

Čakáreň #3 - Zdravotné vouchre, povinné objednávanie a lieky v noci

21.8.2026 - Martin Vlachynský | INESS

Môžu „zdravotné vouchre“ priblížiť modernú liečbu rakoviny?

Onkologická diagnóza mladého aktivistu pohla slovenskou verejnosťou, ktorá sa expresne vyzbierala na jeho liečbu. Je to príbeh, na ktorom sa dá vysvetliť viacero zákutí **schvaľovania nových liekov**. Zároveň je to príležitosť zamyslieť sa nad zlepšením fungovania liekovej politiky – vrátane predstavenia jedného unikátneho návrhu.

V novej publikácii sa dočítate:

Stiahnuť si ju môžete ako PDF [tu](#), ako blog je dostupná [tu](#).

Zároveň pripomíname knihu **Inovatívne lieky - právne a etické otázky**. Takisto je dostupná zdarma na našom webe.

Nárok na objednanie k lekárovi? Dobré, ale...

SaS chce predložiť do parlamentu návrh zavádzajúci **povinnosť pre zdravotné poisťovne** získať termín u špecialistu pre svojich poistencov. Návrh patrí do kategórie „Lahko sa povie, ťažšie sa spraví.“

Som zvedavý na technické riešenie. V praxi zdravotné poisťovne s trochou snahy lekára zohnať dokážu, ak by však prišlo k plošnému nasadeniu takejto povinnosti, mali by s tým asi problém.

Dostupnosť špecializovanej ambulantnej starostlivosti v niektorých špecializáciách považujem za **najúžšie hrdlo slovenského zdravotníctva**. No zároveň je to problém, ktorý je kompletne postavený na anekdotách. Nemáme tušenie, aké sú čakacie doby na aké vyšetrenia v akých regiónoch.

Alternatívou je ustanovenie časových benchmarkov na cestu pacienta v konkrétnych scenároch. Napríklad v Anglicku je stanovený časový limit 62 dní od žiadanky pre špecialistu po začatie liečby pri podozrení na onkologické ochorenie. Cieľ je dosiahnuť tento limit pri **85 % pacientov**. Pri neurgentných prípadoch je limit 18 týždňov od žiadanky po liečbu s dlhodobým cieľom **92 % pacientov**, reálne sa ale dosahuje len pri **65 % pacientov**. Podobné limity majú viaceré (najmä severské) štáty, nie sú však celoeurópskym štandardom.

Môj komplexnejší komentár na túto tému si môžete prečítať [tu](#). Dozviete sa aj to, ako by mohlo súvisieť objednávanie s preventívkami.

VŠZP vs. Žilinský kraj

Diskusia, alebo skôr spor o financovaní nemocníc má rôzne bočné príbehy. Jeden sa odvíja medzi **Všeobecnou zdravotnou poisťovňou a nemocnicami Žilinského kraja**.

Nemocnice tvrdia, že ak nechcú odmietať ortopedických pacientov, **musia prekračovať limity**.

VŠZP kontruje, že týmto nemocniciam platí nad úroveň základnej sadzby, stanovenej Centrom pre klasifikačný systém (CKS) DRG.

Úlohou zdravotnej poisťovne nie je preplácať všetko všade v akomkoľvek množstve. Jej úlohou je zabezpečiť svojim poistencom zdravotnú starostlivosť tak, aby čakali na operáciu maximálne tak dlho, ako je **stanovený zákonný limit**. V prípade diskutovaných endoprotéz sú limity 395 (bedro), respektíve 425 (koleno) dní.

VŠZP tieto limity spĺňa, napríklad pri bedre je aktuálna priemerná čakacia lehota okolo 190 dní. Je však na poisťovni, ako si tieto výkony zazmluvní v jednotlivých nemocniciach. Panuje všeobecná tendencia vyvolaná ekonomickou racionalitou, aj reguláciami (optimalizácia siete nemocníc) výkony postupne centralizovať na menšom počte pracovísk.

Inak napísané, **zdravotná poisťovňa limitmi tvaruje svoju zazmluvnenú starostlivosť**. Netvrdím však, že je to automaticky prípad nemocníc Žilinského VÚC.

Ale reakciu si zaslúži aj tvrdenie o platbách za výkon nad rámec tarify stanovenej CKS. Systém DRG by mal fungovať ako zúčtovací systém – ako jednotný meter pomocou ktorého sa meria **výkonnosť nemocníc**.

Nemá to byť forma cenovej regulácie. To, že CKS stanovilo nejakú celoslovenskú sadzbu vo výške X ešte nemusí automaticky znamenať, že táto sadzba dáva ekonomický zmysel pre konkrétnu nemocnicu.

Preto argument o prekročení sadzby CKS, ktorý použila VŠZP, nemožno používať ako univerzálne potvrdenie toho, že platba „**musí**“ nemocnici stačiť. Je vždy na vyjednávaní dvoch partnerov – nemocnice a poisťovne – dohodnúť si konkrétne podmienky tak, aby **dávali zmysel obojstranne**.

Lieky v nočnej Bratislave

Bratislavský samosprávny kraj v spolupráci s **Farmaceutickou fakultou UK** zriadi v Bratislave non-stop lekáreň. Keď sa táto téma začala verejne preberať, bál som sa, že v rámci svojho povestného mikromanažmentu sa do toho pustí Ministerstvo zdravotníctva.

Dotovanie prevádzky lekárne krajom je **lepšie riešenie**. Nie ministerstvo, ale **samosprávy a regióny** by mali hrať v zdravotníctve oveľa významnejšiu úlohu – tak, ako je **štandardom** vo väčšine európskych štátov.

Čo iné mestá? Budú snáď kraje a samosprávy dotovať jednu lekáreň v každom okresnom meste? **Sotva**. Cestou je povoliť predaj vyhradenej skupiny **liekov bez lekárskeho receptu** mimo lekárne. Napríklad v Českej republike si ich môžete kúpiť v **obchodoch**, či na **benzínkach**.

Detailne sme o tom písali v publikácii **Bližšie k zákazníkom: Lieky a maloobchod**.

*Ak poznáte niekoho, kto by mal taktiež začať odoberať tento newsletter, prosím, odkážte ho na tento link, kde sa môže **zaregistrovať na odber**.*

Náš portál dedikovaný **výstupom zo zdravotnej politiky** nájdete tu.

<https://iness.sk/cakaren-3-zdravotne-vouchre-povinne-objednavanie-a-lieky-v-noci>