



ANALÝZA VPLYVOV A DOPADOV OPTIMALIZÁCIE SIETE NEMOCNÍC

Na základe uznesenie vlády SR, č. 0561
z 29. septembra 2021, úloha B.1.

Február 2024

Inštitút zdravotných analýz je nezávislý analytický útvar pri Ministerstve zdravotníctva SR. Naším poslaním je poskytovať kvalitné a spoľahlivé analýzy a prognózy v oblasti zdravia a zdravotníctva pre slovenskú vládu a verejnosť.

Autorky a autori

Juraj Hunák (IZA)
Michaela Černěnko (IZA)

juraj.hunak@health.gov.sk
michaela.cernenko@health.gov.sk

Upozornenie

Materiál prezentuje názory autorov Inštitútu zdravotných analýz (IZA), ktoré nemusia nutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva zdravotníctva. Cieľom publikovania analýz je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne zdravotné témy. Citácie textu by preto mali odkazovať na IZA (a nie MZ SR) ako autorov týchto názorov.

Recenzné konanie

Analýza bola Odborno-metodickou komisiou schválená ako recenzovaná na základe posudkov Martina Smatanu (Msquare), Adama Mareka (ÚHP) a Gastona Ivanova (Agel Merea).

Podakovanie

Radi by sme sa poďakovali našim recenzentom a všetkým ďalším partnerom (z radov poskytovateľov, poisťovní, či ministerstva zdravotníctva) za ich cennú spätnú väzbu a údaje, vďaka ktorým mohla táto analýza vzniknúť.

Obsah

Obsah.....	3
Zhrnutie	4
1. Optimalizácia siete nemocníc.....	6
2. Oblasť dopadov a dotknuté subjekty.....	9
2.1. Čakacie doby	11
2.2. Prerozdelenie hospitalizačných prípadov a financií medzi nemocnicami	14
2.3. Personál nemocníc.....	26
2.4. Materiálno-technické vybavenie	27
2.5. Infraštruktúra	28
2.6. Záchranná zdravotná služba a dopravná zdravotná služba	31
Tabuľková príloha.....	33
Použité skratky	41

Zhrnutie

Optimalizácia siete nemocníc predstavuje komplexnú reformu, ktorej cieľom je zabezpečiť dostupnú, kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť všetkým pacientom na úseku ústavnej zdravotnej starostlivosti. Reforma definuje sieť nemocníc z pohľadu geografickej dostupnosti ako aj spádov. Rovnako tak definuje rozsah starostlivosti a podmienky za akých majú byť poskytované. Navrhnuté zmeny majú za cieľ viesť do systému väčší poriadok a prehľad. V konečnom dôsledku **získa predovšetkým pacient.**

Materiál sa zameriava na kvantitatívnu ale aj kvalitatívnu analýzu dopadov a vplyvov reformy s ohľadom na existenciu a dostupnosť potrebných údajov. Nie všetky vplyvy a dopady bolo možné kvantifikovať, pretože potrebné dáta sa aktuálne nezberajú v potrebnej kvalite a granularite. Optimalizácia siete nemocníc ovplyvní nie len nemocnice a pacientov, ale aj fungovanie ďalších častí systému, zdravotné poisťovne, verejné zdravotné poistenie a samotné verejné financie. Isté dopady sa predpokladajú aj na záchrannú zdravotnú službu a dopravnú zdravotnú službu.

Nové maximálne čakacie lehoty pre vybrané medicínske služby navýšia náklady (tvorba technických rezerv) a potenciálne aj výdavky (zvýšená produkcia) zdravotných poisťovní. Naopak, zo strednodobého pohľadu vyššou kvalitou poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa pravdepodobne dosiahnu úspory na budúcich výdavkoch zdravotného aj sociálneho poistenia a vyššie daňové výnosy.

Jasne definovaný rozsah poskytovanej starostlivosti povedie k prerozdeleniu hospitalizačných prípadov medzi jednotlivými úrovňami nemocníc. Vplyvom centralizácie zložitejších prípadov sa prerozdelení približne 8 % hospitalizačných prípadov (podľa roku 2022). Prerozdelenie hospitalizácií bude nasledované aj prerozdelením vo financovaní v predpokladanom objeme 176 mil. EUR na základe údajov za rok 2022. Presuny opačným smerom, ktoré kompenzujú tento kvantifikovaný dopad, nie sú zahrnuté. Prípadný pokles produkcie môžu nemocnice I. a II. úrovne kompenzovať nárastom ambulantnej produkcie ako aj výkonov v nepovinných programoch, ktoré sú ponechané na dohode medzi poskytovateľmi a poisťovňami. Tie pozostávajú hlavne z jednodňovej zdravotnej starostlivosti, následnej a dlhodobej starostlivosti. Špecifický potenciál na zvýšenie produkcie pre nemocnice nižších úrovní predstavuje program doliečovacej a rehabilitačnej starostlivosti. Lôžka tohto zamerania na Slovensku dlhodobo chýbajú a rozvoj tohto typu zdravotnej starostlivosti si bude vyžadovať zdroje, ktoré bez zadefinovanej stratégie a akčného plánu momentálne nie je možné kvantifikovať.

Optimalizácia siete nemocníc môže napomôcť využívať súčasné nedostatkové personálne zdroje efektívnejšie. Počet zdravotníckeho personálu je na Slovensku dlhodobo kritický. Reforma vytvára predpoklady na to, aby sa personál koncentroval tam, kde je to najviac potrebné a zabezpečilo sa jeho efektívne využitie obzvlášť v službách a počas víkendov. Kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti precizuje požiadavky na personálne zabezpečenie, ktoré sa prejavia aj v kvalite a bezpečnosti poskytovanej starostlivosti.

Reforma precizuje aj požiadavky na materiálno-technické vybavenie jednotlivých programov, objem chýbajúcej techniky predstavuje takmer 67 mil. EUR pre povinné programy a 52 mil. EUR pre aktuálne schválené doplnkové programy. Požiadavky na materiálno-technické vybavenie sú definované s ohľadom na komplexnosť starostlivosti potrebnej na jednotlivých úrovniach nemocníc. Prehľadné pravidlá pomôžu aj prioritizácii nákupov a odlišia nevyhnutné investície od rozvojových. Pre nákup časti potrebného materiálno-technického vybavenia bola vyhlásená výzva z Plánu obnovy a odolnosti.

Okrem požiadaviek na personál a materiálno-technické vybavenie pribudnú aj prísnejšie požiadavky na infraštruktúru. Náklady potrebné na dobudovanie chýbajúcej infraštruktúry tvoria pre povinné

programy približné 29 mil. EUR a pre aktuálne schválené doplnkové programy 6 mil. EUR¹. Konkrétne ide o výstavbu heliportov, resp. helipadov a zriadenie neonatologickej jednotky intenzívnej starostlivosti pri pôrodniciach II. úrovne programu.

Reforma nemocníc môže viesť nepriamo k vyšším nárokom na záchrannú zdravotnú službu a dopravnú zdravotnú službu, v konečnom dôsledku ale získa pacient. Vďaka jasnej programovej štruktúre nemocníc bude jednoduchšie manažovanie pacienta, kvalitnejšia indikácia výjazdov a triedenie na strane operačného strediska záchranej zdravotnej služby. To môže znížiť objem sekundárnych transportov a v konečnom dôsledku aj pacienti prinesú potrebnú starostlivosť skôr. Naopak, z titulu potenciálne dlhších dojazdových časov, a teda aj vyťaženia posádok záchranej zdravotnej služby, bude pravdepodobne potrebný vyšší počet vozidiel ale aj personálu², prípadne zmena vo využívaní DZS a štruktúre ZZS.

Celkové dopady optimalizácie siete nemocníc z pohľadu dodatočných kapitálových zdrojov na povinné programy, teda tie, ktoré nemocnice musia plniť pre zachovanie dostupnej a komplexnej zdravotnej starostlivosti, sú 96 mil. EUR. Analýza kvantifikuje aj dopad na schválené doplnkové programy, o ktoré si zažiadali nemocnice a tento vplyv predstavuje 58 mil. EUR. Zoznam schválených doplnkových programov sa môže v čase meniť a je stanovený na základe potreby zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 1: Zhrnutie finančných vplyvov OSN pre povinné programy

	Suma (mil. EUR, bez DPH)	Oblasť	Subjekt
Dodatočné zdroje spolu	96		
Nákup chýbajúcej techniky	67	MTZ	Nemocnice
Dobudovanie pristávacích plôch pre vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu	25	Infraštruktúra	Nemocnice
Dobudovanie novorodeneckých jednotiek intenzívnej starostlivosti	4	Infraštruktúra	Nemocnice
Prerozdelenie zdrojov spolu 2022	71		
Presun výkonov (zakázané programy)	71	Produkcia	Nemocnice

Zdroj: IZA

Pre prvé kolo pridelovania doplnkových programov zvolilo Ministerstvo zdravotníctva prístup postupnej implementácie reformy. Preto je prvý zoznam schválených programov stanovený predovšetkým podľa starostlivosti, ktorú nemocnice dnes poskytujú (v primeranom rozsahu). Ak nemocnice nebudú plniť podmienky³ vrátane minimálneho počtu výkonov, zoznam doplnkových programov sa môže v nasledujúcich rokoch meniť. Je potrebné dobre zvážiť investície v rámci doplnkových programov s ohľadom na dlhodobú udržateľnosť a samotnú potrebu programu. Ministerstvo by malo posudzovať nie len aktuálnu potrebu, ale aj prognosticky predikovať potrebu jednotlivých programov v horizonte 5 až 10 rokov pre dostatok času na zmeny a budovanie kapacít.

¹ Spolu pre všetky nemocnice

² V súčasnosti prebieha aj komplexná reforma ZZS, ktorá ovplyvní jej dnešné fungovanie, zavádza sa napríklad nový typ vozidiel, tzv. „randez vous“. Konečná podoba nového systému nebude teda ovplyvnená iba OSN a správne nastavenie systému vie prípadne vyššie nároky na DZS a ZZS kompenzovať.

³ Zákon definuje proces ako sú doplnkové programy nemocnicami odobierané v prípade neplnenia podmienok. Ide o postupný proces, kde počas dvoch po sebe nasledujúcich rokov, keď nemocnica neplní podmienky v rámci vyhodnotenia siete jej bude uložená lehota (24 – 32 mesiacov) na odstránenie nedostatkov. Ak nedostatky nebudú odstránené, doplnkový program bude nemocnici odobratý.

1. Optimalizácia siete nemocníc

Cieľom reformy optimalizácie siete nemocníc (ďalej len „OSN“) je, aby mal každý pacient k dispozícii dostupnú, kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť na úseku ústavnej zdravotnej starostlivosti. Reforma vnáša do systému nemocničnej starostlivosti poriadok a jasnejšie smerovanie pacienta. Zriedkavé, najnáročnejšie hospitalizačné prípady sa budú sústreďovať do komplexných nemocníc. Účelom tejto koncentrácie je zabezpečenie kvality a optimálne využitie nedostatkových zdrojov, ktorým je aj personál. Bežná a dlhodobá starostlivosť sa naopak k pacientovi približi.

Box 1 Prehľad legislatívy a implementácie reformy OSN

Zákon o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon“)⁴ bol schválený v roku 2021. Predstavuje základný rámec pre kategorizáciu nemocníc a podmienky siete nemocníc, ktoré budú hrazené z verejného zdravotného poistenia (VZP). Zákon definuje podmienky geografickej dostupnosti, veľkosť spádov, ale aj kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré následne špecifikuje vyhláška o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti⁵.

Vyhláška o kategorizácii ústavnej starostlivosti (ďalej len „vyhláška“) bola prvýkrát vydaná v roku 2022. Na jej tvorbe sa podieľalo viac ako 400 medicínskych expertov. Tí definovali obsah jednotlivých programov, medicínske služby a ich úrovne, aby každý pacient presne vedel, kde dostane starostlivosť, ktorú potrebuje. Pri vybraných medicínskych službách sú definované aj časová dostupnosť (maximálne čakacie doby) a minimálne počty výkonov (na lekára prípadne nemocnicu). Okrem toho vyhláška definuje aj personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie pre jednotlivé programy⁶ a zoznam indikátorov kvality.

Každý program má stanovený svoj programový profil, ktorý určuje, či je daný program pre nemocnice jednotlivých úrovní povinný, doplnkový, alebo nepovinný. Programy, ktoré nie sú zadefinované pre nemocnicu danej úrovne, nemocnica nemôže poskytovať s úhradou z verejného zdravotného poistenia, teda program nemôže byť zazmluvnený zdravotnými poisťovňami (ďalej len „ZP“). V rámci dokumentu ich označujeme ako **zakázané programy**.

- **Povinný program** nemocnica poskytovať musí a zdravotná poisťovňa má povinnosť ho zazmluvniť.
- **Doplnkový program** nemocnica poskytuje na základe schválenej žiadosti. Po schválení ho zdravotné poisťovne majú povinnosť zazmluvniť rovnako ako povinný program a pre nemocnicu je jeho poskytovanie povinné, kým nepožiadá o odňatie programu, alebo jej nebude odňatý z titulu neplnenia podmienok definovaných vyhláškou a zákonom.
- **Nepovinný program** – nemocnica poskytovať môže, ak sa na tom zmluvne dohodne so zdravotnou poisťovňou

Na konci roka 2022 bola vydaná aj **prvá sieť nemocníc**. **Doplnkové programy**⁷ boli jednotlivým nemocniciam I. až V. úrovne schválené v **1Q 2023**. Sieť nemocníc ako aj všetky nemocnice zaradené v sieti budú od roku 2023 **každoročne vyhodnocované**. Pri neplnení podmienok kategorizácie je zadefinovaný sankčný mechanizmus, ktorý môže viesť až k odobratiu prideleného doplnkového programu, prípadne preradeniu nemocnice do nižšej úrovne.

⁴ Zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti

⁵ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti

⁶ Ide o rozšírenie požiadaviek nad rámec výnosu MZ SR 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (č. 09812/2008-OL)

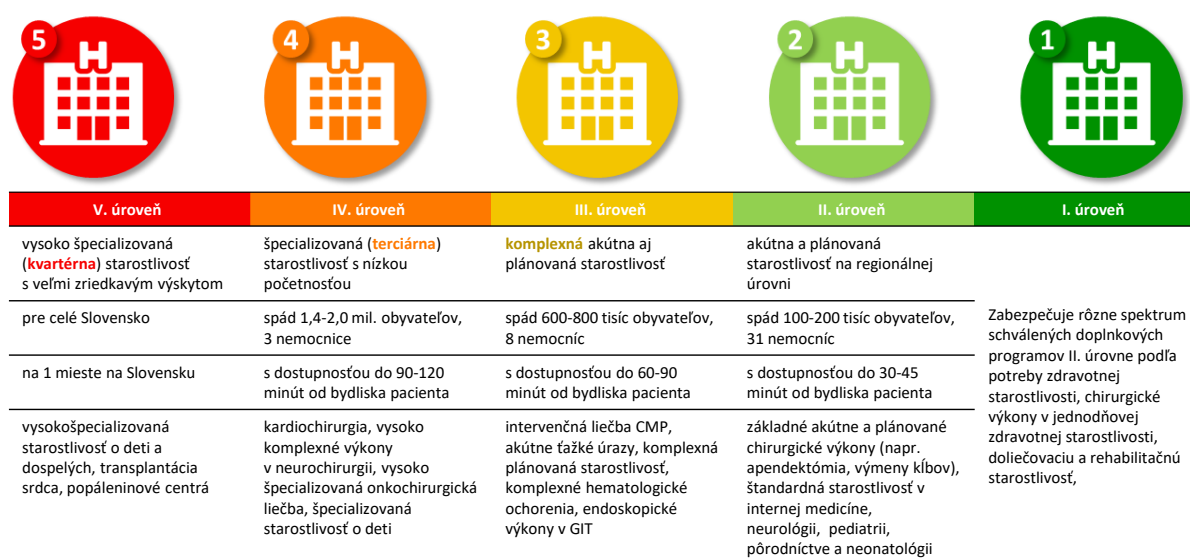
⁷ <https://www.health.gov.sk/?Siet-nemocnic>

Potreba systémovej reformy ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach je na Slovensku dlhodobá a v minulosti mala rôzne podoby a názvy. Stále však sledovala jeden spoločný cieľ – dosahovať čo najlepšie výsledky v podobe kvalítne poskytovanej zdravotnej starostlivosti v podmienkach obmedzených finančných, materiálnych a personálnych zdrojov.

Optimalizácia siete nemocníc spolu s vyhláškou o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti jasne definuje päť úrovní nemocníc. S ohľadom na komplexnosť starostlivosti a náročnosť liečby má každá nemocnica presne definované, aké medicínske programy (ďalej len „programy“) musí poskytovať. Definované sú aj doplnkové programy, ktoré môže poskytovať po schválení, ak existuje potreba tohto typu zdravotnej starostlivosti v danom regióne⁸. Presne identifikované sú taktiež programy, ktoré nemocnica poskytuje na základe dohody so ZP bez potreby schválenia a rovnako tak programy, ktoré naopak poskytovať nesmie.

OSN zvyšuje bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti. Pre viac ako 600 medicínskych služieb (asi 40 % zo všetkých) zavádza **časovú dostupnosť liečby**, teda do kedy najneskôr od indikácie musí byť pacientovi poskytnutá indikovaná liečba. Pre stovky medicínskych služieb určuje **minimálne počty výkonov**, ktoré musí nemocnica, pracovisko, prípadne aj samotný lekár za rok vykonať. To má okrem kvality a bezpečnosti vplyv aj na efektívne fungovanie nemocníc. Vyhláška zároveň pre každý program a jednotlivé úrovne **sprešňuje⁹ požiadavky na materiálo-technické a personálne zabezpečenie**. Pre všetky programy definuje aj **indikátory kvality**.

Obrázok 1: Úrovně nemocníc v rámci OSN¹⁰



Zdroj: Vlastné spracovanie IZA podľa Vyhodnotenia siete nemocníc 2022¹¹

Plnenie týchto kritérií nemocnicami ako aj samotná sieť sa budú každoročne vyhodnocovať a zverejňovať. Ak niektorá nemocnica nedokáže naplniť stanovené požiadavky, môže prísť o plnú úhradu

⁸ Prípadne bez schválenia, ak sa jedná o nepovinné programy.

⁹ Základné požiadavky sú stanovené výnosom MZ SR 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

¹⁰K počtom nemocníc: iba všeobecné nemocnice. UNB považovaná za jeden celok. Nemocnica vyššej úrovne sa automaticky stáva súčasťou siete všetkých nižších úrovní (napr. IV. úroveň je zároveň III., II., atď.). Nemocnica v Žiline je dočasne zaradená ako nemocnica III. úrovne a Nemocnica v Trstenej do II. úrovne. Obrázok reflektuje konečné zaradenie nemocníc.

¹¹ <https://www.health.gov.sk/?Siet-nemocnic>, resp. https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/Siet-nemocnic/vyhodnotenie_siete_2022_aug.xlsx

od zdravotných poisťovní. Pri dlhodobom neplnení môže dôjsť až k strate programu, či preradeniu nemocnice do nižšej úrovne.

Sieť nemocníc nie je nemenná a zákon zavádza mechanizmus ako reagovať na meniace sa potreby obyvateľov. Ak každoročné hodnotenie siete na základe dát potvrdí rastúcu potrebu nejakej služby v ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ÚZS“), nemocnice môžu získať nové doplnkové programy. Všetky dáta na úrovni nemocníc budú v rámci vyhodnocovania siete každoročne verejne publikované do 30. júna aj s ukazovateľmi kvality. Prvýkrát sa tak udialo v roku 2023¹².

¹² <https://www.health.gov.sk/?Siet-nemocnic>

2. Oblasti dopadov a dotknuté subjekty

OSN spolu s kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len KÚZS) predstavujú systémovú zmenu, ktorá sa okrem pacientov a nemocníc dotkne vo väčšej či menšej miere aj ostatných subjektov. Reforma bude mať vplyv na zdravotné poisťovne, verejné zdravotné poistenie a samotné verejné financie. Isté dopady sa predpokladajú aj na záchranú zdravotnú službu a dopravnú zdravotnú službu.

Tabuľka 2: Zhrnutie vplyvov OSN

Oblasť/ Subjekt	Čakacie doby	Prerozdelenie výkonov a financií	Personál nemocníc	MTZ	Infraštruktúra	Preprava pacientov
Rozpočet verejnej správy	+ -	X	X	X	X -	+ -
Zdravotné poisťovne	+ -	X	X	X	X -	- ?
Poskytovatelia ZS	+	+ -	+ -	-	-	X
Záchraná zdravotná služba/ Dopravná zdravotná služba	X	*	X	X	X	- ?
Pacienti	++	+	X	+	+	+

+	pozitívny vplyv	x	neutrálny vplyv
-	negatívny vplyv	x -	neutrálny alebo negatívny vplyv
+ -	pozitívny a negatívny vplyv	- ?	negatívny alebo nejasný vplyv
++	výrazne pozitívny vplyv	*	samostatná kapitola

Zdroj: IZA

Pacient získa možnosť vedieť, v ktorej nemocnici má na akú starostlivosť nárok. Bude poznať aj to, ako dobre plní nemocnica kritéria stanovené KÚZS - personálne, materiálno-technické, výkonnostné a aj kvalitatívne. Vďaka definovanej časovej dostupnosti (maximálnej čakacej dobe) bude mať zabezpečený prístup k včasnej starostlivosti. Keď to na Slovensku nebude možné u zmluvného poskytovateľa, môže požadovať poskytnutie tejto starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa na Slovensku, alebo následne v inom členskom štáte Európskej únie (ďalej len EÚ) s plnou úhradou zo ZP.

Reforma nemocniciam jasne definuje programový profil - rozsah starostlivosti, ktorú budú nemocnice pacientom poskytovať v podobe povinných programov. Zavádza sa aj škála doplnkových a nepovinných programov, pri ktorých sa nemocnica môže rozhodnúť, či ich poskytovať chce alebo nie. Sú precizované požiadavky na **personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie**. Indikátory kvality budú vyhodnocované na úrovni programov jednotlivých nemocníc¹³.

Isté dopady sa dajú predpokladať aj na verejné zdravotné poistenie a verejné financie ako také. Krátkodobé navýšenie výdavkov má potenciál priniesť úspory v strednodobom a dlhodobom horizonte. Zdravotné poisťovne budú rozhodovať o uzatvorení zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

¹³ Legislatíva upravuje rozsah starostlivosti, ktorá môže byť nemocniciam uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia. Za plnú úhradu pacientov môžu nemocnice naďalej poskytovať starostlivosť ako doposiaľ.

s prevádzkovateľom nemocníc (ďalej len “zazmluvní”) iba pri nepovinných programoch, povinné programy a schválené doplnkové programy budú zdravotné poisťovne zazmluvňovať automaticky. Hodnotenie kvality, ktoré poisťovne doposiaľ robili každá samostatne, bude zastrešené každoročným vyhodnocovaním siete.

Záchranná zdravotná služba (ďalej len „ZZS“) a dopravná zdravotná služba (ďalej len „DZS“) prechádza reformou spolu s OSN a KÚZS. Je dôležité správne previazanie a napojenie oboch reforiem. Nová sieť nemocníc a presun hospitalizačných prípadov môže mať vyššie nároky na ZZS a DZS, hlavne čo do počtu posádok a koordinácie zo strany OS ZZS. V prípade, že pacient bude musieť cestovať za výkonom, ktorý bol doteraz dostupný v spádovej nemocnici, narastie dopyt po dopravnej zdravotnej službe. Na druhú stranu jasne definovaný rozsah poskytovanej starostlivosti v nemocniciach môže znížiť objem sekundárnych transportov. Celkový dopad tak závisí od objemu v jednej aj druhej skupine prevozov.

OSN sa premietne vo väčšej alebo menšej miere do všetkých oblastí zdravotnej starostlivosti a vyvolá viacero často aj protichodných efektov. Nie všetky z týchto efektov je možné v plnej miere kvantifikovať či dokonca monetarizovať. Materiál sumarizuje potenciálne vplyvy a dopady, popisuje ich kvalitatívne so zámerom odhadnúť ich smerovanie. Kde je to možné prináša aj kvantifikáciu vplyvov a dopadov, prípadne ich častí. Kvantifikácie sú založené primárne na dátach roka 2022.

2.1. Čakacie doby

KÚZS a OSN stanovujú maximálne čakacie doby¹⁴ pre viac ako 600 medicínskych služieb (asi 40 % všetkých služieb). Ak pacientovi nebude poskytnutá zdravotná starostlivosť v stanovenom čase na Slovensku u zmluvného alebo nezmluvného poskytovateľa ZS (ďalej len „PZS“), môže požadovať poskytnutie starostlivosti v inom členskom štáte a zdravotná poisťovňa bude mať povinnosť uhradiť náklady.

Čakacie doby pomôžu pacientom a dlhodobo môžu aj verejným financiám

Primerane včas poskytnutá zdravotná starostlivosť (ďalej len „ZS“) dokáže predísť ďalšiemu zhoršeniu zdravotného stavu, skrátiť dobu rekonvalescencie a urýchliť návrat do práce a k bežnému životu. V strednodobom časovom horizonte to zlepší zdravie pacientov a má potenciál šetriť výdavky zdravotného aj sociálneho systému. Maximálne čakacie doby boli stanovené odborníkmi tak, aby zodpovedali adekvátnej liečbe podľa domácich aj zahraničných štandardov a zohľadňovali bezpečnosť pacienta.

Zdravotné poisťovne to zrejme bude stáť viac (ak prispôbia úhrady)

Kvantifikácia vplyvov rozšírenia maximálnych čakacích dôb na zdravotné poisťovne z dostupných údajov nie je možná. V súčasnosti absentujú spoľahlivé informácie o skutočných priemerných čakacích dobách a množstve čakajúcich pacientov. Dnes sa formálne sledujú a zverejňujú čakacie listiny iba pre 15 výkonov týkajúcich sa troch skupín ochorení¹⁵. Rozšírenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti na základe kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti bude spustené od 1.1.2024¹⁶.

Na zdravotné poisťovne bude vplyv pravdepodobne negatívny¹⁷, chýbajú však údaje, ktoré by to potvrdili a umožnili kvantifikovať. Dá sa predpokladať, že pri niektorých medicínskych službách vzrastie potreba a objem realizovaných výkonov iba prechodne. Dočasne to bude mať za následok vyššie výdavky VZP. Bez údajov, ktoré by nám popisovali dnešný stav sa nedá vylúčiť ani to, že objem niektorých výkonov narastie systémovo. Uvedené platí za predpokladu, že **sa väčší objem poskytnutej starostlivosti premietne do paušálnych a rozpočtových úhrad nemocníc, respektíve ZP zavedú úhradový mechanizmus podľa DRG pre medicínske služby s čakacími dobami.**

Bez potrebných údajov vieme iba aproximovať možné dopady čakačiek pre jednotlivé scenáre. Ročná úhrada ZP za zdravotnú starostlivosť, ktorá má podľa KÚZS zavedenú maximálnu čakaciu dobu, predstavuje 819 mil. EUR. Podľa optimistického scenára by sa zvýšil objem produkcie v ÚZS o 3 % a tento nárast by bol v kapacitných možnostiach slovenských poskytovateľov. Objem úhrad ZP by tak narástol o 25 mil. EUR

¹⁴ Časová dostupnosť - čakačky na jednotlivé medicínske služby sú upravené vo vyhláske Ministerstva zdravotníctva SR č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti, príloha 13. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/316/20220930>.

¹⁵ Choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky (operácia katarakty); choroby obehovej sústavy (napr. operácia defektu srdcovej priehradky; operácia vrodenej/získanej stenózy); choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky (napr. implantácia TEP bedrového/koleného kĺbu). Zdroj: Vyhláška č. 412/2009 Z. z. – Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

¹⁶ Novelou zákona bola nárokovateľnosť posunutá od 1.1.2025, počas 2024 bude prebiehať technická implementácia čakacích listín.

¹⁷ Rozšírenie zoznamu výkonov so stanovenou čakacou dobou bude mať aj negatívny **účtovný vplyv** na ZP z titulu tvorby dodatočných technických rezerv na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie ZS. Veľkosť tohto vplyvu sa na základe interných odhadov poisťovní dá predpokladať na úrovni medzi 10-15 mil. eur za celý sektor. Jedná sa o účtovnú operáciu, kedy si ZP musí vytvoriť technickú rezervu na odloženú ZS podľa § 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ročne. Na pesimistický scenár, podľa ktorého by objem produkcie vzrástol o 20 % a z neho ¼ by bola poskytnutá v zahraničí (v ČR¹⁸), pripadá vplyv 182 mil. EUR ročne.

Tabuľka 3: Možné scenáre dopadov rozšírenia čakačiek

	Nárast produkcie	Objem produkcie presunutej do zahraničia (ČR)	Nárast úhrady z VZP (EUR)
Optimistický scenár	3 %	0 %	24 557 881
Stredný scenár	10 %	10 %	85 587 736
Pesimistický scenár	20 %	25 %	182 359 868

Zdroj: IZA podľa vstupných údajov CKS DRG

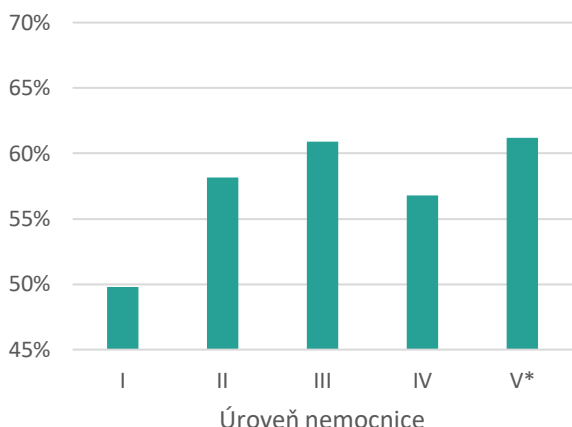
Nemocnice môžu získať a zlepšiť by sa mal aj manažment pacienta v priestore

Ak sa vyššia produkcia pretaví do vyšších úhrad nemocniciam, negatívny vplyv na VZP bude znamenať viac zdrojov pre nemocnice. To len za predpokladu, že nemocnice dnes svoje kapacity a zdroje nevyužívajú na maximum, resp. optimálne. Nízka priemerná obložnosť lôžkového fondu nemocníc tomu nasvedčuje. Na úrovni jednotlivých nemocníc sa priemerná obložnosť ale značne líši. Tie, ktoré už dnes naplno využívajú svoje kapacity, nemusia mať dostatočný priestor na ich rozširovanie. Vzhľadom na nízku priemernú obložnosť predpokladáme len marginálny efekt na prípadné investície vyvolané nedostatočnou kapacitou. Pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú samozrejme potrebné rôzne typy zdrojov (kritický môže byť najmä personál). Využitie jedného zdroja (personálu) na maximum môže byť limitujúce pre plné využitie druhého zdroja (lôžka).

Vedľajším pozitívnym efektom môže byť vyrovnanie regionálnych rozdielov v produkcii nemocníc. Využívanie lôžkových kapacít je naprieč úrovňami nemocníc ako aj regiónmi SR rôznorodé (Graf 1 a 2, detailne Tabuľka P1 v prílohe). Najnižšiu obložnosť majú nemocnice I. úrovne, naopak najvyššiu nemocnice III. úrovne, rozdiel je až 10 p.b.. Medzi regiónmi sú rozdiely ešte výraznejšie (štruktúra nemocníc po krajoch v prílohe Tabuľka P6 za všeobecné a Tabuľka P7 spolu za všetky nemocnice).

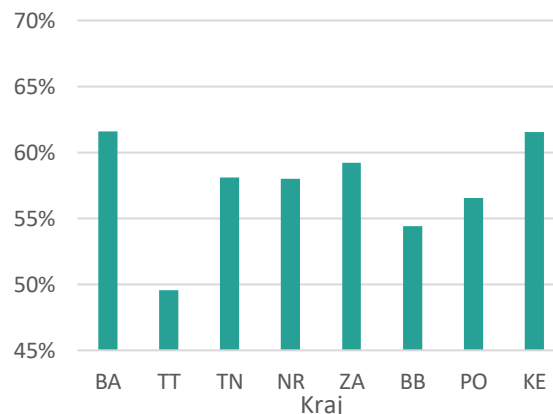
¹⁸ Vyberáme ČR vzhľadom na jej geografickú a kultúrnu blízkosť. Predpokladáme, že výkony sú v ČR o 46 % drahšie ako na Slovensku, čo vychádza z porovnania nákladov na ÚZS v oboch krajinách prepočítaných na obyvateľa.

Graf 1: Priemerná obložnosť nemocníc podľa úrovni



Zdroj: IZA na základe údajov NCZI, 2022¹⁹

Graf 2: Priemerná obložnosť podľa krajov



Zdroj: IZA na základe údajov NCZI, 2022²⁰

ZP budú motivované aktívne manažovať pacienta v systéme a hľadať možnosti, ako sa dostane v rámci existujúcej siete poskytovateľov k potrebnej starostlivosti v stanovenom čase. Hroziace náklady na ZS v inom členskom štáte EÚ sú silnou motiváciou zlepšiť aktuálny stav v prospech pacienta. Zverejňovaním čakacích dôb získajú pacienti prehľad o tom, ako dlho by museli čakať na výkon u jednotlivých PZS. A aj na základe rozdielov v čakacích dobách dokážu urobiť informované rozhodnutie a slobodne si vybrať poskytovateľa. To môže viesť k rovnomernejšej vyťažnosti PZS a redukcii regionálnych rozdielov v časovej dostupnosti.

¹⁹ Počítané ako vážený priemer podľa počtu hospitalizácií. Do úvahy brané nemocnice kategorizované OSN okrem: Sport & endo clinic s.r.o.; Novapharm, s.r.o.; SI Medical; Gynpor s.r.o.; Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny; Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický v Košiciach; Nemocnica pre obvinených a odsúdených Trenčín.

²⁰ Ako v poznámke vyššie.

2.2. Prerozdelenie hospitalizačných prípadov a financií medzi nemocnicami

Podľa KÚZS a OSN majú nemocnice jasne definovaný povinný programový profil spolu s doplnkovými a nepovinnými programami, ostatné programy poskytovať nemôžu. Zosúladienie doposiaľ poskytovanej starostlivosti s rozsahom povinných programov a schválených doplnkových programov povedie k prerozdeleniu hospitalizačných prípadov. Následne aj k prerozdeleniu financií.

Škála nepovinných programov, predstavuje hlavne široké spektrum výkonov realizovaných v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „JZS“). Tie nepodliehajú schvaľovaniu a ostávajú na dohode medzi poskytovateľom a ZP a môžu tieto prerozdelenia v ÚZS kompenzovať. Špecifický potenciál na zvýšenie produkcie pre nemocnice nižších úrovní predstavuje program pre rehabilitačnú a doliečovaciu starostlivosť.

Koncentrácia a efektívnosť môžu šetriť verejné zdroje

Rozdelenie hospitalizačných prípadov podľa komplexnosti a náročnosti do jednotlivých úrovní nemocníc môže mať z dlhodobého hľadiska pozitívny vplyv na výdavky VZP, či verejné výdavky celkovo. Starostlivosť bude efektívnejšia. Dá sa predpokladať aj menej duplicitných vyšetrení vzhľadom na jasnejší manažment a smerovanie pacienta.

Náročný pacient získa lepšiu starostlivosť aj keď ďalej

Koncentrácia špecializovanejších, náročnejších a menej častých prípadov povedie k lepšej zdravotnej starostlivosti pre pacienta. Jasne definované pravidlá majú priniesť do sektora väčšiu transparentnosť a lepší manažment pacienta. Ten by mal od začiatku liečby vedieť, kde mu bude poskytnutá kvalitná a bezpečná zdravotná starostlivosť. Cieľom je, aby sa zabránilo blúdeniu pacienta a rozdrobenosti ZS tak, ako je tomu častokrát v súčasnosti.

Za špecializovanou a plánovanou starostlivosťou bude musieť pacient cestovať. To sa ale deje už dnes, mnohí pacienti uprednostňujú kvalitnú ZS na úkor vzdialenosti k svojmu bydlisku. Podľa dostupných údajov v ÚZS navštívilo až 35 % pacientiek a pacientov zariadenie v inom okrese v kraji svojho bydliska, 22% vycestovalo za ZS do iného kraja. Pri určitých výkonoch, napr. tzv. TEP, vycestovalo za zákrokom až 70% pacientov mimo svoj okres (29% mimo svoj kraj)²¹. Podľa prieskumu je až 63,3 % pacientov ochotných cestovať do nemocnice aj viac ako 30 minút, ak by tamojšia starostlivosť znamenala lepšie výsledky²². Následná zdravotná starostlivosť by sa naopak mala pacientovi priblížiť.

Zdravotné poisťovne bez výrazných dopadov, ale systém potrebuje DRG

Z pohľadu VZP sa javí prerozdelenie hospitalizačných prípadov dlhodobo neutrálne. K prerozdeleniu prípadov príde medzi nemocnicami, pričom celkový objem starostlivosti sa z titulu OSN nezmení. Lepšia a cielenejšia zdravotná starostlivosť môže mať pre zdravotné poisťovne dlhodobo dokonca skôr pozitívny efekt, kedy je predpoklad nižšej miery prekladov a komplikácií. Preskupenie prípadov bude potrebné premietnuť aj do paušálnych a rozpočtových úhrad nemocníc, čo môže byť pomerne komplikované. Najlepším riešením je zahájiť prechod k úhradovému mechanizmu na základe DRG.

²¹ Údaje od ZP zozbierané IZA, rok 2022.

²² OMNIBUS prieskum na vzorke 1000 respondentov, február 2019 (prieskum pred prvým návrhom stratifikácie nemocníc, otázka: „Do akej miery by výber nemocnice, v ktorej by ste vy alebo váš blízky mali podstúpiť operáciu, ovplyvnila jej vzdialenosť od miesta bydliska?“)

Krátkodobo však zdravotné poisťovne očakávajú istý nárast nákladov, hlavne z titulu dnešného úhradového mechanizmu (a predpokladu, že prechod na DRG bude postupný). Celkový dopad závisí od zmeny štruktúry platieb poskytovateľom, ako aj od umiestnenia pacientov v systéme nemocníc. Zdravotné poisťovne taktiež upozorňujú na to, že nemocniciam nižších úrovní bude treba ponechať isté zdroje na transformáciu.

Ani prechodom na DRG sa dopady na zdravotné poisťovne zásadne nezvýšia. Podľa oficiálnych údajov CKS²³ majú nemocnice I. a II. úrovne totožné základné sadzby (2160 EUR) a nemocnice III. úrovne veľmi blízku základnú sadzbu (2252 EUR). Vzhľadom na to, že predpokladané prerozdelenie nastane najmä medzi týmito úrovňami nemocníc, pri opätovnom uzatváraní zmlúv sa neočakáva nárast prostriedkov z pohľadu ZP²⁴.

Časť starostlivosti sa centralizuje do vyšších nemocníc

Kvôli zakázaným a neschváleným doplnkovým programom sa okolo 8 % zo všetkých hospitalizačných prípadov v ÚZS²⁵ prerozdeli, t.j. budú sa vykonávať inde, ako doposiaľ.²⁶ Najväčší objem prerozdelených prípadov tvoria prípady z 3., následne 2. úrovne programu. Pri detailnom pohľade na jednotlivé nemocnice bolo bežné, že nemocnice I. úrovne vykonávali zákroky patriace do 3. úrovne programu (Graf 3). Z pohľadu kategorizácie išlo teda o menej časté výkony a diagnózy vyžadujúce komplexnú starostlivosť (detailne v prílohe Tabuľka P2 až P6).

Rozsah centralizácie sa na úrovni programov líši. V absolútnom a relatívnom vyjadrení sa najväčšie presuny budú týkať viacerých pediatrických programov, hematológie a transfuziológie, otorinolaryngologického a dermatovenerologického programu. Naopak, k nízkemu objemu presunov dôjde v programoch, kde už dnes dobre funguje centralizácia a to konkrétne v programoch intervenčnej kardiológie, kardiochirurgie, či programe pre orgánové transplantácie. Nízky percentuálny podiel presunov má aj program internej medicíny (detailne v prílohe Tabuľka P8 a P9).

Z pohľadu celkového počtu hospitalizačných prípadov, ktorých je takmer milión²⁷, nejde o masívny presun zdravotnej starostlivosti. Veľká časť presunov sa dotkne najmä nemocníc I. úrovne (18 % z ich produkcie za rok 2022). Z nemocníc II. úrovne dôjde k presunu asi 10 % ich prípadov a zároveň zrejme získajú veľkú časť presunu z nemocníc I. úrovne (Graf 3 a 4). Vo všeobecnosti u nemocníc vyššej úrovne sa očakáva skôr nárast pacientov.

²³ [Základne sadzby 2023 \(cksdrg.sk\)](https://cksdrg.sk)

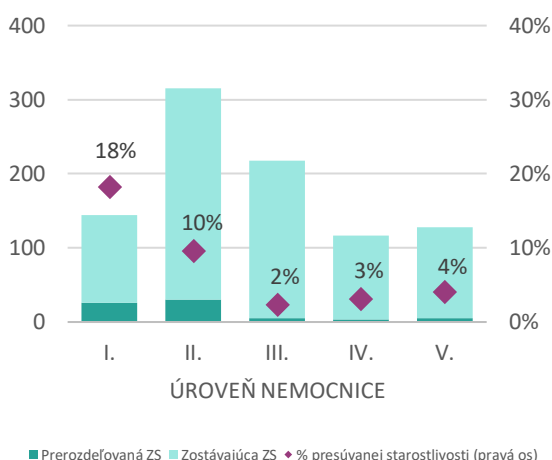
²⁴ Skutočné základné sadzby sú však dnes neverejné a predmetom zmluvného vzťahu medzi ZP a PZS

²⁵ Do celkového počtu HP započítavame všetky prípady v nemocniciach, ktoré sú zaradené v sieti.

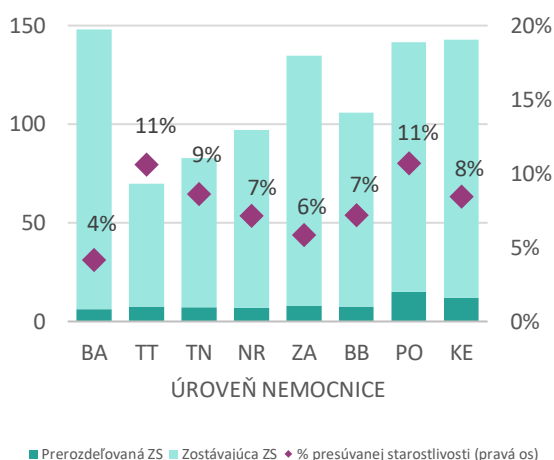
²⁶ Pre rok 2024 bolo vyhlásené prechodné obdobie a časť prerozdelenia hospitalizácií sa posúva v čase. Toto opatrenie sa dotkne predovšetkým nemocníc I. úrovne, ktoré budú môcť poskytovať všetky doplnkové programy 2. úrovne ako nepovinné. Opatrenie je možné ilustrovať na pôrodnickom programe – 5 nemocníc I. úrovne nedostalo schválenie tohto doplnkového programu 2. úrovne a z toho titulu sa prerozdelenie približne 2 800 prípadov v čase odkladá (1 400 pôrodov predstavuje 1 400 hospitalizovaných matiek a 1 400 hospitalizovaných novorodencov). Dáta prezentované v analýze zohľadňujú odklad tohto prerozdelenia a 2 800 prípadov sa nepresúva do iných pôrodníc.

²⁷ Dáta zozbierané pre OSN čiastočne zahŕňajú aj JZS, ktorá je pokrytá v 1. úrovni programov.

Graf 3: Presuny v ÚZS* podľa úrovni nemocníc (v tis. hospitalizačných prípadov)



Graf 4: Presuny v ÚZS* podľa krajov (v tis. hospitalizačných prípadov)



Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Skutočný objem presunov môže byť nižší. Zber a vyhodnocovanie dát sa postupne spresňuje, dáta rokov 2022 a 2019 nereflektujú KÚZS a nemusia obsahovať všetky informácie relevantné pre správne zaradenie hospitalizačného prípadu. Limitácie dát vo väčšej miere interpretuje Box 3.

* Všeobecné aj špecializované nemocnice spolu. Relatívny presun v rámci kategórie (Graf 3), resp. kraja (Graf 4)

Prerozdelenie prípadov budú nasledovať aj financie, ale je potrebné DRG

Prerozdelenie hospitalizačných prípadov bude nasledovať aj prerozdelenie financií, v závislosti od úhradového mechanizmu. Pri prepočte podľa základných sadzieb a priemerných case mix index hodnôt (ďalej len „CMI“) podľa úrovni nemocníc predstavuje prerozdelenie prípadov 176 mil. EUR v 2022²⁸. Z toho 71 mil. EUR pripadá na zakázané programy a 105 mil. EUR na neschválené doplnkové programy.

Bez zavedenia DRG nemusí financovanie nemocníc fungovať adekvátne. Riziko sa týka najmä nemocníc vyšších úrovní. Neprimeraná reakcia ZP na vyšší počet prípadov môže mať z krátkodobého hľadiska za následok zvýšené náklady nemocníc bez adekvátneho navýšenia výnosov.

²⁸ Metodika tohto výpočtu je postavená na základnej sadzbe pre každú úroveň nemocníc podľa CKS DRG, váženom priemere CMI danej úrovne nemocníc a príslušnom počte dotknutých hospitalizačných prípadov. I keď mnohí poskytovatelia sú dnes platení inými mechanizmami, DRG systém sa používa na vykazovanie a sledovanie naplnenia zazmluvnených rozpočtov medzi PZS a ZP. V slovenských odborných kruhoch v minulosti pravidelne zaznievalo, že náš DRG systém je nepresný a treba ho vylepšiť. Akékoľvek spresnenia, určenie výšky základných sadzieb alebo relatívnych váh jednotlivých skupín môžu mať zásadný dopad na toto vyčíslenie (CKS DRG slovenské relatívne váhy postupne aktualizovalo). Treba taktiež podotknúť, že skutočná priemerná základná sadzba nemocníc sa môže líšiť. Tu uvedené sú oficiálne základné sadzby vydávané CKS, reálne základné sadzby sú neverejné a predmetom zmluvného vzťahu medzi ZP a PZS. Toto vyčíslenie teda predstavuje odhad podľa verejne dostupných zdrojov a od skutočného dopadu sa môže líšiť.

Tabuľka 4: Finančný dopad presunu hospitalizačných prípadov

Úroveň nemocnice	Vážený priemer CMI	Základná sadzba v EUR	Zakázané programy		Neschválené doplnkové programy		Celkom # prípadov	Celkom objem zdrojov (v mil. EUR)
			# hosp. prípadov	objem zdrojov (v mil. EUR)	# hosp. prípadov	objem zdrojov (v mil. EUR)		
I	1,02	2 160	26 198	57.5	77	0.2	26 275	57.6
II	1,07	2 160	5 132	11.8	25 061	57.8	30 193	69.7
III	1,24	2 252	635	1.8	4 445	12.5	5 080	14.2
IV	1,58	2 592	10	0.0	3 589	14.7	3 599	14.7
V*	1,47	2 592	-	-	5 172	19.7	5 172	19.7
Spolu presuny			31 975	71.1	38 344	104.9	70 319	176.0

* CKS oficiálne nestanovilo ZS pre V. úroveň nemocnice, vychádzame zo súčasnej ZS pre UNB

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Skutočný objem presunov môže byť nižší. Zber a vyhodnocovanie dát sa postupne spresňuje, dáta rokov 2022 a 2019 nereflektujú KÚZS a nemusia obsahovať všetky informácie relevantné pre správne zaradenie hospitalizačného prípadu. Limitácie dát vo väčšej miere interpretuje Box 3.

Box 2 DRG na Slovensku

Systém “skupín súvisiacich diagnóz” (DRG – systém) je objektívnym a transparentným mechanizmom na zlepšovanie spôsobu riadenia a financovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti. DRG - systém umožňuje kategorizovať hospitalizačné prípady do DRG - skupín a tým zároveň analyzovať a porovnávať ústavné zdravotné zariadenia – nemocnice. Je to systém, ktorý podľa stanovených pravidiel kategorizuje hospitalizácie do definovaných skupín na základe podobných nákladov pre účely preplácania zdravotnej starostlivosti.²⁹

Nemocnice už dnes cez DRG vykazujú, no platené sú prevažne stále paušálnymi platbami. V roku 2024 sa plánuje zhruba 10 až 20 % produkcie vyňať z paušálnych platieb a prostredníctvom DRG túto produkciu aj uhrádzať. Bude sa jednať najmä o hospitalizačné prípady, kde nehrozí výrazný nárast produkcie, ako sú napríklad pôrody, ale aj výkony pri ktorých KÚZS definuje maximálne čakacie doby a je žiadúce motivovať k vyššej produkcii (napr. TEP).

Pri postupnom prechádzaní na DRG bude aj v nasledujúcich rokoch časť platieb súčasťou paušálnych mechanizmov zdravotných poisťovní. Tu prezentovaný odhad finančných dopadov teda vychádza z predpokladu tzv. „full DRG“. To znamená, že všetky hospitalizačné prípady by podľa DRG boli aj uhrádzané.

Presuny sú z titulu zakázaných a neschválených doplnkových programov

Celkové prerozdelenie prípadov je tvorené dvoma vplyvmi – zakázanými programami a neschválenými doplnkovými programami.

Prerozdelenie z titulu zakázaných programov predstavuje cez 3 % hospitalizačných prípadov za 2022³⁰. Vo finančnom vyjadrení predstavuje presun asi 71 mil. EUR. Podľa údajov roka 2022 ide približne

²⁹ <https://www.cksdrg.sk/sk/stranka/zakladne-informacie>

³⁰ Okrem Ústrednej vojenskej nemocnice Ružomberok a Nemocnice sv. Michala v Bratislave, ktoré spadajú pod iné rezorty a plnia špecifický verejný záujem.

o 32 tis. hospitalizačných prípadov. Prerozdelenie hospitalizačných prípadov sa udeje najmä z nemocníc I. úrovne do nemocníc II. a III. úrovne. Týka sa hlavne prípadov zaradených do 3. úrovne programov, čo znamená že ide už o menej časté výkony a diagnózy vyžadujúce komplexnú starostlivosť (detailne v prílohe Tabuľka P2 a P4).

Okrem zakázaných programov sú za prerozdelením prípadov aj neschválené doplnkové programy, ide asi o 4 % (38 tis. prípadov) všetkých hospitalizácií. Vo finančnom vyjadrení predstavuje prerozdelenie necelých 105 mil. EUR. Sumárny obraz po nemocniciach zobrazuje nasledujúca tabuľka (detailne v prílohe Tabuľka P3 a P5).

Tabuľka 5: Pacienti v zakázaných a neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň nemocníc (v tis.) za rok 2022

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	26.3	2.5	2.4	3.0	0.4	1.9	3.8	7.6	4.6
II.	30.2	0.1	4.4	3.4	4.7	4.3	3.0	4.5	5.7
III.	5.1	-	0.6	0.7	0.6	1.7	0.1	1.3	0.1
IV.	3.6	0.5	-	-	1.2	-	0.3	-	1.6
V.	5.2	3.1	0.1	-	-	-	0.3	1.8	-
Spolu	70.3	6.1	7.4	7.1	7.0	7.9	7.6	15.1	12.1
%	8 %	4 %	11 %	9 %	7 %	6 %	7 %	11 %	8 %

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez ÚVN Ružomberok

zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Skutočný objem presunov môže byť nižší. Zber a vyhodnocovanie dát sa postupne spresňuje, dáta rokov 2022 a 2019 nereflektujú KÚZS a nemusia obsahovať všetky informácie relevantné pre správne zaradenie hospitalizačného prípadu. Limitácie dát vo väčšej miere interpretuje Box 3.

Objem prerozdelenia hospitalizačných prípadov na úrovni krajov je pomerne variabilný. Najväčší absolútny objem presunov sa predpokladá v Prešovskom kraji (približne 15 tis. prípadov v 2022), naopak najnižší v Bratislavskom kraji (cez 6 tis. prípadov). Vzhľadom na zaradenie najmä najväčšej bratislavskej nemocnice UNB, ktorá sa nachádza v najvyššej V. úrovni nemocníc, tento výsledok nie je prekvapujúci. Najvýraznejší presun v relatívnom vyjadrení možno očakávať v Trnavskom a Prešovskom kraji a to 11 % (2022).

Tabuľka 6: Pacienti v zakázaných a neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň nemocníc (v tis.) za rok 2019

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	64,9	5,9	5,3	11,8	2,9	3,6	9,4	13,1	13,0
II.	38,0	0,2	5,1	4,6	5,6	5,0	4,6	6,1	6,8
III.	15,5	-	1,3	1,1	1,9	1,7	6,7	2,7	0,2
IV.	0,2	0,0	-	-	0,0	-	0,1	-	0,1
V.	0,5	0,5	-	-	-	-	0,0	-	-
Spolu	119,2	6,6	11,6	17,4	10,4	10,3	20,8	21,9	20,1
%	11 %	4 %	15 %	19 %	9 %	7 %	16 %	14 %	12 %

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez ÚVN Ružomberok

zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2019

Skutočný objem presunov môže byť nižší. Zber a vyhodnocovanie dát sa postupne spresňuje, dáta rokov 2022 a 2019 nereflektujú KÚZS a nemusia obsahovať všetky informácie relevantné pre správne zaradenie hospitalizačného prípadu. Limitácie dát vo väčšej miere interpretuje Box 3.

Skutočný objem presunov do vyšších úrovní môže byť menší

Celkový objem presúvaných prípadov môže byť v skutočnosti menší vplyvom tzv. zdieľaných medicínskych služieb. Niektoré medicínske služby sa nachádzajú vo viacerých programoch, pretože sa vykonávajú rôznymi odbornosťami alebo sú prierezové. Napríklad urogynekologické výkony sa nachádzajú aj v programe gynekológie aj v programe urológie. Môže nastať situácia, že hoci má nemocnica niektorý program zakázaný alebo neschválený, medicínska služba primárne prislúchajúca tomuto nepovolenému programu sa dá vykonávať aj ako zdieľaná medicínska služba iného programu, ktorý nemocnica poskytovať bude. Presná hodnota tohto vplyvu nie je vyčíslená.

Viac ako tretina medicínskych služieb je zdieľaná a teda sa dá vykonávať v rámci viacerých programov. V roku 2022 bolo 34 tis. hospitalizačných prípadov spadajúcich do medicínskej služby, ktorá môže mať vyššiu úroveň vo forme zdieľanej MS iného programu, ako primárna MS svojho programu. Z týchto 34 tis. hospitalizácií by aspoň malá časť potenciálne znížila objem výkonov, o ktoré prídu nemocnice nižších úrovní v prospech nemocníc vyšších úrovní.

Tabuľka 7: Zdieľané medicínske služby

	Počet MS	Počet HP (v tis.)
Medicínske služby – celkovo	1 461	923
Z toho zdieľané MS	679	324
Z toho zdieľané MS s inou úrovňou ako primárne MS	43	45
Z toho MS kde ako zdieľaná má vyššiu úroveň oproti primárnej	26	34

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Pozn.: Podľa vyhlášky 316/2023 Z.z., ktorá bola aktualizovaná a k 1.1.2024 je platná vyhláška 531/2023 Z.z.

Box 3 Metodologické úskalia kvantifikácie presunov a možné zdroje nadhodnotenia

Analýza prerozdelenia v rámci dopadov OSN bola robená primárne na dátach roku 2022, pre porovnanie boli v niektorých prípadoch prezentované aj dáta roku 2019.

V tejto súvislosti treba upozorniť na niektoré nástrahy, ktoré so zberom a interpretáciou dát súvisia a v praxi môžu **nadhodnocovať kvantifikáciu presunov**. V praxi to znamená, že konečný počet presunov môže byť nižší ako uvádza analýza na základe dostupných dát.

Tieto nepresnosti prameňa najmä z nasledovného:

- **Definícia MS bola aplikovaná na dáta minulých období.** Vykazovanie a kódovanie prebiehalo v čase, keď definícia jednotlivých medicínskych služieb a ich zaradenie nebolo ešte definované a známe (vyhláška ku KÚZS a ani OSN) a ani poskytovatelia toto teda nemohli brať do úvahy pri kódovaní.
- **DRG systém neobsahoval všetky výkony relevantné pre správne zaradenie prípadu do MS.** V systéme DRG v roku 2022 ani 2019 ešte nebol zavedený hlavný výkon. Taktiež počas roku 2023 pribúdali nové nesignifikantné výkony, ktoré vznikli práve za účelom, aby sa medicínska služba dala jednoznačne identifikovať.
- **Vyššie popísané nedokonalosti spôsobili, že nebolo možné identifikovať všetky prípady v rehabilitačnom programe.** V údajoch sledovaných období neboli tieto prípady jednoznačne kódované hlavne z titulu vyššie popísaných dôvodov a tieto prípady tak často padali pod iné medicínske služby a programy, niekedy mimo spektra povolených a schválených programov.
- **Samostatným zdrojom nedokonalosti sú zdieľané medicínske služby.** Viaceré MS je možné vykonávať vo viac ako jednom programe. Ide napríklad o výkony týkajúce sa urogynekologických operácií, ktoré sú jednak v programe gynekologickom ale aj programe urologickom, pretože ide o presahy medzi týmito odbornosťami. Jeden program nemocnica schválený mať môže, druhý ale

nemusi. V rámci analýzy dopadov OSN sme každú MS priradili práve jednému programu a to tomu, ktorý je pre ňu primárny. Každý hospitalizačný prípad sa teda do analýzy efektívne rátal iba raz.

*Konkrétny príklad skreslenia spôsobeného **zdieľanými službami**: Ak nemocnica X I. úrovne poskytla medicínsku službu 35-12 - "Iné ochorenia nervovej sústavy"³¹, takýto hospitalizačný prípad patrí primárne do Neurologického programu, ktorý nemusí mať nemocnica X schválený. Preto tento hospitalizačný prípad môže spadať medzi neschválené doplnkové programy. Avšak, službu 35-12 je zároveň možné vykonávať ako zdieľanú medicínsku službu v rámci Programu internej medicíny, ktorý daná nemocnica X I. úrovne už schválený môže mať, napr. ako doplnkový program 2. úrovne. V skutočnosti teda nemocnica X takýto prípad ošetrila „oprávnene“ a jeho prípadné vykázanie ako hospitalizáciu prislúchajúcu neschválenému doplnkovému programu je nesprávne.*

Z vyššie uvedených dôvodov sa **najmä pri nemocniciach nižších úrovni** nedalo jednoznačne vyhnúť situácii, že hospitalizačný prípad bol priradený programu, ktorý nemocnica nemá vzhľadom na svoje zaradenie neschválený, prípadne je pre ňu zakázaný.

Spracovávané dáta boli v podobných prípadoch pre potreby tejto analýzy očistené, avšak toto čistenie nemuselo byť dokonalé a úplné a obdobné situácie môžu prezentované údaje naďalej skresľovať. Skutočný objem prípadov, ktoré nemocnice vzhľadom na svoj programový profil nemôžu ošetriť (tzv. „presúvaná ZS“), môže byť preto v skutočnosti nižší, ako čísla prezentované v tejto analýze.

Očakáva sa a pracuje sa na tom, aby sa situácia so zberom a vyhodnotením dát do budúcnosti zlepšila. KÚZS jasne stanovuje, ktoré diagnózy a výkony pod akú medicínsku službu spadajú, čo ovplyvní samotné vykazovanie a kódovanie zo strany PZS. Rovnako pridanie ďalších výkonov do DRG ako aj rozlišovanie zdieľaných služieb napomôžu zabezpečiť presnejší obraz o poskytnutej ZS z pohľadu KÚZS.

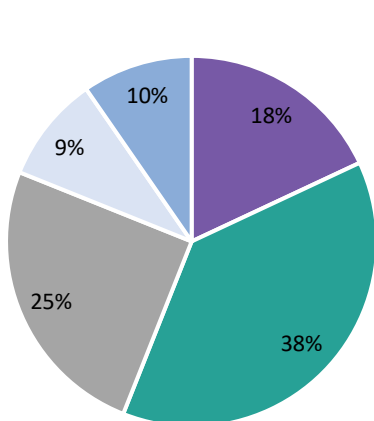
³¹ Podľa vyhlášky 316/2023 Z.z., ktorá bola aktualizovaná a k 1.1.2024 je platná vyhláška 531/2023 Z.z

Dvojkové nemocnice sú základom siete, jednotkové potrebujú svoj potenciál rozvíjať

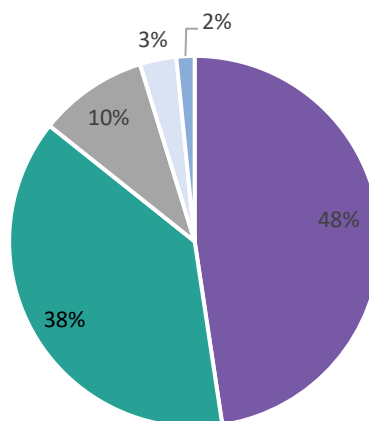
Nemocnice II. úrovne sú základnou časťou systému. Najväčší objem starostlivosti (38 % všetkých hospitalizačných prípadov) realizujú nemocnice II. úrovne, ktoré sú aj druhou najpočetnejšou skupinou medzi nemocnicami v sieti (38 % všetkých nemocníc) (Graf 5 a 6). Najviac nemocníc je kategorizovaných do I. úrovne, pripadá na nich však iba 18 % všetkých prípadov.

Graf 5: Rozdelenie hospitalizačných prípadov

Graf 6: Rozdelenie nemocníc podľa OSN



■ Nemocnica I. U ■ Nemocnica II. U
 ■ Nemocnica III. U ■ Nemocnica IV. U
 ■ Nemocnica V. U



■ Nemocnica I. U ■ Nemocnica II. U
 ■ Nemocnica III. U ■ Nemocnica IV. U
 ■ Nemocnica V. U

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Poznámka: Toto porovnanie vychádza z údajov o hospitalizačných prípadoch roku 2022. Do počtu nemocníc zaradujeme iba všeobecné akútne nemocnice. UNB je pre účel tohto grafu považovaná za jednu nemocnicu.

Nemocnice I. úrovne, ktoré o časť prípadov zo zakázaných a neschválených doplnkových programov prídu, naďalej môžu rozvíjať činnosti v rámci nepovinných a schválených programov. **Samostatný potenciál má dlhodobá starostlivosť, rehabilitácia, jednodňová starostlivosť, stacionáre, ambulatná starostlivosť** a podobne, ktorých kapacity budú vzhľadom na demografické a medicínske trendy stále žiadanejšie.

Je pravdepodobné a z pohľadu OSN žiaduce, že dôjde k presunu prípadov aj opačným smerom. Jednoduchšie prípady alebo následná hospitalizácia po výkone sa presunú do nemocníc nižšej úrovne, bližšie k domovu pacienta. Rozsah presunu bude závisieť od mnohých faktorov, ako aj spolupráce nemocníc rôznych úrovní medzi sebou a finančných motívácií. Nemocnice vyšších úrovní budú naďalej poskytovať starostlivosť aj v nižších úrovniach programov. Objem presunu ZS do nižších úrovní preto nateraz nie je možné exaktne kvantifikovať.

Cesta za špecializovanou starostlivosťou je jasná, opačným smerom už menej

Pre naplnenie všetkých potenciálnych benefitov z lepšieho smerovania a manažmentu pacienta je potrebné definovať aj cestu pacienta smerom od vyšších úrovní nemocníc smerom nadol. Túto časť cesty pacienta OSN ani KÚZS nedefinuje, hoci pre ňu vytvára predpoklady. Doplnkové a povinné programy nižších úrovní, ako aj nepovinné programy (predstavujúce hlavne JZS), môžu prerozdelenie pacientov spôsobené koncentráciou niektorých výkonov kompenzovať. Špecifický potenciál na zvýšenie produkcie pre nemocnice nižších úrovní predstavuje program pre rehabilitačnú a doliečovaciu starostlivosť.

Je v záujme všetkých nemocníc, aby spolupráca a koordinácia pri presune starostlivosti smerom nadol prebiehala čo najefektívnejšie. Pre nemocnice vyšších úrovní je dôležité uvoľniť si kapacitu pre potreby koncentrácie zložitejších výkonov. Nemocniciam nižších úrovní je to zas príležitosť získania pacientov a výnosov.

Kvantifikovať presun zhora nadol nie je možné a preto ani konečný vplyv a podobu presunov

Konečné dopady prerozdelenia hospitalizačných prípadov nie je možné kvantifikovať. Budú závisieť od vzájomnej koordinácie nemocníc vyšších a nižších úrovní v rámci spádových regiónov, predovšetkým pri manažmente pacienta v smere zhora nadol. Slovenskému zdravotníctvu dlhodobo chýba koncepcia následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Jej rozvoj je nevyhnutný, z čoho možno očakávať dopady na VZP ako aj PZS. Najmä pre nemocnice nižších úrovní môže predstavovať potenciál na rozvoj.

Nová realita – modelový príklad všeobecných nemocníc Banskobystrického samosprávneho kraja

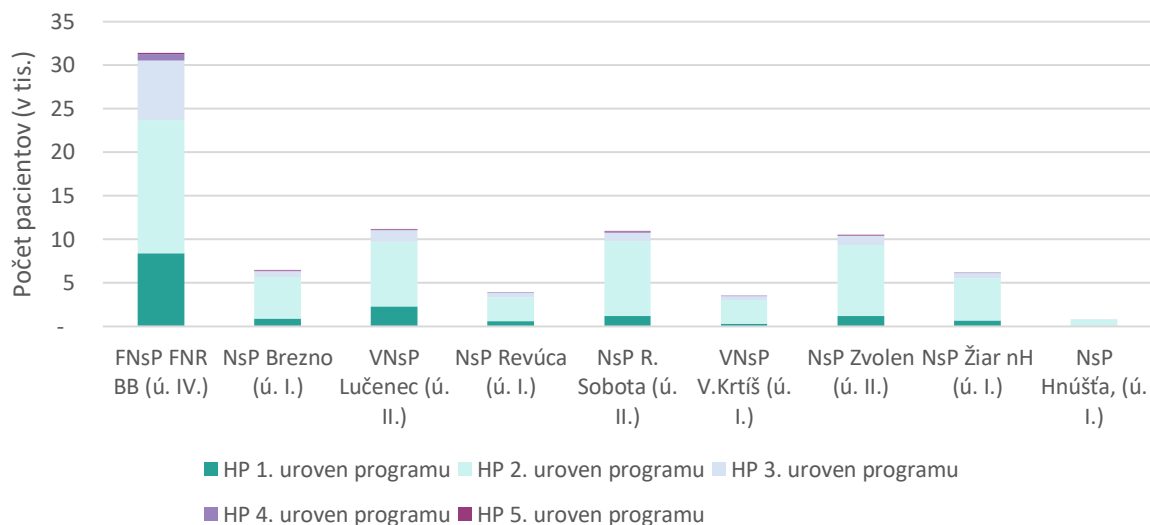
Cieľom reformy OSN je, aby sa náročnejšia zdravotná starostlivosť koncentrovala na menej miest v nemocniciach vyšších úrovní. Naopak, menej komplexná zdravotná starostlivosť má byť široko dostupná a vykonávaná v nemocniciach nižších úrovní. Takýto manažment pacientov môže pomôcť všetkým aktérom – nemocniciam nižších úrovní pomôže vykryť stratu náročnejších hospitalizačných prípadov, nemocniciam vyšších úrovní pomôže uvoľniť kapacitu. Aj preto nie je pri reforme OSN témou rušenie nemocníc, no práve ich reprofílovanie.

Namodelovanie decentralizácie prípadov, teda toku pacientov smerom „zhora dole“ je oveľa náročnejšie, než v prípade centralizácie. Nemocnice vyšších úrovní podľa OSN budú aj naďalej poskytovať starostlivosť nižšej úrovne. Je však možné, že z kapacitných dôvodov budú musieť časť starostlivosti nižších úrovní presunúť do iných nemocníc. Takýto prístup si vyžaduje regionálnu koordináciu a proaktívnu spoluprácu nemocníc v danom regióne.³² V rámci tejto kapitoly budeme ilustrovať na príklade Banskobystrického samosprávneho kraja (BBSK) možnosti prerozdelenia prípadov v oboch smeroch.

Väčšina pacientov nemocníc vyšších úrovní spadá do 1. a 2. úrovne medicínskych programov. Konkrétne vo FNŠP FDR BB (všeobecná nemocnica IV. úrovne v zmysle OSN) tvoria hospitalizačné prípady zaradené do 1. alebo 2. úrovne programov viac ako 75 % prípadov (Graf 7).

³² Podobná snaha o regionálnu koordináciu prebehla práve v Banskobystrickom samosprávnom kraji a za týmto účelom sa spoločne stretli predstavitelia nemocníc v regióne. Obdobná regionálna koordinácia starostlivosti a strednodobého plánovania poskytovania ZS je žiadúca a môže priniesť cielenejšie investície a efektívnejšie vzdelávanie personálu.

Graf 7: Štruktúra pacientov všeobecných nemocníc BBSK podľa úrovne programu

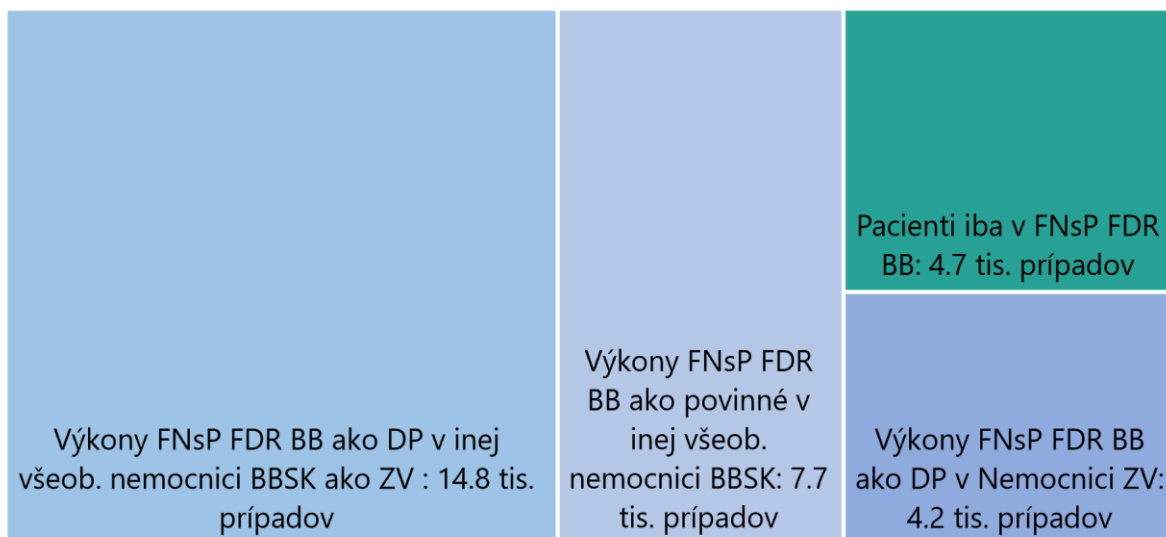


Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Z Grafu 8 vyplýva, že len 4,7 tis. hospitalizačných prípadov z FNsP FDR BB „musí“ naďalej riešiť FNsP FDR BB a nikto ďalší v kraji. Z hľadiska zaradenia hospitalizačných prípadov by sa o ostatných pacientov vedeli postarať aj nemocnice nižších úrovní v kraji, či už v rámci povinných alebo schválených doplnkových programov.

Nie všetci z týchto pacientov môžu byť, resp. budú riešení v iných nemocniciach. Časť z nich môže preferovať nemocnicu v blízkosti svojho bydliska, či jednoducho dobré meno vybraného PZS, prípadne konkrétnu lekárku alebo lekára. Pri modelovaní decentralizácie (presunov smerom dole) sme preto predpokladali presun iba časti prípadov (30 %, resp. 20 %).

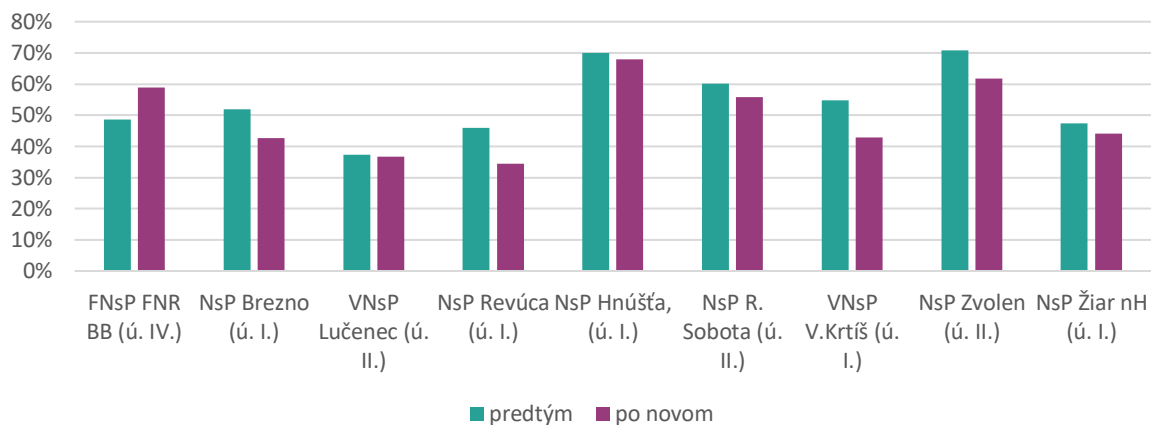
Graf 8: Štruktúra pacientov FN FDR BB z pohľadu inej všeob. nemocníc BBSK



Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Centralizácia prípadov zvýši obložnosť FNsP FDR BB na približne 60 %. Tento zjednodušený model zohľadňuje iba centralizáciu (presuny zdola nahor). Celková obložnosť vo FNsP FDR BB by narástla o 10 p.b., predstavujúc 5,5 tis. hospitalizačných prípadov navyše. Pri týchto predpokladoch pracujeme s lôžkovými kapacitami a predpokladáme, že personálne požiadavky sú nastavené na existujúci lôžkový fond.

Graf 9: Obložnosť všeobecných nemocníc v BBSK – centralizácia

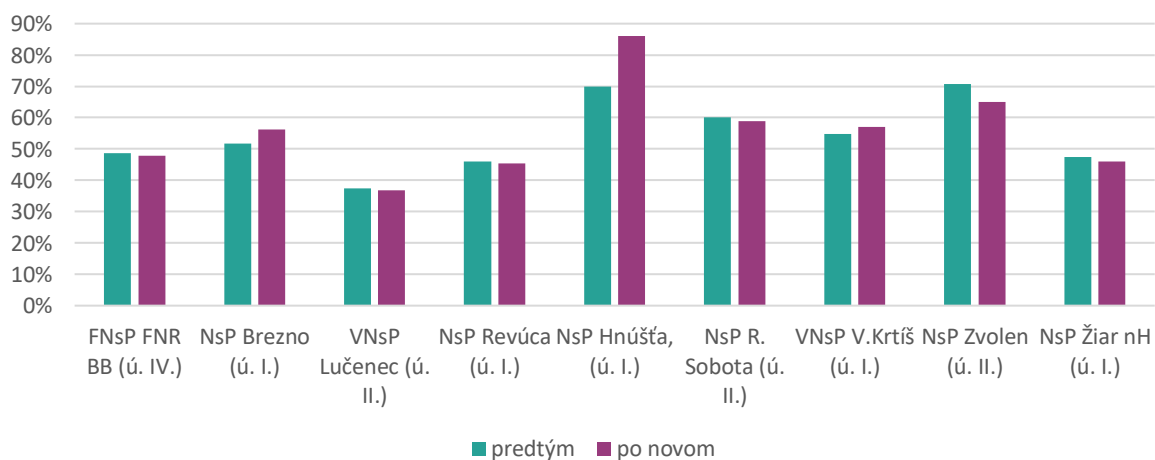


Zdroj: údaje NCZI, 2022. Nová obložnosť vlastné spracovanie IZA

Konečný presun pacientov do konkrétnych nemocníc nie je možné so súčasnými informáciami presne namodelovať. Pohyby pacientov sa môžu líšiť vzhľadom na schválené doplnkové programy nemocnice, geografiiu, preferencie pacientov, odporúčania lekárov, manažment pacienta a pod. Rovnako, ako vyššie spomenuté, existuje potenciál na tzv. „spätný tok“ pacientov, ktorý je načrtnutý na príklade FNsP FDR BB.

Pre zohľadnenie decentralizácie prípadov (pohyb z hora nadol) predpokladáme, že by sa presunula iba časť prípadov spadajúcich do programov 2. a 1. úrovne. Konkrétne z nemocníc II. a IV. úrovne by sa presunulo 30 % hospitalizačných prípadov 1. úrovne do nemocníc I. úrovne. Z nemocnice IV. úrovne by sa presunulo 20 % hospitalizačných prípadov 2. úrovne do iných nemocníc II. úrovne v kraji. Prípady sú prerozdelené pomerne podľa súčasného počtu pacientov nemocníc.

Graf 10: Obložnosť všeobecných nemocníc v BBSK – pohyb hore aj dole

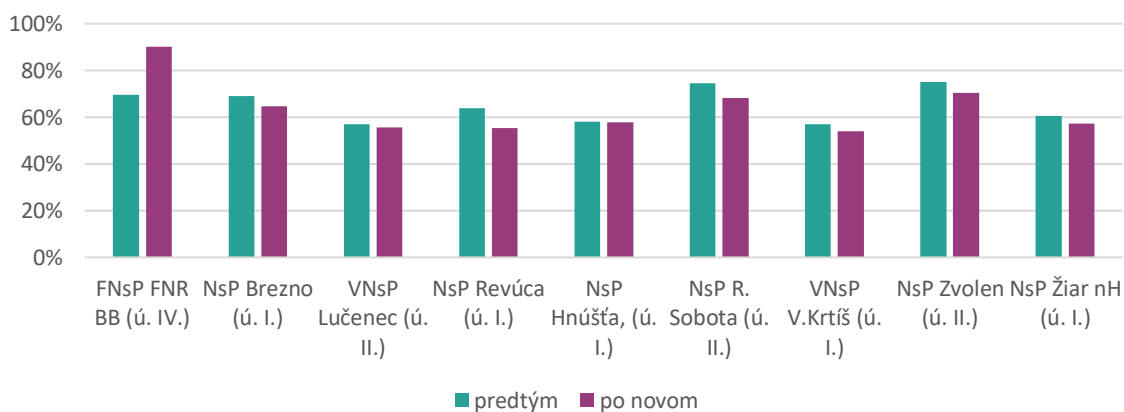


Zdroj: údaje NCZI, 2022. Nová obložnosť vlastné spracovanie IZA

Po zohľadnení oboch možných smerov presunu pacientov by sa obložnosť nemocníc nemusela zásadne zmeniť. Nemocnice II. a IV. úrovne by si uchovali približne rovnakú obložnosť, a teda aj počet pacientov. Produkcia FNŠP FDR BB by zostala na približne rovnakej úrovni. V troch prípadoch by obložnosť nemocníc I. úrovne dokonca narástla, iným klesla len mierne, a teda celkové počty pacientov by sa týmito nemocnicami príliš nezmenili (Graf 10). Pri modelovaní týchto tokov nedelíme lôžkový fond na programy a neposudzujeme samostatne personálne požiadavky programov.

Miera prerozdelenia v rámci jednotlivých programov je odlišná a v niektorých prípadoch si môže vyžadovať istú reorganizáciu fungovania nemocníc. Program, v ktorom očakávame výrazné absolútne aj relatívne presuny, je program hematológie a transfuziológie (Tabuľka P8_B a P9_B). V roku 2022 bolo v BBSK v rámci tohto programu 942 hospitalizačných prípadov v zakázaných alebo neschválených doplnkových programoch 2. až 4. úrovne programov. Väčšina z nich by sa pravdepodobne presunula v rámci regiónu do nemocnice IV. úrovne (do FNŠP FDR BB) a bola by hospitalizovaná najmä na internom oddelení a oddelení hematológie a transfuziológie (vrátane JIS).

Graf 11: Obložnosti interného a hematológie vo všeobecných nemocniciach BBSK



Zdroj: údaje NCZI, 2022. Nová obložnosť vlastné spracovanie IZA

Centralizácia pacientov v rámci tohto programu by mohla mať za následok priemernú obložnosť daných oddelení banskobystrickej nemocnice na úrovni 90 %, pričom optimálna obložnosť, ktorú je podľa OECD možné dosiahnuť bez ohrozenia poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti, predstavuje 80-85 %³³. Tento stav je ale riešiteľný napríklad aj prechodom na systém plávajúcich lôžok v nemocniciach.

Ochota a pripravenosť nemocníc v rámci jednotlivých regiónov spolupracovať bude dôležitejšia ako doposiaľ. Práve spolupráca a vzájomná koordinácia zakladajú predpoklad úspešnej implementácie reformy OSN.

³³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7060560/>

2.3. Personál nemocníc

OSN môže pomôcť využívať súčasné obmedzené zdroje efektívnejšie. Počet zdravotníckeho personálu je na Slovensku dlhodobo kritický. KÚZS precizuje požiadavky na personálne zabezpečenie, tie sa ale prejavajú aj v kvalite a bezpečnosti poskytovanej starostlivosti. Chýbajúci personál v sektore zdravotníctva je dlhodobý jav a nie je dôsledkom OSN. Celkový nedostatok personálu v analýze nie je kvantifikovaný.

Efektívnejšie využívanie zdrojov a precizovanie požiadaviek

Presun personálu nepredstavuje pre verejné financie úsporu ani dodatočnú záťaž. Ide primárne o prerozdelenie súčasných zdrojov. Ani dopad na zdravotné poisťovne by nemal byť z titulu pohybu personálu zásadný. Precizovaním požiadaviek by mal získať pacient, ktorý dostane bezpečnú a kvalitnú starostlivosť. Aktívne manažovanie presunov zdravotníckych pracovníkov však môže byť veľkou výzvou pre nemocnice aj systém ako taký.

Isté presuny sa dajú očakávať, otáznym je rozsah

Očakáva sa, že nastane istý presun personálu, najmä lekárov, z nemocníc nižšej úrovne do vyšších nemocníc, resp. ambulantného sektora, a to z titulu zániku programov. V nemocniciach vyššej úrovne môže nastať dodatočná potreba personálu pre koncentráciu výkonov. Zároveň už dnes tieto vyššie nemocnice počítajú potrebu personálu.

Vyčíslenie tohto vplyvu nie je možné. Do rozhodovania konkrétnych lekárov vstupuje množstvo vplyvov, na konci ide o subjektívne a individuálne rozhodnutie. Navyše, aj v novej sieti môžu nemocnice I. úrovne poskytovať a rozvíjať služby (napr. jednodňové výkony, stacionáre, ambulancie), kde súčasný personál využijú.

Nemocnice nižších úrovní sa obávajú odchodu lekárov

Nemocnice nižších úrovní vnímajú riziko presunu lekárov na vyššie pracoviská, ako aj odchod do súkromných praxí. To najmä v dvoch prípadoch. Po prvé, ak zamestnanci vnímajú schválený doplnkový program ako neudržateľný. Po druhé vtedy, kedy má pracovisko poskytujúce daný program veľa pacientov (čiže existencia programu je žiadúca), zamestnanci pociťujú nadmerný tlak a to zhoršuje ich pracovné podmienky. U sestier a nižšieho zdravotníckeho personálu hrozí aj odchod mimo zdravotnícky sektor.

Kompenzácia týchto vplyvov bude úlohou konkrétnych nemocníc, aby si **personál v potrebnej miere udržali, prípadne prehodnotili svoju stratégiu** a ďalší rozvoj týkajúci sa úrovne a doplnkových programov.

Prísnejšie požiadavky odhalia nedostatkové špecializácie

Nemocnice avizujú problém najmä so stredným zdravotníckym personálom (sestrami), dlhodobo a bez ohľadu na OSN. Najväčším problémom sú sestry (chýba ich 2,6 tis., predstavujú 12 % v ÚZS) a lekári (1,7 tis. chýbajúcich miest, predstavujú 9 %) ³⁴. Sprísnenie personálnych požiadaviek plynúcich z reformy neprehľbí problémy chýbajúcich sestier. Požiadavky zo strany OSN a KÚZS hovoria predovšetkým o potrebe špecializovaných lekárov na pracovisku, či v nemocnici. Počty lekárov vo vzťahu k počtom lôžok upravujú iba v menšej miere.

KÚZS môže napomôcť aj medikom a medičkám. Plynúc z požadovaných limitov pre jednotlivé výkony budú mať lepšiu predstavu o tom, kde a ako často sa k rôznym výkonom dostanú.

Na Slovensku dlhodobo absentuje stratégia ľudských zdrojov v zdravotníctve. Svoju úlohu v tomto procese bude musieť zosť aj regulátor, ktorý nesie zodpovednosť za sieť nemocníc s definovanými štandardami geografickej a programovej dostupnosti.

³⁴ V roku 2023 realizovalo NCZI v spolupráci s IZA Mimoriadny zber údajov o chýbajúcich zdravotníckych pracovníkoch v ÚZS. Do zberu sa nezapojili všetci poskytovatelia, preto boli konečné čísla odhadnuté na základe minulosti a zvyšku sektora.

2.4. Materiálno-technické vybavenie

Reforma precizuje aj požiadavky na materiálno-technické vybavenie jednotlivých programov. Podmienky boli definované s ohľadom na komplexnosť starostlivosti potrebnej na jednotlivých úrovniach nemocníc. Prehľadné pravidlá pomôžu aj prioritizácii nákupov a odlišia nevyhnutné investície od rozvojových.

Je potrebné doplniť veľkú techniku za 56 mil. EUR

Nemocniciam chýba technika za viac ako 56 mil. EUR, aby splnili požiadavky povinných programov³⁵. Po zohľadnení nákladov na stavebné úpravy³⁶ je predpokladaná suma 67 mil. EUR bez DPH. Na schválené doplnkové programy, o ktoré sa nemocnice prihlásili, potrebujú nemocnice doplnenie techniky za 45 mil. EUR bez DPH, vrátane stavebných úprav za 52 mil. EUR bez DPH (detailne v prílohe Tabuľka P10). Kvantifikácia zohľadňovala iba tzv. veľkú techniku (s cenou nad 100 tis. EUR). konkrétne napríklad CT, MR, operačné mikroskopy, robotická chirurgia, USG prístroje, C-ramená, RTG prístroje a pod.. Výsledná kvantifikácia nemusí byť presná a konečná. Okrem počtu jednotlivých strojov má na konečný výsledok vplyv aj skutočne vysúťažená cena.

Na doplnenie prístrojového vybavenia bude možné čerpať zdroje z POO

Zo zdrojov Plánu obnovy a odolnosti bola vyhlásená samostatná výzva pre nemocnice na doplnenie prístrojového vybavenia³⁷. Výzva v hodnote 53 mil. EUR bola vyhlásená v auguste 2023. Objem zdrojov by takto vedel pokryť náklady na chýbajúci techniku v povinných programoch. Okrem kapitálových výdavkov je dôležité aj zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť investícií, obnovu a údržbu techniky v budúcnosti, potrebné množstvo odborného personálu.

³⁵ Kvantifikácia vychádza z údajov, ktoré poskytli samotné nemocnice prostredníctvom dotazníka, ktorým sa vyhodnocovalo plnenie požiadaviek KÚZS a celková pripravenosť nemocníc. Dotazník bol za účelom tejto analýzy vyhodnocovaný iba pre povinné a schválené doplnkové programy jednotlivých nemocníc. Zohľadňovala sa aktualizovaná verzia vyhlášky známa k 31.7.2023, ktorá bude účinná k 1.1.2024. Uvedené priemerné ceny sú odhad Ministerstva zdravotníctva SR.

³⁶ Okrem nákupnej ceny techniky boli pre niektoré prístroje zohľadnené aj náklady na dodatočné úpravy. Pri CT, MR a robotoch sa môže jednať o sumy okolo 216 – 584 tis. EUR bez DPH / kus, celkovo okolo 10-28 mil. EUR.

³⁷ Plánovaná výzva „Nová sieť nemocníc - zlepšenie kvality a efektívnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti - doplnenie prístrojového vybavenia nemocníc“, <https://www.health.gov.sk/?Plan-obnovy-a-odolnosti>

2.5. Infraštruktúra

Okrem personálnych požiadaviek a požiadaviek na materiálno-technické vybavenie budú z OSN a KÚZS vyplývať aj požiadavky na infraštruktúru. Vo všeobecnosti sú slovenské nemocnice skôr priestorovo predimenzované s veľkým investičným dlhom. Pri identifikovaní dodatočných požiadaviek na infraštruktúru sledujeme iba oblasti, ktoré sa priamo viažu na požiadavky OSN a nie sú spôsobené dlhodobou technickou zastaranosťou budov.

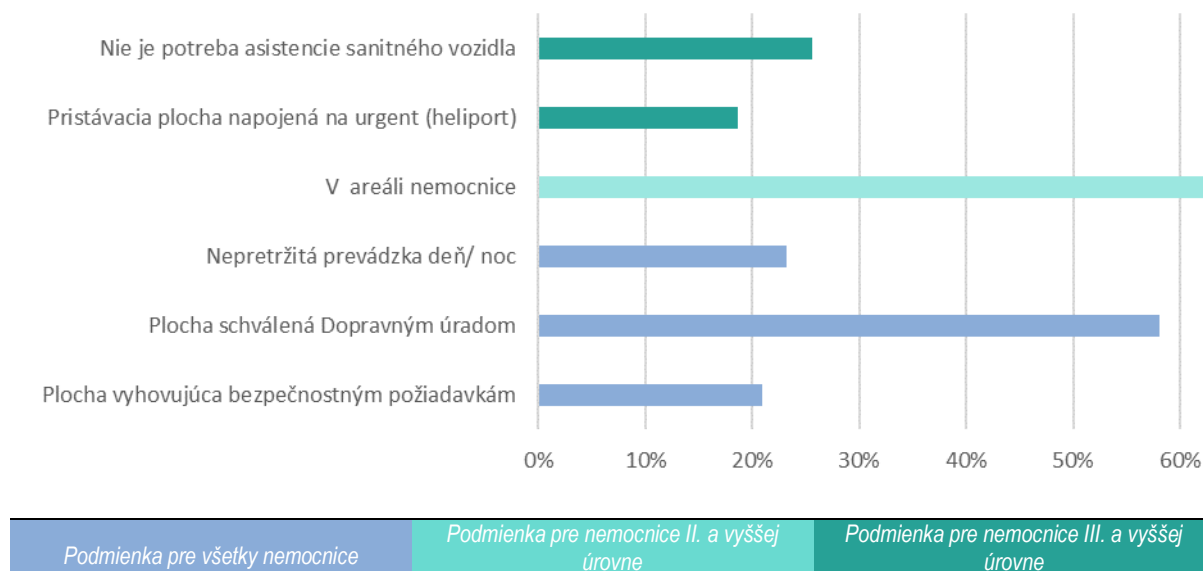
Náklady potrebné na dobudovanie chýbajúcej infraštruktúry tvoria približne 36 mil. EUR bez DPH. Ide o infraštruktúrne požiadavky definované KÚZS týkajúce sa výstavby heliportov, resp. helipadov a zriadenia neonatologickej jednotky intenzívnej starostlivosti.

Nemocniciam chýbajú heliporty a helipady v požadovanej kvalite

Nemocnice poskytujúce 3. a 4. úroveň programu urgentnej medicíny musia disponovať **heliportom priamo napojeným na urgentný príjem**. Nemocnice s 2. úrovňou programu urgentnej medicíny potrebujú **v areáli nemocnice zabezpečiť plochu pre pristávanie** vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby (ďalej len VZZS), tzv. helipad. Heliport aj helipad má umožňovať nepretržitú prevádzku vrtuľníkov a má mať osvedčenie Dopravným úradom.³⁸

Súčasná infraštruktúra pristávacích plôch je vzdialená požadovanému stavu. Nastavené požiadavky dnes plní iba 6 nemocníc. Vrtuľníky často pristávajú na tzv. núdzových pristávacích plochách, ktoré nespĺňajú potrebné bezpečnostné požiadavky a vo viacerých prípadoch sú mimo areálu nemocnice. Pri ostatných nemocniciach nie je splnená aspoň jedna podmienka, väčšinou však viacero (Graf 12)³⁹.

Graf 12: Miera plnenia kritérií pristávacích plôch nemocnicami vzhľadom na svoju úroveň



Zdroj: IZA podľa údajov Air – Transport Europe spol. s r.o.

³⁸ [20220930_5450368-2.pdf \(slov-lex.sk\)](#)

³⁹ Všetky podmienky vzhľadom na svoje zaradenie dnes spĺňajú iba UNB Ružinov, NÚSCH Bratislava, UNLP Košice – Trieda SNP, UNLP Košice – Rastislavova, SÚSCH Banská Bystrica a FN Žilina (za predpokladu jej dlhodobého zaradenia na II. úrovni). Moderným heliportom disponuje aj novopostavená Nemocnica Bory v Bratislave.

Celkové investície do pristávacích plôch sa odhadujú na 29 mil. EUR

Na dobudovanie pristávacích plôch je potrebná investícia 29 mil. EUR bez DPH. Kvantifikácia predpokladá priemerné náklady na dobudovanie helipadu vo výške 500 tis. EUR bez DPH a 2,2 mil. EUR bez DPH v prípade heliportu.⁴⁰ Súčasný plochy v nemocniciach spĺňajú požiadavky plynúce z vyhlášky v rôznej miere, preto sa individuálne náklady môžu líšiť.

Pri plánovaní investícií je potrebné brať v úvahu dlhodobé strategické zámery a smerovanie jednotlivých nemocníc. Bolo by neefektívne postaviť samostatne stojaci heliport v nemocniciach, ktoré majú v budúcnosti ambíciu vybudovať novú nemocnicu, alebo nový urgentný pavilón vrátane heliportu. Okrem samotného financovania investície je potrebné myslieť aj na dlhodobú finančnú udržateľnosť projektu.

Tabuľka 8: Odhad investície do pristávacích plôch pre VZZS (v tis. EUR, bez DPH)

Odhad investície do pristávacích plôch pre VZZS (v tis. EUR)	Počet	Odhadovaná výška investície (tis. EUR)	Suma (tis. EUR)
Nemocnice I. úrovne neplniace aspoň 1 podmienku*	7	500	3 500
Nemocnice II. úrovne neplniace aspoň 1 podmienku	24	500	12 000
Nemocnice III. a vyššej úrovne neplniace aspoň 1 podmienku	6	2 200	13 200
Spolu	37		28 700

Zdroj: IZA

*Pozn.: zahrnuté iba nemocnice prevádzkujúce urgent

Požiadavky na pristávacie plochy nezodpovedajú trendom v krajinách, ktoré sú lídrami v tejto oblasti

Oproti svetovým trendom v letectve a vrtuľníkovej záchrane sú súčasné minimálne normy stanovené KÚZS mierne a neriešia kategóriu používanej techniky. Lídri v tejto oblasti (napr. prevádzkovatelia v Nemecku, Švajčiarsku, či Taliansku) postupne zaraďujú do svojich flotíl väčšie a ťažšie vrtuľníky⁴¹, ktoré ponúkajú pre pacientov a posádku zvýšený komfort a ďalšie možnosti záchrany. Ak by sa raz Slovenská republika chcela vydať týmto smerom, bolo by vhodné, aby nebola limitovaná infraštruktúrou, napríklad nízkou nosnosťou strešných heliportov⁴². Za zmienku stojí aj potreba sledovania inovatívnych technológií, ktoré dnes nie sú ešte adaptované. Jedným z príkladov môže byť využitie dronov v ZZS a na to nadväzujúca infraštruktúra tzv. vertiportov, ktoré raz možno bude potrebné vybudovať v nemocniciach⁴³.

Dobudovanie neonatologických JIS bude stáť 4 mil. EUR

Všetky pôrodnice musia mať neonatologickú JIS (ďalej JISN), niektoré nemocnice II. úrovne nimi dnes nedisponujú a ich dobudovanie sa odhaduje na necelé 4 mil. EUR bez DPH (mimo stavebných úprav). Náklady na dobudovanie JISN pre nemocnice I. úrovne, ktoré poskytujú pôrodnický program na základe schválenej žiadosti, predstavujú asi 2 mil. EUR. Kvantifikácia predstavuje odhad pozostávajúci hlavne z prístrojového vybavenia.

⁴⁰ Odhad nákladov na základe realizovaných investícií v priebehu posledných rokov. Pre zjednodušenie používame termín helipad pre spevnenú plochu, ktorá je umiestnená zväčša na zemi. Termínom heliport označujeme samostatnú stavbu, resp. plochu na streche budovy, i keď v odbornej literatúre sa aj tento typ plochy často označuje ako helipad.

⁴¹ Na Slovensku prevádzkovateľ používa ľahké vrtuľníky s maximálnou vzletovou hmotnosťou do 3,5 tony typu Agusta A109K2, Bell 429 a Eurocopter (Airbus Helicopters) EC135 ([Flotila | AIR - TRANSPORT EUROPE, spol. s r.o. \(ate.sk\)](#)). Viacerí západoeurópski prevádzkovatelia okrem ľahkých typov používajú aj väčšie stroje s maximálnou vzletovou hmotnosťou nad 3,5 tony ako napr. Airbus Helicopters H145 alebo Leonardo AW169 ([Die Flotte der DRF Luftrettung | DRF Luftrettung \(drf-luftrettung.de\)](#), [Babcock Italia Fleet \(helis.com\)](#), <https://www.rega.ch/im-einsatz/flotte-ausruestung>)

⁴² Odhad investičných nákladov nezahŕňa tieto vyššie štandardy

⁴³ <https://www.easa.europa.eu/en/light/topics/emergency-medical-services-vertical-take-and-landing-aircraft>, <https://evtol.news/news/electric-vertical-hems-a-new-era-in-air-ambulance>

V súčasnosti nemá JISN viac ako 50 % pôrodníc v nemocniciach I. a II. úrovne⁴⁴. Pre nemocnice II. úrovne je pôrodnica povinná, preto tie, ktorým dnes JISN chýba⁴⁵, budú musieť dané oddelenie dobudovať. Zvyšné nemocnice I. úrovne⁴⁶ poskytujú tento program na základe schválenej žiadosti ako doplnkový program. Pri strategickom plánovaní investícií nemocníc I. úrovne je potrebné brať v úvahu udržateľnosť pôrodnického programu vzhľadom na potrebu a trend klesajúcej pôrodnosti.

Tabuľka 9: Pôrodnice bez JISN, odhad investície (v tis. EUR bez DPH, mimo stavebných úprav)

	I. úroveň nemocnice	II. úroveň nemocnice	Spolu
Počet nemocníc, ktoré nemajú NJIS	5	9	14
Priemerná odhadovaná investícia (v tis. EUR)		417	
Celková investícia v sektore (v tis. EUR)	2 083	3 750	5 833

Zdroj: IZA

Pacient znova získa

Z pohľadu pacienta, akékoľvek zlepšenie infraštruktúry napomôže zvýšenej bezpečnosti a komfortu pacientov, tak pri novorodeneckých JIS ako aj v prípade heliportov (helipadov). VZZS môže zlepšenie infraštruktúry pristávacích plôch výrazne dopomôcť k bezpečnosti pacientov a posádok, skrátiť čas transportu a zlepšiť možnosti nasadenia pri tomto druhu záchranej zdravotnej služby. Dobudovanie novorodeneckých JIS zas zníži počet prevozov novorodencov a zvýši kvalitu starostlivosti o novorodencov.

⁴⁴ Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odboreneonatólogia, 2006 Dostupné na: http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Koncepcia_neonatologie.pdf

⁴⁵ GPN s.r.o. (Sanatórium Koch), NsP D. Streda, Nem. Piešťany, NsP Bojnice, Nem. Komárno, Nem. Levice, Nem. Topoľčany, HNsp Trstená, Ľubovnianska nem.

⁴⁶ NsP Galanta, NsP Brezno, Nem. Žiar nad Hronom, Vranovská nem., Nem. Krompachy

2.6. Záchranná zdravotná služba a dopravná zdravotná služba

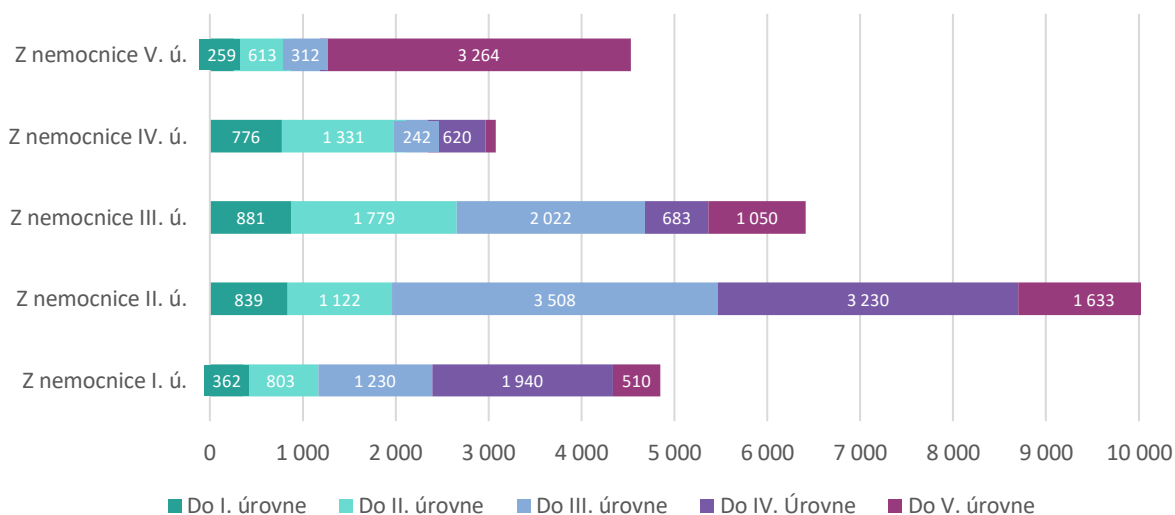
Prerozdelenie prípadov medzi nemocnicami môže viesť k vyšším nárokom na ZZS, sieť nemocníc ale nie je rozhodujúca pre určenie siete sídel staníc ZZS v zmysle geografických bodov odkiaľ ambulancie ZZS vyrážajú. Posádky ZZS budú pri primárnych⁴⁷ zásahoch dlhšie obsadené, ak budú viesť pacienta do vzdialenejšej nemocnice. Pri nezmenenej štruktúre ZZS na zachovanie potrebnej dostupnosti záchranej zdravotnej služby bude potrebný vyšší počet ambulancií ZZS, ale aj personálu v podobe posádok týchto ambulancií ZZS. Kľúčové kritérium pre tvorbu siete je ako rýchlo bude záchrana u volajúceho pacienta. Spolu s reformou nemocníc (OSN a KÚZS) prebieha aj reforma ZZS, v rámci ktorej sa bude meniť aj systém fungovania, napríklad bude zavedený nový typ ambulancie ZZS, tzv. rendezvous“ (ambulancia rýchlej lekárskej pomoci v stretávacom režime "RV") a zvažuje sa aj aktívnejšie zapojenie DZS.

Na druhej strane, správne manažovanie pacienta od začiatku by malo znížiť objem zbytočných sekundárnych⁴⁸ transportov. Tie dnes tvoria asi 8 %⁴⁹ všetkých výjazdov (47 tis. zo 607 tis. v 2019). Definovaním jasnej programovej štruktúry pre všetky úrovne nemocníc by sa mal počet sekundárnych prevozov znížiť.

Sekundárne transporty

Správny manažment a smerovanie pacienta od začiatku môže viesť k zníženiu sekundárnych transportov. Najviac sekundárnych transportov je z nemocníc II. úrovne (vyše 9 tis.). Z pohľadu prijímajúcej nemocnice dominujú prevozy do nemocníc III. a IV. úrovne. Sekundárne transporty medzi nemocnicami V. úrovne predstavujú prevozy medzi nemocnicami UNB a inými špecializovanými nemocnicami v rámci Bratislavy.

Graf 13: Sekundárne transporty z nemocníc podľa úrovne pre roky 2022



Zdroj: IZA na základe dát OS ZZS, 2022

⁴⁷ Primárny zásah = priamo na mieste nehody, resp. náhleho zhoršenia zdravotného stavu

⁴⁸ Sekundárny transport = medzi nemocničný prevoz pacienta

⁴⁹ https://155.sk/subory/dokumenty/vyrocne_spravy/Vyrocná_správa_OSZZSSR_2022.pdf

Je potrebné zefektívniť aj fungovanie DZS. Podľa expertných odhadov až 80 % dnes vykonávaných sekundárných transportov by mohli v budúcnosti vykonávať posádky DZS. Využívanie ZZS na sekundárne transporty je drahé, neefektívne a vyťažuje zdravotnícky personál.

Využívanie ZZS k pôrodom pravdepodobne vzrastie len marginálne

Od 1. januára 2024 malo dôjsť k prerozdeleniu HP z 5 pôrodníc, zásadný dopad na ZZS sa však nepredpokladal⁵⁰. Na základe údajov o výjazdoch roka 2022 predstavuje očakávaný dopad na ZZS 3 % nárast výjazdov k pôrodom oproti súčasnosti. V absolútnom vyjadrení je to nárast o 206 výjazdov (oproti 6795)⁵¹.

Tabuľka 10: Predpokladaný nárast výjazdov ZZS k pôrodu v regiónoch s presunutými pôrodnicami, 2022

Presúvaná pôrodnica	NsP Myjava	Nem. Partizánske	NsP Revúca	Nem. Snina	NsP Kr. Chlm.
Počet pôrodov 2022	259	285	270	265	321
% pôrodov so ZZS	3 %	8 %	38 %	4 %	32 %
Susediace pôrodnice v 3 najbližších mestách (región)	Skalica Piešťany Trenčín	Topoľčany Bojnice Trenčín	Rožňava R. Sobota Lučenec	Humenné Vranov n/T Michalovce	Trebišov Michalovce Košice
% pôrodov so ZZS v regióne	4 %	4 %	38 %	29 %	23 %
Dodatočné zásahy ZZS	11	10	63	73	49

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát od OS ZZS, r. 2022

Kvantifikácia predpokladá nárast dopytu po ZZS spôsobený zhoršenou geografickou dostupnosťou na úrovni priemeru regiónu. OSN pri pôrodniciach sa dotkne iba prípadov, kde v aktuálnej situácii ZZS pri pôrode nezasahuje⁵². Hoci pri pôvodnej geografickej dostupnosti by tieto rodičky prišli do pôrodnice samostatne, časť z nich tak v novom usporiadaní z dôvodu zhoršenej geografickej dostupnosti a ďalších príčin neurobí.⁵³ Ako východiskový rok sa použil 2022 (detailne v prílohe Tabuľka P11).

Podiel pôrodov, kde zasahovala ZZS, sa v rámci jednotlivých častí Slovenska značne líši. Veľké regionálne rozdiely indikujú, že ide o problém do istej miery aj ekonomický a sociálny. Medzi príčiny môže patriť horšia cestná infraštruktúra, vyšší podiel marginalizovaných a vylúčených komunit v regióne, či celkovo horšia socio-ekonomická situácia daného regiónu.

⁵⁰ V októbri 2023 MZ SR odložilo toto opatrenia do doby, kým bude zabezpečená cesta pacienta a zosúladená reforma ZZS s OSN.

⁵¹ Dáta od OS ZZS

⁵² Príklad: V Partizánskom v roku 2022 prebehlo 285 pôrodov, z toho 8 % (22 prípadov) prišlo ZZS, 263 samostatne. Vážený priemer prípadov dovezených k pôrodu ZZS pre najbližšie 3 nemocnice sú 4 %. Predpokladáme, že 4 % zo zostávajúcich 263 pacientiek, čiže 10, príde k pôrodu prostredníctvom ZZS.

⁵³ Táto časť sa dá vyjadriť ako vážený priemer percenta pacientiek v regióne, ktoré ZZS za týmto účelom využívajú.

Tabuľková príloha

Príloha obsahuje aj údaje za rok 2019 pre prípadné porovnanie.

Tabuľka P1: Agregované priemerné obložnosti nemocníc po úrovniach a krajoch, rok 2019

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	61%	60%	52%	59%	59%	63%	64%	62%	63%
II.	65%	75%	50%	63%	66%	68%	60%	67%	71%
III.	72%	n.a.	66%	78%	71%	74%	61%	70%	n.a.
IV.	66%	62%	n.a.	n.a.	64%	n.a.	65%	n.a.	67%
V.*	66%	67%	76%	n.a.	n.a.	n.a.	57%	54%	n.a.
	Za každý kraj spolu >	67%	57%	68%	67%	71%	63%	65%	68%

Poznámka: Priemerná obložnosť je spracovaná za všeobecné aj špecializované nemocnice (v TT, BB, PO kraji sú na V. úrovni iba špecializované nemocnice)

Zdroj: IZA na základe dát NCZI, 2019

Tabuľka P2_A: Počet pacientov iba v zakázaných programoch po krajoch za úroveň nemocníc, rok 2019

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	41 155	3 843	5 277	4 236	948	3 543	5 591	8 447	9 270
II.	5 114	73	314	461	1 451	495	411	776	1 133
III.	8 226	-	12	19	63	454	5 832	1 720	126
IV.	66	-	-	-	1	-	40	-	25
V.	5	-	-	-	-	-	5	-	-
Spolu	54 566	3 916	5 603	4 716	2 463	4 492	11 879	10 943	10 554

** bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok*

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2019

Tabuľka P2_B: Počet pacientov iba v zakázaných programoch po krajoch za úroveň nemocníc, rok 2022

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	26 198	2 476	2 385	3 031	433	1 923	3 826	7 562	4 562
II.	5 132	0	525	596	931	702	567	910	901
III.	635	0	9	49	38	474	0	65	0
IV.	10	0	0	0	0	0	1	0	9
V.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spolu	31 975	2 476	2 919	3 676	1 402	3 099	4 394	8 537	5 472

** bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok*

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2022

Tabuľka P3_A: Počet pacientov iba v neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň nemocníc, 2019

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	23 779	2 010	21	7 564	1 929	89	3 819	4 646	3 701
II.	32 849	114	4 741	4 112	4 169	4 538	4 178	5 319	5 678
III.	7 277	-	1 279	1 043	1 811	1 207	879	980	78
IV.	163	4	-	-	2	-	40	-	117
V.	542	542	-	-	-	-	-	-	-
Spolu	64 610	2 670	6 041	12 719	7 911	5 834	8 916	10 945	9 574

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2019

Tabuľka P3_B: Počet pacientov iba v neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň nemocníc, 2022

Úroveň nemocnice	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
I.	77	0	0	0	0	0	2	0	75
II.	25 061	112	3880	2794	3 754	3582	2478	3634	4 827
III.	4 445	0	559	661	572	1180	123	1 207	143
IV.	3589	462	0	0	1229	0	329	0	1569
V.	5172	3081	53	0	0	0	275	1763	0
Spolu	38 344	3 655	4 492	3 455	5 555	4 762	3 207	6 604	6 614

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2022

Tabuľka P4_A: Počet pacientov v zakázaných programoch po krajoch za úroveň programov, 2019

Program	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
5	298	2	7	12	18	66	55	39	99
4	4 024	29	275	332	785	657	325	830	791
3	33 119	2 097	3 542	1 914	1 255	2 528	8 998	5 967	6 818
2	17 125	1 788	1 779	2 458	405	1 241	2 501	4 107	2 846
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SPOLU	54 566	3 916	5 603	4 716	2 463	4 492	11 879	10 943	10 554

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2019

Tabuľka P4_B: Počet pacientov v zakázaných programoch po krajoch za úroveň programov, 2022

Program	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
5	253	1	23	12	28	59	19	26	85
4	4 668	21	369	488	612	1070	401	1041	666
3	13 982	963	1 307	1 430	503	1 279	2 493	3 833	2 174
2	13 072	1 491	1 220	1 746	259	691	1 481	3 637	2 547
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SPOLU	31 975	2 476	2 919	3 676	1 402	3 099	4 394	8 537	5 472

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Tabuľka P5_A: Počet pacientov v neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň programov, 2019

Program	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
5	44	-	-	-	1	6	18	-	19
4	1 901	-	211	367	350	562	15	382	14
3	27 289	645	3 948	3 723	4 356	3 037	4 019	3 744	3 817
2	35 350	2 015	1 882	8 626	3 204	2 229	4 857	6 813	5 724
1	26	10	-	3	-	-	7	6	-
Spolu	64 610	2 670	6 041	12 719	7 911	5 834	8 916	10 945	9 574

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2019

Tabuľka P5_B: Počet pacientov v neschválených doplnkových programoch po krajoch za úroveň programov, 2022

Program	SVK (spolu)	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE
5	116	3	0	0	1	0	80	2	30
4	2 980	205	276	422	361	356	29	1257	74
3	23 023	1 624	2 773	2 213	4 019	2 628	2 105	3 428	4 233
2	12 225	1 823	1 443	820	1 174	1 778	993	1 917	2 277
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spolu	38 344	3 655	4 492	3 455	5 555	4 762	3 207	6 604	6 614

* bez Nemocnice sv. Michala v BA a bez UVN Ružomberok
Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Tabuľka P6_A: Prehľad o poskytovateľoch ústavnej zdravotnej starostlivosti, bez špecializovaných ústavov, 2019

Kraj	Spolu po krajoch	Počet PZS podľa úrovne nemocnice					Súčet po krajoch	Počet pacientov podľa úrovne nemocnice (v tis.)				
		I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V
BA	10	5	0	0	0	5	113	22	0	0	0	91
TT	5	1	3	1	0	0	74	16	32	26	-	-
TN	9	6	2	1	0	0	93	20	35	38	-	-
NR	7	2	4	1	0	0	102	5	62	34	-	-
ZA	7	1	4	2	0	0	147	12	61	74	-	-
BB	10	6	3	0	1	0	104	27	38	-	39	-
PO	10	5	4	1	0	0	144	38	64	42	-	-
KE	9	4	4	0	1	0	137	31	58	-	49	-
Spolu SVK	67	30	24	6	2	5 ⁵⁴	913	171	350	214	87	91

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2019

Tabuľka P6_B: Prehľad o poskytovateľoch ústavnej zdravotnej starostlivosti, bez špecializovaných ústavov, 2022

Kraj	Spolu po krajoch	Počet PZS podľa úrovne nemocnice					Súčet po krajoch	Počet pacientov podľa úrovne nemocnice (v tis.)				
		I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V
BA	10	5	0	0	0	5	98	21	0	0	0	77
TT	5	1	3	1	0	0	68	13	27	28	-	-
TN	9	6	2	1	0	0	83	18	32	32	-	-
NR	7	2	4	1	0	0	87	3	55	29	-	-
ZA	7	1	4	2	0	0	129	10	51	68	-	-
BB	10	6	3	0	1	0	85	21	33	-	31	-
PO	10	5	4	1	0	0	131	33	55	43	-	-
KE	9	4	4	0	1	0	119	25	51	-	43	-
Spolu SVK	67	30	24	6	2	5	800	144	305	200	74	77

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2022

⁵⁴ UNBA tvorená viacerými entitami/ nemocnicami

Tabuľka P7_A: Prehľad o poskytovateľoch ústavnej zdravotnej starostlivosti, vrátane špecializovaných ústavov, 2019

Kraj	Spolu po krajoch	Počet PZS podľa úrovne nemocnice					Súčet po krajoch	Počet pacientov podľa úrovne nemocnice (v tis.)				
		I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V
BA	19	5	3	0	2	9 ⁵⁵	166	22	5	0	7	132
TT	6	1	3	1	0	1	76	16	32	26	-	2
TN	9	6	2	1	0	0	93	20	35	38	-	-
NR	11	2	6	1	2	0	116	5	69	34	8	-
ZA	8	1	4	3	0	0	152	12	61	80	-	-
BB	16	6	3	3	3	1	126	27	38	9	47	5
PO	13	5	4	2	0	2	157	38	64	45	-	9
KE	15	4	5	1	5	0	162	31	59	1	71	-
Spolu SVK	97	30	30	12	12	13	1 049	171	363	233	133	148

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2019

Tabuľka P7_B: Prehľad o poskytovateľoch ústavnej zdravotnej starostlivosti, vrátane špecializovaných ústavov, 2022

Kraj	Spolu po krajoch	Počet PZS podľa úrovne nemocnice					Súčet po krajoch	Počet pacientov podľa úrovne nemocnice (v tis.)				
		I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V
BA	19	5	3	0	2	9	148	21	5	0	7	115
TT	6	1	3	1	0	1	70	13	27	28	-	2
TN	9	6	2	1	0	0	83	18	32	32	-	-
NR	11	2	6	1	2	0	97	3	58	29	7	-
ZA	8	1	4	3	0	0	135	10	51	74	-	-
BB	17	6	4	3	3	1	106	21	34	8	39	4
PO	13	5	4	2	0	2	142	33	55	46	-	7
KE	16	4	6	1	5	0	143	25	54	1	63	-
Spolu SVK	99	30	32	12	12	13	923	144	316	218	117	128

Zdroj: IZA na základe dát OSN, 2022

⁵⁵ 5 nemocníc UNBA a partnerské nemocnice

Tabuľka P8_A: Presuny v rámci programov. Top 8 najviac a najmenej presúvaných programov podľa podielu presunov, 2019

Názov programu	počet presúvaných HP	celkový počet HP	podiel (v %)
Program spánkovej medicíny	681	1 163	58.60%
Program paliatívnej medicíny	377	698	54.00%
Dermatovenerologický program	9 798	23 115	42.40%
Program pediatrickej infektológie	1 225	3 009	40.70%
Program pediatrickej imunológie a alergológie	31	77	40.30%
Nefrologický program	7 694	19 304	39.90%
Infektologický program	2 463	6 234	39.50%
Program pediatrickej reumatológie	503	1 444	34.80%
Kardiochirurgický program	60	2 590	2.30%
Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	285	12 698	2.20%
Program pre orgánové transplantácie	12	562	2.10%
Psychiatrický program	530	27 063	2.00%
Program internej medicíny	181	21 200	0.90%
Program radiačnej onkológie	34	4 159	0.80%
Program intervenčnej kardiológie	132	17 019	0.80%
Program nukleárnej medicíny	0	868	0.00%

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2019

Tabuľka P8_B: Presuny v rámci programov. Top 8 najviac a najmenej presúvaných programov podľa podielu presunov, 2022

Názov programu	počet presúvaných HP	celkový počet HP	podiel (v %)
Program paliatívnej medicíny	1 369	1 834	74.6%
Program hematológie a transfuziológie	7 570	17 226	43.9%
Program pediatrickej infektológie	878	2 018	43.5%
Program pediatrickej reumatológie	432	1 031	41.9%
Nefrologický program	5 566	13 775	40.4%
Program pediatrickej imunológie a alergológie	30	87	34.5%
Infektologický program	1 820	5 291	34.4%
Program pediatrickej hematológie a onkológie	1 714	5 053	33.9%
Program internej medicíny	211	18 032	1.2%
Psychiatrický program	197	26 757	0.7%
Pôrodnický program	405	65 964	0.6%
Neonatologický program	242	51 793	0.5%
Neinvazívny kardiovaskulárny program	254	55 981	0.5%
Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	34	8 499	0.4%
Program pediatrickej neurológie	13	5 115	0.3%
Oftalmologický program	222	94 094	0.2%

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Tabuľka P9_A: Presuny v rámci programov. Top 8 najviac a najmenej presúvaných programov podľa celkového počtu presunov, 2019

Názov programu	počet presúvaných HP	celkový počet HP	podiel (v %)
Oftalmologický program	15 014	94 622	15.90%
Otorinolaryngologický program	11 985	44 840	26.70%
Dermatovenerologický program	9 798	23 115	42.40%
Program klinickej onkológie	8 704	39 804	21.90%
Nefrologický program	7 694	19 304	39.90%
Traumatologický program	6 840	77 428	8.80%
Program gastroenterológie a hepatológie	6 263	49 722	12.60%
Neurologický program	4 696	86 229	5.40%
Program intervenčnej kardiológie	132	17 019	0.80%
Kardiochirurgický program	60	2 590	2.30%
Program klinickej imunológie a alergológie	44	249	17.70%
Program radiačnej onkológie	34	4 159	0.80%
Program pediatrickej imunológie a alergológie	31	77	40.30%
Program pre orgánové transplantácie	12	562	2.10%
Program pediatrickej spánkovej medicíny	8	148	5.40%
Program nukleárnej medicíny	0	868	0.00%

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2019

Tabuľka P9_B: Presuny v rámci programov. Top 8 najviac a najmenej presúvaných programov podľa celkového počtu presunov, 2022

Názov programu	počet presúvaných HP	celkový počet HP	podiel (v %)
Otorinolaryngologický program	8 948	34 209	26.2%
Program hematológie a transfuziológie	7 570	17 226	43.9%
Program klinickej onkológie	6 338	30 162	21.0%
Nefrologický program	5 566	13 775	40.4%
Traumatologický program	5 361	72 940	7.3%
Program nevaskulárnych intervencií	3 652	12 874	28.4%
Dermatovenerologický program	3 095	9 297	33.3%
Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	2 988	20 361	14.7%
Kardiochirurgický program	41	2 563	1.6%
Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	34	8 499	0.4%
Program pediatrickej imunológie a alergológie	30	87	34.5%
Program pediatrickej neurológie	13	5 115	0.3%
Program pre orgánové transplantácie	7	440	1.6%
Program klinickej imunológie a alergológie	6	205	2.9%
Program pediatrickej spánkovej medicíny	6	226	2.7%
Program nukleárnej medicíny	1	837	0.1%

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Tabuľka P10: Chýbajúca technika (v tis. EUR, bez DPH)

Chýbajúce stroje z titulu vyhlášky k OSN	Priemerná cena (tis. EUR)	Počet (pre povinné programy)	Celkový objem pre povinné programy (tis. EUR)	Počet (pre doplnkové programy)	Celkový objem pre doplnkové programy (tis. EUR)
C-rameno	249	9	2 244	2	499
CT	1 087	12	13 044	11	11 957
CT/ MR navigácia	346	1	346	2	692
Lineárny urýchľovač	1 349	3	4 047	3	4 047
MR	1 492	10	14 922	1	1 492
Operačný mikroskop	403	2	806	8	3 224
O-rameno	669	2	1 339		
PET	2 791	1	2 791	2	5 583
robot	2 390	6	14 342	7	16 733
RTG	143	2	285	4	570
SPECT	836	1	836		
USG	118	5	589		
Spolu prístroje			55 592		44 797
Stavebné úpravy pre CT, MR, robota (stredný odhad)	400	28	11 200	19	7 600
Spolu prístroje a stavebné úpravy			66 792		52 397

Zdroj: IZA na základe údajov OSN, 2022

Tabuľka P11: Odhad nárastu výjazdov ZZS k pôrodu v regiónoch s presunutými pôrodnicami

Presúvaná pôrodnica	NsP Myjava	Nem. Partizánske	NsP Revúca	Nem. Snina	NsP Kr. Chlm.
Počet pôrodov 2022	259	285	270	265	321
Pôrody so ZZS	7	22	103	10	103
% pôrodov so ZZS	3%	8%	38%	4%	32%
Susediaca pôrodnica 1	FNsP Skalica	SZ Topoľčany	NsP Rožňava	Nem. Humenné	NsP Trebišov
Počet pôrodov	673	650	491	531	614
Z toho % dovezených ZZS	6%	2%	49%	12%	72%
Susediaca pôrodnica 2	Nem. Piešťany	NsP Bojnice	SZ - R. Sobota	Vranovská nem.	NsP Michalovce
Počet pôrodov	513	747	958	607	1019
Z toho % dovezených ZZS	3%	4%	38%	30%	36%
Susediaca porodnica 3	FN Trenčín	FN Trenčín	VNsP Lučenec	NsP Michalovce	UNLP KE
Počet pôrodov	2037	2037	667	1019	2506
Z toho % dovezených ZZS	4%	4%	30%	36%	5%
"Ostávajúce pacientky na prevoz	252	263	167	255	218
Priemerné % prevážaných pacientok v regióne	4%	4%	38%	29%	23%
Naviac prevážané pacientky	11	10	63	73	49

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát od OS ZZS, r. 2022

Použité skratky

ANS	Asociácia nemocníc Slovenska
AŠN	Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky
BBSK	Banskobystrický samosprávny kraj
CAPEX	Capital expenditures - kapitálové výdavky
CKS DRG	Centrum pre klasifikačný systém DRG
CMI	Case mix index ⁵⁶
DP	Doplňkový program
DRG	Diagnosis related groups, systém financovania ⁵⁷
DZS	Dopravná zdravotná služba
EBM	Evidence based medicine – medicína založená na dôkazoch
EÚ	Európska únia
FN	Fakultná nemocnica
FNsP	Fakultná nemocnica s poliklinikou
FNsP FDR BB	Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica
HP	Hospitalizačný prípad
IZA	Inštitút zdravotných analýz
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
JISN	Jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov
KÚZS	Kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti
MS	Medicínska služba
MTZ	Materiálno-technické zabezpečenie
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
nDP	Neschválený doplnkový program
NsP	Nemocnica s poliklinikou
NÚSCH	Národný ústav srdcovo-cievnych chorôb Bratislava
OPEX	Operational expenditures - prevádzkové náklady
OSN	Optimalizácia siete nemocníc
OS ZZS	Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby
POO	Plán obnovy a odolnosti
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
PRUZ	Prospektívny rozpočet
RVS	Rozpočet verejnej správy
SP	Sociálna poisťovňa
SÚSCH	Stredoslovenský ústav srdcovo-cievnych chorôb Banská Bystrica
TEP	Totálna endoprotéza (ortopedický operačný zákrok)
ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze
UNB	Univerzitná nemocnica Bratislava
UNLP KE	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
VŠZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

⁵⁶ [Základné informácie | CKS DRG](#)

⁵⁷ [Základné informácie | CKS DRG](#)

VZP	Verejné zdravotné poistenie
VZZS	Vrtuľníková záchranná zdravotná služba
Z	Zakázaný (program)
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZS	Zdravotná starostlivosť
ZZS	Záchranná zdravotná služba



2024