

## JOINT FACT-FINDING MISSION TO SLOVAKIA – DECEMBER 2015

### HEALTHCARE SECTOR AND ITS COST-EFFICIENCY

Time and Stakeholders	Place
7 December 2015 9:00 – 10:00 - Health policy institute 10:15 – 11:15 - Association of doctors and hospitals	COM representation in Slovakia, Palisády 29, Bratislava

#### Introduction

Based on the Commission 2015 Ageing report projections, Slovakia faces a pertinent challenge with respect to long-term development of healthcare expenditures. While the health expenditures hovered around EU average and reached some 5.7% of GDP in Slovakia in 2013, Slovakia is projected to have the third highest increase in the healthcare spending to the GDP ratio of 2.0 pps in the EU p to 2060. This is projected to be well above the EU average of 0.9 pp. The Ageing report 2015 also projects the long-term sustainability gap for Slovakia at 3.2% of GDP of which 1.4 pps. are contained by the health expenditures representing the third largest relative contribution of the health-care expenditures to the overall gap.

Turning to efficiency of healthcare, Slovakia is assessed as a country with the biggest potential to increase health outcomes with existing costs. Based on an econometric-analysis<sup>1</sup> prepared by DG ECFIN staff, improvements in the efficiency of healthcare provision would have substantial positive impact on output indicators such as life expectancy at birth and at the age 65, healthy life years at birth and at the age 65 and amenable mortality.

Figure. Potential gains in health outcomes - increase in a number of life years and reduction in amenable mortality (boxes include second and third quartile of EU28 observations)



Source. see footnote 1

<sup>1</sup> Medeiros João and Schwierz Christoph, *Efficiency estimates of health care systems in the EU*, European Economy, Economic papers 549 (June 2015)

**In 2015 the Council, as a part of the #1 recommendation, encouraged SK to:**

*„Improve the cost-effectiveness of the healthcare sector, including by improving the management of hospital care and strengthening primary healthcare.“*

On top of that, the 2015 Country report for Slovakia highlighted that:

- Preventing further build-up of debt in public hospitals remains a challenge in the absence of measures to buttress sound financial management.
- The renewed interest in public-private partnerships for the construction of new hospitals warrants attention to project design in order to ensure efficiency both in terms of costs and services provided
- Delays in the introduction of a payment system based on diagnosis-related groups (DRG) have led to suboptimal resource allocation across hospitals.
- The benefits of the integrated care model at the core of the Government strategy are uncertain, particularly in the short term. This is because the strategy seems to focus too narrowly on infrastructure construction and grouping general practitioners and second-line specialists into medical centres.
- Incentives for general practitioners to operate efficiently and meet their gatekeeping role in the system, such as a shift to ‘per service’ reimbursement, are being considered and delegation of competences from specialists is progressing slowly.
- There are no tangible results for the long-envisaged eHealth project.
- Missing systemic measures as regards guidance and supervision lead to persistent irregularities in healthcare-specific public procurement

### **Implementation of the Strategic framework for health for 2014-2030**

In order to address the cost-efficiency issues in SK health-care, the government adopted on 18 December 2013 the Strategic framework for health for 2014-2030 (hereafter referred to as “the Strategy”). The Strategy outlines priorities in the areas of (1) Integrated outpatient healthcare (2) Inpatient healthcare and (3) Public health.

#### **Integrated outpatient healthcare**

The Strategy suggests the concept of an integrated model of healthcare focusing mainly on (a) the gatekeeping role of GPs and on (b) the concentration of activities to the centres of the integrated care.

1. Could you please share with us your assessment of the on-going project of **integrated outpatient centers**? Please refer specifically to the development so far, benefits/costs for key interlocutors, ie. doctors and patients, ownership of doctors with the initiative (*since the Chamber of doctors commented on the project heavily last year, your update is welcome on the development of the initiative and in a case of a change in views*)

*Stanovisko SLK je vyjadrené v samostatnom Position Paper z 2. 12. 2015, ktorý pripájame v prílohe.*

If possible, please provide an update of the development and your views on the issues as follows (the Chamber of doctors is invited to notably integrate new information as compared to the previous meeting in January 2015):

- I. How do you assess the residential program for graduated GPs? Will it sufficiently promote the GPs profession and address the shortfall of GPs?

Rezidenčný program má pozitívny ohlas aj medzi absolventmi medicíny aj medzi lekármi s jedinou výhradou, že nedostatok všeobecných lekárov je na Slovensku taký veľký, že by bolo potrebné

a) primerané ročné množstvo absolventov rezidenčného programu prinajmenšom zdvojnásobiť,

b) okrem špecializácií lekárov všeobecnej zdravotnej starostlivosti vytvoriť rezidenčné miesta aj pre lekárov špecializovanej zdravotnej starostlivosti a zároveň

c) zaviazat' zdravotné poisťovne, že po odídení poskytovateľa všeobecnej zdravotnej starostlivosti z daného územia (úmrtie, odchod do dôchodku, dlhodobá práceneschopnosť a podobne) nesmú kmeň pacientov po tomto odídenom kolegovi prerozdeľovať medzi existujúcich poskytovateľov na danom území, ale vyhľadať a zabezpečiť ďalšieho nového poskytovateľa a objednať si u neho potrebnú zdravotnú starostlivosť pre pacientov poisťovne na danom území. Je potrebné zabezpečiť, aby sa čo najviac eliminovali doterajšie dlhé čakacie doby a preťaženie existujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v systéme ZS na Slovensku, ktoré už tu dnes reálne existuje a zdravotné poisťovne to ignorujú, čím vyvolávajú nespokojnosť pacientov, ktorej terčom ale nie sú oni ale zdravotnícki pracovníci.

Ministerstvo zdravotníctva SR by aj vzhľadom na korupčné kauzy pracovníkov zdravotných poisťovní týkajúce sa nakladania s finančnými prostriedkami občanov plynúcimi z povinného verejného zdravotného poistenia z posledného obdobia malo zdravotným poisťovniam stanoviť pravidlá na optimalizáciu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Slovenská lekárska komora poskytla uplynulý mesiac Ministerstvu zdravotníctva SR návrh na optimalizáciu siete prostredníctvom zavedenia procedúr dohodovacieho konania medzi zástupcami poisťovní a zástupcami zdravotníckych pracovníkov a poskytovateľov.

Slovenská lekárska Komora by uvítala, keby EK zaviazala MZ SR zaoberať sa touto problematikou a prijať chýbajúcu právnu úpravu pre transparentnenie vzťahu v tejto oblasti.

- II. How do you assess the already implemented transfer of competences from second-line specialists to GPs (ie. basic pre-operative examinations and re-organised system and policies of laboratory testing and measurement, treatment of essential hypertension)? Has it proved useful to promote GPs gatekeeping role? Are you in favour of transferring other competences on top of what is currently envisaged? (ie. treatment of the lipoprotein disorders, hyperuricaemia and uncomplicated type II diabetes)?

Uvedené zmeny síce posilňujú úlohu GP's ako gatekeeperov v manažmente pacienta, avšak na druhej strane znamenajú výrazné finančné oslabenie lekárov špecialistov, ktorí sa tým vzhľadom na absenciu možnosti dodatočných finančných zdrojov od zdravotných poisťovní na financovanie potrebnej zdravotnej starostlivosti pacientom, dnes dostali na hranicu existenčných problémov. Ministerstvo zdravotníctva by každý takýto zásah do systému zdravotnej starostlivosti malo najskôr konzultovať so zástupcami stavovských organizácií, aby sa s novým prvkom zároveň eliminovali aj súvisiace riziká a ohrozenia lekárov a pacientov, ktoré tým môžu nastať a nastali, aj keď by sa im paralelnou úpravou príslušných platobných mechanizmov špecializovanej zdravotnej starostlivosti dalo vyhnúť tak, aby boli spokojní všetci, nielen všeobecní lekári.

- III. There have been plans by the MoH to introduce guidelines that limit options for GPs to refer patients to specialists. What is your view on this initiative?

Tento problém je potrebné hodnotiť z dvoch hľadísk:

1. aké sú ešte aktuálne voľné kapacity lekárov na zabezpečenie takejto starostlivosti bez ohrozenia pacienta (dlhé čakacie doby a pod., teda nie je to otázka kompetencií lekárov, ale ich reálnych možností na akceptovanie väčšej frekvencie pacientov a podobne), ale aj legislatívne obmedzenia, ktoré nútia lekára vykonávať zbytočné úkony (limitovaný čas na preskripciu liekov atď.). Aj vzhľadom na už skôr uvedené, domnievame sa, že až na výnimiky už nie sú voľné kapacity lekárov na príberanie ďalších činností temer žiadne a
2. Aké sú legislatívne a finančné možnosti na zrealizovanie cien používaných na ohodnotenie ceny práce, amortizáciu materiálo-technického vybavenia atď. u špecialistov.

Riešenie jedného bez druhého by mohlo znamenať reálne ohrozenie bezpečnosti pacienta. Buď bude pacienta riešiť komplexne síce plne kompetentný a erudovaný všeobecný lekár, ktorý ale zároveň bude pracovne preťažený a tým sa zhorší časová dostupnosť (zvýšia čakacie doby na v ambulanciách všeobecnej zdravotnej starostlivosti) na ošetrovanie u všeobecného lekára pre pacienta a zároveň zaniknú niektoré ambulancie špecialistov pre nízke ohodnotenie ich práce nereálnymi cenami používanými zdravotnými poisťovňami, čím sa zase zhorší dostupnosť špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Nie je možné podporovať jedných a zároveň zhoršiť dostupnosť pacientom u druhých zlým nastavením cien, obidva problémy je potrebné riešiť súčasne.

- IV. There are plans to revamp the payment mechanism for GPs from purely per capita based to the one based proportionally on per service and per capita payment. The fees for GPs' services are planned to be lower than those for the same treatment by specialists. How do you assess this initiative and will this prove useful to further promote GPs gatekeeping role and potentially reduce the informal payments in GPs' offices?

SLK to považuje za absolútny omyl a a podcenenie vážnosti súčasnej situácie predpokladať, že na zlepšenie stačí iba keď sa zmenia platobné mechanizmy u všeobecných lekárov na kombináciu per kapita + platba za službu. Do systému platobných mechanizmov je v prvom rade potrebné zaviesť platby podľa reálnych nákladov (ktoré môžu byť vyjadrené aj v podobe interval – referencovanie cien výkonov) potrebných na poskytnutie danej zdravotnej starostlivosti.

Neformálne platy u lekárov nie je vhodné regulovať ich absolútnym zákazom pod hrozbou pokuty zo strany štátu 16 tis. € v prípade porušenia zo strany lekára, ako sa tomu deje dnes – vid' v NR SR schválený pozmeňujúci návrh poslancov Andreánskeho a Mullerovej z 25.11.2015 k zákonu č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch, pretože sú aj pacienti, ktorí by si radi priplatili za určité dodatočné služby zvyšujúce jeho komfort, prípadne za tzv. nadštandard. Je skôr potrebné pre toto určiť pravidlá – definovať poisťné plány ako aj rozvíjať balík komerčného zdravotného pripoistenia, aby lekári mohli vzhľadom na vysoký dopyt po ich starostlivosti, požadovanú zdravotnú starostlivosť poskytnúť, aj keď na ne nie je dostatok zdrojov v solidárnom systéme verejného povinného zdravotného poistenia, ale by sa mohli vytvoriť v systéme komerčného pripoistenia. Zároveň je samozrejme potrebné riešiť a v prípade potvrdenia podozrení aj potrestať a zosobniť nehospodárne nakladanie s prostriedkami občanov v systéme povinného verejného zdravotného poistenia.

- V. On top of the initiatives above, are there in your view other options to make the GPs job more attractive and their gatekeeping role more effective?

Okrem už vyššie popísaného by samozrejme bolo pre lekárov a pacientov nachádzajúcich sa vo všeobecnej zdravotnej starostlivosti prínosné, keby sa alokovali zdroje aj na zaplatenie a

adekvátnej ohodnotenie činností komunitných sestier a stanovila sa optimálna sieť takýchto služieb.

- VI. What is your view on the amended law (in force since April 2015) which substantially reduced the out-of-pocket payments that (ambulatory) doctors can charge to patients? Do you have data available that confirm decrease in out-of-pocket payments since its entry into force?

Situácia sa pre príliš vágne formulácie v zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti z posledného obdobia ešte zhoršila, pre absenciu pravidiel sa v niektorých prípadoch naopak ešte viac "rozvinula tvorivosť" pri vyberaní poplatkov, alebo naopak pre prílišnú administratívnu náročnosť v súvislosti so zavedením a používaním registračných pokladníc, ktorá lekárovi uberá čas, ktorý by inak rád venoval pacientovi sa lekári rozhodli poplatky vôbec nevyberať aj za cenu zhoršenia ich vlastného príjmu, ktorý sa už dnes tým dostáva na hranicu únosnosti. Novela zákona o poskytovateľoch ZS schválená v NR SR 25.11.2015, v prípade, že ju prezident SR A. Kiska podpíše, ešte viac zhorší celospoločenskú situáciu, lebo ešte viac vyhrocuje už súčasnú dilemu lekára, ako uspokojiť dopyt po ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti bez možnosti prístupu k potrebným finančným zdrojom na ich zabezpečenie, pretože zdroje od zdravotných poisťovní nepostačujú. Slovenská lekárska komora zvyšuje výzvu lekárom poskytovať pacientom zdravotnú starostlivosť iba do výšky objemov ZS kontrahovaných so zdravotnými poisťovňami z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, t.j. len do obdobia pokiaľ im postačuje limit určený poisťovňou, alebo poskytovanie ZS len na priame platby od pacientov.

### ***Inpatient healthcare***

The Strategy aims to re-evaluate a number and structure of acute beds and to strengthen after-care, rehabilitation, nursing beds and beds for long- term patients. The aim is to achieve balanced budgets for all state owned hospitals in 2015. To this effect, some facilities may consider extending their services provided while downsizing and closures can be expected elsewhere. The insufficient supply of service in Bratislava resulted in a plan to build up a new hospital through a PPP with public procurement for the concession. The introduction of the DRG is expected in 2016 at the earliest only after analysis on 2014 and 2015 data is carried out.

#### **2. Please comment on inpatient healthcare issues as follows:**

- I. The Slovak hospitals managed by the central government are in an unfavourable financial condition. Their overall debt increased by some 25% y-o-y and amounted to EUR 436 million (around 0.6% of GDP) as of end 2014. What are the main reasons for the generation of debt and why is the Faculty hospital in Bratislava generating by far the biggest share?
- II. Could you comment on what have been the drivers of the recent changes in management of several faculty hospitals (Trnava, Poprad, Banská Bystrica, Košice)?
- III. The rationalisation (ie. reduction in numbers and transformation) of hospitals in the country is envisaged. 5-year recovery plans for hospitals and reviews of their organisational structures are to be implemented. What is the legal status of the plans and reviews? Have all 15 Faculty hospitals agreed to the plans and reviews and what is the hospitals' ownership of those initiatives? Have any plans/reviews been already implemented and is it realistic that the EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization) of public hospitals will be balanced in 2015 as originally envisaged? Will this initiative be extended also to the municipal and regional hospitals?

Podľa názoru SLK päťročné ozdravné plány nemocníc len nútia nemocnice uskutočniť isté “povinné cvičenie”, ktoré im ale nezabezpečí dostatok zdrojov na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Situáciu by zjasnilo a zlepšilo, keby v súlade s platnou legislatívou zdravotné poisťovne kontrahovali skutočné objemy zdravotnej starostlivosti (definovanie objemov v zmluvách) a používali sa poisťné plány a zároveň, keby sa pri úhradách rešpektoval zákon o cenách, t.j. umelo sa nepodhodnocovala cena platbami nezhľadňujúcimi realitu.

- IV. Is the stratification also geared towards the reduction of beds (both all beds and the acute care ones) as targeted in the Strategy (2014-30) (3.5 beds in total and 2.5 acute care beds per 1000 capita in 2030)?

Nemáme žiadnu vedomosť o postupe, kritériách a metódach, ktoré sa mienia použiť na stratifikáciu nemocníc.

- V. What were the main results of financial audits in 14 Faculty hospitals carried out till October 2015? Have these audits also unveiled the structural reasons that lead to creation of hospital deficits?
- VI. Where do you see the main benefits of the currently implemented expert information system providing economic, staff and clinical data in state hospitals? When will it be fully operational across all state hospitals and is a roll-out foreseen also for other hospitals (municipal, regional)? Will the system also help to assess the quality of care and will the results/indicators be made public?
- VII. In a nutshell, what are the main messages of the “Proposal for stratification of hospitals” submitted to the MoH by the Association of private hospitals in Slovakia?
- VIII. In November 2015, plans have been announced to increase transparency and efficiency in the procurement of medical devices in state hospitals. These plans include setting up a referencing database of recurrent purchases and conducting cost-benefit analysis (CBA) for extraordinary one-off purchases in order to determine their maximum price. How many hospitals will be subject to this newly announced initiative? What is the ownership of hospitals with this project and when will the initiative be effectively launched (ie. when will the database be operational and what is the starting date for the CBAs)? Are there any assumptions with respect to savings by the means of this initiative?

SLK považuje zavedenie referencovania cien pri nákupe CT prístrojov za marginálne riešenie celkového problému korupcie pri nákupoch v zdravotníctve. CT prístrojov sa nakupuje málo a každý je špecifický. Kde by malo väčší zmysel zaviesť referencovanie cien je nákup zdravotníckeho materiálu v nemocniciach, ktorého sa zabezpečujú veľké objemy a obdobné komodity..

- IX. Since two building blocks for the centralised public procurement seem to be almost in place (ie. common accounting standards and the expert information system), are there any new considerations on the introduction of the centralised public procurement in hospitals?
- X. What is your view on the recently legislated increase in payments for the state insurers (one-off increase from October till the year end)? Do you know to what purpose the budget will be allocated?

- XI. How are the hospitals involved in the preparation of the DRG system? How many hospitals are reporting data at present and how is the quality of the reporting? Can you already observe hospitals that are outliers (ie. underperforming as compared to others in terms of the efficiency of treatment)? Is there a general ownership of hospitals with the system and what are its main bottlenecks from the perspective of hospitals?
- XII. The Draft law on remuneration of healthcare staff is currently in the Parliament (November 2015) igniting a heavy domestic debate. Could you **briefly** comment on the draft mainly with respect to proposed development of wages in light of the available fiscal space?
- XIII. Given the massive collective redundancies of nurses and midwives in hospitals (Žilina, Prešov, Bojnice) launched in November as a result of the Draft above, what will be the forthcoming steps of the ministry to safeguard quality and timeliness of the care? Is there a tail-end-risk scenario in a case nurses really leave the sector?
- XIV. What is your view on efforts to start private and public partnership projects to build-up new hospitals, in particular the faculty one in Bratislava? Do you share the opinion that obsolete infrastructure and bad logistic set-up makes it impossible to increase the productivity of most of the hospitals so their closure and built-up of new facilities is the only option?

### 3. Public health, pharmaceuticals, eHealth and long-term care

The Strategy targets implementation of fast, affordable and effective exchange of information in the healthcare (eHealth). Further to that, the Strategy aims at implementing medical preventive programs which would have a potential to support citizens' responsibility for their health, thus decreasing cost of a follow-up treatment and improving health prospects for patients. Slovakia reports one of the lowest rates for both cervical and breast cancer screening and the second highest mortality of colorectal cancer from all OECD countries. *(since the Chamber of doctors commented on this chapter heavily last year, your update is welcome on the development of the initiatives and in a case of a change in views)*

V prílohe zasielame začiatkom roka sľúbený preklad podrobnej analýzy STRATÉGIE z toho obdobia do angličtiny, ktorý sme vtedy poskytli len v slovenskej verzii. Prakticky možno stále pokračovať v konštatovaní, že nie sú jasné finančné zdroje na zabezpečenie preventívnych programov v podobe výchovy a podpory zdravia. Podľa predkladacej správy a doložky vplyvov k dokumentu<sup>2</sup> Aktualizovaný národný program podpory zdravia v Slovenskej republike zatiaľ stále platí absencia špecifikácie príslušného finančného krytia na jednotlivé roky. Citujeme z predkladacej správy, "Aktualizovaný národný program podpory zdravia v Slovenskej republike bude realizovaný v rámci schválených limitov dotknutých kapitol, konkrétne programy a ich financovanie budú vypracované v roku 2015", odborná verejnosť nie je oboznámená s tým, že by sa tento problém absencie finančných zdrojov na podporu zdravia obyvateľov SR v priebehu roka 2015 nejako vyriešiel.

- I. Which preventive programmes and checks currently absent in the country would have the biggest value for money? Are in your view proper incentives in play to promote programmes among GPs and encourage population to make use of them?

---

<sup>2</sup> dostupný na internetovej stránke Úradu vlády SR –online, citované 9. januára 2015  
<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=24097>



II. With a duty for doctors to refer to an efficient substance instead of a name of a pharma product and with the introduced price benchmarking, the pharmaceutical costs have been contained. In your view, is there a further space to contain expenditures on pharmaceutical and medical tools and if so, what are the options to do so?

III. There were 4 eHealth pilot projects till November 2015. The intention is to start full operation for those 4 projects in December and expand to other facilities later on. What is the ownership of the facilities and individual doctors with the expansion of eHealth? How do you assess the potential of eHealth tools, namely ePrescribing and eHealth records, in Slovakia to reduce duplicities of treatment and prescribing?

Zavedenie e-Health predpokladá, že stavovské organizácie v zdravotníctve poskytnú kľúčové informácie do registra zdravotníckych pracovníkov NCZI a zdravotnícki pracovníci by mali používať nový softvér kompatibilný so zariadeniami a globálnym softvérom e-Health. Slovenská lekárska Komora odhadla v roku 2014 potrebné zdroje od štátu na zabezpečenie poskytnutia týchto dát na úrovni 60 000 € jednorazového nákladu len pre túto jednu organizáciu, náklady na servis nového softvéru, ktorý by sa mal napríklad začať používať v ambulanciách, ministerstvo zdravotníctva stále neidentifikovalo finančný zdroj, kde by bolo možné žiadať prostriedky ani nešpecifikovalo výšku podpory na zabezpečenie týchto činností pre stavovské organizácie ani lekárov. Slovenská lekárska komora intervenovala na MZ SR písomne aj v osobných kontaktoch s predstaviteľmi na identifikovanie výšky financií aj určenie, kde a kedy možno prostriedky z projektu e-Health žiadať, napriek opakovaným intervenciám bez odozvy.

IV. What is your view on the Draft Long-Term Social and Health Care Strategy in Slovakia in which a policy dialogue was held on 4-5 November 2015? What are its main pros and cons? Have you been invited to cooperate on the draft or to comment on the final product at least?

Radi by sme boli s týmto dokumentom oboznámení, aby sme mohli uplatniť prípadné návrhy a doplnenia na vylepšenie, nemáme o ňom žiadnu vedomosť. Môžeme len informovať o všeobecnom trende, ktorý sme zaevidovali v poslednom období, a považujeme ho za ďalší rizikový faktor v poskytovaní starostlivosti pacientovi: sociálne služby majú bez potrebnej kvalifikácie svojich odborníkov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pod hlavičkou "sociálneho poradenstva" (sociálny pracovník má tendenciu radiť pacientovi, ktorého špecialistu by mal navštíviť a podobne) tendenciu na seba prevziať činnosti a kompetencie, na ktoré je však potrebná kvalifikácia sestier a tieto sestry nevykonávajú iba pre to, že im ich zdravotné poisťovne neplatia. Sledujeme nežiadúci trend smerovania od kvalifikovanej k nekvalifikovanej zdravotnej starostlivosti. Radi by sme, aby sa venovala väčšia pozornosť tomuto procesu aj zo strany zdravotníckych pracovníkov a požadujeme pozývanie k tvorbe príslušných dokumentov, aj keď nie sú z dielne ministerstva zdravotníctva, ale ministerstva práce a sociálnych vecí SR.