

Analýza vplyvov na podnikateľské prostredie

Názov materiálu: Zákon č. 540/2021 zo kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Predkladateľ: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

3.1 Náklady regulácie

3.1.1 Súhrnná tabuľka nákladov regulácie

Celkové dopady Optimalizácie siete nemocníc z pohľadu dodatočných zdrojov na povinné programy (ktorých podmienky definuje Kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti, teda tie ktoré nemocnice musia plniť pre zachovanie dostupnej a komplexnej zdravotnej starostlivosti, sú 9 294 000 EUR. Analýza kvantifikuje dopad pre neštátne podnikateľské subjekty – súkromné nemocnice.

TYP NÁKLADOV	Zvýšenie nákladov v € na PP	Zníženie nákladov v € na PP
A. Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality	0	0
B. Iné poplatky	0	0
C. Nepriame finančné náklady	9, 294 miliónov	0
D. Administratívne náklady	0	0
Spolu = A+B+C+D	9, 294 miliónov	0
z toho		
E. Vplyv na mikro, malé a stredné podniky	1,833 miliónov	0
F. Úplná harmonizácia práva EÚ	0	0
VÝPOČET mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov	IN	OUT
G. Náklady okrem výnimiek = B+C+D-F	9, 294 miliónov	0

3.1.2 Výpočty vplyvov jednotlivých regulácií na zmeny v nákladoch podnikateľov

Tabuľka č. 2: Výpočet vplyvov jednotlivých regulácií (nahradte rovnakou tabuľkou po vyplnení Kalkulačky nákladov):

P.č.	Zrozumiteľný a stručný opis regulácie vyjadrujúci dôvod zvýšenia/zníženia nákladov na PP	Číslo normy (zákona, vyhlášky a pod.)	Lokalizácia (§, ods.)	Pôvod regulácie: SK/EÚ úplná harm./EÚ harm. s možnosťou voľby	Účinnosť regulácie	Kategória dotk. subjektov	Počet subjektov v dotk. kategórii	Počet subjektov MSP v dotk. kategórii	Vplyv na 1 podnik. v €	Vplyv na kategóriu dotk. subjektov v €	Druh vplyvu In (zvyšuje náklady) / Out (znižuje náklady)
1	Nákup chýbajúcej techniky	Zákon č. 540/2021 Z. z. (zákon), Vyhláška č. 316/2022 Z. z. (vyhláška)	§44, ods. 2, bod b zákona a §5 vyhlášky	SK	1.1.2024	Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti	41	13		2, 377 mil.	In
2	Dobudovanie prístavacích plôch pre vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu	Zákon č. 540/2021 Z. z. (zákon), Vyhláška č. 316/2022 Z. z. (vyhláška)	§44, ods. 2, bod b zákona a §5 vyhlášky	SK	1.1.2024	Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti	41	13		3,167 mil.	In
3	Dobudovanie novorodeneckých jednotiek intenzívnej starostlivosti	Zákon č. 540/2021 Z. z. (zákon), Vyhláška č. 316/2022 Z. z. (vyhláška)	§44, ods. 2, bod b zákona a §5 vyhlášky	SK	1.1.2024	Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti	41	13		3,750 mil.	In

Doplňujúce informácie k spôsobu výpočtu vplyvov jednotlivých regulácií na zmenu nákladov

Kvantifikácia vychádza z údajov, ktoré poskytli samotné nemocnice prostredníctvom dotazníka, ktorým sa vyhodnocovalo plnenie požiadaviek Kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti a celková pripravenosť nemocníc. Dotazník bol za účelom tejto analýzy vyhodnocovaný iba pre povinné a schválené doplnkové medicínske programy jednotlivých nemocníc. Zohľadňovala sa aktualizovaná verzia vyhlášky známa k 31.7.2023, ktorá bude účinná k 1.1.2024. Do úvahy sa zoberala iba technika v cene 100 tis. EUR za kus a viac.

Pre každú nemocnicu, každý typ prístroja (v zmysle prvého odseku) a program je stanovené, koľkými kusmi danej techniky má nemocnica disponovať. Do úvahy sa vždy zoberal maximálny počet prístrojov, ktorými mala nemocnica v jednom z programov disponovať a počet prístrojov, ktoré nemocnica k dispozícii má už dnes. Tento rozdiel tvorí dopyt vyvolaný Optimalizáciou siete nemocníc. Tento dopyt bol roztriedený podľa toho, či bol vyvolaný schváleným doplnkovým, alebo povinným programom. Vymyslený príklad pre ilustráciu – nemocnica musí vzhľadom na svoje zaradenie poskytovať 10 programov, pre ktoré potrebuje aspoň jedno CT a 1 program, pre ktorý potrebuje 2 CT. Dnes prevádzkuje 1 CT. Jedno CT si vzhľadom na svoje zaradenie a povinný program v ňom bude musieť dokúpiť. Ak má nemocnica schválený doplnkový program, ktorý vyžaduje až 3 CT prístroje, ďalší dodatočný CT prístroj si bude musieť dokúpiť z titulu schváleného doplnkového programu.

Údaje o priemerných cenách prístrojov boli Inštitútu zdravotných analýz poskytnuté Odborom špecifikácií a cenových máp MZ SR. Všetky uvedené ceny sú bez DPH. Okrem nákupnej ceny techniky boli pre niektoré prístroje zohľadnené aj náklady na dodatočné stavebné úpravy. Pri CT, MR a robotoch sa môže jednať o sumy okolo 216 – 584 tis. EUR bez DPH/ kus, počítalo sa s priemernou cenou 400 tis. EUR/ kus bez DPH rovnako pre CT, MR aj robota. Pri ostatných typoch techniky sa so stavebnými úpravami nepočítalo.

Časť takto vzniknutých nákladov je možné hradiť z Plánu obnovy a odolnosti v zmysle výzvy „Nová sieť nemocníc - zlepšenie kvality a efektívnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti - doplnenie prístrojového vybavenia nemocníc“ (kód výzvy: 11I02-21-V11, vyhlásená 24.8.2023). Bližšie informácie sú na webe MZ SR <https://www.health.gov.sk/?Plan-obnovy-a-odolnosti>.

V tabuľkách v kapitole 3.1 je uvedená suma pre neštátne podnikateľské subjekty – t. j. súkromné nemocnice.

Dobudovanie prístávacích plôch pre vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu bolo vyčíslené na sumu 9,5 miliónov Eur. Nemocnice musia dobudovať danú infraštruktúru do 1.1.2027, z toho dôvodu bola suma 9,5 miliónov rozdelená na tri roky a teda vydelená tromi.

3.2 Vyhodnotenie konzultácií s podnikateľskými subjektmi pred predbežným pripomienkovým konaním

Formou konzultácií v prípade návrhu vyhlášky je predbežná informácia - PI/2023/273 (<https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/PI/2023/273>). Ku zverejnenej predbežnej informácii neboli zaslané žiadne pripomienky.

Kategorizácia ústavnej starostlivosti bola prerokovaná a schválená kategorizačnou komisiou pre ústavnú starostlivosť, v ktorej majú podľa § 3 ods. 3 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov zastúpenie všetky dotknuté strany, t. j. traja členovia navrhnutí ministerstvom zdravotníctva, traja členovia navrhnutí zdravotnými poisťovňami, traja členovia navrhnutí odbornými spoločnosťami podľa špecializácie v príslušnom špecializačnom odbore zaraďovanej ústavnej starostlivosti do programov, dvaja členovia navrhnutí združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, jeden člen navrhnutý neziskovou patientskou organizáciou združujúcou patientske organizácie, jeden člen navrhnutý Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Rozsah všetkých navrhovaných ustanovení bol schválený nadpolovičnou väčšinou všetkých členov tejto komisie.

3.3 Vplyvy na konkurencieschopnosť a produktivitu

Predpokladáme, že súťažná interakcia medzi prevádzkovateľmi nemocníc bude prebiehať, okrem iného, na niekoľkých úrovniach:

a. Vyhodnotenie siete kategorizovaných nemocníc

Zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon č. 540/2021 Z. z.“) zaviedol okrem nastavenia podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocnici aj mechanizmus vyhodnotenia siete, prostredníctvom ktorého bude mať pacient informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti poskytovanej v tých ktorých nemocniciach, ako aj o ďalších vyhodnocovaných parametroch. Máme za to, že uvedené pripravované zmeny v ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach zavedú transparentnosť do systému poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach. Ministerstvo bude zverejňovať výsledky vyhodnotenia siete, čo umožní nie len pacientom, ale aj prevádzkovateľom nemocníc mať výpovedný prehľad o tom, ktorá nemocnica poskytuje aký rozsah zdravotnej starostlivosti, v akej kvalite, do akej miery plní tá-ktorá nemocnica programový profil a pod. (§ 9 ods. 5 zákona č. 540/2021 Z. z.). To v konečnom dôsledku vytvorí transparentnejšie konkurenčné prostredie medzi prevádzkovateľmi nemocníc navzájom.

b. Vstup nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do siete kategorizovaných nemocníc

Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete môže ministerstvu zaslať aj tzv. budúci prevádzkovateľ nemocnice, t. j. fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá podala žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie nemocnice alebo ktorej bolo vydané územné rozhodnutie na účel výstavby nemocnice. Inými slovami uvedené, pripravovaná reforma nemocníc zohľadňuje aj tzv. nové nemocnice. Pritom však zohľadňuje verejný záujem v poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti, bezpečnosti pacienta a obmedzenosť verejných zdrojov.

Ďalej, plánované zmeny siete nemocníc predpokladajú súťažnú interakciu aj medzi žiadateľom o zaradenie do siete nemocníc a prevádzkovateľom nemocnice, ktorá už je zaradená v sieti. Ak v rámci spádového územia existuje nemocnica, ktorá spĺňa predpoklady na poskytovanie všetkých povinných programov v jednej nemocnici, a v rovnakom spádovom území je zaradená nemocnica, v ktorej sa poskytuje doplnkový program podľa § 19 ods. 8 zákona, ktorý je povinným programom z programového profilu žiadateľa, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zrušení tohto doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a zaradí do siete nemocnicu, o ktorej zaradenie žiada prevádzkovateľ nemocnice a ktorá spĺňa predpoklady na

poskytovanie všetkých povinných programov v rámci programového profilu danej úrovne nemocnice v jednej nemocnici; ministerstvo zdravotníctva nerozhodne o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete, v ktorej sa poskytuje doplnkový program podľa § 19 ods. 8, ak potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) umožňuje poskytovanie doplnkového programu touto nemocnicou (§ 20 ods. 7 zákona č. 540/2021 Z. z.).

a. Poskytovanie doplnkových programov

Vo všeobecnosti platí, že prevádzkovatelia nemocníc budú môcť každoročne požiadať ministerstvo o poskytovanie doplnkových programov. V aplikačnej praxi môže nastať situácia kedy prevádzkovateľ nemocnice bude poskytovať všetky doplnkové programy z programového profilu nemocnice vyššej úrovne. V takom prípade ministerstvo rozhodne o zvýšení úrovne tejto nemocnice na úroveň, pre ktorú plní programový profil.

**Vysvetlenie pojmov povinný, doplnkový a nepovinný medicínsky program:*

- Povinný program - podľa § 2 ods. 17 zákona, program príslušnej úrovne je povinný v danej úrovni nemocnice.
- Doplnkový program - podľa § 2 ods. 19 zákona, program príslušnej úrovne môže nemocnica danej úrovne poskytovať ako doplnkový a to základe povolenia Komisie pre tvorbu siete pri vyhodnotení potreby v regióne,
- Nepovinný program podľa - § 2 ods. 18 zákona, program príslušnej úrovne je nepovinný v danej úrovni nemocnice, nemocnica ho môže poskytovať na základe zmluvy so zdravotnou poisťovňou.

Konkurencieschopnosť:

Na základe uvedených odpovedí zaškrtnite a popíšte, či materiál konkurencieschopnosť:

zvyšuje nemení znižuje

Produktivita:

Aký má materiál vplyv na zmenu pomeru medzi produkciou podnikov a ich nákladmi?

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

**Predmetné je detailnejšie popísané v kapitole 3.4.*

Na základe uvedenej odpovede zaškrtnite a popíšte, či materiál produktivitu:

zvyšuje nemení znižuje

3.4 Iné vplyvy na podnikateľské prostredie

Iné vplyvy, ktoré predpokladá materiál, ale nemožno ich zaradiť do častí 3.1 a 3.3.:

Identifikovaný vplyv:

Prerozdelenie hospitalizačných prípadov a financií medzi nemocnicami

Podľa Kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti (KÚZS) a Optimalizácie siete nemocníc (OSN) majú nemocnice jasne definovaný povinný programový profil spolu

s doplnkovými a nepovinnými programami, ostatné programy poskytovať nemôžu. Zosúladenie 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. Tie nepodliehajú schvaľovaniu a ostávajú na dohode medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou a môžu tieto prerozdelenia v ústavnej zdravotnej starostlivosti kompenzovať. Špecifický potenciál na zvýšenie produkcie pre nemocnice nižších úrovní predstavuje program pre rehabilitačnú a doliečovaciu starostlivosť.

a. 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.

b. Náročný pacient získa lepšiu starostlivosť

Koncentrácia špecializovanejších, náročnejších a menej častých prípadov povedie k lepšej zdravotnej starostlivosti pre pacienta. Jasne definované pravidlá majú priniesť do sektora väčšiu transparentnosť a lepšiu 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 (zdravotnú starostlivosť) 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. Následná zdravotná starostlivosť by sa naopak mala pacientovi priblížiť.

c. Zdravotné poisťovne bez výrazných dopadov, ale systém potrebuje DRG

Z pohľadu VZP sa javí prerozdelenie hospitalizačných prípadov dlhodobu 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 dlhodobu 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.**

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 CKS¹ 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

¹ [Zakladne_sadzby_2023 \(cksdrg.sk\)](https://www.cksdrg.sk/)

predpokladané prerozdelenie nastane najmä medzi týmito úrovňami nemocníc, pri opätovnom uzatváraní zmlúv sa neočakáva nárast prostriedkov z pohľadu ZP².

d. Časť starostlivosti sa centralizuje do vyšších nemocníc

Kvôli zakázaným a neschváleným doplnkovým programom sa okolo 11 % zo všetkých hospitalizačných prípadov v ÚZS³ prerozdelí, t.j. budú sa vykonávať inde, ako doposiaľ. 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. Z pohľadu kategorizácie išlo teda o menej časté výkony a diagnózy vyžadujúce komplexnú starostlivosť.

Rozsah centralizácie sa na úrovni programov líši (od 0 do 58,6 %). V absolútnom a relatívnom vyjadrení sa najväčšie presuny budú týkať oftalmologického, otorinolaryngologického, či 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.

Z pohľadu celkového počtu hospitalizácií, ktorých je takmer milión⁴, nejde o masívny presun zdravotnej starostlivosti. Veľká časť presunov sa dotkne najmä nemocníc I. úrovne (32 % prípadov roku 2022). Z nemocníc II. úrovne dôjde k presunu asi 10% prípadov a zároveň zrejme získajú veľkú časť presunu z nemocníc I. úrovne. Vo všeobecnosti u nemocníc vyššej úrovne sa očakáva skôr nárast pacientov.

e. 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 CMI podľa úrovni nemocníc predstavuje prerozdelenie prípadov 233 mil. EUR v 2022⁵. Z toho 72 mil. EUR pripadá na zakázané programy a 161 mil. EUR na neschválené doplnkové programy.

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

Vysvetlenie k DRG na Slovensku

² Skutočné základné sadzby sú však dnes neverejné a predmetom zmluvného vzťahu medzi ZP a PZS

³ Do celkového počtu HP započítavame všetky prípady v nemocniciach, ktoré sú zaradené v sieti.

⁴ Dáta zozbierané pre OSN čiastočne zahŕňajú aj JZS, ktorá je pokrytá v 1. úrovni programov.

⁵ Metodika tohto výpočtu je postavená na základnej sadzbe pre každú úroveň nemocníc podľa CKS DRG, váženému prímeru CMI danej úrovne nemocníc a príslušnému počtu dotknutých hospitalizačných prípadov. I keď mnohí poskytovatelia sú dnes platení inými mechanizmami, DRG systém sa používa na vykazovanie a sledovanie naplnenia zazmluvnených budgetov medzi PZS a ZP. V slovenských odborných kruhoch pravidelne zaznieva, 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. Treba taktiež podotknúť, že skutočná priemerná základná sadzba nemocníc sa môže líšiť. Tu uvedené sú oficiálne ZS vydávané CKS, reálne ZS 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.

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.⁶

Podľa ÚDZS je DRG vo svete považovaný za najobjektívnejší, najtransparentnejší a najspravodlivejší systém financovania nemocníc⁷.

Nemocnice už dnes cez DRG vykazujú, no platené sú prevažne stále paušálnymi platbami. V blízkej dobe 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.

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.

f. 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 asi 4 % hospitalizačných prípadov za 2022⁸. Vo finančnom vyjadrení predstavuje presun asi 72 mil. EUR. Podľa údajov roka 2022 ide približne 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.

Okrem zakázaných programov sú za prerozdelením prípadov aj neschválené doplnkové programy, ide asi o 7 % (63 tis. prípadov) všetkých hospitalizácií. Vo finančnom vyjadrení predstavuje prerozdelenie necelých 161 mil. EUR.

g. Objem prerozdelenia hospitalizačných prípadov na úrovni krajov je pomerne variabilný. Najväčší absolútny objem presunov sa predpokladá v Prešovskom kraji (takmer 20 tis. prípadov), naopak najnižší v Bratislavskom kraji (cez 7 tis. prípadov). Vzhľadom na zaradenie najmä najväčšej bratislavskej nemocnice UNBA tento výsledok nie je prekvapujúci. Najvýraznejší presun v relatívnom vyjadrení možno očakávať v Trenčianskom kraji a to 16%.

h. Skutočný objem presunov do vyšších úrovní môže byť menší

⁶ <https://www.cksdrg.sk/sk/stranka/zakladne-informacie>

⁷ https://www.udzs-sk.sk/documents/14214/21944/Koncepcia_DRG_systemu.pdf

⁸ Okrem Ústrednej vojenskej nemocnice Ružomberok a Nemocnice sv. Michala v Bratislave, ktoré spadajú pod iné rezorty a plnia špecifický verejný záujem.

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.

Skoro tretina medicínskych služieb je zdieľaná a teda sa dá vykonávať v rámci viacerých programov. V roku 2019 bolo 66 tis. hospitalizačných prípadov spadajúcich do medicínskej služby, ktorá môže mať nižšiu úroveň vo forme zdieľanej MS iného programu, ako primárna MS svojho programu. Z týchto 66 tis. hospitalizácii by aspoň malá časť potenciálne znížila objem výkonov, o ktoré prídu nemocnice nižších úrovní v prospech nemocníc vyšších úrovní.

i. Nemocnice II. úrovne 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 najviac zastúpené medzi nemocnicami v sieti (38 % všetkých nemocníc). Najviac nemocníc je kategorizovaných do I. úrovne, pripadá na nich však iba 18% všetkých prípadov.

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** 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. 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.

j. 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.

k. Kvantifikovať presun zdola nahor 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.