

KOLKO PLATIA PACIENTI V BEZPLATNOM ZDRAVOTNÍCTVE A AKÉ RIEŠENIA DOFINANCOVANIA PREFERUJÚ?

VÝSLEDKY Z REPREZENTATÍVNEHO PRIESKUMU PACIENTOV
Z AUGUSTA 2023

Henrieta Tulejová, Dominika Šebová

OBSAH

OBSAH	1
1 SUMARIZÁCIA HLAVNÝCH ZISTENÍ A ODPORÚČANÍ	2
2 PODFINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA SA PREJAVUJE VO VŠETKÝCH OBLASTIACH	4
3 V KTORÝCH OBLASTIACH A KOĽKO PLATÍME V „BEZPLATNOM“ ZDRAVOTNÍCTVE?	7
3.1 POPLATKOVÉ PEKLO - NETRANSARENTNÉ A NEJEDNOTNÉ POPLATKY SÚ NAJMÄ V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI A PACIENTOV ZNEISŤUJÚ	11
3.2 PACIENTI PODPORUJÚ 3 RIEŠENIA DOFINANCOVANIA - VYŠŠIA PLATBA ŠTÁTU, JEDNOTNÉ POPLATKY A BOHATŠÍ AJ PRIPOISTENIE	13
4 VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE: AKO TO VIDIA POLITICI	16
4.1 „PEŇAZÍ JE DOSŤ“	17
4.2 „TREBA PRIDAŤ A VŠETKO ZAPLATÍ ŠTÁT“	17
4.3 „TREBA PRIDAŤ A VŠETKO ZAPLATIA OBČANIA“	18
4.4 „TREBA PRIDAŤ OD OBČANOV AJ OD ŠTÁTU“	18
5 AK ŠTÁT NEZABEZPEČÍ DOSTATOK ZDROJOV PRE ZDRAVOTNÍCTVO, STAROSTLIVOSŤ BUDE NEDOSTUPNÁ, NARASTIE DLH I POPLATKY	20

1 SUMARIZÁCIA HLAVNÝCH ZISTENÍ A ODPORÚČANÍ

- **Slovenské zdravotníctvo je dlhodobo podfinancované.** V porovnaní s Českou republikou má približne **o 400 € na občana menej na poskytovanie starostlivosti. To je spolu o 2 mld.€ = 30% menší každoročný rozpočet a k tomu ešte 2,9 mld. € dlh na investície a rozvoj.**
- **Nedostatok financií sa prejavuje vo všetkých oblastiach** – dlhodobo zadĺžené nemocnice, nedostupná ambulantná starostlivosť s rastúcimi neformálnymi doplatkami, chýbajúce inovatívne lieky a následná starostlivosť na najčastejšie príčiny úmrtia (rakovina, srdcový infarkt a mozgová porážka) i rastúci dlh zdravotných poisťovní.
- V dokumente *Viac peňazí pre zdravie* a spoločnej publikácii s INESS *Viac peňazí do zdravotníctva je investíciou do zdravia a prosperity spoločnosti* sme sa pozerali na súčasnú finančnú situáciu zdravotníctva a možné riešenia na základe príkladov zo zahraničia.
- Zaujímalo nás však, **či je pravdivý rastúci problém neformálnych poplatkov v ambulanciách**, ktoré sú väčšinou súkromné spoločnosti a musia ich zaviesť, aby boli schopné naďalej zabezpečovať prevádzku ambulancií a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Taktiež nás zaujímalo, ako pacienti vnímajú v tomto kontexte možné riešenia na dofinancovanie zdravotníctva. Toto bolo skúmané **v reprezentatívnom prieskume medzi občanmi, ktorí navštívili lekára, zubára, lekárne alebo boli hospitalizovaní v nemocnici či jednodňovo operovaní v priebehu mája až júla 2023. Prieskum bol realizovaný agentúrou 2 muse online formou v priebehu augusta 2023.**
- Podľa prieskumu pacienti najčastejšie platia pri výbere receptu v lekární (82% z tých, ktorí navštívili lekáreň) a návšteve zubného lekára (81% z tých, ktorí navštívili zubného lekára). V lekární platili pacienti priemerne 12€ a u zubára priemerne 56€ za návštevu.
- Potvrdila sa existencia poplatkového pekla - neformálnych poplatkov u ambulantných lekárov. Na základe odpovedí pacientov z augusta 2023, platil **každý piaty pacient v ambulancii všeobecného lekára nejaký poplatok a spolu to bolo nad platiacimi pacientami v priemere 10 € za návštevu. U špecialistov (okrem zubárov) platili nejaký poplatok až 4 z 10-tich pacientov a spolu to bolo nad platiacimi pacientami v priemere 17 € za návštevu.** Poplatky sú vyberané v podobnej výške u všeobecných lekárov a špecialistov vo všetkých krajoch Slovenska a od všetkých príjmových skupín, vrátane pacientov s čistým mesačným príjmom do 600€. **Až 35% pacientov s nižšími príjmami** zažilo v poslednom roku situáciu, **kedy odložili návštevu lekára z dôvodu obavy z výšky poplatkov alebo boli pre nich poplatky v danej chvíli príliš vysoké.** Ďalšie neriešenie poplatkového pekla a nedostatočný rozpočet zdravotníctva povedie k ďalšiemu zhoršovaniu dostupnosti starostlivosti.
- Na základe informácií z prieskumu odhadujeme, že **dospelý obyvateľ Slovenska v priemere ročne zaplatí na poplatkoch v ambulanciách všeobecných lekárov a špecialistov (bez zubárov) spolu 64 €.** Celkový ročný objem peňazí vybraných na poplatkoch dospelých pacientov LEN v ambulanciách tak zrejme predstavuje približne **280 mil. €**, k tomu ešte pacienti platia ďalšie zákonom stanovené poplatky napríklad za lieky a zdravotnícke pomôcky. Pre porovnanie, podľa posledného prieskumu Štatistického úradu o výdavkoch domácností, zaplatil dospelý obyvateľ Slovenska **za ambulantné lekárske služby 2,9€ ročne v roku 2020.** V tom čase sa jednalo najmä o administratívne poplatky, keďže ambulantná starostlivosť by mala byť takmer celá plne hrazená z verejného zdravotného poistenia.

-
- **Vzhľadom k odhadovanému objemu poplatkov približne 280 mil. ich bude zložitá ich zakázať bez náhrady alebo tváriť sa naďalej, že neexistujú a zdravotníctvo je „bezplatné“.** Lepším riešením sa aj na základe postojov pacientov v prieskume javí poplatky zjednotiť a sprehľadniť. Nastaviť ich tak, aby bola zabezpečená dostupnosť lekára pre všetkých, vrátane sociálne slabších. Najpreferovanejším riešením dofinancovania zdravotníctva a zaistenia dostupnosti starostlivosti je z pohľadu pacientov **navýšenie platby štátu (81% respondentov)**. Avšak hneď druhé a s malým odstupom (**73% respondentov**) skončili „**jednotné a prehľadné poplatky, kde by pacient vždy vedel vopred, koľko bude platiť (s výnimkou najchudobnejších), napr. za návštevu lekára alebo deň v nemocnici.**“
 - Postoje pacientov sa líšia podľa výšky príjmu. **Zavedenie jednotných poplatkov má štatisticky významne vyššiu podporu (77%) u pacientov s príjmom medzi 601 € až 1500 €.** Pacienti s príjmom vyšším ako 1500 € oproti ostatným skupinám menej často podporujú riešenie zvýšením platby štátu alebo zavedením poplatkov, ale **štatisticky významne častejšie preferujú zavedenie pripoistenia (50% podpora)**.
 - Ak by sme mali získať aspoň 1 mld. € navyše na zaistenie lepšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, musela by sa platba štátu zvýšiť aspoň na 6,5% priemernej mzdy 2 roky dozadu. Pri súčasnom deficite verejných financií a potrebe zdrojov aj na investície a oddĺženie zdravotníctva to bude náročná úloha a znamenalo by to významné zadĺženie krajiny. **Zavedenie jednotných poplatkov s ochranným limitom a ideálne aj pripoistenia by preto mali byť dôležitou súčasťou riešenia stabilného a predvídateľného financovania dostupnej zdravotnej starostlivosti.** Znamená to nájsť rovnováhu medzi zaistením stabilného financovania ambulancií a sociálne únosnou výškou poplatkov spolu s dotáciou pre najslabších. Poplatky by sa mohli stať súčasťou výdavkov domácností, keďže zdravie vnímame ako dôležitú hodnotu. Strop na výšku poplatkov v ambulanciách môže byť porovnateľný s výškou úhrady za mobilný paušál (odhadom 150 € ročne) alebo výdavkami na alkohol a tabak - 127 € ročne (2020, ŠÚ SR). Ich dôležitá úloha je taktiež v uvedomení si, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo a je potrebné za ňu platiť podobne ako za iné bežne hrazené služby, napr. mobilný paušál.
 - Vzhľadom k aktuálnym voľbám sme pripravili aj prehľad preferovaných riešení na posilnenie priebežného (nie investičného) rozpočtu zdravotníctva z pohľadu politických strán. **Strany sme rozdelili na základe predvolebných vyjadrení do 4 skupín: 1. Peňazí je dosť (Progresívne Slovensko), 2. Treba pridať - všetko zaplatí štát (Smer-SD, Hlas), 3. Treba pridať - všetko zaplatia občania (SAS-ka), 4. Treba pridať od občanov aj od štátu (KDH, Oľano, Demokrati).** Nepodarilo sa nám identifikovať postoj SNS.
 - Ďalším krokom by mal byť **detailnejší model poplatkov, rozhodnutie o ich vhodnej forme a výške a nastavenie ochranného limitu pre (najzraniteľnejších) občanov.** Dôležitú rolu by v oblasti poplatkov a ochranného limitu by mohli hrať zdravotné poisťovne, aby si pacient si nemusel vybavovať potvrdenie o príjme a lekári nemuseli nič významné navyše vykazovať. **Nastavenie stabilného a dostatočného financovania je investíciou do zdravia občanov a prosperity celej spoločnosti.**
 - Na záver ďakujeme spoločnosti 2muse, s.r.o. za spoluprácu na príprave a realizácii prieskumu. Názory a postoje vyjadrené v tejto publikácii sú však len názormi autoriek.
-

2 PODFINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA SA PREJAVUJE VO VŠETKÝCH OBLASTIACH

Slovenské zdravotníctvo je dlhodobo podfinancované. V porovnaní s Českou republikou má podľa našich prepočtov¹ celkovo približne o 2 mld. € = 30% ročne menej. V prepočte na jedného poistenca to je o 400 € menej na každodenné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ďalšie peniaze chýbajú na investície a rozvoj - odhadovaný investičný dlh oproti Českej republike predstavuje 2,9 mld. €².

Nedostatok financií sa prejavuje vo všetkých oblastiach (Obrázok 1):

- dlhodobé poskytovanie akútnej i plánovanej zdravotnej starostlivosti v nemocniciach na dlh – 812 mil. € ku koncu roka 2022 = približne 30% (!) ročného rozpočtu na nemocničnú starostlivosť³,
- nedostatočné zdroje na prevádzkovanie ambulantnej starostlivosti, ktoré vedie k rýchlemu zhoršovaniu jej dostupnosti; často sa spomína zavádzanie neformálnych poplatkov,
- chýbajúce inovatívne lieky a materiály na závažné ochorenia ako je napríklad rakovina alebo ochorenia srdca. Zo 100% liekov centrálné zaregistrovaných v EÚ medzi rokmi 2018 a 2021 bolo k 5. 1. 2023 na Slovensku plne dostupných iba 3% liekov, kým v Českej republike 41%⁴.
- takmer nedostupná následná starostlivosť napríklad pre pacientov po srdcovom infarkte a mozgovej porážke, ktorá sa prejavuje výrazným počtom zbytočných predčasných úmrtí oproti EÚ a ČR,
- a v poslednej dobe i negatívna bilancia zdravotných poisťovní, ktorá im neumožňuje zvýšiť platby poskytovateľom alebo kontrahovať novovznikajúce ambulancie. Koncom júna dosahovala celková strata zdravotných poisťovní výšku takmer 150 miliónov €, pričom v strate boli všetky 3 poisťovne – Všeobecná zdravotná poisťovňa (110 mil. €), Dôvera (30 mil. €) aj Union (7 mil. €)⁵.

¹ Henrieta Tulejová, Dominika Šebová: *Viac peňazí pre zdravie*, Advance Institute 2023, <https://advanceinstitute.cz/publikace/1310-viac-penazi-pre-zdravie>

² Zdroj: Neglected technical infrastructure of Slovak hospitals and potential sources of capital investment in hospitals

³ Materiál z rokovania vlády z 05/2023: <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/28335/1>

⁴ EFPIA Patents W.A.I.T. Indicator 2022 Survey

⁵ <https://hnonline.sk/finweb/ekonomika/96098322-strata-zdravotnych-poistovni-sa-koncom-juna-vysplhala-takmer-k-150-milionom-eur>



OBRÁZOK 1: ILUSTRÁCIA PREJAVOV NEDOSTATOČNÉHO ROZPOČTU ZDRAVOTNÍCTVA; VELKOSTI OBDĹŽNIKOV NAZNAČUJÚ VELKOSŤ PROBLÉMU A RÔZNE FORMY PREJAVU

V dokumente *Viac peňazí pre zdravie⁶ a spoločnej publikácii s INESS Viac peňazí do zdravotníctva je investíciou do zdravia a prosperity spoločnosti⁷* sme sa pozerali na detailné zhodnotenie súčasnej finančnej situácie a možné riešenia na základe dobrých príkladov zo zahraničia. V diskusiách k publikácii sme sa stretli s úvahami, či nie je predsa len peňazí dost' a „len treba zaistiť ich lepšie prerozdelenie“. Dlhodobá a rastúci prevádzkový i investičný dlh a stále horšia dostupnosť zdravotnej starostlivosti sú odpoveďou. Avšak niektorí poskytovatelia, napríklad ambulantní lekári, ktorí prevádzkujú svoje ambulancie ako živnostníci alebo obchodné spoločnosti, nemôžu vytvárať dlh.

Zaujímalo nás preto, ako presnejšie sa nedofinancovanie prejavuje v aktuálnych priamych platbách občanov za zdravotnú starostlivosť, ktorá má byť zjednodušene bezplatná, s výnimkou napríklad oficiálnych doplatkov na lieky, zdravotnícke pomôcky, kúpele, starostlivosť o zuby a úhrad za nehradenú starostlivosť. Existenciu problému indikuje už prieskum Eurobarometra z roku 2022, podľa ktorého sa 9% pacientov na Slovensku stretlo „s nejakou požiadavkou na extra platbu alebo dar lekárovi, zdravotnej sestre alebo nemocnici“. Slovensko sa v tomto rebríčku členských štátov EU umiestnilo na 3. mieste od konca.

Preto sme sa rozhodli spýtať sa na to pacientov. Tento dokument sumarizuje výsledky z reprezentatívneho prieskumu medzi občanmi, ktorí mali reálnu skúsenosť so zdravotníctvom, v priebehu mája až júla 2023. Zaujímali nás skúsenosti pacientov vo veku 18 a viac rokov, ktorí boli v tomto období ošetrení u lekára, v nemocnici alebo zubára, podstúpili operáciu v zariadení jednodňovej starostlivosti, navštívili pohotovosť alebo vybrali si liek či zdravotnícku pomôcku.

Online prieskum realizovala agentúra 2muse v auguste 2023 na reprezentatívnej vzorke 707 dospelých respondentov, ktorí čerpali zdravotnú starostlivosť v uvedenom období. Z

⁶ Henrieta Tulejová, Dominika Šebová: *Viac peňazí pre zdravie*, Advance Institute 2023, <https://www.advanceinstitute.cz/publikace/1310-viac-penazi-pre-zdravie>

⁷ INESS a Advance Institute 2023: *Viac peňazí do zdravotníctva je investíciou do zdravia a prosperity spoločnosti* <https://amcham.sk/events/3215/healthy-future-ii-conference>

Omnibusového prieskumu je známe, že zdravotnú starostlivosť čerpá až 91% dospelých slovenskej populácie, preto je možno výsledky zovšeobecniť na celú populáciu.

V prieskume nás zaujímalo:

- 1) **Aké poplatky dnes občania platia pri jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti** – u všeobecných lekárov, špecialistovi, v nemocniciach či lekárňach a ako to ovplyvňuje ich rozhodnutie čerpať zdravotnú starostlivosť,
- 2) **Aké riešenie dofinancovania zdravotníctva by pacienti preferovali.**

Výsledky prieskumu zverejňujeme, aby sme pomohli pri hľadaní a presadzovaní riešení dofinancovania a stabilizácie zdravotníctva. V závere preto prepájame závery prieskumu s možnými analytickými riešeniami a návrhmi politických strán podľa ich predvolebných vyjadrení.

3 V KTORÝCH OBLASTIACH A KOĽKO PLATÍME V „BEZPLATNOM“ ZDRAVOTNÍCTVE?

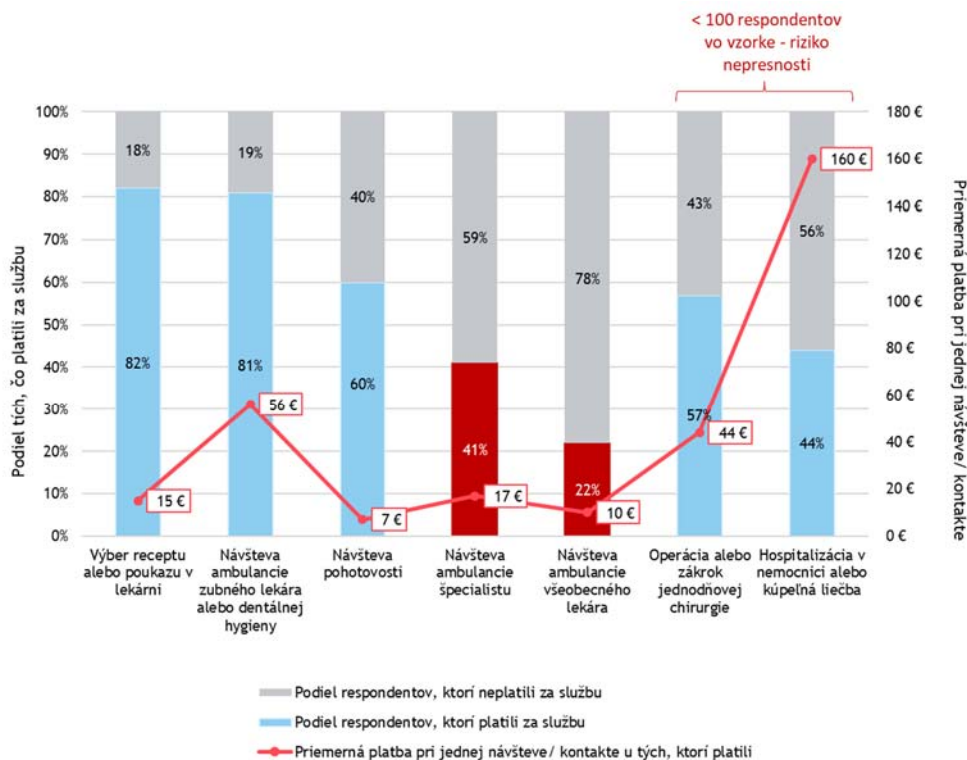
Podľa článku 40⁸ Ústavy má každý občan právo na ochranu zdravia a mala by mu byť z verejného zdravotného poistenia zaistená bezplatná zdravotná starostlivosť za podmienok stanovených zákonmi. Zákony preto stanovujú, aké platby môžu byť pacientovi pri poskytovaní starostlivosti hradenej aspoň čiastočne z verejného zdravotného poistenia účtované. Zjednodušene napríklad:

- za akých podmienok pacient dopláca za lieky, zdravotnícke pomôcky alebo zubnú starostlivosť,
- akú maximálnu sumu môžu ročne rôzne skupiny pacientov zaplatiť na doplatky za lieky a pomôcky (tzv. ochranný limit),
- aké poplatky platí za návštevu pohotovosti,
- za aké služby je možné vyberať peniaze v nemocnici (za nadštandardnú izbu alebo výber operátora) alebo v ambulancii (ošetrenie v doplnkových ordinačných hodinách),
- ktorá zdravotná starostlivosť nie je hradená z verejného zdravotného poistenia.

Základným zmyslom uvedeného článku je, že každý poistenec verejného zdravotného poistenia má mať dostupnú včasnú a kvalitnú potrebnú zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na svoj príjem a zdravotný stav a pri ošetrení, hospitalizácii alebo výdaji lieku či pomôcky je možné od neho vyžadovať len platby, ktoré sú povolené.

V prieskume sme sa pacientov pýtali, koľko platili pri rôznych typoch zdravotnej starostlivosti v mesiacoch máj až júl 2023. Výstupy sú zhrnuté na Obrázku 2. **Najčastejšie platia pacienti pri výbere receptu v lekární (82% z tých, ktorí navštívili lekára) a návšteve zubného lekára (81% z tých, ktorí navštívili zubného lekára).** V lekární platili pacienti priemerne 12€ pri jednej návšteve a u zubára priemerne 56€ pri jednej návšteve zubára. V oboch prípadoch je to priemer za pacientov, ktorí platili pri tejto službe a nezahŕňa pacientov, ktorí boli ošetrení bezplatne. Tieto poplatky sú zákonom umožnené - v lekární vo forme doplatku za lieky alebo nákupu nehradeného lieku, u zubára zase ako poplatok za ošetrenie čiastočne hradené alebo úplne nehradené z verejného zdravotného poistenia alebo poskytnuté nezmluvným zubárom. Očakávané sú aj poplatky na pohotovosti - u 60% respondentov, ktorí navštívili pohotovosť, a to v priemernej výške 7€ (nerozlišovali sme, či ide o ústavnú, alebo ambulantnú pohotovosť). Poplatky v nemocniciach a v ambulanciách jednodňovej chirurgie sú menej časté (menej ako 100 pacientov v každej z týchto skupín) a preto sa im nebudeme detailne venovať.

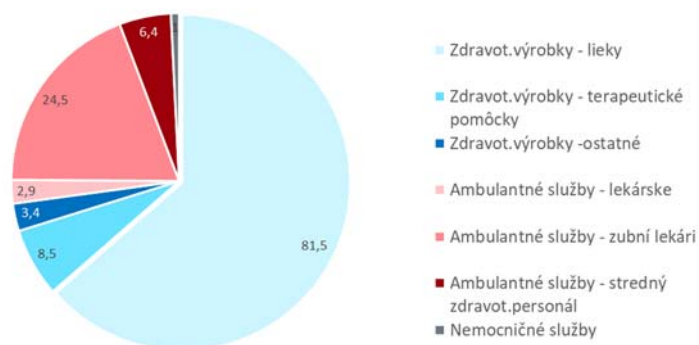
⁸ Článok 40 Ústavy: Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.



OBRÁZOK 2: PODIEL RESPONDENTOV, KTORÍ (NE)PLATILI NEJAKÝ POPLATOK PRI NÁVŠTEVE/KONTAKTE PRI ČERPANÍ DANÉHO TYPU SLUŽBY; PRIEMERNÁ VÝŠKA PLATBY PRI NÁVŠTEVE/KONTAKTE NAD PLATIACIMI RESPONDENTAMI, ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

Prekvapivo vysoké poplatky však uvádzali pacienti za návštevu v ambulanciách všeobecných lekárov a špecialistov. Keďže väčšina ambulantných lekárov má zmluvu so zdravotnými poisťovňami, očakávali by sme len administratívne poplatky, napr. za vydanie potvrdenie o zdravotnom stave. **Pre porovnanie, podľa posledného prieskumu Štatistického úradu o výdavkoch domácností⁹ zaplatil dospelý obyvateľ Slovenska za ambulatné lekárske služby 2,9€ ročne v roku 2020 a bolo to porovnateľné s 3,2 € v roku 2015.**

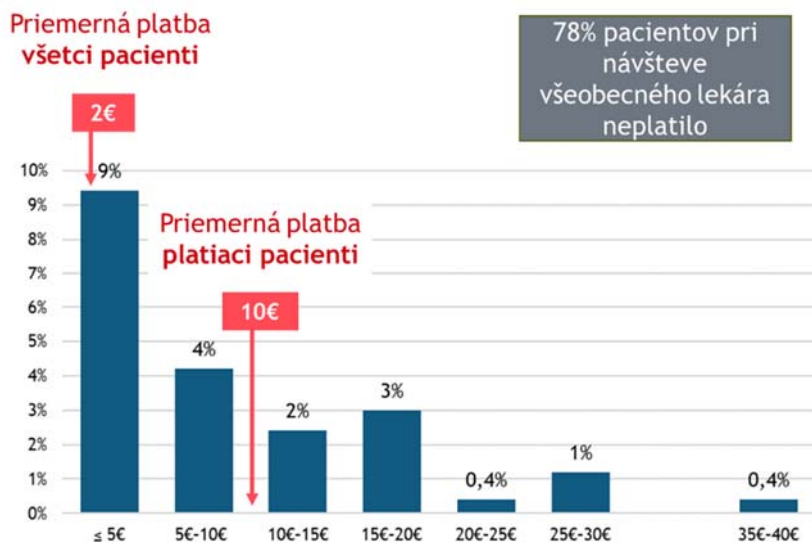
⁹ Štatistický úrad Slovenskej republiky: Analýza príjmov a výdavkov súkromných domácností v SR v rokoch 2020 a 2015 (2023)

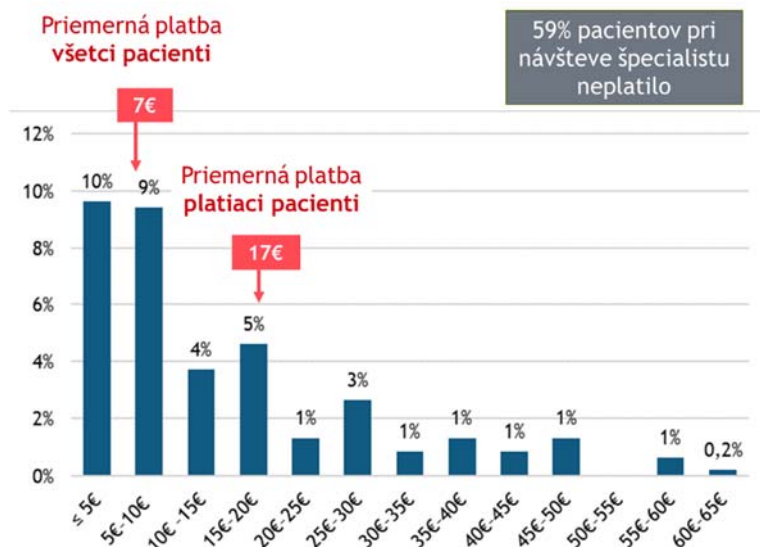


OBRÁZOK 3: VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ ZA ZDRAVIE NA OSOBU A ROK V EUR, 2020, ZDROJ: ŠTATISTICKÝ ÚRAD, ANALÝZA PRÍJMOV A VÝDAVKOV DOMÁCNOSTÍ

Na základe odpovedí pacientov z augusta 2023, platil **každý piaty pacient (22%) v ambulancii všeobecného lekára nejaký poplatok a spolu to bolo nad platiacimi pacientami v priemere 10 € za návštevu. U špecialistov platili nejaký poplatok až 4 z 10-tich pacientov (41%) a spolu to bolo nad platiacimi pacientami v priemere 17 € za návštevu.**

Výška poplatku sa pohybovala od 1 do 20 € v ambulanciách všeobecných lekárov, pričom najčastejšie to bola suma do 5 € (9% všetkých pacientov v prieskume, vrátane tých, čo neplatili). V ambulanciách špecialistov bola väčšia variabilita. Poplatky sa pohybovali od 1 po 65 €, pričom najčastejšie to bolo do 10 € (10% do 5 € a 9% medzi 5 a 10 € opäť zo všetkých pacientov v prieskume, vrátane pacientov ošetrených bez poplatku, Obrázok 4).





OBRÁZOK 4: PODIEL PACIENTOV A VÝŠKA PLATIEB U VŠEOBECNÝCH LEKÁROV A ŠPECIALISTOV, ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

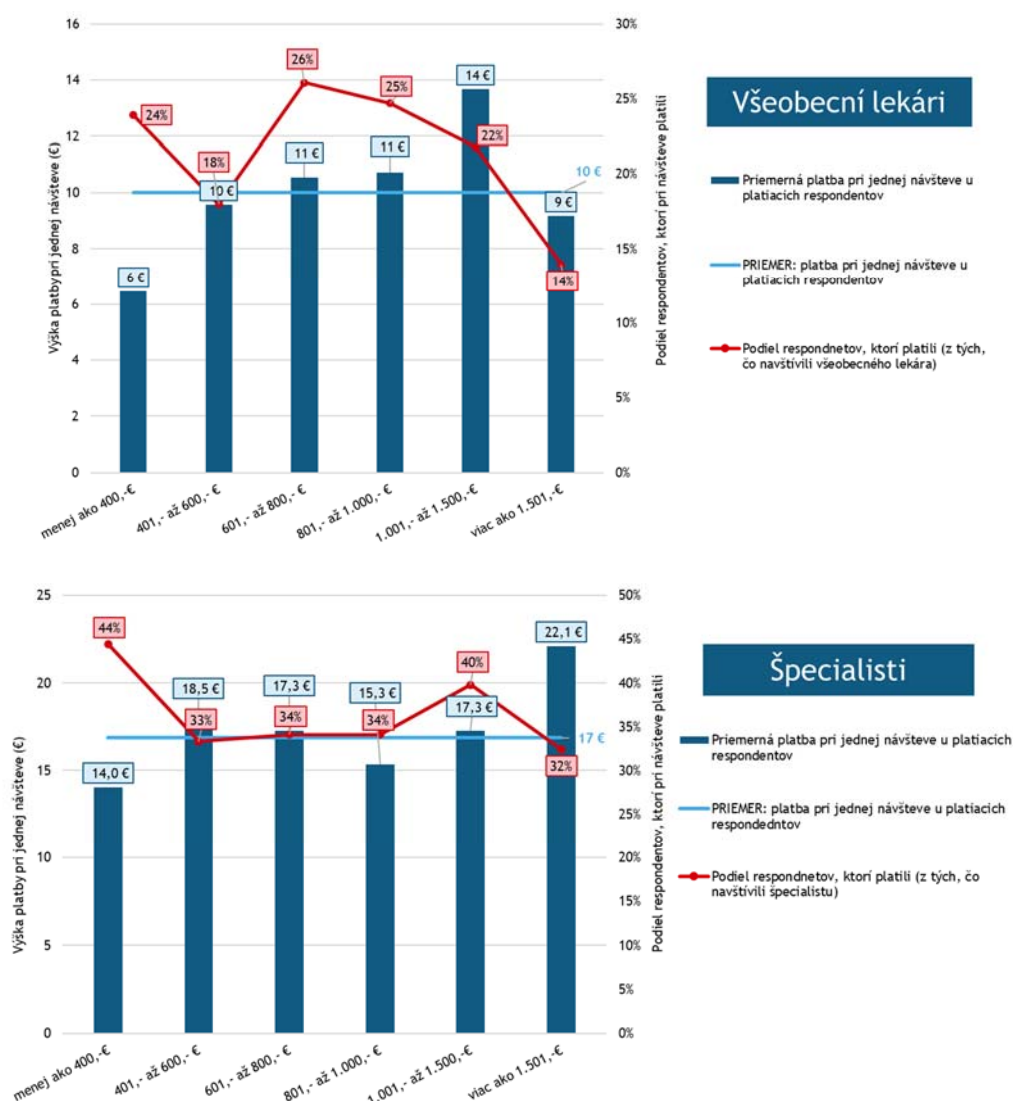
Na základe údajov z prieskumu sa pokúsime spraviť odhad rozsahu poplatkov v ambulantnej oblasti a priemerného ročného výdavku na občana na ambulantnú starostlivosť. Podľa zverejnených informácií je na Slovensku ročne približne 55 000 000 ambulantných návštev dospelých pacientov. Predpokladáme, že zhruba 40% návštev sú ošetrenia u všeobecných lekárov a zvyšok u špecialistov. Vo výpočte zahrňujeme aj preventívne prehliadky, pretože aj tu predpokladáme možnosť existencie poplatku. Na základe týchto informácií odhadujeme, že **dospelý obyvateľ Slovenska v priemere ročne zaplatí na poplatkoch v ambulanciách všeobecných lekárov a špecialistov spolu 64 €.** Celkový ročný objem peňazí vybraných na poplatkoch dospelých pacientov v ambulanciách by tak predstavoval cca 280 mil. €.

Uvedené prieskumy sú porovnateľné čiastočne, pretože boli použité odlišné metodiky aj keď oboje nad reprezentatívnou vzorkou. Štatistický úrad sa pozerá na výdavky náhodnej vzorky domácností za rok 2020 na rôzne oblasti, vrátane zdravotnej starostlivosti. V prieskume zmuseli boli použité údaje za posledný štvrtrok 2023 a len nad obyvateľmi, ktorí boli pacientami, takže je pravdepodobnejšie, že si svoje výdavky lepšie pamätali. Naším cieľom nie je robiť detailné porovnanie, ale ukázať na trendy vo vývoji. Predpokladáme, že v oboch rokoch platia pacienti u ambulantných lekároch administratívne poplatky, do roku 2023 však v tejto oblasti pribudli aj ďalšie poplatky. **Uvedené podporujú aj informácie od ambulantných poskytovateľov. Tí deklarujú, že zavádzajú poplatky, aby boli schopní zabezpečiť prevádzku ambulancie,** pretože rast nákladov na prevádzku ambulancie a energie (vysoká inflácia) a na personál (preliahajúci vplyv výrazného zvýšenia platov v nemocniciach z jesene 2022) nie je dostatočne pokrytý rastom príjmov z verejného zdravotného poistenia. V aktuálnom prieskume taktiež takmer **štvrtina respondentov (22%) uviedla, že pociťuje nárast výšky poplatkov u špecialistu za posledný rok,** u všeobecného lekára tento nárast vníma 12% respondentov.

3.1 POPLATKOVÉ PEKLO - NETRANSPARENTNÉ A NEJEDNOTNÉ POPLATKY SÚ NAJMÄ V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI A PACIENTOV ZNEISŤUJÜ

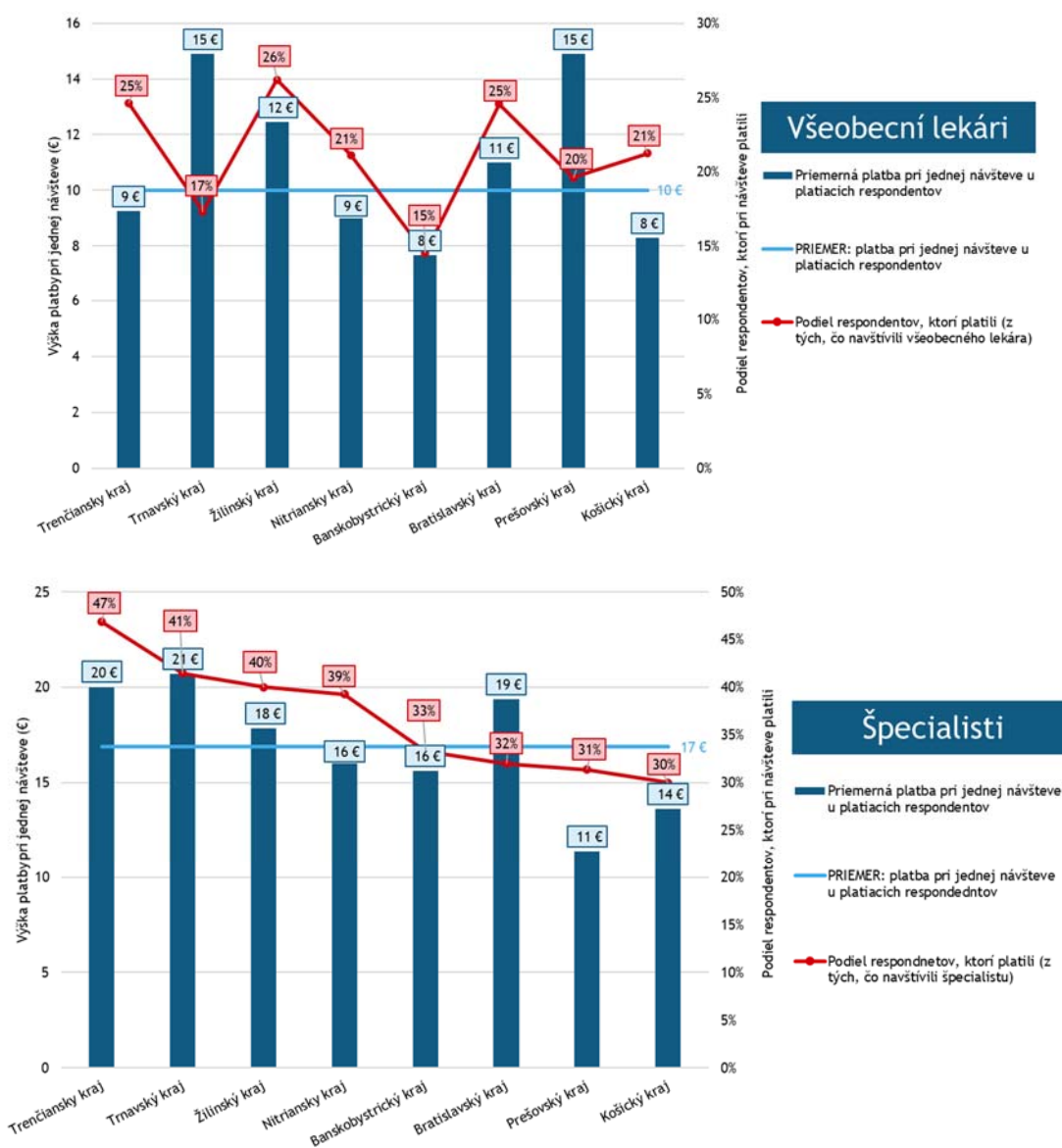
Podľa prieskumu sa pacienti obávajú výšky poplatkov u konkrétneho lekára a ich neprehľadnosti. **S tvrdením „poplatky sú netransparentné – človek nikdy presne nevie či a koľko bude platiť. Každý lekár to má inak.“** súhlasilo až 88% respondentov (49% „úplne súhlasí“ a 39% „skôr súhlasí“).

Až štvrtina respondentov zažila v poslednom roku situáciu, kedy odložila návštevu lekára z dôvodu obavy z výšky poplatkov alebo boli pre nich poplatky v danej chvíli príliš vysoké. Návštevu lekára odkladali vo vyššej miere ženy (27% žien a 20% mužov) a najmä ľudia s najnižšími príjmami. V najnižšej príjmovej kategórii (čistý mesačný príjem menej ako 600€) bol podiel ľudí, ktorí odložili návštevu lekára až 35%, kým v kategórii s príjmom 1 501€ – 3 000€ to bolo len 8% pacientov. Podľa respondentov platil poplatky za návštevu u všeobecných lekárov aj špecialistov **porovnateľný podiel pacientov takmer vo všetkých príjmových skupinách** (Obrázok 5). U skupín s najnižším príjmom do 400€ bola výška poplatku nižšia ako u všeobecných lekárov, tak u špecialistov, u ostatných príjmových skupín už bola výška poplatkov porovnateľná. Nižší podiel platiacich pacientov a nižšia výška poplatku u všeobecných lekárov u najvyššej príjmovej kategórie môže byť spôsobená častejšou platbou ročných poplatkov a nie poplatkov za návštevu.



OBRAZOK 5: POPLATKY A SOCIOEKONOMICKÝ STATUS - VÝŠKA POPLATKU PODĽA ČISTÉHO MESAČNÉHO PRÍJMU RESPONDENTOV A PODIEL PACIENTOV, KTORÍ PLATILI NEJAKÝ POPLATOK PRI NÁVŠTEVE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA (HORNÝ GRAF) ALEBO ŠPECIALISTU (DOLNÝ GRAF); ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

Na úrovni krajov je veľká variabilita v platení poplatkov – ale podobne ako pri socioekonomickom statuse, podobné podiely pacientov zo všetkých krajov, aj z ekonomicky slabších, deklarovalo, že platia poplatky. Ich výška sa v priemere pohybovala od 8 € (Košický) po 15 € (Prešovský a Trnavský) za návštevu u všeobecného lekára a od 11 € (Prešovský) pod 21 € (Trnavský) za návštevu špecialistu.



OBRAZOK 6: POPLATKY PODĽA KRAJOV - VÝŠKA POPLATKU PODĽA KRAJA RESPONDENTOV A PODIEL PACIENTOV, KTORÍ PLATILI NEJAKÝ POPLATOK PRI NÁVŠTEVE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA (HORNÝ GRAF) ALEBO ŠPECIALISTU (DOLNÝ GRAF); ZORADENÉ PODĽA PODIELU PLATIACICH PACIENTOV U ŠPECIALISTOV, ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

Častým argumentom proti zavedeniu poplatkov je obava zo zníženia dostupnosti starostlivosti pre zraniteľné skupiny. Pokračovanie v súčasnej situácii a tvárenie sa, že netransparentné poplatky a nedofinancovanie zdravotníctva neexistuje, však tento problém vytvára už dnes. Odhadovaná priemerná suma poplatkov 64 € nie je zanedbateľná a týka sa všetkých príjmových skupín i krajov. **Neznamená to však, že poplatky je treba zakázať. Ich výška je porovnateľná s výškou iných výdavkov domácností, napr. úhrady za mobilný paušál (odhadom 150 € ročne) alebo výdavkami na alkohol a tabak - 127 € ročne (2020, ŠÚ SR).** Vzhľadom na ich celkový objem v rozpočte zdravotníctva (odhadom 280 mil. €) zakázanie poplatkov bez náhrady asi nie je možné. Avšak je potrebné ich zjednotiť, pretože **v systéme neregulovaných poplatkov, bez ochranného limitu na celkovú výšku poplatkov za rok, neexistujú nástroje na ochranu najzraniteľnejších občanov,** ktorí nemajú dostatočný príjem na platenie poplatkov **alebo sú veľmi chorí,** musia navštíviť viac lekárov a ich celkové ročné poplatky sú vysoké.

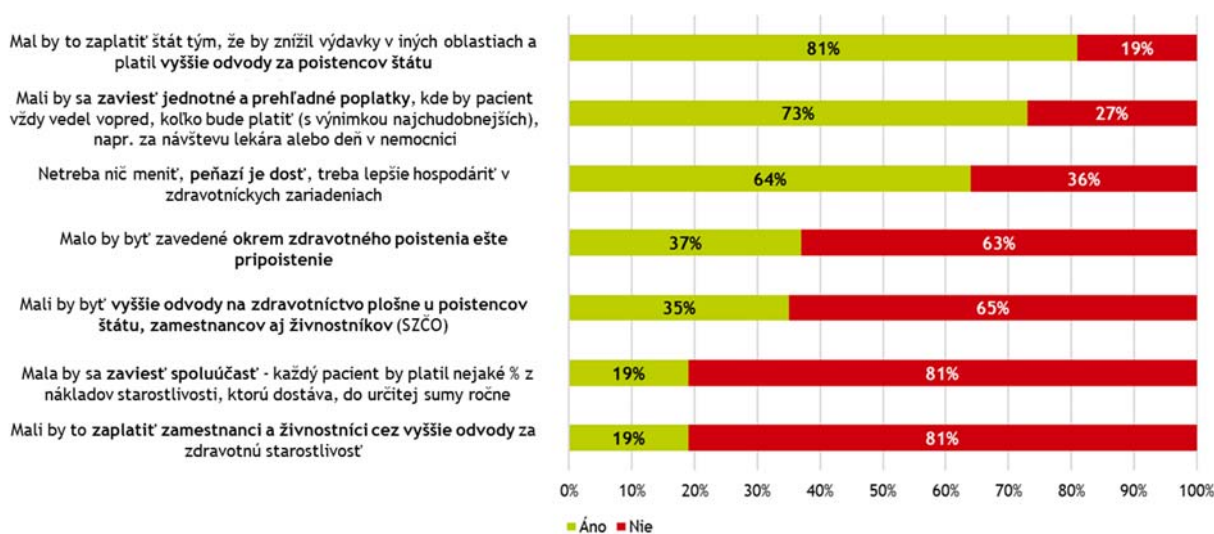
3.2 PACIENTI PODPORUJÚ 3 RIEŠENIA DOFINANCOVANIA - VYŠŠIA PLATBA ŠTÁTU, JEDNOTNÉ POPLATKY A BOHATŠÍ AJ PRIPOISTENIE

Vzhľadom na výšku poplatkov a množstvo problémov s nedostupnosťou starostlivosti, si začínajú pacienti uvedomovať potrebu dofinancovať zdravotníctvo. Predložené návrhy riešení k hodnoteniu pacientami vychádzali v prvom rade z rešerše nastavenia financovania v dobre fungujúcich systémoch zdravotníctva (dostatok verejných zdrojov). Zahŕňali taktiež aj témy, ktoré sa pravidelne objavujú v programovom vyhlásení vlády (zavedenie pripoistenia) alebo boli diskutované na odborných fórach a v predvolebných diskusiách (zavedenie spoluúčasti) alebo „netreba robiť nič, peňazí je dost“. Respondentov sme sa pýtali na ich postoj ku každému navrhovanému riešeniu na dofinancovanie zdravotníctva, takže mohli vybrať viacero súčasne.

Najpreferovanejším riešením bolo (podľa očakávaní) navýšenie platby štátu (81% respondentov). Hneď druhé však skončili „jednotné a prehľadné poplatky, kde by pacient vždy vedel vopred, koľko bude platiť (s výnimkou najchudobnejších), napr. za návštevu lekára alebo deň v nemocnici.“ (73%). Zdá sa, že pacienti si uvedomujú, že poplatky už v zdravotníctve existujú a pri súčasnom deficite verejných financií nie je možné, aby všetko zaplatil štát.

Časť pacientov si naďalej myslí, že peňazí je v zdravotníctve dostatok a netreba nič robiť (64%). To súvisí pravdepodobne s dlhodobým sústredením sa na tému efektívnosti v zdravotníctve. Efektívnosť je dôležitá, ale primárnou úlohou zdravotníctva je starostlivosť o zdravie. Ďalším možným vysvetlením je, že prieskum sa zameriaval len na skúsenosti z posledných 3 mesiacov s cieľom mať čo najpresnejšiu spomienku na platby za zdravotnú starostlivosť. V tak krátkom období sa však len zhruba 1/3 respondentov stretla s poplatkami v ambulanciách. Ostatní v tomto období platili poplatky v iných typoch starostlivosti, z nich viaceré sú formálne, predvídateľné a dlhodobo známe – napríklad poplatky za lieky alebo návštevu pohotovosti.

Na Slovensku máme v rozpočte na zdravotníctvo o 400 eur ročne menej na pacienta ako v Českej republike, tj. spolu o 2 miliardy Eur ročne menej. Ako by sa podľa vás mali získať tieto chýbajúce prostriedky?

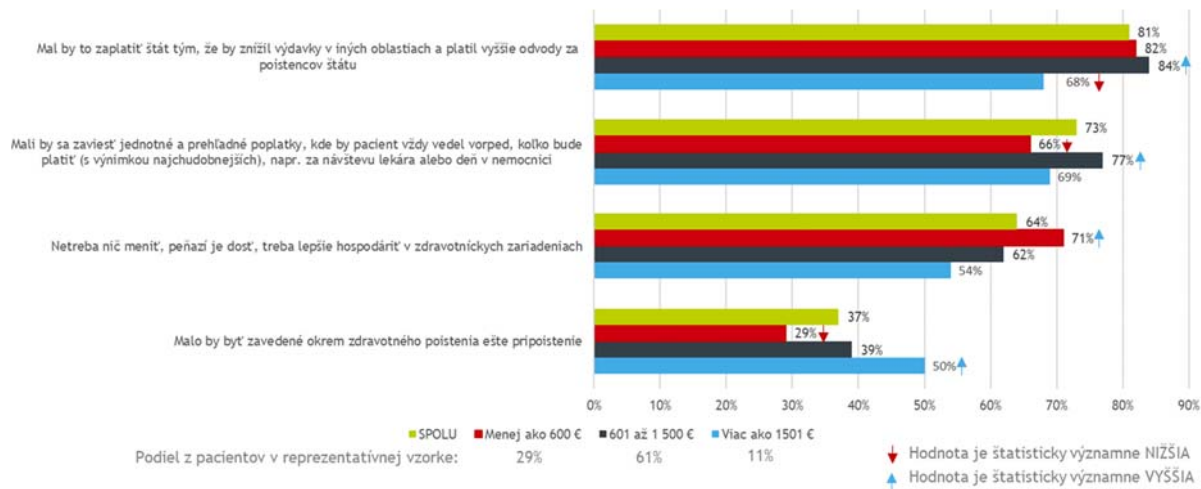


OBRÁZOK 7: POSTOJE PACIENTOV V PRIESKUME K NAVRHOVANÝM RIEŠENIAM; ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

Ďalším zaujímavým zistením nad celou vzorkou pacientov je, že **poplatky sú pre občanov výrazne akceptovateľnejším riešením ako napríklad percentuálna spoluúčasť (19%) alebo vyššie odvody zamestnancov a živnostníkov (19%).**

Pacienti sa líšia v podpore riešení podľa výšky príjmu (obrázok 8). **Zavedenie jednotných poplatkov má štatisticky významne vyššiu podporu u pacientov s príjmom medzi 601 € až 1500 € (77% podpora, 61% pacientov vo vzorke). Pacienti s príjmom vyšším ako 1500 € oproti ostatným skupinám menej často podporujú riešenie zvýšením platby štátu alebo zavedením poplatkov, ale štatisticky významne častejšie preferujú zavedenie pripoistenia (50% podpora, 11% pacientov vo vzorke). V skupine pacientov s príjmom do 600 € je poradie preferencií odlišné ako v priemere populácie (29% pacientov vo vzorke). Najpreferovanejšou možnosťou je „zvýšenie platby štátu“ (82%, podobne ako priemer), nasleduje „peňazí je dosť“ (71%, štatisticky významne vyššie ako priemer 64%) a až potom „zavedenie jednotných a transparentných poplatkov (s výnimkou najchudobnejších) – (66%, štatisticky významne nižšie ako priemer 73%). Paradoxne sprehľadnenie poplatkov má najväčší prínos práve pre túto skupinu. Transparentné a jednotné poplatky s ochranným limitom zaisťujú lepšiu dostupnosť lekára hlavne pre nízko príjmové skupiny, čo zamedzí súčasnému problému s odkladaním návštev z dôvodu poplatkového pekla. Dôležitú rolu v oblasti poplatkov by mohli hrať zdravotné poisťovne, aby lekár nemusel preverovať sociálnu situáciu pacienta ani nemusel nič významné navyše vykazovať. Poisťovne by mohli viesť evidenciu ako aj priebežné zúčtovanie s pacientom, podobne ako v Holandsku.**

Postoje podľa VÝŠKY PRÍJMU: Na Slovensku máme v rozpočte na zdravotníctvo o 400 eur ročne menej na pacienta ako v Českej republike, tj. spolu o 2 miliardy Eur ročne menej. Ako by sa podľa vás mali získať tieto chýbajúce prostriedky?



OBRAZOK 8: ROZDIELY V POSTOJOCH PACIENTOV V PRIESKUME K NAVRHOVANÝM RIEŠENIAM PODĽA PRÍJMOVEJ SKUPINY; ZDROJ: REPREZENTATÍVNY PRIESKUM Z AUGUSTA 2023

4 VIAC PEŇAZÍ PRE ZDRAVIE: AKO TO VIDIA POLITICI

To, aké riešenia budú v oblasti dofinancovania zdravotníctva prijaté závisí aj od rozdelenia politickej moci po voľbách. Publikácia bola písaná v čase tesne pred voľbami a po voľbách, preto sa venujeme stranám, ktoré sa dostali do parlamentu a majú teda potenciál byť súčasťou vlády alebo navrhovať zákony, ktoré budú formovať slovenské zdravotníctvo počas najbližších 4 rokov.

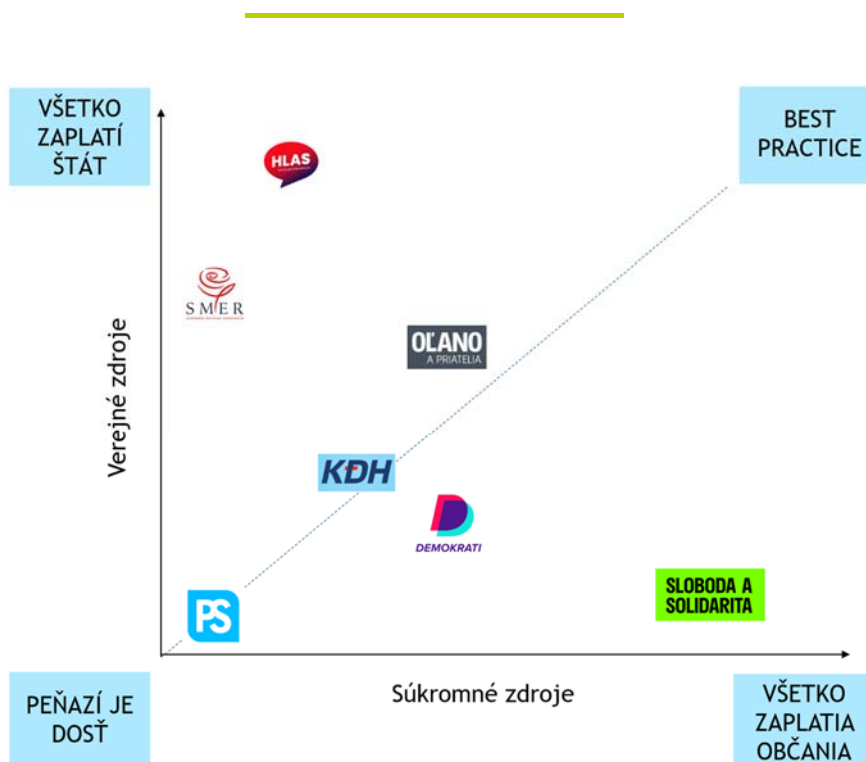
Zaujímalo nás, či strany vnímajú potrebu navýšenia priebežného rozpočtu na zdravotnú starostlivosť a ak áno, aké riešenia by chceli presadiť¹⁰. **Chápeme to ako ich prvú/ preferovanú voľbu, o iných možnostiach riešenia bude potrebné detailnejšie diskutovať.** Politické strany sme sa následne snažili na základe ich pozície umiestniť na osiach „verejné zdroje“ a „súkromné zdroje“ podľa toho, v akej miere navrhujú využiť potenciál týchto zdrojov na investovanie do zdravotnej starostlivosti. **V tejto publikácii sme sa nepozerali na ich investičné zámery, napríklad do budovania nemocníc.** Pre zjednodušenie sme strany rozdelili do štyroch kategórií podľa toho, ku ktorej východiskovej pozícii majú na základe umiestnenia na osiach najbližšie:

- 1) **„Peňazí je dost“** – dôraz na zvyšovanie efektivity, bez plánovaného navyšovania rozpočtu alebo zavádzania poplatkov/spoluúčasti
- 2) **„Treba pridať a všetko zaplatí štát“** – navýšenie rozpočtu na zdravotníctvo znížením výdavkov v iných oblastiach štátneho rozpočtu (bez dodatočného daňovo-odvodového zaťaženia), bez zavádzania poplatkov a spoluúčasti
- 3) **„Treba pridať a všetko zaplatia občania“** – zavedenie poplatkov, pripoistenia alebo spoluúčasti, bez navyšovania zdrojov zo štátneho rozpočtu
- 4) **„Treba pridať od občanov aj od štátu“** – kombinácia navýšenia štátneho rozpočtu a zavedenia poplatkov, pripoistenia alebo spoluúčasti

Pri zohľadnení pripoistenia ako súkromného zdroja by sa mohlo zdať, že žiadna strana nespadá do kategórie 1) alebo 2). Pripoistenie je dlhodobou „povinnou jazdou“ zdravotníckych programov a aspoň okrajovo ho spomína každá zo strán. Tu sme sa teda snažili rozlišovať, do akej miery majú strany premyslený koncept pripoistenia a či ho skôr plánujú „nezakázať“, alebo aktívne podporiť.

Nasledujúci obrázok ilustračne vyjadruje pozície strán vo vzťahu k investovaniu do zdravia a dofinancovania zdravotníctva:

¹⁰ Napriek našej snahe čo najdôslednejšie zmapovať postoje jednotlivých strán sa nám nepodarilo zaradiť stranu SNS, ktorá zdravotníctvu venovala iba jeden odsek svojho programu a téme financovania sa vôbec nevenovala.



4.1 „PEŇAZÍ JE DOSŤ“

K tejto pozícii má najbližšie strana **Progresívne Slovensko**, ktorá sa chce v prvom rade sústrediť na efektívnejšie riadenie a re-organizáciu finančných priorít v rámci sektora. V ich programe sme nenašli zmienku o plánovanom dofinancovaní štátom ani zavedení spoluúčasti. Poplatky v ambulantnej sfére strana plánuje „upratať“, čomu je možné rozumieť od zavedenia jednotných poplatkov až po „zakázanie a prísnejšiu reguláciu“. Strana tiež deklaruje, že „poist'ovniam dá možnosť vytvorenia nadštandardných balíčkov na výkony a služby, ktoré nemajú vplyv na medicínsku kvalitu a bezpečnosť.“ Z komunikácie v rôznych diskusiách je však možné usúdiť, že téma pripoistenia nie je pre stranu kľúčová a nie je možné očakávať, že štát bude jeho zavedenie aj aktívne podporovať.

Zaujímavé bolo zistenie nad potenciálnymi voličmi Progresívneho Slovenska podľa ich postoja z augusta 2023. Významne častejšie ako voliči ostatných strán vnímali potrebu zmeny vo financovaní zdravotných služieb. Kým v celkovej vzorke respondentov sa s výrokom „Netreba nič meniť, peňazí je dosť, treba lepšie hospodáriť v zdravotníckych zariadeniach“ stotožňuje 64% respondentov, spomedzi voličov PS je to iba 49%. Transparentné poplatky boli podľa prieskumu akceptovateľné pre 80% voličov PS (73% všetkých respondentov) a pripoistenie pre 54% voličov PS (37% všetkých respondentov).

4.2 „TREBA PRIDAŤ A VŠETKO ZAPLATÍ ŠTÁT“

Strany v tejto kategórii podľa predvolebných informácií uznávajú, že do zdravotníctva treba investovať a je potrebné navýšiť priebežný rozpočet. Avšak majú skôr tendenciu odmietať poplatky alebo rozsiahlejšiu spoluúčasť. Do tejto kategórie možno zaradiť strany **Smer-SSD** a **Hlas-SD**.

Strana **Hlas** tvrdí, že „*platba štátu za štátnych poistencov by mala byť minimálne vo výške odvodu z minimálnej mzdy*“, čo by v roku 2023 znamenalo 98€¹¹ mesačne (platba štátu v r. 2023 je nastavená na 51 €). Išlo by dokonca o navýšenie nad úroveň Českej republiky (80€ mesačne v r. 2023). Program strany Hlas však nehovorí o tom, v akom horizonte plánuje dosiahnuť túto úroveň, ani odkiaľ plánuje získať pre zdravotníctvo toľko peňazí. K téme pripoistenia a spoluúčasti sa Hlas stavia opatrne. Ako nutnú podmienku pre tieto úvahy vníma dofinancovanie štátom, až potom je ochotný otvoriť „*odbornú, verejnú a širokú diskusiu o možnostiach pripoistenia, či spoluúčasti pacienta*“.

Podobne aj strana **SMER** „*považuje zvýšenie platby štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov za nevyhnutné*“. Neuvádza však, o koľko, ani v akom horizonte, je teda otázne, čo presne môžeme očakávať. K pripoisteniu ani spoluúčasti sa strana vo svojom programe vôbec nevyjadruje. Tieňový minister zdravotníctva za SMER Vladimír Baláž odmietol rozdelenie nároku pacienta v zmysle lacnejšej a drahšej varianty liečby¹². Chápeme to tak, že sa jedná o konkrétnu liečbu, nie služby s ňou súvisiace, pretože zároveň komunikoval ambíciu vytvárať poisťovacie produkty po dohode so zdravotnými poisťovňami, napríklad na kúpeľnú liečbu či rehabilitáciu¹³.

4.3 „TREBA PRIDAŤ A VŠETKO ZAPLATIA OBČANIA“

Na druhej strane stoja strany, ktoré hľadajú riešenie dofinancovania zdravotníctva predovšetkým v súkromných zdrojoch. Do tejto kategórie patrí **Sloboda a Solidarita**. Vo svojom programe plánuje zavedenie platby za poistencov štátu vo výške 4,5% z priemernej mzdy spred 2 rokov, teda udržanie súčasného stavu. Ďalšie plánované navýšovanie SaS neavizovala. Ako jediná však pomerne konkrétne popisuje svoju predstavu o zavedení poplatkov v ambulantnej sfére. Poplatky by podľa Sas mali byť zavedené u špecialistov (nie však v primárnej sfére u všeobecných lekárov) a mali by mať formu regresívneho poplatku pri každej návšteve „*(napr. 5 eur pri prvej návšteve, 3 eur pri druhej návšteve, 1 euro za každú ďalšiu návštevu)* a s ochrannými pásmami pre odkázaných a výhodami pre zodpovedných pacientov.“ Sas má zároveň v pláne definíciu nároku pacienta a zavedenie striktné regulovanej spoluúčasti, ktorá bude mať nastavený ročný strop, znížený pre zraniteľné skupiny obyvateľov. Definícia nároku vytvorí priestor pre pripoistenie, ktoré môže pokrývať napríklad „*isté typy ochorení, následnú zdravotnú starostlivosť a dlhodobú zdravotnú starostlivosť nad rámec nároku*“.

4.4 „TREBA PRIDAŤ OD OBČANOV AJ OD ŠTÁTU“

Náznaky záujmu o využitie kombinácie verejných a súkromných zdrojov pre dofinancovanie zdravotníctva pozorujeme u troch politických strán – **KDH, OĽANO a Demokrati**. Návrhom v ich programoch často chýba konkrétnosť, preto ich navrhujeme interpretovať obozretne a bude potrebná ďalšia diskusia.

¹¹ [https://www.podnikajte.sk/vypocet-cistej-](https://www.podnikajte.sk/vypocet-cistej-mzdy?input_rok=2023&input_typ=1&input_vstup=700&input_nczd=true&input_deti_pod=0&input_deti=0&input_deti_nad=0)

[mzdy?input_rok=2023&input_typ=1&input_vstup=700&input_nczd=true&input_deti_pod=0&input_deti=0&input_deti_nad=0](https://www.podnikajte.sk/vypocet-cistej-mzdy?input_rok=2023&input_typ=1&input_vstup=700&input_nczd=true&input_deti_pod=0&input_deti=0&input_deti_nad=0)

¹² <https://www.ozdravme.sk/Dokument/101162/ozdravme-podcast-vladimir-balaz-smer-boli-sme-opiti-mocou-a-v-zdravotnictve-sme-spravili-prilis-malo.aspx>

¹³ Predvolebná diskusia *Zdravotníctvo pred kolapsom*, 9. 8. 2023

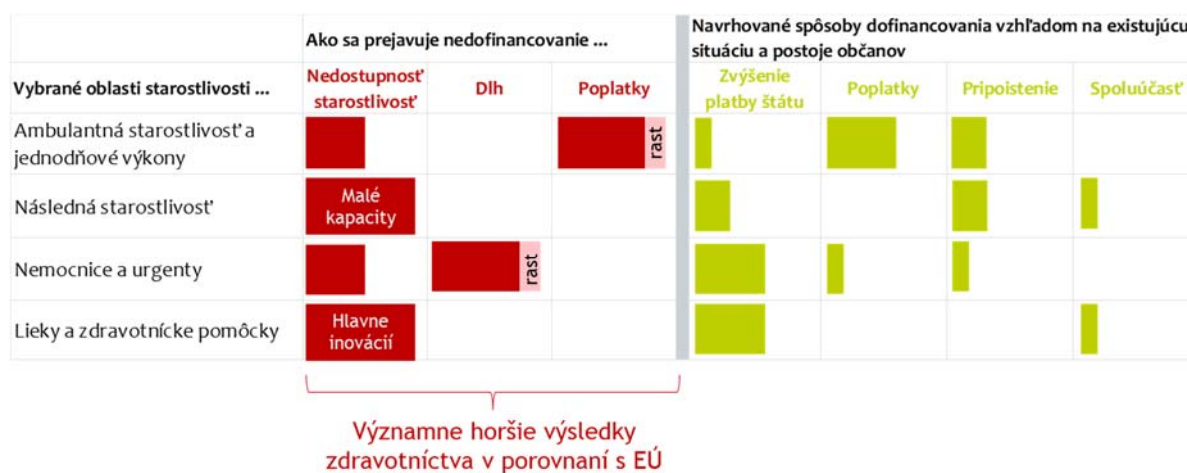
Strana **KDH** vo svojom programe hovorí o problémoch podfinancovania sektora, konkrétne riešenia však neformuluje. Hovorí predovšetkým o regulácií poplatkov, sľubuje však „*zadefinovať nárok pacienta a služby, ktoré môžu byť predmetom pripoistenia.*“. Pri týchto službách chce KDH „*zaviesť cenové rozmedzie, ktoré môže lekár alebo nemocnica od pacienta požadovať.*“ K navýšeniu platby za poistencov štátu sa KDH v programe nevyjadruje, ale tieňový minister Peter Stachura v rozhovore pre portál Ozdravme.sk hovorí, že je to jediný schodný spôsob dofinancovania a ako minister plánuje tieto zdroje nájsť¹⁴.

Ďalšou stranou, ktorá vo svojom programe navrhuje kombináciu financovania z verejných a súkromných zdrojov je **OLANO**. Ich cieľom je naviazanie financovania na hrubý domáci produkt tak, aby sa podiel financií na zdravotníctvo postupne navyšoval smerom k európskemu priemeru, každoročne o 0,3% HDP. OLANO zároveň navrhuje zavedenie pripoistenia na „*výber operatéra, nemocnicu alebo lekára mimo regiónu, nadštandardnú izbu a iné nemocničné doplnkové služby, ošetrovanie a liečbu v zahraničí, zubnú a úrazovú starostlivosť, komplementárnu starostlivosť, ale aj starostlivosť nad rámec základného balíka ošetrovateľských služieb, nepreplácaných liekov, medicínskych produktov atď.*“ Ide o pomerne širokú množinu služieb z oblasti vyššieho komfortu služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Viacero krajín v Európe má pripoistenie hlavne na túto oblasť.

¹⁴ <https://www.ozdravme.sk/Dokument/101205/ozdravme-podcast-peter-stachura-kdh-v-zdravotnictve-potrebujeme-siroky-politicky-konsenzus.aspx>

5 AK ŠTÁT NEZABEZPEČÍ DOSTATOK ZDROJOV PRE ZDRAVOTNÍCTVO, STAROSTLIVOSŤ BUDE NEDOSTUPNÁ, NARASTIE DLH I POPLATKY

Ako ukázali výsledky prieskumu zameraného na zmeranie aktuálnych poplatkov, nedostatok financií sa prejavuje najmä nárastom poplatkov v ambulantnej oblasti. V ostatných oblastiach nie je jednoduché zaviesť poplatky. Nedostatok zdrojov sa tam preto prejavuje skôr nedostupnosťou starostlivosti – odmietaním pacienta, predlžovaním čakacích dôb na operácie, nedostupnými inovatívnymi liekmi napríklad na rakovinu alebo zadlžovaním nemocníc. Ak zdravotníctvo nebude dofinancované, tieto prejavy sa budú prehlbovať.



OBRÁZOK 9: ILUSTRÁCIA PREJAVOV NEDOFINANCOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA; VEĽKOSTI OBDĽŽNIKOV NAZNAČUJÚ VEĽKOSŤ PROBLÉMU A RÔZNE FORMY PREJAVU

Zavedenie spoluúčasti na všetky typy starostlivosti by teoreticky mohlo pomôcť všetkým oblastiam starostlivosti, lebo by sa mohla vyberať ako v nemocniciach tak v ambulanciách alebo pri liekoch. Hoci sa téma spoluúčasti často spomína v odborných aj politických diskusiách, je pomerne ťažko presaditeľná. A to nielen na Slovensku. Rozsiahlejšia spoluúčasť existuje vo verejnom zdravotnom poistení v Európe len vo Francúzsku a Slovinsku. V oboch prípadoch bola zavedená spolu s povinným prípoistením, ktoré znamená de facto nepriame navýšenie zdravotných odvodov. Zavedenie spoluúčasti alebo navýšenie zdravotných odvodov pacienti v prieskume hodnotili ako najmenej preferované alternatívy - percentuálna spoluúčasť i zvýšenie zdravotných odvodov zamestnancov a živnostníkov je akceptovateľné zhodne len pre 19% občanov.

Najpopulárnejšie riešenie pre dofinancovanie zdravotníctva je podľa očakávaní doplnenie verejných zdrojov zvýšením platby štátu. Akceptovalo by ho až 81% občanov. Toto riešenie navrhovalo v predvolebných programoch i viaceré politických strán. Nájst' peniaze pre zdravotníctvo si vyžaduje znížiť výdavky v iných oblastiach. Zároveň je v súčasnosti veľký tlak na znížovanie deficitu verejných financií. Investovať do zdravotníctva sa oplatí, pretože zdraví občania môžu pracovať a zvyšovať bohatstvo i zdravotné odvody krajiny. Zvyšovanie platby štátu však bude obmedzenejšie vzhľadom na deficit verejných financií a preto bude potrebné hľadať riešenia aj v ďalších oblastiach. Zaviesť viac priamych platieb je u občanov pochopiteľne menej populárne. **Avšak pacienti, ktorí mali nedávnu skúsenosť u lekára sú si vedomí potreby dofinancovania. Najakceptovanejším súkromným zdrojom sú zrejme preto jednotné a transparentné poplatky, ktoré by bolo ochotných akceptovať až 73% občanov. Okrem toho by bolo možné využiť i záujem**

bohatšej skupiny obyvateľstva o pripoistenie – až 50% občanov s príjmom nad 1500 € podporilo zavedenie pripoistenia.

Ako ukazuje prieskum, poplatky v ambulanciách sú pomerne rozsiahle a nebude ich možné „len“ zakázať. V prepočte zaplatí ročne dospelý pacient v priemere 64€ za ošetrovanie všeobecného lekára a špecialistu a spolu to predstavuje odhadom 280 mil. €. Je veľmi pravdepodobné, že časť poskytovateľov ešte poplatky nezaviedla a čaká na nastavenie rozpočtu zdravotníctva na rok 2024 novou vládou. Prínosom zavedenia jednotných a transparentných poplatkov s ochranným limitom na celkovú sumu by mohlo byť:

- 1) **Rovnomernejšie nastavenie poplatkov a nižšie sumy.** Ako ukazujú zistenia v prieskume, dnes sú poplatky rozdistribuované veľmi nerovnomerne. 60% pacientov neplatí u špecialistov vôbec, 40% však platí v priemere až 17€ za návštevu a to bez ľudí s vyšším i nižším príjmom. Jednotné poplatky by umožnili nastaviť ich v nižších sumách, prípadne i rozšíriť ich na služby spojené s pobytom v nemocnici – strava a ubytovacie služby. Zaisťovalo by sa tak lepší rozpočet na ambulantnú a prípadne i nemocničnú starostlivosť.
- 2) **Ochrana sociálne slabších.** Systémy, v ktorých funguje nejaká forma poplatkov majú vždy nastavené limity pre maximálne ročné sumy, po presiahnutí ktorých už pacient poplatky neplatí. Jednotné poplatky taktiež umožňujú zaviesť dotácie najchudobnejším, pretože je možné odhadnúť, koľko v priemere zaplatia. V súčasnom systéme voľnej tvorby poplatkov to nie je možné – niektorí pacienti platia, iní nie. V prípade dotácií, ambulancia tak nepríde o svoj príjem len preto, že poskytuje starostlivosť v ekonomicky slabšom regióne a chce byť ohľaduplná voči chudobnejším pacientom.
- 3) **Možnosť vyňatia vybraných typov zdravotnej starostlivosti, napr. prevencie.** V krajinách, v ktorých sú poplatky súčasťou systému bývajú vyňaté typy zdravotnej starostlivosti, pri ktorých dôležité, aby ich pacienti čerpali. Príkladom je prevencia alebo starostlivosť o chronicky chorých pacientov napr. s diabetom alebo vysokým tlakom. U chronicky chorých pacientov musí byť choroba a jej zhoršovanie monitorované a pacienti je treba predpisovať lieky podľa vývoja zdravotného stavu. Neregulované poplatky sa dnes pravdepodobne často týkajú i preventívnych návštev a chronických ochorení a môžu znižovať možnosti pacientov byť ošetrení u lekára, čo môže viesť k zhoršeniu zdravotného stavu a vyšším nákladom v budúcnosti.
- 4) **Predvídateľné a stabilné zdroje.** Jasné nastavenie a pravidlá pre vyberanie poplatkov dávajú možnosť plánovať a rozdeľovať zdroje v rámci systému efektívne. Poskytovatelia vedia odhadnúť svoj príjem a pacienti plánovať si svoje vlastné výdavky na zdravotnú starostlivosť v rodinnom rozpočte.
- 5) **Uvedomenie si, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo.** Krajiny, ktoré majú zavedené poplatky alebo nejakú formu spoluúčasti majú obvykle menšiu spotrebu zdravotnej starostlivosti. Uvedené by pomohlo aj znížiť nápor na zdravotnícky personál, ktorého je nedostatok a je po pandémii vyčerpaný.

Čo by teda malo nasledovať?

Ďalším krokom by malo byť modelovanie výšky poplatkov a ochranných limitov podľa reálnych možností navýšenia platby štátu v najbližších rokoch, reálneho počtu a typu ambulantných návštev a nastavenia ochranného limitu podľa rôznych socioekonomických skupín. Nastavenie stabilného a dostatočného financovania je investíciou do zdravia občanov a prosperity celej spoločnosti.



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