

---

ANALÝZA VARIANT FINANCOVANIA ZS PRI ZRUŠENÍ ÚHRADOVEJ  
VYHLÁŠKY V ČR:

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA DEREGULÁCIE CIEN NA SLOVENSKU

verzia k 30.12.2013



# OBSAH

<b><u>1</u></b>	<b><u>EXECUTIVE SUMMARY</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>ÚVOD</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>DEREGULÁCIA PLATOBNÝCH MECHANIZMOV V ZDRAVOTNÍCTVE NA SLOVENSKU</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b>3.1</b>	<b>STAV PRED DEREGULÁCIOU CIEN (1996-2003)</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>POSTUPNÁ DEREGULÁCIA CIEN (2003-2006)</b>	<b>7</b>
<b>3.3</b>	<b>VÝVOJ PO DEREGULÁCIÍ CIEN (2006-2013)</b>	<b>8</b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>SÚČASNÁ FORMA PLATOBNÝCH MECHANIZMOV NA SLOVENSKU</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>4.1</b>	<b>VŠEOBECNÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>11</b>
<b>4.2</b>	<b>ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>12</b>
<b>4.3</b>	<b>SPOLOČNÉ VYŠETROVACIE A LIEČEBNÉ ZLOŽKY</b>	<b>12</b>
<b>4.4</b>	<b>LŮŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ A JEDNODŇOVÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>13</b>
<b>4.5</b>	<b>ĎALŠIE ZMENY V PLATOBNÝCH MECHANIZMOCH</b>	<b>14</b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>VÝVOJ CIEN ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b>5.1</b>	<b>VŠEOBECNÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>15</b>
<b>5.2</b>	<b>ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>16</b>
<b>5.3</b>	<b>SPOLOČNÉ VYŠETROVACIE A LIEČEBNÉ ZLOŽKY</b>	<b>17</b>
<b>5.4</b>	<b>LŮŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ</b>	<b>17</b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>PODMIENKY PRE UZATVÁRANIE ZMLÚV NA SLOVENSKU</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>PROCES UZATVÁRANIA ZMLÚV NA SLOVENSKU</u></b>	<b><u>24</u></b>

# 1 EXECUTIVE SUMMARY

Po období centrálnej regulácie došlo na Slovensku v rokoch 2004 až 2006 k deregulácii väčšiny cien za zdravotnú starostlivosť. Táto štúdia prináša vhlad do toho, aký vývoj je možné očakávať v krajine s podobnou históriou ako ČR pri liberalizácii cien v zdravotníctve.

Zdravotné poisťovne získali voľnosť v zazmluvňovaní poskytovateľov a dohadovaní platobných mechanizmov a cien, ak splnia legislatívou stanovené podmienky, ktoré sa týkajú najmä naplnenia minimálnej siete, zverejňovania kritérií zazmluvňovania a hodnotenia kvality poskytovateľov.

Vyhodnotenie vývoja platobných mechanizmov a cien komplikuje nedostatok údajov za obdobie do roku 2011, kedy neboli ceny ani zmluvné podmienky verejné. Naša analýza preto vychádza z rôznych informácií získaných z médií, od jednotlivých poisťovní alebo poskytovateľov, prípadne z Úradu pre dohľad. Od roku 2011 sú však všetky poisťovne povinné zverejňovať všetky zmluvy s poskytovateľmi na svojej internetovej stránke.

Skúsenosti zo Slovenska ukazujú, že poisťovne a poskytovatelia **menili platobné mechanizmy len pomaly** a za takmer 10 rokov od ich liberalizácie došlo len k miernym úpravám pôvodných mechanizmov.

**Súkromné poisťovne boli konzervatívnejšie pri zvyšovaní cien** a ich úloha bola primárne v **prinášaní inovácií** do platobných mechanizmov, aj keď išlo len o úpravy existujúcich systémov alebo pilotné projekty obmedzené svojim rozsahom. **Na dramatickejšie zmeny platobných mechanizmov** akým je v súčasnosti na Slovensku lokalizácia nemeckého DRG, bola **nevyhnutná dohoda** aj s väčšinovou poisťovňou a v tomto prípade aj zastrešenie Úradom pre dohľad.

**Iniciátorom zvyšovania cien** bola na Slovensku paradoxne **VŠZP**, ktorá výrazným tempom navyšovala ceny v rokoch 2007/08 a opäť v 2012/13, pričom ostatné poisťovne ju zvyčajne tlakom trhu nasledovali. Navyšovanie cien sa týkalo najmä pre veľkých štátnych poskytovateľov, často aj za cenu finančných problémov vo VŠZP v roku 2009/10 a to aj v situácii, kedy mali poisťovne nastavené tvrdé rozpočtové obmedzenia po ich transformácii na akciové spoločnosti v roku 2005. Ako následok však nasledovala fáza nevyhnutného znižovania cien.

Pri vývoji cien po deregulácii možno pozorovať niekoľko fáz vývoja. **Najskôr to bol prudký nárast cien** v rokoch 2007/08 (až 20% ročný rast pri niektorých typoch ZS), ktorý bol nasledovaný **stabilizáciou cien, prípadne** aj ich nevyhnutným **poklesom** v rokoch 2009 až 2011 a následným **d ďalším viac alebo menej prudším rastom** (v závislosti od typu starostlivosti). Jediným typom starostlivosti, kde nerástli ceny, boli spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (v ČR ako komplement), kde pri laboratórnej diagnostike ceny dokonca klesali.

Najvyššie ceny u najväčšej zdravotnej poisťovne v posledných rokoch je zvláštna situácia v cenotvorbe tým, že najväčší hráč na poistnom trhu „tlačí“ ceny nahor (napr. bonifikáciou operačných výkonov v snahe motivovať k vyššej miere operovanosti a k obmedzeniu čakacích listín na operácie). VŠZP sa pritom netají zámerom motivovať poskytovateľov a ostatné (súkromné) poisťovne k podobnému zvýšeniu cien. Tým štátna poisťovňa v pozícii market-maker a ťahúňa cien pôsobí aj ako donor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ocitá sa v dvojjedinej pozícii: má byť podporovateľom svojich poistencov a zároveň podporovateľom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (akýmsi stabilizátorom sektora). Takáto pozícia však nemá ekonomické opodstatnenie, racionálne by totiž bolo, ak by VŠZP ako market maker mala najnižšie ceny, ako výsledok svojej ekonomickej sily a získavania zľavy za veľký objem zákazky u poskytovateľov. Namiesto toho sa stavia do pozície podporovateľa poskytovateľov a svojou agresívnou (a predraženou) nákupnou politikou vytvára tlak na takúto nehospodárnosť aj u ostatných zdravotných poisťovní.

Samotná deregulácia cien však nebola jediným **faktorom, ktorý ovplyvňoval vývoj cien na Slovensku**, preto nie je možné tento vývoj jednoznačne prisúdiť len k samotnej deregulácii. Fázy rastu, stabilizácie a ďalšieho rastu zároveň reflektujú **vývoj ekonomiky a rastu zdrojov v zdravotníctve**, ako aj **obdobia vlády ľavicových** (rastové fázy spojené s tvorbou dlhu v ZP) a **pravícových strán** (stabilizačná fáza).

Je zložité vyhodnotiť aj **vplyv konkurenčného prostredia** na vývoj cien, keďže na trhu zdravotných poisťovní dnes na Slovensku zostali len 3 poisťovne. Väčšinový podiel má pritom štátna VŠZP, ktorej postavenie je komplikované **konfliktom záujmov na strane štátu**. Ten je nielen vlastníkom najväčšej poisťovne, ale aj najväčším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zároveň aj regulátorom. To viedlo v hodnotenom období k nie veľmi efektívnemu správaniu sa VŠZP, ktorá nadmerne navyšovala ceny štátnym poskytovateľom, pričom vláda zároveň nariadila všetkým poisťovniam povinne zazmluvniť štátne nemocnice, ktoré si tak mohli dovoliť skupinový tlak aj na súkromné poisťovne. Keď ako následok neefektívneho nákupu začala mať VŠZP problémy so solventnosťou, iniciovala sa urýchlená zmena zákona, ktorá zmiernila podmienky na trhu.

Súčasťou zrušenia regulácie bolo aj redefinovanie rokovacích pozícií hráčov na trhu. V priebehu tohto obdobia sa vyskytlo niekoľko prípadov vyostrených situácií alebo fenoménov, ktoré vyplynuli z liberalizácie cien. Na Slovensku **sa vytvorili, resp. si upevnili pozíciu asociácie poskytovateľov, ktoré sa stali zástupcami pri vyjednávaní kontraktov s poisťovňami**. Asociácia súkromných lekárov si vybudovala sieť tisícok ambulantných lekárov, ktorými sa nechala splnomocniť nielen na zastupovanie ich záujmov, ale aj priame podpisovanie zmlúv s poisťovňami. V roku 2008 dostala Asociácia fakultných nemocníc pokutu od Protimonopolného úradu za spoločný postup pri rokovaní o cenách s poisťovňami. Tlak štátnych nemocníc, ktoré musia byť poisťovňami povinne zazmluvnené, sa prejavil aj v lete 2013, kedy hromadne vypovedali zmluvy Unionu na základe požiadavky VŠZP, ktorá im navýšila ceny len za podmienky, že rovnaké služby nebudú dodávať lacnejšie pre žiadnu inú poisťovňu.

Deregulácia cien pre Slovensko neznamovala žiadnu nárazovú zmenu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a systéme jej úhrad. Inovácie v platobných mechanizmoch mali skôr menší rozsah, avšak aj pri decentralizovanom systéme sa poisťovne dohodli na spoločnom postupe pri lokalizácii DRG. Vývoj v cenách v tomto období pravdepodobne viac ovplyvnili iné externé vplyvy ako vývoj ekonomiky, postoje vlády zodpovednej politike a konflikt záujmov štátu v zdravotníctve, než len samotná deregulácia.

#### **Autori štúdie:**

Angelika Szalayová, [szalayova@hpi.sk](mailto:szalayova@hpi.sk), +421 903 817 857

#### **Kontaktné osoby:**

Peter Pažitný, [pazitny@hpi.sk](mailto:pazitny@hpi.sk), +421 907 793 670

Daniela Kandilaki, [kandilaki@hpi.sk](mailto:kandilaki@hpi.sk), +420 724 921 250

## 2 ÚVOD

Cieľom platobných mechanizmov je nielen odmeniť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale ich aj motivovať k tomu, aby poskytovali zdravotnú starostlivosť efektívne, kvalitne a adekvátne potrebám pacienta. Dosiahnuť tieto ciele nie je jednoduché a pravdepodobne neexistuje žiaden platobný mechanizmus, ktorý by bol ideálny. Každé forma úhrady má svoje výhody a nevýhody, aj napriek tomu sa niektoré približujú vytýčeným cieľom viac ako iné.

Na Slovensku v súčasnosti existuje pri väčšine typov zdravotnej starostlivosti od roku 2006 zmluvná voľnosť v platobných mechanizmoch a cenových podmienkach. Výnimkou sú ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v ambulantnej starostlivosti, lekárska služba prvej pomoci a rýchla zdravotná pomoc. Kontrahovanie zvyšných typov zdravotnej starostlivosti si môžu zdravotné poisťovne a poskytovatelia dohodnúť individuálne.

V praxi je to zvyčajne zdravotná poisťovňa, ktorá navrhuje poskytovateľom zmluvné podmienky. Preto sa zmluvy štruktúrou, formou platobných mechanizmov a pri niektorých typoch ZS aj cenovými podmienkami medzi poisťovňami líšia, ale jedna poisťovňa má tieto podmienky rovnaké alebo takmer rovnaké pre všetkých jej zmluvných poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť rovnakého typu.

V tejto štúdii sme sa zamerali na popis vývoja platobných mechanizmov na Slovensku tesne pred, počas a po ich deregulácii, ku ktorej došlo v rokoch 2004 až 2006 (kapitola 3). Podrobnejšie popisujeme, akým spôsobom sa financuje zdravotná starostlivosť na Slovensku podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti (kapitola 4). V kapitole 5 ďalej uvádzame, ako sa vyvíjali ceny za zdravotnú starostlivosť. Kapitola 6 popisuje podmienky, ktoré stanovuje legislatíva na uzatváranie zmlúv medzi poisťovňami a poskytovateľmi, najmä z pohľadu naplnenia minimálnej siete. Štandardný priebeh uzatvárania zmlúv v slovenských podmienkach po deregulácii cien popisujeme v kapitole 7.

### 3 DEREGULÁCIA PLATOBNÝCH MECHANIZMOV V ZDRAVOTNÍCTVE NA SLOVENSKU

Ceny a platobné mechanizmy v zdravotníctve boli do roku 2006 regulované štátom prostredníctvom Cenového opatrenia vydávaného v súlade so zákonom o cenách. Cenové opatrenie pôvodne vydávalo Ministerstvo financií, pričom od januára 2004 prešla táto kompetencia na Ministerstvo zdravotníctva. MZ SR postupne v období od mája 2004 do mája 2006 prestalo regulovať veľkú časť cien a ponechalo formu platobných mechanizmov aj cenových podmienok na dohodu medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi.

#### 3.1 STAV PRED DEREGULÁCIOU CIEN (1996-2003)

Pred rokom 2004 boli ceny v zdravotníctve regulované zákonom o cenách a tzv. cenovým výmerom. Vydávalo ho Ministerstvo financií na základe podkladov od MZ SR.

Ceny boli stanovené pre každý typ starostlivosti ako úzke rozpätie medzi minimálnou a maximálnou cenou. Ceny sa menili len zriedka a ceny stanovené v roku 1996 platili v princípe až do decembra 2001, kedy vtedajší minister Roman Kováč za nesúhlasu lekárov zvýšil cenové rozpätie pre ambulantnú starostlivosť, čím umožnil, aby sa cena mohla nielen zvýšiť, ale v prípade neracionálneho predpisovania liekov aj znížiť. Zároveň zmenil spôsob financovania lôžkovej starostlivosti z prospektívnych rozpočtov na platby za ukončenú hospitalizáciu. Cenové rozpätia medzi minimálnymi a maximálnymi cenami sa ďalej rozširovali až po úplnú dereguláciu v roku 2006, ale platobné mechanizmy zostali do deregulácie rovnaké.

Všeobecní lekári boli financovaní formou mesačnej kapitačnej platby s doplnkovými platbami za vybrané výkony (najmä preventívne). Kapitačná platba rozlišovala medzi odbornosťami (všeobecný lekár pre dospelých, deti, gynekológ) a pohybovala sa v rozmedzí od 30 do 50 Sk podľa odbornosti a veku poistencov.

Doplnkové platby pre všeobecných lekárov (VAS), výkony v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS) aj výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ, v ČR ako komplement) boli hradené cenou za bod podľa zoznamu výkonov s určenými bodmi. Ceny za bod mali tiež stanovené rozpätie od 0,30 do 0,35 Sk za bod pre VAS a ŠAS a 0,20-0,25 Sk pre SVLZ.

Keďže ceny boli stanovené ako cenové rozpätie, presnú výšku cien si dohadovali jednotlivé zdravotné poisťovne priamo s poskytovateľmi. Skutočné ceny sa však spravidla nachádzali na dolných hraniciach týchto rozpätí a zvyšovali sa len v prípade centrálného navýšenia cien, ktoré bolo do roku 2003 zriedkavé.

Pre ústavnú zdravotnú starostlivosť bola od decembra 2001 zavedená úhrada za tzv. ukončenú hospitalizáciu, kedy cenový výmer stanovil cenové rozhrania pre rôzne typy nemocničných zariadení (Fakultné nemocnice, Nemocnice I., II. alebo III. typu,...) a jednotlivé typy odborností.

Zdravotné poisťovne síce boli v tomto období povinné dodržiavať stanovený cenový výmer, ale keďže nemali dostatok finančných prostriedkov na úhradu starostlivosti, zároveň zaviedli pre poskytovateľov finančné limity, pričom po ich presiahnutí už žiadnu ďalšiu starostlivosť poskytovateľom nehradili. Tieto limity neboli súčasťou centrálnej cenovej regulácie, ale uplatňovali ich všetky zdravotné poisťovne (pričom aj napriek nim im finančné prostriedky na úhradu zdravotnej starostlivosti

nestačili). Zdravotné poisťovne sa totiž v tomto období nachádzali v tzv. mäkkých rozpočtových obmedzeniach, kedy si mohli dovoliť tvoriť dlhy (na rozdiel od obdobia od roku 2005).

**Tabuľka 1. Platobné mechanizmy na začiatku roku 2003.**

Typ poskytovateľa	Forma platobného mechanizmu	Cenové podmienky
<b>Všeobecná ambulantná starostlivosť</b>	mesačná kapitačná platba podľa odbornosti a veku  + cena za bod podľa zoznamu výkonov pre vybrané výkony	úzke rozpätie cien od 27 do 50 Sk podľa odbornosti a veku  cena za bod 0,20-0,30 Sk
<b>Špecializovaná ambulantná starostlivosť</b>	Cena za bod podľa zoznamu výkonov s určenými bodmi	cena za bod 0,30-0,34 Sk
<b>Spoločné liečebné a vyšetrovacie zložky</b>	Cena za bod podľa zoznamu výkonov s určenými bodmi	cena za bod 0,20-0,22 Sk
<b>Lekárska služba prvej pomoci</b>	Cena za bod podľa zoznamu výkonov s určenými bodmi Kapitačná platba Max. cena za km	cena za bod 0,20-0,22 Sk 0,30-0,60 max. 15 Sk za km
<b>Doprava</b>	Max. cena za km	max. 15 Sk za km
<b>Ústavná zdravotná starostlivosť</b>	Rozmädzie medzi min. a max cenou za ukončenú hospitalizáciu podľa typu zariadenia a odbornosti oddelenia	od 5 000 do 113 000 Sk za ukončenú hospitalizáciu

*Zdroj: HPI podľa Cenových opatrení platných v rokoch 2001 až 2003, 2013*

### 3.2 POSTUPNÁ DEREGULÁCIA CIEN (2003-2006)

Minister zdravotníctva Rudolf Zajac po svojom nástupe na MZ SR v roku 2003 najprv významne rozšíril rozpätie minimálnych a maximálnych cien – výrazne sa zvýšila najmä maximálna cena, napr. pre kapitáciu z 35-50 Sk najprv na 299 Sk a neskôr na 500 Sk a pre ceny za bod to bolo 0,99 Sk. Po niekoľkých úpravách minimálnych cien v máji 2004 nakoniec MZ SR minimálne ceny zrušilo úplne, ponechali sa len maximálne ceny, ktoré však (s výnimkou ústavnej starostlivosti) boli nastavené niekoľkonásobne vyššie než dovtedajšie reálne ceny. K cenovej deregulácii ambulantnej starostlivosti tak prakticky došlo už v máji 2004, aj keď formálne cenová regulácia ešte existovala.

Maximálne ceny za nemocničnú starostlivosť boli nastavené na 1,5-násobok minimálnych cien, preto istá regulácia zostala zachovaná aj pri zrušení minimálnych cien v máji 2004. Rovnako boli v tomto čase maximálnou cenou regulované aj ceny jednodňovej starostlivosti (JAS). K úplnej deregulácii cien došlo až v roku 2006, kedy sa najprv vo februári deregulovali ceny JAS a ARO a v apríli aj ceny ostatnej nemocničnej starostlivosti.

Regulovanými zostali len výkony poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre sociálne účely, výkony lekárskej služby prvej pomoci a ceny záchranej zdravotnej služby, ako aj maximálne ceny a úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín hradených z verejného zdravotného poistenia.

Na dereguláciu cien reagovali v čase jej rušenia negatívne len niektoré zdravotné poisťovne. Obe štátne poisťovne, Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa, sa obávali prehĺbenia napätia medzi poskytovateľmi a poisťovňami a rozvrátenia hospodárenia zdravotných poisťovní. Jedinou neštátnou poisťovňou, ktorá sa ozvala proti deregulácii, bola zdravotná poisťovňa

Sidéria, ktorá navrhovala neskoršiu účinnosť pre dereguláciu. Pripomienky týchto troch zdravotných poisťovní však neboli akceptované a navrhovaná zmena začala platiť od 1.4.2006.

Špeciálne VŠZP absolvovala v tom období mediálne sledované náročné rokovania s poskytovateľmi, ktorí hromadne odmietali podpisovať zmluvy s VŠZP k 1.4.2006. To viedlo na začiatku apríla 2006 k jeden až dva týždne trvajúcemu obdobiu bez zazmluvnenia dostatočného počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (zmluvy boli podpísané dodatočne so spätnou platnosťou, čo bolo v tom čase pri podpísaní zmlúv medzi ZP a PZS bežné). Tieto problémy s uzatváraním zmlúv však boli najmä vo vzťahu k ambulantným lekárom, ktorých ceny boli reálne deregulované už od roku 2004. Rokovania o zmluvách v ambulantnej starostlivosti vtedy prebiehali najprv so Slovenskou lekárskou komorou a Asociáciou súkromných lekárov. V prípade, ak sa s nimi poisťovne dohodli na podmienkach, asociácie vydali súhlasné stanovisko a ambulantní lekári bez ďalších rokovaní podpisovali poisťovňami zaslané návrhy zmlúv. Na jar roku 2006 aj napriek predbežným predchádzajúcim dohodám prišla SLK a ASL tesne pred termínom vypršania zmlúv s požiadavkou na zvýšenie platieb na dvojnásobok a odmietala sa dohodnúť na iných podmienkach. Pre médiá vyhlásili, že lekárom neodporúčajú podpisovať zmluvy s VŠZP a VŠZP preto nebude vedieť od 1.4. zabezpečiť starostlivosť pre svojich poistencov. VŠZP sa nakoniec dohodla s ASL, ktorá reprezentovala časť ambulantných lekárov, na mierne lepších podmienkach ako ponúkali ostatným lekárom, ale ďalšie rokovania s SLK nevedli k vzájomnej dohode. VŠZP preto rozoslala návrhy zmlúv všetkým lekárom s vlastnými cenovými podmienkami, ktoré do polovice apríla 2006 nakoniec postupne všetci lekári podpísali aj bez priameho súhlasu SLK.

Mediálne išlo o veľmi pozorne sledovanú kauzu, ktorá sa už v tomto rozsahu nikdy neopakovala. Aj keď časovo zapadala táto kauza do obdobia finálnej deregulácie cien, regulácia cien v ambulantnej starostlivosti bola v tom čase už dva roky len formalitou. Konanie lekárskeho asociácií preto skôr súviselo s blížiacimi sa parlamentnými voľbami a snahou SLK ovplyvniť ich vývoj.

### 3.3 VÝVOJ PO DEREGULÁCII CIEN (2006-2013)

Platobné mechanizmy sa po deregulácii menili len málo a pomaly. Zmeny boli len mierne, spravidla iniciované jednou zo zdravotných poisťovní, pričom mnohé zmeny ostatné poisťovne v priebehu nasledujúceho obdobia prevzali. Iniciátorom zmien v platobných mechanizmoch vo všeobecnosti boli skôr súkromné poisťovne.

Podrobnejší popis súčasných platobných mechanizmov používaných jednotlivými poisťovňami je v kapitole 4, v nasledujúcom zozname sú zhrnuté len najvýznamnejšie zmeny:

- zavedenie variabilnej zložky úhrad pre ambulantných poskytovateľov v ZP Dôvera na základe plnenia výkonnostných kritérií poskytovateľom,
- úprava pevných limitov na formu tzv. regresívnych cien, kedy sa starostlivosť poskytnutá nad rámec limitov uhradza nižšou cenou,
- vytvorenia skupiny osobitne hradených výkonov ako kombinácie jednodňovej ambulantnej starostlivosti a krátkotrvajúcich hospitalizácií, pri ktorých sa vykonávajú tieto výkony a ich úhrada jednotným platobným mechanizmom,
- plánovanie hospitalizácií a reportovanie akútnych hospitalizácií v reálnom čase cez online systém, ktorý zaviedla ZP Dôvera,
- rôzne „výnimky“ v štandardných úhradách za ukončenú hospitalizáciu pre špecifické typy hospitalizácií zavedené poisťovňami v posledných dvoch rokoch.



## 4 SÚČASNÁ FORMA PLATOBŇNÝCH MECHANIZIMOV NA SLOVENSKU

Na Slovensku v súčasnosti existuje pri väčšine typov zdravotnej starostlivosti od roku 2006 zmluvná voľnosť v platobných mechanizmoch a cenových podmienkach. Výnimkou sú ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v ambulantnej starostlivosti, lekárska služba prvej pomoci a rýchla zdravotná pomoc. Kontrahovanie zvyšných typov zdravotnej starostlivosti si môžu zdravotné poisťovne a poskytovatelia dohodnúť individuálne.

V praxi je to zvyčajne zdravotná poisťovňa, ktorá navrhuje poskytovateľom zmluvné podmienky. Preto sa zmluvy štruktúrou, formou platobných mechanizmoch a pri niektorých typoch ZS aj cenovými podmienkami medzi poisťovňami líšia, ale jedna poisťovňa má tieto podmienky rovnaké alebo takmer rovnaké pre všetkých jej zmluvných poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť rovnakého typu. Aj keď každá poisťovňa má aj ďalšie špecifiká pri úhrade jednotlivých typov ZS, základný prehľad používaných platobných mechanizmoch je zhrnutý v Tabuľke 2.

**Tabuľka 2. Základný prehľad používaných platobných mechanizmoch v nemocniciach na Slovensku k 1.12.2013**

typ zdravotnej starostlivosti	centrálne regulácia	používané platobné mechanizmy	
všeobecná zdravotná starostlivosť (VAS)	nie	1. fixná kapitačná platba	všetky ZP uhrádzajú primárnu ZS fixnými mesačnými platbami za každého poistenca (rozdielne podľa veku), ktorého má poskytovateľ v kmeni
		2. variabilná kapitačná platba	ZP Dôvera dopĺňa základnú kapitačnú platbu variabilnou kapitačnou platbou za každého poistenca v kmeni, pričom jej výška závisí na plnení dohodnutých výkonnostných kritérií
		3. platba za výkon (cca 11%)	všetky ZP uhrádzajú nad rámec kapitácie vybrané výkony, najmä v oblasti preventívnej starostlivosti
špecializovaná ambulantná starostlivosť (ŠAS)	nie	1. platba za výkon	všetky ZP platia ŠAS formou platby za výkony uvedené v zozname výkonov s bodovými hodnotami; PZS a ZP si dohadujú cenu za bod
		2A. finančné limity	VŠZP limituje finančne objem uhradených bodov; po presiahnutí stanoveného limitu sa poskytnutá ZS ďalej neuhrádza
		2B. degresívna cena za bod	ZP Dôvera a Union tiež stanovujú finančné, resp. objemové limity na vykonané výkony, ale na rozdiel od VŠZP výkony vykonané nad limitom uhrádzajú inou sumou – Union fixnou cenou vo výške 10% pôvodnej ceny a Dôvera cenou od cca 17% až 100% pôvodnej ceny podľa plnenia výkonnostných kritérií poskytovateľom
lôžková starostlivosť	nie	1. platba za lôžkoden	výnimočne, spravidla v prípade chronických hospitalizácií, je lôžková starostlivosť hradená za každý deň, ktorý pacient strávil v nemocnici
		2. platba za ukončenie hospitalizácie	väčšina hospitalizácií je hradená formou platby za ukončenie hospitalizácie podľa odbornosti; v platbe sú zahrnuté všetky náklady na pacienta počas hospitalizácie s výnimkou výkonov SVLZ a vybraných špeciálnych zdravotných materiálov
		3A. finančné limity	VŠZP limituje objem uhradených finančných prostriedkov za lôžkovú starostlivosť; po presiahnutí stanoveného limitu sa poskytnutá ZS ďalej neuhrádza
		3B. degresívna cena za ukončenie hospitalizácie	ZP Union stanovuje finančný limit na lôžkovú starostlivosť, pričom hospitalizácie poskytnuté nad limitom sa uhrádzajú cenou vo výške 60% pôvodnej ceny

typ zdravotnej starostlivosti	centrálna regulácia	používané platobné mechanizmy	
		3C. plánovanie hospitalizácií	ZP Dôvera reguluje poskytovanie nemocničnej starostlivosti prostredníctvom elektronického systému, v rámci ktorého schvaľuje vykonanie plánovaných hospitalizácií
<b>jednodňová ambulantná starostlivosť (JAS) a osobitne hradené výkony (OHV)</b>	nie	platba za výkon	VŠZP a ZP Dôvera spojili jednodňovú ambulantnú starostlivosť s krátkodobými hospitalizáciami do 72, pri ktorých sa vykonávajú rovnaké výkony ako pri JAS, do tzv. osobitne hradených výkonov, ktoré hradia cenou za výkon; ZP Union nepoužíva pojem osobitne hradených výkonov, pričom JAS hradí tiež platbou za výkon, ale krátke hospitalizácie spĺňajúce podmienky OHV hradí platbou za ukončenú hospitalizáciu v výške 60% z pôvodnej ceny
<b>spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)</b>	nie	1. platba za výkon	všetky ZP hradia SVLZ platbou za výkon podľa zoznamu výkonov s bodovými hodnotami, pričom s PZS si dohadujú cenu za bod
		2A. finančné limity	VŠZP a Dôvera limituje finančne objem uhradených bodov; po presiahnutí stanoveného limitu sa poskytnutá ZS ďalej neuhrádza
		2B. degresívna cena za bod	Union tiež stanovuje finančné limity na vykonané výkony, ale výkony vykonané nad limitom uhrádzajú cenou vo výške 10% pôvodnej ceny
<b>rýchla zdravotná pomoc (RZP)</b>	áno	platba za stand-by prevádzku a precestované kilometre	MZ SR stanovený platobný mechanizmus aj výšky platieb
<b>lekárska služba prvej pomoci (LSPP)</b>	áno	kapitácia a platby za výkony	MZ SR stanovený platobný mechanizmus aj výšky platieb
<b>lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny</b>	áno	maximálna cena, maximálna úhrada	maximálne ceny aj kategorizácia určená MZ SR

Zdroj: HPI, 2013

## 4.2 VŠEOBECNÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Všeobecná ambulantská starostlivosť zostala u všetkých poisťovní hrazená formou kapitačnej platby, ktorá tvorí približne 89% príjmov ambulancie VAS (viac u lekárov pre dospelých a menej u detských).

V rámci kapitácie sa rozlíšilo viacero vekových skupín s rôznou výškou kapitačnej platby. Vekové pásma a výšky kapitácie používané pre všeobecnú zdravotnú starostlivosť však neboli určené podľa náročnosti starostlivosti o príslušné skupiny pacientov vo VAS (ktorá sa ani nikdy nemerala), ale vychádzajú z historických rokovaní medzi poskytovateľmi a poisťovňami.

**Tabuľka 3. Výška kapitačných platieb podľa poisťovne v Eur, december 2013.**

veková skupina	VšZP	Dôvera (základná + dodatková)	Union
do 1 roku	5,73	5,58 + 0,33	5,75
1-5 r.	3,93	3,78 + 0,33	3,93
6-14 r.	2,92	2,72 + 0,33	2,98
15-18 r.	2,04	1,93 + 0,33	2,10
19-50 r.	1,89	1,83 + 0,27	2,03
51-60 r.	2,08	1,83 + 0,27	2,10
61-80 r.	2,31	2,20 + 0,27	2,47
od 81 r.	2,67	2,54 + 0,27	2,78

Zdroj: HPI podľa údajov ZP, 2013

Dôvera rozdeľuje kapitáciu na dve zložky. Základná kapitácia je fixná a je stanovená na nižšej úrovni než štandardná kapitácia u konkurencie. Okrem tejto sadzby sa však pre každého lekára vypočítava tzv. dodatková kapitácia, ktorá sa určuje na základe plnenia výkonnostných kritérií za predchádzajúce obdobie. Tieto kritériá sa v priebehu ich platnosti menili len mierne, pričom v súčasnosti zahŕňajú:

- priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac ku kapitovaným poistencom – 20% váha, zníženie hodnotenia pod pásmom stredných hodnôt,
- počet bodov SVLZ výkonov k počtu ošetrovaných poistencov mimo preventívnych prehliadok – 25% váha, zníženie hodnotenia nad pásmom stredných hodnôt,
- náklady na lieky poistencov do 60 rokov k počtu ošetrovaných poistencov do 60 rokov – 10% váha, zníženie hodnotenia nad pásmom stredných hodnôt,
- náklady na lieky poistencov od 60 rokov k počtu ošetrovaných poistencov od 60 rokov – 20% váha, zníženie hodnotenia nad pásmom stredných hodnôt,
- počet preventívnych prehliadok ku kapitovaným poistencom – 25% váha, zníženie hodnotenia pod pásmom stredných hodnôt,

Plnenie kritérií sa vyhodnocuje voči priemeru všetkých lekárov. Lekár tak môže získať k základnej kapitácii približne 15% navýšenie podľa toho, či sa správa v súlade s nastavenými indikátormi.

Nad rámec kapitácie majú všeobecní lekári uhrádzané vybrané výkony, spravidla preventívne, vo forme ceny za bod podľa zoznamu výkonov s bodovými hodnotami, ktorý sa používa najmä v špecializovanej ZS. K týmto platbám si lekár ďalej môže účtovať poskytnuté lieky, ktoré sú kategorizované do skupiny A (zodpovedajú „zvlášť účtovaným liečivým prípravkom“ v ČR).

### 4.3 ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Špecializovaná ambulantská starostlivosť je hradená platbou za výkon, ktorá sa určuje na základe zoznamu výkonov s pridelenými bodovými hodnotami. Ide o rovnaký zoznam výkonov, ktorý do roku 2006 predstavoval centrálné stanovený platobný mechanizmus. Všetky zdravotné poisťovne zotrvali pri používaní tohto zoznamu aj hodnoty stanovených bodov (ktoré sa od roku 2004 nemenili) a dohadujú si s poskytovateľmi cenu za bod.

Dôležitú súčasť platobného mechanizmu v ŠAS tvoria mesačné limity, ktorými poisťovne stanovujú maximálny objem finančných prostriedkov, ktoré poskytovateľom uhradia. Po prekročení stanoveného limitu poskytovateľovi ďalšia poskytnutá starostlivosť už nie je uhradená. Aj keď limity bývajú stanovené ako mesačné, každá z poisťovní následne zúčtováva objem starostlivosti za dlhšie obdobie, aby sa zohľadnili výkyvy medzi jednotlivými mesiacmi.

Takéto pevné limity používali pôvodne všetky poisťovne, dokonca aj v období, kedy boli ceny za ŠAS stanovované centrálné (používali sa nad rámec cenového výmeru). Používanie pevných limitov však viedlo k neustálym sporom medzi poskytovateľmi a poisťovňami ohľadom tzv. nadlimitnej starostlivosti, ktorú poisťovne v niektorých rokoch plne alebo čiastočne nakoniec poskytovateľom uhradili. V snahe predísť týmto problémom najprv zdravotná poisťovňa Dôvera a neskôr aj Union zaviedli tzv. regresívne ceny bodu, pri ktorých poisťovňa uhrádza aj výkony nad stanovený limitom, ale v nižšej cene. Pokým Union túto cenu stanovuje fixne ako percento pôvodnej ceny (v súčasnosti na úrovni 10%), Dôvera ju vypočítava individuálne pre každého poskytovateľa na základe plnenia výkonnostných kritérií.

Dôvera stanovuje tzv. minimálnu cenu bodu, pričom poskytovatelia si môžu túto cenu zvýšiť až na pôvodnú výšku podľa toho, v akej miere splnia stanovené hodnotiace kritériá. V súčasnosti používa ZP Dôvera nasledujúce hodnotiace kritériá v ŠAS:

- náklady na lieky (okrem očkovacích látok) predpísané poskytovateľom alebo na jeho odporúčenie na počet ošetrovaných poistencov – 35% váha, zníženie hodnotenia na 75% pod pásmom stredných hodnôt a na 0% nad pásmom stredných hodnôt,
- počet vykázaných bodov na ošetrovaného poistenca (okrem výkonov vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou) – 35% váha, zníženie hodnotenia na 75% pod pásmom stredných hodnôt a na 0% nad pásmom stredných hodnôt,
- počet hospitalizácií na základe odporúčania poskytovateľa na počet ošetrovaných poistencov – 15% váha, zníženie hodnotenia na 0% nad pásmom stredných hodnôt,
- počet vyšetrení na jedného ošetrovaného poistenca – 15% váha, zníženie hodnotenia na 0% nad pásmom stredných hodnôt.

### 4.4 SPOLOČNÉ VYŠETROVACIE A LIEČEBNÉ ZLOŽKY

Spôsob úhrady pri spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách (zodpovedá komplementu v ČR) sa od jej deregulácie v rokoch 2004-06 prakticky nezmenil. Podobne ako ŠAS aj SVLZ je hradené platbami za výkony, ktoré sú určené podľa rovnakého zoznamu výkonov s bodovými hodnotami. K týmto bodovým hodnotám si poisťovne a poskytovatelia dohadujú ceny za bod a podobne ako v ŠAS aj finančné limity. Na rozdiel od ŠAS len Union zaviedla regresívnu cenu bodu (10% z ceny po prekročení limitu), ostatné dve poisťovne majú pre SVLZ pevné limity, pričom prekračovanie limitu u poskytovateľov SVLZ o 10 aj 20% nie je zriedkavé.

## 4.5 LÔŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ A JEDNODŇOVÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Základná forma úhrady zostala zachovaná z obdobia pred dereguláciou aj v lôžkovej starostlivosti, ktorá zostáva z veľkej časti financovaná tzv. platbou za ukončenú hospitalizáciu. Pokým cenové podmienky pre ambulatnú starostlivosť majú poisťovne spravidla rovnaké pre celý sektor, pri lôžkovej starostlivosti sa ceny za ukončenú hospitalizáciu podľa odbornosti oddelenia dohadujú spravidla individuálne s jednotlivými nemocnicami. Ceny medzi jednotlivými nemocnicami sa preto medzi nemocnicami významne líšia.

VŠZP a Dôvera vyňali časť lôžkovej starostlivosti, ktorá zodpovedá výkonom vykonávaným aj v rámci jednodňovej starostlivosti (JAS) a kde hospitalizácia trvá do 3 dní, a pričlenili ju k JAS a celú skupinu starostlivosti hradia ako tzv. osobitne hradené výkony (OHV). Tieto sú hradené individuálne dohadovanými cenami za výkon.

Okrem štandardnej platby za ukončenú hospitalizáciu pri lôžkovej starostlivosti zaviedli ZP v poslednom období špecifické úpravy pre niektoré prípady. Napríklad VŠZP zaviedla tzv. balíčkové ceny za operácie s náhradou kĺbov, ktoré zahŕňajú všetky náklady vrátane endoprotéz. Niektoré poisťovne ďalej hradia odlišne nákladné dlhodobejšie hospitalizácie s potrebou podpory vitálnych funkcií a to mesačným alebo jednorazovým paušálom.

VŠZP zaviedla začiatkom roka 2013 príplatok 100 Eur za vybrané typy hospitalizácií na chirurgických oddeleniach, pri ktorých sa vykonáva operačný výkon. Tento bonus sa týka len hospitalizácií dlhších ako 72 hodín s výnimkou operácií, pri ktorých sa vykonáva náhrada kĺbu alebo výkon inak hradený ako OHV. Ďalšou podmienkou je vykázanie vykonaného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov, ktorý bude základom pre plánované zavedenie DRG.

Súčasne so 100 Eurovým príplatkom zaviedla VŠZP aj znížené platby za hospitalizácie, ktoré trvajú menej ako 72 hodín a vykonáva sa pri nich len pozorovanie, diagnostika alebo jednorazové podanie lieku. ZP Union zase hradí všetky krátke hospitalizácie do 72 hodín vo výške 60% z pôvodnej ceny.

Veľký vplyv v rámci platobných mechanizmov majú finančné limity, ktoré stanovujú alebo obmedzujú celkovú výšku príjmov nemocnice za príslušný typ ZS. Môžu preto ovplyvniť výnosy nemocnice viac ako jednotkové ceny za ukončenú hospitalizáciu. Tieto limity sa spravidla stanovujú alebo zúčtávajú za dlhšie časové obdobie polroka až roka. VŠZP používa pevné limity, kedy po presiahnutí limitu poskytovateľ nedostane zaplatené nič za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. ZP Union hradí aj hospitalizácie po presiahnutí takéhoto limitu, ale len vo výške 60% pôvodnej ceny.

ZP Dôvera finančné limity pred niekoľkými rokmi nahradila vlastným online systémom hospiCOM, pri ktorom vyžaduje od poskytovateľov nahlásenie všetkých akútnych hospitalizácií do 24 hodín od prijatia pacienta na oddelenie a plánovanie neakútnych hospitalizácií. Plánované hospitalizácie musia byť vopred odsúhlasené zdravotnou poisťovňou. Pokiaľ nemocnica hospitalizuje pacienta bez splnenia týchto podmienok, dostane od poisťovne úhradu len vo výške 10% z pôvodnej ceny hospitalizácie.

V súčasnosti sa pod vedením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pripravuje lokalizácia nemeckého DRG na slovenské podmienky. Od začiatku projektu v roku 2011 bol vytvorený katalóg zdravotných výkonov a vydaná rozšírená verzia klasifikácie chorôb. Nemocničné zariadenia začali od novembra 2013 vykazovať poskytovanú zdravotnú starostlivosť ako podklad pre analytickú fázu zavádzania DRG. Štart DRG ako platobného mechanizmu je naplánovaný na rok 2016. Zatiaľ nie je zrejmé, či bude DRG predstavovať povinný platobný mechanizmus prípadne aj s regulovanými základnými sadzbami, aj keď toto je v súčasnosti cieľom ÚDZS. Ak by toto nastalo, znamenalo by to pre Slovensko návrat k centrálnej regulácii cien v rámci lôžkovej starostlivosti.

#### 4.6 ĎALŠIE ZMENY V PLATOBNÝCH MECHANIZMOCH

V roku 2012 spustila poisťovňa Dôvera projekt Plán Medipartner, ktorý prináša kombináciu manažovanej starostlivosti a odmeňovania poistencov za staranie sa o svoje zdravie. Tento projekt bol spustený najprv v regióne Košíc a neskôr aj na južnom Slovensku ako dobrovoľná alternatíva k existujúcim kontraktom pre poskytovateľov aj poistencov v príslušných regiónoch. Platobné mechanizmy v rámci Plánu Medipartner prenášajú časť rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na poskytovateľov, čím ich motivujú k vyššej efektívnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zapojení poskytovatelia majú možnosť pri úspešnom výsledku na konci každého roka získať navýšenie platieb od zdravotnej poisťovne.

## 5 VÝVOJ CIEN ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ NA SLOVENSKU

V tejto kapitole sa venujeme vývoju cien za jednotlivé typy starostlivosti za posledných 12 rokov s dôrazom na vývoj pred a po deregulácii cien. Kapitola popisuje len tie typy zdravotnej starostlivosti, kde boli ceny deregulované a kde teda má takéto porovnanie význam. Typy starostlivosti, kde ceny deregulované neboli, majú špecifický charakter (stand-by charakter LSPP alebo RZP a ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín), preto nie sú vhodné ako referencia pre vývoj cien zdravotnej starostlivosti v rovnakom období.

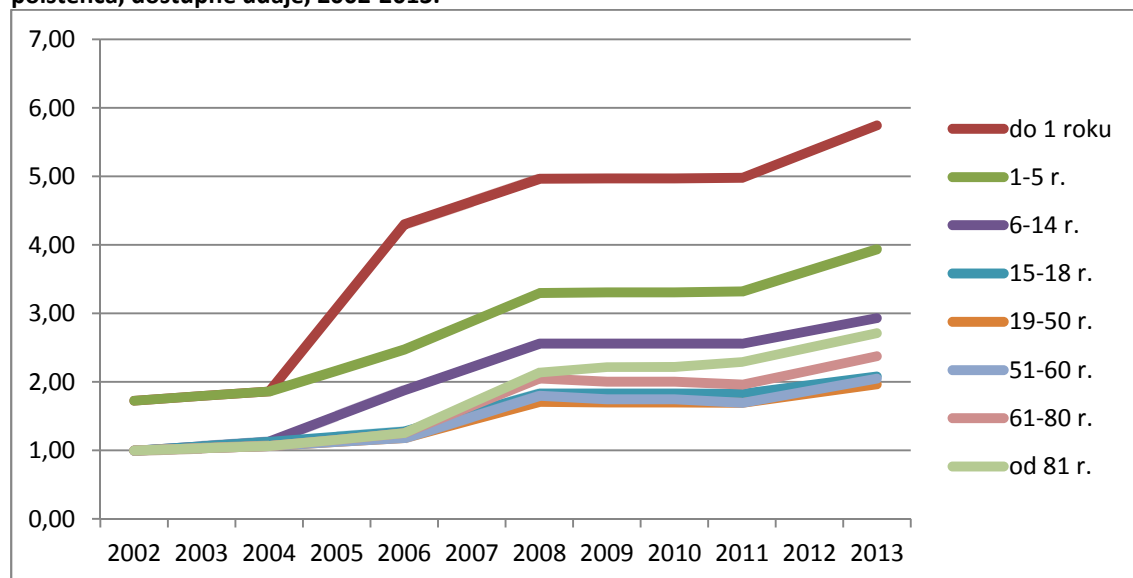
Znenia zmlúv a ani ceny poskytovanej zdravotnej starostlivosti neboli do roku 2011 verejné. Analýzy vývoja cien pred rokom 2011 sa preto opierajú aj o individuálne získané údaje z rôznych zdrojov – v médiách, priamo od jednotlivých zdravotných poisťovní alebo od samotných poskytovateľov, prípadne z údajov zverejnených ÚDZS.

### 5.1 VŠEOBECNÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Výška kapitačnej platby sa v priebehu posledných 12 rokov významne zvyšovala. Pre dospelých nominálne na 2,0 až 2,7-násobok pôvodných cien a u detí o 2,1-3,3-násobok. Výrazný rast sa prejavil najmä v prvých rokoch po deregulácii cien (reálne v máji 2004), kedy ceny rástli ročne priemerne o 15-30%. Od roku 2008 nasledovala stabilizácia cien, ktoré sa zase navyšovali až v posledných rokoch.

Aj keď VAS celkovo vykázala v tomto období najvyšší nárast cien, celkové náklady poisťovní rástli pri iných typoch starostlivosti viac a to v súvislosti so zvyšujúcim sa objemom poskytnutej starostlivosti pri ŠAS, SVLZ a lôžkovej starostlivosti.

**Graf 1. Prehľad vývoja výšky kapitácie v Eur u všeobecných lekárov na Slovensku podľa veku poistenca, dostupné údaje, 2002-2013.**

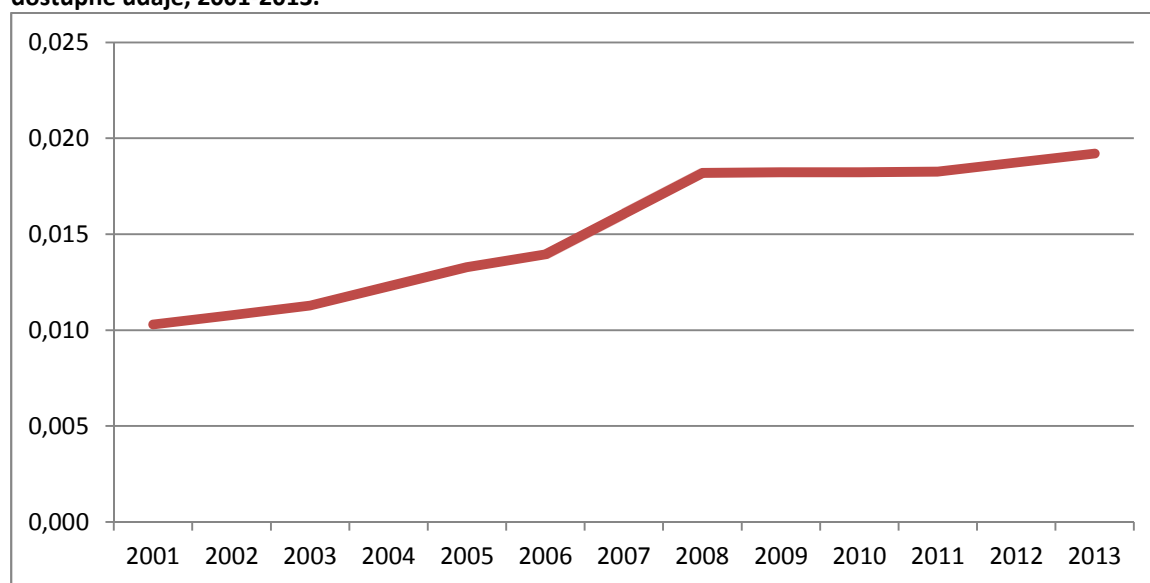


Zdroj: HPI podľa údajov ZP, 2013

## 5.2 ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Cena za bod v ŠAS rástla v priebehu posledných 12 rokov miernejším tempom ako výška kapitácie. Od roku 2001 vzrástla na necelý dvojnásobok, pričom jej rast bol najrýchlejší v rokoch 2005 až 2008, t.j. v troch rokoch po deregulácii, odvtedy rastie výrazne pomalším tempom (roky 2005-8 však boli zároveň rokmi, kedy významne rástli zdroje v zdravotníctve, pričom následné spomalenie rastu zodpovedá spomaleniu rastu zdrojov vplyvom hospodárskej krízy). Na rozdiel od ostatných typov zdravotnej starostlivosti v prípade ŠAS nedošlo v posledných rokoch k ďalšej fáze rýchleho rastu.

**Graf 2. Prehľad vývoja ceny za bod v Eur v špecializovanej ambulantnej starostlivosti na Slovensku, dostupné údaje, 2001-2013.**



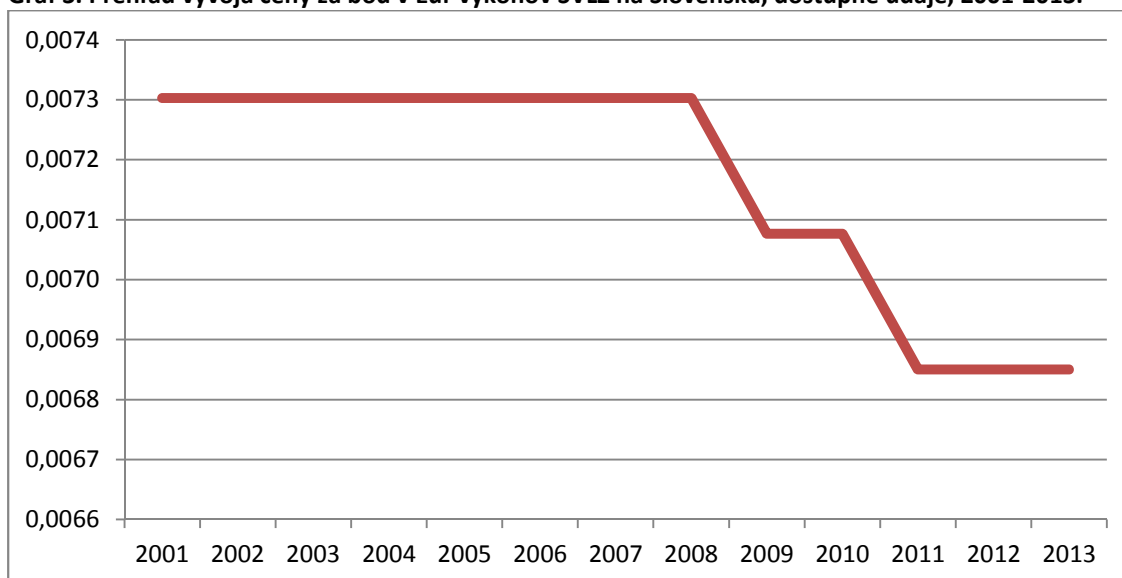
Zdroj: HPI podľa údajov ZP, 2013



## 5.4 SPOLOČNÉ VYŠETROVACIE A LIEČEBNÉ ZLOŽKY

Na rozdiel od ostatných typov ZS, ceny pri SVLZ v posledných rokoch mierne klesali (Graf 3). Tento pokles sa týkal len cien výkonov za laboratórne vyšetrenia, ktoré znížili celkovú priemernú cenu. Poisťovne zároveň v posledných dvoch rokoch zaviedli indikačné kritériá pre niektoré výkony, ktoré musia byť splnené, aby bol výkon uhradený.

**Graf 3. Prehľad vývoja ceny za bod v Eur výkonov SVLZ na Slovensku, dostupné údaje, 2001-2013.**



Zdroj: HPI podľa údajov ZP, 2013

## 5.5 LÔŽKOVÁ STAROSTLIVOSŤ

Porovnávať vývoj cien za nemocničnú starostlivosť je náročnejšie vzhľadom na existujúce rozdiely v cenách medzi jednotlivými poskytovateľmi. Vyhodnotenie vývoja cien za ukončené hospitalizácie preto porovnávame v 2 skupinách nemocníc – v tzv. fakultných a univerzitných nemocniciach a vo všeobecných nemocniciach a len vo vybratých základných odbornostiach.

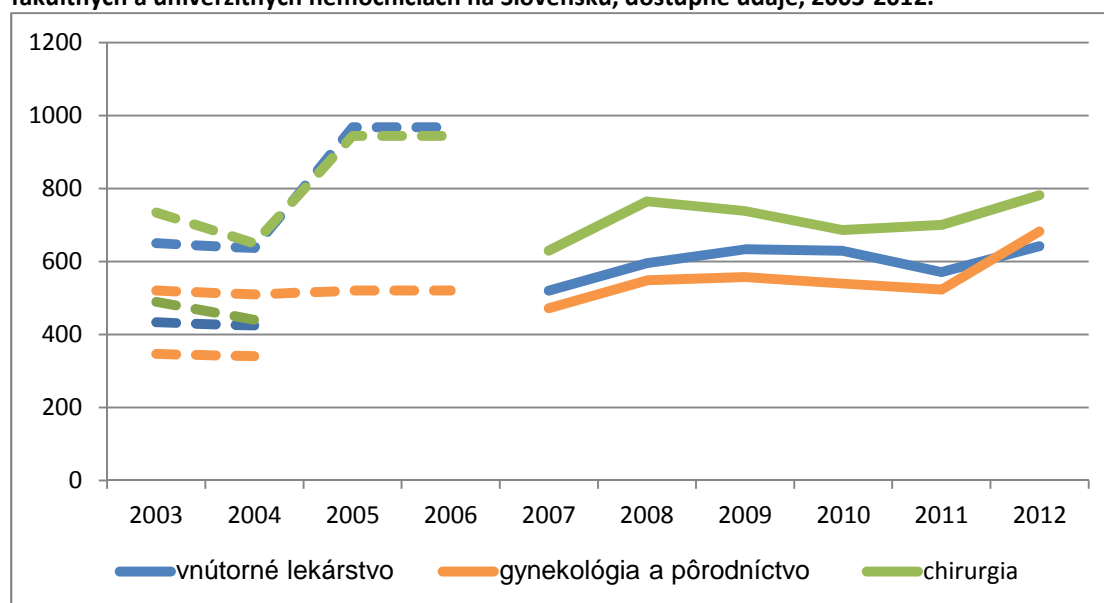
Porovnanie komplikuje aj meniaci sa definícia fakultných nemocníc. Kým v roku 2005 sa za fakultné nemocnice považovalo celkom 10 nemocníc (z toho v troch prípadoch išlo o detské fakultné nemocnice), v ďalších rokoch zmenilo svoj status na „fakultné“ ďalších 6 nemocníc, v ktorých prebieha výučba zdravotníckych pracovníkov, ale nie medikov, prípadne aj tých len v obmedzenej miere. Jednou z motivácií na zmenu statusu bola práve snaha získať vyššie ceny za ukončené hospitalizácie. (Reakciou pôvodných fakultných nemocníc na zvýšenie počtu fakultných nemocníc bola zmena názvu na „Univerzitné“ nemocnice v roku 2010, aby sa odlišili od ostatných výučbových nemocníc, pričom status univerzitnej nemocnice môže získať len nemocnica s výučbou budúcich lekárov. Takéto podmienky dnes spĺňajú na Slovensku len 4 nemocnice.)

V grafe 4 sú porovnané ceny za ukončené hospitalizácie vo fakultných a univerzitných nemocniciach v rokoch 2003 až 2012 v troch základných odbornostiach – vnútornom lekárstve, gynekológii a chirurgii. Pre prvú časť tohto obdobia sú uvedené centrálné regulované minimálne (do roku 2004) a maximálne ceny (do roku 2006). Od roku 2007 sú uvedené priemerné ceny na základe údajov zverejňovaných v Správe o dohľade nad výkonom verejného zdravotného poistenia, ktorú každoročne

vydáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ako vidno z grafu, priemerné ceny sa v roku 2007 pohybovali približne v strede medzi minimálnymi a maximálnymi cenami z rokov 2003/04 (od roku 2005 sa okrem zrušenia minimálnych cien výraznejšie navýšili maximálne ceny). Priemerné ceny následne medzi rokmi 2007 a 2008 výraznejšie stúpili, čo bolo nasledované naopak miernym poklesom trvajúcim až do roku 2011, kedy sa priemerné ceny opäť zvyšovali. Pokles cien v rokoch 2009-10 bol zapríčinený najmä 3 faktormi:

- vyššie spomínanou zmenou zoznamu fakultných a univerzitných nemocníc - nemocniam, ktoré zmenili svoj status na fakultné, síce mohli rýchlejšie rásť ceny než ak by zostali všeobecnými nemocnicami, samotné však „rozriedili“ priemernú cenu v tejto skupine nemocníc,
- zníženým rastom zdrojov v zdravotníctve zapríčineným hospodárskou krízou,
- vznikom dlhu vo VŠZP v roku 2009, ktorý bol po zmene vlády v roku 2010 konsolidovaný novým vedením VŠZP, ktorého súčasťou bolo aj zníženie cien najmä vo veľkých fakultných a univerzitných nemocniciach ku koncu roka 2010.

**Graf 4. Prehľad vývoja cien za ukončenú hospitalizáciu v základných odbornostiach v Eur vo fakultných a univerzitných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2003-2012.**

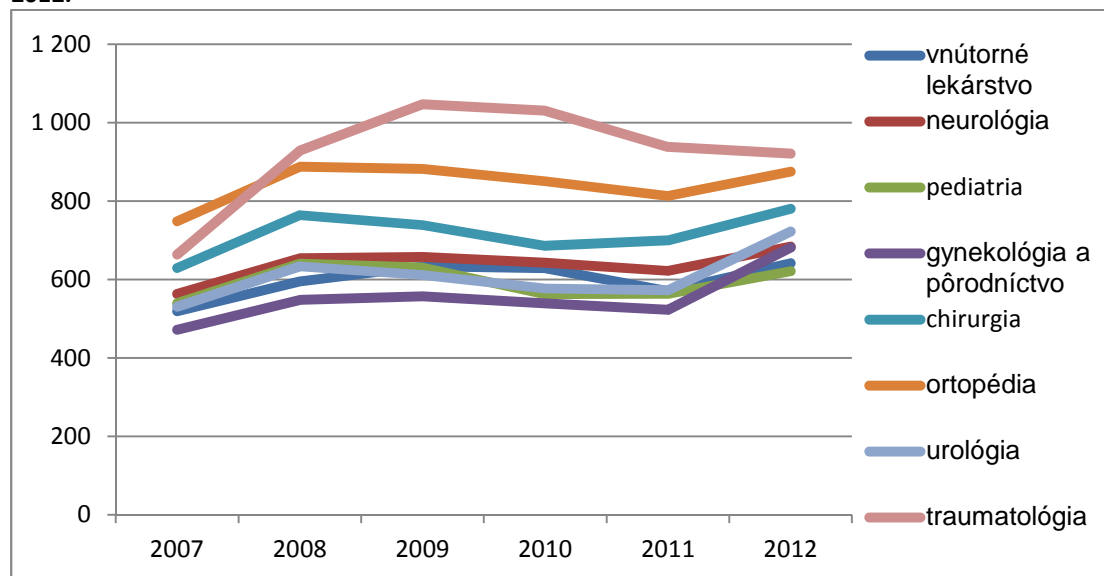


Pozn.: Prerušovanou čiarou sú zobrazené regulované minimálne a maximálne ceny, plnou čiarou priemerné ceny

Zdroj: HPI podľa Cenového opatrenia a ÚDZS, 2013

Vývoj priemerných cien od roku 2007 v širšom počte odborností je v grafe 5. Ako vidno, s výnimkou traumatológie, kde nedošlo k nárastu cien v roku 2011 bol vývoj aj v ďalších odbornostiach podobný ako v troch základných z grafu 4.

**Graf 5. Prehľad vývoja priemerných cien za ukončenú hospitalizáciu v rozšírenom zozname odbornosti v Eur vo fakultných a univerzitných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2007-2012.**



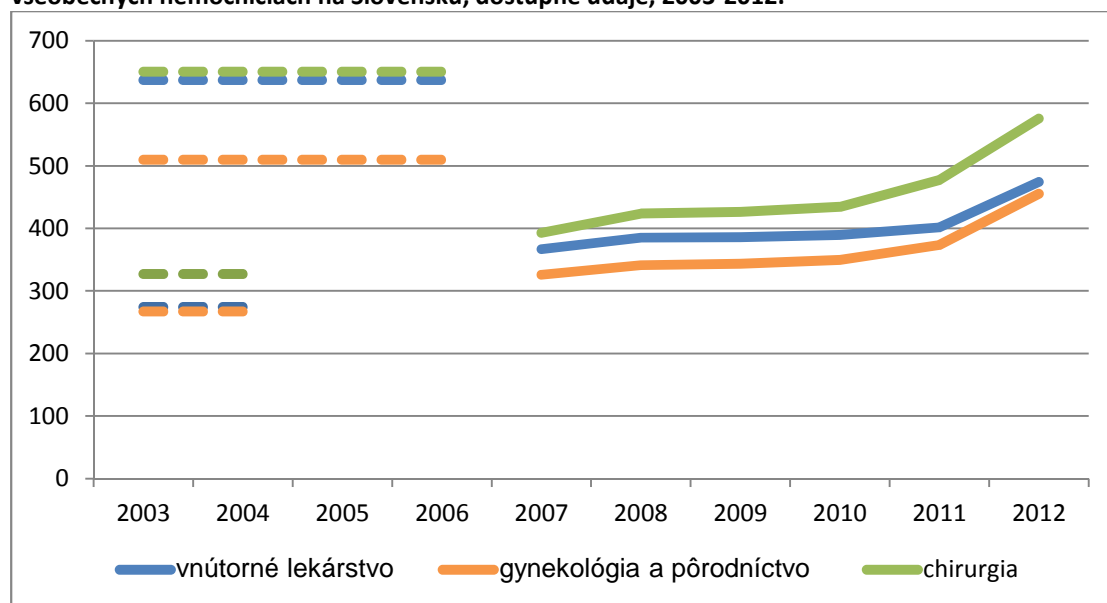
Zdroj: HPI podľa ÚDZS, 2013

Priemerné ceny fakultných a univerzitných nemocníc sú o 30-100% vyššie než ceny vo všeobecných nemocniciach s výnimkou traumatológie, kde boli v roku 2012 vyššie len o 12%. Tieto pomery približne zodpovedajú pomerom medzi minimálnymi alebo maximálnymi cenami v období ich regulácie.

Rozmedzie medzi minimálnymi a maximálnymi cenami vo všeobecných nemocniciach je širšie ako pri fakultných, keďže v čase regulácie sa rozlišovalo viacero typov nemocníc (I., II. a III. typu), ktoré mali individuálne stanovené rozpätia.

Priemerné ceny hospitalizácie vo všeobecných nemocniciach v roku 2007 boli o 20 až 35% vyššie ako minimálne ceny v roku 2004, čo je mierne menej ako pri fakultných nemocniciach (22-49%). Na rozdiel od fakultných nemocníc však u týchto nemocníc nedošlo od roku 2007 k poklesu priemerných cien. Podobne ako pri fakultných nemocniciach, aj pri všeobecných nemocniciach je možné pozorovať 3 fázy vývoja po deregulácii cien. V prvých rokoch (do 2008) došlo k nárastu cien, ktorý je ale výrazne menší než pri fakultných nemocniciach (medziročný rast o 5-10% pri všeobecných a 15-20% u fakultných). Za tým nasledovalo pomerne stabilné 4-ročné obdobie, počas ktorého ceny rástli len o 1-3% ročne (pri fakultných došlo v tomto období k poklesu o 1-3%). V posledných rokoch možno opäť pozorovať prudkejší nárast, v poslednom dostupnom roku dokonca približne až o 20%, pričom podobný vývoj v tomto období bol aj pri fakultných nemocniciach (Grafy 6 a 7). Celkovo narástli priemerné ceny vo všeobecných nemocniciach medzi rokmi 2007 až 2012 o takmer 30%, pričom pri fakultných to bolo približne len o 21%. Opakovane však upozorňujeme na existujúce skreslenie pri fakultných nemocniciach spôsobené rozšírením ich počtu v priebehu hodnoteného obdobia.

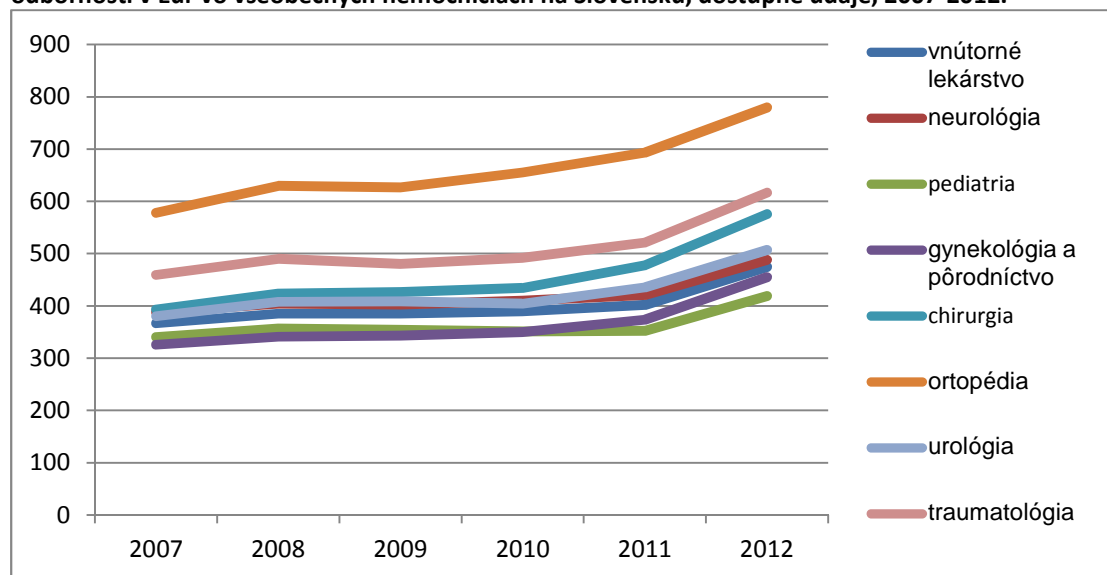
**Graf 6. Prehľad vývoja cien za ukončenú hospitalizáciu v základných odbornostiach v Eur vo všeobecných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2003-2012.**



Pozn.: Prerušovanou čiarou sú zobrazené regulované minimálne a maximálne ceny, plnou čiarou priemerné ceny

Zdroj: HPI podľa Cenového opatrenia a ÚDZS, 2013

**Graf 7. Prehľad vývoja priemerných cien za ukončenú hospitalizáciu v rozšírenom zozname odborností v Eur vo všeobecných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2007-2012.**



Zdroj: HPI podľa ÚDZS, 2013

Z uvedených informácií žiaľ nie je možné jednoznačne rozlíšiť, aký vplyv mala deregulácia cien na ich vývoj v nasledujúcom období, resp. ako by sa tieto ceny vyvíjali bez ich liberalizácie. Prudší nárast cien s následným stabilizačným obdobím je očakávateľným dôsledkom deregulácie v situácii, kde boli dlhšiu dobu centrálne škrtené ceny. Práve v tomto období však pôsobilo na vývoj cien viacero externých faktorov, ako prudký nárast zdrojov v zdravotníctve v období rokov 2004-2007 zapríčinený

zmenami zákonov (napr. navýšenie platby za poistencov štátu a jej naviazanie na priemernú mzdu) a rastom ekonomiky nasledovaný reštriktívnym obdobím ovplyvneným hospodárskou krízou a zodpovedným vedením štátnej poisťovne. Významnú úlohu pri tvorbe cien pravdepodobne zohrala aj skutočnosť, že zdravotné poisťovne sa v roku 2005 stali akciovými spoločnosťami a nemohli si dovoliť vytvárať dlhy tak, ako to bolo predtým – rozšafnejšie vedenie VŠZP v rokoch 2006 až 2009 bolo v prvých rokoch kryté rastom zdrojov, ale neskôr viedlo k tvorbe dlhov, ktoré museli byť po nástupe nového vedenia v roku 2010 riešené zmenou cenovej politiky.

Zložité je odhadnúť aj vplyv konkurenčného prostredia, najmä z dôvodu malého počtu hráčov na trhu (v súčasnosti len 3 zdravotné poisťovne) v kombinácii s jedným veľkým hráčom, štátom vlastnenou VŠZP, ktorej pozícia je špecifická aj tým, že štát je zároveň regulátorom aj vlastníkom veľkých nemocníc na trhu. Z tejto pozície potom preferuje postavenie štátnych nemocníc či už povinným zazmluvenám (na základe nariadenia o minimálnej sieti) alebo extenzívnym navyšovaním cien. Najväčšia štátna poisťovňa sa tak stáva trend-setterom v oblasti stanovovania cien, ale paradoxne, namiesto toho, aby vďaka svojej silnej pozícii na trhu získala výhodnejšie ceny, zvyšuje ich viac než konkurencia.

Súčasťou takéhoto konkurenčného boja bol aj tlak VŠZP prostredníctvom štátnych nemocníc na zvýšenie cien od iných poisťovní. VŠZP od 1.7.2013 doplnila do zmlúv s viacerými poskytovateľmi požiadavku, na základe ktorej vyššie ceny platili len vtedy, ak poskytovateľ neposkytuje starostlivosť pre poistencov iných poisťovní za nižšiu cenu. Na základe tejto požiadavky podalo v lete 2013 poisťovni Union výpoveď zmluvy 17 štátnych nemocníc, aj keď mali nižšie ceny len pre niektoré typy starostlivosti. Union sa nakoniec so všetkými nemocnicami pred koncom výpovednej lehoty dohodla stiahnutí výpovedí, avšak toto vyjednávanie spadlo do obdobia vrcholenia prepoisťovania (do 30.9.). Z tohto dôvodu existuje podozrenie, že výpovede štátnych nemocníc súviseli práve s prebiehajúcou prepoisťovacou kampaňou a snahou znížiť hodnotu poisťovne (znížením počtu poistencov) pre prípad zavádzania unitárneho systému, resp. ako reakcia na to, že vlastníkom Unionu krátko predtým vyhral arbitráž so Slovenskom ohľadom zákazu rozdeľovania zisku.

## 6 PODMIENKY PRE UZATVÁRANIE ZMLÚV NA SLOVENSKU

Poistovne majú povinnosť zazmluvniť všetkých poskytovateľov v prípade LSPP a RZP (a platí ich na základe centrálne stanovených platobných mechanizmov a cien). V prípade všeobecnej ambulantnej starostlivosti má poisťovňa povinnosť zazmluvniť poskytovateľa vtedy, ak aspoň jeden z jej poistencov uzavrie dohodu poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti s daným lekárom. Podmienky zmlúv a platobné mechanizmy sú už však predmetom vzájomného rokovania medzi poisťovňou a poskytovateľom. Pôvodne mala danú zákonom povinnosť na uzatvorenie tejto zmluvy len zdravotná poisťovňa, neskôr sa vzhľadom na z toho vyplývajúce problémy v praxi táto povinnosť rozšírila aj na samotných poskytovateľov VAS.

V prípade špecializovanej ambulantnej starostlivosti a lôžkovej starostlivosti majú poisťovne kontrakčnú voľnosť a môžu poskytovateľov zazmluvňovať selektívne, ak dodržia pravidlá o naplnení minimálnej siete (podľa § 5 a 5a zákona 578/2004 o poskytovateľoch ZS). Podmienky naplnenia minimálnej siete určuje vláda SR nariadením (Nariadenie vlády č. 640/2008 o minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, v znení 274/2011 a 290/2012) pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti.

Pri ambulantnej starostlivosti normatív stanovuje minimálny počet lekárskeho miest podľa odborností na celé Slovensko ako aj po jednotlivých krajoch. Tieto počty sa pre každú poisťovňu prepočítavajú na jej podiel na trhu v príslušných regiónoch. Aj napriek dostačujúcej podmienke zo zákona zazmluvniť každého poskytovateľa VAS, ktorého si poistenec vyberie, nariadenie určuje minimálny počet lekárskeho miest aj pre všeobecnú zdravotnú starostlivosť.

V rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti má poisťovňa povinnosť zazmluvniť minimálnu sieť tak, aby spĺňala 3 podmienky:

- zazmluvniť **minimálny počet lôžok podľa odbornosti** v každom kraji (počty sú uvedené v nariadení; údaje sa prepočítavajú na podiel poisťovne na trhu k 1.1. daného roka),
- vytvoriť tzv. **pevnú sieť poskytovateľov** tak, aby mala v každom okrese alebo v okrese priamo susediacom k tomuto okresu zmluvu aspoň s jedným poskytovateľom, ktorý poskytuje ZS v nasledujúcich typoch oddelení v 24-hodinovej prevádzke:
  - o urgentný príjem,
  - o anesteziológia a intenzívna medicína,
  - o chirurgia,
  - o vnútorné lekárstvo alebo kardiológia,
  - o neurológia,
  - o gynekológia a pôrodnictvo,
  - o neonatológia,
  - o pediatria,
  - o nemocničná lekáreň.
- zazmluvniť tzv. **koncovú sieť poskytovateľov**, ktorá predstavuje menný zoznam nemocníc, s ktorými je poisťovňa povinná uzavrieť zmluvy (tento zoznam v princípe obsahuje všetky štátne nemocnice).

Poisťovňa má zároveň povinnosť (podľa § 7 zákona č. 581/2004) stanoviť a publikovať aspoň raz za 9 mesiacov kritériá pre uzatváranie zmlúv vo vzťahu k

- personálnemu, materiálnemu a technickému vybaveniu poskytovateľov,
- indikátorom kvality,
- certifikátom kvality.

Zdravotné poisťovne sú ďalej povinné vytvárať rebríčky poskytovateľov na základe vyššie uvedených kritérií a zohľadniť toto poradie pri zazmluvňovaní. Indikátory kvality vydáva MZ SR a majú zohľadniť:

- dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- efektívnosť využitia zdrojov,
- účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti,
- vnímanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje,
- výsledky zdravotnej starostlivosti.

Zmluvy medzi ZP a PZS musia obsahovať:

- kritériá, na základe ktorých boli uzatvorené,
- rozsah zdravotnej starostlivosti,
- výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá nesmie byť vyššia ako maximálna cena, ak je určená,
- splatnosť úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ak sa dohodla inak, ako je ustanovené v zákone (t.j. 30 dní odo dňa doručenia faktúry).

Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí mať písomnú formu; uzatvára sa najmenej na 12 mesiacov.

## 7 PROCES UZATVÁRANIA ZMLÚV NA SLOVENSKU

Aj keď rokovania o zmluvách majú prebiehať medzi poisťovňami a jednotlivými poskytovateľmi, v praxi poisťovne rokujú primárne s asociáciami poskytovateľov. Asociácie následne na základe rokovaní vydajú odporúčenie svojim členom na podpísanie (alebo nepodpísanie, vypovedanie atď.) zmlúv.

Pri ambulantných poskytovateľoch existujú na Slovensku dve asociácie - Slovenská lekárska komora (SLK) a Asociácia súkromných lekárov (ASL). Asociácia súkromných lekárov má priamo splnomocnenie od svojich členov na podpísanie dohodnutých kontraktov. SLK pôvodne fungovala len prostredníctvom vydávania odporúčaní ambulantným lekárom, ale od roku 2011 po vzore ASL začala získavať splnomocnenia od individuálnych lekárov na vyjednávanie kontraktov a podpisovanie zmlúv. Časť ambulantných lekárov je tak dnes súčasťou ASL, časť splnomocnila na podpisovanie SLK a približne polovica ambulantných lekárov si podpisuje zmluvy samostatne, pričom poisťovne s nimi priamo nerokujú, ale zasielajú im návrhy zmlúv, resp. dodatkov poštou v znení, aké dohodli s jednotlivými asociáciami. Títo lekári sa aj napriek samostatnosti často spoliehajú na odporúčenie ASL alebo SLK (tieto bývajú často zverejnené v médiách alebo na stránkach týchto asociácií), resp. na to, že zmluvy zaslané poisťovňami sú také, ktoré predtým vyrokovali spomínané dve asociácie.

V minulosti sa v niektorých obdobiach a poisťovniach podarilo ASL vyrokovať lepšie podmienky pre svojich členov (napr. vyššie ceny alebo navýšenie cien za podmienky úspor v liekoch alebo indikovaných vyšetreniach), ale v posledných rokoch sa podmienky pre jednotlivých ambulantných lekárov nelíšia.

Pri lôžkových zariadeniach zastupujú záujmy jednotlivých zariadení Asociácia nemocníc Slovenska (ANS) a Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky, ktorá sa do decembra 2012 volala Asociácia fakultných nemocníc (AFN). Nemocnice podľa svojho charakteru patria buď do jednej alebo druhej asociácie. Na rozdiel od asociácií ambulantných poskytovateľov, nemocničné asociácie fungujú len na platforme záujmového zoskupenia pri rokovaní zmlúv a nemajú splnomocnenie na podpísanie konkrétnych zmlúv. Výsledky ich rokovaní majú spravidla charakter dohody na určitom percente navýšenia cien alebo objemov, ktoré sa následne zapracujú do individuálnych zmlúv. Na základe spoločných rokovaní nezriedka prebiehajú aj ďalšie rokovania s jednotlivými nemocnicami, ktoré si následne rokujú individuálne požiadavky sami.

Spoločný postup poskytovateľov v rámci asociácie však môže naplňať charakter kartelovej dohody. Najmä v prípade AFN, ktorej členovia mali v rokoch 2007 až 2010 a následne zase od roku 2012 podľa nariadenia o minimálnej sieti automatický nárok na zmluvu s poisťovňami. V roku 2008 spustil Protimonopolný úrad konanie voči Asociácii fakultných nemocníc vo veci možného porušenia zákona o ochrane hospodárskej súťaže. Následne v decembri 2008 uložil AFN pokutu vo výške 1 600 Eur za to, že sa pri uzatváraní zmlúv so zdravotnými poisťovňami dohodli na minimálnych cenách za hospitalizáciu a ich konanie tak zvýšilo finančné prostriedky na hospitalizáciu, čím sa odčerpala časť zdrojov z verejného zdravotného poistenia.

Rokovanie o zmluvách nie je verejné, ale rámcové výsledky rokovaní s asociáciami sú často publikované v rámci mediálnych správ alebo priamo na stránkach týchto asociácií. Samotné znenia zmlúv sú od roku 2011 povinne zverejňované na internetových stránkach jednotlivých zdravotných poisťovní a v Centrálnom registri zmlúv.

Aj keď zmluvy medzi ZP a PZS sa uzatvárajú spravidla na dlhšie obdobie, typicky sa pomerne často dodatkujú, najmä v prípade nemocničných zariadení. Napr. priemerná účinnosť dodatku u fakultných nemocníc pri VŠZP bola v posledných 3 rokoch len 49 dní. Najčastejšími zmenami sú zmeny objemov



(t.j. limitov), prípadne cien. Väčšie zmeny v zmluvách sa vykonávajú spravidla 2-krát do roka – začiatkom roka (od januára alebo februára) a v polovici roka (od júla).