

# Od čakania k činnosti: Recepty na dostupnejšie zdravotníctvo

Zuzana Vargová



FRIEDRICH NAUMANN  
STIFTUNG Für die Freiheit.

Mitteuropa

Publikáciu finančne podporila Friedrich Naumann Stiftung für die Freiheit.

Friedrich Naumann Stiftung für die Freiheit nezodpovedá za obsah tejto publikácie ani za jej akékoľvek následné uplatnenie. Názory, ktoré sú v nej vyjadrené, sú výlučne názormi autora a nutne neodrážajú postoje Friedrich Naumann Stiftung für die Freiheit.

---

The publication is supported by the Friedrich Naumann Foundation for Freedom.

The Friedrich Naumann Foundation for Freedom is not responsible for the content of this publication, or for any use that may be made of it. The views expressed herein are those of the author alone. These views do not necessarily reflect those of the Friedrich Naumann Foundation for Freedom.

## Abstract

This study analyses the availability and timeliness of healthcare in Slovakia, focusing on the causes, extent, and potential solutions to long waiting times across different levels of care. Although public perception often highlights extreme cases of delays, the absence of comprehensive and reliable data prevents policymakers from distinguishing isolated failures from systemic problems. The analysis finds that regional and income-based inequalities are widening, and these disparities translate directly into unequal access to timely care. Indicators of population health—such as life expectancy, healthy life years, and avoidable mortality—show that Slovakia consistently falls short of both national goals and European averages, suggesting that the system fails to deliver care early enough to prevent deterioration of health.

While recent reforms have improved data collection in inpatient care—particularly for planned surgical procedures—significant information gaps persist in outpatient services, diagnostics, mental health care, and the overall “patient journey” from first contact to treatment. Existing data indicate that although average waiting times for some planned surgeries remain below legally defined limits, many patients still wait far longer than necessary, and patient mobility toward providers with available capacity remains very limited. This highlights systemic issues in coordination, information availability, and patient navigation.

Drawing on international experience, the study outlines multiple policy tools used across OECD countries to manage and reduce waiting times, including time-based guarantees for primary and specialist care, maximum waiting periods for surgeries, prioritisation based on clinical urgency, expanded patient choice, and targeted incentives or sanctions for meeting performance benchmarks. However, the authors argue that Slovakia cannot meaningfully adopt these tools without first addressing fundamental structural weaknesses.

The study concludes that real progress requires three pillars: systematic digitalisation enabling comprehensive data collection and monitoring, radical transparency of provider capacities and waiting times, and clearly defined entitlements paired with clear accountability for their fulfilment. Strengthening the role of health insurers in care coordination, expanding electronic referrals, improving planning and allocation of diagnostic and specialist capacities, and enhancing the gatekeeping function of primary care are essential steps. Without these systemic foundations, policy interventions risk remaining symbolic and ineffective.

Overall, the analysis demonstrates that reducing waiting times in Slovakia is not only about shortening delays but also about ensuring fairness, preventing avoidable mortality, and improving the overall performance of the healthcare system. Achieving this requires long-overdue reforms in data, governance, coordination, and patient-centred management.

## Manažérske zhrnutie

Čakáme na Slovensku na zdravotnú starostlivosť dlho? Zjednodušená odpoveď znie: kto-ako a kde-ako. Hoci sa v médiách a medzi ľuďmi pravidelne objavujú strašidelné prípady čakania, je tiež bežnou praxou dostať sa na vyšetrenie za pár dní. Vlastným problémom je teda skutočnosť, že dnes nezberáme dáta, vďaka ktorým by sme vedeli vyhodnotiť, či ide o sporadické a výnimočné zlyhania, alebo o systémový problém. Poznanie rozsahu a kvality problému by pritom malo priamo ovplyvňovať prioritu a spôsob jeho riešenia ako aj to, kto má niesť zodpovednosť.

Napriek nedostatku jasných indikátorov, výsledky tejto analýzy naznačujú, že sa prehlbuje regionálna a príjmová nerovnosť, ktorá sa prejavuje aj nerovnosťou v časovej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Celkové výsledky a plnenie cieľov v oblasti zdravia populácie taktiež naznačujú, že ako krajina nedoručujeme starostlivosť k pacientom v potrebnej kvalite alebo čase, čo vyúsťuje do vyššej miery úmrtnosti.

Z hľadiska dostupnosti informácií je vďaka nedávnej reforme najlepšia situácia v ústavnej starostlivosti. Z dostupných dát o dĺžke čakania na plánované výkony sa zatiaľ zdá, že voči stanoveným cieľom výrazne nevybočujeme. Výsledky navyše naznačujú, že pacienti možno pred včasnejším zákrokom môžu uprednostňovať dostupnosť starostlivosti v blízkosti ich bydliska, alebo istotu nadväznosti starostlivosti. V ostatných oblastiach - v ambulantnej starostlivosti, diagnostických službách, či starostlivosti o mentálne zdravie, ostávame úplne bez informácií.

V texte okrem analýzy aktuálneho stavu na Slovensku a jeho príčin tiež popisujeme spôsoby, ako možno dĺžku čakania manažovať. Uvádžeme rôzne prístupy a nástroje s konkrétnymi aplikáciami v prevažne európskych krajinách. V slovenskom kontexte sa však javí, že pred otvorením diskusie o tom, ako si definovať ciele a ktorý prístup k ich vymáhaniu je pre nás najvhodnejší, musí dôjsť k zásadným zmenám. Tie sú predpokladom schopnosti riadiť kvalitu (a tým aj časovú dostupnosť) poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ide o štrukturálne nedostatky, ktoré dlhodobo blokujú posun v tejto ale aj ďalších oblastiach zdravotníctva na Slovensku.

Záverom preto odporúčame sa zamerať na:

- (1) posilnenie zberu dát postavenú na digitalizácii zdravotníckych služieb
- (2) radikálnu transparentnosť o zdrojoch v zdravotníckom systéme a ich využití – zavedenie centrálného sledovania kapacít a posilnenie informovanosti pacienta
- (3) jasné definovanie nároku a pomenovanie zodpovednosti za jeho zabezpečenie spolu s následkami (motivácie / penalizácie)

## Máme problém s dlhým čakaním na lekára?

1. Otázka, či sú čakacie doby na Slovensku príliš dlhé, nemá jednoduchú odpoveď. Na svete nie je model, v ktorom by každý pacient dostal okamžite akúkoľvek starostlivosť potrebuje. Nedostatok zdrojov je zatiaľ základným východiskom v akomkoľvek zdravotnom systéme. Na zodpovedanie otázky, či máme alebo nemáme problém s včasným doručením zdravotnej starostlivosti je potrebné vrátiť sa späť k hlavným cieľom zdravotníckeho systému.
2. Väčšina moderných zdravotníckych systémov si za hlavnú ambíciu kladie zabezpečiť pre svojich obyvateľov čo najviac rokov prežitých v zdraví a tomu podriaduje nástroje a ciele svojich zdravotných politík. Ak je cieľom predĺžiť čas prežitý v čo najlepšom zdraví, zdravotný systém by sa mal snažiť organizovať svoje služby tak, aby tento cieľ dosahovali. V prvom rade to znamená sústrediť sa na predchádzanie ochoreniam – aby sa obyvatelia ani nestali pacientmi. Sekundárne to znamená včasný záchyt ochorení a včasnú intervenciu. Včasná by v tomto kontexte mala znamenať, že starostlivosť bola poskytnutá tak, že nedošlo k zhoršeniu stavu, ktorý by mal permanentné vplyvy na zdravie a tým zväčša aj na nákladnosť ďalšej liečby.
3. S týmto cieľom sa v zdravotníckych systémoch určujú štandardy, vypočítava sa efektívnosť postupov a liekov a určujú sa priority a odporúčané klinické postupy. Dôležité je pritom sledovať nielen absolútne hodnoty čakacích dôb a porovnanie s inými krajinami. Kľúčové je aj to, či sú pravidlá a priority jasne pomenované a najmä, či sa uplatňujú pre všetkých rovnako – od toho totiž závisí rovnosť v prístupe. Problémom teda nemusí byť len dlhé čakanie, ale aj to, že niektoré skupiny obyvateľov čakajú neproporčne dlhšie ako iné.
4. Ak sa chceme pri odpovedi na otázku či máme problém s včasným doručovaním zdravotnej starostlivosti riadiť dátami, máme k dispozícii tri základné perspektívy – (a) výsledky zdravotníckeho systému, b) subjektívne vnímanie obyvateľstva a pacientov, (c) porovnanie čakacích dôb na vybrané výkony s inými krajinami.

### A. Výsledky zdravotníckych systémov

5. Pri jednoduchom pohľade na základné ciele zdravotníckych systémov ako sú dĺžka dožitia pri narodení, či počet rokov prežitých v zdraví, Slovensko zaostáva za európskym priemerom aj vlastnou ambíciou. Strategický rámec starostlivosti o zdravie na roky 2014 – 2030 (ďalej len Stratégia 2030), v ktorom si Slovensko stanovilo o.i. aj ciele v oblasti verejného zdravia, určilo ako cieľovú hodnotu očakávanej dĺžky života pri narodení v roku 2030 vek 77,6 rokov u mužov a 83 rokov u žien. Podľa posledných dostupných údajov za cieľom zaostávame o vyše 2,5 roka u mužov a o 1,5 roka u žien.
6. Výraznejšie zaostávame za ambíciou predĺžiť počet rokov dožitých v zdraví – u mužov je to o vyše 6 rokov a u žien o takmer 5 rokov. Podľa hodnotenia MZ SR ani jeden z

týchto cieľov do roku 2030 nenaplníme. Naďalej tiež zaostávame za EÚ aj v očakávanom veku dožitia pri narodení aj v počte rokov dožitých v zdraví.

7. Lepšie nevychádzame ani pri úmrtnosti odvrátiteľnej systémom zdravotnej starostlivosti či prevenciou. Pri úmrtnosti na kardio-vaskulárne ochorenia dosahujeme takmer dvojnásobne horšie výsledky než je priemer EÚ alebo náš vlastný cieľ pre rok 2030 a zle sme na tom aj pri úmrtnosti na nádorové ochorenia.

Tabuľka 1: Prehľad hlavných cieľových indikátorov zdravotného stavu obyvateľov Slovenska (zdroj: Eurostat, Ministerstvo zdravotníctva SR)			
Indikátor	Cieľ Slovensko 2030	EÚ priemer 2022	Slovensko 2022
Očakávaná dĺžka života pri narodení	77,6 (muži) 83,0 (ženy)	78,7 (muži) 84 (ženy)	74,9 (muži) 81,5 (ženy)
Zdravé roky života	63,0 (muži) 63,0 (ženy)	62,8 (muži) 63,3 (ženy)	56,8 (muži) 58,2 (ženy)
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou na 100 tisíc obyvateľov	120	90	176
Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou na 100 tisíc obyvateľov	174	168	245
Úmrtnosť na ochorenia srdcovo-cievnej sústavy na 100 tisíc obyvateľov	328	336	628
Úmrtnosť na nádory na 100 tisíc obyvateľov	187	245	272

8. Vyššie uvedené štatistiky sú len nepriamymi dôkazmi o probléme s neprimerane dlhým čakaním. Aktuálny stav je iste dôsledkom mnohých, vzájomne sa ovplyvňujúcich príčin – od kapacitných (nedostatok špecialistov a dlhé čakanie), cez odbornú-systémovú (zlyhanie koordinácie a neschopnosť adresovať pacientov problém v potrebnom čase), po finančnú (nedostupnosť určitých typov liečby a pod.).

Platí však, že tieto výsledky sú dôsledkom neschopnosti poskytnúť potrebnú zdravotnú starostlivosť včas.<sup>1 2 3</sup>

## B. Pacientska perspektíva

9. Subjektívne vnímali v roku 2022 nedostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku 2,8% obyvateľstva, čo je o niečo viac než je priemer EÚ (2,2%). Horšie sú na tom ľudia s nízkym príjmom, z ktorých až 5,4% vníma, že sa k zdravotnej starostlivosti nevedia dostať, pričom priemer EÚ je okolo 4%.
10. Zdá sa, že v uplynulých rokoch sa rozdiely v prístupe k zdravotnej starostlivosti na Slovensku medzi bohatými a chudobnými ľuďmi prehlbujú, pričom hlavným uvádzaným dôvodom zostávajú dlhé čakacie doby. Podiel pacientov z nízkopríjmových skupín, ktorí sa nedostali k lekárovi pre dlhé čakacie doby stúpol medzi 2019 a 2022 z 2,2% na 3,8%. Podiel medzi respondentmi s vysokým príjmom pritom klesol. Zdá sa teda, že bohatší ľudia sa na Slovensku vedľa dostať k lekárovi skôr.<sup>4</sup>
11. Pozornosť si zaslúži aj negatívny trend vývoja vnímania dostupnosti zdravotnej starostlivosti v uplynulom desaťročí. Pritom v okolitých krajinách V4, sa vyvíja pozitívne. Za uplynulých 10 rokov bolo Slovensko jedinou krajinou spomedzi V4, kde v ktorej sa podiel ľudí s nenaplnenými potrebami vyšetrenia a starostlivosti zvyšoval. K významnému poklesu a odchýlke od inak stabilného trendu došlo až v roku 2024, a to z 3,2% v roku 2023 na 1,6%. Príčiny však nie sú známe ani zjavné a môžu byť poľahky aj dôsledkom metodickej zmeny pri zbere dát či odchýlkou spôsobenou postupným dobiehaním sklzov spôsobených pandémiou.

---

<sup>1</sup>Eurostat, Treatable and preventable deaths of residents; preventable deaths. 2022.

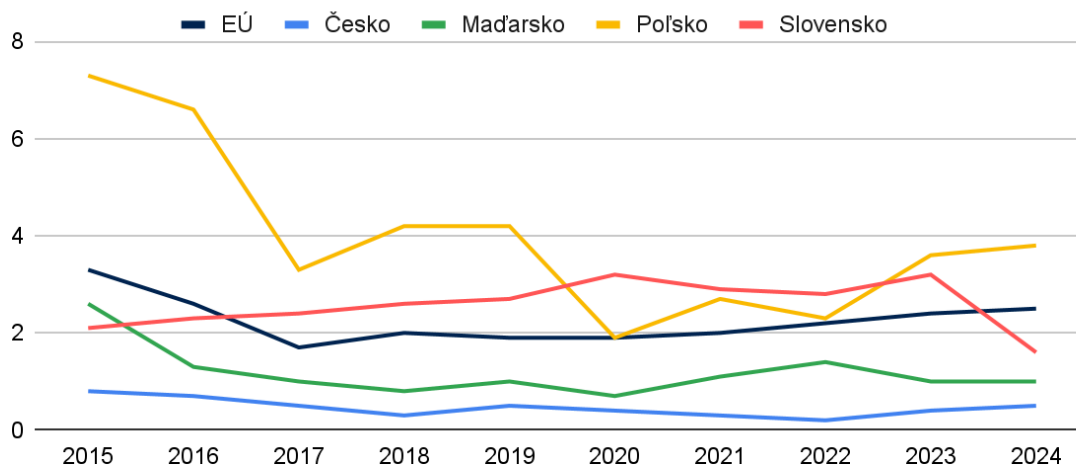
[https://doi.org/10.2908/SDG\\_03\\_42](https://doi.org/10.2908/SDG_03_42)

<sup>2</sup>Eurostat, Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence - [I] Diseases of the circulatory system (I00-I99). 2022. [https://doi.org/10.2908/HLTH\\_CD\\_AS DR2](https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_AS DR2)

<sup>3</sup>Eurostat, Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence - [C00-D48] Neoplasms. 2022. [https://doi.org/10.2908/HLTH\\_CD\\_AS DR2](https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_AS DR2)

<sup>4</sup>OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovakia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. SSN 25227041 (online)

Graf 1: Podiel obyvateľov s neuspokojenou potrebou vyšetrenia a starostlivosti



Zdroj: Eurostat, Self-reported unmet need for medical examination and care by sex

### C. Porovnanie čakacích dôb na vybrané výkony so zahraničím

12. Ak hľadáme objektívne ukazovatele, je možné porovnávať sa s inými krajinami z hľadiska dĺžky čakania na konkrétne výkony. Takéto porovnanie má svoje úskalía. Jednak preto, že sleduje len vybrané, zväčša plánované operatívne výkony, tiež preto, že každý systém zdravotnej starostlivosti je v niečom iný, alebo preto, že kvalita zberu dát v zdravotníctve – či už u nás alebo v zahraničí, býva chronicky problematická. V neposlednom rade, je tu takmer filozofická otázka, či vôbec dvaja ľudia čakajúci na rovnaký zákrok majú rovnako veľa času – teda ak je cieľ doručiť zdrav starostlivosť včas, nie vždy to musí znamenať doručiť ju v rovnakej lehote. Pacient v pokročilejšom štádiu ochorenia, vyššom veku alebo inej fyziologickej konštitúcii môže potrebovať zákrok skôr, alebo mu môže stačiť neskôr.
13. Pri pohľade na porovnanie mediánových časov čakania vidieť, že medzi krajinami sú zásadné rozdiely. Napr. na totálnu endoprotézu (TEP) kolena sa čaká v Španielsku 92 dní ale až 921 v Poľsku. V porovnaní so Španielskom, Spojeným kráľovstvom, či susedným Maďarskom máme na Slovensku nastavený strop čakania na TEP kolena (425 dní) a bedra (395 dní) násobne vyššie než je priemer a medián týchto krajín. No v porovnaní s Poľskou realitou je náš štandard podstatne lepší. V prípade operácie šedého zákalu sú rozdiely podstatne menšie a Slovenská norma (120 dní) sa pohybuje okolo priemerných časov uvádzaných krajín.<sup>5</sup> Podľa analýzy ÚDZS<sup>6</sup> sú hodnoty pod

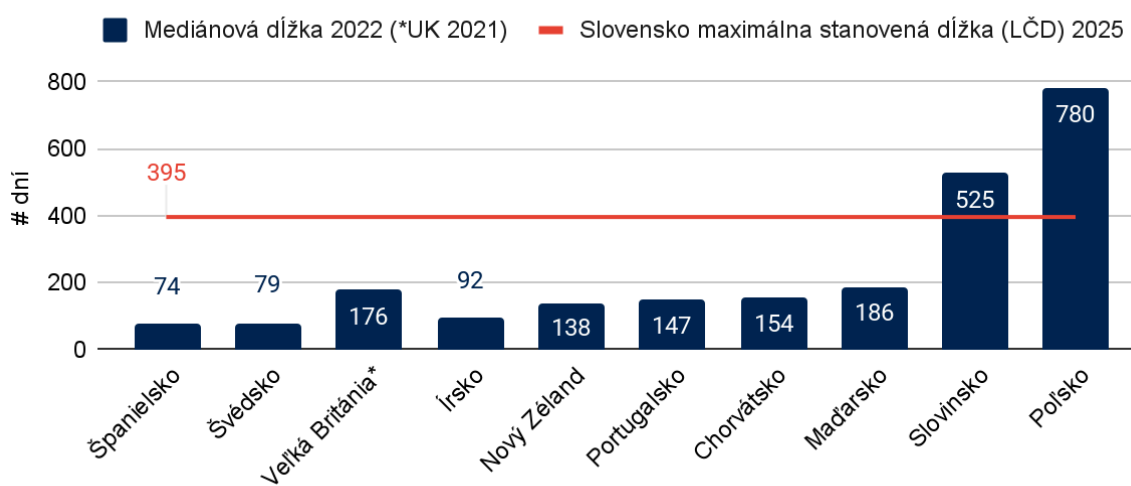
<sup>5</sup> OECD Health Statistics 2023. Dáta dostupné na: TEP kolena <https://stat.link/40q36v> ; TEP bedra <https://stat.link/w0dbuh>

<sup>6</sup> Na údajoch za roky 2024 až február 2025.

stanovenými zákonnými stropmi - na TEP kolenného a bedrového kĺbu čaká v priemere okolo 10 mesiacov a na operáciu katarakty necelé 2 mesiace.<sup>7</sup>

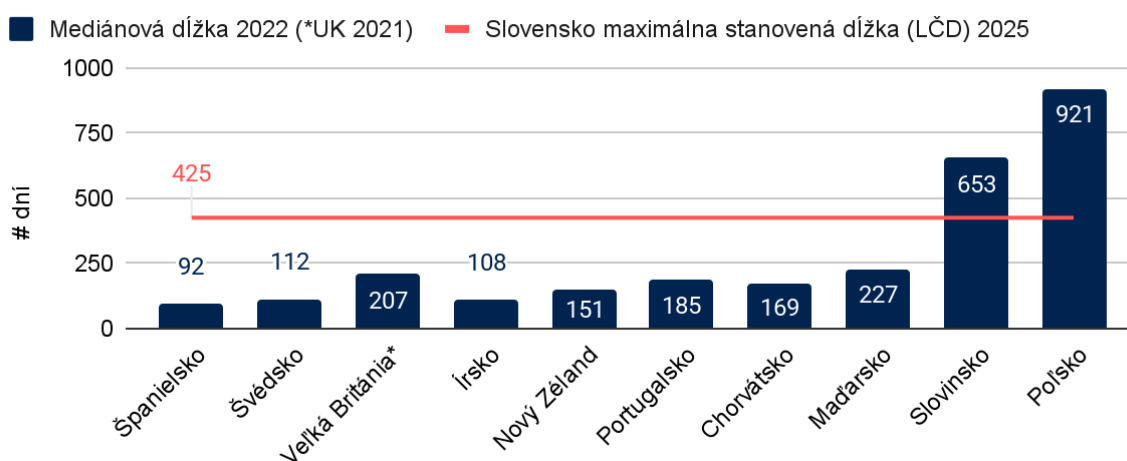
14. Je treba poznamenať, že za Slovensko je uvedená hodnota maximálnej stanovenej doby čakania, nie priemerný alebo mediánový čas, ktorí pacienti na operácie naozaj čakajú a to z dôvodu, že takéto údaje sa na Slovensku nezverejňujú. Poistovne, ÚZS a teoreticky aj NCZI občasne zverejnia informáciu o počte pacientov na čakacích zoznamoch, alebo o počte pacientov, ktorí čakajú dlhšie. Analýza alebo údaje, ktoré by umožňovali verejnosti porovnať služby slovenského zdravotníctva s údajmi uvedenými pre iné krajiny napríklad v OECD databáze však chýbajú. NCZI aj ÚZS na infožiadost' o poskytnutie týchto údajov odpovedali zamietavo, s tvrdením, že dané údaje nespracúvajú.

Graf 2: Dĺžka čakania na TEP bedrového kĺbu



Zdroj: OECD Health Statistics 2023

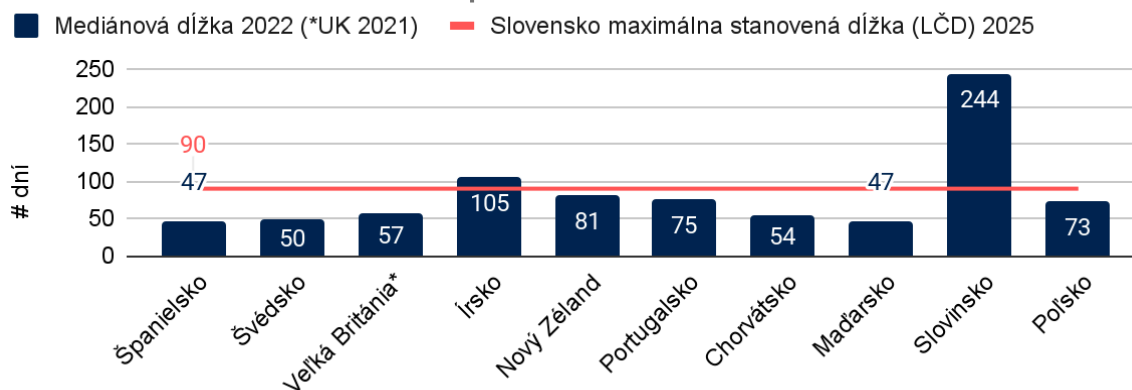
Graf 3: Dĺžka čakania na TEP kolenného kĺbu



Zdroj: OECD Health Statistics 2023

<sup>7</sup> Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR. "Zverejnenie údajov o zozname čakajúcich poistencov na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti k 28. februáru 2025". Dostupné na: <https://shorturl.at/re7Z3>

Graf 4: Dĺžka čakania na operáciu šedého zákalu



Zdroj: OECD Health Statistics 2023

Reforma ústavnej starostlivosti bola z hľadiska manažmentu časového nároku krokom vpred

**15. Na Slovensku sme do roku 2024 sledovali len čakanie na hŕstku vybraných plánovaných operatívnych výkonov ako sú TEP kolena, bedra, či operácie kataraktu.**

Okrem toho, že ide len o úzky profil, z ktorého sa nedá robiť záver o celkovej časovej dostupnosti starostlivosti na Slovensku, o dôveryhodnosti výsledkov panujú medzi odbornou verejnosťou pochybnosti. Lehoty sa merali od momentu zápisu pacienta na zoznam čakatelov. Ten však nebol prepojený s jeho vyšetreniami, a teda existuje podozrenie, že na zoznam bol pacient zapísaný až v čase, keď do operácie ostával čas kratší, než bola stanovená lehota.

**16. Od roku 2024 sa však sleduje čakanie na až 400 z celkovo asi 1 800 výkonov, čo sa zarátava do celkového vyhodnocovania kvalifikačných parametrov nemocničnej siete.**<sup>8</sup>

Zároveň došlo k zásadnej zmene zberu dát – tie sa merajú z tzv. dávok, teda informácií, ktoré zadáva lekár do systému poisťovni v momente, keď pacienta na operáciu odosiela a na základe ktorých mu poisťovňa vypočítava platby. Zmena právnej úpravy súvisí s celkovou reformou resp. optimalizáciou siete nemocníc a jej cieľom je sprehľadniť vyťaženie kapacít. Vďaka tomu je dnes legislatíva nastavená tak, že v momente, keď je pacientovi odporučený zákrok, vie približne ako dlho bude čakať u ktorého poskytovateľa a môže si teda vybrať toho, u ktorého čaká najkratšie. V prípade, že poisťovňa nevie zabezpečiť zákrok v legislatívou stanovenej lehote, má pacient nárok na preplatenie zdravotnej starostlivosti v zahraničí. Upravovať evidované lehoty je v tomto nastavení podstatne zložitejšie a poisťovne, u ktorých sa stretáva najviac dát o reálnych výkonoch majú záujem na kontrole dátovej kvality, keďže reálny prehľad o potrebe výkonov a stanovené limity im umožňujú lepšie finančné plánovanie.

**17. Z výsledkov po vyše roku sledovania vyplýva, že na Slovensku už dlhodobo najviac poistencov čaká na TEP kolenného (6 499) a bedrového (3 983) kĺbu a operáciu šedého zákalu (289).** Najviac poistencov prekračujúcich stanovenú lehotu časovej dostupnosti (LČD) čakalo v roku 2024 na extrakciu a implantáciu šošovky. Podľa správy ÚDZS, sa nadštandardne čakalo aj na TEP kolenného

<sup>8</sup> Zákon 540/2021 o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov; Vyhláška 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti.

a bedrového kĺbu, ktoré mali zároveň aj najvyšší priemerný počet dní prekračujúcich LČD. Vo februári 2025, keď ÚDZS robilo analýzu, čakalo dlhšie než je stanovená lehota 27% čakateľov na výmenu bedrového kĺbu a 19% čakateľov na kolenný kĺb. Podľa ÚDZS sa však na TEP kolenného a bedrového kĺbu čaká v priemere okolo 10 mesiacov, čo je menej než stanovené LČD.

18. **Z týchto údajov vyplýva, že hoci sa v priemere na TEP kolena a bedra, či operáciu šedého zákalu čaká kratšie než je stanovené maximum<sup>9</sup>, niektorí pacienti čakajú dlhšie, a to niekedy aj dva krát dlhšie.** To naznačuje, že čakanie pacientov by sa dalo v týchto prípadoch skrátiť efektívnejšou alokáciou, teda tým, že by pacienti boli operovaní v zariadeniach s voľnou kapacitou, miesto toho, aby čakali na uvoľnenie zdrojov v nemocnici, kde sa zaregistrovali. Potvrďuje to aj vyhodnotenie siete OSN, ktoré pripravilo a v prehľadnej forme zverejnilo MZ SR.<sup>10</sup> Jasne vidieť, že napríklad pri endoprotézach kolena a bedra je v rámci stanovenej lehoty zoperovaných menej než 85% prípadov len v štyroch z 38 nemocníc.
19. **Tu sa však ukazuje paradoxná situácia, lebo pacienti zatiaľ neuprednostňujú včasnosť operácie.** Od roku 2025 platí povinnosť pre poisťovne ponúknuť pacientovi alternatívne zariadenie v prípade, že pri zaradení na čakaciu listinu predpokladaný čas presahuje LČD. V januári a februári 2025 sa to týkalo 1 942 poistencov. Z nich túto možnosť využilo len 15, ostatní prijali dlhšie čakanie. Navracia sa týmto teda otázka, kedy vyhodnocovať dlhé čakacie doby za problematické.
20. **K tomuto mimoriadne zaujímavému údaju nám však zatiaľ chýba kvalitatívny výskum dôvodov pre takéto rozhodnutie.** Rozumne hypotetizovať môžeme s vysvetlením, že sa pacienti obávajú o zabezpečenie následnej starostlivosti – ak budú zoperovaní v inom zariadení môžu mať obavy o to, či ich pôvodný lekár a nemocnica prijmu do následnej starostlivosti, resp. či im bude poskytnutá rovnaká starostlivosť ako keby zákrok absolvovali tam. Poskytovatelia dnes pritom nemajú motiváciu povzbudzovať pacienta, aby absolvoval zákrok inde a nedostatočná koordinácia medzi poskytovateľmi patrí medzi chronické problémy slovenského zdravotníctva.
21. **Ďalším dôvodom môžu byť praktické problémy súvisiace s hospitalizáciou mimo oblasť bydliska,** ako je doprava alebo neprítomnosť rodiny, či blízkych, ktorí v kontexte slovenských nemocníc plnia viacero sociálnych funkcií, ktoré inak ostávajú slabo pokryté. V neposlednom rade treba uviesť, že sa jedná o nové opatrenie, o ktorom neprebehla žiadna významnejšia informačná kampaň. ÚDZS vo svojej správe odporúča poisťovniam posilniť vzdelávanie pacientov o ich právach pri prekročení LČD a aktívne ponúkať alternatívnych poskytovateľov. Hoci poisťovne majú záujem na efektívnejšom využívaní zdrojov, podporiť informovanosť pacientov môže určite aj Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré by pre začiatok mohlo iniciovať aspoň potrebnú kvalitatívnu analýzu príčin tohto fenoménu.

---

<sup>9</sup> Priemer 10 mesiacov a 2 mesiace vs norma 425, 395 a 120 dní definovaná Prílohou 2 k Vyhláške 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti

<sup>10</sup> Dostupné na: <https://www.kategorizacianemocnic.sk/sk/dokumenty/siet-nemocnic>

## Čo naďalej nevieme?

22. Hoci je reforma nemocničnej siete a ňou definovaný časový nárok pacienta dôležitým a mimoriadne užitočným krokom vpred, je potrebné ju dotiahnuť a rozšíriť na ďalšie oblasti starostlivosti. Dôležitým elementom navrhnutého systému mala byť transparentnosť voči verejnosti – teda to, aby si každý pacient mohol v reálnom čase pozrieť ako dlho sa v ktorom zariadení na konkrétny výkon čaká. Tieto dáta mali zároveň slúžiť aj odbornej verejnosti či inštitúciám na vyhodnocovanie stavu, porovnávanie poskytovateľov a nastavovanie verejných politík.
23. Zabezpečenie informácií a ich sprostredkovanie verejnosti pripadlo do pôsobnosti Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a žiaľ, v tomto poslednom kroku dopadlo zatiaľ skôr sklamaním. Web je ťažko dohľadateľný – informácie nie sú jednoducho prístupné ani z webu MZ SR, ani NCZI, nachádzajú sa na Portáli zdravia, ktorý je väčšine obyvateľov neznámy a často úplne nefunkčný. Nemáme povedomie o žiadnej aktívnej komunikačnej kampani. Okrem toho je web ťažkopádny a aj pri menej náročných zadaniach na filtrovanie dát vypadáva pre preťaženie.
24. Dáta, ktoré zobrazuje, sú nevýpovedné a nezodpovedajú základné analytické otázky, ani neumožňujú rýchle porovnania či už medzi zariadeniami, službami alebo Slovenskom a zahraničím. Chýbajú tiež kľúčové informácie – nevieme napríklad, ako sa líši dĺžka čakania v závislosti od regiónu alebo typu sídla. Tieto údaje by pritom mali existovať, nie sú však voľne dostupné a takáto analýza doposiaľ nebola podľa našich informácií ani publikovaná.
25. V ambulantnom sektore dnes nesledujeme žiadnu dĺžku čakania, či na prvé vyšetrenie alebo k špecialistom – problém, o ktorom najčastejšie počuť medzi pacientmi. Ide pritom o indikátor dôležitý nielen pre orientáciu pacientov ale aj pre plánovanie kapacít a tvorbu verejných politík či rozpočtu. Zmerať dĺžku čakania na prvú konzultáciu u špecialistu pri súčasných dátach je obtiažne a nepresné.
26. Problém by pritom mohla vyriešiť intenzívnejšia digitalizácia. Od roku 2018 existuje služba elektronický výmenný lístok (alebo elektronická žiadanka na vyšetrenie), prostredníctvom ktorej môžu lekári odkazovať pacientov na vyšetrenia elektronicke – podobne ako pri dnes už takmer 100% implementovanom e-recepte.<sup>11,12</sup> Jej využívanie je však nedostatočné. Ani implementácia e-receptu nebola jednoduchá, trvala dlho, čelila technickým problémom aj odporu medzi lekármi. Nakoniec jej pomohli dva faktory – doplnkové platby poisťovní za využívanie e-receptu a nevyhnutnosť spôsobená pandemiou Covid-19.
27. Rovnako dnes nesledujeme dĺžku čakania na prístrojové vyšetrenia ako napr. CT, MR, RTG, USG a iné. V médiách sa dočítame najmä o prípadoch, keď pacient čaká na vyšetrenie dlhé mesiace. Sú však aj situácie, keď je vyšetrený prakticky okamžite. Nevieme však povedať, či ide o regionálny problém, problém konkrétneho poskytovateľa, neefektívneho využívania zdrojov a alokácie pacientov alebo nízkych kapacít. Pomohlo by rovnaké riešenie ako pri špecialistoch – elektronické žiadanky na

---

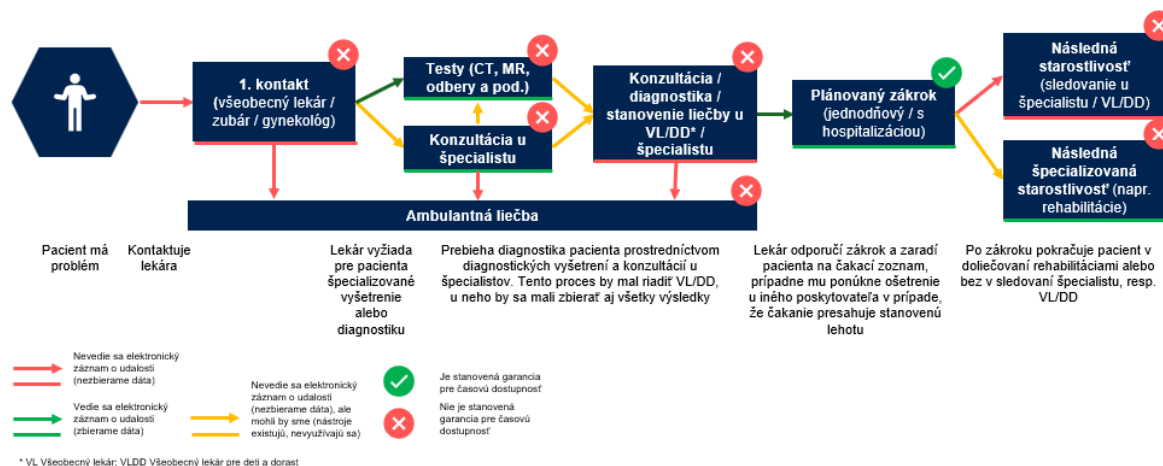
<sup>11</sup> Web: Ezdravotníctvo. Elektronický výmenný lístok. <https://www.ezdravotnictvo.sk/sk/-/vymenny-listok>

<sup>12</sup> Web: Ezdravie. Vývoj počtu predpísaných receptov v ezdravie. <https://ezdravie.nczisk.sk/sk>

vyšetrenie a tiež centrálne monitorovanie kapacít, pre lepšiu orientáciu pacienta aj poisťovne.

28. Dôležitý pohľad z hľadiska posúdenia schopnosti doručiť adekvátnu službu pacientovi je sledovanie celkovej dĺžky cesty pacienta. Teda koľko času prejde od prvého kontaktu u všeobecného lekára, cez absolvovanie diagnostiky až po stanovenie a poskytnutie liečby. Takýto pohľad samozrejme obsahuje mnoho skreslení. Ako agregát a pri sledovaní v čase, by nám však ponúkol pohľad na vývoj schopnosti poskytnúť potrebnú intervenciu pri konkrétnych diagnózach a teda ucelený pohľad cez potrebu pacienta a nie len čiastkové údaje o systéme. Z hľadiska nastavovania priorit a plnenia cieľa dosiahnuť čo najviac rokov prežitých v zdraví, je toto určite užitočný pohľad.
29. **Dĺžka cesty pacienta dáva zmysel obzvlášť pri pacientoch s onkologickými nálezmi.** Viacero krajín využíva pre týchto pacientov špeciálny režim, v ktorom sú prioritizovaní pri diagnostike aj konzultáciách. Sledovanie celkového trvania procesu je dôležitým manažérskym nástrojom a tiež predpokladom pre stanovenie nároku.
30. **Samostatnou témou je dostupnosť starostlivosti o mentálne zdravie.** Rastúca potreba je už roky známym fenoménom a Slovensko nie je výnimkou z hľadiska nedostatočnosti svojich kapacít. Dĺžka čakania na prvú konzultáciu nie je systematicky monitorovaná, podľa Útvary hodnoty za peniaze a prieskumu Asociácie na ochranu práv pacientov sa však na psychiatrické vyšetrenie na Slovensku čaká v priemere 7,3 týždňa a v niektorých regiónoch aj mesiace.<sup>13</sup>

Diagram 1: Aktuálna elektronická evidencia postupu pacienta zdravotníckym systémom



<sup>13</sup>Útvar hodnoty za peniaze. Duševné zdravie a verejné financie, diskusná štúdia. Máj 2020. [https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/dusevne\\_zdravie\\_verejne\\_financie\\_uhp.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/9/dusevne_zdravie_verejne_financie_uhp.pdf)

Tabuľka 2: prehľad údajov o časovej dostupnosti

Oblasť zdravotnej starostlivosti	Elektr. evidencia dát o		Maximálna stanovená lehota čakania
	výkone	dĺžke čakania	
<p>Primárna starostlivosť (všeobecný lekár, gynekológ, zubár)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primárny kontakt</li> <li>- následná starostlivosť (nadväzujúce vyšetrenia, prevencia, kontroly)</li> </ul>	Nie	Nie	Nie je. Dostupnosť garantovaná existenciou obvodov, v rámci ktorých musí lekár prijať pacienta, ako podmienku pre zmluvu s poisťovňami.
Diagnostické testy (MR, CT, RTG, USG, a pod.)	Áno	Nie (mohla by byť, v prípade využívania e-výmenného lístka)	Nie je.
Špecializovaná ambulánna starostlivosť	Áno	Nie (mohla by byť, v prípade využívania e-výmenného lístka)	Nie je.
Operačný zákrok (jednodňový alebo s hospitalizáciou)	Áno	Áno	Upravuje príloha 2 vyhlášky 531/2023 Z. z. pre podstatnú časť výkonov, ktoré nemožno uskutočniť do 3 dní
Následná a rehabilitačná starostlivosť	Áno	Nie (mohla by byť, v prípade využívania e-výmenného lístka)	Nie

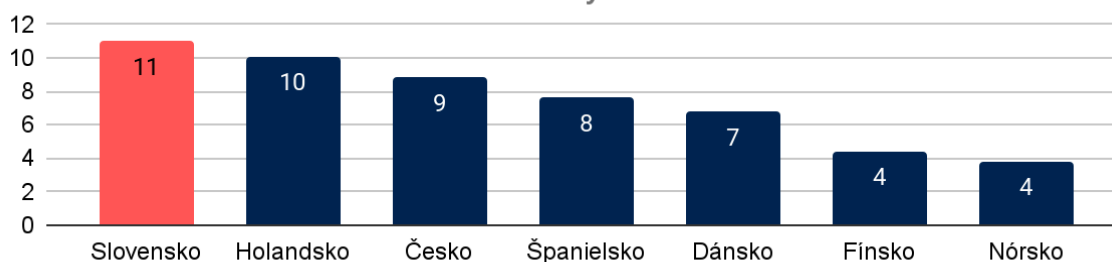
## Riešenia

31. **Akékoľvek čakanie na zdravotnú starostlivosť je výsledkom situácie, keď dopyt po špecifickej zdravotnej starostlivosti prevyšuje ponuku.** Riešenia je preto potrebné hľadať na oboch stranách rovnice.
32. **Na strane ponuky ide o dlhodobý komplexný projekt s mnohými riešeniami.** Vyžaduje nielen vyšší počet zdravotníckych pracovníkov v určitých profesiách (motivovanie absolventov, aby zostali na Slovensku, návrat skúsenejších zdravotníkov zo zahraničia, využitie migrácie či zmeny vo vzdelávaní), ale aj efektívnejšie a flexibilnejšie využívanie existujúcich kapacít (presun činností medzi profesiami, zapojenie administratívnych pracovníkov a inovácií, plné využívanie diagnostických prístrojov, koordináciu medzi poskytovateľmi, či zefektívňovanie pracovných a organizačných postupov). Rovnako kľúčová je širšia digitalizácia, ktorá je predpokladom vymáhateľnosti časového nároku. Môže tiež odľahčiť zdravotníkov, umožniť plynulejšie plánovanie a využívanie kapacít a najmä zabezpečiť informácie pre presnejšie rozhodovanie.
33. **Rovnako dôležité je však strážiť dopyt.** OECD upozorňuje, že dopyt po zdravotných službách má prirodzenú tendenciu sa nafukovať a je potrebné ho pri zvyšovaní ponuky kontrolovať.<sup>14</sup> Ide najmä o zabezpečenie kontrolných mechanizmov a motivácií pre účelné využívanie zdrojov – predchádzanie duplicitným alebo nepotrebným vyšetreniam, posilnenie gatekeeping funkcie v primárnej starostlivosti, plánovaním kapacít. Čakacie zoznamy sú v tomto zmysle užitočným a žiadaným nástrojom, pretože zvyšujú nákladnosť návštevy, čím do určitej miery filtrujú dopyt.
34. **Slovensko má dlhodobo mimoriadne vysoký počet návštev lekára na obyvateľa.** Hoci sa o príčinách prevažne len hypotetizuje, je to obraz nehospodárneho využívania zdrojov v zdravotníctve a najmä chýbajúceho manažmentu pacienta, za ktorý by mali zodpovedať poisťovne. Bez nástrojov na riadenie dopytu preto navýšenie ponuky samo o sebe nebude stačiť. Opatrenia by mali posilniť úlohu všeobecných lekárov ako gatekeeperov, zlepšiť koordináciu primárnej a sekundárnej starostlivosti a zaviesť systémy, ktoré zefektívnia alokáciu zdrojov voči dopytu. Inak hrozí, že akýkoľvek rast kapacít bude okamžite spotrebovaný a pacienti sa reálne rýchlejšie k starostlivosti nedostanú.

---

<sup>14</sup>OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>. S 23.

Graf 5: Počet návštev lekára na obyvateľa v 2023



Zdroj: OECD data

### 35. Nižšie uvádzame prehľad rôznych prístupov a nástrojov na manažment

**čakacích dôb.** Je však dôležité poznamenať, že predpokladom pre správnu voľbu je čo najpresnejšie poznanie miestneho stavu a jasné pomenovanie cieľov a priorit. V súčasnej situácii toto poznanie chýba a preto v tejto fáze ostávame len pri popise možností a identifikácii nevyhnutných predpokladov pre zavedenie ktoréhokoľvek modelu.

## Modely a nástroje manažmentu čakacích dôb v zahraničí

36. Najčastejšími opatreniami, ktorými krajiny OECD riadia časovú dostupnosť zdravotnej starostlivosti je stanovenie maximálnych čakacích dôb.<sup>15</sup> Niektoré krajiny garantujú dobu pre akékoľvek vyšetrenie, iné špecifikujú konkrétne typy výkonov a niektoré určujú maximálne lehoty na základe kategorizácie zdravotného stavu pacienta. Samotné lehoty pre časovú dostupnosť sa medzi krajinami zásadne líšia.<sup>16</sup> Krajiny, na ktoré sme sa zamerali (Fínsko, UK, Dánsko) uvádzajú riešenie čakacích dôb medzi svojimi prioritami a zároveň sa im podarilo zredukovať a dlhodobo udržať kratšiu dĺžku čakania.<sup>17</sup> Okrem toho uvádzame tiež príklady, ktoré sa môžu so Slovenskom porovnávať z hľadiska podobného nastavenia systému (Holandsko), alebo využívajú riešenia, ktoré z hľadiska Slovenskej reality môže byť vhodnou inšpiráciou (Taliansko, Španielsko). Nižšie uvedené opatrenia sú vzájomne kombinovateľné.

- a. **Garancia maximálneho času na zabezpečenie prvého kontaktu – u všeobecného lekára alebo poskytovateľa starostlivosti o mentálne zdravie.** Vo Fínsku je úlohou miestnych orgánov zabezpečiť, aby sa pacienti mohli k lekárovi dostať v akýkoľvek pracovný deň. Pokiaľ po kontaktovaní zdravotného strediska nie je možné posúdiť potrebu pacienta okamžite, zdravotnícky pracovník zhodnotí potrebu liečby do 3 pracovných dní od prvého kontaktu.<sup>18</sup> Pre oblasť mentálneho zdravia si Veľká Británia stanovila cieľ zabezpečiť starostlivosť do 6. týždňov od odoslania pre 75% pacientov.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> OECD (2020). S 25.

<sup>16</sup> Detaily pre jednotlivé krajiny nižšie na základe OECD (2020).

<sup>17</sup> OECD (2020). S 7, 13.

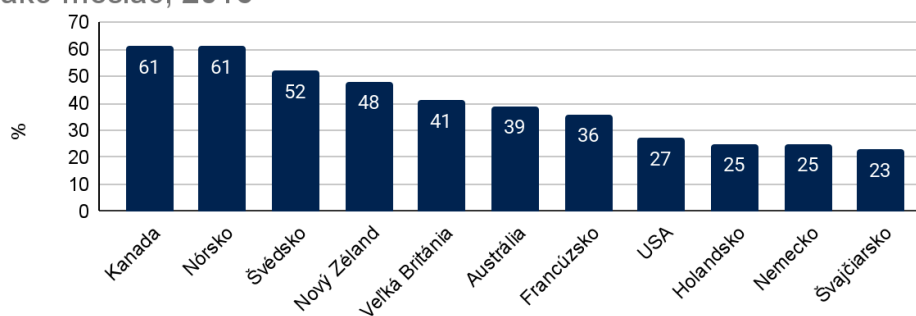
<sup>18</sup> OECD (2020). S 26.

<sup>19</sup> National Health Service. Dostupné na:

<https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/guide-to-nhs-waiting-times-in-england/>

- b. Časové garancie pre nadväzujúce vyšetrenia u špecialistov a diagnostiku. Vo Fínsku, v prípade, že bol pacient odkázaný k špecialistovi, do nemocnice alebo iného špecializovaného pracoviska, musí byť jeho potreba posúdená do 3 týždňov. Všetky požadované testy a konzultácie sa musia vykonať do 3 mesiacov od odporúčania odkazujúceho lekára. Liečba sa musí začať v lehote, zohľadňujúcej naliehavosť prípadu, najneskôr však do 6 mesiacov od zistenia potreby liečby. V Dánsku majú pacienti možnosť nechať sa vyšetriť alebo absolvovať doporučený zákrok u súkromného poskytovateľa, pokiaľ sa k službe nedostali do 30 dní. V Anglicku je cieľom zabezpečiť, aby aspoň 92% pacientov odkázaných k špecialistovi začalo svoju liečbu do 18 týždňov (4,5 mesiaca). V Španielsku sa lehota pre konzultáciu u špecialistu pohybuje medzi 30 a 60 dní. V Holandsku sú na návštevu špecialistu a diagnostiku 4 týždne.

Graf 6: Podiel ľudí čakajúcich na špecializované vyšetrenie dlhšie ako mesiac, 2016



Zdroj: OECD (2020). S 16, graf 2.2

- c. Stropy na zabezpečenie plánovaných operačných výkonov. Od roku 2024 sú maximálne čakacie doby definované aj na Slovensku pre takmer 300 výkonov – teda pre väčšiu časť výkonov, ktoré nie je možné poskytnúť do troch dní od indikácie. Na Slovensku sú lehoty pre jednotlivé výkony diferencované a pohybujú sa od 30 dní pre vybrané operácie ústnej dutiny, očí či pankreasu až do 425 dní pre TEP kolenného kĺbu. V Holandsku majú byť všetky výkony jednodňovej starostlivosti zabezpečené do 4 týždňov, výkony, ktoré vyžadujú hospitalizáciu do 7 týždňov. V Dánsku je to 30 dní, v Španielsku od 30 dní do 180 dní, v závislosti od regiónu.
- d. **Definovanie časového nároku v závislosti od diagnózy alebo zdravotného stavu.** Najčastejšie sa s týmto opatrením stretávame pri onkologických diagnózach. Mnohé krajiny sa pokúšajú o urýchlenie cesty pacienta s onkologickou indikáciou systémom zdravotnej starostlivosti, tým že definujú maximálne čakacie doby pre týchto pacientov. Napr. v UK je pri podozrení na onkologické ochorenie maximálna čakacia doba k špecialistovi 2 týždne, rovnako ako v Maďarsku na vyšetrenie CT a MRI. V Nórsku majú od roku 2015 definované onko-pacientske cesty pre diagnostiku, liečbu a rehabilitáciu pre 26 onko-diagnóz, pričom stanovené ciele sa pravidelne monitorujú a vyhodnocujú.

- e. **Individuálny časový nárok resp. prioritizácia definovaná v závislosti od zdravotného stavu a potreby.** V Taliansku všeobecný lekár na základe posúdenia zdravotného stavu a potrieb pacienta zaradí do jednej z preddefinovaných skupín, ktoré určujú prioritu pri objednávaní pacientov k špecialistom, na diagnostické vyšetrenia či operácie. Pacienti vo vyšších skupinách dostávajú skoršie termíny, čím sa optimalizuje dostupnosť pre urgentné prípady. Pri zaradení do skupiny sa zohľadňuje klinická urgentnosť (ako rýchlo pacient potrebuje starostlivosť, aby sa predišlo zhoršeniu zdravotného stavu), typ procedúry alebo vyšetrenia, ktorý potrebuje a komplexnosť a riziká spojené so zdravotným stavom pacienta. Posúdenie všeobecného lekára kontroluje a validuje špecialista, ku ktorému je pacient odoslaný. Toto zaradenie do skupiny je evidované v centrálnom zdravotníckom systéme a zohľadňované pri objednávaní cez všetky rezervačné centrá.<sup>20</sup>

37. Krajiny sa líšia aj v spôsoboch, ktorým vyššie uvedené ciele zabezpečujú resp. vymáhajú. To úzko súvisí s organizáciou zdravotného systému. Siciliani a kol. zhrňa opatrenia do piatich, vzájomne nevýlučných skupín:<sup>21</sup>

- a. **Maximálne čakacie lehoty ako ciele s väzbou na finančné motivácie.** Napríklad v Anglicku a Fínsku sú za plnenie cieľov zodpovední poskytovatelia alebo samospráva, ktorí ich majú stanovené ako výkonnostné indikátory, odvíjajú sa od toho ich platby a v prípade neplnenia sa udeľujú sankcie. V takom prípade je možné definovať minimálny nárok a výhľadovo aj cieľové parametre, na ktorých potom možno dlhodobo pracovať a poskytovatelia, ktorí sú schopní ich dosahovať môžu byť odmeňovaní alebo naopak penalizovaní. Dôležitým elementom je aktívna regulácia a dohľad disponujúci efektívnymi nástrojmi (pokuty, platby). V oboch krajinách toto opatrenie prispelo k významnému skráteniu čakacích dôb na neurgentné výkony.<sup>22</sup> Okrem poskytovateľov môže byť zodpovedným subjektom aj zdravotná poisťovňa – to dáva zmysel v systéme ako je náš alebo holandský, kde poisťovňa nesie zodpovednosť za zabezpečenie definovaného nároku pacienta. Tá samozrejme môže svoju povinnosť premietnuť do vzťahu so zmluvnými poskytovateľmi a pôsobiť voči nim ako regulátor.
- b. **Maximálne čakacie lehoty, ktoré v prípade nenaplnenia rozširujú patientsku voľbu poskytovateľa** (Dánsko, Portugalsko, Slovensko). V Dánsku, pokiaľ nevie zabezpečiť zdravotnú starostlivosť v stanovenej lehote verejný poskytovateľ, môže pacient využiť služby súkromného zariadenia. V Dánsku toto opatrenie prinieslo dlhodobo udržateľné skrátenie čakacích lehôt,

---

<sup>20</sup> G. Mariotti, L. Siciliani, V. Rebba, et al. "Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach". *Health Policy*, Vol. 117, Issue 1 (2014). Strany 54-63. ISSN 0168-8510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.018>.

<sup>21</sup> L. Siciliani, G. Lafortune, R. Fujisawa, et al. "A Review of Policies to Reduce Waiting Times for Health Services across OECD Countries". *Nordic Journal of Health Economics*. Vol. 11 No. 1 (2023): Special Issue for Tor Iversen. Strany: 162-181. <https://doi.org/10.5617/njhe.10214>

<sup>22</sup> L. Siciliani (2023). S 167.

v Portugalsku len dočasne a po prvotnom poklese sa čakanie opäť začalo predlžovať a to napriek nárastu celkového počtu operačných výkonov.<sup>23</sup>

Podobná logika sa použila aj u nás pri nastavení časového nároku v rámci neurgentnej operačnej starostlivosti. V prípade, že u poskytovateľa, u ktorého bola indikovaná starostlivosť nie je možné realizovať výkon v stanovenej lehote časovej dostupnosti, poisťovňa pacientovi ponúkne alternatívne zariadenia na Slovensku. V prípade, že časový nárok nevie splniť žiadne zariadenie, má pacient nárok na preplatenie starostlivosti v zahraničí.

- c. **Posilňovanie strany ponuky s ambíciou dosiahnuť naplnenie stanovených cieľov na úrovni zdravotného systému** (Austrália, Kanada, Estónsko, Maďarsko, Írsko, Holandsko, Poľsko). Viaceré krajiny podporili zavedenie alebo zníženie maximálnych čakacích lehôt doplnením zdrojov – buď zvýšením financií na dané výkony, zrušením výkonnostných limitov, predĺžením počtu ordinačných resp. operačných hodín alebo presmerovaním personálu. Tieto opatrenia bývajú veľmi nákladné a výsledky sú zmiešané. V Holandsku sa prvotný pozitívny trend zvrátil v momente znovuzavedenia limitov na počty výkonov. V Austrálii stačila zvýšená ponuka len na pokrytie nárastu dopytu a celkový výsledok sa významne nezlepšil. Zaujímavým a efektívnym príkladom je Maďarsko, kde sa vláde podarilo skrátiť čakanie na vybrané neurgentné operácie kombináciou zavedenia prísnejších limitov, dodatočných platieb a dôsledného manažmentu dopytu. Vláda vytvorila centrálny online čakací zoznam, cez ktorý v reálnom čase monitorovala a adresne prerozdeľovala dodatočné zdroje do oblastí či zariadení s najväčšou potrebou a zároveň motivovala k presunom pacientov do zariadení s kratšími čakacími lehotami.
- d. **Lepší manažment dopytu cez prioritizáciu pacientov na čakacích listinách** (Austrália, Nový Zéland, Nórsko). Prioritizovať pacientov na čakacích zoznamoch možno v zásade dvoma spôsobmi – buď možno uprednostňovať pacientov s vážnejším stavom pred tými, ktorých stav znesie odklad, alebo možno prísnejšie posudzovať pacientov pri zaraďovaní na zoznam. V druhom prípade, pacienti, pre ktorých sa dá očakávať, že plánovaný zákrok prinesie malé alebo zanedbateľné zlepšenie nie sú na zoznam pridávaní, čím sa reguluje celkový počet a kvalita čakateľov v súlade s logikou využívať obmedzené zdroje prioritne tam, kde prinesú najvýznamnejšie zlepšenie zdravia.

Pre účinnú a férovú prioritizáciu pacientov krajiny zvyknú definovať odborné nástroje na posúdenie klinického stavu pacienta. Na Novom Zélande sú definované klinické prioritizačné posudzovacie kritériá (CPAC), ktoré spájajú objektívne a subjektívne testy na posúdenie stavu pacienta. V Nórsku sú od roku 2002 zavedené individualizované maximálne čakacie lehoty, založené na zdravotnom stave, potrebe a intenzite zdravotného problému pacienta. Všeobecné maximálne čakacie lehoty sa tak uplatňujú ako najširší rámec, ak však pacient potrebuje nemocničnú starostlivosť je individuálne posúdený

---

<sup>23</sup> L. Siciliani (2023). S 169.

a jeho lekár mu stanoví maximálnu lehotu, do ktorej by mal absolvovať zákrok. Austrália zvolila zjednodušený model, podobne ako Taliansko, keď je každému pacientovi priradený jeden z troch level urgentnosti: 1. ak hrozí rýchle zhoršenie stavu, ktoré by mohlo viesť k pohotovostnej situácii, musí byť prijatý do 30 dní; 2. ak pacientov stav spôsobuje bolesti, dysfunkciu alebo invaliditu, ale nehrozí rýchle zhoršenie stavu či stav pohotovosti, má byť prijatý do 90 dní; 3. ostatné prípady je potrebné prijať do 365 dní.

Tento prístup je určite v súlade s trendom dizajnovať zdravotnícke systémy tak, aby bol v ich centre pacient. Rizikovým miestom je však subjektívne posudzovanie stavu pacienta, resp. nedostatok transparentnosti a kontroly nad férovosťou a správnosťou takeého posúdenia. Existencia jasných a praktických klinických nástrojov na kategorizáciu pacientov, je preto nevyhnutným predpokladom. V krajine s vysokou toleranciou ku korupcii a rodinkárstvu však ani to nemusí stačiť na zabezpečenie férového prístupu k zdravotnej starostlivosti. Taliansko pre zaradenie pacienta do jednej z piatich úrovni urgentnosti používa dvojité overenie – v prvom stupni zaradzuje pacienta do príslušnej kategórie všeobecný lekár. Jeho zaradenie následne potvrdí, alebo upraví nadväzujúci špecialista.

- e. **Zlepšenie koordinácie medzi primárnou a sekundárnou starostlivosťou s cieľom zredukovať nadbytočné odoslania k špecialistom a tým aj čakacie doby** (Kanada, Taliansko, Fínsko, Poľsko). Posilňovanie kompetencií všeobecných lekárov patrí medzi najčastejšie opatrenie, o ktoré sa okrem iných pokúša aj Slovensko. Cieľom je využívať špecialistov primárne na diagnostiku a liečenie vážnejších stavov. V Poľsku sa takto napríklad snažia znížiť vyťaženosť oftalmológov a dermatológov. Na Slovensku sme v minulosti vcelku úspešne presunuli manažment pacientov s ľahšími kardiovaskulárnymi ochoreniami. Zaujímavý príklad s dobrými výsledkami ponúka Kanada, kde testovali zavedenie webovej e-konzultácie a telefónnej linky, ktoré mohli pacienti využívať, aby sa poradili o svojom probléme. 80% e-konzultácií dostalo odpoveď od špecialisti do 7 dní, 53% sa vyhlo osobnému odporúčaniu k špecialistovi a až 40% návšteve pohotovosti.

## **Predpoklady potrebné na zmeny na Slovensku: dáta, digitalizácia, radikálna transparentnosť a určenie zodpovednosti**

- 38. Vyššie popísané prístupy, od čakacích listín až po vymáhacie mechanizmy, pomáhajú nastaviť transparentný a férový systém no samotné kapacitné problémy neodstránia. Skutočné skrátenie lehôt si vyžaduje systémové zásahy do ponuky aj dopytu. Tie by mali byť vybrané na základe presného poznania stavu, jasnej ambície, priorít a cieľov. Žiaľ, Slovensko dnes nezbera alebo nevyhodnocuje dáta s cieľom diagnostikovať problém čakania a jeho príčiny, čo by mohlo pomôcť identifikovať opatrenia

s najväčším efektom. Preto sa v tejto fáze zameriavame na popis možných riešení a identifikáciu nevyhnutných predpokladov pre zavedenie ktoréhokoľvek modelu.

39. Predpokladom naplnenia akokoľvek stanovených cieľov je transparentnosť o kapacitách a posilňovanie schopnosti pacienta orientovať sa v systéme. Zber a zverejňovanie informácií o čakacích lehotách sú prvkom, ktorý sa objavuje naprieč zdravotníckymi systémami a krajinami a sú nevyhnutnými podmienkami, bez ktorých nebude žiadne opatrenie fungovať. V Anglicku sa reálne čakacie lehoty pre jednotlivé nemocnice a výkony zverejňujú na webe NHS. V Holandsku majú povinnosť zverejňovať čakacie lehoty všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a poisťovne sprostredkujú služby manažmentu čakacích zoznamov. Podobne je to v Taliansku, kde od roku 2024 existuje národná platforma pre čakacie listiny, ktorá prepája regionálne rezervačné systémy a zabezpečuje transparentnosť na čakacie doby a dostupné termíny v celej krajine v reálnom čase, čím podporuje úsilie o skrátenie čakacích dôb koordinovaným a transparentným spôsobom.<sup>24</sup>
40. Pacienti by mali mať k dispozícii centralizovaný prehľad o poskytovateľoch, ich dostupných kapacitách a odhadovanej dobe čakania. V súčasnosti, ak je pacient odkázaný na vyšetrenie, k špecialistovi alebo mu je odporúčaný intervenčný výkon, je na ňom, aby si službu našiel a zabezpečil. Pacienti pritom majú k dispozícii len veľmi málo informácií - poisťovne zverejňujú zmluvných poskytovateľov a VÚC ordinačné hodiny. Informácie dôležité pre rozhodovanie - ako napríklad vyťaženosť, či predpokladaná dĺžka čakania, nebodaj kvalitatívne indikátory, mimo vybrané výkony v ústavnej starostlivosti úplne chýbajú. Takto radikálna transparentnosť by okrem posilnenia schopnosti pacienta zabezpečiť svoje zdravotné potreby, prispela aj ku kvalitnejšej diskusii o tom, ako efektívne a férovo alokovať zdroje.
41. Aby bolo také niečo možné, je nutné, aby všetko objednávanie, rezervácie, plánovanie kapacít prístrojov a žiadanky na vyšetrenia boli elektronicky evidované a tiež aby vznikol centralizovaný systém, kde sa informácie budú stretávať. Na to je nutné, aby ministerstvo zdravotníctva, resp. jemu podriadené organizácie, významne posilnili svoju kompetenciu a aktivity v oblasti digitalizácie služieb a efektívneho zberu dát. Mnohé dáta s vysokou dôveryhodnosťou už v systéme existujú, typicky ide o platby (resp. dávky) zdravotných poisťovní, akurát nie sú systematicky monitorované a využívané na pravidelné vyhodnocovanie výsledkov zdravotníckeho systému. Podobne, ako uvádzame aj vyššie v texte, viaceré elektronické nástroje dnes existujú a ako hlavný problém sa javí ich implementácia. Hoci určite nejde o jednoduchú úlohu, doterajšie výsledky a aktivity na strane MZ SR a NCZI poukazujú na zásadný priestor na zlepšenie.

---

<sup>24</sup>M. D'Agostino, A. G. de Belvis, W. Ricciardi, et al. "The new national platform for managing and monitoring waiting lists". Health Systems and Policy Monitor. 2025. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://shorturl.at/5FMp6>

42. Ďalším významným predpokladom je definovanie zodpovednosti za dosahovanie stanovených cieľov (z hľadiska časovej dostupnosti alebo iných kritérií). V slovenskej realite je za celkové dosahovanie zdravotných výsledkov politicky zodpovedné ministerstvo, skúsenosti 35 rokov však ukazujú, že doposiaľ sa do aktívnej pozície veľmi nestavalo. V našom kontexte by úloha zabezpečenia v zmysle exekúcie cieľov mala logicky pripadať na poisťovne, ktoré by mali manažovať zdravotnú starostlivosť, financie na ňu vynaložené a tiež cestu pacienta. Mali by viesť prehľadnú evidenciu dostupných kapacít, pre lepšiu orientáciu pacienta a tiež pre sledovanie kvality a efektivity poskytovateľov.
43. V súčasnosti sú však aj poisťovne skôr pasívnym hráčom. Neprekvapuje to, keď si uvedomíme, že ak aj existujú zákonom alebo ministerstvom definované štandardy či očakávania, nástroje na ich vymáhanie - motivačné alebo sankčné, zväčša chýbajú. Pre férovosť treba uviesť, že aj poisťovne v schopnosti manažovať spravovanú sieť čelia niekoľkým kľúčovým komplikáciám:
- dodnes nedefinovaný nárok pacienta spôsobuje, že poisťovne nepotrebujú sledovať sieť poskytovateľov z časového či kvalitatívne hľadiska a akékoľvek podmienky pre poskytovateľov je pre nich veľmi ťažko vymáhať.
  - chýba jednotná informačná infraštruktúra, ktorá by zjednotila informácie o využívaní zdravotníckych služieb - keďže sieť poskytovateľov nie je medzi poisťovňami rozdelená ale zdieľaná. Poisťovne teda a priori vidia len starostlivosť poskytnutú ich poistencom a chýbajú im informácie o celkovej vyťažnosti a výkonnosti poskytovateľov.
  - fragmentácia ambulantného sektora a celkovo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti spôsobuje, že malé ambulancie - poskytovatelia s jedným či dvoma lekármi a sestrou nie sú schopní (a ochotní) nachádzať úspory z efektivity či zabezpečovať služby ako objednávanie, správa rezervačných systémov, telemedicína či pokrývať starostlivosť v rozšírených ordinačných hodinách.
  - nedostatok špecialistov a možnosť poskytovať starostlivosť mimo systém verejného poistenia** spôsobuje, že niektorí nedostatkoví špecialisti, zvlášť s bonitnejšou klientelou, do siete ani nevstupujú a služby poskytujú na priamu úhradu pacienta, na čo dopláca nie len pacient ale zároveň sa definitívne vytrácajú zo sledovania kapacít.

## Záver

44. Otázka časovej dostupnosti zdravotnej starostlivosti nie je len otázkou dĺžky čakania ale aj spravodlivého rozdeľovania zdrojov v spoločnosti. Dostupné dáta naznačujú zhoršujúce sa postavenie ľudí s nižším príjmom. Cieľom nemusí byť nutne skracovať dĺžku priemerného čakania. Môže ním byť spravodlivosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti alebo organizácia zdravotného systému tak, aby predchádzal odvrátiteľným úmrtiam a nezvratným zhoršeniam zdravotného stavu. Bez jasných,

všeobecne platných pravidiel a transparentného systému pre prioritizáciu pacientov a plánovanie starostlivosti, bude však naďalej dominovať a narastať nespravodlivosť a protekcia.

45. Ak sa chceme posunúť vpred, potrebujeme vyriešiť niekoľko dlhodobopomínaných problémov. Je žiaduce podstatne zlepšiť našu schopnosť poznať aktuálny stav v detaile pretože to ovplyvňuje schopnosť správne nastaviť a riadiť čiastkové politiky - definovať ciele, opatrenia, realizovať zmeny. Znamená to zásadné rozšírenie digitalizácie zdravotníctva, posilnenie efektívneho zberu a vyhodnocovania dát a definovanie nároku na zdravotnú starostlivosť a zodpovednosti za jeho napĺňanie. Definovanie časových nárokov, kvalitatívnych požiadaviek a pravidelného monitorovania v rámci ústavnej starostlivosti boli krokom správnym smerom, ktorý však potrebujeme zreplikovať aj pre ďalšie oblasti starostlivosti. V neposlednom rade je žiaduce zabezpečiť radikálnu transparentnosť o poskytovaní starostlivosti jednotlivými poskytovateľmi. Pacienti tým získajú informácie, ktoré im pomôžu sa rozhodovať a manažovať svoju starostlivosť a poskytovatelia spätnú väzbu o ich výkonnosti a kvalite služieb.

Ďakujem MUDr. Elene Marušákovej z Asociácie na ochranu práv pacientov, Petre Ištokovičovej z Ministerstva zdravotníctva SR a Matejovi Mišíkovi za cenné konzultácie a podnety. Za prípadné chyby som zodpovedná výlučne ja.