



INESS



# VIAC PEŇAZÍ DO ZDRAVOTNÍCTVA JE INVESTÍCIOU DO ZDRAVIA A PROSPERITY SPOLOČNOSTI

NÁVOD NA REŠTART

SEPTEMBER  
2023

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 je 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 v 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 1240 miliónov ročne v 2060. Proti tomuto trendu bude pôsobiť predlžovanie ekonomicky aktívneho života a možné zvyšovanie podielu miezd na HDP.

Podľa predikcie RRZ z apríla 2023 by mal podiel výdavkov na zdravotníctvo stúpnuť z 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.



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

	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
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

# ZDRAVOTNÍCTVO JE PODFINANCOVANÉ A MÁ HORŠIE VÝSLEDKY

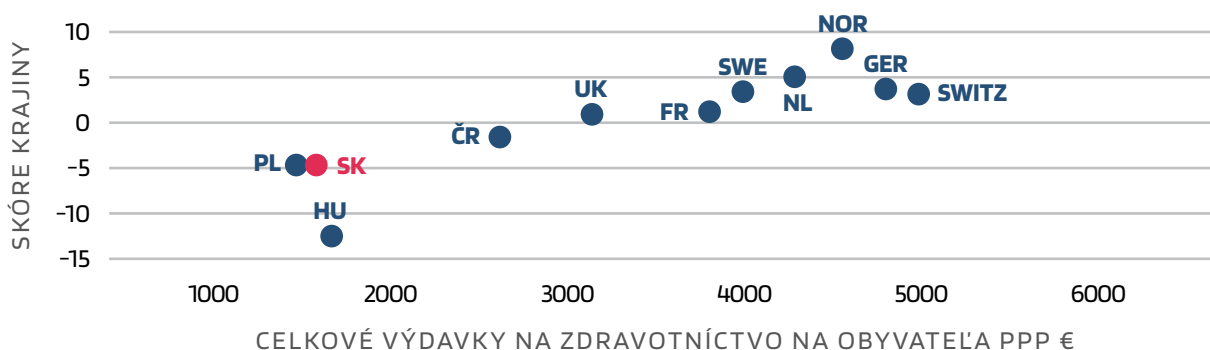
Zdravie považujeme za prioritu a podmienku kvalitného života. Toto samotné by malo byť dostatočným dôvodom pre zabezpečenie adekvátnych zdrojov pre zdravotníctvo. Slovenské zdravotníctvo je však dlhodobo podfinancované a prejavuje sa to aj na horšom zdravotnom stave obyvateľov. **Počet liečiteľných úmrtí 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?*<sup>1</sup> boli analyzované výsledky vybraných zdravotných systémov v porovnaní s ich výdavkami na zdravotníctvo. Pri hodnotení bola využitá metodika<sup>2</sup>, 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. Hodnotené 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, celkovo o 2 mld eur menej ako v Českej republike.**



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 opláti 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).

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)

# 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)**, t.j. 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 nepopulárnosť 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 ambulantnej 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.



Sumarizácia odhadovaných prínosov možných riešení pre dofinancovanie zdravotníctva na Slovensku

ZDROJ: vlastné výpočty autorov z Advance Institute



Existuje ochranný limit pre celkovú ročnú platbu pacientov

## ZDROJE TREBA ZÁROVEŇ EFEKTÍVNE MÍŤAŤ

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**.

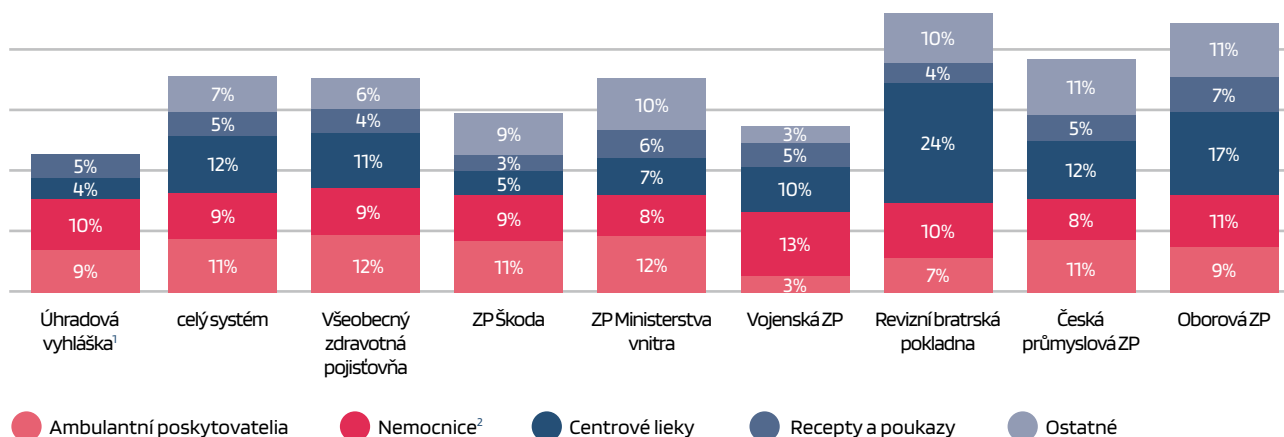
Na strane nákupu zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov môžu pomôcť zase **motivačné kontrakty zamerané na indikátory kvality alebo zdieľanie rizika, podporu inovácií a elektronizáciu**. Viaceré dobre hodnotené zdravotné systémy využívajú pre zabezpečenie kvality a efektivity súťaž medzi zdravotnými 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 stratégii 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 ambulantnú 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 peňaží 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.



INESS

 **advance** | HEALTHCARE  
institute | MANAGEMENT

---

AUTORI