

# VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE

---

MOŽNOSTI DOFINANCOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA NA  
SLOVENSKU

*Publikácia vznikla v nadväznosti na konferenciu International Health Summit, ktorá sa konala 25.-26.5.2023 v Prahe*

Henrieta Tulejová, Dominika Šebová

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>OBSAH</b>   | <b>2</b>  |
| <b>EXECUTIVE SUMMARY</b>   | <b>3</b>  |
| <b>ÚVOD ALEBO PREČO TREBA INVESTOVAŤ DO ZDRAVIA?</b>                               | <b>6</b>  |
| <b>1 AKO MÔŽEME ZÍSKAŤ VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE?</b>                                | <b>8</b>  |
| 2 JE MOŽNÉ NAVÝŠIŤ SÚKROMNÉ ZDROJE ALEBO KOLKO PLATÍME Z VLASTNÉHO VRECKA UŽ DNES? | 8         |
| 3 MOŽNOSTI ZVÝŠENIA PODIELU SÚKROMNÝCH ZDROJOV - SPOLUÚČASŤ                        | 10        |
| 4 TRANSPARENTNÁ A SOCIÁLNE ÚNOSNÁ SPOLUÚČASŤ NAMIESTO POPLATKOVÉHO PEKLA           | 10        |
| 5 MOŽNÉ NASTAVENIE A ODHAD FINANČNÝCH PRÍNOSOV SPOLUÚČASTI NA SLOVENSKU            | 13        |
| 6 SÚKROMNÉ ZDROJE A PRIESTOR PRE PRIPOISTENIE                                      | 16        |
| 7 VEĽKÁ VARIABILITA V NASTAVENÍ PRIPOISTENIA V EURÓPE                              | 16        |
| 8 MOŽNÉ NASTAVENIE A ODHAD FINANČNÝCH PRÍNOSOV PRIPOISTENIA NA SLOVENSKU           | 17        |
| 9 STABILNÉ FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA POTREBUJE AJ ZVÝŠENIE VEREJNÝCH ZDROJOV      | 21        |
| 10 ODVODY  | 22        |
| 11 PLATBA ŠTÁTU  | 22        |
| 12 NOMINÁLNE POISTNÉ   | 24        |
| <b>13 ZHRNUTIE A ZÁVER</b>   | <b>25</b> |

## EXECUTIVE SUMMARY

Slovensko zaostáva vo výsledkoch zdravotného systému za krajinami západnej Európy aj naším najbližším susedom – Českou republikou. Počet liečiteľných úmrtí do 75 rokov je na Slovensku o 80% vyšší ako v priemere EU a o 30% vyšší oproti ČR. Hlavným dôvodom horších zdravotných výsledkov je nižší objem zdrojov, ktoré investujeme do nášho zdravia. Ak by slovenské zdravotníctvo malo **v prepočte na jedného poistenca toľko, čo Česká republika, v systéme by bolo približne o 2 mld. € = 30% navyiac.**

Cieľom tohto dokumentu je otvoriť **diskusiu o zlepšení financovania zdravotníctva aspoň o 1 mld. €, teda polovicu z rozdielu oproti Českej republike.** Tento cieľ považujeme za dosiahnuteľnejší ako úroveň bohatších západoeurópskych krajín. Pre zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a využitie možností liečby dostupných v iných krajinách EU by však bolo ideálne, keby mal štát víziu dostať sa vo financovaní v strednodobom horizonte až na úroveň ČR alebo priemeru vybraných krajín EÚ. V jednotlivých častiach dokumentu preto detailne rozoberáme **možné alternatívy navýšenia zdrojov, (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.

Vo všeobecnosti máme 3 možnosti, ako navýšiť objem zdrojov v zdravotníctve – **(1) verejné zdroje (platba štátu a odvody za zamestnancov a živnostníkov), (2) súkromné zdroje (priame platby u lekárov, v lekárňach a nemocniciach alebo formou pripoistenia) alebo (3) zavedením nominálneho poisteného.** Navýšenie rozpočtu o 1 mld. EUR predstavuje rast o 15% a keďže nemá ísť o jednorázovú „injekciu“, ale o stabilné financovanie, vyžaduje si riešenie kombináciu verejných i súkromných zdrojov. Alternatívou k tomu je komplexnejšia zmena financovania - kombináciou odvodov a nominálneho poistného, ktorej predpokladom je rozsiahlejšia daňovo-odvodová reforma. Okrem toho, **nepriamo môžeme a musíme objem zdrojov „navýšiť“ aj ich efektívnejším využívaním.** Toto je potrebné zohľadniť aj pri nastavovaní dofinancovania zdravotníctva.

Už v r. 2020 sme podľa OECD platili zo súkromných zdrojov cca 19% výdavkov na zdravotníctvo – podobne ako priemer Európskej únie. Mnohé z týchto platieb sú však netransparentné, niekedy na hranici legálnosti a bez hranice maximálnej ročnej spoluúčasti na pacienta pravdepodobne vytvárajú bariéru pri čerpaní zdravotnej starostlivosti, predovšetkým u sociálne slabších obyvateľov. V prieskume Eurobarometru o korupcii v zdravotníctve skončilo Slovensko ako krajina s 3. najvyšším podielom pacientov (9%), ktorí sa stretli s **požiadavkou na extra platbu alebo hodnotný dar pri čerpaní zdravotnej starostlivosti.**

Transparentná spoluúčasť pacientov je súčasťou financovania väčšiny vyspelých zdravotných systémov v Európe a má obvykle 3 formy – percentuálna spoluúčasť, fixná spoluúčasť (poplatky) a tzv. odpočítateľná položka („nárazníkovná“). V Európe je kombinácia **percentuálnej spoluúčasti s ochranným limitom** rozsiahlejšie využívaná len vo Francúzsku a Slovinsku, spolu s povinným pripoistením. Veľkým obmedzením pre jej zavedenie je politická nepopulárnosť a administratívna náročnosť. Oveľa častejšie je 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“) – všetky prvé náklady na čerpanú zdravotnú starostlivosť do stanoveného limitu v roku a následne začne platiť zdravotná poisťovňa.

V Slovenskom kontexte vnímame ako vhodnú cestu buď fixnú spoluúčasť alebo zavedenie odpočítateľnej položky. **V súčasnej situácii by sa v podstate jednalo najmä o upratanie a zlegálnenie poplatkov, ktoré by mohli vyberať všetky typy poskytovateľov a zavedenie ochranného limitu na celkové ročné výdavky na všetky typy starostlivosti pre všetkých pacientov.** Napríklad fixná spoluúčasť vo výške 3€ za ambulantnú návštevu (okrem preventívnych) a 5€ za deň pobytu na lôžku by mohla priniesť okolo 200 mil. €. **Ďalší prínos vo výške 330 mil. € by mohla mať odpočítateľná položka pre dospelých poistencov, ak by sme ju nastavili aspoň v ročnej výške 150 €.** Tieto peniaze by sa mohli využiť na zlepšenie dostupnosti ambulantnej i lôžkovej starostlivosti pre pacientov. Rozdelenie diagnóz na prioritné a neprioritné a zavedenie rozsiahlejšej spoluúčasti nepovažujeme v súčasnej politickej situácii na Slovensko ako presaditeľné.

Ďalším potenciálnym zdrojom príjmu je pripoistenie. Na Slovensku vidíme 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. Pre vznik pripoistenia je potrebný dostatočný objem (aspoň 5% celkového objemu zdrojov), preto by bolo potrebné legislatívne vyňať z úhrady z verejného zdravotného poistenia nejakú ďalšiu oblasť, napr. stomatologickú starostlivosť, prípadne kúpele či dopravu. Súčasťou pripoistenia by mohli byť aj ďalšie nehradené (zdravotné) služby, nadštandardný manažment pacienta alebo telemedicínske služby. Kľúčovou podmienkou je, aby štát podporil vytvorenie pripoistenia – investičnou podporou nemocníc, odstránením bariér v ambulanciách a daňovými stimulmi pre nákup pripoistenia. **Nové zdroje, ktoré by mohla podpora týchto služieb, zvýšenie priamych platieb a zavedenie pripoistenia priniesť, odhadujeme minimálne na 230 mil. €, ešte bez rozšírenia nehradenej alebo čiastočne hradenej starostlivosti.** Ak umožníme poskytovateľom vytvárať služby s väčším komfortom pre pacientov, štát musí zároveň 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. **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 medzi Slovenskom a Českou republikou – v Česku je v roku 2023 platba za jedného poistenca štátu 80€, kým na Slovensku iba 51€. Štát by mal nájsť zdroje na investíciu do zdravotníctva aspoň na úroveň 66€ za poistenca štátu, tj. odhadom spolu 500 mil. €. Priestor pre uvoľnenie zdrojov v štátnom rozpočte možno hľadať v znížení neadresných výdavkov v iných oblastiach. **Tieto peniaze nie sú nákladom, ale investíciou do zdravej pracovnej sily a jej udržania na Slovensku, čo sa prejaví v lepších ekonomických výsledkoch krajiny.** Zároveň sa musí jednať o stabilné a predvídateľné zdroje – platbu štátu za poistencov štátu, ktorá sa použije na nákup zdravotnej starostlivosti. **Nemajú mať podobu urgentného dofinancovania pre nedostatok zdrojov na mandatórne navýšovanie výdavkov na konci roka, alebo umorenie starých dlhov poskytovateľov.** Tieto formy dofinancovania sa nedajú použiť na zvyšovanie kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti.

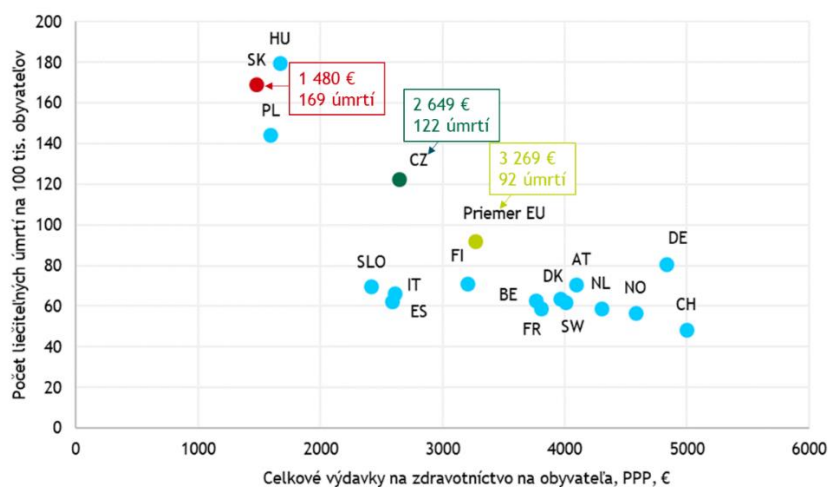
---

Alternatívou 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 sa aktuálne nevenujeme jeho modelovaniu.

Odhady, ktoré uvádzame v tomto dokumente vychádzajú z verejne dostupných údajov. Ich spresnenie by bolo možné na základe detailnejších dát a prieskumov medzi pacientami a poskytovateľmi. Poskytujú však základ pre diskusiu o riešeniach, ktoré sú v našom kontexte realizovateľné, sociálne únosné a majú potenciál priniesť viac peňazí pre zdravie nás všetkých.

## ÚVOD ALEBO PREČO TREBA INVESTOVAŤ DO ZDRAVIA?

Zo všetkých strán dnes zaznieva, že slovenské zdravotníctvo potrebuje veľkú zmenu. Pacienti sa sťažujú na nedostupnosť lekárov a stále viac neprehľadných poplatkov za ošetrovanie. Lekári a sestry na nevyhovujúce pracovné podmienky a nedostatočné úhrady za poskytovanú starostlivosť. Nepriaznivý je aj obraz výsledkov slovenského zdravotníctva v medzinárodných porovnaníach. Počet liečiteľných úmrtí do 75 rokov je na Slovensku o 80% vyšší ako v priemere EU a o 30% oproti ČR. Ročne je to oproti ČR v prepočte na našich obyvateľov o 2 600 predčasných úmrtí navyše. Tieto by nemuseli nastať pri dobrom využití existujúcich liečebných metód, teda sú viac ovplyvniteľné fungovaním zdravotníctva ako životným štýlom občanov.



OBRÁZOK 1: VZŤAH MEDZI CELKOVÝMI VÝDAVKAMI NA ZDRAVOTNÍCTVO A POČTOM LIEČITELNÝCH ÚMRTÍ, ROK 2020.  
ZDROJ: EUROSTAT

Ak chceme dobehnúť vo výsledkoch aspoň našich susedov v ČR, mali by sme sa zamerať na príčiny rozdielov. Jednou z nich je významný rozdiel v príjmoch systému verejného zdravotného poistenia. Podľa údajov zo zdravotne-poistných plánov poisťovní v ČR a Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia Úradu pre dohľad, bol v r. 2018 príjem systému verejného zdravotného poistenia v ČR 1 153€ na poistenca, zatiaľ čo na Slovensku 1 011€, tj. rozdiel 14%. Do r. 2021 sa tento rozdiel postupne navýšil na 35% - v ČR 1 504 €, na Slovensku 1 127 € (po pripočítaní mimoriadnych výdavkov na očkovacie látky proti Covid-19 podľa údajov z Ministerstva financií k výdavkom systému verejného zdravotného poistenia). **Keby sme na Slovensku mali rovnakú sumu na poistenca ako v ČR, rozpočet pre zdravotníctvo by bol v r. 2022 o 2,2 mld. Eur väčší.** A ako ukazujú výsledky zdravotných systémov v Európe, vyššie výdavky na zdravotníctvo korelujú s lepšími výsledkami, napr. v počte liečiteľných úmrtí. Slovensku tu patrí do skupiny krajín (spolu s Maďarskom a Poľskom), ktoré majú nižšie výdavky na zdravotníctvo a zároveň horšie výsledky zdravotného stavu.

---

Približne 0,2 mld. € z tohto rozdielu súvisí v vyššou mierou nezamestnanosti na Slovensku (6,5% vs. 2,5% v Českej republike), ktorá vedie k nižšej sume z odvodov zamestnancov. Hlavnou príčinou je však **rozdiel vo výške platby štátu**, ktorá v Českej republike postupne narástla z 38€ v roku 2018 na 80€ v roku 2023, kým na Slovensku v rovnakom období stagnovala na úrovni cca 35€. Až v r. 2023 došlo k jej zvýšeniu na 51€.

**Cieľom tohto dokumentu je poskytnúť vstup do diskusie o zlepšení financovania zdravotníctva aspoň o 1 mld. € z rozdielu oproti ČR.** Porovnanie s ČR sme si vybrali preto, že je ťažké stanoviť, aký objem peňazí pre zdravotníctvo je správny, ale v prípade ČR vidíme dobrý výsledok v zdravotnom stave za rozumné peniaze. Tento cieľ považujeme za dosiahnuteľnejší ako porovnávanie sa oproti bohatším západoeurópskym krajinám. ČR sa snaží nájsť spôsob ako zabezpečiť dostupnú (nielen inovatívnu) liečbu pre svojich občanov. V tomto dokumente **detailne rozoberieme možné alternatívy navýšenia zdrojov a poskytneme argumenty, prečo niektoré považujeme za vhodnejšie.** Zároveň vyčíslime ich odhadovaný prínos. Zameriame sa pri tom na to, ako by mohlo toto navýšenie výdavkov pomôcť pacientom aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

## 1 AKO MÔŽEME ZÍSKAŤ VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE?

Vo všeobecnosti máme len 3 možnosti ako navýšiť objem zdrojov v zdravotníctve. Prvými dvoma možnosťami je navýšenie **prostredníctvom verejných (platba štátu a odvody za zamestnancov a živnostníkov) alebo súkromných zdrojov (priame platby u lekárov, v lekárňach a nemocniciach alebo formou pripoistenia)**. Zabezpečenie dlhodobu udržateľného financovania si vzhľadom na potrebu navýšenia o 15-20% bude vyžadovať ich kombináciu. Treťou možnosťou je zmena modelu financovania kombináciou odvodov a nominálneho poistného.

Nepriamo môžeme objem zdrojov „navýšiť“ efektívnejším využívaním zdrojov, ktoré sú už k dispozícii. Toto je potrebné zohľadniť aj pri nastavení dofinancovania zdravotníctva. Napríklad nastavenie transparentných poplatkov umožňuje menšie navýšenie zdrojov, lebo poplatky motivujú k racionálnejšiemu čerpaniu a nižším nákladom na zdravotnú starostlivosť. Dôkazy poskytol rozsiahly randomizovaný výskum Rand Health insurance experimentu v USA<sup>1</sup>. Pri 25% spoluúčasti na nákladoch starostlivosti bol počet ambulantných návštev o 20% nižší a počet hospitalizácií až o 25% 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, napr. motivačne nastavené kontrakty medzi poskytovateľmi a poisťovňami, zverejňovanie výpisu o nákladoch na starostlivosť pacientovi alebo elektronizáciou receptov a predpisov laboratórnych vyšetrení, ktoré umožňujú odstraňovať duplicity.

Keďže sa často ako možné riešenie spomína zavedenie pripoistenia, pozrieme sa najprv na možnosti navýšenia súkromných zdrojov, potom na verejné zdroje a na záver na nominálne poistné.

## 2 JE MOŽNÉ NAVÝŠIŤ SÚKROMNÉ ZDROJE ALEBO KOLKO PLATÍME Z VLASTNÉHO VRECKA UŽ DNES?

Na rozdiel od väčšiny Európskych krajín na Slovensku neexistuje rozsiahlejšia formálna spoluúčasť pri čerpaní zdravotnej starostlivosti, okrem spoluúčasti na lieky, zdravotníckej pomôcky a dietetické potraviny. Neformálne poplatky v zdravotníctve sú všeobecne známe - upozorňuje na nich ministerstvo zdravotníctva<sup>2</sup> a priznávajú sa k nim i samotní poskytovatelia, ktorí nimi kryjú svoje rastúce náklady. Ich rozsah však nie je adekvátne zmapovaný. Podľa prieskumu výdavkov domácností<sup>3</sup> od Štatistického úradu minul obyvateľ Slovenska v priemere za rok 2020 z vlastného vrecka 128€ na zdravotnú starostlivosť, z čoho 83% tvoria výdavky na doplatky na lieky a zdravotnícku pomôcky a starostlivosť o zuby. **Na ambulantnú starostlivosť sú to iba 3€ ročne, čo je pravdepodobne podhodnotené. Je to oveľa menej, ako by sme na základe skúseností očakávali.**

Podľa OECD je platba na jedného obyvateľa vyššia – v roku 2020 to bolo 220€ na osobu a rok. To predstavuje 19% výdavkov na zdravotníctvo, porovnateľne ako priemer Európy na úrovni 20%. Nie

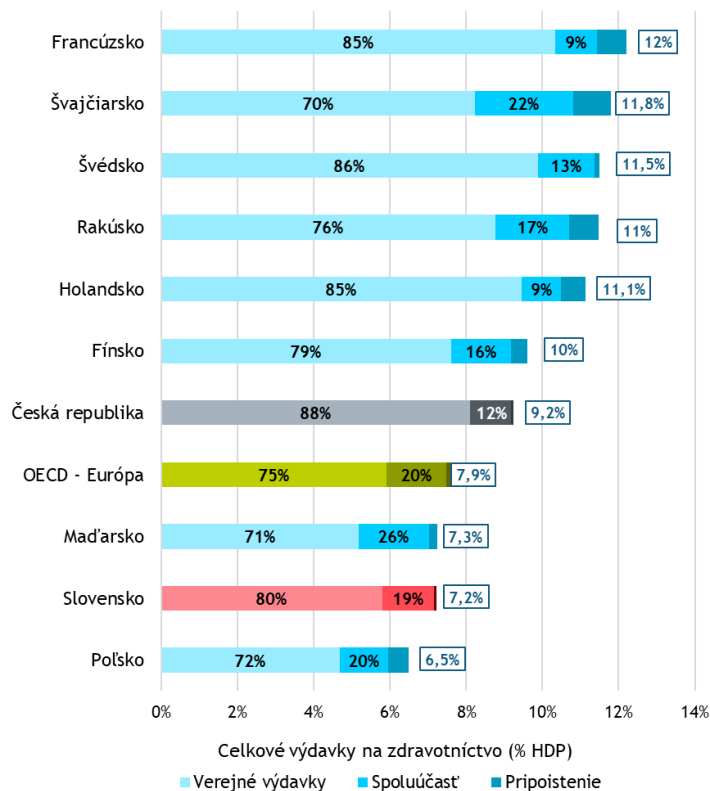
<sup>1</sup> Zdroj: Rand health insurance a popísať, čo to bolo

<sup>2</sup> <https://www.health.gov.sk/?poplatky-v-zdravotnictve>

<sup>3</sup> Štatistický úrad Slovenskej republiky: Analýza príjmov a výdavkov súkromných domácností v SR v rokoch 2020 a 2015 (2023)



je jasné, či tieto dáta zahŕňajú aj neformálne platby, ktoré indikuje prieskum Eurobarometru z roku 2022. Podľa neho je **Slovensko krajinou s 3. najvyšším podielom pacientov - 9%, ktorí sa stretli s požiadavkou na extra platbu alebo hodnotný dar pri čerpaní zdravotnej starostlivosti**. Toto číslo zároveň narástlo od r. 2019 o 4. p. b.



**OBRÁZOK 2: POROVNANIE VÝŠKY VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO PODĽA TYPU ZDROJA SO ZAMERANÍM SA NA OBJEM SÚKROMNÝCH ZDROJOV, ROK 2020 . ZDROJ: OECD**

Neformálne platby bez stop-loss limitu pri tom môžu predstavovať bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti najmä u sociálne slabších obyvateľov. Existenciu tohto problému na Slovensku nasvedčuje prieskum EU-SILC z r. 2019, podľa ktorého až **2,1% sociálne slabších osôb reportovalo nenaplnenú zdravotnú potrebu z dôvodu finančnej bariéry**. Priemer za Slovensko, vrátane strednej triedy a bohatých bol 0,4%. V ČR a mnoho ostatných krajinách EÚ sa tieto hodnoty u všetkých socioekonomických skupín pohybovali okolo 0%.

Tieto štatistiky poukazujú na to, že spoluúčasť na Slovensku už v podstate existuje. Má však podobu neformálnych platieb, ktoré dostávajú poskytovateľov na hranu zákona, sú administratívne náročné, pre pacienta nepredvídateľné a neplánovateľné, a vytvárajú priestor pre vznik bariér v čerpaní starostlivosti pre zraniteľné skupiny. **Naopak, formálna spoluúčasť by pomohla vytvoriť systém, v ktorom občan vie, koľko bude platiť a poskytovateľ vie, koľko zdrojov môže očakávať**. Navýšenie formálnych zdrojov by zároveň pomohlo ambulanciám pokryť svoje výdavky i bez vymáhania extra platieb od pacientov.

### 3 MOŽNOSTI ZVÝŠENIA PODIELU SÚKROMNÝCH ZDROJOV - SPOLUÚČASŤ

#### 4 TRANSPARENTNÁ A SOCIÁLNE ÚNOSNÁ SPOLUÚČASŤ NAMIESTO POPLATKOVÉHO PEKLA

Spoluúčasť<sup>4</sup> pri čerpaní zdravotnej starostlivosti je súčasťou financovania väčšiny vyspelých zdravotných systémov. **Pomáha navýšiť zdroje a zároveň vedie k uvedomeniu si, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo** a tak motivuje pacientov k racionálnejšiemu čerpaniu. Na rozdiel od Slovenska je však **nastavené transparentne a jednotne a obmedzené tzv. stop-loss limitom** – maximálnou sumou na všetky typy starostlivosti, ktorú môže pacient zaplatiť za rok a po jej dosiahnutí už všetky jeho náklady na zdravotnú starostlivosť hradí zdravotná poisťovňa.

Regulátor, ktorý sa rozhodne pre jej zavedenie, musí urobiť tieto rozhodnutia – **akej zdravotnej starostlivosti sa bude týkať (rozsah), akú bude mať formu a akú bude mať výšku (vrátane rozhodnutia o strope na celkovú ročnú spoluúčasť – tzv. stop-loss limit)**. V nasledujúcich kapitolách popíšeme možnosti, ako k týmto rozhodnutiam pristúpiť a akú alternatívu navrhujeme v prípade Slovenska.

##### 4.1.1.1 ROZSAH A FORMY

V prípade rozsahu a formy sa v Európe stretáme s 3 typmi:

- 1) Percentuálna spoluúčasť
- 2) Fixná spoluúčasť alebo poplatky
- 3) Odpočítateľná položka

Príklady z dobre hodnotených systémov zdravotníctva ilustruje Obrázok 3.

| Krajina       | Ambulantná návšteva |              |                |                 | Deň na lôžku |              |                |                 | Počet amb. návštev na občana |
|---------------|---------------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|------------------------------|
|               | Poplatky            | % spoluúčasť | Odpoč. položka | Stop-loss limit | Poplatky     | % spoluúčasť | Odpoč. položka | Stop-loss limit |                              |
| Švédsko       | ✓                   |              |                | fix suma        | ✓            |              |                | nie je          | 2,2                          |
| Fínsko        | ✓                   |              |                | fix suma        | ✓            |              |                | nie je          | 4,2                          |
| Švajčiarsko   |                     | ✓            | ✓              | fix suma        | ✓            | ✓            | ✓              | nie je***       | 4,3                          |
| Francúzsko    | ✓                   | ✓            |                | fix suma        | ✓            | ✓            |                | počet dní       | 5,0                          |
| Rakúsko       |                     | ✓            |                | predplatené*    | ✓            |              |                | počet dní       | 7,3                          |
| Holandsko**** |                     |              | ✓              | fix suma        |              |              | ✓              | fix suma        | 8,4                          |
| Nemecko       |                     |              |                |                 | ✓            |              |                | počet dní**     | 9,5                          |
| Slovensko     |                     |              |                |                 |              |              |                |                 | 10,1                         |

OBRÁZOK 3: PREHLAD SPOLUÚČASTI V EURÓPE. ZDROJ: HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION, OECD<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Pre jednoznačnosť používame 2 pojmy – spoluúčasť a fixná spoluúčasť, ktorá je jej podmnožinou. Spoluúčasť zahŕňa viacero typov – fixná spoluúčasť, poplatky a odpočítateľná položka.

<sup>5</sup>\*v Rakúsku si zamestnanci platia ročné predplatené, farmári štvrtročné, živnostníci a zamestnanci štátu % spoluúčasť. Pre živnostníkov a zamestnancov štátu je limit na výdavky % príjmu.

\*\* Zároveň: do 2% ročného príjmu (1% pre pacientov s chronickými chorobami)

\*\*\*platí limit na % spoluúčasť na náklady na hospitalizáciu, ale neplatí na fixný poplatok za deň na lôžku

\*\*\*\*Holandsko má síce vyšší počet ambulantných návštev, ale veľmi nízky počet hospitalizácií - (90 na tis. Obyvateľov, priemer OECD 146)

Prvý typ znamená, že pacient platí percento z nákladov na čerpanú zdravotnú starostlivosť. Suma platby závisí od nákladnosti čerpanej starostlivosti a môže byť vysoká, napr. lieky na onkologické ochorenie alebo hospitalizácia pre výmenu kĺbu. Z tohto dôvodu býva obyčajne pokrytá pripoistením alebo zastropovaná na stop-loss limite. V Európe je kombinácia **percentuálnej spoluúčasti a pripoistenia** rozsiahlejšie využívaná len v niekoľkých krajinách - vo Francúzsku (Box 1) a Slovinsku. Veľkým obmedzením pre jej zavedenie je politická nepopulárnosť a administratívna náročnosť – napr. potreba zaviesť transparentné cenníky u poskytovateľov. 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. Vo Švajčiarsku, ktoré funguje v systéme povinného (nie verejného) zdravotného poistenia a kde priame platby tvoria viac ako 30% všetkých zdrojov, je stanovený stop-loss na výšku spoluúčasti 700 Fr dospelí a 350 Fr deti.

### Box 1: Percentuálna spoluúčasť vo Francúzsku

Vo Francúzsku existuje dlhodobá spoluúčasť vo výške 10-30% nákladov všetkej čerpanej starostlivosti v ambulanciách, nemocniciach, lekárňach, atď. Občania si na túto spoluúčasť povinne kupujú doplnkové pripoistenie, čo de facto znamená navýšenie sadzby odvodov. Dostupnosť pripoistenia je zaistená rozsiahlou reguláciou:

- povinnosť zabezpečovať ho zamestnancom všetkými zamestnávateľmi bez ohľadu na veľkosť pod sankciou (od r. 2016),
- dotáciami na kúpu pripoistenia pre sociálne slabších,
- legislatívne stanoveným rozsahom starostlivosti hradenej z pripoistenia,
- regulácia cien poisťky, ktorá je rovnaká pre komunitu poistencov bez ohľadu na ich skutočné riziko a náklady. Nasledujúca tabuľka sumarizuje výšku poplatkov za rôzne typy ZS vo Francúzsku:

| Francúzsko - poplatky       |  |                   |  |
|-----------------------------|--|-------------------|--|
| Typ starostlivosti          | % spoluúčast'  | fixná spoluúčast' | Stop-loss limit  |
| Návšteva všeobecného lekára | 30%, max. 24€ za návštevu, typicky 7,5€ za návštevu                                | 1€ za návštevu    | 50€ / rok pre návštevy u lekárov a 50€ / rok pre návštevy sestier, dopravu, lieky a fyzioterapiu |
| Návšteva špecialistu        | 30% z oficiálneho tarifu 29-68€ za návštevu podľa odbornosti a vyšetrenia          | 1€ za návštevu    |  |
| Lieky (mimo nemocnice)      | 0% za vysoko-efektívne lieky, 15%-100% za ostatné podľa ich terapeutického prínosu | 0,5€ za liek      | 50€ / rok  |
| Lôžková starostlivosť       | 20%  | 18€ za deň        | % spol. max 31 dní   |

BOX 1: PERCENTUÁLNA SPOLUÚČASŤ VO FRANCÚZSKU. ZDROJ PREHĽADU POPLATKOV: FRASER INSTITUTE: UNDERSTANDING UNIVERSAL HEALTH CARE, PART 3: COST-SHARING FOR PATIENTS IN FRANCE

Koncept percentuálnej spoluúčasti je v dnešnej legislatíve na Slovensku premietnutý v možnosti **vytvorenia zoznamu neprioritných diagnóz, u ktorých bude len čiastočná alebo žiadna úhrada z verejného zdravotného poistenia**. Takéto riešenie je pomerne komplikované. Ak by sa aj podarilo s odborníkmi definovať zoznam tzv. „neprioritných“ diagnóz, nebolo by jednoduché určiť, ktorá alternatíva liečby má byť plne hrazená. Napr. jednou z najčastejších operácií ľudí nad 60 rokov je totálna endoprotéza, kde je možné využívať lacnejší cementovaný materiál i drahší hybridný alebo necementovaný. Výber materiálu však v praxi závisí od veku a zdravotného stavu pacienta, príčiny výmeny kĺbu (zranenie vs. artróza) i skúsenostiach operačného tímu. Takýchto klinických situácií bude veľa a preto je v dnešnej polarizovanej spoločnosti riešenie cez neprioritné diagnózy i zavedenie percentuálnej spoluúčasti ťažko presaditeľné. V neposlednom rade by to viedlo k vytvoreniu nerovnosti spoločnosti - k „zdravotníctvu pre bohatých“, ktorí si dokážu zaplatiť pripoistenie na neprioritné diagnózy a „zdravotníctvu pre chudobných“.

Podmnožinou tohto typu spoluúčasti je nehradená starostlivosť (tj. 100%-ná spoluúčasť). Obmedzovanie rozsahu hradenej starostlivosti nie je Európe, kde dôležitou hodnotou je rovnosť, populárne. Z verejného zdravotného poistenia je obvykle vyňatý podobný rozsah zdravotnej starostlivosti vo väčšine krajín, a to zdravotná starostlivosť s malou pridanou hodnotou pre pacienta - napr. plastická chirurgia a iné výkony na žiadosť pacienta, alternatívna medicína, antikoncepcia, niektoré dietetické potraviny. Rozsiahlejšie je z úhrady vyňatá zubná starostlivosť v Holandsku a Švajčiarsku a v oboch krajinách je (v kombinácii s inými oblastami) predmetom pripoistenia. **Súčasný vývoj v oblasti stomatologickej starostlivosti a nastavenie legislatívy na Slovensku ukazuje, že toto by mohla byť v kombinácii s ďalšími typmi starostlivosti oblasť pre rozvoj pripoistenia**

Oveľa častejší je druhý prístup – **fixná spoluúčasť, ktorá je hrazená obyčajne pri všetkých typoch starostlivosti, ale iba v jednotnej, symbolickej výške, bez ohľadu na nákladnosť liečby**. Niektorých typov starostlivosti sa fixná spoluúčasť netýka, napr. preventívna starostlivosť, starostlivosť v tehotenstve, príp. primárna starostlivosť<sup>6</sup>. V krajinách ako Švédsko a Fínsko (systém Národnej zdravotnej služby) alebo Francúzsko a Nemecko (verejné zdravotné poistenie) je to fixná spoluúčasť vo výške 5€ - 30€ za návštevu lekára a 10€ - 15€ za deň pobytu na lôžku. Niektoré krajiny, ako napríklad Nemecko, sa rozhodli spoluúčasť zaviesť iba pre lôžkovú starostlivosť, väčšina krajín však využíva fixnú spoluúčasť i u ambulantných špecialistov. Obvykle platí, že na fixnú spoluúčasť nie je možné sa pripoistiť, aby si pacient uvedomoval, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo.

**Vzhľadom na spomenuté negatíva percentuálnej spoluúčasti a dlhoročné zahraničné skúsenosti vnímame fixnú spoluúčasť ako vhodnejšiu a presaditeľnejšiu. V súčasnej situácii by sa v podstate jednalo hlavne o upratanie poplatkov, ztransparentnenie a zavedenie ochranného limitu pre všetkých pacientov.**

Tretí, odlišný prístup k motivačnej spoluúčasti zvolili v Holandsku a Švajčiarsku. Pacient platí tzv. **odpočítateľnú položku** – 100% prvých nákladov na čerpanú zdravotnú starostlivosť do stanoveného limitu a následne začne platiť zdravotná poisťovňa. Je to podobné konceptu ako nárazníkové u povinného poistenia áut. Prvé náklady na drobné opravy auta (ako oškretý nárazník) si platí

<sup>6</sup> Je potrebné si uvedomiť, že v mnohých krajinách je v primárnej starostlivosti poskytovaná aj rutinná starostlivosť o chronické ochorenia. V stredoeurópskom regióne bol dlhodobo tento typ starostlivosti zabezpečovaný špecialistami, napr. kardiológmi a diabetológmi, aj keď postupne dochádza k presunu nekomplikovaných, stabilnejších chronicky chorých pacientov do ambulancií všeobecných lekárov.

poistenec v danom roku sám. Keď už je škoda vyššia (pri nehode), všetky ďalšie opravy hradí poisťovňa. Pri zavedení bola výška odpočítateľnej položky v Holandsku nastavená na 155€ a predstavovala 0,4% priemerného ročného príjmu v r. 2009. **Výhodou tohoto prístupu je, že na rozdiel od poplatkov peniaze od pacientov vyberajú zdravotné poisťovne a lekári ani nemocnice nie sú zaťažení administratívou a vymáhaním od neplatičov.** Preto sa nám **odpočítateľná položka javí byť vhodným riešením, v kombinácii s poplatkami alebo ako alternatíva.** V nasledujúcich kapitolách možno nastavenie podrobnejšie rozoberieme a ukážeme, koľko by mohli priniesť zdrojov a čo by mohlo byť ich prínosom pre pacienta i poskytovateľov.

#### 4.1.1.2 VÝŠKA SPOLUÚČASTI

Výška spoluúčasti býva nastavená podľa cenovej hladiny a stavu ekonomiky danej krajiny. U fixnej spoluúčasti sa pohybuje od 5€ - 30€ za návštevu lekára a 10€ - 15€ za deň pobytu na lôžku, u percentuálnej spoluúčasti je to obvykle 10-30% nákladov čerpanej starostlivosti. Dôležitou súčasťou tohto rozhodnutia je nastavenie **stop-loss limitu**, ktorý predstavuje hranicu priamych platieb, po ktorej prekročení platí za čerpanú starostlivosť zdravotná poisťovňa. V prípade percentuálnej a fixnej spoluúčasti býva limitom buď celková fixná suma na všetku spoluúčasť (napr. vo Švajčiarsku 700 Fr u dospelých a 350 Fr u detí), prípadne limit na náklady na ambulantné návštevy za rok (napr. vo Francúzsku max. 50€ za rok) alebo počet dní pri lôžkovej zdravotnej starostlivosti (napr. v Nemecku je to 10€ za deň, max. však za 28 dní, tj. spolu max. €280 za rok). V prípade odpočítateľnej položky je stop-loss limitom samotná cena odpočítateľnej položky – v Holandsku bola zavedená vo výške 150€, čo predstavovalo 0,4% príjmu a postupne narástla na 385€, čo v r. 2021 predstavovalo 0,8% priemerného príjmu. Jedna suma stop-loss limitu za všetky typy starostlivosti je jednoduchšia na plánovanie pre pacientov a komunikačne menej náročná, ale môže byť menej citlivá k individuálnym zdravotným a sociálnym potrebám pacientov.

**Stop-loss limit zabezpečuje sociálnu únosnosť spoluúčasti a predstavuje dôležitý rozdiel medzi formálnou a neformálnou spoluúčasťou.**

#### 4.1.1.3 SPOLUÚČASŤ ZLEPŠUJE VYUŽÍVANIE EXISTUJÚCICH ZDROJOV

Prínosom spoluúčasti nie sú len dodatočné zdroje ale aj **efektívnejšie využívanie už existujúcich zdrojov.** Na obrázku č. 3 je v poslednom stĺpci vidieť počet ambulantných návštev na obyvateľa. V krajinách, kde využívajú spoluúčasť, je spotreba starostlivosti nižšia. V Holandsku je počet návštev vyšší, ale má naopak najnižšiu mieru hospitalizácií na obyvateľa. V Nemecku nie sú poplatky za ambulantné návštevy a teda je i počet návštev vyšší. Slovensko má podľa OECD **najvyšší počet návštev v Európe.**

## 5 MOŽNÉ NASTAVENIE A ODHAD FINANČNÝCH PRÍNOSOV SPOLUÚČASTI NA SLOVENSKU

### 5.1.1.1 UPRATANIE POPLATKOV

Prvou alternatívou zavedenia sociálne únosnej spoluúčasti je zavedenie **fixnej spoluúčasti - poplatkov.** Už dnes existuje poplatok za návštevu ambulantnej pohotovostnej služby vo výške 2€ a poplatok za návštevu ústavnej pohotovostnej služby vo výške 10€. Podobný poplatok v symbolickej výške by mohol byť účtovaný pri každej **návšteve ambulantnej starostlivosti**, okrem preventívnych prehliadok. Odhadujeme (na základe počtu návštev v roku 2020, po odpočítaní odhadovaného počtu preventívnych návštev), že **pri poplatku za návštevu vo výške 3€ by bol ročný prínos zavedenia poplatkov 170 mil. €, pri výške 5€ až 280 mil. €.**

Ďalším typom fixnej spoluúčasti by mohol byť **poplatok za deň na lôžku**. Ten sa momentálne na Slovensku týka iba kúpeľnej starostlivosti vo výške 1,7€ na deň<sup>7</sup>. Ak by pri štandardných hospitalizáciách platila cena 5€, 10€ alebo 15€ na deň na lôžku, **odhadovaný prínos zavedenia poplatkov za deň pobytu na lôžku by bol 30 mil. €, 65 mil. € alebo 95 mil. €**. Spolu by tak mohlo zavedenie fixnej spoluúčasti priniesť aspoň 200 mil. €.

| Odhad prínosu   | Alt 1             | Alt 2             | Alt 3             |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Poplatky</b>   |                   |                   |                   |
| ... za ambulantné návštevy (bez preventívnych prehliadok) | 3 €               | 5 €               |                   |
|   | 170 mil. €        | 280 mil. €        |                   |
| ... za deň na lôžku                                       | 5 €               | 10 €              | 15 €              |
|   | 30 mil. €         | 65 mil. €         | 95 mil. €         |
| <b>SPOLU poplatky</b>                                     | <b>200 mil. €</b> | <b>345 mil. €</b> | <b>375 mil. €</b> |

OBRÁZOK 4: ODHAD FINANČNÉHO PRÍNOSU FIXNEJ SPOLUÚČASTI

Tento odhad je veľmi zjednodušený a neberie do úvahy stop-loss limit, teda maximálny ročný náklad na jedného poistenca. Taktiež nezahŕňa zmenu dopytu po starostlivosti v dôsledku zavedenia poplatkov. Pre ďalší rozvoj úvah o tejto variante je preto potrebná analýza nad detailnejšími dátami. Rádovo však môžeme očakávať od zavedenia poplatkov zaujímavý finančný prínos a prehĺbenie povedomia o cene zdravotnej starostlivosti u čerpajúcich poistencov<sup>8</sup>. Tento efekt v porovnaní s odpočítateľnou položkou, ktorá sa „minie“ pri prvých návštevách a hospitalizáciách, pretrváva v čase. Pri poplatkoch poistenec platí menšie sumy, ale pri väčšine čerpania starostlivosti. Na druhú stranu je však vyberanie poplatkov administratívne náročnejšie pre pacientov i poskytovateľov.

Tieto poplatky zároveň nemôžu byť predmetom pripoistenia, inak by sa stratil ich regulačný charakter. Takáto podmienka platí obyčajne vo všetkých krajinách, ktoré fixnú spoluúčasť využívajú. Naopak, legislatíva umožňuje zdravotnej poisťovni pacientovi odpustiť=umožniť nehradenie regulačného poplatku, ak sa stará o svoje zdravie (preventívne prehliadky) alebo chorobu (dodržiavanie liečebného režimu chronicky chorými pacientami, pretože bráni zhoršeniu ochorenia, ktoré obyčajne koreluje s vyššími nákladmi na zdravotnú starostlivosť).

#### 5.1.1.2 ODPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA

Druhou alternatívou alebo doplnkom je **odpočítateľná položka**. Výhodou je, že ju vyberá a manažuje zdravotná poisťovňa, odpadá teda administratívna záťaž poskytovateľov i pacientov. Pri modelovaní výšky odpočítateľnej položky sme navrhli 2 prístupy. V oboch prípadoch pre zjednodušenie predpokladáme, že by ju platili len dospelí poistenci a v priemere by poistenec ročne zaplatil 50% odpočítateľnej položky.

<sup>7</sup>

<sup>8</sup> V tomto dokumente neodpočítavame od potenciálneho prínosu z fixnej spoluúčasti žiadnu sumu, pretože podľa momentálne dostupného prieskumu Štatistického úradu o výdavkoch domácnosti v r. 2020, boli tieto na úrovni 3 € v ambulantnej a 1€ v lôžkovej na občana ročne. Dnes je to pravdepodobne viac.

V prvom prípade sme sa pozreli na to, na akej úrovni začínala výška odpočítateľnej položky v Holandsku. **Na začiatku išlo o sumu na úrovni 0,4% priemernej mzdy, 150€ ročne. Na Slovensku by to znamenalo približne 60€. Pri takomto nastavení by bol celkový ročný prínos okolo 140 mil.€.**

V druhom prípade sme sa pozreli na to, koľko peňazí by sme chceli prostredníctvom odpočítateľnej položky získať, ak by získané zdroje mali dofinancovať ambulanciu. Pre zjednodušenie sme pri odhade potreby vychádzali z porovnania s Českou republikou – v prvom prípade sme odhadovali rozdiel v priemerných nákladoch na ambulanciu lekára, v druhom prípade sme brali do úvahy, že ČR má približne o 30% ambulantných lekárov na obyvateľa viac ako Slovensko. **Bez navyšovania lekárov by sme na zlepšenie financovania ambulancií potrebovali dodatočných 200 mil. €, čo by vyžadovalo ročnú odpočítateľnú položku vo výške približne 90€.** Ak by sme chceli dorovnať rozdiel v počte lekárov oproti Českej republike, potrebovali by sme dodatočných 800 mil. € a odpočítateľná položka by musela mať výšku 370€ ročne, tj. 2,4% priemernej mzdy. Pre rozhodovanie by mohlo pomôcť aj porovnanie vo vzťahu k nákladom na ročný mobilný paušál (cca 150€), kde prvé dve sumy sú nižšie. **Preto by sme navrhli odpočítateľnú položku niekde na úrovni minimálne 150€ na obyvateľa ročne.**

| Odpočítateľná položka                                 |                   |                   |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ... 50% dospelých hradí plnú výšku prvých nákladov do | 60 €              | 90 €              | 150 €             | 370 €             |
| <b>SPOLU</b>  | <b>140 mil. €</b> | <b>200 mil. €</b> | <b>330 mil. €</b> | <b>800 mil. €</b> |

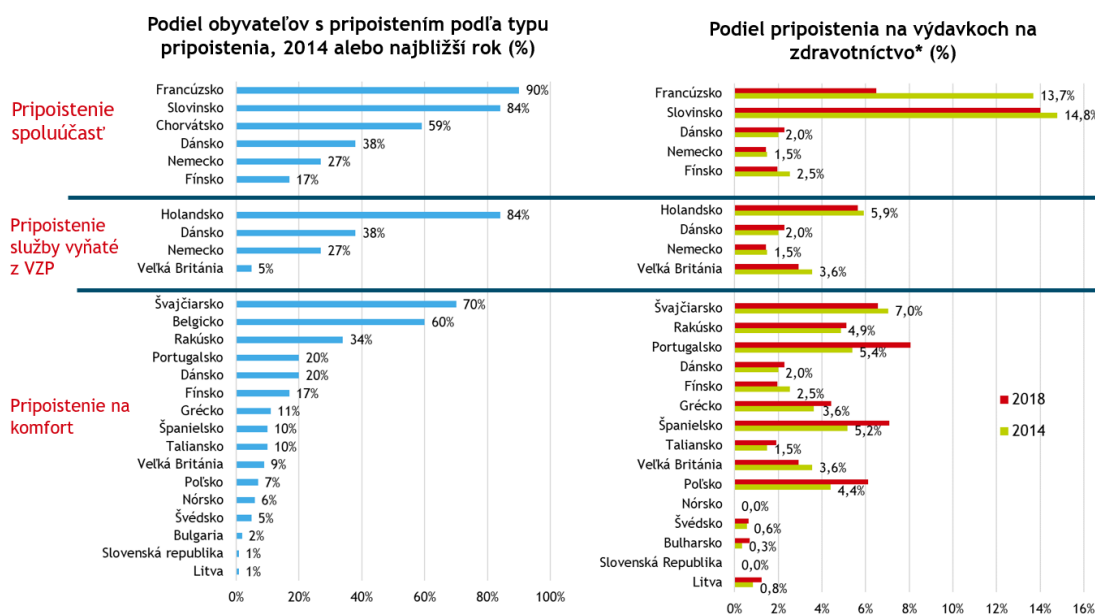
OBRÁZOK 5: ODHAD FINANČNÉHO PRÍNOSU ODPOČÍTATELNEJ POLOŽKY



## 6 SÚKROMNÉ ZDROJE A PRIESTOR PRE PRIPOISTENIE

### 7 VEĽKÁ VARIABILITA V NASTAVENÍ PRIPOISTENIA V EURÓPE

Ďalšou možnosťou ako pridať do systému viac peňazí je pripoistenie. Rovnako ako poplatky, aj pripoistenie je súčasťou väčšiny Európskych zdravotných systémov a jeho podiel na výdavkoch na zdravotníctvo je okolo 5-7%. Pod pripoistením existuje v Európe viacero rôznych typov produktov. Najčastejšie sa vyskytuje v troch formách a pre Slovensko je zaujímavé – **pripoistenie na spoluúčasť**, **pripoistenie na služby nehradené z verejného zdravotného poistenia** a **pripoistenie na komfort**. Na obrázku č. 7 je prehľad využívania rôznych foriem pripoistenia – vľavo podiel obyvateľov s pripoistením a vpravo podiel pripoistenia na celkových výdavkoch na zdravotnú starostlivosť. Krajiny sú zaradené do tej kategórie, ktorá v pripoistení dominuje. Obyčajne však poisťovne ponúkajú kombinácie, najmä pripoistenie na nehradenú starostlivosť s pripoistením komfortu, aby bol zaistený dostatočný objem peňazí pre vytvorenie produktov s rôznou ponukou služieb (pre niekoho je zaujímavejšia alternatívna medicína alebo väčší rozsah služieb v kúpeľoch, pre iného stomatologická starostlivosť) a rôznou mierou krytia, napr. výškou ročných nákladov krytých z pripoistenia. Ďalším dôvodom je potreba možnosti opakovane čerpať z pripoistenia. Pripoistenie na vyšší komfort pri hospitalizácii je zaujímavé len v prípade hospitalizácie a tá je obvykle zriedkavá, zatiaľ čo o zuby je potrebné sa starať pravidelne.



OBRÁZOK 6: PODIEL OBYVATEĽOV S PRIPOISTENÍM A PODIEL PRIPOISTENIA NA VÝDAVKOCH NA ZDRAVOTNÍCTVO.  
ZDROJ: A. SAGAN, A. THOMSON: VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN EUROPE: ROLE AND REGULATION (2016)

**Pripoistenie na spoluúčasť** je menej rozšírená forma z dvoch dôvodov. Prvý dôvod sme spomínali už pri spoluúčasti. Je ním politická nepopulárnosť a ťažká presaditeľnosť zavedenia spoluúčasti. Táto forma pripoistenia existuje v krajinách, kde má dlhodobú tradíciu (napr. Francúzsko) alebo bola zavedená v kontexte rozsiahlejších politických zmien (v Slovinsku po páde komunizmu). Jej dlhodobé fungovanie je možné len vďaka rozsiahlej regulácii zo strany štátu – zavedenie dotácií pre



sociálne slabšie skupiny pre nákup pripoistenia alebo povinnosť poistiť sa pre všetkých zamestnancov a živnostníkov, čo v podstate predstavuje len skryté navýšenie sadzby odvodov.

**Pripoistenie na služby nehradené z verejného zdravotného poistenia** sa vo väčšine krajín Európy týka podobného rozsahu hradenej starostlivosti. Vylúčená starostlivosť obyčajne zahŕňa dioptrické okuliare, dlhší pobyt alebo širší rozsah služieb v kúpeľoch, väčší počet výkonov fyzioterapie, alternatívnu medicínu, plastickú chirurgiu, antikoncepciu a starostlivosť na vyžiadanie pacienta. V niektorých krajinách, napr. Holandsku, Švajčiarsku a Rakúsku je jej súčasťou aj stomatologická starostlivosť, ktorá je takmer úplne nehradená z verejného zdravotného poistenia (vrátane preventívnych prehliadok).

**Pripoistenie na komfort** je najrozšírenejšia forma pripoistenia, zrejme i preto, že nie je potrebné presadiť politicky nepopulárne obmedzenie rozsahu hradenej starostlivosti alebo zaviesť spoluúčasť. Patrí sem pokrytie príplatku za lepšie vybavenú alebo samostatnú izbu, možnosť výberu stravy alebo ošetrojúceho personálu (Švajčiarsko). Druhou oblasťou je možnosť doplatku ambulantnému lekárovi nad rámec regulovaného tarifu z verejného zdravotného poistenia alebo za ošetrovanie mimo ordinálnych hodín (napr. Rakúsko, Francúzsko).

Podľa štúdie ekonómiek A. Sagan a S. Thomson<sup>9</sup> o fungovaní pripoistenia v Európe len **väčší podiel priamych platieb pre vznik pripoistenia nestačí**. Vznik pripoistenia je potrebné aktívne podporiť zo strany štátu - zadefinovať jednoznačne oblasti, ktoré si môžu pacienti pripoistiť. Platby za tieto služby musia mať potenciál priniesť do zdravotníctva rozumne vysoký objem zdrojov (v krajinách s rozvinutým trhom pripoistenie tvorí okolo 5-7% zdrojov v zdravotníctve), aby sa oplátilo poist'ovniam produkt pripoistenia vytvoriť a ponúkať. **Väčšina krajín podporila jeho rozvoj na začiatku aj možnosťou si náklady na poistku odpočítať od základu dane alebo motiváciou zamestnávateľov zahrnúť pripoistenie do zamestnaneckých benefitov.**

## 8 MOŽNÉ NASTAVENIE A ODHAD FINANČNÝCH PRÍNOSOV PRIPOISTENIA NA SLOVENSKU

Na Slovensku vidíme možnosť pre pripoistenie v troch oblastiach. Pre vytvorenie produktov je potrebný dostatočný obrat a pre ten je ideálnym riešením zapojenie všetkých troch riešení. Vo všetkých troch prípadoch predpokladáme, že časť zdrojov by šla vo forme priamych platieb obyvateľstva a len na časť by boli obyvatelia ochotní sa pripoistiť. Oboje je však prínosom pre financovanie zdravotníctva.

### 8.1.1.1 PRIPOISTENIE NA KOMFORT V NEMOCNICI

Nemocnice majú už teraz legislatívnu možnosť vyberať poplatky za služby spojené s vyšším komfortom pacienta. Ide napríklad o výber **dvojposteľovej či jednoposteľovej izby, výber operatéra či pôrodníka**. Napriek tomu, že mnohé nemocnice tieto služby majú vo svojich cenníkoch, v praxi je ponuka relatívne malá – predovšetkým v prípade komfortnejších izieb. Vybudovanie infraštruktúry si vyžaduje počiatočnú investíciu, na čo mnohé nemocnice v súčasnej situácii nemajú prostriedky. Pripoistenie na tieto služby by však mohlo pomôcť zvýšiť dopyt u pacientov a zdroje generované doplnkovými službami by následne mohli nemocniciam pomôcť ako dodatočný príjem.

<sup>9</sup> Anna Sagan, Sarah Thomson: Voluntary health insurance in Europe: role and regulation (2016)

Odhadli sme potenciálny prínos dodatočného príjmu na 4 služby - **komfortnejšia izba, výber operátora a výber pôrodnika**. Cenu služby sme odhadli na základe verejne dostupných cenníkov nemocníc a počtu prípadov a priemernej dĺžky hospitalizácie zo štatistík o počte hospitalizácií v roku 2020. Odhadujeme, že za služby si bude ochotná priplatiť časť obyvateľov (vid'. stĺpec Predpoklad). **Pri naplnení týchto predpokladov a dostatočných kapacitách na strane nemocníc by odhadovaný ročný príjem za takéto služby mohol byť približne 58 mil. €.**

| Typ služby           | Cena služby | Počet prípadov | Celková cena        | Predpoklad                           |
|----------------------|-------------|----------------|---------------------|--------------------------------------|
| 1 posteľová izba/noc | 29 €        | 131 745        | 24 619 877 €        | 10% akút. a 20% plán. hospitalizácií |
| 2 posteľová izba/noc | 15 €        | 131 745        | 12 845 153 €        | 10% akút. a 20% plán. hospitalizácií |
| Výber operátora      | 219 €       | 44 538         | 9 742 688 €         | 20% z plánovaných operačných DRG     |
| Výber pôrodnika      | 350 €       | 28 391         | 9 936 788 €         | 30% pôrodov                          |
| <b>Spolu</b>         |             |                | <b>57 144 508 €</b> |                                      |

**OBRAZOK 7: ODHAD FINANČNÉHO PRÍNOSU PLATIEB ZA SLUŽBY SPOJENÉ SO ZVÝŠENÝM KOMFORTOM V NEMOCNICIACH**

#### 8.1.1.2 PRIPOISTENIE NA DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

V ambulantnej sfére je príkladom zaujímavého prístupu k implementácii pripoistenia Rakúsko. V Rakúsku existujú popri zmluvných lekároch (100% starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia) tzv. **voliteľní lekári (Wahlarzt)**. Voliteľní lekári môžu definovať vlastný cenník a rozsah služieb, pričom zdravotná poisťovňa im môže časť poskytovanej starostlivosti uhradiť – avšak maximálne do výšky 80% obvyklej úhrady z verejného zdravotného poistenia. Zvyšné náklady sú hradené z pripoistenia. Pripoistenie tak dáva pacientom možnosť širšieho výberu poskytovateľov a komfortnejšie ordinačné hodiny.

Na Slovensku je zákonom povolený mechanizmus tzv. **doplnkových ordinačných hodín**. Poskytovateľ má možnosť v rozsahu maximálne 30% ordinačných hodín a 30% pacientov poskytovať starostlivosť hradenú pacientom, maximálna cena do 30 € za návštevu. Podpora tohto konceptu a odstránenie administratívnych bariér pre poskytovateľov i pacientov (napr. povinnosť ambulancie nahlasovať doplnkové ordinačné hodiny, povinnosť využívať pacientami i poskytovateľmi len centrálny objednávkový systém certifikovaný NCZI) by mohlo viesť k tomu, že časť úhrady za starostlivosť poskytnutú pacientom v doplnkových ordinačných hodinách by mohla byť hradená práve formou priamych platieb s možnosťou úhrady z pripoistenia a zvyšok z verejného zdravotného poistenia ako v prípade Rakúska. Možnosť navýšiť svoj príjem prostredníctvom doplnkových ordinačných hodín by mohla znížiť motiváciu ambulantných lekárov úplne opustiť systém verejného zdravotného poistenia, zlepšiť ich financovanie a dostupnosť ambulantnej starostlivosti. **Dôležité je však zabezpečiť dobrú dostupnosť starostlivosti a maximálne čakacie lehoty i pre sociálne slabších poistencov.** Zároveň je potrebné obmedziť neprehľadné a v niektorých situáciách aj sociálne neúnosné poplatky v riadnych ordinačných hodinách, v čom by pomohlo zavedenie fixnej spoluúčasti.

Prínos zdrojov získaných prostredníctvom doplnkových ordinačných hodín sme odhadli na základe celkového ročného počtu ambulantných návštev v roku 2020. Odhad sme urobili v dvoch variantoch. Ak by boli celkové náklady hradené formou priamych platieb alebo pripoistenia a ak by bola úhrada z verejného zdravotného poistenia 80% (tak ako v Rakúsku). V prvej variante predpokladáme nižší počet návštev uskutočnených v doplnkových hodinách (10%) a v druhej vyšší (30%). **Celkový prínos odhadujeme na 180 mil. € (alt 1) a 109 mil. € (alt 2).**

|  | Alt 1             | Alt 2             |
|--|-------------------|-------------------|
| Počet ambulantných návštev ročne         | 60 mil.           | 60 mil.           |
| Z toho podiel v doplnkových hodinách     | 10%               | 30%               |
| Počet "doplnkových" návštev              | 6 mil.            | 18 mil.           |
| Cena doplnkovej návštevy                 | 30 €              | 30 €              |
| Úhrada z verejného zdravotného poistenia | 0%                | 80%               |
| <b>Spolu</b>                             | <b>180 mil. €</b> | <b>109 mil. €</b> |

OBRÁZOK 8: ODHAD FINANČNÉHO PRÍNOSU DOPLNKOVÝCH ORDINAČNÝCH HODÍN

#### 8.1.1.3 PRIPOISTENIE NA NEHRADENÚ ALEBO ČIASOČNE HRADENÚ STAROSTLIVOSŤ

Rozsah nehradenej zdravotnej starostlivosti je na Slovensku podobný s inými krajinami v Európe – napr. plastická chirurgia, alternatívna medicína, či iné výkony na žiadosť pacienta. Pre vytvorenie priestoru pre pripoistenie je táto oblasť dôležitá, pretože poskytuje dostatočný finančný objem pre vytvorenie produktov. **Hlavnými kandidátmi na vyňatie z úhrady z verejného zdravotného poistenia – plne alebo čiastočne, sú stomatologická a kúpeľná starostlivosť, prípadne dopravná služba.** Vo všetkých oblastiach už dnes existuje väčšia ochota priamych platieb zo strany pacientov.

Detailnejšie sa pozrieme na stomatologickú starostlivosť, ku ktorej sú dostupné verejné údaje. Na rozdiel od nákladov spojených s hospitalizáciou, ktoré sú pomerne raritné, sa náklady na stomatologickú starostlivosť týkajú takmer každého obyvateľa a relatívne pravidelne. Domácnosti si hradia významnú časť tejto starostlivosti aj u nezmluvných zubných lekárov, ktorých počet sa postupne zvyšuje. Zuby sú teda vhodným kandidátom na pripoistenie a vytvárajú motiváciu i pre relatívne zdravých obyvateľov, ktorí by nemali záujem pripoistiť sa na nízke riziko potreby hospitalizácie.

Podľa prieskumu výdavkov domácností Štatistickým úradom za rok 2020<sup>10</sup> sa v priemere ročne minie 24,5€ na stomatologickú starostlivosť na obyvateľa. **Ročné priame platby dospelých obyvateľov (predpokladáme, že pripoistenie by sa týkalo iba ich časti) tak už dnes predstavujú približne 130 mil. €.** Vyňatie ďalších nákladov na stomatologickú starostlivosť z úhrady by vytvorilo „úsporu“ vo verejnom zdravotnom poistení na iné výdavky – napr. na inovatívne lieky. Zároveň je potrebné tieto kroky realizovať postupne tak, aby poistenci mali možnosť sa pripraviť na to, že si budú túto starostlivosť hradit' a svoje náklady vedia znížiť prevenciou.

V tejto oblasti je možné sa zamerať aj na ďalšie služby – telemedicínu, nadštandardný manažment pacienta.

#### 8.1.1.4 PRIPOISTENIE – CELKOVÝ PRÍNOS

Vznik pripoistenia má potenciál v prípade vytvorenia priestoru vo **všetkých 3 oblastiach**. Pripoistenie na pravidelné náklady ako stomatologická starostlivosť či rýchlejší prístup k ambulantnej starostlivosti majú potenciál zvýšiť záujem mladších a zdravších poistencov, pre ktorých čerpanie lôžkovej starostlivosti je málo pravdepodobné, s výnimkou pôrodov. Zároveň nepredpokladáme, že všetky spomenuté platby (za komfort, stomatologickú starostlivosť a čerpanie starostlivosti v doplnkových ordinačných hodinách) budú realizované prostredníctvom

<sup>10</sup> Štatistický úrad Slovenskej republiky: Analýza príjmov a výdavkov súkromných domácností v SR v rokoch 2020 a 2015 (2023)

pripoistenia. V Rakúsku je cca 30% priamych výdavkov krytých pripoistením, zvyšok predstavujú priame platby občanov. Časť ľudí si teda zrejme bude i naďalej platiť zubnú starostlivosť z vlastného vrecka a priame platby budú umožnené i v prípade komfortu a doplnkových ordinačných hodín. Existencia pripoistenia by však pomohla zvýšiť dopyt po týchto službách, štandardizovať ich, garantovať aspoň časť príjmu poskytovateľom a motivovať systém k odstráneniu administratívnych bariér. **Celkový príjem z priamych platieb v týchto troch oblastiach odhadujeme na základe verejne dostupných informácií na 368 mil. € (alternatíva 1 pri doplnkových ordinačných hodinách), pričom cca 122 mil. € by mohlo pokryť pripoistenie.** Keďže zubná starostlivosť a v malej miere i komfort (cca 5. mil. € - výška súkromných výdavkov na nemocničné služby, odhadovaná v prieskume štatistického úradu) sú medzi priamymi platbami, ktoré sú už dnes hradené, **nové zdroje by predstavovali cca 230 mil. €.**

**Ideálne by však bolo vytvoriť pre pripoistenie väčší priestor zúžením rozsahu úhrady, aspoň na úrovni 5% celkových výdavkov zdravotníctva, tj. 350 mil. €.**

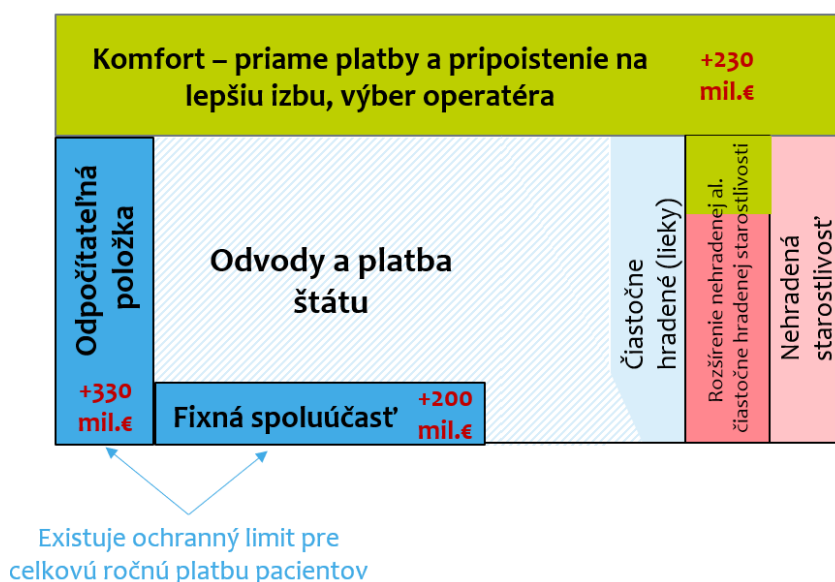
Ak umožníme poskytovateľom vytvárať služby s väčším komfortom pre pacientov, štát musí zároveň zabezpečiť dobrú dostupnosť bezplatnej alternatívy pre poistencov, ktorí nemajú zdroje na priame platby alebo pripoistenie. Kapacity poskytovateľov sú obmedzené a vytváranie komfortnejšej alternatívy by malo motivovať poskytovateľov k tomu ich aspoň čiastočne posilniť, alebo efektívnejšie využívať, aby nedošlo k zhoršeniu dostupnosti starostlivosti. Posilnenie je možné napr. skrátením dĺžky hospitalizácie alebo zavedením jednodňovej chirurgie v nemocniciach alebo rozšírením ordinačných hodín a väčším zapojením nelekárskeho personálu v ambulanciách. Nevyhnutnou podmienkou pre zaistenie dostupnosti starostlivosti pre všetkých je nastavenie maximálnych čakačích lehôt aj na ambulatnú starostlivosť, posilnenie zodpovednosti ale aj kompetencií zdravotných poisťovní pri zaisťovaní dostupnosti, napr. evidencia žiadostí o zaistenie dostupnosti starostlivosti a rozumná priebežná kontrola.

|                            | Súkromné výdavky  | Z toho pripoistenie (€) |
|----------------------------|-------------------|-------------------------|
| Zubná starostlivosť        | 130 mil. €        | 43 mil. €               |
| Komfort v nemocnici        | 58 mil. €         | 19 mil. €               |
| Doplnkové ordinačné hodiny | 180 mil. €        | 60 mil. €               |
| <b>Spolu</b>               | <b>368 mil. €</b> | <b>122 mil. €</b>       |

**OBRÁZOK 9: ODHAĐOVANÉ ZDROJE Z OBLASTIACH VHODNÝCH PRE VZNIK PRIPOISTENIA A PODIEL PRIPOISTENIA NA ZDROJOCH (30%)**

## 9 STABILNÉ FINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA POTREBUJE AJ ZVÝŠENIE VEREJNÝCH ZDROJOV

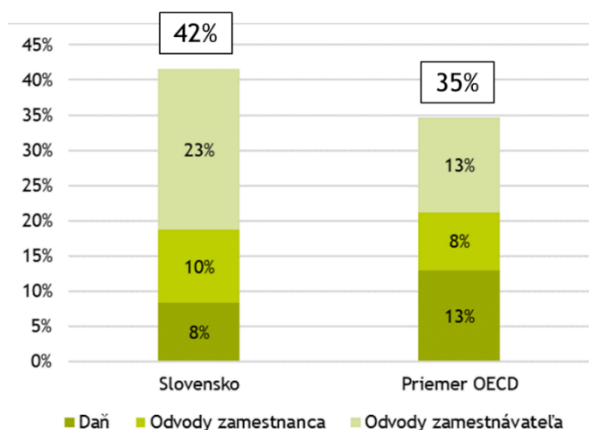
Ako sme videli na štatistikách z dobre fungujúcich systémov zdravotníctva v Európe, súkromné zdroje sú dôležitou súčasťou stabilného financovania zdravotníctva. Okrem toho plnia ďalšie dôležité funkcie. Úlohou poplatkov a spoluúčasti je pomáhať pri zaistení efektívnosti čerpania zdravotnej starostlivosti. Pripoistenie sa využíva dvoma spôsobmi – 1. na zaistenie vyššieho komfortu či už v službách súvisiacich s poskytovaním starostlivosti ako je lepšia posteľ alebo 2. na krytie nehradenej starostlivosti. Druhý spôsob je dofinancovanie zdravotníctva a zlepšenie dostupnosti starostlivosti vo forme doplnkových ordinačných hodín. **Pri našich konzervatívnych odhadoch by bolo možné takto získať spolu okolo 430 mil. € (fixná spoluúčasť + pripoistenie) až 760 mil. € (fixná spoluúčasť + odpočítateľná položka + pripoistenie).** V odhadoch zatiaľ nepočítame s rozšírením oblastí pre priame platby v stomatológii, ktoré by mohlo priniesť ďalšie navýšenie zdrojov.



OBRÁZOK 10: ODHAĐOVANÝ CELKOVÝ PRÍNOS SPOLUÚČASTI A ROZVOJA SLUŽIEB PRE VYŠŠÍ KOMFORT POISTENCOV

Väčšina krajín sa však snaží zaistiť dostatočné financovanie z verejných zdrojov, aby bola aj inovatívna starostlivosť dostupná všetkým obyvateľom, aj sociálne slabším, rovnako. Verejné zdroje vynakladané na zdravotníctvo preto tvoria významný podiel HDP – od 7,6% vo Fínsku po 10,3% vo Francúzsku (viď obrázok 2). Aj v Českej republike narástli v posledných rokoch na 8,1%, ale na Slovensku je to len 5,8% HDP. Aj keby sme významne zvýšili efektívnosť, na čo sa v posledných rokoch sústreďuje úsilie štátu, ide z verejných zdrojov na zdravotníctvo stále len 5,8% slovenského HDP. Aj keby sa podarilo presadiť potrebné zmeny a stabilizovať a ztransparentniť financovanie zo súkromných zdrojov, bez posilnenia verejných zdrojov nebude možné zabezpečiť porovnateľnú úroveň inovácií a dostupnosti zdravotnej starostlivosti ako v západoeurópskych krajinách. Čo môžeme spraviť v oblasti verejných zdrojov – zvýšenie **odvodov** alebo **platby štátu**?

## 10 ODVODY



OBRÁZOK 11: PODIEL DANE Z PRÍJMU, ODVODOV ZAMESTNANCA A ODVODOV ZAMESTNÁVATEĽA NA CENE PRÁCE, ROK 2022. ZDROJ: OECD: TAXING WAGES 2023

Prvá možnosť je navýšenie odvodov ekonomicky aktívnych obyvateľov. Miera daňovo-odvodového zaťaženia (teda súčtu dane z príjmu, odvodov zamestnanca a odvodov zamestnávateľa) je však na Slovensku už teraz pomerne vysoká. V porovnaní s priemerom OECD je jej podiel na cene práce (u slobodného, bezdetného zamestnanca s priemernou mzdou, rok 2022) o 7 p. b. vyšší. Hlavne okolité krajiny - Česká republika, Poľsko i Maďarsko<sup>11</sup>, s ktorými súťažíme o zahraničné investície a v exporte našich tovarov, majú nižšie zaťaženie. Ďalšie navýšovanie ceny práce by mohlo mať negatívny vplyv na ekonomiku. Preto zvýšenie

odvodov nepovažujeme za vhodnú cestu.

Okrem sadzby odvodov je dôležitá aj **miera nezamestnanosti danej krajiny**. Tú máme vyššiu ako Česká republika. Na Slovensku je priemerná miera nezamestnanosti 6,5%, kým v Českej republike iba 2,5%. Avšak aj keby sa podarilo zvýšiť zamestnanosť na úroveň Čech, dopad na zdroje zdravotníctva by bol relatívny malý. Modelované navýšenie zamestnanosti na úroveň **priemernej zamestnanosti v Českej republike v rokoch 2018 – 2022** by celkovo prinieslo navýšenie verejných zdrojov o cca. 200 mil. € ročne (tj. len 10% z vypočítaného rozdielu vo financovaní zdravotníctva medzi SK a ČR na úrovni 2 mld. €). Aj to pri nerealizovateľnom predpoklade, že novo zamestnaní by odvádzali odvod v priemernej výške. Navýšenie zamestnanosti je zároveň náročná úloha vyžadujúca komplexný set opatrení, siahajúca ďaleko mimo kompetencií zdravotníckeho sektora a pravdepodobne i štátu.

## 11 PLATBA ŠTÁTU

Druhá možnosť navýšenia verejných zdrojov je **zvýšenie platby za štátnych poistencov**. Práve vyššia platba štátu je hlavnou príčinou rozdielu medzi Slovenskom a Českou republikou, ktorý postupne rástol od roku 2018. Popisu problému sa venujeme detailnejšie v publikácii **Prečo sa nedožívame v zdraví až do dôchodku?**

**Aby sme získali do rozpočtu zdravotníctva o 500 mil. € viac, potrebovali by sme navýšiť mesačnú platbu za jedného štátneho poistenca už v roku 2023 z 51 € na 66€, tj. cca na úroveň 5,5%<sup>12</sup> z priemernej mzdy 2 roky dozadu (r. 2021).** V Českej republike je pri tom platba štátu ešte vyššia – 80€ na jedného poistenca štátu mesačne.

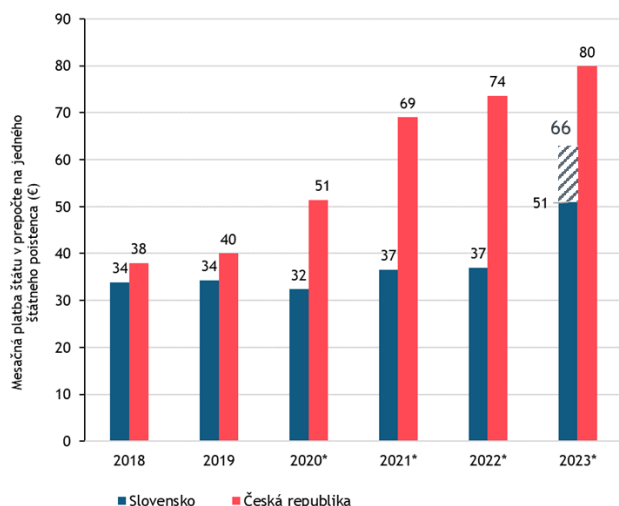
Zároveň sa musí jednať o stabilné a predvídateľné zdroje – platbu štátu za poistencov štátu, ktorá sa použije na nákup zdravotnej starostlivosti a ktorej výšku poznajú zdravotné poisťovne i poskytovatelia dopredu. **Do tejto kategórie nespádajú zdroje z urgentného dofinancovania pre nedostatok zdrojov na mandátorne navýšovanie výdavkov na konci roka, alebo umorenie starých**

<sup>11</sup> [https://read.oecd-ilibrary.org/taxation/taxing-wages-2023\\_8c99fa4d-en#page27](https://read.oecd-ilibrary.org/taxation/taxing-wages-2023_8c99fa4d-en#page27)

<sup>12</sup> OPRAVA: Pôvodne bola v dokumente nesprávne uvedená hodnota 5%



**dlhov poskytovateľov.** Tieto prostriedky sa prerozdeľujú podľa počtu personálu alebo výšky dlhu, ktorý nemocnica vytvorila a ktorá môže súvisieť i s neefektívnosťou procesov. Tieto formy dofinancovania sa však nedajú použiť ako vyjednávanie do kontraktov, ako investície na zvyšovanie kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti, zlepšovanie komfortu pre pacientov. Aj nemocnice majú v takom prípade len obmedzený priestor vyjednávať s dodávateľmi o lepších cenách dodávaných tovarov a služieb, čo spôsobuje systémovú neefektívnosť.



**OBRÁZOK 12: POROVNANIE PLATBY ŠTÁTU NA JEDNÉHO ŠTÁTNEHO POISTENCA V ČR A NA SLOVENSKU, 2018 - 2023**

opatrenie začne uplatňovať v plnej miere, čo bude znamenať **ročné výdavky štátneho rozpočtu vo výške 176,8 mil. €<sup>13</sup>.**

Ďalšou oblasťou, kde vidíme priestor na získanie zdrojov na potrebné zlepšenie financovania zdravotníctva, sú **plošné dotácie rodinám**. Podľa analýz inštitútu INESS máme jeden z najštedrejších dávkových systémov v rodinnej oblasti na svete, v pomere k priemernej mzde. Ich analýza z r. 2022<sup>14</sup> poukazuje na to, že slovenská rodina s dvoma deťmi získa počas prvých 5 rokov života dieťaťa na dávkach viac, ako stratí vo forme čistého príjmu. Prícom podobná rodina v Českej republike získa o 17% nižšie dávky, ale má prístup k lepšej zdravotnej starostlivosti. Ak nás rodinná politika ročne stojí 1,9 mil. € (ak nerátame sociálne a zdravotné poistenie), **znižením výdavkov o 17% by sme mohli získať napr. pre zdravotníctvo 320 mil. €.**

**Duplicitné alebo neadresné dotácie sa rozšírili aj v zdravotníctve. Tieto peniaze by sa dali využiť na úhradu inej potrebnej liečby.** Mnohé zdravotníctve pomôcky aj dietetické potraviny sú duplicitne hrazené aj z verejného zdravotného poistenia aj na ne môže občan získať príspevok zo sociálneho systému. Od r. 2018 sa postupne rozvoľňovali pravidlá ochranného limitu spoluúčasti a to bez ohľadu na príjem domácnosti, napr. všetky deti do 6 rokov (aj tie z bohatých rodín) majú

<sup>13</sup> <https://www.rrz.sk/stanovisko/pozmenujuci-navrh-poslankyne-nr-sr-petry-kristufkovej-ktorym-sa-meni-a-doplna-zakon-c-417-2013-z-z-o-pomoci-v-hmotnej-nudzi-tzv-obedy-zadarmo/>

<sup>14</sup> [https://www.iness.sk/sites/default/files/documents/pdf/INT/2022/draha\\_rodinna\\_politika.pdf](https://www.iness.sk/sites/default/files/documents/pdf/INT/2022/draha_rodinna_politika.pdf)

odpustené doplatky za všetky čiastočne hrazené lieky. Odhadovaný náklad na tieto plošné „odpustenia“ doplatkov je okolo 50 mil. € ročne.

## 12 NOMINÁLNE POISTNÉ

Ďalšou alternatívou zlepšenia financovania zdravotného systému by mohlo byť zavedenie tzv. **nominálneho poistného**. Nominálne poistné sa využíva v Holandsku. Predstavuje fixnú čiastku, ktorú platí každý poistenec za kúpu povinnej zdravotnej poistky a to bez ohľadu na to, či je ekonomicky aktívny alebo nie, s výnimkou detí do 18 rokov. Nominálne poistné tak platia aj dôchodcovia, nezamestnaní a matky na materskej a preto je aj za nich platená porovnateľná čiastka v nominálnom poistnom ako za zamestnanca. Tým, že takmer každý občan hradí nominálne poistné, si zároveň uvedomuje aj náklady na zdravotnú starostlivosť.

Výšku nominálneho poistného stanovuje zdravotná poisťovňa komunitne, tj. rovnako bez ohľadu na zdravotné riziká poistenca a to tak, aby úhrada za nominálne poistné predstavovala 45% celkových zdrojov. Zvyšok zdrojov zdravotníctva tvoria hlavne odvody. Oba tieto zdroje sú prerozdeľované rizika nákladovosti poistenca tak, aby mala každá poisťovňa rovnaký objem zdrojov na nákup zdravotnej starostlivosti. Platba štátu neexistuje. Štát má ale mechanizmus „**záchranej siete**“ pre sociálne slabších, ktorým prispieva na nominálne poistné tak, aby výška platby občana nepresiahla 5% jeho príjmu.

V Holandsku bolo nominálne poistné zavádzané postupne – najprv tvorilo 15% zdrojov verejného zdravotného poistenia, dnes tvorí 45% zdrojov. Dôležitou vlastnosťou udržiavateľného a dostatočného financovania holandského zdravotníctva je, že štát každoročne nastavuje realistický rozpočet na úhradu zdravotnej starostlivosti, vrátane inovácií. Vychádza pritom z **prognózy vývoja zdravotného stavu obyvateľstva, rozsahu (novo) hrazených služieb a cien vstupujúcich inovatívnych technológií**. Na základe odhadu nákladov následne nastaví sadzbu odvodov (tá sa v čase mení, 1 rok môže byť 6,95% a ďalší rok 7,15% mzdy zamestnanca) a výšku priemerného očakávaného nominálneho poistného, od ktorého sa potom odvíja dotácia štátu pre sociálne slabších. Cenu poistného teda definuje **vedomé rozhodnutie o želanom objeme zdrojov** - na rozdiel od nemennej sadzby odvodov na Slovensku, kde tak objem zdrojov definuje, čo si môžeme dovoliť alebo sa systém zadlžuje.

Nominálne poistné má viacero výhod oproti pripoisteniu. Hlavne **vytvorenie jedného spoločného rozpočtu na nákup zdravotnej starostlivosti a jeho rast podľa zdravotných potrieb obyvateľstva a možností liečby, vrátane inovácií**. Nie je potrebné zavádzať významnejšiu spoluúčasť, ako vo Francúzsku ani vylučovať nejakú oblasť z hradenia z verejného zdravotného poistenia. Nevýhodou pripoistenia oproti nominálnemu poistnému je, že sú to obyčajne 2 samostatné, fragmentované zdroje peňazí a poskytovatelia musia vyjednávať s 2 typmi entít – prvá spravuje zdravotné poistenie a druhá pripoistenie.

Zmena financovania na kombináciu odvodov a nominálneho poistného si však vyžaduje komplexnejšiu daňovo-odvodovú zmenu. Platba štátu by sa musela transformovať na dotácie domácnostiam na kúpu nominálneho poistného, aby nepredstavovalo príliš veľký náklad na ich disponibilnom príjme. Jeho zavedenie by si vyžadovalo väčšiu politickú podporu. Preto sa aktuálne nebudeme venovať modelovaniu jeho nastavenia.



## 13 ZHRNUTIE A ZÁVER

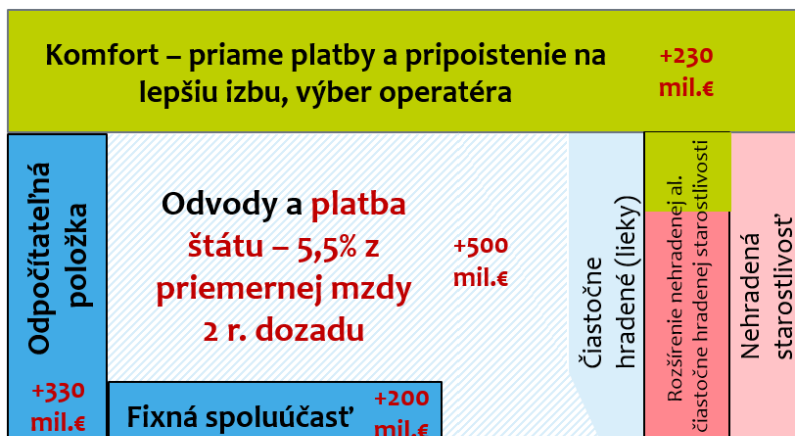
Zámerom tohto dokumentu bolo poskytnúť **vstup do diskusie o zlepšení financovania slovenského zdravotníctva s cieľom navýšiť zdroje aspoň o 1 mld. € ročne, teda polovicu z rozdielu oproti Českej republike**. Detailne sme rozobrali **možné alternatívy navýšenia zdrojov, odhadli ich prínos a sformulovali argumenty, prečo niektoré považujeme za vhodnejšie** a ako môžu pomôcť pacientom aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Za nevyhnutnú podmienku považujeme pracovať s riešeniami, ktoré súčasne podporujú efektívnejšie využívanie zdrojov.

Na základe rešerše spôsobov financovania v krajinách s dobre fungujúcimi zdravotnými systémami považujeme za vhodné riešenie kombináciu navýšenia súkromných a verejných zdrojov. V oblasti súkromných zdrojov vnímame ako prioritu **„upratanie“ a ztransparentnenie už existujúcich poplatkov a zavedenie ochranného limitu pre všetkých pacientov na všetky typy starostlivosti**. Ako vhodnú formu spoluúčasti vnímame fixnú spoluúčasť a/alebo zavedenie odpočítateľnej položky. Fixná spoluúčasť vo výške napríklad **3€ za ambulantnú návštevu (okrem preventívnych prehliadok) a 5€ za deň pobytu na lôžku** by mohla priniesť **okolo 200 mil. €**. Ďalším zdrojom by mohla byť **odpočítateľná položka pre dospelých, tj. zaplataenie prvých nákladov na starostlivosť v ročnej výške aspoň 150 €, ktorej prínosom by bolo 330 mil. €, ak by ju zaplatilo v plnej výške aspoň 50% dospelých**.

Ďalším potenciálnym zdrojom príjmu by mohlo byť pripoistenie. Na Slovensku existuje už dnes v legislatíve priestor pre vznik pripoistenia predovšetkým v oblasti komfortu v nemocnici (výber komfortnejšej izby, operátora alebo pôrodníka) a doplnkových ordinačných hodín – teda rozšírenia dostupnosti ambulantnej starostlivosti. Pre vznik pripoistenia je potrebný dostatočný objem (aspoň 5% celkového objemu zdrojov), preto by bolo potrebné jednak odstrániť bariéry pre vytvorenie týchto služieb v ambulanciách a nemocniciach, ale taktiež legislatívne vyňať z úhrady z verejného zdravotného poistenia nejakú ďalšiu oblasť, napr. stomatologickú starostlivosť, prípadne kúpele či dopravu. Súčasťou pripoistenia by mohli byť aj ďalšie nehradené (zdravotné) služby. Kľúčovou podmienkou je, aby štát podporil vytvorenie pripoistenia – investičnou podporou nemocníc a odstránením bariér v ambulanciách, príp. daňovými stimulmi pre nákup pripoistenia. **Nové zdroje, ktoré by mohla podpora týchto služieb a zavedenie pripoistenia priniesť odhadujeme ešte bez rozšírenia nehradenej alebo čiastočne hradenej starostlivosti minimálne na 230 mil. €**.

Zmeny v oblasti súkromných zdrojov by priniesli viacero výhod – transparentnosť, ochranu pred nadmernou finančnou záťažou pri čerpaní starostlivosti ale aj možnosť vyššieho komfortu. Zvýšenie objemu súkromných zdrojov by však malo prebiehať súčasne s navýšením financovania z verejných zdrojov. Na to vidíme priestor predovšetkým prostredníctvom zvýšenia platby štátu za štátnych poistencov. Práve tá je zdrojom veľkého rozdielu medzi Slovenskom a Českou republikou – v Česku je tento rok platba za jedného poistenca štátu 80€, kým na Slovensku iba 51 €. **Ak by sme dokázali navýšiť platbu za jedného štátneho poistenca na 66€, získali by sme do rozpočtu zdravotníctva 500 mil. € navyše**. Priestor pre uvoľnenie zdrojov v štátnom rozpočte možno hľadať v znížení neadresných výdavkov v iných oblastiach.

**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 a pre zdravotníctvo aj platenie odvodov.** Mali by sme sa prestať pozerať na zdravotníctvo ako len na výdavkovú položku.



Existuje ochranný limit pre celkovú ročnú platbu pacientov

OBRÁZOK 13: ODHADOVANÝ CELKOVÝ PRÍNOS NAVRHOVANÝCH RIEŠENÍ PRE INVESTÍCIE DO ZDRAVIA

Odhady, ktoré uvádzame v tomto dokumente sú modelované na verejne dostupných dátach a obsahujú viaceré zjednodušenia. Pre ich spresnenie a správne nastavenie stop-loss limitu by boli potrebné detailnejšie údaje o čerpanej starostlivosti, ktoré nie sú verejne k dispozícii. Odhady však už teraz poskytujú základ pre diskusiu o riešeniach, ktoré sú v našom kontexte realizovateľné, sociálne únosné a majú potenciál priniesť viac peňazí pre zdravie nás všetkých. So súčasným objemom peňazí nie je možné poskytovať kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na to, ako efektívne budú rozdeľované.



**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

IČ: 28986024  
DIČ: CZ28986024  
Banka: Raiffeisenbank  
č. ú.: 4780992001/5500  
OR: vedená Městským soudem v Praze,  
oddíl C, vložka 157951