



INESS



VIAC PEŇAZÍ DO ZDRAVOTNÍCTVA JE INVESTÍCIOU DO ZDRAVIA A PROSPERITY SPOLOČNOSTI

NÁVOD NA REŠTART

SEPTEMBER
2023

Obsah

Autori.....	3
Executive Summary	4
Úvod	11
Časť I: Finančný status quo v zdravotníctve.....	12
Výdavky na zdravotníctvo	12
Dlh v zdravotníctve	17
Prevádzkový dlh.....	17
Kapitálový/investičný dlh.....	19
Skrytý dlh v liekoch a iných inováciách.....	21
Vývoj budúcich potrieb.....	23
Predikcia výdavkov na zdravotníctvo od RRZ.....	23
Predikcia výdavkov na zdravotníctvo Ageing Report	24
Ako rozumieť budúcim výdavkom	28
Časť II: Dôvody ku zmene	29
Peniaze do zdravotníctva sú investíciou do zdravia a ekonomického rastu	29
Ako investície do zdravia pomáhajú ekonomike.....	30
Do akých opatrení investovať pre zlepšenie zdravia.....	31
Ako získať viac peňazí pre zdravie.....	33
Navýšenie súkromných zdrojov – poplatky, spoluúčasť alebo pripoistenie	34
Stabilné financovanie si vyžaduje navýšenie aj verejných zdrojov	36
Nominálne poistné a súťaž zdravotných poisťovní produktami	37
Zdroje treba zároveň efektívne mýňať	37
Záver	41
Zdroje.....	42
Príloha 1.....	43

Autori

INESS

INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz
Na vršku 12, 811 01 Bratislava

tel.: 02 5441 0945

iness@iness.sk

iness.sk



Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953

office@advanceinstitute.cz

www.advanceinstitute.cz

Executive Summary

Dokument popisuje doterajšie a budúce výdavky v zdravotníctve, popis vzťahu výdavkov a efektívnosti zdravotníctva a navrhuje konkrétne možnosti na zlepšenie financovania zdravotníctva o 1 mld. € ročne.

Status quo

Slovenské výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP) ako podiel na HDP v roku 2012 dosahovali výšku 5,46% HDP, v roku 2020 (posledný dostupný rok Eurostatu pre medzinárodné porovnanie) to bolo 5,81% HDP. Na rok 2023 je plánovaná úroveň 5,7% HDP. V roku 2020 najväčší podiel HDP na zdravotníctvo alokovalo Nemecko (10,91%), naopak najmenší podiel na tento účel venovalo Poľsko (4,69%). Priemer EÚ predstavoval 8,82%. Spomedzi krajín V4 najväčší podiel HDP na zdravotníctvo alokovalo Česko s podielom vo výške 8,1%. Slovensko bolo na 20. mieste. Slovenské nominálne výdavky na jedného obyvateľa boli s hodnotou necelých 1000 eur v roku 2020 hlboko pod priemerom EÚ vo výške 2 655 € na jedného obyvateľa. Slovenské nominálne výdavky na jedného obyvateľa tak dosahovali necelých 37% priemeru EÚ. V roku 2023 by sa mala táto hodnota priblížiť takmer 1300 €.

Kým v nominálnych číslach viditeľný rast výdavkov, v reálnych (inflačne očistených) číslach vidíme v covidovom období rast len medzi rokmi 2020 a 2021. V rokoch 2019 – 2020 a potom opäť v období 2021 – 2023 bol reálny rast výdavkov prakticky nulový, resp. dokonca v prípade druhého obdobia záporný.

Pri porovnaní s HDP však predbiehal rast výdavkov na zdravotníctvo rast slovenského HDP minimálne od roku 2015 a malo by to tak byť podľa prognózy minimálne do roku 2025 (graf RRZ).

Kapitálový a inovačný dlh

Finančné údaje z rozpočtu sú skreslené tým, že časť výdavkov zdravotníctva je skrytá v dlhu. Ten môže mať zjavnú a dobre vyčísliteľnú podobu prevádzkového dlhu, alebo rovnako zjavnú, ale ťažšie vyčísliteľnú podobu kapitálového dlhu.

Ku koncu roku 2022 hodnota záväzkov po lehote splatnosti v rezorte zdravotníctva dosahovala 812 miliónov eur. Dominantný podiel na tejto sume majú príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR – v roku 2022 to bolo cez 90 % z celkového dlhu.

Okrem finančného dlhu, ktorý sa prejaví vo účtovných výkazoch inštitúcií, však postupne vzniká aj investičný, resp. kapitálový dlh. Ide o investície, ktoré ostávajú z dôvodu nedostupnosti finančných zdrojov nezrealizované napriek tomu, že by si ich stav predmetu investície vyžadoval. Externá štúdia uvádza, že v období 1995-2019 dosiahla tvorba hrubého fixného kapitálu v slovenskom zdravotníctve celkovú hodnotu 4,8 miliardy eur, zatiaľ čo v Českej republike za rovnaké obdobie išlo až o 15,1 miliardy. Pri zohľadnení počtu obyvateľov predstavuje investičný deficit Slovenska oproti Českej republike v tomto období 2,9 mld eur.

Podľa OECD priemerné ročné investície do kapitálu v zdravotníctve na Slovensku dosiahli 0,33% HDP. Spomedzi 36 skúmaných krajín OECD tieto výdavky Slovensko umiestňujú až na 30. miesto. Priemerné ročné výdavky skúmaných krajín boli vo výške 0,55% HDP. Lepšie než Slovensko si v tomto smere počínali aj všetky krajiny V4 – České priemerné ročné investície do kapitálu v zdravotníctve predstavovali 0,48% HDP, Maďarské 0,37% HDP a Poľské 0,36% HDP.

Špecifickú problematiku predstavuje dlh v inováciách. Nejedná sa o kapitál, ktorý podlieha opotrebeniu. Nejedná sa ani o explicitný budúci záväzok, ako sú napríklad dôchodkové dávky. Jedná sa však o istú formu implicitného záväzku. Slovenská verejnosť očakáva, že slovenské verejné

zdravotníctvo sa svojim portfóliom služieb a kvalitou bude približovať európskemu priemeru. Nižšia dostupnosť inovácií oproti priemeru v EÚ tak predstavuje záväzok.

Výdavky na zdravotníctvo v budúcnosti

Pomer dôchodcov a ľudí v ekonomicky aktívnom veku (podľa dnešnej definície) sa má za 30 rokov zvýšiť dvojnásobne. Ak predpokladáme lineárnu závislosť medzi počtom ekonomicky aktívnych a odvodovými príjmami, tak by to v dnešných cenách znamenalo úbytok odvodových príjmov zhruba 290 miliónov eur ročne v 2030 a 1 240 miliónov ročne v 2060. Proti tomuto trendu bude pôsobiť predĺžovanie ekonomicky aktívneho života a možné zvyšovanie podielu miezd na HDP.

Podľa predikcie RRZ z apríla 2023 by mal podiel výdavkov na zdravotníctvo stúpnuť zo úrovne 5,7 % HDP v roku 2022 na úroveň 6,5 % okolo roku 2060. Do roku 2030 však RRZ nárast podielu nepredpokladá, celý rast sa začína až po tomto roku. Nárast o 0,8 p.b. predstavuje ročné navýšenie rozpočtu zhruba o 860 miliónov eur v dnešných cenách.

Podľa predikcie Ageing report od Európskej komisie z roku 2021 v každom z 12 namodelovaných scenárov budúcnosti je zvýšenie podielu slovenských výdavkov na zdravotníctvo vyššie, než je priemerné zvýšenie v EÚ.

Predikciu Ageing report sme upravili skrátením sledovaného obdobia do roku 2030. Predĺžením trendu slovenských výdavkov 2012 – 2025 získame základný scenár, podľa ktorého budú verejné výdavky na zdravotníctvo na Slovensku v roku 2030 predstavovať 6,39 % HDP a nominálne výdavky na zdravotníctvo budú podľa tohto základného scenára v roku 2030 predstavovať 9,68 miliardy eur.

Aj v najmenej nákladnom z 12 scenárov by Slovensko v roku 2030 na zdravotníctvo vynaložilo o približne 310 miliónov eur viac v porovnaní s týmto základným scenárom. Kumulatívne výdavky by v období od roku 2024 do roku 2030 dosiahli výšku až skoro 5 miliárd eur. V najnákladnejšom z 12 scenárov by kumulatívny rozdiel za obdobie 2024-2030 oproti základnému scenáru činil až 11,1 miliardy eur. Porovnanie tak naznačuje, že výdavky na zdravotníctvo na Slovensku sa budú musieť v nasledujúcich rokoch oproti doterajšiemu vývoju zvyšovať rýchlejšie.

Scenár	Výdavky 2030 (% HDP)	Výdavky (milióny €) v roku 2030	Rozdiel oproti základnému scenáru v 2030 (milióny €)	Kumulatívny (2024-2030) rozdiel oproti základnému scenáru (milióny €)
Demografický scenár	6,97	10 555	878	7 072
Scenár vysokej priemernej dĺžky života	6,95	10 537	860	7 001
Scenár zdravého starnutia	6,59	9 987	310	4 894
Scenár nákladov súvisiacich s úmrtím	6,93	10 505	828	6 882
Scenár príjmovej elasticity	7,06	10 691	1 013	7 585
Scenár konvergencie nákladov EÚ	7,00	10 607	930	7 269
Scenár intenzity práce	7,68	11 632	1 955	11 114

Scenár zloženej indexácie pre jednotlivé sektory	7,20	10 910	1 233	8 415
Scenár nedemografických determinantov	7,47	11 323	1 646	9 965
Referenčný scenár AWG	6,87	10 409	732	6 515
Rizikový scenár AWG	7,22	10 942	1 265	8 537
Scenár rizika celkovej produktivity výrobných faktorov	6,86	10 387	710	6 431

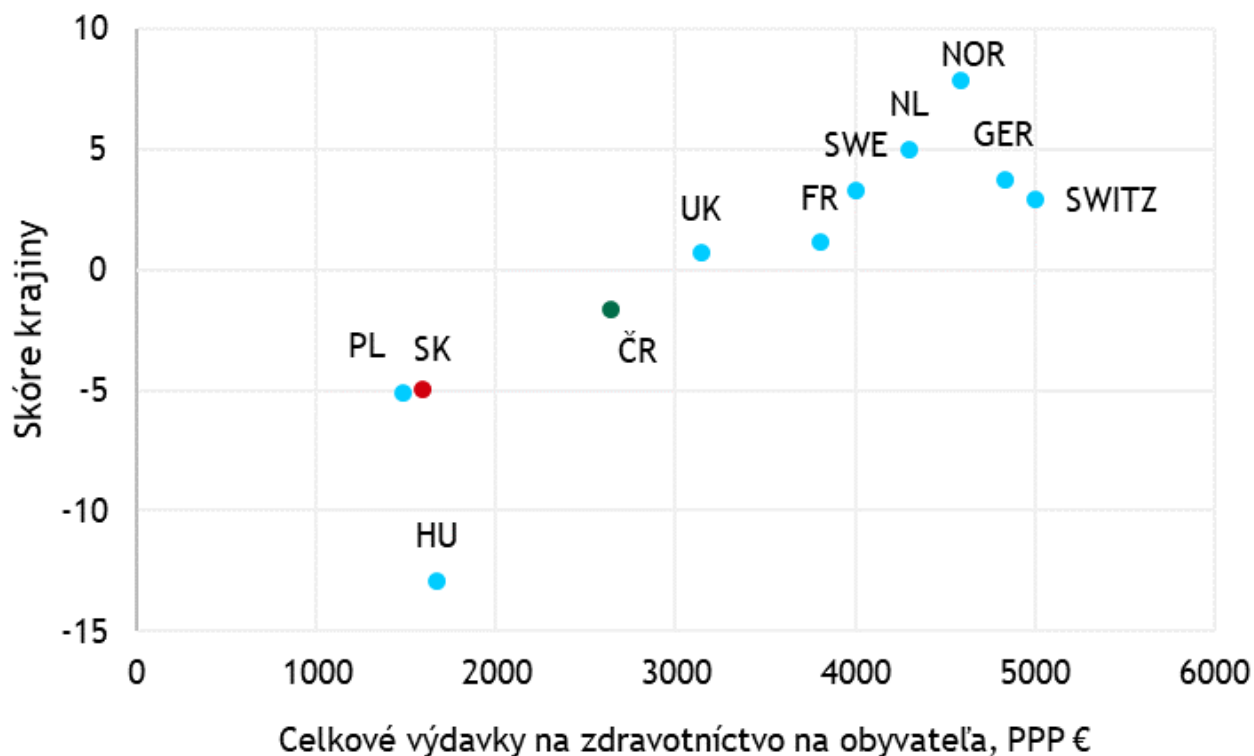
Predikcia výšky verejných výdavkov na zdravotníctvo v roku 2030 podľa jednotlivých scenárov; porovnanie s predikciou výdavkov vytvorenej na základe vývoja výdavkov za obdobie 2012-2025
Zdroj: [Európska komisia](#), [Eurostat](#), [Ministerstvo financií SR](#), [vlastné výpočty](#)

Slovenské zdravotníctvo je podfinancované a má horšie výsledky

Zdravie považujeme za prioritu a podmienku kvalitného života. Toto samotné by malo byť dostatočným dôvodom pre zabezpečenie adekvátnych zdrojov pre zdravotníctvo. Slovenské zdravotníctva je však dlhodobo podfinancované a prejavuje sa to aj na horšom zdravotnom stave obyvateľov. **Počet liečiteľných úmrtí do 75 rokov je na Slovensku o 80% vyšší ako v priemere EU a o 30% vyšší oproti ČR.** V publikácii *Prečo sa nedožívame v zdraví až do dôchodku?*¹ boli analyzované výsledky vybraných zdravotných systémov v porovnaní s ich výdavkami na zdravotníctvo. Pri hodnotení bola využitá metodika², ktorá porovnáva medzi sebou zdravotné systémy na základe 11 ukazovateľov kvality liečby v krajine ako napríklad počet liečiteľných a odvrátiteľných úmrtí či 30-denná úmrtnosť po infarkte myokardu, ktorý je jedným z najčastejších príčin zbytočných úmrtí, ktorým sa dá zabrániť dostupnou liečbou. Hodnotenú boli vyspelé západoeurópske systémy a krajiny bývalej V4. Vo výsledkoch hodnotenia sa Slovensko (skóre -5,1) delí spolu s Poľskom (skóre -5) o predposlednú priečku, posledné skončilo Maďarsko (skóre -12,9). Česká republika dopadla z krajín bývalej V4 najlepšie a s hodnotou skóre -1,7 sa najviac blíži k vyspelým zdravotným systémom. Z hodnotenia je zrejmé, že vyššie výdavky na zdravotníctvo prinášajú aj dostupnejšiu liečbu, dlhší a zdravší život a vyššie skóre v hodnotení. Kým Česká republika smeruje k štandardu západoeurópskych krajín, **Slovensko má z porovnávaných krajín najnižšie výdavky na obyvateľa, o 2 mld eur menej ako v Českej republike.**

¹ (Tulejová&Šebová, 2023)

² *Mirror, Mirror - Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Schneider et al, 2021)



Graf: Vzťah medzi celkovými výdavkami na zdravotníctvo na obyvateľa (PPP) a skóre za vybrané ukazovatele zdravotného stavu, 2020.

Zdroj: Eurostat a OECD

Viac peňazí do zdravotníctva je investíciou do zdravia a ekonomického rastu

Ak chceme zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva, musíme do zdravotníctva pridať viac peňazí. Tieto peniaze sú **investíciou, ktorá sa oplatí i z ekonomického hľadiska**. Podľa rozsiahlej štúdie McKinsey Global Institute (MGI) *Prioritizing Health – A prescription for prosperity* by kombináciou (už teraz známych) opatrení bolo možné zlepšiť zdravie a tak podporiť **rast slovenského HDP o 15 miliárd \$ (13 miliárd €) do roku 2040**. Známymi intervenciami by sme podľa odhadov MGI vedeli na Slovensku do roku 2040 **zabrániť 126 450 predčasným úmrtiam**, získať v priemere **26 „zdravých dní“ na obyvateľa ročne** (celkovo 142 miliónov človeko-dní ročne) a **získať do pracovnej sily 224 322 ľudí**, ktorí by inak boli kvôli zdravotným problémom nútení pracovný trh opustiť. Celkový počet DALYs (*disability adjusted life years* – dni stratených v dôsledku zlého zdravotného stavu) obyvateľov Slovenska vyčíslila štúdia **na 1,8 mil., pričom až 34% (600 tis. rokov) je riešiteľných už dnes známymi opatreniami**. Z toho až **73% (440 tis. rokov) by mohli priniesť opatrenia v oblasti prevencie**. Na prevenciu dnes dávame iba 1,6% výdavkov na zdravotníctvo, čo je **takmer najmenej spomedzi všetkých krajín OECD** (priemer OECD je 5,5%). Zameranie na prevenciu by teda malo byť v dlhodobom horizonte pre Slovensko kľúčové. Priestor pre zlepšenie máme v oblasti primárnej (zabránenie vzniku ochorenia), sekundárnej (včasné odhalenie choroby) i terciárnej prevencie (spomalenie rozvoja existujúcej choroby).

Konkrétne návrhy pre zaistenie viac peňazí pre zdravie

Pre zlepšenie fungovania zdravotníctva je dôležité zaistiť **aspoň o 1 mld. € ročne viac**. To je polovica z rozdielu v rozpočte zdravotníctva oproti Českej republike a približne stredná hodnota potreby dofinancovania 0,7-1,4 mld. € identifikovaného modelmi v Ageing report Európskej komisie.

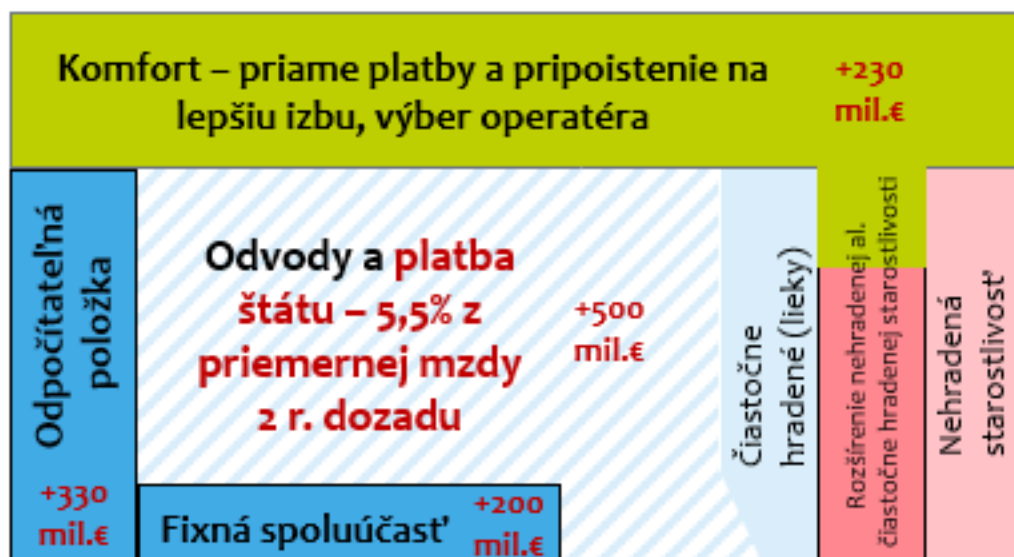
Vzhľadom na vysoký objem chýbajúcich zdrojov je riešené možné len kombináciou z viacerých zdrojov: **navýšenie (1) verejných – platba štátu i súkromných zdrojov – (2) spoluúčasti a (3) pripoistenia.** V oblasti **verejných zdrojov** vidíme priestor predovšetkým vo zvýšení platby štátu za štátnych poistencov. Štát by mal nájsť zdroje na investíciu do zdravotníctva aspoň na **úroveň 67€ za poistenca štátu (5,5% priemernej mzdy r. 2021), tj. odhadom spolu 500 mil. € oproti súčasnému plánu pre r. 2024.**

Pre zvýšenie súkromných zdrojov vnímame ako vhodnú cestu buď fixnú spoluúčasť alebo zavedenie odpočítateľnej položky. **Fixná spoluúčasť** v podobe **poplatku 3€ za ambulantnú návštevu (okrem preventívnych) a min. 5€ za deň pobytu na lôžku a mohla by priniesť okolo 200 mil. €.** Alternatívou i doplnkom by mohla byť odpočítateľná položka, tzv. nárazníkové – teda suma prvých nákladov, ktoré platí poistenec predtým, než zaňho začne platiť zdravotná poisťovňa. **Odpočítateľná položka v ročnej výške 150 € pre dospelých poistencov by mohla priniesť približne 330 mil. €, ak by ju zaplatilo aspoň 50% poistencov v plnej výške podobne ako v Holandsku.** Prínosom spoluúčasti nie sú len dodatočné zdroje ale aj **efektívnejšie využívanie už existujúcich zdrojov.** V krajinách, kde využívajú spoluúčasť, je spotreba starostlivosti nižšia.

O definovaní nároku pomocou rozdelenia diagnóz na prioritné a neprioritné a zavedení percentuálnej spoluúčasti, kde pacient hradí podiel na nákladoch čerpanej zdravotnej starostlivosti, sa na Slovensku dlhodobo diskutuje. Percentuálna spoluúčasť znamená, že výška platby sa mení podľa ceny starostlivosti a u drahých výkonov by tak mohla dosiahnuť stovky až tisícky eur. V Európe je percentuálna spoluúčasť rozsiahlejšie využívaná len vo Francúzsku a Slovinsku a to spolu s ročným ochranným limitom na maximálnu spoluúčasť, nad ktorú hradí všetky náklady už zdravotná poisťovňa a povinným pripoistením. **Veľkým obmedzením pre jej zavedenie je politická nepopularnosť definovania balíka starostlivosti, ktorý bude len čiastočne hrazený a administratívna náročnosť.** Vo Francúzsku bolo financovanie zdravotníctva od začiatku takto vyvíjané a má dlhodobú tradíciu. V Slovinsku bolo povinné (!) pripoistenie na spoluúčasť zavedené v kontexte rozsiahlej transformácie krajiny po páde komunizmu a znamená de facto nepriame navýšenie zdravotných odvodov zamestnancov. **Percentuálnu spoluúčasť preto v prvom kroku neodporúčame.**

Ďalším súkromným zdrojom príjmu by mohlo byť pripoistenie na komfort a nehradenú zdravotnú starostlivosť. Na Slovensku je už dnes v legislatíve „teoretický“ priestor pre vznik pripoistenia v oblasti komfortu v nemocnici (výber lepšej izby, operátora alebo pôrodníka) a doplnkových ordinačných hodín – teda rozšírenia dostupnosti ambulatnej starostlivosti. **Vytvorenie možnosti platiť si za komfort a doplnkové ordinačné hodiny by mohlo priniesť minimálne 230 mil. €** vo forme zvýšenia priamych platieb alebo pripoistenia. Pre vznik pripoistenia je však potrebné odstránenie administratívnych bariér u pacientov i ambulantných lekárov, motivácia obyvateľov zo strany štátu (napr. aspoň dočasná daňová odpočítateľnosť nákladov na kúpu pripoistenia) a poskytnutie zdrojov na investície nemocníc do infraštruktúry potrebnej pre poskytovanie služieb s vyšším komfortom. Pre vznik pripoistenia je potrebný aj dostatočný objem zdrojov (aspoň 5% z celkového objemu zdrojov v zdravotníctve), čomu by mohlo pomôcť napríklad **vyňatie stomatologickej starostlivosti vo vybraných vekových skupinách, kúpeľov či dopravy z verejného zdravotného poistenia.**

Kombináciou týchto opatrení by sme dokázali získať takmer 0,9-1,25 mld. € ročne na kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť a investície do zdravia. Je potrebné si uvedomiť, že tým môžeme získať zdravšiu pracovnú silu a podporiť tak hospodársky rast. To vytvorí potenciál pre ďalší rast zdrojov na zdravotníctvo vo forme vyšších zdravotných odvodov na Slovensku.



Existuje ochranný limit pre celkovú ročnú platbu pacientov

Sumarizácia odhadovaných prínosov možných riešení pre dofinancovanie zdravotníctva na Slovensku

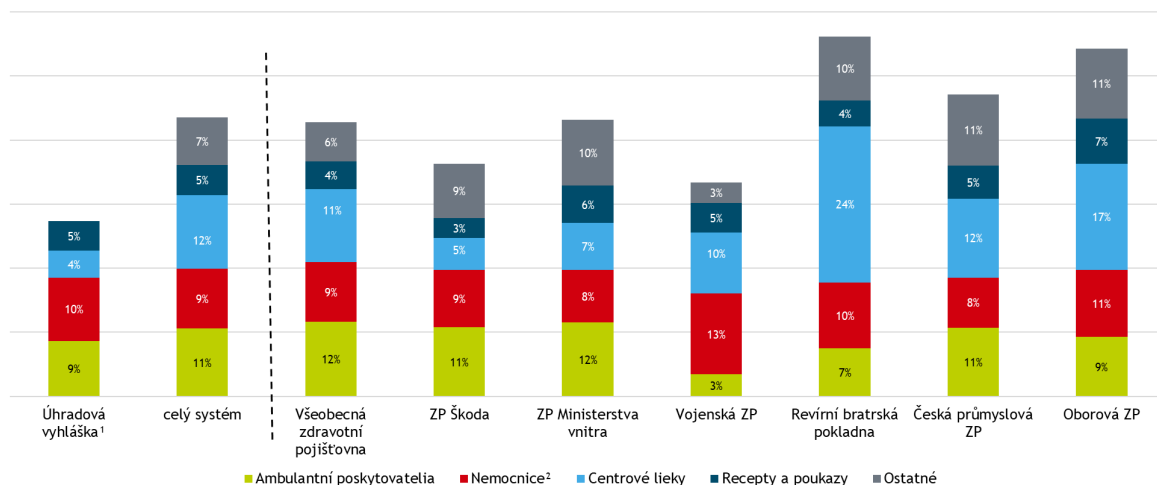
Zdroj: vlastné výpočty autorov z Advance Institute

Zdroje treba zároveň efektívne míňať

Neefektívnosť existuje vo všetkých systémoch zdravotníctva a jej minimalizáciou je možné uvoľniť časť zdrojov. Niektoré z navrhovaných riešení pre zlepšenie financovania napomáhajú znižovaniu neefektívnosti – napr. spoluúčasť. Platba zdravotnej starostlivosti treťou stranou, teda zdravotnou poisťovňou vytvára riziko **morálneho hazardu, informačnej asymetrie a indukovanej spotreby**. O neefektívnosti v slovenskom zdravotníctve svedčí napríklad **vysoký počet návštev lekára na občana (11 vs. priemer OECD je 4) či vysoký počet hospitalizácií z odvrátiteľných príčin**. Zvýšeniu efektívnosti môže pomôcť na strane pacientov **zavedenie spoluúčasti**.

Na strane nákupu zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov môžu pomôcť zase **motivačné kontrakty zamerané na indikátory kvality alebo zdieľanie rizika, podporu inovácií a elektronizáciu**. Viaceré dobre hodnotené zdravotné systémy využívajú pre zabezpečenie kvality a efektivity súťaž medzi zdravotnými poisťovňami a/ alebo poskytovateľmi. Na Slovensku však v posledných rokoch prevláda tendencia centralizovať aktivity zamerané na efektívnosť na štát. Príkladom takéhoto opatrenia je vyhláška o programovom rozpočtovaní, kde má MZ SR stanovovať percento, ktoré musia zdravotné poisťovne minúť na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti. Toto riešenie sa javí byť ako nešťastné, keďže **nezohľadňuje špecifické potreby kmeňov jednotlivých poisťovní a neprináša žiadne konkrétne projekty pre podporu kvality a efektivity**. Úhradová vyhláška vydávaná Ministerstvom zdravotníctva v ČR, ktorá bola pravdepodobne inšpiráciou tohto opatrenia, poskytuje výrazne viac priestoru pre participáciu jednotlivých stakeholderov - vo forme dohľadovacieho konania poisťovní a poskytovateľov,

z ktorého dokument každoročne vychádza, a tiež nezáväzným statusom vyhlášky. Rozdielne rasty nákladov zdravotných poisťovní v rôznych segmentoch sú prirodzeným dôsledkom rozdielov v sieti poskytovateľov, štruktúre kmeňa a nákupnej stratégií jednotlivých poisťovní.



Medziročný rast nákladov poisťovní v jednotlivých segmentoch v rokoch 2018/2019 v porovnaní s úhradovou vyhláškou.

Zdroj: Úhradová vyhláška, výročné správy poisťovní.

Poznámka: 1 -Kategória „Ostatné“ nie je v úhradovej vyhláške určená. 2 – nemocnice zahŕňajú aj ambulatnú starostlivosť poskytovanú v nemocniciach

Z tohto pohľadu bola centralizácia a zjednotenie medziročných rastov úhrad pre jednotlivé segmenty na Slovensku presadená na základe nesprávnych predpokladov. Ak je peňazí celkovo v zdravotníctve málo, centrálné rozpočtovanie ich viac „nevyrobí“. Iba sťažuje ich nasmerovanie za pacientami v prípade vzniknutej potreby alebo inovatívnej liečby.

V Európe zároveň existujú lepšie príklady, ako presmerovávať peniaze na zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti. Napríklad v Holandsku, štát v spolupráci s externými výskumnými inštitúciami vyhodnocuje dlhodobé trendy vo výsledkoch zdravotnej starostlivosti na verejne dostupných dátach a v spolupráci so zástupcami zdravotných poisťovní a poskytovateľov definuje možné opatrenia pre zlepšenie, ktoré sú potom predmetom nákupnej stratégie zdravotnej poisťovne a jej schopnosti dohodnúť sa na zmenách v zmluvách s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Úvod

Tento dokument je vstupom pre spoločný dokument Advance Institute a INESS pripravovaný na konferenciu organizovanú Americkou obchodnou komorou 12.9.2023 na tému Healthy Future II.

Vznikol v rámci iniciatívy zlepšiť financovanie zdravotníctva. Chronický nedostatok financií sa stal v priebehu rokov najvýznamnejšou témou v zdravotníctve a rok 2023 ukazuje, že situácia sa skôr zhoršuje. Tento dokument má slúžiť na ilustráciu súčasného stavu a zároveň predstavuje scenáre budúcich potrieb zdravotníctva. Zároveň však ponúka možné kroky k zlepšeniu.

Dokument má dve logické časti:

Časť I pripravil inštitút INESS. Čitateľ sa v nej dozvie stručné fakty o vývoji výdavkov v slovenskom zdravotníctve, aj v porovnaní so zahraničím. Pozeráme sa relatívnu výšku výdavkov, ale aj na vývoj výdavkov po očistení o infláciu. Táto časť popisuje nielen explicitné rozpočtované výdavky, ktoré sú skreslené existenciou prevádzkového a kapitálového dlhu, ale ilustruje aj výšku tohto implicitného dlhu. Ten podľa odhadu tretích strán však pri porovnaní s ČR dosahuje okolo 3 miliárd eur. Údaje OECD ukazujú obzvlášť veľké zaostávanie Slovenska v investíciách do intelektuálnych aktív.

Druhá polovica tejto časti popisuje vývoj budúcich nákladov v zdravotníctve. Odvolávame sa na analýzu RRZ, ale najmä na správu Ageing report od Európskej komisie. Oproti orginálu Ageing report sme originálne projekcie EK pre Slovensko upravili pre cieľový rok 2030 a použili novšie rozpočtové dáta. Podľa tejto analýzy bude kumulatívny rozdiel oproti základnému scenáru za obdobie 2024 – 2030 dosahovať medzi 5 – 11 miliardami eur, v závislosti od zvoleného scenára.

Časť II pripravil Advance Healthcare Management Institute. V druhej časti dokument vysvetľuje výdavky na zdravotníctvo ako investičný výdavok. V nadväznosti na to predstavuje medzinárodné porovnanie výdavkov a kvality zdravotných systémov, kde sa Slovensko ocitá na predposlednej priečke.

Zlepšenie je možné aj dodatočnými investíciami. Pomocou externých štúdií dokument kvantifikuje, aké výsledky by bolo možné dosiahnuť dodatočnými investíciami.

Jadro celej práce ponúka cesty, ako zdroje pre zdravotníctvo navýšiť v podmienkach Slovenska zhruba o miliardu eur. Diskutované zdroje sú percentuálna a fixná spoluúčasť pacienta (s ochrannými limitmi) a odpočítateľná položka, pripoistenie, ale aj navýšenie verejných zdrojov. Samostatnou alternatívou je prechod na systém nominálneho poistného.

Záverečná kapitola je venovaná efektívnosti vynaloženia zdrojov, presnejšie prekážkam, ktoré rastu efektívnosti bránia. Kapitola zároveň vysvetľuje fungovanie úhradovej vyhlášky v ČR a porovnáva ju s podobným pokusom na Slovensku.

Veríme, že aj tento dokument poslúži v kľúčových momentoch na posunutie verejnej diskusie o financovaní slovenského zdravotníctva bližšie ku konkrétnym krokom.

Časť I: Finančný status quo v zdravotníctve

Výdavky na zdravotníctvo

V nasledujúcom texte demonštrujeme niekoľko údajov o výdavkoch na zdravotníctvo. Pre účely medzinárodného porovnania sme čerpali z databázy Eurostat, kde má Slovensko posledný údaj za rok 2020. Pre potreby zobrazenia Slovenska sme zvyšné roky doplnili na základe rozpočtov z daných rokov³.

Medzi rokmi 2012-2023 Slovenské výdavky verejného zdravotného poistenia (VZP) ako podiel na HDP veľmi mierne stúpili. Zatiaľ čo v roku 2012 dosahovali podľa Eurostatu výšku 5,46% HDP, v roku 2020 to už bolo 5,81% HDP. Na rok 2023 je plánovaná úroveň 5,7% HDP. V rokoch 2021 – 2022 je očividný „covidový“ skok.

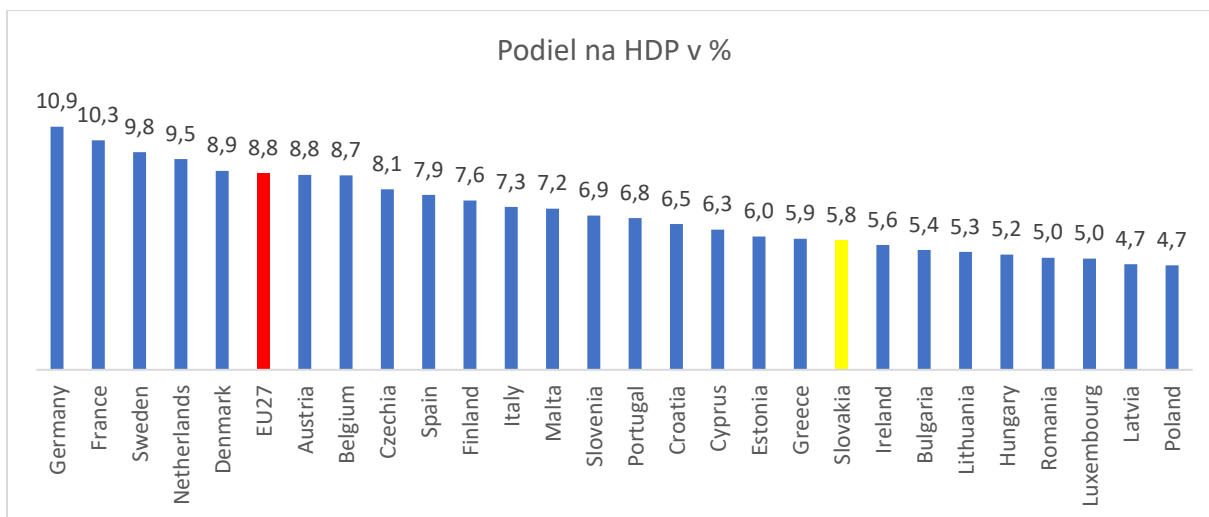


Graf 1: Podiel výdavkov na verejné zdravotné poistenie ako % z HDP; 2012-2023

Zdroj: Rozpočty verejnej správy SR a [Eurostat](#)

V roku 2020 najväčší podiel HDP na zdravotníctvo alokovalo Nemecko (10,91%), naopak najmenší podiel na tento účel venovalo Poľsko (4,69%). Priemer EÚ predstavoval 8,82%. Spomedzi krajín V4 najväčší podiel HDP na zdravotníctvo alokovalo Česko s podielom vo výške 8,1%. Slovensko bolo na 20. mieste.

³ Podiel na HDP pre roky 2021 – 2023 je uvedený na základe plánovaných hodnôt v danom roku. Skutočnosť v jednotlivých rokoch je mierne odlišná.



Graf 2: Podiel výdavkov na verejné zdravotné poistenie ako % z HDP; krajiny EÚ, 2012-2020
Zdroj: [Eurostat](#)

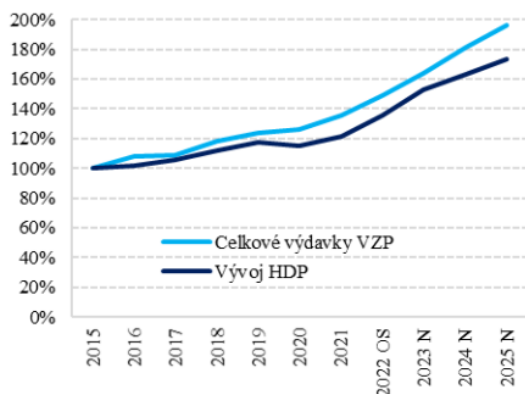
V nominálnom vyjadrení dosiahli výdavky verejného zdravotného poistenia na jedného obyvateľa v roku 2020 takmer 1000 € na jedného obyvateľa, v roku 2023 by sa mala táto hodnota priblížiť takmer 1300 €⁴.



Graf 3: Výdavky verejného zdravotného poistenia v € na obyvateľa na Slovensku; 2012-2023
Zdroj: Rozpočty verejnej správy SR a [Eurostat](#)

Podľa údajov z rozpočtu predbiehal rast výdavkov rast slovenského HDP minimálne od roku 2015 a malo by to tak byť podľa prognózy minimálne do roku 2025.

⁴ V tomto prípade sa jedná o skutočnosť 2021, očakávanú skutočnosť 2022 a návrh 2023. Ako počet obyvateľov sme zvolili údaj z Eurostatu



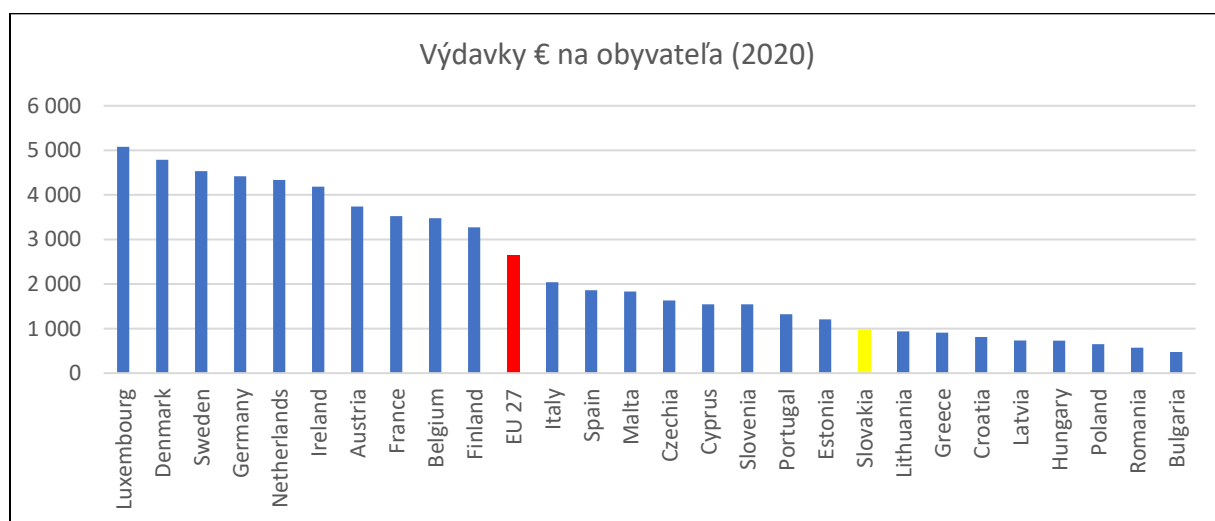
Zdroj: MF SR

Poznámka: upravený odhad vývoja výdavkov VZP v rokoch 2024 a 2025 podľa prijatej legislatívy

Graf 4: Porovnanie rastu výdavkov verejného zdravotného poistenia a HDP v bežných cenách

Zdroj: Rozpočet verejnej správy SR na rok 2023

Napriek dlhodobu stúpajúcemu trendu však boli slovenské nominálne výdavky na jedného obyvateľa v sektore zdravotníctva v roku 2020 hlboko pod priemerom EÚ vo výške 2 655 € na jedného obyvateľa. Slovenské nominálne výdavky na jedného obyvateľa tak dosahovali necelých 37% priemeru EÚ.



Graf 5: Verejné výdavky na jedného obyvateľa v sektore zdravotníctva; krajiny EÚ, 2012-2020

Zdroj: Eurostat

Musíme upozorniť, že údaje vyššie predstavujú kapitolu „výdavky verejného zdravotného poistenia“. Tá je podmnožinou kategórie „výdavky na zdravotníctvo“. Tá obsahuje aj oveľa volatilnejšie položky, najmä výdavky na EÚ prostriedky, prípadné rezervy a najnovšie od roku 2022 aj Plán obnovy. V tabuľke nižšie je porovnanie týchto dvoch položiek z Rozpočtu verejnej správy SR z roku 2023.

Tabuľka 88 - Celkové výdavky na zdravotníctvo

v tis. eurách	2020 S	2021 S	2022 R	2022 OS	2023 N	2024 N	2025 N
Výdavky na zdravotníctvo ^{±±}	5 614 289	6 694 653	6 377 706	7 700 719	8 097 650	7 895 387	8 121 673
% nárast *		19,24%	-4,73%	15,03%	26,97%	3,65%	2,87%
Výdavky VZP celkom	5 323 111	5 731 033	5 693 854	6 269 587	6 914 682	7 006 243	7 394 056
% nárast		7,60%	-0,65%	9,40%	21,44%	9,48%	5,54%

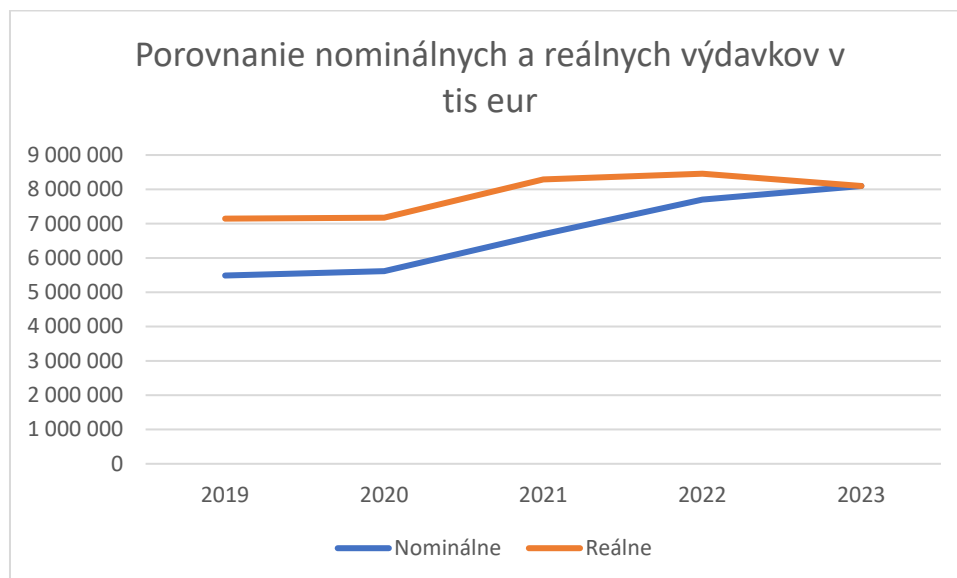
Tabuľka 1: Celkové výdavky na zdravotníctvo (S – skutočnosť, R – rozpočet, OS – očakávaná skutočnosť, N – návrh)

Zdroj: Rozpočet verejnej správy SR na rok 2023

Napríklad v roku 2020 bol rozdiel medzi výdavkami na VZP a výdavkami na zdravotníctvo relatívne malý (necelých 300 miliónov eur), no v roku 2022 by sa malo jednať o viac ako 1,4 miliardy eur. Jedná sa však o prostriedky, ktoré majú špecifické určenie a preto ich nemožno brať za zdroje pre zdravotníctvo ako také. Pomáhajú však okrem iného znižovať kapitálový dlh v zdravotníctve.

Upozorňujeme, že zobrazujeme nominálne veličiny. Porovnanie s HDP umožňuje vytvoriť si istú predstavu o zmene „reálneho“ rozmeru zdravotníckych výdavkov. No na doplnenie celého obrazu je potrebné vážiť nominálne výdavky infláciou. Aj takéto porovnanie je však len orientačné. Štandardné štatistické údaje o inflácii vychádzajú zo všeobecného spotrebiteľského koša. Ten však nie je v sektore zdravotníctva plne prenositeľný. Dôvodom je najmä odlišný vývoj miezd v zdravotníctve oproti zvyšku ekonomiky, ale aj úzke zameranie na niekoľko druhov tovarov (lieky, zdravotnícke pomôcky).

Porovnanie nominálnych a reálnych výdavkov VZP vidíme na nasledujúcom grafe. Ako začiatkový bod sme zvolili rok predcovidový 2019, dokedy sa inflácia ešte pohybovala v relatívne nízkych číslach (0 – 2% ročne). Kým v nominálnych číslach viditeľný rast výdavkov systematicky z jedného roka na druhý, v reálnych (inflačne očistených) číslach vidíme rast len medzi rokmi 2020 a 2021. V rokoch 2019 – 2020 a potom opäť v období 2021 – 2023 bol reálny rast výdavkov prakticky nulový, resp. dokonca v prípade druhého obdobia záporný.



Graf 6: Porovnanie nominálnych a reálnych výdavkov VZP v tisícoch eur.

Zdroj: Príslušné rozpočty verejnej správy SR a [Inflačná kalkulačka INEKO](#)

K tejto téme odcitujeme zo stanoviska NKÚ k (pôvodnému) rozpočtu na rok 2023⁵:

„Rozpočet výdavkov na zdravotnú starostlivosť na rok 2023 v porovnaní s rozpočtom na rok 2022 síce vzrastie o 12,5 %, ale v porovnaní s očakávanou skutočnosťou za rok 2022 vzrastie len o 2 %. NKÚ SR upozorňuje, že dynamika rastu výdavkov na ZS nedosahuje úroveň prognózovanej inflácie a za predpokladu kompenzácie cien energií ani jadrovej inflácie. Návrh RVS obsahuje aj rezervy, ale z predloženého materiálu nie je jasné ani isté, aký objem pôjde na ZS. Po započítaní dodatočného transferu vo výške 340 mil. eur by sa mal rast výdavkov poistenia (o 7,7 % oproti očakávanej skutočnosti roku 2022) dostať na úroveň prognózovanej jadrovej inflácie, ale stále to nerieši problém štruktúry ZS a možných rizík v konkrétnych oblastiach zdravotníctva vyplývajúcich z dlhodobého nedofinancovania.“

⁵ Stanovisko Najvyššieho kontrolného úradu SR k návrhu štátneho rozpočtu SR na rok 2023 <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/Download.aspx?DocID=526636> Stanovisko vyšlo v novembri 2022. Otázka ohľadom rozpočtovej rezervy sa v nasledujúcich mesiacoch vyjasnila

Dlh v zdravotníctve

Finančné údaje z rozpočtu sú skreslené tým, že časť výdavkov zdravotníctva je skrytá v dlhu. Ten môže mať zjavnú a dobre vyčísliteľnú podobu prevádzkového dlhu, alebo rovnako zjavnú, ale ťažšie vyčísliteľnú podobu kapitálového dlhu.

Prevádzkový dlh

Podľa dokumentu „[Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2022](#)“ ku koncu roku 2022 hodnota záväzkov po lehote splatnosti v rezorte zdravotníctva dosahovala 812,42 milióna eur⁶. Dominantný podiel na tejto sume majú príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR – v roku 2022 dlh týchto inštitúcií predstavoval až 723,02 milióna eur, teda 90,1% z celkového dlhu. Dlhy zvyšných kategórií inštitúcií (zariadenia MV, VÚC atď.) sa pohybuje maximálne v desiatkach miliónov eur.

v mil. eur	k 31.12.2018	k 31.12.2019	k 31.12.2020	k 31.12.2021	k 31.12.2022
Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR	667,06	541,80	605,54	718,70	723,02
Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MV SR a MO SR	27,99	17,79	21,43	30,66	31,97
Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	85,94	40,10	39,31	51,80	56,84
Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zdravotné poisťovne	0,00	0,00	0,35	0,42	0,59
Závazky po lehote splatnosti spolu	780,99	599,69	666,63	801,58	812,42

Tabuľka 2: Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva – stav
Zdroj: [MZ SR](#)

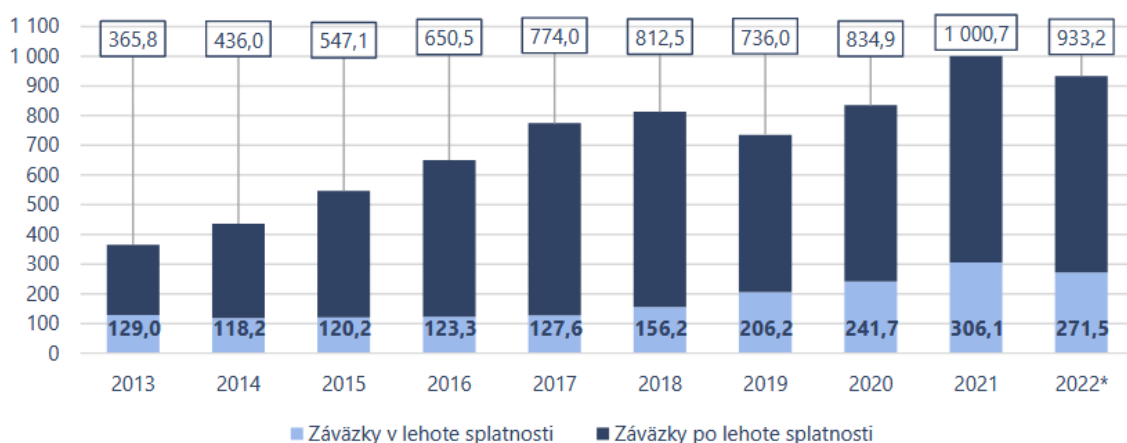
Podľa materiálu narástol objem záväzkov po lehote splatnosti medziročne celkovo o 10,84 milióna eur. Do interpretácie tohto čísla je však potrebné zahrnúť aj (ďalšie) oddlžovanie, ktoré v zdravotníctve prebehlo. To v roku 2022 dosiahlo výšku 118,2 milióna eur. Po zohľadnení tejto sumy sa medziročný nárast dlhu oveľa viac približuje medziročnej zmene z roku 2021 na 2022, kedy dlh narástol o 134,95 milióna eur.

Dlh zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR

Dlh, za ktorý sú zodpovedné zdravotnícke zariadenia (ZZ) v pôsobnosti MZ SR tvorí už spomínaných 723,02 milióna eur. Z tejto sumy najvýznamnejšiu položku tvorí dlh univerzitných a fakultných nemocníc. Ide o sumu 690,28 milióna eur, čo predstavuje 95,5% dlhu ZZ v pôsobnosti MZ a 85% z celkového dlhu. Medziročne dlh ZZ v pôsobnosti MZ stúpil o 7,18 milióna eur, opäť je však potrebné zohľadniť aj nezanedbateľné oddlžovanie sektoru. Navyše, okrem oddlžovania [dostávali](#) v rokoch 2021 a 2022 nemocnice aj príspevok od MZ slúžiaci ako kompenzácia nákladov spojených s COVID-19. Tento príspevok už v roku 2023 nemocnice nedostanú. Nešlo pritom o nezanedbateľnú čiastku – len v roku 2022 dosiahla výška týchto príspevkov približne 121 miliónov eur.

⁶ V tomto dokumente sa zaoberáme len hodnotou záväzkov po lehote splatnosti. Okrem tých má však MZ aj záväzky v lehote splatnosti, ktoré k 31. 12. 2022 dosahovali výšku 1,1 miliardy eur s medziročným nárastom o takmer 130 miliónov eur.

Graf 12: Vývoj štruktúry záväzkov vo fakultných a univerzitných nemocniciach (v mil. eur)

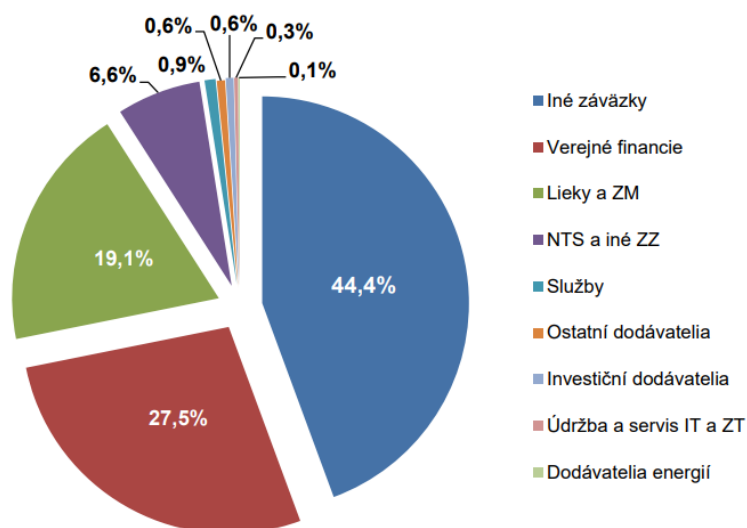


Zdroj: MZ SR
* k 31. 8. 2022

Graf 7: vývoj štruktúry záväzkov vo fakultných a univerzitných nemocniciach (v mil. eur)

Zdroj: NKÚ

Dlh v tejto kategórii má nasledujúcu štruktúru:



Graf 8: Štruktúra záväzkov po lehote splatnosti v zdravotníckych zariadeniach v pôsobnosti

Ministerstva zdravotníctva SR k 31. 12. 2022

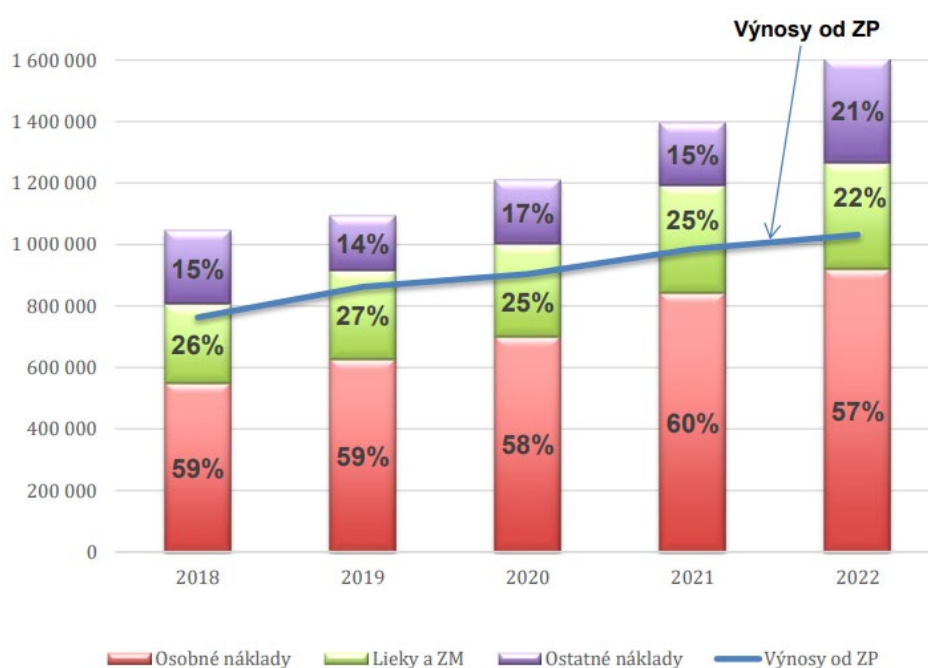
Zdroj: [MZ SR](#)

Najväčšiu časť (44,4%), približujúcu sa takmer polovici celkového dlhu ZZ v pôsobnosti MZ, tvorí kategória „Iné záväzky.“ MZ uvádza, že táto skupina zahŕňa „aj skupinu záväzkov, ktoré boli postúpené veriteľmi zdravotníckych zariadení na iný subjekt, ktorý nie je banková inštitúcia.“ Druhú najväčšiu časť tvorí kategória „Verejné financie,“ ktorá zahŕňa záväzky voči Sociálnej poisťovni, daňovým úradom a zdravotným poisťovňam a predstavuje 27,5% z dlhu ZZ v pôsobnosti MZ. Treťou najvýznamnejšou položkou je dlh voči dodávateľom liekov a zdravotníckeho materiálu, ktorý predstavuje 19,1% dlhu ZZ v pôsobnosti MZ. Tieto tri položky spolu tvoria 91% celkového dlhu ZZ v pôsobnosti MZ, dlh vytvorený zvyšnými kategóriami sa pohybuje maximálne v jednotkách percent.

Ako hlavný dôvod rastu zadlženosti ZZ uvádza MZ „pokračujúce generovanie prevádzkových strát v nemocniciach.“ 13 najväčších univerzitných a fakultných nemocníc v roku 2022 dosiahlo kumulatívny

hospodársky výsledok vo výške -65,94 milióna eur a hospodársky výsledok na úrovni EBITDA („earnings before interest, taxes, depreciation and amortization“) vo výške -40,29 milióna eur. Napriek stratovosti ide o mierne lepší výsledok v porovnaní s rokom 2021, keď bol kumulatívny hosp. výsledok -95,14, resp. -69,11 milióna eur. Je však možné predpokladať, že výdavky v roku 2021 boli v porovnaní s rokom 2022 výraznejšie ovplyvnené pandemiou COVID-19.

Náklady zdravotných zariadení dlhodobo rastú rýchlejšie ako výnosy od zdravotných poisťovní. Nemocnice by museli zvýšiť svoju efektívnosť (znížiť náklad na odliečeného pacienta) o niekoľko desiatok percent, aby dokázali náklady z príjmov vykryť. Toto zvýšenie efektívnosti by muselo z drvivej väčšiny prebiehať na úrovni personálu. Už v roku 2021 totiž osobné náklady dosahovali 85% objemu výnosov od zdravotných poisťovní a v roku 2022 dokonca až 89%. Podľa súčasného trendu, ktorý ilustruje nasledujúci graf, nie je dokonca vylúčený scenár, v ktorom výnosy od zdravotných poisťovní nebudú postačovať ani na pokrytie osobných nákladov. Dosiahnutie takto výrazných úspor na úrovni personálnych výdavkov je však sotva predstaviteľné.



Graf 9: Ročné náklady zdravotníckych zariadení a výnosy od zdravotných poisťovní (univerzitné a fakultné nemocnice); v tisícoch eur

Zdroj: [MZSR](#)

Kapitálový/investičný dlh

Okrem finančného dlhu, ktorý sa prejaví vo účtovných výkazoch inštitúcií, však postupne vzniká aj investičný, resp. kapitálový dlh. Ide o investície, ktoré ostávajú z dôvodu nedostupnosti finančných zdrojov nezrealizované napriek tomu, že by si ich stav predmetu investície vyžadoval. Dokument MZ, ktorý opisoval finančný dlh ZZ, venuje tejto téme dve vety:

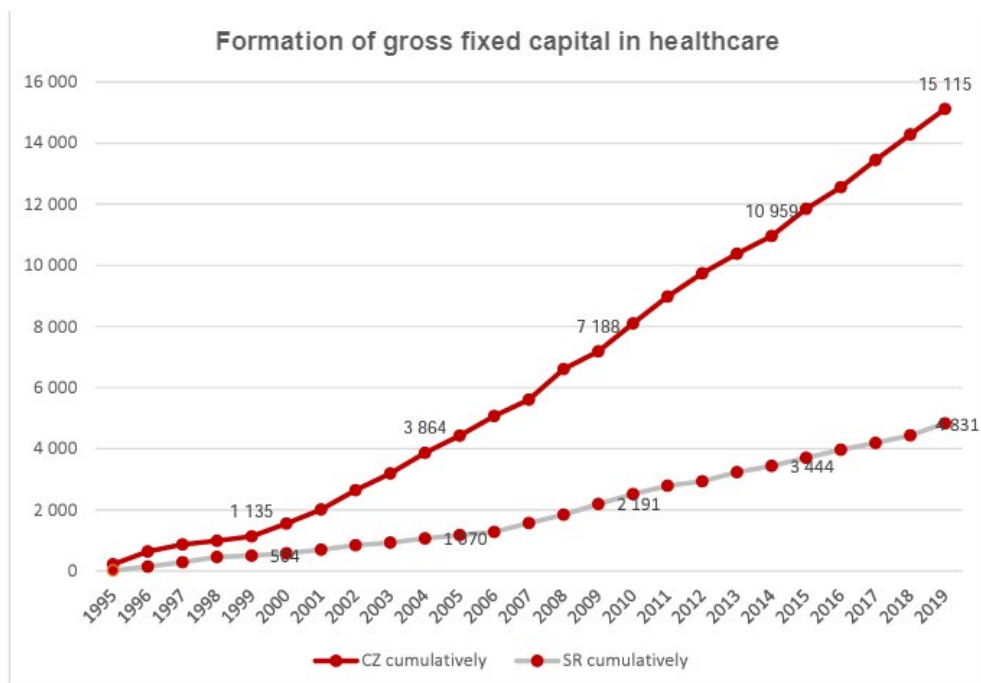
„Nemocnice čelia aj skrytému dlhu vo forme nevyhovujúcej infraštruktúry, keďže investície do tejto oblasti sú z dlhodobého hľadiska poddimenzované. Situáciu by mohla zlepšiť vyššia miera alokácie kapitálových a prevádzkových prostriedkov do nemocníc.“

O niečo väčší priestor je téme venovaný vo verejnom rozpočte, aj tu však ide len o tri odstavce. Plány štátu v tomto smere MF popisuje nasledovne:

„Pre Ministerstvo zdravotníctva SR sú finančné prostriedky alokované hlavne v Pláne obnovy a odolnosti v objeme 437,6 mil. eur, ktoré budú smerované hlavne na výstavbu, rekonštrukciu a vybavenie nemocníc, obnovu staníc záchranej zdravotnej služby, podporu otvárania nových ambulancií v nedostatkových oblastiach aj na materiálno-technické vybavenie.“

Holistickejšie sa na tému kapitálového („skrytého“) dlhu pozrel think tank CEE Health Policy Network, ktorý v roku 2022 vypracoval publikáciu s názvom „[Neglected technical infrastructure of Slovak hospitals and potential sources of capital investment in hospitals](#)“ Tento dokument okrem iného analyzuje najväčšie problémy plynúce z nedostatočných investícií ako aj (potenciálne) finančné zdroje.

Autori publikácie investičný dlh vyjadrujú vo vzťahu k zdravotníckemu systému Českej republiky (ČR). Uvádzajú, že v období 1995-2019 dosiahla tvorba hrubého fixného kapitálu v slovenskom zdravotníctve celkovú hodnotu 4,8 miliardy eur, zatiaľ čo v Českej republike za rovnaké obdobie išlo až o 15,1 miliardy. Slovensko tak kumulatívne dosiahlo len 32% úrovne Českej republiky. Pri zohľadnení počtu obyvateľov (SR: ČR = 51 %) predstavuje investičný deficit Slovenska oproti Českej republike 2,9 mld eur.

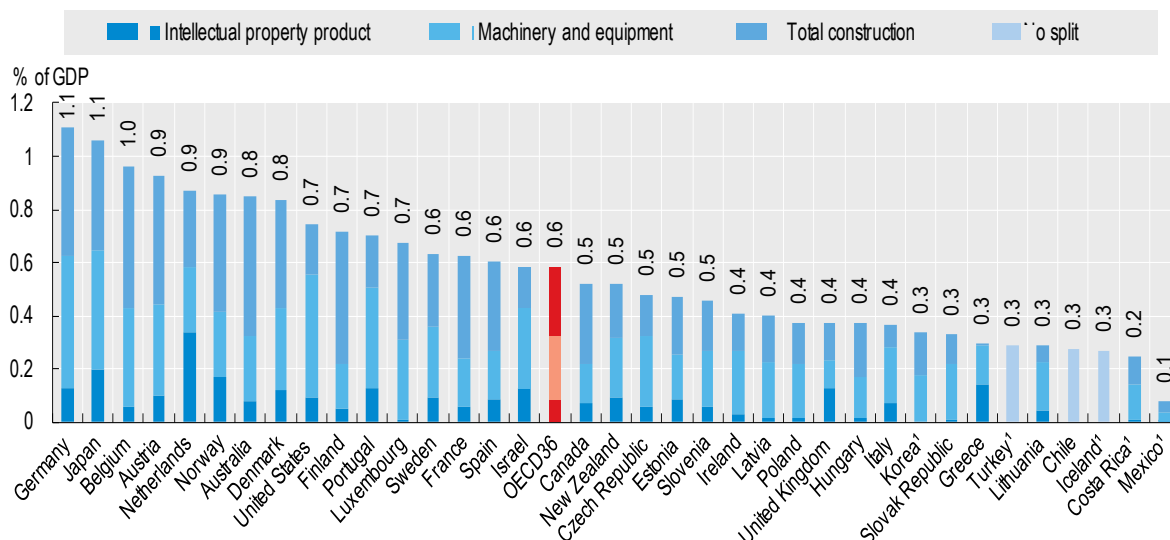


Graf 10: Tvorba hrubého fixného kapitálu v sektore zdravotníctva Slovenskej republiky a Českej republiky (v miliónoch eur)

Zdroj: [CEE Health Policy Network 2022](#)

Autori uvádzajú, že Slovensko má mimoriadny vysoký podiel strojov a vybavenia, zatiaľ čo investície do intelektuálnych aktív zaostávajú. „S určitou mierou zovšeobecnenia a na základe skúseností a pozorovaní môžeme tieto zistenia preniesť aj na sektor zdravotníctva.“ Podľa štúdie môžeme v Slovenskom zdravotníctve pozorovať „zastarané budovy, ale väčšinou vybavené modernými strojmi a zariadeniami s nízkou úrovňou intelektuálnych aktív (softvér, databázy, patenty...)“

Údaje OECD tento záver potvrdzujú. Podľa nich Slovensko medzi rokmi 2015 až 2019 ročne do intelektuálnych aktív v zdravotníctve investovalo len 0,01% HDP. V prípade strojov a vybavenie išlo o 0,20% HDP a v prípade budov („total construction“) o 0,12% HDP. Celkovo tak priemerné ročné investície do kapitálu v zdravotníctve na Slovensku v skúmanom období dosahovali 0,33% HDP.



Graf 11: Ročné kapitálové výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP, priemer za roky 2015-2019 (alebo najbližší rok) podľa druhu majetku

Zdroj: [OECD](#)

Spomedzi 36 skúmaných krajín OECD tieto výdavky Slovensko umiestňujú až na 30. miesto. Priemerné ročné výdavky skúmaných krajín boli vo výške 0,55% HDP. Lepšie než Slovensko si v tomto smere počínali aj všetky krajiny V4 – České priemerné ročné výdavky predstavovali 0,48% HDP, Maďarské 0,37% HDP a Poľské 0,36% HDP.

Podstatným poznatkom však je aj to, že štát podľa všetkého v súčasnosti nemá k dispozícii takmer žiadne informácie o stave infraštruktúry jeho nemocníc. Plán obnovy sa pri hodnotení existujúcej infraštruktúry odvoláva na staršiu [publikáciu](#) HPI ešte z roku 2014, podľa ktorej v roku 2012 (!) dosahovala investičná medzera výšku 137 miliónov eur ročne v porovnaní s ČR a 441 miliónov eur ročne v porovnaní s Rakúskom.

Skrytý dlh v liekoch a iných inováciách

Špecifickú problematiku predstavuje dlh v inováciách. Z účtovného hľadiska nemôžeme hovoriť o nich ako o kapitále, ktorý podlieha opotrebeniu. Nejedná sa ani o explicitný budúci záväzok (ako sú napríklad dôchodkové dávky), ktorý je možné ohodnotiť konkrétnou sumou. Jedná sa však o istú formu implicitného záväzku. Slovenská verejnosť očakáva, že slovenské verejné zdravotníctvo sa svojim portfóliom služieb a kvalitou bude približovať európskemu priemeru. V tomto smere bude existovať verejná objednávka na takúto politiku. Nižšia dostupnosť inovácií oproti priemeru v EÚ tak predstavuje záväzok, ktorý sa štát v istých momentoch pravdepodobne bude pokúšať zmenšiť, čo bude znamenať vynaloženie konkrétnych finančných prostriedkov v jednotlivých rokoch.

Veľkosť takého záväzku je nemožné zodpovedne vyčíslieť, keďže nemáme jednoduchú premennú, ktorou by sme vyjadrili mieru inovácií v jednotlivých krajinách. Môžeme len použiť pomocné premenné, ktorými je možné odušič relativnú veľkosť takejto diery. Takéto premenné existujú najmä v prípadoch inovatívnych liekov, pri ktorých sú vytvárané rôzne medzinárodné porovnania dostupnosti. Jedným z príkladov je analýza spoločnosti IQVIA⁷ na 168 inovatívnych liekoch, ktoré boli centrálné zaregistrované v EÚ medzi rokmi 2018 a 2021, s dostupnosťou k 5.1.2023. Dostupnosť je odstupňovaná

⁷ EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey

(plne dostupné, čiastočne, súkromne, nedostupné). Plne dostupných na Slovensku bolo len 3% týchto liekov.



Graf 12: Dostupnosť inovatívnych liekov

Zdroj: IQVIA

Vývoj budúcich potrieb

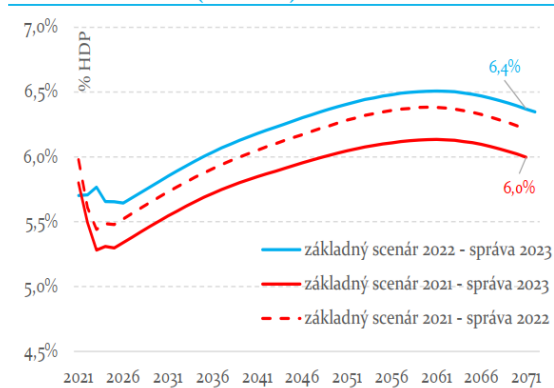
Na Slovensku dochádza k výrazným demografickým zmenám. Pomer dôchodcov a ľudí v ekonomicky aktívnom veku (podľa dnešnej definície) sa má za 30 rokov zvýšiť dvojnásobne. Čo to podľa oficiálnych predikcii znamená pre zdravotníctvo?

Predikcia výdavkov na zdravotníctvo od RRZ

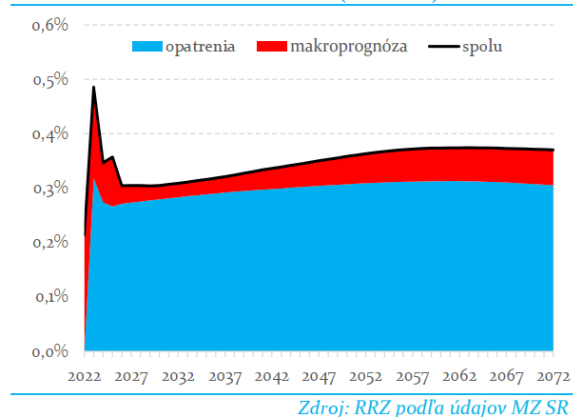
Oficiálnu prognózu výdavkov každoročne pripravuje⁸ Rada pre rozpočtovú zodpovednosť (RRZ).

Podľa predikcie základného scenára z apríla 2023 (v grafe nižšie ako modrá čiara) by mal podiel výdavkov na zdravotníctvo stúpnuť zo úrovne 5,7 % v roku 2022 na úroveň 6,5 % okolo roku 2060. Do roku 2030 však nárast podielu nepredpokladajú, celý rast sa začína až po tomto roku. Nárast o 0,8 p.b. predstavuje ročné navýšenie rozpočtu zhruba o 860 miliónov eur v dnešných cenách. Druhý graf z publikácie RRZ však ukazuje, ako sú tieto prognózy citlivé na politické opatrenia. Opatrenia (primárne zvýšenie miezd zdravotníkov) z konca roka 2022 spôsobilo permanentný posun odhadu o 0,3 p.b.

Graf 28: Projekcie výdavkov na zdravotníctvo (% HDP)



Graf 29: Zmena projekcie výdavkov na zdravotníctvo v roku 2022 (% HDP)



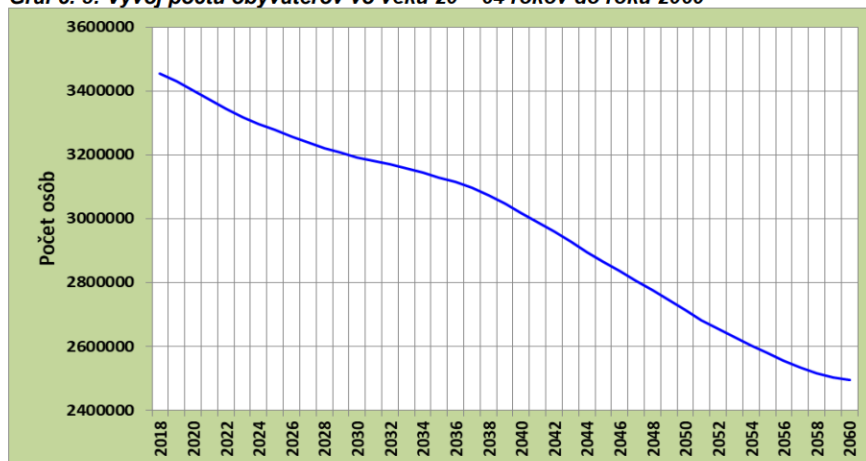
Graf 13: Projekcia výdavkov na zdravotníctvo

Zdroj: RRZ

Súčasný financovanie zdravotníctva je z veľkej časti postavené na odvodoch ekonomicky aktívneho obyvateľstva. Absolútny počet prispievateľov však bude v najbližšom polstoročí klesať. Aktuálne je na Slovensku niečo menej ako 3,4 milióna obyvateľov vo veku 20 – 64 rokov. Do roku 2030 ich ubudne 200 000 (- 6%) a do roku 2060 asi 900 000 (-26 %). Ak predpokladáme lineárnu závislosť medzi počtom ekonomicky aktívnych a odvodovými príjmami, tak by to v dnešných cenách znamenalo úbytok odvodových príjmov zhruba 290 miliónov eur ročne v 2030 a 1 240 miliónov ročne v 2060. Proti tomuto trendu bude pôsobiť predlžovanie ekonomicky aktívneho života a možné zvyšovanie podielu miezd na HDP.

⁸ https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2023/04/Sustainability_report_2023_FINAL.pdf

Graf č. 3: Vývoj počtu obyvateľov vo veku 20 – 64 rokov do roku 2060



Zdroj: Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2060

Graf 14: Vývoj počtu obyvateľov vo veku 20 – 64 rokov do roku 2060

Zdroj: Prognóza vývoja obyvateľov SR do roku 2060

Predikcia výdavkov na zdravotníctvo Ageing Report

Výdavky na zdravotníctvo ovplyvňuje veľké množstvo faktorov. Sú nimi demografia, chorobnosť, technologický pokrok, zmena politík, miera elasticity dopytu po zdravotných službách a ďalšie. Európska komisia z tohto dôvodu pripravuje tzv. Ageing report, ktorého aktuálne vydanie pochádza z roku 2021. Modeluje v ňom vývoj podielu výdavkov na zdravotníctvo až v 12 rôznych scenároch.

Namodelované scenáre zahŕňajú:

- 1) **Demografický scenár**, ktorého cieľom je izolovať efekt starnutia populácie.
- 2) **Scenár vysokej priemernej dĺžky života**, ktorý je alternatívou k demografickému scenáru. Líši sa o 2 roky dlhšou očakávanou dĺžkou života pri narodení.
- 3) **Scenár zdravého starnutia**, ktorý predpokladá, že všetky dodatočne získané roky života sú prežité v zdraví.
- 4) **Scenár nákladov súvisiacich s úmrtím**, ktorý zohľadňuje pravdepodobné odloženie výdavkov na zdravotnú starostlivosť v dôsledku vývoja úmrtnosti.
- 5) **Scenár príjmovej elasticity**, ktorý ukazuje vplyv príjmovej elasticity dopytu presahujúcej zhodu vo vývoji verejných výdavkov na zdravotníctvo. Dopyt po zdravotných statkoch rastie rýchlejšie ako príjem. Scenár je alternatívou k demografickému scenáru. Líši sa príjmovou elasticitou dopytu, ktorá je v základnom roku na hodnote 1,1 a do konca projekčného horizontu lineárne konverguje k hodnote 1.
- 6) **Scenár konvergencie nákladov EÚ**, ktorého cieľom je zachytiť vplyv prípadnej konvergencie reálnej životnej úrovne na výdavky na zdravotnú starostlivosť.
- 7) **Scenár intenzity práce**, ktorý je postavený na predpoklade, že zmeny v jednotkových nákladoch sú spôsobené zmenami v produktivite práce.
- 8) **Scenár zloženej indexácie pre jednotlivé sektory**, ktorého cieľom je zachytiť dôležitosť a minulé trendy najdôležitejších položiek výdavkov na zdravotnú starostlivosť jednotlivcovo.⁹
- 9) **Scenár nedemografických determinantov**, ktorého cieľom je odhadnúť vplyv nedemografických faktorov na výdavky na zdravotnú starostlivosť, t. j. príjmu, technológií, inštitucionálneho prostredia.

⁹ Nemocničná starostlivosť, ambulantná starostlivosť, lieky a terapeutické pomôcky, preventívne zdravotnícke služby, náklady na riadenie a správu a kapitálové investície.

- 10) Referenčný **Scenár AWG**¹⁰ je použitý ako základný scenár pri výpočte celkového vplyvu starnutia na rozpočet. Predpokladá strávenie polovice budúceho nárastu priemernej dĺžky života v zdraví a príjmovú elasticitu výdavkov na zdravotnú starostlivosť lineárne konvergujúcu z 1,1 v roku 2019 na 1 v roku 2070.
- 11) **Rizikový scenár AWG** je alternatívou k Scenáru AWG. Líši sa snahou zohľadniť technologické zmeny a inštitucionálne mechanizmy. V roku 2019 sa používa proxy hodnota nedemografických nákladov s odhadovanou priemernou elasticitou EÚ 1,5, ktorá lineárne konverguje k hodnote 1 až do konca prognózovaného obdobia.
- 12) **Scenár rizika celkovej produktivity výrobných faktorov**, ktorý zachytáva možnosť, že rast celkovej produktivity faktorov (Total Factor Productivity) v budúcnosti klesne pod úroveň predpokladov Scenáru AWG.

Metodika taktiež zohľadňuje fiškálne dopady špecifických reforiem v oblasti zdravotníctve v niektorých krajinách. Prognózy berú do úvahy aj dopady pandémie koronavírusu, je však potrebné zohľadniť, že publikácia vznikala v roku 2021, kedy pandémia ešte pretrvávala.

Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v najbližších rokoch

Tabuľka ilustruje percentuálny nárast podielu verejných výdavkov Slovenska a EÚ na zdravotníctvo k HDP od roku 2019 do roku 2070:

Scenár	Podiel výdavkov 2019 SK (EÚ)	Podiel výdavkov 2070 SK (EÚ)	% nárast podielu SK (EÚ)
Demografický scenár	5,7 % (6,6 %)	8,7 % (7,7 %)	51 % (18 %)
Scenár vysokej priemernej dĺžky života		8,8 % (7,9 %)	54 % (20 %)
Scenár zdravého starnutia		7,2 % (6,9 %)	26 % (5,0 %)
Scenár nákladov súvisiacich s úmrtím		8,1 % (-)	42 % (-)
Scenár príjmovej elasticity		9,0 % (8,0 %)	57 % (21 %)
Scenár konvergenencie nákladov EÚ		8,9 % (8,0 %)	55 % (21 %)
Scenár intenzity práce		11,2 % (8,3 %)	96 % (27 %)
Scenár zloženej indexácie pre jednotlivé sektory		9,6 % (8,4 %)	68 % (27 %)
Scenár nedemografických determinantov		11,3 % (9,7 %)	98 % (48 %)
Referenčný scenár AWG		8,2 % (7,5 %)	43 % (14 %)
Rizikový scenár AWG		9,5 % (8,4 %)	65 % (28 %)
Scenár rizika celkovej produktivity výrobných faktorov		8,1 % (7,5 %)	42 % (14 %)

Tabuľka 3: Scenáre vývoja podielu verejných výdavkov na zdravotníctvo 2019 – 2070; Slovensko, v zátvorke priemer EÚ

Zdroj: [Európska komisia](#)

V každom z namodelovaných scenárov je zvýšenie podielu slovenských výdavkov na zdravotníctvo vyššie, než je priemerné zvýšenie v EÚ. Najväčší rozdiel je v prípade scenáru intenzity práce – zatiaľ čo priemer EÚ predstavuje navýšenie podielu výdavkov o 1,7 p.b., v prípade Slovenska ide až o 5,5 p.b. Ide zároveň o scenár s druhým najvýraznejším navýšením podielu výdavkov pre Slovensko – k väčšiemu

¹⁰ Ageing Working Group – pracovná skupina pre starnutie obyvateľstva

nárastu podielu výdavkov by prišlo už len v scenári nedemografických determinantov, v ktorom by podiel slovenských výdavkov stúpol o 5,6 p.b.

Ageing report 2021 taktiež obsahuje „záťažové testy“ referenčného scenáru spočívajúce v obmene najdôležitejších demografických a makroekonomických predpokladov. Na základe týchto testov autori publikácie konštatujú, že **verejné výdavky na zdravotníctvo v EÚ sú citlivejšie na demografické zmeny než na zmeny makroekonomických ukazovateľov.**

Aby sme si však mohli utvoriť plný obraz o implikáciách jednotlivých scenárov, je nutné porovnať rast podielu verejných výdavkov na zdravotníctvo v každom scenári s rastom predikovaným na základe vývoja výdavkov v období 2012-2019¹¹. Vypočítali sme preto zloženú ročnú mieru rastu pre každý z jednotlivých scenárov a zloženú ročnú mieru rastu za obdobie 2012-2019¹². Druhý menovaný ukazovateľ má hodnotu 0,67 % – s týmto číslom sme porovnávali miery rastu v analyzovaných scenároch:

Scenár	Zmena 2019-2070 (%)	Zložená miera rastu	Rozdiel (p.b.)
Demografický scenár	51 %	0,81	0.14
Scenár vysokej priemernej dĺžky života	54 %	0,85	0.18
Scenár zdravého starnutia	26 %	0,46	- 0.22
Scenár nákladov súvisiacich s úmrtím	42 %	0,69	0.02
Scenár príjmovej elasticity	57 %	0.89	0.21
Scenár konvergencie nákladov EÚ	55 %	0.86	0.19
Scenár intenzity práce	96 %	1.33	0.66
Scenár zloženej indexácie pre jednotlivé sektory	68 %	1.02	0.35
Scenár nedemografických determinantov	98 %	1.35	0.68
Referenčný scenár AWG	43 %	0.70	0.03
Rizikový scenár AWG	65 %	0.99	0.32
Scenár rizika celkovej produktivity výrobných faktorov	42 %	0.69	0.02

Tabuľka 4: Miera rastu verejných výdavkov na zdravotníctvo v jednotlivých scenároch a porovnanie s mierou rastu za obdobie 2012-2019

Zdroj: [Európska komisia, vlastné výpočty](#)

Tento výpočet ilustruje o koľko percentuálnych bodov HDP viac (alebo menej) by Slovensko muselo každoročne dedikovať na zdravotníctvo v porovnaní s doterajším vývojom, ak by sa naplnili predpoklady daného scenáru. 11 z 12 scenárov by doterajší trend akcelerovalo (t. j. podiel výdavkov by stúpala rýchlejšie), v 1 prípade by došlo k spomaleniu stúpania výdavkov. Je však potrebné zdôrazniť, že aj v tomto prípade by podiel výdavkov naďalej stúpala, ale nárast by bol pomalší ako v období 2012 - 2019.

Na základe doterajšieho vývoja výdavkov by v roku 2070 verejné výdavky na zdravotníctvo predstavovali 15 miliárd eur. Aj rozdiel v minimálnom počte percentuálnych bodov v ročnom raste

¹¹ Portál [Eurostat poskytuje dáta od roku 2012; 2019 prvým rokom v predikcii Ageing reportu](#)

¹² Vo výpočtoch bola pre rok 2019 použitá hodnota 5,72 %, uvedená v Ageing reporte. Eurostat v súčasnosti pre rok 2019 uvádza hodnotu 5,54 %. K tejto diskrepancii s najväčšou pravdepodobnosťou došlo následkom revízie dát Eurostatom.

vedie v absolútnych číslach k rozdielom vo výške stoviek miliónov, a často až niekoľkých miliárd eur. Napríklad naplnenie predpokladov použitých pre scenár intenzity práce by spôsobil rozdiel 5,9 miliardy eur a scenár nedemografických determinantov by vytvoril rozdiel až 6,14 miliardy eur. Len scenár zdravého starnutia by „ušetril“ – konkrétne čiastku 1,56 miliardy eur. Opäť však pripomíname, že aj v tomto scenári by sa výdavky na zdravotníctvo ako podielu HDP výrazne zvýšili.

Predikcie päť dekád do budúcnosti sú však vzhľadom na množstvo faktorov a ich vzájomnú previazanosť nutne len hrubými odhadmi. Skôr než presné čísla sú tak zaujímavé trendy, ktoré takéto predpovede ilustrujú. V nasledujúcej časti preto predikujeme verejné výdavky na zdravotníctvo (v nominálnych hodnotách) od roku 2023 do roku 2030. V tejto predikcii sa zároveň opierame o najaktuálnejšie dostupné dáta – aj tento aspekt odlišuje túto predikciu od predikcií uvedených v Ageing report.

V prvom kroku vytvorili predikciu verejných výdavkov na zdravotníctvo a HDP do roku 2030. Tento výpočet je založený na dátach Eurostatu a Ministerstva financií SR v období 2012-2025¹³. Predĺžením trendu výdavkov 2012 – 2025 získame základný scenár, podľa ktorého budú verejné výdavky na zdravotníctvo na Slovensku v roku 2030 predstavovať 6,39 % HDP¹⁴ a HDP dosiahne hodnotu 151,5 miliardy eur. Nominálne výdavky na zdravotníctvo budú podľa tohto základného scenára v roku 2030 predstavovať 9,68 miliardy eur.

Nasledujúca tabuľka ilustruje výdavky na zdravotníctvo v roku 2030 (ako podiel na HDP a v nominálnych hodnotách) v jednotlivých scenároch Ageing report, rozdiel medzi jednotlivými scenármi a základným scenárom 2012-2025 v nominálnych výdavkoch v roku 2030 a kumulatívny rozdiel v nominálnych výdavkoch za obdobie 2024-2030.

Scenár	Výdavky 2030 (% HDP)	Výdavky (milióny €) v roku 2030	Rozdiel oproti základnému scenáru v 2030 (milióny €)	Kumulatívny (2024-2030) rozdiel oproti základnému scenáru (milióny €)
Demografický scenár	6,97	10 555	878	7 072
Scenár vysokej priemernej dĺžky života	6,95	10 537	860	7 001
Scenár zdravého starnutia	6,59	9 987	310	4 894
Scenár nákladov súvisiacich s úmrtím	6,93	10 505	828	6 882
Scenár príjmovej elasticity	7,06	10 691	1 013	7 585
Scenár konvergenie nákladov EÚ	7,00	10 607	930	7 269
Scenár intenzity práce	7,68	11 632	1 955	11 114
Scenár zloženej indexácie pre jednotlivé sektory	7,20	10 910	1 233	8 415

¹³ Údaje za roku 2024 a 2025 sú predpoveďou Ministerstva financií SR.

¹⁴ Tu je očividný rozdiel oproti predikcií RRZ, ktorá nepredpokladá v tomto období takmer žiaden rast podielu výdavkov na zdravotníctvo.

Scenár nedemografických determinantov	7,47	11 323	1 646	9 965
Referenčný scenár AWG	6,87	10 409	732	6 515
Rizikový scenár AWG	7,22	10 942	1 265	8 537
Scenár rizika celkovej produktivity výrobných faktorov	6,86	10 387	710	6 431

Tabuľka 5: Predikcia výšky verejných výdavkov na zdravotníctvo v roku 2030 podľa jednotlivých scenárov; porovnanie s predikciou výdavkov vytvorenej na základe vývoja výdavkov za obdobie 2012-2025

Zdroj: [Európska komisia](#), [Eurostat](#), [Ministerstvo financií SR](#), [vlastné výpočty](#)

Aj v najmenej nákladnom zo scenárov (scenár zdravého starnutia) by Slovensko v roku 2030 na zdravotníctvo vynaložilo o približne 310 miliónov eur viac, ako je v prípade odhadu na základe doterajšieho vývoja výdavkov a HDP. Kumulatívne výdavky by v období od roku 2024 do roku 2030 dosiahli výšku až necelých 5 miliárd eur. V „najdrahšom“ scenári (scenár intenzity práce) by rozdiel v roku 2030 predstavoval takmer 2 miliardy eur a kumulatívny rozdiel za obdobie 2024-2030 by činil až 11,1 miliardy eur.

Ako rozumieť budúcim výdavkom

V prechádzajúcich kapitolách sme na číslach demonštrovali tri základné fakty týkajúce sa výdavkov na slovenské zdravotníctvo:

1. Výdavky Slovenska na zdravotníctvo v relatívnom ponímaní sú nielen pod priemerom EÚ, ale aj Českej republiky.
2. Rozpočtované výdavky nekorešponujú ani s reálnymi prevádzkovými nákladmi a už vôbec s potrebou obnovovať kapitál v zdravotníctve.
3. V druhej väčšine scenárov blízkej budúcnosti bude existovať tlak na zvýšenie výdavkov do zdravotníctva z dôvodu spoločenských a technologických zmien

Veľkosť budúcich výdavkov na zdravotníctvo výška nie je objektívne daná, je výsledkom politického rozhodnutia o rozdelení obmedzených zdrojov. Potreby sú však neobmedzené a to neplatí len o zdravotníctve, ale aj o školstve, sociálnej sfére, či bezpečnosti. V druhej polovici tejto publikácie sa preto prichádzame z dvoma zásadnými argumentami.

Prvým je argument o prínosoch dodatočných zdrojov v zdravotníctve.

Druhým je argument o možnostiach získať dodatočné zdroje pre zdravotníctvo vo výške približne jednej miliardy eur ročne. Táto suma by Slovensko priblížila Českej republike a zároveň by bola konzistentná s väčšinou scenárov v Ageing Report. Vzhľadom k obmedzeným možnostiam verejných zdrojov sa pritom obzvlášť zameriavame na zvýšenie príjmov cez súkromné zdroje.

Časť II: Dôvody ku zmene

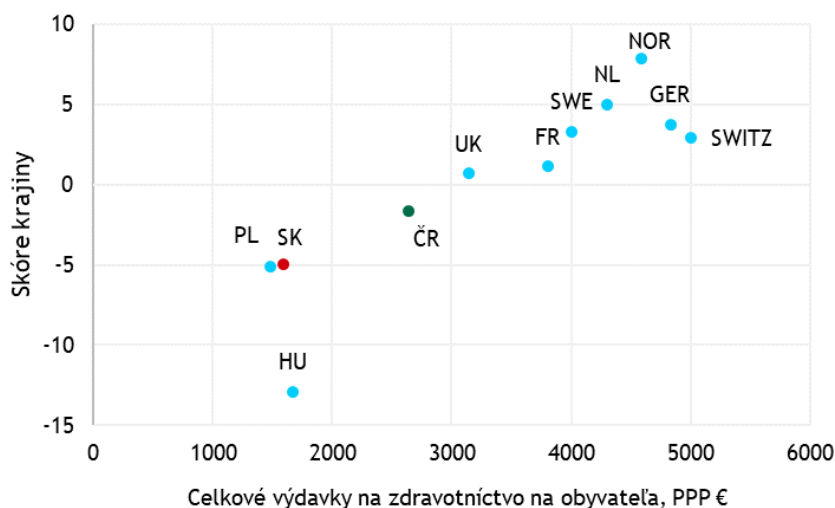
PENIAZE DO ZDRAVOTNÍCTVA SÚ INVESTÍCIOU DO ZDRAVIA A EKONOMICKÉHO RASTU

Zdravie považujeme za prioritu a podmienku kvalitného života. Toto samotné by malo byť dostatočným dôvodom pre zabezpečenie adekvátnych zdrojov pre zdravotníctvo. **Investovať do zdravia a zdravotníctva sa oplatí i z ekonomického hľadiska.** Čím sú ľudia v krajine zdravší, tým viac dokážu vyprodukovať svojou prácou, tým menej potrebujú byť finančne podporovaní štátom a krajine sa v dôsledku toho viac hospodársky darí. Ekonomovia odhadujú, že približne **tretina hospodárskeho rastu vo vyspelých ekonomikách v minulom storočí sa dá pripísať zlepšeniu zdravotného stavu** (MGI, 2020)¹⁵.

Z viacerých strán zaznieva, že v slovenskom zdravotníctve je peňazí dost, len ich treba efektívnejšie prerozdeliť. Ako sme ukázali v prvej časti, financovanie zdravotníctva na Slovensku významne zaostáva za inými rozvinutými krajinami Európy. Podfinancovanie zdravotníctva sa prejavuje i na výsledkoch.

V publikácií **Prečo sa nedoživame v zdraví až do dôchodku?** (Tulejová&Šebová, 2023) boli analyzované výsledky vybraných zdravotných systémov v porovnaní s ich výdavkami na zdravotníctvo. Pri hodnotení výsledkov bola využitá metodika americkej štúdie *Mirror, Mirror - Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Schneider et al, 2021), ktorá porovnáva medzi sebou zdravotné systémy viacerých krajín na základe skóre, zloženého z 11 výsledkových ukazovateľov vybraných panelom expertov. Patria sem ukazovatele ako **očakávaná dĺžka života, počet liečiteľných a odvrátiteľných úmrtí či 30-denná úmrtnosť po infarkte myokardu**. Hodnotenú boli vyspelé západoeurópske systémy a krajiny bývalej V4. Detailnú metodiku a výsledky hodnotenia nájdete v Prílohe č. 1. Vo výsledkoch hodnotenia sa Slovensko (skóre -5,1) delí spolu s Poľskom (skóre -5) o predposlednú priečku, posledné skončilo Maďarsko (skóre -12,9). Česká republika dopadla z krajín bývalej V4 najlepšie a s hodnotou skóre -1,7 sa najviac blíži k vyspelým zdravotným systémom. Dôležitá je korelácia výšky skóre s výškou výdavkov na zdravotníctvo. Slovensko má z porovnávaných krajín najnižšie výdavky na obyvateľa (v prepočte na paritu kúpnej sily) a patrí do skupiny krajín spolu s Maďarskom a Poľskom, kým Česká republika smeruje k štandardu západoeurópskych krajín. Áno, i tu platí zákon klesajúcich výnosov. Niektoré krajiny sú efektívnejšie a sú schopné dosiahnuť lepšie výsledky zdravotnej starostlivosti aj s menším objemom peňazí (napr. Francúzsko, Švédsko a Holandsko majú porovnateľný výsledok ale približne o 10-20% nižšie výdavky na obyvateľa oproti Nemecku a Švajčiarsku). Potenciál zlepšovať zdravie len zvyšovaním efektivity má však svoje limity a viac peňazí spravidla prináša i lepšie výsledky.

¹⁵ Publikované v štúdií *McKinsey Global Institute: Prioritizing Health – A prescription for prosperity* (2020), založené na odhadoch nasledovných autorov: *Robert W. Fogel, "Health, nutrition, and economic growth," Economic Development and Cultural Change, April 2004, Volume 52, Issue 3; Suchit Arora, "Health, human productivity, and long-term economic growth," Journal of Economic History, September 2001, Volume 61, Issue 3*



GRAF 15: VZŤAH MEDZI CELKOVÝMI VÝDAVKAMI NA ZDRAVOTNÍCTVO NA OBYVATEĽA (PPP) A SKÓRE ZA VYBRANÉ UKAZOVATELE ZDRAVOTNÉHO STAVU, 2020. ZDROJ: EUROSTAT A OECD

Do zdravotníctva na Slovensku musíme zainvestovať, ak chceme zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva a podporiť ekonomický rast. McKinsey Global Institute (MGI) vypracoval rozsiahlu štúdiu *Prioritizing Health – A prescription for prosperity*, ktorá skúma potenciál zlepšovania zdravia a jeho dopadu na globálnu ekonomiku. Podľa tejto štúdie by kombináciou opatrení bolo možné zlepšiť zdravie a tak podporiť rast globálneho HDP až o 8% (\$12 biliónov, t. j. takmer 10,5 biliónov €)¹⁶ do roku 2040. Podľa ich výpočtov sa **každý investovaný \$1 do zlepšenia zdravia vráti v podobe ekonomického prínosu vo výške \$2-\$4**. V skutočnosti majú teda správne použité peniaze v zdravotníctve potenciál nielen splatiť svoj dlh, ale dokonca priniest nové zdroje.

AKO INVESTÍCIE DO ZDRAVIA POMÁHAJÚ EKONOMIKE

Potenciál **zvýšenia HDP Slovenska pomocou zlepšenia zdravia** odhaduje McKinsey Global Institute (*Scale what works, 2022*) na **15 miliárd \$ (13 miliárd €)** naviac pre rok 2040 oproti situácii bez investície do zlepšenia zdravia. To je približne 15% z hodnoty slovenského HDP v roku 2020. V odhade pri tom počítali iba s liečebnými metódami a intervenciami, ktoré **už teraz poznáme, boli niekde realizované a preukázali svoju účinnosť**. Pri výpočte dopadu na ekonomiku autori vychádzali z predpokladu, že zlepšenie zdravia bude mať štyri kľúčové pozitívne vplyvy:

1. **Zníženie počtu predčasných úmrtí.** Predčasné úmrtia znižujú počet potenciálnych účastníkov pracovného trhu a tým spomaľujú aj ekonomický rast. Slovensko je dlhodobo na čele rebríčkov v počte odvrátiteľných úmrtí, teda úmrtí ľudí do 75 rokov (sem teda patria aj ľudia, ktorí v produktívnom veku do 65 rokov predčasne zomrú na infarkt alebo rakovinu), ktorým bolo možné predísť prevenciou alebo včasnou liečbou. V roku 2020 malo Slovensko **431 odvrátiteľných úmrtí** na 100 tis. obyvateľov, čo je v prepočte celkovo takmer 5 000 úmrtí ročne naviac oproti ČR a až 8 700 úmrtí ročne naviac oproti priemeru Európskej únie¹⁷. Známymi intervenciami by sme podľa odhadov MGI vedeli na Slovensku **do roku 2040 zabrániť 126 450 úmrtiam**. Priemerne by sme tak **každoročne vedeli zo 431**

¹⁶ Prepočítané priemerným kurzom 2020 – roku vydania publikácie

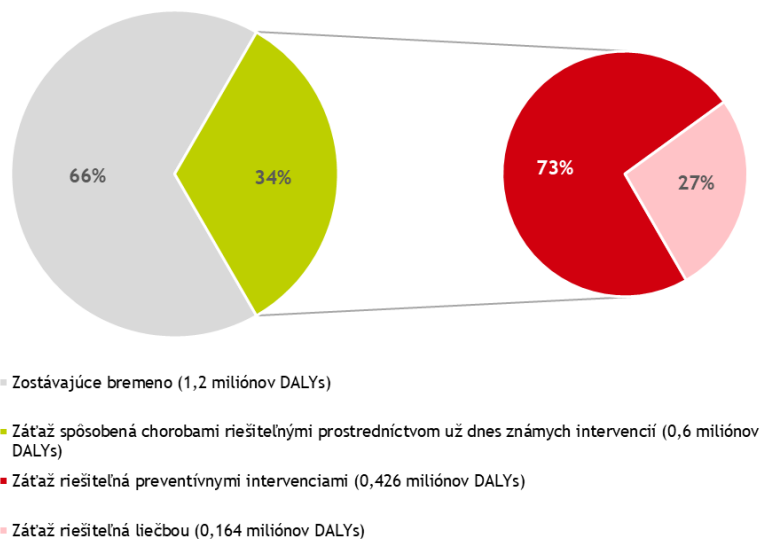
¹⁷ Eurostat

predčasných úmrtí na 100 tis. obyvateľov zabrániť až 116-im a celkovo predĺžiť každoročne život cca 6 500 ľudí.

2. **Menšia chorobnosť a zdravotné ťažkosti.** Prekážkou v zapojení do pracovného života je pre mnohých ochorenie alebo invalidita. V roku 2017 bolo spolu globálne „stratených“ 580 mil. rokov života v dôsledku zdravotných ťažkostí, vedúcich k absenciám v práci alebo úplnému ukončeniu pracovného pomeru (MGI, 2020). Slovensko by vhodnými intervenciami mohlo získať **v priemere 26 „zdravých dní“ na obyvateľa ročne**, teda celkovo 142 miliónov človeko-dní ročne, počas ktorých by si ľudia vedeli viac zarobiť alebo užívať si voľný čas.
3. **Predĺženie obdobia pracovného života.** Hranica odchodu do dôchodku sa postupne zvyšuje, ale obmedzenie práceschopnosti prichádza často ešte skôr, ako sa zamestnanec dostane do dôchodkového veku. Intervencie na zlepšenie zdravia by však dokázali napomôcť tomu, aby sme sa vo veku 65 rokov v roku 2040 cítili rovnako fit a zdraví ako 55-ročný človek dnes. Ľudia obmedzení chorobou, bolesťami alebo zdravotným postihnutím nepracujú v takej miere, ako by chceli. Zlepšenie ich zdravia im umožní cítiť sa lepšie a vytvára ďalší priestor pre posilnenie ekonomiky. Ak by sa vhodnými opatreniami napomohlo zlepšiť zdravotný stav a zaistiť starostlivosť o ešte starších ľudí v dôchodkovom veku, umožnilo by to predĺžiť možnosť pracovať pre ich neformálnych opatrovateľov - častokrát rodinných príslušníkov, ktorí kvôli starostlivosti opúšťajú svoje zamestnanie. Niektorí z týchto ľudí taktiež môžu napomôcť v starostlivosti o najmladšiu generáciu – svoje vnúčatá. **Podľa odhadov MGI by mohlo takto do roku 2040 pribudnúť do pracovnej sily 224 322 ľudí**, čo je takmer 10% z počtu ekonomicky aktívnych obyvateľov v roku 2022.
4. **Zvýšenie produktivity.** Vo vyspelých ekonomikách trpí každý piaty človek chronickým ochorením (napríklad bolesti chrbta, migréna, depresie alebo úzkosti), ktoré ovplyvňuje jeho výkonnosť. Okrem častejších absencií z práce a teda aj nižšieho zárobku zažívajú ľudia s chronickým ochorením vyššiu úroveň tzv. *prezentizmu*, teda stavu, kedy sú prítomní v práci, no nie sú schopní naplno pracovať v dôsledku svojho ochorenia. **Zlepšením zdravia vieme zvýšiť produktivitu týchto zamestnancov.**

DO AKÝCH OPATRENÍ INVESTOVAŤ PRE ZLEPŠENIE ZDRAVIA

Štúdia MGI sa pozerala na to, koľko zdravých rokov ročne strácajú **celkovo jednotlivé krajiny v dôsledku zlého zdravotného stavu**. Použila pri tom štandardné jednotky DALYs (*disability adjusted life years*) – teda počet rokov života stratených v dôsledku predčasného úmrtia alebo strávených s ochorením. Celkový počet DALYs obyvateľov Slovenska vyčíslila **na 1,8 mil., pričom až 34% (600 tis. rokov) je riešiteľných už dnes dostupnou liečbou alebo prevenciou.**



GRAF 16: ROČNÝ POČET DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS NA SLOVENSKU A POTENCIÁL PRE JEHO ZNÍŽENIE

Zvýšenie kvality a lepšie využívanie dostupnej liečby by mohl priniesť zníženie počtu stratených rokov života o 160 tis. (27%) a opatrenia v oblasti prevencie dokonca **až o 440 tis. stratených rokov života (73%)**. Prevencia je dnes na Slovensku v porovnaní s ostatnými krajinami Európskej únie výrazne podfinancovaná. V roku 2021 bol priemerný podiel výdavkov na prevenciu na celkových výdavkoch na zdravotníctvo v krajinách OECD 5,5%, **na Slovensku to bolo iba 1,6% - takmer najmenej spomedzi všetkých krajín**¹⁸. Ak by sme chceli dorovnať podiel výdavkov na prevenciu na úroveň priemeru OECD, znamenalo by to navýšenie o cca 300 mil. €. **Ďalší argument, prečo je potrebné zvýšiť výdavky na zdravotníctvo. Tieto peniaze sa nedajú presunúť z rozpočtu pre zadĺžené nemocnice alebo ambulantný sektor, kde lekári dávajú výpovede, zatvárajú ambulancie alebo vyberajú neformálne poplatky kvôli nedostatku peňazí.** Zároveň platí, že prevencia ochorenia je väčšinou lacnejšia než jeho liečba. Zameranie na prevenciu by teda malo byť v dlhodobom horizonte pre Slovensko kľúčové a sľubné i z hľadiska ekonomických benefitov. Na prevenciu môžeme pozeráť ako na súbor opatrení uplatňovaných v rôznych štádiách rozvoja choroby (Hroboň&Klimková, 2023):

1. **Primárna prevencia** sa snaží zabrániť chorobe ešte pred jej vznikom. Znamenalo by to investovať do **opatrení na posilnenie zdravotnej gramotnosti**¹⁹, **regulácie zdravie poškodzujúceho správania (napr. fajčenie) či do motivácií k starostlivosti o zdravie (bonusy a malusy)**. Podľa OECD štúdie *State of health Slovakia* prispelo rizikové správanie až približne k polovici všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019. Najčastejšími príčinami sú zlé stravovanie – konkrétne nízka konzumácia ovocia a zeleniny a vysoká konzumácia soli (26%, priemer EÚ je 17%), fajčenie (17%), znečistené ovzdušie (7%), konzumácia alkoholu (6%) a nedostatočná fyzická aktivita (2%). Cílené edukačné programy o zdravom životnom štýle,

¹⁸ OECD

¹⁹ Zdravotná gramotnosť je schopnosť jednotlivca získať, spracovať a pochopiť základné informácie o zdraví a zdravotníckych službách, ktoré sú potrebné na robenie správnych rozhodnutí týkajúcich sa jeho zdravia

stravovaní alebo prevencii ochorení, šírenie informácií na školách a v médiách by **mohli priniesť na Slovensku až 77 tis. rokov v zdraví navyše**. Ďalšími možnosťami sú napríklad regulácia tabaku, alkoholu a iných návykových látok. **Ukončenie fajčenia má potenciál priniesť 46 tis. rokov, prevencia v oblasti alkoholizmu a užívania drog ďalších 15 tis.** Niektoré z týchto opatrení dokážu okrem zníženia spotreby priniesť aj viac peňazí do štátneho rozpočtu. Vo Fínsku napríklad zvýšenie spotrebnej dane na alkohol prinieslo 400 miliónov € a zníženie spotreby alkoholu o 8%.

- 2. Sekundárna prevencia** má za cieľ včasné odhalenie choroby, pred nástupom prvých príznakov. Typickými intervenciami sú pozvánky alebo online rezervácie termínov na preventívne prehliadky a skriningy a edukácia ohľadne samovyšetrení. Výrazný potenciál na zlepšenie máme v miere screeningov. **Slovensko má najnižší podiel žien vo veku 50-69 rokov, ktoré absolvovali mamografický screening z krajín OECD (SK 31%, ČR 61%, priemer OECD 62%).** V prípade rakoviny krčka maternice je to 46% z celkového počtu žien – opäť výrazne menej ako ČR (75%) a tiež menej ako priemer EU16 (54%)²⁰. **MGI odhaduje potenciálny prínos zlepšenia rakovinového screeningu na 17 tis. rokov v zdraví navyše, posilnenie prevencie v primárnej starostlivosti na 14 tis.**
- 3. Terciárna prevencia** sa zameriava na **spomalenie rozvoja existujúcej choroby, zabránenie vzniku komplikácií a efektívnu rehabilitáciu po prekonaní choroby či úrazu**. Na Slovensku máme vysoký podiel odvrátiteľných hospitalizácií na ochorenia, ktoré možno liečiť ambulantnou starostlivosťou. Hospitalizácií na srdcové zlyhanie máme napríklad ročne 490 na 100 tis. obyvateľov, čo je o 213 viac ako priemer EU (43%). U diabetu je to 205 hospitalizácií na 100 tis. obyvateľov – o 66 viac ako priemer EU²¹. Tento výsledok súvisí aj s relatívne dobrou dostupnosťou lôžkovej starostlivosti a zvyklosťami pri nastavovaní starostlivosti u chronicky chorých pacientov. Veľký potenciál vidí MGI v **zlepšení adherencie v užívaní liekov na diabetes a hypertenziu – až 88 tis. rokov v zdraví navyše**. Prevencii komplikácií chronických neinfekčných ochorení sa venujú disease management programy (DMP), založené na vytvorení štruktúrovaného liečebného plánu pre aktívne riadenie chronického ochorenia pacienta a zaistenie spolupráce medzi pacientom, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – patria sem nielen praktickí lekári, špecialisti ale aj nelekársky pracovníci ako sú špecializované sestry, klinický farmaceuti, špecializovaní edukátori pre zlepšenie životného štýlu a adherenciu k liečbe. Na Slovensku existuje viacero bariér pre rozvoj takýchto programov – nedostatočné zdroje, nemožnosť samostatného poskytovania starostlivosti nelekárskymi pracovníkmi, obmedzená elektronizácia k prepojeniu pacienta s jeho liečebným tímom na chronické ochorenie.

AKO ZÍSKAŤ VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE

Vo všeobecnosti máme 3 možnosti, ako navýšiť objem zdrojov v zdravotníctve – **(1) verejné zdroje (platba štátu alebo odvody za zamestnancov a živnostníkov), (2) súkromné zdroje (zaviest' a v niektorých prípadoch tak de facto upratať poplatky u lekárov, v lekárňach a nemocniciach, s možnosťou pripoistenia) alebo (3) zavedením nominálneho poistného**. Rozpočet zdravotníctva je potrebné navýšiť aspoň o 1 mld. EUR ročne, čo predstavuje rast o 15%. Keďže nemá ísť o jednorázovú „injekciu“, ale o zaistenie stabilného a dostatočného rozpočtu, **prvou možnosťou je navýšenie verejných i súkromných zdrojov a to sociálne únosným spôsobom**. Každý občan musí

²⁰ OECD

²¹ OECD

mať prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti v rozumnom čase a nie iba pod podmienkou rôznych mimoriadnych a netransparentných poplatkov, ktoré sú pre niektorých finančnou prekážkou čerpania starostlivosti. Druhou možnosťou je komplexnejšia zmena – financovanie kombináciou odvodov a nominálneho poistného. Jej predpokladom je rozsiahlejšia daňovo-odvodová reforma. V oboch prípadoch však platí, že **nepriamo môžeme a musíme objem zdrojov „navýšiť“ aj ich efektívnejším využívaním. Toto je potrebné zohľadniť aj pri nastavovaní dofinancovania zdravotníctva.**

V tejto kapitole postupne detailne rozoberieme tieto možnosti navýšenia zdrojov, z verejnej dostupných dát **(konzervatívne) odhadujeme ich prínos a poskytujeme argumenty, prečo niektoré riešenia považujeme za vhodnejšie pre slovenskú spoločnosť.** Zamýšľame sa aj nad tým, ako môžu pomôcť pacientom aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

NAVÝŠENIE SÚKROMNÝCH ZDROJOV - POPLATKY, SPOLUÚČASŤ ALEBO PRIPOISTENIE

Navýšenie súkromných zdrojov znamená definovať nárok hradený z verejného zdravotného poistenia a zaviesť spoluúčasť pacientov. Transparentná a sociálne únosná spoluúčasť je súčasťou financovania väčšiny vyspelých zdravotných systémov v Európe. Obvykle má 3 formy – (1) percentuálna spoluúčasť, (2) fixná spoluúčasť a (3) tzv. odpočítateľná položka („nárazníkové“). **Percentuálna spoluúčasť** znamená, že pacient hradí podiel na nákladoch čerpanej zdravotnej starostlivosti a výška jeho platby sa mení podľa ceny starostlivosti. U drahých výkonov by tak spoluúčasť mohla dosiahnuť stovky až tisícky eur, preto sú pacienti chránení **ročným ochranným limitom na maximálnu spoluúčasť**, nad ktorú hradí všetky náklady už zdravotná poisťovňa. V Európe je percentuálna spoluúčasť rozsiahlejšie využívaná len vo Francúzsku a Slovinsku a to spolu s povinným pripoistením alebo vo Švajčiarsku, ktoré funguje v systéme povinného (nie verejného) zdravotného poistenia. Veľkým obmedzením pre jej zavedenie je politická nepopulárnosť definovania balíka starostlivosti, ktorý bude len čiastočne hradený a administratívna náročnosť. Vo Francúzsku bolo financovanie zdravotníctva od začiatku takto vyvíjané a má dlhodobú tradíciu. V Slovinsku bolo povinné (!) pripoistenie na spoluúčasť zavedené v kontexte rozsiahlej transformácie krajiny po páde komunizmu. **Oveľa častejší je preto v Európe druhý prístup – fixná spoluúčasť, poplatok pri všetkých typoch starostlivosti v jednotnej výške, bez ohľadu na nákladnosť liečby.** Tretí, odlišný prístup k motivačnej spoluúčasti zvolili v Holandsku a Švajčiarsku. Pacient platí tzv. **odpočítateľnú položku** („nárazníkové“) – prvé náklady na čerpanú zdravotnú starostlivosť v danom roku do stanoveného limitu, po jeho dosiahnutí už platí za všetku zdravotnú starostlivosť zdravotná poisťovňa. Funguje to podobne ako pri povinnom poistení áut.

V slovenskom kontexte vnímame ako vhodnú cestu zvýšenia súkromných zdrojov buď fixnú spoluúčasť alebo zavedenie odpočítateľnej položky. Rozdelenie diagnóz na prioritné a neprioritné a zavedenie rozsiahlejšej spoluúčasti je v súčasnej politickej situácii na Slovensku ťažko presaditeľné. Zavedenie plošných fixných poplatkov za návštevu lekára a deň hospitalizácie by v podstate znamenalo najmä upratanie a zlegálnenie dnešných netransparentných a nepredvídaných poplatkov. Dôležitým prínosom by bolo aj zavedenie ochranného limitu na celkové ročné výdavky na všetky typy starostlivosti a tým odstránenie bariéry pri čerpaní zdravotnej starostlivosti, predovšetkým u sociálne slabších obyvateľov. Hoci dnes máme formálne poplatky, len na lieky a zdravotnícke pomôcky a rozsah nehradenej starostlivosti je podobný ako v iných krajinách, už v r. 2020 sme podľa OECD platili zo súkromných zdrojov cca 19% výdavkov na zdravotníctvo – podobne ako priemer Európskej únie. Existenciu neformálnych platieb potvrdil aj prieskum Eurobarometru o korupcii v zdravotníctve. Slovensko skončilo ako krajina s 3.

najvyšším podielom pacientov (9%), ktorí sa stretli s požiadavkou na extra platbu alebo hodnotný dar pri čerpaní zdravotnej starostlivosti.

V krajinách ako Švédsko a Fínsko (systém Národnej zdravotnej služby) alebo Francúzsko a Nemecko (verejné zdravotné poistenie) je fixná spoluúčasť vo výške 5€ - 30€ za návštevu lekára a 10€ - 15€ za deň pobytu na lôžku. Ak by sme zohľadnili nižšie HDP Slovenska, transparentná a fixná spoluúčasť by sa dala nastaviť na 3€ za ambulantnú návštevu (okrem preventívnych) a 5€ za deň pobytu na lôžku a mohla by priniesť okolo **200 mil. €**. Toto je suma, ktorá by mohla pomôcť (aj keď nie úplne) dofinancovať ambulantný sektor. Alternatívou by mohla byť **odpočítateľná položka. Ak by bola nastavená v ročnej výške 150 € pre dospelých poistencov a zaplatilo ju aspoň 50% poistencov v plnej výške, jej prínos by mohol byť 330 mil. €**. Prínosom spoluúčasti nie sú len dodatočné zdroje ale aj **efektívnejšie využívanie už existujúcich zdrojov**. V krajinách, kde využívajú spoluúčasť, je spotreba starostlivosti nižšia.

Ďalším súkromným zdrojom príjmu by mohlo byť pripoistenie. Pripoistenie sa spomína takmer v každom volebnom programe či programovom vyhlásení vlády a existuje i dopyt medzi obyvateľmi. Podľa prieskumu INESS (Vlachynský, 2022) by si 25% občanov bolo ochotných zaplatiť do 25€ za mesiac (3% až do 50€, 0,6% viac ako 50 €), ak by získali výhody ako napríklad kratšie čakacie doby na vyšetrenie, lepší výber lekárov a konzultácií či preplatenie niektorých zdravotných služieb, za ktoré je potrebné si priplácať. Na Slovensku je už dnes v legislatíve „teoretický“ priestor pre vznik pripoistenia predovšetkým v oblasti komfortu v nemocnici (výber lepšej izby, operátora alebo pôrodníka) a doplnkových ordinačných hodín – teda rozšírenia dostupnosti ambulantnej starostlivosti.

Podľa štúdie autoriek Anne Sagan a Sarah Thompson (Sarah&Thompson, 2016) je však kľúčovou podmienkou, aby štát podporil vytvorenie pripoistenia – daňovými stimulmi pre nákup pripoistenia a odstraňovaním rôznych bariér. Na Slovensku je potrebná investičná podpora nemocníc pre vybudovanie služieb s vyšším komfortom, keďže si to pri zadĺžení z vlastných zdrojov neufinancujú a odstránenie bariér v ambulanciách (napr. povinnosť ambulance nahlasovať doplnkové ordinačné hodiny, povinnosť využívať pacientami i poskytovateľmi len centrálny objednávkový systém certifikovaný NCZI). Vytvorenie možnosti platiť si za komfort **by mohlo priniesť minimálne na 230 mil. € vo forme zvýšenia priamych platieb alebo zavedenia pripoistenia**. Tieto zdroje by mohli poskytovatelia využívať na dofinancovanie zdravotnej starostlivosti alebo investície do inovácií.

Pre vznik pripoistenia je potrebný aj dostatočný objem – skúsenosti z iných krajín ukazujú potrebu aspoň 5% celkového objemu zdrojov, v prepočte na rozpočet Slovenska je to aspoň 350 mil.€. Zavedenie percentuálnej spoluúčasti a rozdelenie diagnóz na prioritné a neprioritné sa nedarí presadiť už takmer 20 rokov. **Reálnejšou možnosťou by tak mohlo byť vyňať z úhrady z verejného zdravotného poistenia nejakú ucelenejšiu oblasť, kde už dnes existuje ochota obyvateľov na priame platby, napr. stomatologickú starostlivosť, kúpele či dopravu.** V r. 2020 platili pacienti nad 18 rokov v priemere 24,5 € eur ročne u zubných lekárov, tj. až 20% z priamych platieb v zdravotníctve podľa prieskumu výdavkov domácností (Štatistický úrad, 2020). Uvoľnené zdroje z verejného zdravotného poistenia by zdravotné poisťovne mohli použiť napr. na doplnenie rozpočtu na inovatívne lieky. Objem pre pripoistenie by mohli vytvoriť aj ďalšie nehradené (zdravotné) služby, nadštandardný manažment pacienta, rýchlejší prístup k zdravotnej starostlivosti, dlhší čas vyšetrenia alebo telemedicínske služby.

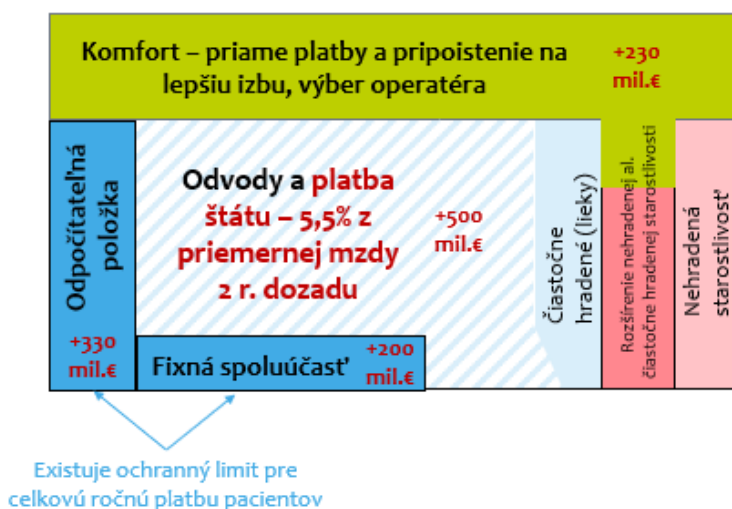
Ďalšou úlohou štátu pri existencii platby za komfort je zabezpečiť dobrú dostupnosť bezplatnej alternatívy pre poistencov, ktorí nemajú zdroje na priame zaplatenie tejto komfortnejšej alternatívy alebo pripoistenie. Nevyhnutnou podmienkou je nastavenie maximálnych čakacích lehôt aj na ambulantnú starostlivosť a kontrola dostupnosti bezplatnej alternatívy.

STABILNÉ FINANCOVANIE SI VYŽADUJE NAVÝŠENIE AJ VEREJNÝCH ZDROJOV

Súkromné zdroje by dokázali zlepšiť rozpočet zdravotníctva, ale ich objem je v prípade, že ich chceme navýšiť sociálne únosným spôsobom, limitovaný. Preto je treba navýšiť aj financovanie z verejných zdrojov. **Odvody nie je možné zvyšovať, lebo by sa zhoršila konkurencieschopnosť slovenskej ekonomiky. Priestor vidíme predovšetkým vo zvýšení platby štátu za štátnych poistencov.** Práve tá je zdrojom veľkého rozdielu v celkových výdavkoch na zdravotníctvo i podiele verejných zdrojov medzi Slovenskom (verejné zdroje: 5,8% HDP) a Českou republikou (verejné zdroje: 8,1% HDP, OECD 2020). V Česku je v roku 2023 platba za jedného poistenca štátu 80€, kým na Slovensku iba 51 €. Ak by malo Slovensko navýšiť rozpočet zdravotníctva o spolu 500 mil. €, platba štátu by mala byť aspoň 67€, tj. 5,5% z priemernej mzdy z r. 2021 (1 211 €, Štatistický úrad).

Naviazanie platby štátu ako % z priemernej mzdy spred 2 rokov je pozitívny krok, ktorý zabezpečuje predvídateľné financovanie. Na rozdiel od programového rozpočtovania, v ktorom sa výška zdrojov určovala až pri nastavovaní rozpočtu vo forme dorovnávejacej platby, tento mechanizmus umožňuje zdravotným poisťovniam plánovať svoje zdroje na nákup zdravotnej starostlivosti vopred. Druhým dôležitým aspektom je **dostatočnosť zdrojov** – ideálne na úrovni platby štátu aspoň 5,5%, aby rozpočet zodpovedal reálnym nákladom na zdravotnú starostlivosť. Priestor pre uvoľnenie zdrojov v štátnom rozpočte možno hľadať v znížení neadresných výdavkov v iných oblastiach. **Platba od štátu by mala byť za poistencov štátu, nemala by mať podobu urgentného dofinancovania zdravotníctva na pokrytie mandatórneho rastu výdavkov na konci roka, alebo umorenia starých dlhov poskytovateľov či štátnej zdravotnej poisťovne.** Takéto formy dofinancovania sa nedajú použiť na zvyšovanie kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

Kombináciou týchto opatrení by sme dokázali získať takmer 0,9-1,25 mld. € ročne na kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť a investície do zdravia. Je potrebné si uvedomiť, že tým môžeme získať zdravšiu pracovnú silu a podporiť tak hospodársky rast. To vytvorí potenciál pre ďalší rast zdrojov na zdravotníctvo vo forme vyšších odvodových príjmov – priemerná mzda v Českej republike medzi r. 2018 a 2022 bola o 20% vyššia ako na Slovensku.



NOMINÁLNE POISTNÉ A SÚŤAŽ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PRODUKTAMI

Druhou možnosťou zlepšenia financovania zdravotného systému by mohlo byť zavedenie **nominálneho poistného podľa vzoru Holandska**. Nominálne poistné predstavuje fixnú čiastku, ktorú platí každý poistenec za kúpu povinnej zdravotnej poisťky, vrátane poistencov štátu. Nominálne poistné umožňuje **vytvorenie konkurujúcich si produktov zdravotných poisťovní, ktoré súťažia cenou a kvalitou. Jeho výhodou oproti pripoisteniu, kde sú 2 oddelené rozpočty (pripoistenia a verejného zdravotného poistenia), je tvorba jedného spoločného rozpočtu na nákup zdravotnej starostlivosti a jeho rast podľa zdravotných potrieb obyvateľstva a možností liečby, vrátane inovácií**. Zavedenie nominálneho poistného si však vyžaduje komplexnejšiu daňovo-odvodovú zmenu, preto budú vyššie popísané riešenia ľahšie presaditeľné.

ZDROJE TREBA ZÁROVEŇ EFEKTÍVNE MÍŤAŤ

V posledných rokoch dominoval v zdravotníctve na Slovensku postoj, že peňazí je dosť, len ich treba efektívnejšie míňať. Ako sme ukázali v predchádzajúcich častiach, minimálne od r. 2018 rast zdrojov na Slovensku zaostával oproti Českej republike a väčšine európskych krajín. Dofinancovanie zdravotníctva je preto dôležitým problémom.

Pri hľadaní riešení dofinancovania sa však treba venovať aj téme efektívnosti využívania prostriedkov a uprednostňovať spôsoby financovania, ktoré ju prirodzene zvyšujú. Aj keď neefektívnosť v solidárnych systémoch zdravotníctva bude existovať vždy, pretože súvisí s trojstranným vzťahom medzi pacientom, poskytovateľom a plátcem, ktorým môže byť zdravotná poisťovňa (je jedno, či súkromná alebo verejná, zisková či nezisková) alebo štát v podobe Národnej zdravotnej služby. Platba zdravotnej starostlivosti treťou stranou-plátcem vytvára 3 problémy:

1. morálny hazard – pacient má tendenciu čerpať viac zdravotnej starostlivosti, pretože ju hradí tretia strana - plátcia
2. informačnú asymetriu, v ktorej je pacient oproti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Tí jeho zdravotný stav analyzujú a zároveň mu ponúkajú svoje služby-liečbu. Prirodzene majú tendenciu mu odporúčať preferenčne svoje služby a dokážu ho presvedčiť o väčšej spotrebe, čím vzniká tretí problém ...
3. indukovaná spotreba – ak je zdravotná starostlivosť bezplatná a hrazená treťou stranou, pacient má tendenciu čerpať väčšie množstvo zdravotnej starostlivosti alebo preferovať nákladnejšie alternatívy, ako je pre liečbu potrebné.

Z tohto dôvodu neefektívnosť existuje aj v situácii nedostatku zdrojov. Slovensko napríklad patrí medzi krajiny, ktoré spotrebovávajú na zdravotníctvo menší podiel HDP, ale majú vysoký počet návštev lekára na občana (11 vs. priemer OECD je 4)²², vysoký počet hospitalizácií všetkých ale hlavne odvrátiteľných na hypertenziu alebo diabetes – to sú hospitalizácie, ktoré by nemuseli nastať, keby bol pacient ošetrený v ambulantnom sektore.

²² OECD, 2021

Na neefektívnosť výdavkovej časti sa môže zamerať viacero opatrení na všetkých 3 stranách – u pacientov, poskytovateľov i zdravotných poisťovní. U pacientov sa za jedno z kľúčových opatrení považuje spoluúčasť, pretože pacient si pri nej uvedomuje, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo a je motivovaný k racionálnejšiemu čerpaniu. Dôkazy poskytol rozsiahly randomizovaný výskum Rand Health insurance experiment v USA²³. Pri 25% spoluúčasti na nákladoch starostlivosti bol počet ambulantných návštev o 20% nižší a počet hospitalizácií až o 25% oproti bezplatnej starostlivosti a to napriek tomu, že pacienti boli chránení celkovým limitom na spoluúčasť. Nižšia spotreba starostlivosti sa prejavila aj výrazným poklesom nákladov na zdravotnú starostlivosť o takmer 20%, bez dopadu na zdravotný stav sledovanej populácie.

Efektívne využívanie zdrojov je možné dosiahnuť aj ďalšími opatreniami na strane nákupu zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov – motivačné kontrakty zamerané na indikátory kvality alebo zdieľanie rizika, podpora inovácií alebo elektronizácia. Viaceré dobre hodnotené zdravotné systémy v Európe (napr. podľa hodnotenia amerického think tanku The Commonwealth Fund v štúdií Mirror, mirror 2021 (Schneider et al, 2021)) využívajú súťaž medzi zdravotnými poisťovňami a/ alebo poskytovateľmi, aby zabezpečili dostupnú, kvalitnú, efektívnu a na pacienta orientovanú starostlivosť. Vychádzajú pritom z New Public Management Policy, ktorá považuje súťaž za efektívnejší nástroj na dosiahnutie cieľov štátnej zdravotnej politiky než podrobné byrokratické zásahy. A to napriek tomu, že všetky z nich vynakladajú na zdravotníctvo väčší podiel HDP ako Slovensko.

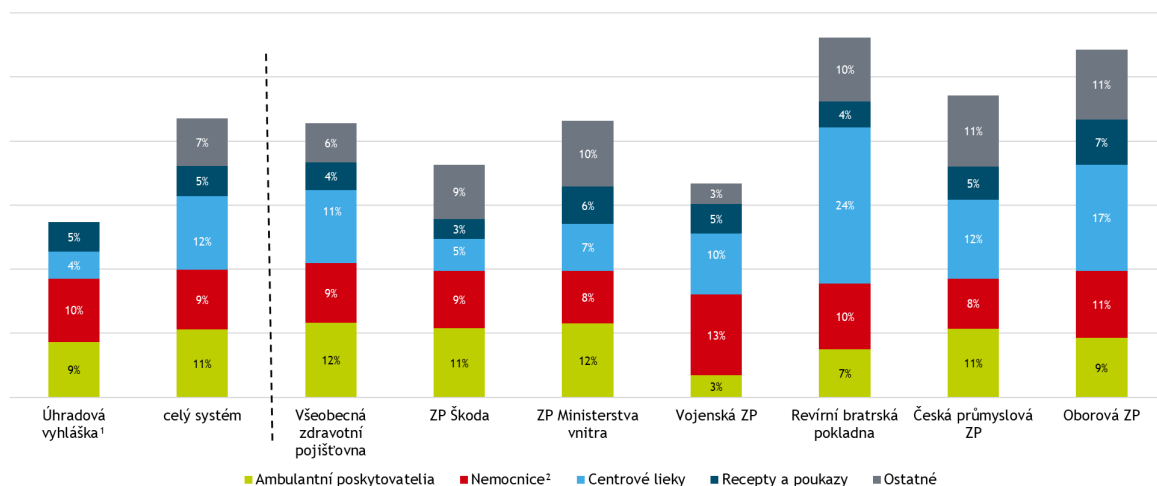
Trend na Slovensku je v posledných rokoch opačný a prevláda tendencia centralizovať aktivity zamerané na efektívnosť na štát. Na výdavkovej strane je príkladom takéhoto opatrenia vyhláška o rozpočtovaní, kde má MZ SR stanovovať percento, ktoré musia zdravotné poisťovne minúť na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti. Podľa dôvodovej správy malo byť jej cieľom efektívnejšie vynakladanie peňazí zdravotného poistenia a ich presmerovanie na priority zdravotnej politiky. Jednoduchá tabuľka vo vyhláške však zatiaľ pôsobí ako zbytočne zložité administratívne cvičenie, ktoré nepomáha ani pacientom ani poskytovateľom. Nie sú v nej pomenované projekty na podporu kvalitnejšej a dostupnejšej zdravotnej starostlivosti, podporu prevencie alebo preferenciu menej nákladnej ambulantnej a jednodňovej starostlivosti oproti lôžkovej.

Podľa viacerých vystúpení vychádzali navrhovatelia myšlienky centrálného rozpočtovania z existencie vyhlášky „O stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních mechanismech“, ktorú každý rok ako tzv. Úhradovú vyhlášku vydáva Ministerstvo zdravotníctva v ČR (MZ ČR). **Táto síce nastavuje rámec pre platobné mechanizmy, výšku úhrad a ich minimálny medziročný rast, ale zdravotné poisťovne a poskytovatelia sa môžu dohodnúť inak. Úhradová vyhláška sa po vydaní Ministerstvom stáva garantovaným minimom pre vyjednávanie zmlúv, zmluvné strany sa môžu dohodnúť na** iných parametroch zmlúv, napríklad indikátoroch kvality. Existuje tak priestor na súťaž poisťovní i poskytovateľov a tvorbu stratégie zameranej napríklad na plnenie potrieb poistencov konkrétnych regiónov alebo zamestnávateľov.

Keďže vyhláška nie je záväzná a zdravotné poisťovne majú odlišné poisťné kmene a stratégie nákupu zdravotnej starostlivosti, líšia sa aj ich náklady a úhrady na zdravotnú starostlivosť. Obrázok ilustruje medziročný rast výdavkov na jednotlivé segmenty starostlivosti (1) podľa nastavenia v úhradovej vyhláške, (2) priemer skutočných výdavkov za celý trh a (3) po jednotlivých zdravotných poisťovniach. Údaje sú zámerne vybrané z obdobia pred pandémiou, tj. porovnanie za

²³ RAND health insurance experiment bol rozsiahly výskum v USA (180 mil. dolárov, pozorovanie 3-5 rokov, domácnosti zo 6 reprezentatívnych sídel), ktorý skúmal, ako sa zmení spotreba zdravotnej starostlivosti v dôsledku zavedenia spoluúčasti. Zavedenie spoluúčasti s limitom na maximálnu spoluúčasť prinieslo zníženie spotreby zdravotnej starostlivosti a nákladov bez zhoršenia zdravotného stavu občanov. Zdroj: <https://www.rand.org/health-care/projects/HIE-40.html>

posledný pred-covidový rok 2019 oproti roku 2018. Na obrázku napríklad vidno, že Oborová zdravotná poisťovňa, ktorá má väčšinu poistencov z Prahy a jej okolia má vyššie rasty nákladov ako stanovuje úhradová vyhláška. Hoci má väčší podiel ekonomicky aktívnych poistencov a teda by mali byť zdravší, má vyššie náklady i rasty, lebo jej poistenci majú v Prahe na výber veľký počet poskytovateľov, najmä fakultných nemocníc s vyššími rastami cien. Iná situácia je napríklad u zdravotnej poisťovne Škoda, ktorá má tiež hlavne ekonomicky aktívnych poistencov v regióne mladoboleslavského výrobcu škodoviek – darí sa jej však investovať najmä do ambulantnej starostlivosti a lôžkovú starostlivosť hradí najmä v menšej a menej nákladnej okresnej nemocnici.



GRAF 18: MEDZIROČNÝ RAST NÁKLADOV POISŤOVNÍ V JEDNOTLIVÝCH SEGMENTOCH V ROKOCH 2018/2019 V POROVNANÍ S ÚHRADOVOU VYHLÁŠKOU. ZDROJ: ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA, VÝROČNÉ SPRÁVY POISŤOVNÍ. POZNÁMKA: 1 - KATEGÓRIA „OSTATNÉ“ NIE JE V ÚHRADOVEJ VYHLÁŠKE URČENÁ. 2 - NEMOCNICE ZAHŔŇAJÚ AJ AMBULANTNÚ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÚ V NEMOCNICIACH

Ak sa poisťovne, poskytovatelia a MZ ČR dohodnú, je možné posilniť úhradu v niektorom segmente, na úkor iných segmentov – napr. takto bola podporená v minulosti onkologická starostlivosť a inovatívne „centrové“ lieky alebo dlhodobá a paliatívna starostlivosť. Zdravotné poisťovne v ČR sa však snažia ponechať si priestor pre vlastné **inovatívne projekty a iniciatívy, ktoré ovplyvňujú podiel výdavkov na jednotlivé segmenty**. Príkladom je iniciatíva najväčšej Všeobecnej zdravotní poisťovny - VZP Plus, bonifikujúca praktických lekárov a diabetológov za plnenie kritérií kvality v liečbe pacientov s diabetom II. typu. V takom prípade má poisťovňa vyšší podiel nákladov na ambulantný segment. V lôžkovom segmente zase existujú rozdiely v základných sadzbách medzi zdravotnými poisťovňami i medzi typmi nemocníc a to v rámci globálneho rozpočtu i u DRG skupín hrazených prípadovým paušalom (pomocou základnej sadzby a relatívnej váhy) v rámci bezlimitnej úhrady. Zdravotná poisťovňa sa zároveň môže dohodnúť s nemocnicou na výhodnejšom balíčkovom kontrakte, ktorý motivuje nemocnicu k skracovaniu čakacích lehôt alebo integrácii akútnej lôžkovej starostlivosti s následnou rehabilitáciou, napr. na cievne mozgové príhody alebo výmeny bedrového kĺbu. Takýto prístup zvyšuje podiel nákladov na lôžkovú starostlivosť. Ale prináša hodnotu pacientovi. Vzhľadom na rozdielnu sieť poskytovateľov, štruktúru kmeňa a nákupnú stratégiu tak **prírodzene vznikajú rozdiely v tom, aký podiel majú jednotlivé segmenty na nákladoch konkrétnej zdravotnej poisťovne v ČR a rasty úhrad sa líšia od nastavenia v úhradovej vyhláške**.

Z tohto pohľadu bola centralizácia a zjednotenie medziročných rastov úhrad pre jednotlivé segmenty na Slovensku presadená na základe nesprávnych predpokladov. Problém zvoleného

prístupu bol nedávno dobre ilustrovaný aj v nedostatočnom rozpočtovaní zdrojov na inovatívne lieky pre rok 2023. Ak je peňazí celkovo v zdravotníctve málo, centrálné rozpočtovanie ich viac „nevyrobí“. Iba sťažuje ich nasmerovanie za pacientami v prípade vzniknutej potreby alebo inovatívnej liečby.

V Európe zároveň existujú lepšie príklady, ako presmerovávať peniaze na zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti. Napríklad v Holandsku, štát v spolupráci s externými výskumnými inštitúciami vyhodnocuje dlhodobé trendy vo výsledkoch zdravotnej starostlivosti na verejne dostupných dátach. Ak identifikuje v nejakej oblasti potrebu zlepšenia, napríklad potrebu posilnenia ambulantnej oblasti pre chronicky chorých pacientov alebo reštrukturalizáciu nemocničnej siete vzhľadom na starnutie populácie, definuje možné opatrenia v spolupráci so zástupcami zdravotných poisťovní a poskytovateľov. Ich naplnenie je však potom predmetom nákupnej stratégie zdravotnej poisťovne a jej schopnosti dohodnúť sa na zmenách v zmluvách s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Záver

Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku dnes zaostávajú za priemerom EÚ. Hoci toto zaostávanie je možné vysvetliť nižšou ekonomickou výkonnosťou krajiny, tento argument postupne stráca na sile. S bohatnutím krajiny budú narastať aj požiadavky obyvateľov na kvalitu a rozsah služieb, ktoré im zdravotníctvo ponúka. V kombinácii so starnutím zažije v najbližších rokoch zdravotníctvo zásadný tlak na rast výdavkov. Do roku 2030 bude oproti dnešnej trajektórii potrebné vynaložiť spolu za nasledujúcich 7 rokov minimálne o 5 miliárd eur viac, v niektorých scenároch až viac ako 10 miliárd.

Dobrou správou je, že viac peňazí v zdravotníctve prinesie lepšie výsledky nielen zdravotné, ale aj ekonomické. Horšou správou je, že samotné zvyšovanie výdavkov nestačí, tieto dodatočné výdavky musia v systéme pracovať efektívne. To sa nestane, pokiaľ cesty, ktorými dodatočné výdavky do systému prídu, nebudú zacielené na systémové zdroje neefektívít. Preto je dôležité, aby nové zdroje prichádzali novými cestami – okrem toku z verejných zdrojov aj cez spoluúčasť pacientov a pripoistenie.

Úlohou štátu bude nielen nájsť dodatočné zdroje pre verejné výdavky, ale zároveň nastaviť systém doplatkov a pripoistenia tak, aby nevytváral v zdravotníctve nové poruchy. Dôležité bude zabezpečiť najmä zachovanie dostupnosti pre všetky sociálne skupiny. Vzhľadom k situácii v zdravotníctve v roku 2023 je potreba zmien už nanajvyš urgentná.

ZDROJE

Časť I.

Directorate-General for Economic and Financial Affairs, The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070), https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/58bcd316-a404-4e2a-8b29-49d8159dc89a_en?filename=ip148_en.pdf

EFPIA, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2022 Survey, https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia_patient_wait_indicator_final_report.pdf

INFOSTAT, Prognóza vývoja obyvateľov SR do roku 2060, <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/Prognoza2060.pdf>

Ľubica Löffler, Neglected technical infrastructure of Slovak hospitals and potential sources of capital investment in hospitals, CEE HPN, https://www.ceehpn.eu/s/2022_capitalization_slovak_hospitals.pdf

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2022, <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/28335/1>

NKÚ, Stanovisko najvyššieho kontrolného úradu SR k návrhu štátneho rozpočtu SR na rok 2023, <https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/Download.aspx?DocID=526636>

P. Pažitný a kol., Modernizácia slovenských nemocníc, Health Policy Institute, 2014, http://hpi.sk/cdata/Publications/hpi_zakladne_ramce_2014.pdf

RRZ, Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií za rok 2022, https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2023/04/Sustainability_report_2023_FINAL.pdf

Časť II.

European Commission: State of Health in the EU Slovakia: Country Health Profile 2021

Henrieta Tulejová, Dominika Šebová: Prečo sa nedožívame v zdraví až do dôchodku? (2020)

Martin Vlachynský: Aké zdravotníctvo očakávajú Slováci? (2022)

McKinsey Global Institute: Prioritizing Health – A prescription for prosperity (2020)

McKinsey Global Institute: Scale what works: The benefits of proven health interventions (2022)
<https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

Pavel Hroboň, Veronika Klímková: Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu (2023)

Schneider et al.: MIRROR, MIRROR 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, The Commonwealth Fund, (August 2021)

PRÍLOHA 1

Pre identifikáciu oblastí, kde má slovenské zdravotníctvo najväčší priestor na zlepšenie je potrebné zamerať sa na tie ukazovatele, ktoré sú ovplyvniteľné hlavne kvalitou zdravotného systému. Preto bola použitá metodika štúdie *Mirror, Mirror - Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Schneider et al, 2021), ktorá porovnáva navzájom 11 popredných zdravotných systémov sveta. Ukazovatele zdravotného stavu vybral medzinárodný panel expertov a takmer všetky (10 z 11) sú založené na medzinárodne dostupných štatistikách.

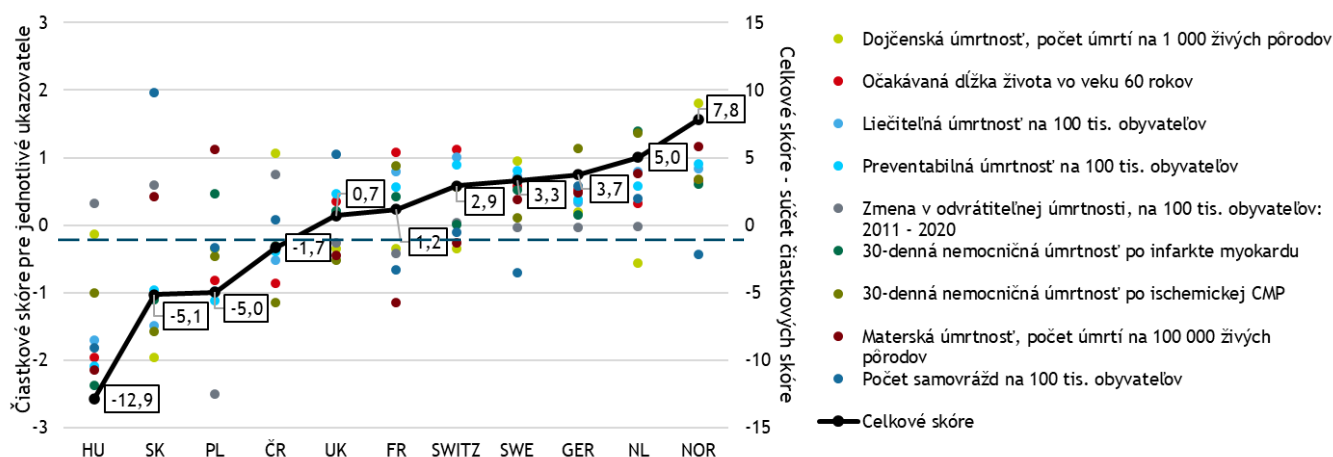
Z týchto ukazovateľov bolo rovnakou metodikou vytvorené hodnotenie výsledkov zdravotníctva na Slovensku. Okrem európskych krajín zapojených v spomínanej štúdií (UK, Francúzsko, Švajčiarsko, Švédsko, Nemecko, Holandsko, Nórsko) boli zahrnuté aj susedné krajiny: Poľsko, Maďarsko a Česká republika. Každá krajina bola porovnávaná oproti priemernej hodnote ukazovateľa za všetky krajiny. Z rozdielov (meraných v počte štandardných odchýlok) bolo vypočítané skóre krajiny v jednotlivých ukazovateľoch. Súčet skóre za jednotlivé ukazovatele potom predstavoval celkové skóre pre krajinu. Celú metodiku výpočtu, zdroje použitých dát a tabuľku s dátami a skóre pre jednotlivé krajiny nájdete v prílohe publikácie **Prečo sa nedožívame v zdraví až do dôchodku?** (Tulejová&Šebová, 2023).

Prehľad ukazovateľov, výsledné skóre po jednotlivých ukazovateľoch i celkové skóre za vybrané krajiny ilustruje Obrázok 19. Jednotlivé body predstavujú skóre v danom ukazovateli. Pozitívne hodnoty skóre indikujú, že krajina má lepšie výsledky ako priemer všetkých hodnotených krajín a naopak. Najlepšie skóre získalo Nórsko (rovnako ako v spomínanej štúdií *Mirror, mirror 2021*) a najnižšie skóre naopak Maďarsko. Česká republika dopadla z krajín bývalej V4 najlepšie a s hodnotou celkového skóre -1,7 sa najviac blíži k vyspelým zdravotným systémom.

Slovensko sa spolu s Poľskom delí o predposlednú priečku. V prípade Slovenska vidno veľkú variabilitu vo výsledkoch. Najväčší priestor na zlepšenie na Slovensku máme v ukazovateli dojčenskej úmrtnosti, kde sa od priemeru líšime o 2 štandardné odchýlky. Tento výsledok bude zrejme súvisieť s veľkou rómskou menšinou. **Výrazne však zaostávame aj v miere prežitia do 30 dní po hospitalizácii na mozgovú mŕtvicu alebo porážku (ischemickú cievnu mozgovú príhodu - CMP) a srdcový infarkt.** Ohrozený sú najviac muži aj ženy približne od 50 rokov veku s výraznejším nárastom po 60-tke.

Veľký priestor na zlepšenie máme aj v počte liečiteľných úmrtí – t.j. predčasných úmrtí do 75 rokov, ktorým by sa dalo zabrániť, ak by sme využívali efektívnejšie dostupné možnosti liečby. Tento ukazovateľ opäť súvisí s tým, že máme nadpriemernú mieru úmrtí na mŕtvicu, rakovinu kolorekta a zápal pľúc. **S počtom 111 úmrtí na 100 tis. obyvateľov má Slovensko 4. najvyššiu úmrtnosť na mŕtvicu v OECD (ČR 61, priemer OECD 58 úmrtí)²⁴.** Vývoj v susednej ČR ukazuje, že je možnosť zlepšenia – **od roku 2009 poklesla v ČR celková úmrtnosť pacientov s mŕtvicou o 72%, kým na Slovensku iba o 13%.**

²⁴ Počet úmrtí na 100 tis. obyvateľov, Zdroj: OECD statistics, 2019



OBRAZOK 19: POROVNANIE UKAZOVATEĽOV ZDRAVOTNÉHO STAVU SLOVENSKA OPROTÍ DOBRE FUNGUJÚCIM ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM V EURÓPE A KRAJINÁM V4. DATABÁZA EUROSTATU A OECD

Naopak, dobré hodnotenie dosiahlo Slovensko v znížení počtu odvrátiteľných úmrtí za posledných 9 rokov, čo súvisí s tým, že západné krajiny mali nižšie hodnoty už predtým a preto je ich ďalšie zníženie zložitejšie. Slovensko má vykázanú aj nižšiu materskú úmrtnosť a počet samovrážd. U týchto 2 ukazovateľov je potrebné brať výsledky s opatrnosťou. Dostupná analýza materskej úmrtnosti poukazuje na vysokú mieru podhodnotenia skutočných hodnôt vo verejne reportovaných dátach²⁵, ktorá sa zároveň líši medzi krajinami. V prípade ukazovateľa počet samovrážd zase podľa odborníkov existuje riziko, že časť samovrážd je vykázaná v kategórií „smrť s neurčeným úmyslom“, pričom miera takýchto úmrtí je na Slovensku výrazne vyššia ako priemer EU²⁶. I napriek tomu však vidíme, že máme (rovnako ako naši susedia) potenciál zlepšovať sa po vzore západných krajín, pričom inšpiráciou nám môže byť Česká republika, ktorá je vo väčšine ukazovateľov pred nami.

²⁵ <https://www.bmj.com/content/379/bmj-2022-070621>

²⁶ <https://dennikn.sk/3217835/nevieme-kolko-ludi-si-vezme-zivot-preto-tomu-nevieme-ani-lepsie-predchadzat/>