



**Metodika na meranie rozdielov v zdravotnom
stave a využívaní služieb zdravotnej starostlivosti
medzi MRK a všeobecnou populáciou**

Január 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

Peter Barančok (IZA)
Petra Ištokovičová (IZA)
Viera Markušová (IZA)

peter.barancok@health.gov.sk
petra.istokovicova@health.gov.sk
viera.markusova@health.gov.sk

Upozornenie

Materiál prezentuje názory autorov Inštitútu zdravotných analýz (IZA), ktoré nemusia nutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva zdravotníctva. Cieľom publikovania analýz, komentárov a ďalších výstupov 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. Materiál bol vypracovaný v rámci plnenia Aktivity Akčného plánu Zdravie k Stratégii rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030.

Podakovanie

Za spoluprácu a cenné informácie by sme sa chceli poďakovať Andrejovi Belákovi z Ústavu etnológie a sociálnej antropológie SAV a Tatiane Grauzelovej zo Zdravých regiónov. Takisto Daniele Kállayovej z Ministerstva zdravotníctva SR, zástupcom Úradu splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity, Tomášovi Szalayovi ako expertovi z Health Policy Institute a všetkým členom pracovnej skupiny v súvislosti s implementáciou Akčného plánu zdravia k Stratégii rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030.

Obsah

Obsah.....	3
Zhrnutie	4
Zoznam skratiek	6
1. Úvod.....	7
2. Metodika.....	8
2.1. Zdroj údajov	8
2.2. Určenie vzoriek pacientov	8
2.3. Porovnávacie analýzy	9
1. Čerpanie zdravotnej starostlivosti	9
1. Výskyt skupín ochorení.....	10
3. Limitácie a odporúčania.....	11

Zhrnutie

V predkladanom dokumente je prezentovaná metodika, ktorá vznikla na základe požiadavky pracovnej skupiny k Akčnému plánu Zdravie k Stratégii rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030¹. **Metodika slúži ako návod na vypracovanie pravidelných správ o rozdieloch v čerpaní zdravotnej starostlivosti a vo výskyte skupín ochorení medzi marginalizovanými rómskymi komunitami (MRK) a všeobecnou populáciou** (pacienti, ktorých metodika neidentifikuje ako patriacich do MRK populácie, ďalej označovaná ako ne-MRK). Vypracovanie správy má v gescii Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity (ÚSVRK).

Tvorba metodického materiálu bola podmienená dostupnosťou dát, s ktorými sme pracovali pri porovnávacích analýzach. Na účel testovania metodiky sme použili databázu Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI), v ktorej sú dostupné dáta o uhradenej zdravotnej starostlivosti (ZS). Skupinu pacientov MRK sme identifikovali podľa údajov o pacientoch všeobecných lekárov, ktorí podľa vlastného kvalifikovaného odhadu majú medzi svojimi pacientmi aspoň 70 % pacientov z prostredia MRK - 11 všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) a 31 všeobecných lekárov pre deti a dorast (VLDD). Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS) bol získaný prostredníctvom Zdravých regiónov (ZR), p. o. MZ SR.

Metodiku sme vytvorili na základe porovnávacích analýz. Z momentálne dostupných dát vieme:

- pozorovať rozdiely v čerpaní zdravotnej starostlivosti medzi MRK a ne-MRK pacientmi
- pozorovať a vyhodnotiť výskyt jednotlivých skupín ochorení v rámci medzinárodnej klasifikácii chorôb MKCH-10.

Pri čerpaní zdravotnej starostlivosti sa pre každú skupinu ochorení ku každému pacientovi z MRK populácie dopáral práve jeden pacient z ne-MRK populácie v rovnakom veku a s rovnakým pohlavím. Počas analýzy sa pacienti rozdelili do dvoch vekových kategórií (menej ako 18 a 18 a viac rokov) a pri každej skupine ochorení sa sledovalo 5 typov ZS a to: ambulatná zdravotná starostlivosť, ústavná zdravotná starostlivosť, lieky, zdravotné pomôcky a doprava pacientov.

Pri porovnávaní rozdielov vo výskyte skupín ochorení sa nevyberala k pacientom z MRK populácie analogická vzorka pacientov z ne-MRK populácie, ale pracovalo sa so všetkými pacientmi ne-MRK populácie, t.j. so všetkými pacientmi, ktorí mali v roku 2022 uhradenú ZS u VLD/VLDD mimo tých, ktorí boli identifikovaní

¹ https://romovia.vlada.gov.sk/site/assets/files/1456/akcny_plan_pre_prioritnu_oblast_zdravie_2022-2024.pdf

ako PZS so 70 a viac percentným zastúpením MRK populácie. Pacienti sa tentokrát nerozdeľovali do dvoch vekových kategórií, ale sledoval sa každý rok veku zvlášť.

Limitácie metodiky spočívajú vo viacerých aspektoch. Momentálne disponujeme dátami len za uhradenú zdravotnú starostlivosť, a teda nemáme úplný obraz o pacientoch, ktorí k lekárom nechodia. Takisto nemáme k dispozícii dáta o nevyužitej zdravotnej starostlivosti alebo o zdravotnej starostlivosti, ktorú si pacient hradí sám. Zoznam MRK PZS poskytli Zdravé regióny a keďže nie všetci VLD a VLDD s nimi spolupracujú, môže sa stať, že niektorých pacientov z MRK priradujeme k ne-MRK populácii.

V metodike takisto odporúčame prizvať na interpretáciu výsledkov analýzy klinických konzultantov.

Do budúcnosti v závislosti od dostupnosti navrhujeme rozšíriť dáta o kapítovaných pacientov, takisto rozšíriť dáta o vykázanú ZS, nie len hradenú. Navrhujeme rozšíriť zoznam PZS starajúcich sa o MRK pacientov.

Zoznam skratiek

IZA	Inštitút zdravotných analýz MZ SR
MRK	Marginalizované rómske komunity
MZ SR	Ministerstvo Zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
PZS	Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti
ÚSVRK	Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity
VLD	Všeobecný lekár pre dospelých
VLDD	Všeobecný lekár pre deti a dorast
ZP	Zdravotné poisťovne
ZS	Zdravotná starostlivosť

1. Úvod

Národný strategický rámec – **Stratégia rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030** (ďalej len **Stratégia 2030**) bola prijatá vládou Slovenskej republiky dňa 07.04.2021 uznesením č. 181/2021. Dokument je strategickým záväzkom vlády Slovenskej republiky, ktorý definuje smerovanie verejných politík s cieľom dosiahnuť zmeny v oblasti rovnosti a inklúzie Rómov. Jednou z hlavných priorít je oblasť zdravia. Globálnym cieľom pre oblasť zdravia je znižovanie nerovnosti v zdraví medzi Rómami a všeobecnou populáciou Slovenskej republiky. Doterajšie štúdie totiž systematicky indikujú výrazne horší zdravotný stav osôb z MRK v porovnaní s väčšinovou populáciou.

Pod záštitou Úradu splnomocnenca vlády pre rómske komunity Slovenskej republiky, MZ SR a Inštitút zdravotných analýz (IZA) v zmysle Akčného plánu Prioritnej oblasti Zdravie k Stratégii rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030 (Akčný plán) **pripravil návrh metodiky na meranie a vyhodnocovanie rozdielov v zdravotnom stave a v determinantoch zdravotného stavu medzi marginalizovanými rómskymi komunitami a všeobecnou populáciou**. Výstupy z meraní sa budú dať využívať pri nastavovaní zdravotných politík. IZA sa takisto zaviazal poveriť a vyškoliť pracovníkov tvorbou pravidelných monitorovacích správ o nerovnostiach v zdraví medzi MRK a všeobecnou populáciou podľa navrhovanej metodiky. Po rokovaníach s ÚSVRK nakoniec došlo k rozhodnutiu, že tvorba monitorovacích správ bude v gescii ÚSVRK. IZA sa zaviazala participovať na tvorbe správy sprístupnením a zastrešením dát.

Tvorba metodického materiálu bola podmienená dostupnosťou údajov a dát, preto pri príprave metodiky sa musel základ metodiky upraviť a poňať z iného pohľadu. Pôvodne bolo pri aktivite 1.1.1 Akčného plánu Prioritnej oblasti Zdravie navrhnuté vytvoriť návrh metodiky na meranie a vyhodnocovanie rozdielov v zdravotnom stave medzi MRK a všeobecnou populáciou. Z momentálne dostupných dát je možné pozorovať rozdiely v čerpaní zdravotnej starostlivosti medzi MRK a všeobecnou populáciou. Rovnako tak pozorovať a vyhodnotiť výskyt jednotlivých skupín ochorení v rámci medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10. V rámci diskusií pracovnej skupiny bola dosiahnutá zhoda na používaní termínu „čerpanie zdravotnej starostlivosti“ namiesto „prístupu k zdravotnej starostlivosti“. Samotný prístup k zdravotnej starostlivosti je definovaný legislatívnymi rámcami a na základe dostupných dát nie je možné prístup MRK k zdravotnej starostlivosti správne vyhodnotiť. Čerpanie zdravotnej starostlivosti môžeme chápať ako jeden z výsledkov prístupu k zdravotnej starostlivosti, resp. ako jeden z indikátorov prístupu k zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne sú povinné zabezpečiť dostupnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu, ktorý upravuje zákon. Túto povinnosť plnia uzatváraním zmlúv o poskytovaní

zdravotnej starostlivosti s príslušnými poskytovateľmi. Verejná minimálna sieť poskytovateľov (minimálna sieť) je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky alebo na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu (príslušné územie) v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť.²

2. Metodika

2.1. Zdroj údajov

Pre účel testovania metodiky sme pracovali s administratívnymi dátami zdravotných poisťovní, ktoré tieto reportujú do Národného centra zdravotníckych informácií. NCZI je štátna príspevková organizácia, ktorej zriaďovateľom je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Databáza NCZI je štandardizovanou databázou. V databáze sa nachádza iba uhradená zdravotná starostlivosť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami (ZP). Prístup IZA k dátam je do určitej miery limitovaný. Na účely tejto metodiky sme sa zamerali na porovnanie administratívnych dát zdravotných poisťovní, ktoré reportujú do NCZI. Viac informácií k limitáciám metodiky a dát nájdete v časti 3 tohto textu.

2.2. Určenie vzoriek pacientov

Ústredným metodickým problémom pri zámeroch kvantitatívne porovnávať zástupcov etnických menšín so všeobecnými populáciami je vysoké etické a legislatívne riziko spojené s vytváraním a spravovaním databáz, z ktorých by bolo možné usudzovať na príslušnosť jednotlivcov k daným menšinám – špeciálne v prípadoch, kedy ide o etnické menšiny s dobre zdokumentovanou históriou vystavenia etnickému útlaku. Predkladaná metodika tento problém rieši prostredníctvom zavedenia a porovnania dvoch agregovaných skupín pacientov, medzi ktorými je významne rozdielna pravdepodobnosť zastúpenia pacientov z prostredia MRK. Skupinu s vysokým zastúpením MRK pacientov sme identifikovali podľa údajov o pacientoch všeobecných lekárov, ktorí podľa vlastného kvalifikovaného odhadu majú medzi svojimi pacientmi aspoň 70 % pacientov z prostredia MRK. Tieto údaje boli získané prostredníctvom Zdravých regiónov (ZR), p. o. MZ SR, ktoré v rámci Národného Projektu Zdravé komunity (NP) službami v oblasti podpory zdravia na dennej báze dlhodobo pokrývajú približne 75 % všetkých MRK v SR. Koordinátori a asistenti podpory zdravia NP ZK oslovovali lekárov, s ktorými spolupracujú, a ku ktorým chodia ich MRK klienti. Spomedzi všetkých lekárov boli teda do výberu vybratí tí, ktorí majú podľa vlastného kvalifikovaného

² Zákon č. 578/2004 Z.z. (o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov), § 5

odhadu nad určený podiel kapítovaných pacientov z MRK. Lekári boli oslovení listom zo strany ZR, údaje spracovali takisto ZR a zoznam poskytovateľov ZS bol odovzdaný IZA. Pri určovaní patientskeho kmeňa, z ktorého sa vyberala MRK populácia, sa nezohľadňoval geografický aspekt rozloženia komunit, ale len údaje od poskytovateľov spolupracujúcich so Zdravými regiónmi.

Po vyššie uvedenej selekcii sme vyčlenili:

- 11 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – všeobecných lekárov pre dospelých
- 31 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – všeobecných lekárov pre deti a dorast.

MRK populáciu pre obmedzenia v prístupe k dátam za celé patientske kmene (viď časť text vyššie) tvorili len tí pacienti, ktorí v roku 2022 mali uhradenú zdravotnú starostlivosť v ambulantnom type zdravotnej starostlivosti u vybraných VLD alebo VLDD. Celkový počet takto identifikovaných pacientov bol 56 951, čo tvorí len časť z celkovej MRK populácie.

Všeobecnú populáciu (pacientov neidentifikovaných v MRK populácii, ďalej označovaná ako ne-MRK), tvorili pacienti, ktorí mali uhradenú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbornostiach VLD a VLDD, a zároveň neboli vybraní do vzorky MRK pacientov. Počet takto indikovaných pacientov je 4 285 577 pacientov. Výber vzorky z ne-MRK populácie sme robili dvomi spôsobmi v závislosti od toho, ktorú oblasť sme pozorovali:

1. Čerpanie zdravotnej starostlivosti
2. Výskyt skupín ochorení u pacientov

Výber vzorky bude detailnejšie popísaný v príslušných častiach.

2.3. Porovnávacie analýzy

1. Čerpanie zdravotnej starostlivosti

Na zistenie prípadných rozdielov v čerpaní zdravotnej starostlivosti sme údaje o čerpaní za MRK populáciu porovnávali s údajmi za náhodnú vzorku pacientov z ne-MRK populácie analogickej podľa veku a pohlavia pre každú skupinu ochorení samostatne. Konkrétne, ku každému MRK pacientovi sme náhodne vybrali práve jedného pacienta s rovnakou skupinou ochorení, v rovnakom veku a s rovnakým pohlavím. Ak mal pacient za MRK populáciu viacero skupín ochorení, pacienta za ne-MRK populáciu sme náhodne vybrali pre každú skupinu ochorení MRK pacienta samostatne. Jeden pacient z ne-MRK populácie mohol byť pre každú skupinu ochorení vybraný najviac raz, ale ak mal viacero skupín ochorení, mohol byť potenciálne vybraný pre viacero skupín ochorení. Každý z ne-MRK pacientov vstupuje len do analýzy tej skupiny ochorení, pre ktorú bol vybraný ako pár k MRK pacientovi. Počas analýzy sme pacientov rozdelili do dvoch vekových kategórií (menej ako 18 a 18 a viac rokov) a pri každej skupine ochorení sme sledovali 5 typov ZS:

- Ambulantná zdravotná starostlivosť,
- Ústavná zdravotná starostlivosť,
- Lieky,
- Zdravotné pomôcky,
- Doprava pacientov.

Tabuľka 1. Počet pacientov vstupujúcich do porovnávacích analýzy podľa veku a príslušnosti k porovnávaným skupinám		
	MRK	ne-MRK
menej ako 18 rokov	36 221	159 286
18 a viac rokov	20 730	184 638

Pre každú vekovú kategóriu, každú skupinu ochorení a každý typ ZS sme spočítali počet návštev súvisiacich s danou skupinou ochorení a počet unikátnych pacientov, ktorí v roku 2022 mali hradenú ZS. Keďže každý z ne-MRK pacientov je zohľadnený len pri tej skupine ochorení pre ktorú bol vybraný ako pár k MRK pacientovi, MRK a ne-MRK vzorky sú pri každej skupine ochorení rovnako veľké. Návšteva pacienta bola definovaná ako uhradená ZS v danom dátume a s daným ochorením. V prípade, že mal jeden pacient uhradené diagnózy z jednej skupiny ochorení dvakrát za deň, považujeme túto skutočnosť za jednu návštevu, ak ich mal uhradené dva dni po sebe, hovoríme už o dvoch návštevách.

Sledovali sme rozdiely v čerpaní ZS na jednotlivých typoch ZS a rozdiely v počtoch pacientov v danom type ZS a štatistické testy Chí-kvadrát test a Welchov test sme použili na určenie štatistickej významnosti rozdielov medzi vzorkou za MRK pacientov a pacientmi ne-MRK vzorkou za všeobecnú populáciu.

1. Výskyt skupín ochorení

Pri porovnávaní rozdielov vo výskyte skupín ochorení sme nevyberali k pacientom za MRK populáciu analogickú vzorku pacientov z ne-MRK populácie. Naopak pracovali sme so všetkými pacientmi ne-MRK populácie, t.j. so všetkými pacientmi ktorí mali v roku 2022 uhradenú ZS u VLD/VLDD mimo tých, ktorí boli identifikovaní ako PZS so 70 a viac percentným zastúpením MRK populácie. Pacientov sme tentokrát nerozdeľovali do dvoch vekových kategórií, ale sledovali sme každý rok veku zvlášť. Celkovo do analýzy vstupovalo 56 951 pacientov za MRK populáciu a 4 285 577 pacientov za ne-MRK populáciu.

V prvom kroku je dôležité zdefinovať, kedy pacient na dané ochorenie trpí, a kedy ide o suspektne stanovenú diagnózu. Preto sme do našich výstupov zakomponovali možnosť, kde si analytici vedia vybrať, koľko kontaktov s daným ochorením pacienti majú mať, aby vstúpili do analýzy. Vzhľadom k tomu, že sme pri

čerpaní ZS rozlišovali 5 typov ZS, pracovali sme s nimi aj teraz. Ak pacient v jeden deň čerpal dva rôzne typy ZS, interpretujeme to, že mal dva kontakty. Napríklad, o dvoch kontaktoch hovoríme, ak mal v dva rôzne dni uhradenú ZS na danú skupinu ochorení v ambulantnom type ZS, ale zároveň aj v prípade, ak mal v jeden deň uhradenú ZS v ambulantnom type a v ten istý deň aj predpísaný liek.

Výskyt skupín ochorenia sme počítali ako:

$$\text{výskyt} = \frac{\text{počet ľudí v danej vekovej kategórii, ktorí mali kontakt s daným ochorením}}{\text{počet všetkých ľudí v danej vekovej kategórii}}$$

Okrem výskytu sme počítali aj rozloženie vekov medzi pacientmi s danou skupinou ochorení, ich distribúciu:

$$\text{distribúcia} = \frac{\text{počet ľudí v danej vekovej kategórii, ktorí mali kontakt s daným ochorením}}{\text{počet všetkých ľudí, ktorí dané ochorenie mali}}$$

3. Limitácie a odporúčania

V tejto časti sú zoznamy identifikovaných limitácií prezentovanej metodiky a odporúčaní na ich zmiernenie.

Limitácie

1. Pri výbere MRK populácie bol použitý zoznam pacientov, ktorí mali v roku 2022 uhradenú ZS u vybraných VLD a VLDD. Toto ale neposkytuje kompletný obraz o ich pacientoch, nakoľko nevidíme tých, ktorí k nim nechodia. Títo pacienti ale môžu čerpať ZS u iných PZS, čím by sme ich v rámci analýzy považovali za ne-MRK.
2. Prístup k ZS sme odhadovali na základe dát o uhradenej ZS. Nedostatok tohto odhadu je, že nezohľadňuje prípady, kedy pacient má prístup k ZS, ale rozhodne sa ju nevyužiť (napr. nedostaví sa na vyšetrenie, alebo si nevyberie predpísané lieky), alebo ju ZP neuhradila, alebo si ju pacient hradí sám. Terajší prístup bol zvolený, keďže dáta, ktoré má IZA momentálne k dispozícii, obsahujú iba uhradenú ZS.
3. Pri výbere VLD a VLDD ktorí majú aspoň 70 % zo svojich pacientov z MRK, bolo vychádzané z dát od PZS spolupracujúcich so ZR. Keďže nie všetci VLD a VLDD s nimi spolupracujú, môže sa stať, že niektorých pacientov z MRK priraďujeme k majoritnej populácii.
4. Pri výbere vzorky z ne-MRK populácie pre porovnanie čerpania ZS sú použité nasledovné charakteristiky MRK pacientov: vek, pohlavie a skupina ochorení. Takýto výber ale nezohľadňuje potenciálne regionálne rozdiely v čerpaní ZS. Na druhej strane, ak nie je dobre zachytená MRK

populácia, t. j. časť z nej je obsiahnutá v majoritnej populácii, zahrnutie regionalít do výberu vzorky z majoritnej populácie môže viesť ku skresleniu skutočných rozdielov, ak by vzorka obsahovala značné množstvo MRK pacientov, ktorí boli nesprávne určení ako majorita.

Odporúčania

1. Odporúčame do interpretácie výsledkov analýzy podľa metodiky a prvotných štatistických výstupov zapojiť aj klinických konzultantov, ktorí by posúdili významnosť nájdených rozdielov aj po klinickej stránke.
2. U všeobecných lekárov definovaných ako poskytovateľov ZS s viac ako 70 % MRK by bolo vhodné pracovať s údajmi o všetkých kapítovaných pacientoch. Prispelo by to ku kompletnejším dátam o čerpaní ZS a výskyte chorôb u MRK. Tieto dáta však IZA od NCZI sprístupnené nemá (aktuálne nevieme ani potvrdiť, že NCZI nimi disponuje). Druhým zdrojom môžu byť ZP, ktoré týmito zoznamami disponujú a pri ktorých stojí za zváženie ich zapojenie do pracovnej skupiny.
3. Odporúčame rozšíriť údaje o dáta od ZP o vykázanú, ale neuhradenú ZS. Tiež odporúčame sprístupniť dáta zo systémov ako e-Recept.
4. Odporúčame rozšíriť zoznam VLD a VLDD, ktorí sa vo svojich ambulanciách prevažne starajú o MRK populáciu, pre lepšiu identifikáciu pacientov z MRK populácie prípadne majority.
5. Po zlepšení identifikácie MRK populácie odporúčame pre lepšie porovnanie medzi MRK populáciou a majoritnou populáciou použiť aj regionalitu pri výbere vzorky z majoritnej populácie.



2024