

Bratislava 30. 1. 2023

**Dohoda zdravotných poisťovní s ambulanciami musí viesť
k systémovým zmenám,
paušálne navýšenie všetkým o 20 % nie je fér**

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) víta, že vláda sa zaviazala poskytnúť zdravotným poisťovniam do systému verejného zdravotného poistenia ďalších 283 mil. eur.

„Pozornosti úradu neuniklo, že ak by zdravotné poisťovne súhlasili s medializovaným 20 % zvýšením platieb rovnako pre všetkých lekárov a špecialistov, budú tak konať v rozpore s princípom obozretného hospodára“ ozrejmila predsedníčka úradu Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.

Akútny problém s vyberaním poplatkov vznikol najmä u tých špecializácií, ktoré sú dlhodobo podfinancované a u ktorých napr. v susednej Českej republike [za obdobný výkon dostane špecialista o 200 alebo aj 300 % vyššie ocenenie](#). Navýšenie platby o 20 % práve najviac ohrozené špecializácie nezachráni, práve naopak, pokríví nefunkčný systém ešte viac.

„Ceny niektorých výkonov, ktoré zdravotné poisťovne hradia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, nepostačujú na primerané mzdové ohodnotenie lekárov a prevádzku ambulancie aj bez toho, aby sme mali problém s energiami. Ako príklad môžeme uviesť komplexné vyšetrenie v odbornostiach pneumológia, imunoalergológia, dermatovenerológia, diabetológia, ktoré trvá aj viac ako 30 minút, avšak lekár za daný výkon dostane zo strany zdravotnej poisťovne len okolo 13 eur. Pri následných a kontrolných vyšetreniach sú ceny ešte podstatne nižšie.“ vysvetlila riaditeľka nového odboru úradu, Odboru dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti, Ing. Jana Navrátilová, MBA. „Z tejto sumy má lekár vykryť svoje mzdové nároky, mzdové nároky zdravotnej sestry, odvody a pokryť ešte aj ďalšie výdavky spojené s prevádzkou ambulancie. Pri zohľadnení relevantných nákladov je cenové

ohodnotenie výkonov zo strany zdravotných poisťovní u viacerých odborností špecializovanej ambulantnej starostlivosti absolútne nedostačujúce.“ dodala. Obrovské rozdiely v cenách niektorých výkonov v porovnaní s inými krajinami, napr. s Českou republikou, znázorňujú aj grafy, ktoré úrad spracoval a predložil vláde [v Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021](#) (ilustrácia na ďalšej strane).

Naproti tomu, naďalej existujú segmenty, ktoré sú nadhodnotené, významne sa líši aj ocenenie zdravotných výkonov medzi zdravotnými poisťovňami, na čo upozorňujú aj [analytické jednotky MF SR a MZ SR \(UHP a IZA\)](#). Pri zavedení benchmarkovania cien a objemov len v oblasti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVaLZ) by sa mohli dosiahnuť úspory vo výške desiatok miliónov eur.

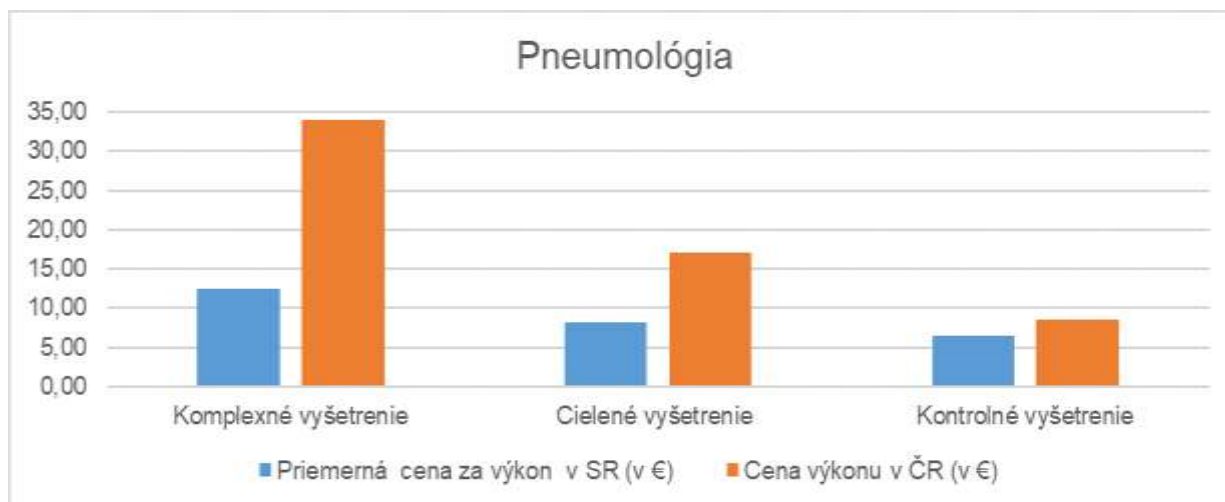
Jednou z hlavných úloh vstupu súkromného kapitálu do zdravotných poisťovní pred takmer 20 rokmi bolo zabezpečenie rozumného hospodárenia a férovej distribúcie zdravotných odvodov, ktoré vyberajú od občanov.

Je potrebné, aby sa pri vyjednávaní o cenách medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami v rozumnej miere **uplatňoval princíp ceny obvyklej** a obvyklých štatistických rozpätí cien poskytovaných zdravotných služieb v regióne. Takéto údaje sú k dispozícii pre všetky druhy špecializácii už dlhú dobu aj na [webovom sídle českého ministerstva zdravotníctva](#), nie je potrebné čakať ďalšie roky na to, či sa niečo obdobné podarí aj na Slovensku. Uvedený zdroj ako základ benchmarkovania odporúčame zdravotným poisťovniam i združeniam zastupujúcim ambulantných poskytovateľov.

„Je veľmi žiadúce, aby slovenské zdravotníctvo bolo dlhodobu finančne udržateľné bez dodatočného oddlžovania a netransparentného zaťažovania pacientov poplatkami, aby tých 283 miliónov eur, ktoré poskytne vláda poisťovniam, bolo rozdelených spravodlivo tam, kde ich najviac treba, a nie podľa toho, ktorý poskytovateľ má širšie lakty“ uzavrela predsedníčka úradu.

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Obrázok 1: Ilustratívne porovnanie cien medzi SR a ČR - Pneumológia



Zdroj: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021