou na základe ukazovateľov zdravotného stavu by vedel ľahšie presúvať pacientov napríklad v rámci skupín: (1) akútne – potrebuje zákrok ihneď, (2) prioritný – zákrok potrebuje v najbližších dňoch, (3) potrebuje zákrok – ukazovatele zdravotného stavu poukazujú na potrebu zákroku v garantovanej dobe, inak poistenec zbytočne trpí, (4) bude potrebovať zákrok – ukazovatele zdravotného stavu naznačujú potrebu zákroku v budúcnosti, pacient je bez vážnejších bolestí a komplikácií. V súčasnosti sa často na čakaciu listinu dostane človek, ktorý zákrok nepotrebuje, ale vzhľadom na to, že sa naň dlho čaká, je na čakaciu listinu zapísaný „preventívne“. Takéto koordinované, odôvodniteľné a transparentné zmeny termínu zákroku by predišli nedorozumeniam a neformálnym platbám.

6.4 EFEKTÍVNOSŤ, KOORDINÁCIA A MOŽNOSŤ OFICIÁLNEJ PLATBY

Znižovaniu dĺžky čakacej doby by v rámci zvýšenia možnosti výberu poskytovateľa pomohla aj zákonom stanovená oficiálna cesta na urýchlenie termínu v podobe legálneho spolufinancovania výkonu. Ak je pravdou, že jednou z príčin dlhého čakania sú aj nevyužitú kapacitu poskytovateľov z dôvodu nedostatku zdrojov z poisťovne, pacientovo spolufinancovanie umožní tieto kapacity lepšie využiť. Pacient tak dostane možnosť, za určitý poplatok podstúpiť zákrok aj v štátnych, či už fakultných alebo univerzitných nemocniciach, napríklad cez víkend alebo počas „netradičných“

operačních hodin, aby jeho „nadstandard“ nemal vplyv na pacientov, ktorí si ho nemôžu dovoliť. Poplatok by mal byť rozdelený pre poskytovateľa, oddelenie, ale aj lekára a sestru, ktorí budú daný zákrok vykonávať a jeho výška by mala pokrývať náklady vzniknuté týmto „nadstandardným“ výkonom. Domnievame sa, že takéto opatrenie môže mať aj „protikorupčný“ charakter. Ak pacient zaplatí v určitom zariadení oficiálny poplatok (napr. pri katarakte 100 – 150 €), nemá potrebu niekoho korumpovať – už predsa zaplatil. Kľúčovú úlohu tu zohráva ľudská psychika. Z čakacej listiny teda pacient odíde oficiálnou cestou, čím dopredu posunie ďalších ľudí a nemusí zbytočne korumpovať. Zároveň tento poplatok bude smerovať aj k poskytovateľovi, nie do vrečka jediného človeka. Samozrejmosťou by mal byť aj výber konkrétneho lekára za oficiálny poplatok, nie neformálnou platbou. Pri formulovaní pravidiel legálneho spolufinancovania treba dbať na to, aby na základe nedostatku financií neboli diskriminovaní pacienti, ktorí si takúto možnosť nemôžu dovoliť (garantovaná doba, ochranný limit).

Ďalšou možnosťou je vytvorenie vhodnejších podmienok pre prevádzkovanie súkromných kliník, ktoré tieto výkony budú vykonávať za finančnej spoluúčasti pacientov a z časti aj verejných zdrojov. Jedným z problémov, ktorým môžu čeliť tieto kliniky je nedostatok kvalifikovaných a kvalitných odborníkov. Dôvodom je vysoké pracovné nasadenie a žiadne príplatky v podobe neformálnych platieb. Ak lekár v štátnej nemocnici zarobí 1 500 € a iba 2 krát mesačne dostane úplatok v hodnote 500 € (za nezaradenie na čakaciu listinu, ale okamžitú operáciu), jeho príjem je 2 500 €. Ako bonus alkohol v hodnote 100 € (za dobre odvedenú prácu). Ak by súkromná klinika ponúkala aj vyšší plat ako štátne zariadenie, kde sú rozšírené neformálne platby, napríklad vo výške 2 000 €, lekár stále nemá motiváciu prestať pracovať v štátnom zariadení. Je stratový. Súkromná klinika je z finančného pohľadu nevýhodná aj pre pacienta. Ak má pacient na výber zaplatiť 3 300 € na operáciu v súkromnej klinike alebo podplatiť lekára úplatkom v hodnote 500 €, z hľadiska úspor je racionálne (no nemorálne) zvoliť si lacnejší variant – dať úplatok. Pacient ušetril 2800 € a lekár dostal priamu platbu za svoje služby, ktoré sa môžu prejaviť na kvalite jeho práce. V súčasnosti si operáciu na súkromnej klinike v priebehu niekoľkých dní môže na Slovensku dovoliť iba nadpriemerne zarábajúci človek. Preto výška hradenej sumy poisťovňou a spoluúčasťou poistenca mala byť nastavená tak, aby poistenec nemal motiváciu korumpovať a klinika nebola poskytovaním takýchto služieb stratová.

K skracovaniu čakacích dŮb by dopomohlo aj systematickejšie využívanie ľudských zdrojov a materiálne technického vybavenia nemocnice (operačné sály). Dôležitým faktorom je disciplinované a efektívne organizovať a plánovať operácie. Nie zapisovaním do zošitu, ale prehľadným jednotným elektronickým kalendárom. Do kalendára by mohli v prípade voľného termínu zapisovať rovnocenne všetci lekári, nie hierarchicky od služobne najstaršieho alebo najvyššie postaveného.

POUŽITÁ LITERATÚRA

Artroza.com: *Jak vypadá artróza?*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete:

<http://www.artroza.com/artroza.html>

Blake J.T., Carter M.W.: *Surgical process scheduling: a structured review*, Journal of the Society for Health systems, 5:17-30, 1997 in Sobolev, B., Kuramoto, L.: *Analysis of Waiting-Time Data in Health Services Research*, Springer, New Yourk, USA,2008

Eisen, B., Björnberg, A.: *Canada Health Consumer Index 2009*, Frontier Centre for Public Policy, 2009
ISSN 1491-78

Klinika endala: *Gonartróza = artróza kolenního kloubu*, 19.06.2012, [online], [cit. 10.9.2013],
Dostupné na internete: <http://www.styleandlife.cz/gonartroza-atroza-kolenniho-kloubu/>

Lindsay, C.M., and B. Feigenbaum: *Rationing by waiting lists*, American Economic Review, 74, 3, 1984

Martin, S., and P.C. Smith: *Rationing by waiting lists: an empirical investigation*, Journal of Public Economics, 71, 1999

McGinnis M. J., Williams-Russo, P., Knickman, J.R.: *The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion*, Health Affairs, March/April 2002; 21(2): 78-93

Mužik, R.: *Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*, Health Policy Institute, Bratislava, 2012

Primar.sme.sk: *Šedý zákal – Katarakta*, 26. 4. 2004, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete:
<http://primar.sme.sk/c/4116916/sedy-zakal-katarakta.html>

Předpis č. 307/2012 Sb.: Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

Roberts M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M.R.: *Getting Health Reform Right*, Oxford University Press, 2004

Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (eds.): *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013

Siciliani, L., Hurst, J.: *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD countries*, OECD, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7

Sobolev, B., Kuramoto, L.: *Analysis of Waiting-Time Data in Health Services Research*, Springer, New Yourk, USA,2008, ISBN: 978-0-387-76421-4

Szalayová, A., Pažitný, P., Frisová, S., Hnilicová, S., Szalay, T.: *Na prvý pohľad rovnaké. A predsa iné*, HPI, Bratislava, 2008

Vojtaššák, J.: Koxartróza a gonartróza, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete:
<http://www.profvojtassak.sk/index.php/operacia/template-features/koxartroza-a-gonartroza>

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 151/2011 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

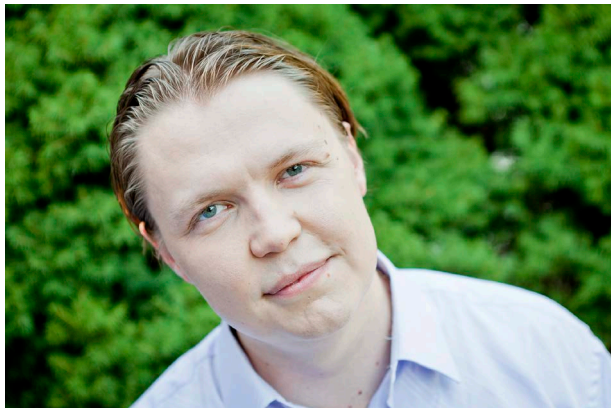
WikiSkripta: *Coxarthrosis*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete:
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Coxarthrosis>

WikiSkripta: *Katarakta*, [online], [cit. 10.9.2013], Dostupné na internete:
<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Katarakta>

Zajac, R., Pažitný, P.: *Dostupnosť zdravotníctva a poplatky*, Domino fórum 11/2004

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohlade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

O AUTOROCH



Mgr. **Roman Mužik** (*1986) je absolventom bakalárskeho štúdia Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v odbore fyzioterapia (2009) a magisterského štúdia na Ústave verejnej politiky a ekonómie na Fakulte sociálnych a ekonomických vied UK (2011). Od roku 2012 je interným doktorandom na Fakulte sociálnych a ekonomických vied UK v obore európske štúdiá a politiky, kde vo svojej dizertačnej práci popisuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Po absolvovaní Lekárskej fakulty začal pracovať ako fyzioterapeut (2009 – 2011). Od roku 2011 pôsobí ako analytik zdravotníckeho think tanku Health Policy Institute, kde sa zaoberá dostupnosťou, transparentnosťou a korupciou v zdravotníctve.

Kontakt: muzik@hpi.sk



MUDr. **Angelika Szalayová** (*1974) je absolventkou Lekárskej fakulty UK v Bratislave v odbore všeobecné lekárstvo (2000). Je bývalá členka reformného tímu Rudolfa Zajaca na ministerstve zdravotníctva, pôsobila v kategorizačných komisiách na Slovensku i v Českej republike. Od decembra 2005 do augusta 2006 bola členkou predstavenstva Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

Angelika je zakladajúca partnerka a hlavná analytička Health Policy Institute (od r. 2005). Zaoberá sa liekovou politikou, manažovanou starostlivosťou a politikou zdravotných poisťovní.

Kontakt: szalayova@hpi.sk

HPI

HEALTH POLICY INSTITUTE © 2013 | WWW.HPI.SK

ISBN 978-80-971193-6-2



9 788097 119362