

Pripravme sa na dlhší život

Ako transformovať dlhodobú starostlivosť na Slovensku v ére starnutia

Henrieta Tulejová
Kristína Kroková
Marek Tomka

advance institute | HEALTHCARE MANAGEMENT

Jeseň 2026

Za podporu vzniku tejto publikácie ďakujeme

PentaHospitals SLOVENSKO

Názory uvedené v tejto publikácii sú len názormi autorov a nemusia nevyhnutne odrážať názory Penta Hospitals Slovakia.

Obsah

Autori 4
Executive summary 6
Úvod 9
Starneme už dnes a budeme starnúť ešte viac 12
Pre starnúcu populáciu potrebujeme vybudovať a reorganizovať dostupnú zdravotnú a dlhodobú starostlivosť 14
Potreba posilniť systém zdravotníctva (CURE) 14
Od akútnej liečby (CURE) ku kontinuálnej podpore a starostlivosti (CARE) 18
Viac odkázaných, viac podpory a dlhodobej starostlivosti (CARE) 19
Už dnes nestíhame „betónovať“ nové pobytové zariadenia pre seniorov 21
Cesta k udržateľnej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti 24
Každý z nás by sa mal venovať prevencii a to aj vo vyššom veku 24
Transformácia zdravotníctva na meniace sa potreby stále starších pacientov 25
Menej betónu, viac komunitnej a domácej starostlivosti 27
Paliatívna starostlivosť – viac ľudskosti a nižšie náklady 29
Zdroje na dlhodobú starostlivosť 30
Možné riešenia financovania dlhodobej starostlivosti a inšpirácia v zahraničí 32
Zoznam literatúry 37

Autori



Henrieta Tulejová, ekonómka

Vyštudovala Masters in Health Policy and Management na Brandeis University v Bostone a finančný management na Fakulte manažmentu Univerzity Komenského v Bratislave. V zdravotníctve pôsobí od r. 2002. Je spoluzakladateľkou a internou lektorkou Advance Institute, ktorý poskytuje exekutívne manažérske vzdelávanie vedúcim pracovníkom v nemocniciach a zdravotných poisťovniach. Každoročne taktiež organizuje tematickú vzdelávaciu konferenciu Prague IHS. V roku 2026 bolo témou Starnutie obyvateľstva: Zásadná výzva pre zdravotné systéme, kde zaznelo aj viacero prednášok, ktoré boli inšpiráciou pre túto publikáciu.

Henrieta sa dlhodobo venuje strategickému poradenstvu v zdravotníctve. Zaujíma sa o to ako nastaviť udržateľné viaczdrojové financovanie zdravotníctva v čase starnutia populácie, návrhu inovatívnych kontraktov pre kvalitu a efektívnosť v ambulantnej i nemocničnej starostlivosti a benchmarkingu nákladov v nemocniciach. Je spoluautorkou viacerých publikácií zameraných na analýzu problémov a návrhy riešení pre udržateľné financovanie a dostupnosť zdravotníctva na Slovensku – *Zdroje pre budúce zdravie*, *Pacienti platia v ambulanciách stále viac a chcú poplatky upratať* alebo *Dobehnime Čechov v starostlivosti o mŕtvice a infarkty* – dostupné na www.advanceinstitute.cz.



Kristína Kroková, analytička

Vyštudovala financie, bankovníctvo a investovanie na Ekonomickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici, pričom časť štúdia absolvovala aj na Ghent University v Belgicku. V oblasti zdravotníctva pôsobí od roku 2026 ako analytička v Advance Healthcare Management Consulting, kde sa venuje analytickému spracovaniu dát, analýze zdravotníckych systémov na Slovensku aj v zahraničí a hľadaniu možností zefektívnenia poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti. V minulosti pôsobila ako projektová koordinátorka a analytička v Transparency International Slovensko, kde sa venovala práci s dátami, tvorbe analytických výstupov a témam verejného sektora. Vo svojej práci prepája ekonomické a analytické vzdelanie so skúsenosťami zo zdravotníctva a verejného sektora.



Marek Tomka, analytik

V roku 2024 ukončil štúdium na Slovenskej technickej univerzite v Bratislave na Katedre matematiky a deskriptívnej geometrie. V rámci inžinierskeho štúdia sa vo svojej diplomovej práci venoval použitiu machine learning metód na analýzu vplyvu faktora detský vek na náklady nemocnice v Českej republike. S Advance Consulting spolupracuje od roku 2023 ako analytik a venuje sa predovšetkým príprave a analýze dát pre benchmarking nákladov v nemocniciach ako aj matematicko-štatistickému modelovaniu.

Executive summary

SLOVENSKO STARNE RÝCHLEJŠIE, NEŽ SA NA TO PRIPRAVUJE NÁŠ SYSTÉM STAROSTLIVOSTI

Slovensko vstupuje do obdobia zásadnej demografickej zmeny. Starnutie populácie už nie je vzdialenou výzvou – podiel ľudí vo veku 65 rokov a viac sa za posledné desaťročie zvýšil o **4,8 percentuálneho bodu**, čo je druhý najvyšší nárast v EÚ. **Do roku 2040 sa počet seniorov zvýši z dnešných približne 969 tisíc na 1,2 milióna a ich podiel na populácii vzrastie z 18 % na 24 %.** Zároveň sa počet ľudí vo veku 85 rokov a viac, teda skupiny s výrazne vyššou potrebou pomoci pri každodennom fungovaní, zvýši z približne **80-tisíc na 180-tisíc – viac ako dvojnásobne**. Počet ekonomicky aktívnych ľudí pritom klesne zo 66 % na 62 % populácie. To je aj **menej ľudí zabezpečujúcich neformálnu starostlivosť. Kým dnes pripadajú na jedného seniora takmer štyria ľudia v produktívnom veku, v roku 2040 to bude už iba približne 2,5 človeka.**

Táto zmena neznamená iba viac seniorov. Bude znamenať **viac ľudí s chronickými ochoreniami, multimorbiditou, krehkosťou, demenciou a stratou sebestačnosti** a tým aj rastúcu potrebu koordinovanej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti. Tento tlak je pritom v zdravotníctve viditeľný už dnes. Hoci celkový počet hospitalizácií medzi rokmi 2019 a 2024 klesol o **9,2 %**, počet hospitalizácií ľudí vo veku 65 rokov a viac zostal zachovaný. V roku 2025 tvorili seniori **70 % hospitalizácií pre ochorenia obehovej sústavy** a viac ako polovicu hospitalizácií pre nádory a ochorenia svalovej a kostrovej sústavy.

OD SYSTÉMU CURE K SYSTÉMU CURE + CARE

Tradičné zdravotníctvo je nastavené predovšetkým na **akútnu liečbu – CURE**. Starnúca spoločnosť však potrebuje popri liečbe stále viac **CARE – kontinuálnu podporu človeka, udržanie jeho funkčnosti a pomoc pri každodennom fungovaní**. Pri staršom pacientovi s viacerými chronickými ochoreniami už nestačí liečiť jednotlivé diagnózy oddelene. Potrebujeme zabezpečiť nadväznosť medzi nemocnicou, ambulanciou, rehabilitáciou, domácou ošetrovateľskou starostlivosťou, sociálnymi službami a rodinou.

Ak takáto následná a dlhodobá starostlivosť chýba, pacienti po akútnej liečbe zostávajú odkázaní na rodinu alebo sa vracajú na pohotovosť a do nemocnice alebo sa to končí fatálne. Príkladom je starostlivosť po cievnej mozgovej príhode: Slovensko dosahuje v akútnej fáze porovnateľné výsledky s Českou republikou, ale po prepustení pacientom chýba dostatočne dostupná následná rehabilitačná starostlivosť. Výsledkom je takmer **dvojnásobná odvrátiteľná úmrtnosť na cievne mozgové príhody do 75 rokov** oproti Českej republike – 111 oproti 61 úmrtiam na 100-tisíc obyvateľov.

Preto bude potrebné presúvať časť starostlivosti **bližšie k pacientovi – z nemocníc do ambulantnej, komunitnej a domácej starostlivosti**. Základom systému by mala byť silná domáca a komunitná starostlivosť a jeden koordinovaný proces starostlivosti o pacienta. Pobytová dlhodobá starostlivosť má byť dostupná najmä ľuďom s najvyššou mierou odkázanosti.

NAJVÄČŠIA MEDZERA JE DNES V DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI

Slovensko má v porovnaní s vyspelými európskymi krajinami výrazný deficit formálnej podpory pre odkázaných seniorov. Podľa odhadov využíva domácu starostlivosť približne 18 % odkázaných seniorov, peňažné príspevky 27 % a inštitucionálnu starostlivosť 19 %. **Až 36 % odkázaných seniorov dnes podľa odhadov nedostáva žiadnu formálnu podporu**.

Systém zároveň nedokáže dostatočne rýchlo rozširovať ani pobytové kapacity. Už v roku 2022 pripadalo na približne 40-tisíc seniorov odkázaných na inštitucionálnu starostlivosť menej ako 37-tisíc miest. Ak sa má podiel nepokrytých osôb priblížiť európskemu priemeru, pri zachovaní podielov súčasných foriem starostlivosti, potrebovali by sme **15 400 nových miest v pobytovej starostlivosti, kapacity pre 20-tisíc osôb v domácej starostlivosti a zdroje na 27-tisíc nových poberateľov peňažných príspevkov**.

To však neznamená, že riešením je postaviť desaťtisíce nových pobytových zariadení. Takýto model by bol vzhľadom na budúci nedostatok pracovníkov finančne aj personálne neudržateľný. Skúsenosti Holandska a Fínska ukazujú, že udržateľnejší systém stojí na princípe **„ageing in place" – umožniť ľuďom zostať čo najdlhšie doma a poskytovať služby tam, kde žijú**.

STARNUTIE BUDE ZNAMENAŤ AJ VÝRAZNE VYŠŠIE NÁKLADY

Dlhodobá starostlivosť je na Slovensku v súčasnosti výrazne podfinancovaná. V roku 2023 predstavovali verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť iba **0,7 % HDP**, **v porovnaní s 1,5 % v Českej republike a 1,7 % v priemere EÚ**.

Projekcie preto ukazujú potrebu významného rastu zdrojov bez ohľadu na to, akú úroveň dostupnosti a kvality starostlivosti si Slovensko zvolí. V základnom scenári Ageing Reportu by výdavky na dlhodobú starostlivosť vzrástli z 0,7 % HDP v roku 2023 na približne **1,3 % HDP v roku 2040 a 2,0–2,1 % HDP v roku 2070**. Už do roku 2040 to znamená potrebu získať približne **0,6 % HDP**, teda pri predpokladanom HDP približne **0,82 mld. € ročne navyše**.

Ak však chceme zároveň zvýšiť dostupnosť a financovanie starostlivosti na úroveň porovnateľnú s Českou republikou, potreby budú vyššie. Scenár **konvergencie jednotkových nákladov k ČR** predpokladá výdavky na úrovni **1,3 % HDP v roku 2040 ale až 2,7 % HDP v roku 2070**. Scenár kombinujúci vyššie jednotkové náklady a vyššie pokrytie odkázaných ľudí vedie k **1,4 % HDP v roku 2040 a až 2,9 % v roku 2070**. Pri scenári, v ktorom by neexistovali nepokrytí a všetci odkázaní by dostali niektorú z foriem podpory, by výdavky dosiahli **1,5 % HDP v roku 2040 a 3,2 % HDP v roku 2070**.

Dôležité je tieto potreby vnímať spolu so zdravotníctvom. V základnom scenári predchádzajúcej analýzy môžu výdavky na zdravotníctvo do roku 2040 vzrásť zo súčasných približne **6,1 % na 6,9 % HDP**, čo predstavuje približne **1,9 mld. € dodatočných ročných výdavkov**. Dlhodobá starostlivosť by podľa základného scenára potrebovala ďalších približne **0,82 mld. € ročne**. Spolu ide približne o **2,7 mld. € dodatočných zdrojov ročne**, teda približne **1,4 % HDP** oproti dnešnej úrovni.

BEZ ZMENY ORGANIZÁCIE NEBUDE STAČIŤ ANI VIAC PEŇAZÍ

Financovanie však nie je jedinou výzvou. Už dnes máme nedostatok zdravotníckeho personálu a demografický vývoj ho ešte prehĺbi. **Rada pre rozpočtovú zodpovednosť odhaduje, že bez ďalších opatrení by deficit sestier mohol v roku 2045 dosiahnuť takmer 7 000**. Preto nebude možné riešiť starnutie jednoduchým rozširovaním nemocničných a pobytových kapacít.

Slovensko potrebuje postupnú transformáciu smerom k systému, ktorý bude **pacientsky orientovaný, koordinovaný a postavený na prevencii, ambulantnej, komunitnej a domácej starostlivosti**. Kľúčovými krokmi sú najmä:

- posilniť prevenciu a včasnú diagnostiku aj vo vyššom veku;
- dokončiť optimalizáciu siete nemocníc a časť kapacít a ľudských zdrojov presunúť na dlhodobú zdravotnú starostlivosť;
- výrazne posilniť domácu a komunitnú dlhodobú starostlivosť;
- vytvoriť funkčnú koordináciu zdravotnej, dlhodobej starostlivosti, ideálne s jasne určeným koordinátorom pacienta;
- rozvíjať rehabilitáciu a následnú zdravotnú starostlivosť po akútnych hospitalizáciach s cieľom obnoviť čo najväčšiu mieru samostatnosti;
- rozvíjať paliatívnu starostlivosť a umožniť ľuďom zostať v závere života čo najviac v prostredí podľa ich preferencií;
- nastaviť financovanie tak, aby motivovalo poskytovateľov k prevencii komplikácií, hospitalizácií a straty sebestačnosti.

POTREBUJEME ZAČAŤ UŽ DNES

Skúsenosti zo západnej Európy ukazujú, že od prijatia reformy po vybudovanie nových kapacít, vyškolenie personálu a zmenu organizácie starostlivosti môže uplynúť až 10 rokov. Slovensko preto nemá čas čakať, kým sa demografická zmena naplno prejaví.

Rovnako dôležité ako nové zdroje je lepšie využitie tých existujúcich. Koordinácia starostlivosti, prevencia zbytočných hospitalizácií, podpora domácej starostlivosti a presun vhodnej starostlivosti z nemocníc do komunitného prostredia môžu znižovať tlak na najnákladnejšie formy dlhodobej starostlivosti. Samotná efektivita však pravdepodobne nebude postačovať. **Potrebujeme preto urýchlene zabezpečiť nové verejné a súkromné zdroje.** Jednou z možností je zaistiť samostatné financovanie dlhodobej starostlivosti cez odvody. Vhodnou príležitosťou je využiť na to dočasné (do roku 2027) navýšenie zdravotných odvodov o 1+1 p.b. Tieto prostriedky je možné presunúť na dlhodobú starostlivosti, ktorej poskytovanie a integráciu so zdravotnou starostlivosťou budú zaisťovať zdravotné poisťovne. Dôležitým druhým prvkom financovania by mala byť sociálne únosná a transparentná spoluúčasť pacientov, s maximálnym limitom a ochranou ľudí s nízkymi príjmami. Pre dnešnú preddôchodkovú generáciu by zároveň mali vzniknúť produkty dobrovoľného pripoistenia a sporenia.

Starnutie populácie nezastavíme. Môžeme však rozhodnúť, ako sa na éru dlhovekosti pripravíme. Buď včas vybudujeme dostupnú a koordinovanú starostlivosť, alebo budeme rastúcu potrebu starostlivosti ďalej prenášať na nemocnice, rodiny a neformálnych opatrovateľov. Každý rok odkladu pritom zvyšuje budúce náklady – finančné, personálne ako aj negatívny dopad na kvalitu života.

Úvod

V predchádzajúcej publikácii **Zdroje pre budúce zdravie**[1] sme sa venovali dlhodobej finančnej udržateľnosti slovenského zdravotníctva. Na základe projekcií Európskej komisie a vlastného modelu príjmov sme ukázali, že starnutie populácie, rastúci dopyt po zdravotnej starostlivosti, nové technológie aj požiadavky na odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov budú v nasledujúcich desaťročiach vytvárať významný tlak na náklady. Zároveň sme upozornili, že bez zmien v organizácii systému nebude rast príjmov verejného zdravotného poistenia postačovať na pokrytie očakávaného rastu výdavkov. Výdavky na zdravotníctvo môžu do roku 2040 vzrásť zo súčasných približne 6,1 % HDP až na 7,7 % HDP v závislosti od sily jednotlivých faktorov, zatiaľ čo príjmy budú stagnovať na úrovni okolo 6,5%.

Kým prvá publikácia sa zameriavala predovšetkým na otázku **akým spôsobom a ako veľa financovať zdravotnú starostlivosť**, teraz sa pozeráme na to, **ako sa menia potreby ľudí v starnúcej spoločnosti a akú podporu a opateru budeme musieť budovať popri zdravotnej starostlivosti**. Dlhší život je jedným z najväčších úspechov modernej medicíny. Zároveň však znamená, že rastie počet ľudí žijúcich s chronickými ochoreniami, multimorbiditou, demenciou alebo stratou sebestačnosti, ktorí potrebujú dlhodobú starostlivosť.

Starnutie populácie preto nepredstavuje iba výzvu pre zdravotníctvo. Mení aj požiadavky na organizáciu celej starostlivosti o starnúceho človeka. Tradičný model orientovaný najmä na akútnu liečbu a inštitucionálnu dlhodobú starostlivosť bude potrebné doplniť o dostupnú komunitnú a domácu dlhodobú starostlivosť, ktorá pomôže ľuďom zostať čo najdlhšie aktívnymi, samostatnými a vo svojom prirodzenom prostredí. Ak sa to nepodarí, tlak na nemocnice, inštitúcie dlhodobej starostlivosti aj neformálnych rodinných opatrovateľov bude neúnosne narastať.

Cieľom tejto publikácie je preto nadviazať na predchádzajúcu analýzu a projekciu financovania zdravotníctva a rozšíriť pohľad o oblasť dlhodobej starostlivosti. Analyzujeme, ako sa budú meniť potreby starnúcej populácie, aké kapacity bude Slovensko potrebovať vybudovať a akými reformami v iných krajinách sa môže inšpirovať. Zároveň prinášame návrhy, ako prepojiť zdravotnú a dlhodobú starostlivosť tak, aby ľudia mohli žiť nielen čo najdlhšie, ale aj v čo najlepšej kvalite života.

V rámci tejto publikácie budeme používať definíciu dlhodobej starostlivosti vychádzajúcu z legislatívnych definícií, Strategického dokumentu dlhodobej starostlivosti MPSVR SR a vymedzenia WHO. Obrázok 1 znázorňuje dlhodobú starostlivosť a vzťahy medzi jej jednotlivými formami.

Dlhodobá starostlivosť podľa WHO zahŕňa všetky činnosti, ktoré umožňujú ľuďom so závažnou alebo trvalou stratou funkčných schopností, prípadne ľuďom ohrozeným ich stratou, **udržať čo najvyššiu možnú mieru samostatnosti a kvality života pri zachovaní dôstojnosti a základných práv**. Dlhodobá

[1] https://www.advanceinstitute.cz/publikace/zdroje-pre-buduce-zdravie

starostlivosť preto nie je jedna konkrétna služba. Ide o **súbor dlhodobých zdravotných a sociálnych služieb, ktoré sa podľa potrieb človeka kombinujú a v čase na seba nadväzujú**.

Dlhodobá zdravotná starostlivosť je určená ľuďom s dlhodobo obmedzenou funkčnosťou a nadväzuje na ich zdravotný stav a potrebu zdravotnej starostlivosti. Jej cieľom je **zlepšovať alebo udržiavať zdravotný stav a kvalitu života,** podporovať samostatnosť (následná zdravotná starostlivosť) a umožniť človeku zostať čo najdlhšie doma alebo v inom prirodzenom prostredí. Zahŕňa následnú zdravotnú a paliatívne starostlivosť, ktoré sú definované zákonom 576/2004 Z.z.

Durhou časťou sú sociálne služby – tie podporujú ľudí, ktorí sa v dôsledku veku, zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného či sociálneho stavu nezaobídu bez pomoci pri každodennom živote. Môžu pomáhať so zabezpečením základných potrieb, podporou samostatnosti aj prevenciou sociálneho vylúčenia a poskytujú sa terénnou, ambulantnou alebo pobytovou formou.

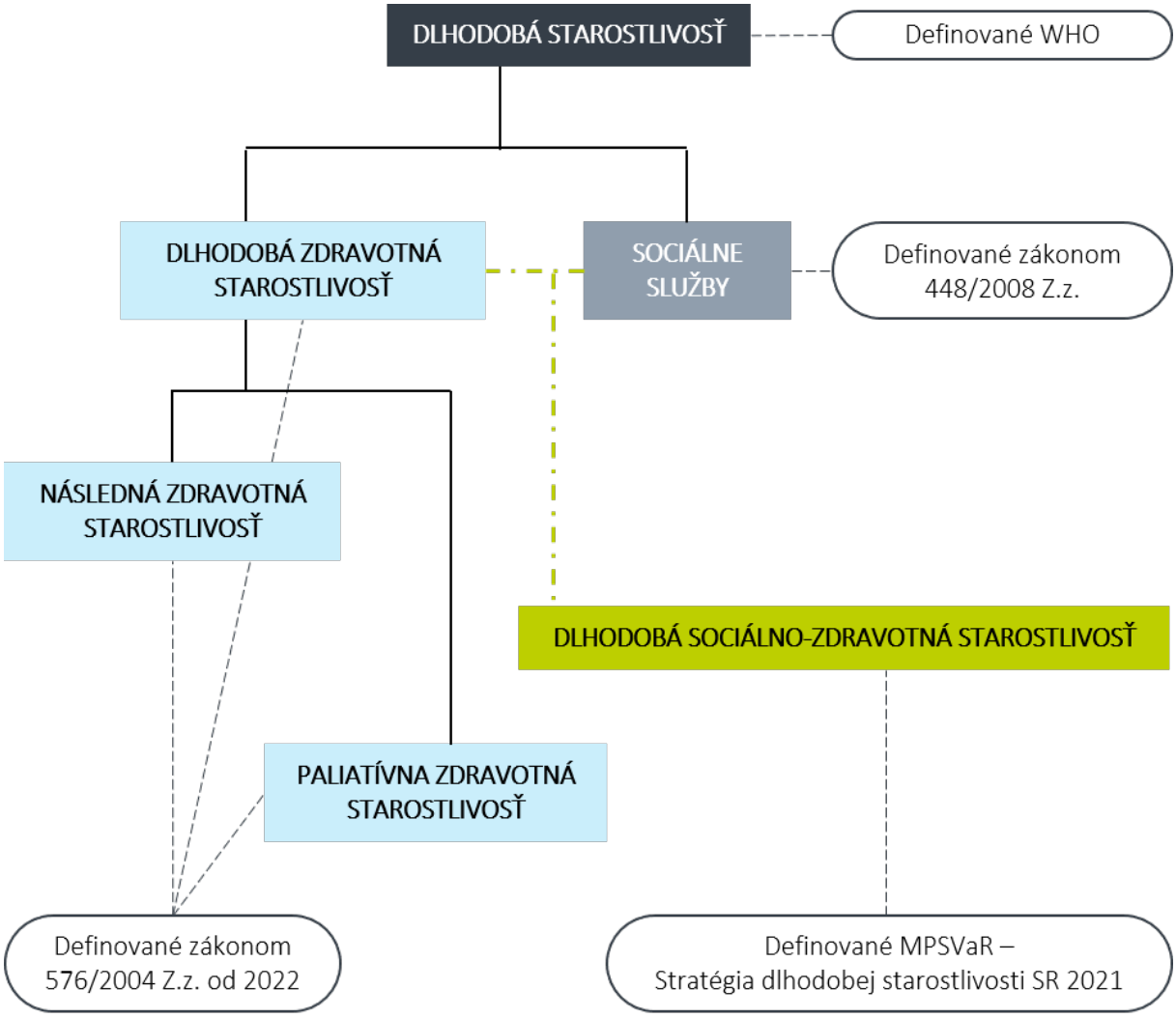
Dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť by mala predstavovať prepojenie zdravotnej a sociálnej zložky tam, kde človek dlhodobo potrebuje pomoc inej osoby. Podľa Stratégie dlhodobej starostlivosti[2] z roku 2021 by jej cieľom malo byť zaistenie kontinuity starostlivosti a čo najlepšie prispôsobenie jej rozsahu a formy konkrétnym potrebám človeka. Na Slovensku však tieto oblasti netvoria jeden integrovaný systém. Legislatíva osobitne upravuje zdravotnú starostlivosť a sociálne služby, ale prepojenie medzi nimi nie je jednoznačné.

Práve vytváranie hraníc medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou predstavuje praktický problém. Komplikuje koordináciu služieb, určovanie zodpovednosti aj ich financovanie a môžu vytvárať priestor na presúvanie zodpovednosti a nákladov medzi jednotlivými časťami systému.

Pre budúce nastavenie dlhodobej starostlivosti preto nebude rozhodujúce iba to, koľko nových kapacít vybudujeme, ale aj ako jednotlivé formy starostlivosti prepojíme tak, aby človek dostal správnu pomoc na správnom mieste a v správnom čase.

[2] https://www.employment.gov.sk/files/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr-sept-2021.pdf

Obrázok 1: Vymedzenie pojmu dlhodobá starostlivosť a vzťahy medzi jej formami



Starneme už dnes a budeme starnúť ešte viac

Všetky krajiny Európy čelia starnutiu obyvateľstva. Nízka pôrodnosť, početné skupiny obyvateľstva v preddôchodkovom veku (u nás tzv. Husákove deti) a predlžovanie života menia tvár spoločnosti. Hoci sa dôsledky starnutia často opisujú ako budúca výzva, Európa, vrátane Slovenska ich pociťujú už dnes. **Slovensko je podľa Eurostatu hneď po Poľsku druhou krajinou, ktorá v poslednom desaťročí zaznamenala najvyšší nárast podielu obyvateľstva vo veku nad 65 rokov** a to o 4,8 percentuálneho bodu (priemer EU 2,9 p.b.)[3]. Počet seniorov sa za posledných dvadsať rokov na Slovensku zvýšil o viac ako polovicu. V roku 2022 bolo na Slovensku 969 tisíc seniorov (18% populácie) a 3,5 milióna ekonomicky aktívnych ľudí (66% populácie)[4]. Do roku 2040 bude podľa prognóz Eurostatu na Slovensku 1,2 milióna seniorov (podiel 24%, nárast o 24%) a iba 3,3 milióna ekonomicky aktívnych ľudí (62%, pokles o 6%). **Okrem toho, počet ľudí nad 85 rokov, ktorí vyžadujú významnú pomoc pri každodennom fungovaní, sa do r. 2040 viac ako zdvojnásobí z 80 na 180 tisíc.**

Ako vidieť na Grafe 1, v roku 2040 nebude mať Slovensko aj výrazne odlišnú vekovú štruktúru obyvateľstva, než má dnes. V roku 2022 bola najsilnejšou vekovou skupinou generácia vo veku približne 40 - 49 rokov. Do roku 2040 sa táto skupina posunie do veku 55 - 69 rokov, teda do preddôchodkového a dôchodkového veku, na prah fázy života, kde potrebuje postupne viac pravidelnú podporu. Zároveň bude v tom istom čase menej pracujúcich odvádzajúcich dane a odvody ako aj aktívnej strednej generácie schopnej starať sa neformálne o svojich starších rodičov. **Kým v roku 2022 pripadali na jedného seniora takmer 4 ľudia v produktívnom veku, v roku 2040 to bude už len 2,5 človeka**.

Toto vytvára problém, vzhľadom na súčasnú závislosť systému starostlivosti o seniorov na neformálnych poskytovateľov z rodiny, najčastejšie ženy. Toto už ďalej nebude možné aj preto, že **od roku 2000 do roku 2024 sa zvýšilo zapojenie žien na pracovnom trhu (zo 63%[5] na 73%[6]), a teda klesá počet neformálnych poskytovateľov.**

Starnutie populácie neznamená len demografické zmeny, ale aj **vyšší počet chronických ochorení, multimorbidity a odkázanosti na pomoc iných**. Keďže ženy sa v priemere dožívajú vyššieho veku ako muži, významnú časť osôb s potrebou dlhodobej starostlivosti budú tvoriť práve ženy. Zmeny vo vekovej štruktúre preto vytvoria silný tlak na zdravotnícky systém, dlhodobú starostlivosť a verejné financie. Slovensko sa bude musieť pripraviť na viac pacientov s komplexnými a dlhodobými potrebami.

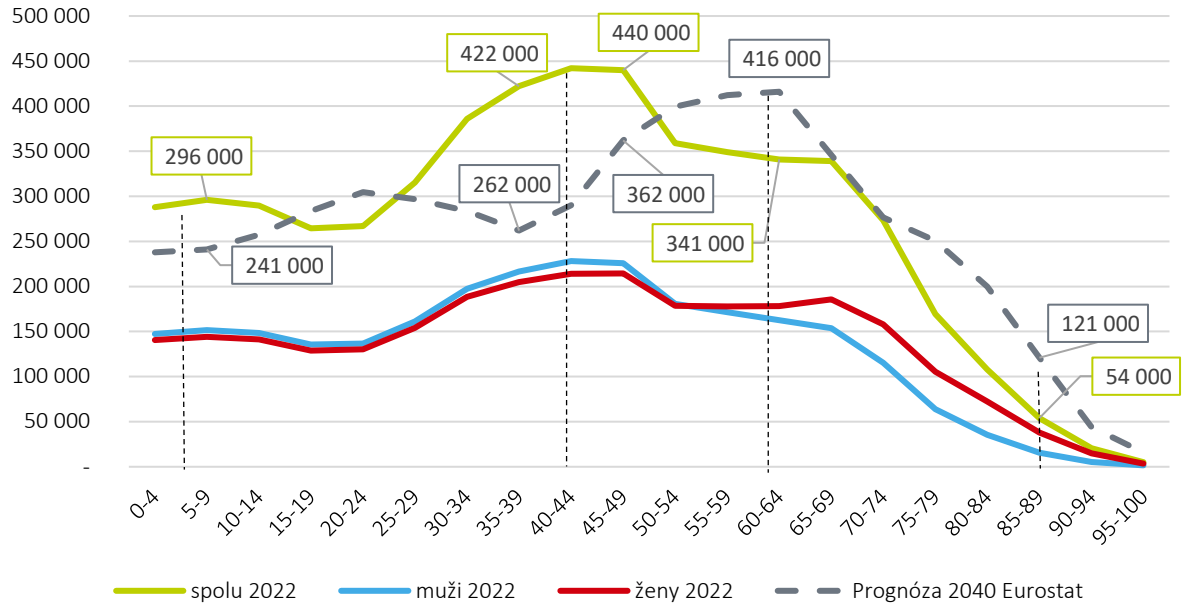
[3] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/1271.pdf

[4] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=en

[5] https://www.trend.sk/spravy/slovensko-zlepsilo-svoje-umiestnenie-krajinach-oecd-postaveni-zien

[6] Štatistický úrad, https://ssad.statistics.sk/SSaD/wp-content/files/4_2024/4_2024_clanok_3_Cicvakova.pdf

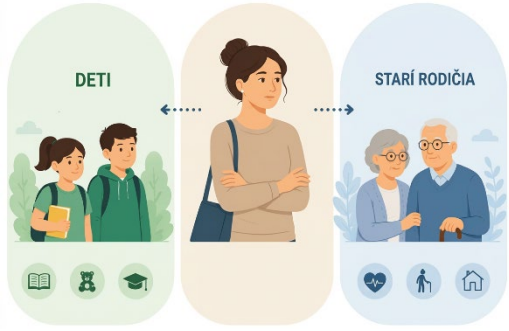
Graf 1: Rozloženie obyvateľstva podľa pohlavia a vekových skupín, 2022 vs. prognóza 2024. Zdroj: Vlastné spracovanie z dát Štatistického úradu a Eurostatu



Starnutie populácie často pôsobí ako problém budúcnosti, téma, ktorá sa týka iba dnešných seniorov. V skutočnosti však ide o výzvu, ktorá sa už dnes dotýka väčšiny ľudí v strednom veku. Táto generácia sa dostáva do situácie, keď na jednej strane pomáha svojim starnúcim rodičom a na druhej strane si uvedomuje, že od r. 2040 bude sama potrebovať podporu a starostlivosť.

Je nutné si uvedomiť, že reforma systému zdravotnej a dlhodobej starostlivosti je dlhodobý proces. Od presadenie legislatívnych zmien, po vznik nových poskytovateľov a zabezpečenie potrebného personálu uplynulo vo viacerých západoeurópskych krajinách minimálne desať rokov – viď napr. reforma zdravotníctva v Holandsku v r. 2006 alebo reforma „wellbeing services counties“ vo Fínsku v r. 2023. Ak chceme byť pripravení na demografické zmeny, musíme konať už dnes. Rozhodnutia, ktoré sa teraz prijímajú budú určovať, v akej kondícii budú starnúť a aký dlhý a kvalitný život budú mať muži a ženy, ktorí majú dnes okolo 50 rokov.

Obrázok 2: Ilustrácia súčasných a budúcich výziev "sendvičovej generácie"

DNES SA STARÁ O SVOJICH RODIČOV AJ DETI	SENDVIČOVÁ GENERÁCIA	O 20 ROKOV ZAČNE POTREBOVAŤ PODPORU
• Starostlivosť a výchova detí • Nárast počtu starších odkázaných rodičov • Nedostatok kapacít zdravotnej a dlhodobej starostlivosti • Dopad na prácu, príjem a kvalitu života		• Aj oni budú starší a náchylnejší na ochorenia • Budú potrebovať dostupnú, kvalitnú a dôstojnú zdravotnú i dlhodobú starostlivosť • Systém, ktorý dnes budujeme, rozhodne o budúcej kvalite života

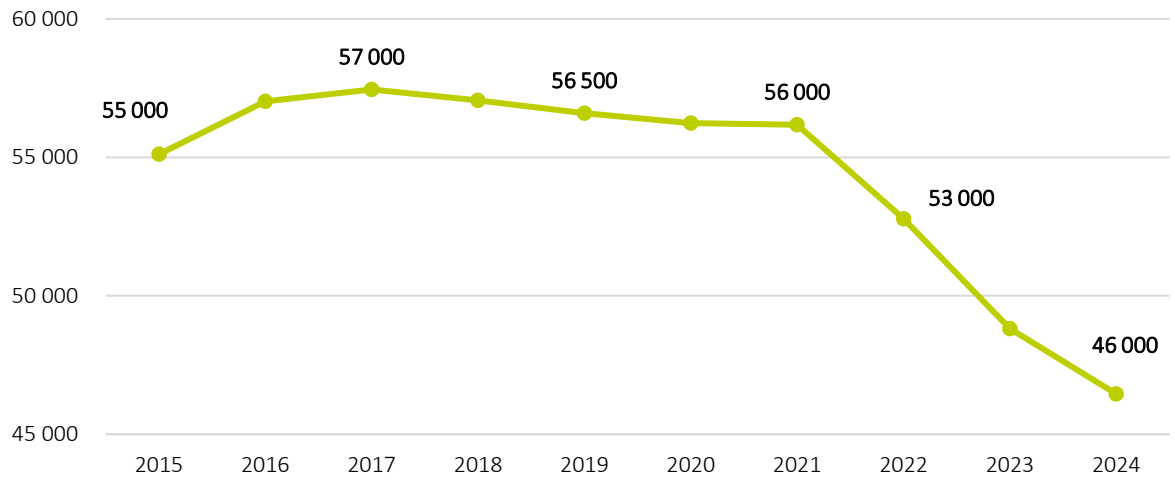
Pre starnúcu populáciu potrebujeme vybudovať a reorganizovať dostupnú zdravotnú a dlhodobú starostlivosť

Systém zdravotnej starostlivosti je prevažne nastavený na liečbu akútnych ochorení, vďaka čomu sa ľudia dožívajú vyššieho veku. Zároveň však dlhší vek dožitia zvyšuje počet ľudí s chronickými ochoreniami, ktorí potrebujú dlhodobú zdravotnú a sociálnu podporu. Kým doteraz prevažovalo zameranie na vyliečenie ochorenia (CURE), pri starnúcej populácii čoraz väčší význam získava schopnosť dlhodobo sa starať o ľudí s (viacerými) chronickými ochoreniami a postupne ubúdajúcou schopnosťou postarať sa o svoje ochorenie ale aj každodenné aktivity bežného života – nákup, osobná hygiena, starostlivosť o domácnosť. Mnohé európske krajiny tento vývoj pochopili a začali budovať popri zdravotnej starostlivosti aj dlhodobú starostlivosť (CARE), ktoré ľuďom pomôžu žiť čo najdlhšie kvalitný a samostatný život.

Potreba posilniť systém zdravotníctva (CURE)

Úspech tradičného zdravotného systému sa meral počtom pôrodov, operačných výkonov, vyliečených pacientov a zachránených životov. Starnutie populácie však mení pacientov, o ktorých sa zdravotníctvo stará. Na dnešných sedemdesiatnikov sa pozeráme tak ako kedysi na pacientov vo veku 60 rokov – tj. liečba akútnych ochorení a výkony sú poskytované stále starším pacientom, ktorí tvoria početnejšiu skupinu. Zároveň klesá počet výkonov mladším pacientom, pretože sa jednoducho nenarodili.

Graf 2: Vývoj počtu pôrodov na Slovensku od 2015 do 2024. Zdroj: NCZI



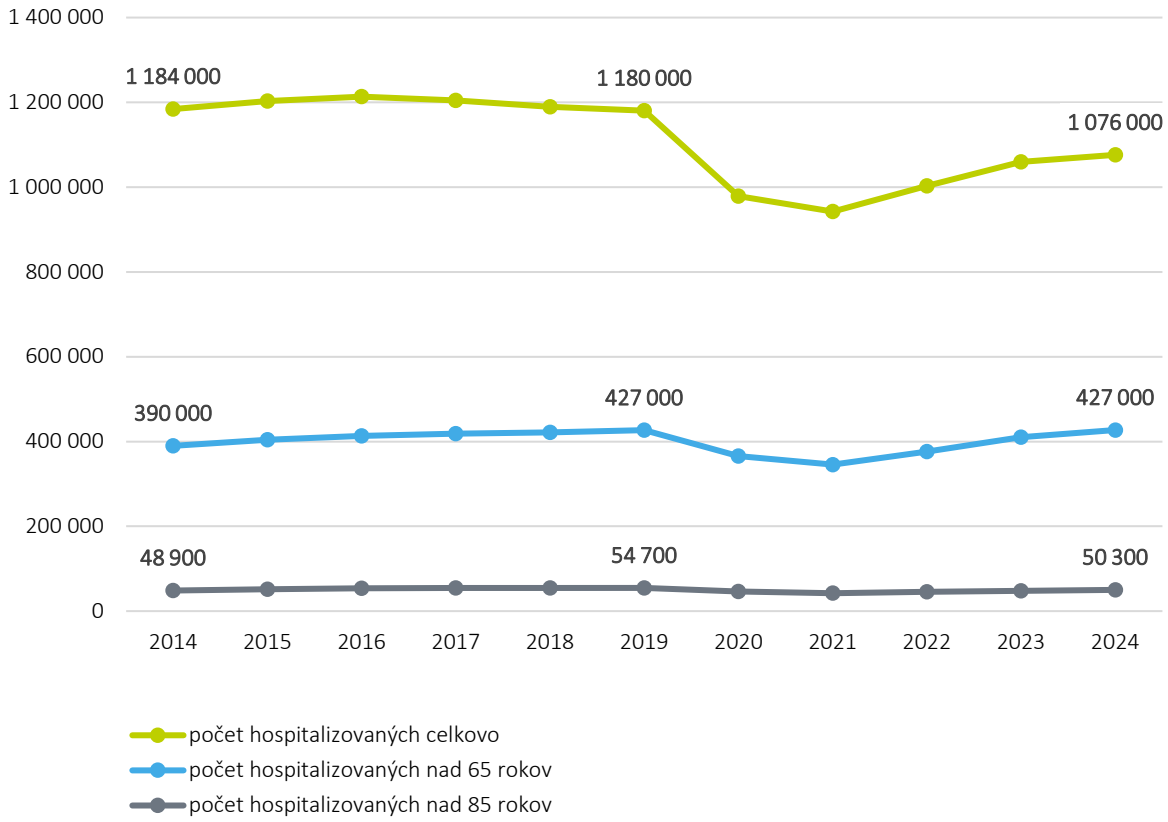
Za posledné roky počet pôrodov na Slovensku výrazne poklesol. Kým v roku 2017 bol počet pôrodov 57 tisíc, v roku 2024 to bolo už len 46 tisíc. Pôrodnosť podľa Eurostatu klesla z 1,52 na 1,46 dieťaťa na ženu a podľa demografických prognóz bude klesať ďalej – v r. 2050 na 1,3 dieťaťa na ženu[7]. Pokles počtu narodených detí je spôsobený nižšou plodnosťou, ale aj nižším počtom žien v reprodukčnom

[7] Eurostat, Population projections (STP2025 / EUROPOP2025), projected live births, Slovakia

veku (viď Graf 2), čo ešte viac poukazuje na proces starnutia populácie. Reálne teda vidíme demografické zmeny, pri ktorých klesá počet ľudí v mladších vekových skupinách a rastie podiel starších obyvateľov.

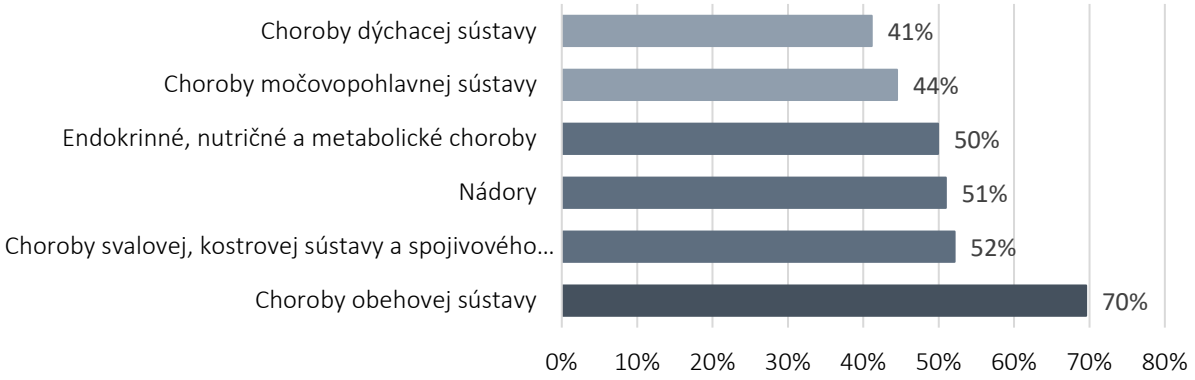
Prejavuje sa to aj v zmenách dopytu po zdravotnej starostlivosti. Celkový počet hospitalizácií sa medzi rokmi 2019 a 2024 znížil z približne 1,18 mil. na 1,08 mil., čo predstavuje pokles o 9,2 %. **Na druhej strane hospitalizácie osôb vo veku 65 rokov a viac zostali na približne rovnakej úrovni (427 tis.), pričom po poklese počas pandémie sa vrátili na hodnoty spred roku 2020.** Ešte výraznejší je trend pri najstaršej vekovej skupine, kde sa počet hospitalizácií osôb vo veku 85 rokov a viac v sledovanom období mierne zvýšil.

Graf 3: Vývoj počtu hospitalizovaných podľa vekových skupín. Zdroj: NCZI



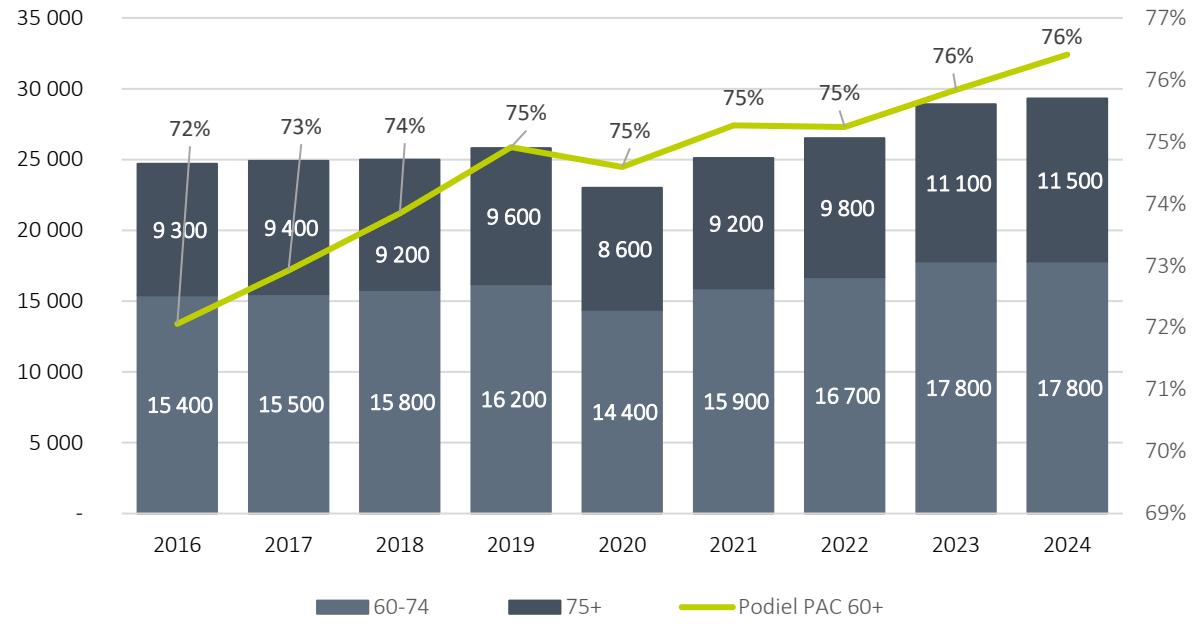
Meniacu sa štruktúru pacientov dobre ilustruje aj Graf 4 - podiel hospitalizácií seniorov v jednotlivých skupinách diagnóz. V roku 2025 tvorili pacienti vo veku 65 rokov a viac až 70 % zo všetkých hospitalizácií pre ochorenia obehovej sústavy. Viac ako polovica hospitalizácií pripadala na seniorov aj v ochoreniach svalovej a kostrovej sústavy (52 %), nádorových ochoreniach (51 %) a endokrinných, nutričných a metabolických ochoreniach (50 %). Veľká časť nemocničnej zdravotnej starostlivosti je teda už dnes poskytovaná starším pacientom, najmä pri chronických ochoreniach, ktorých výskyt s vekom ešte narastá.

Graf 4: Podiel hospitalizácií seniorov v 2025. Zdroj: NCZI



Starnutie populácie sa taktiež prejavuje aj v nových prípadov rakoviny na Slovensku, keďže toto ochorenie sa koncentruje najmä vo vyššom veku. Podľa údajov NCZI vzrástla vekovo štandardizovaná incidencia zhubných nádorov medzi rokmi 1996 a 2024 o 23,5 %. Najvyššia vekovo-špecifická incidencia bola počas celého obdobia 2016 – 2024 zaznamenaná vo vekovej skupine 65 rokov a viac[8]. **V roku 2024 pripadalo približne 76 % všetkých nových prípadov zhubných nádorov na osoby vo veku 60 rokov a viac, čo súvisí s postupným nárastom počtu ľudí vo veku nad 65 rokov i novými možnosťami diagnostiky a liečby**.

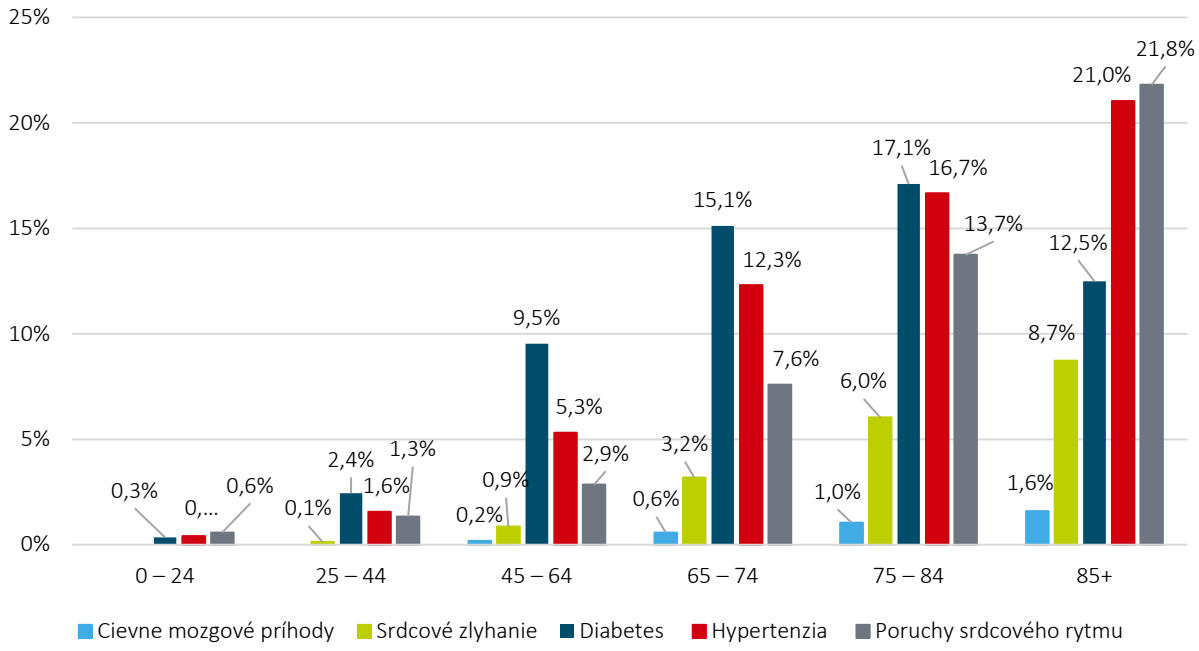
Graf 5: Vývoj výskytu nádorových ochorení podľa vekových skupín. Zdroj: NCZI



[8] https://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Vyskyt-zhubnych-nadorov-na-Slovensku-Pacienti-ziju-dlhsie-no-pribuda-pripadov-rakoviny-prsnika-a-prostaty.aspx

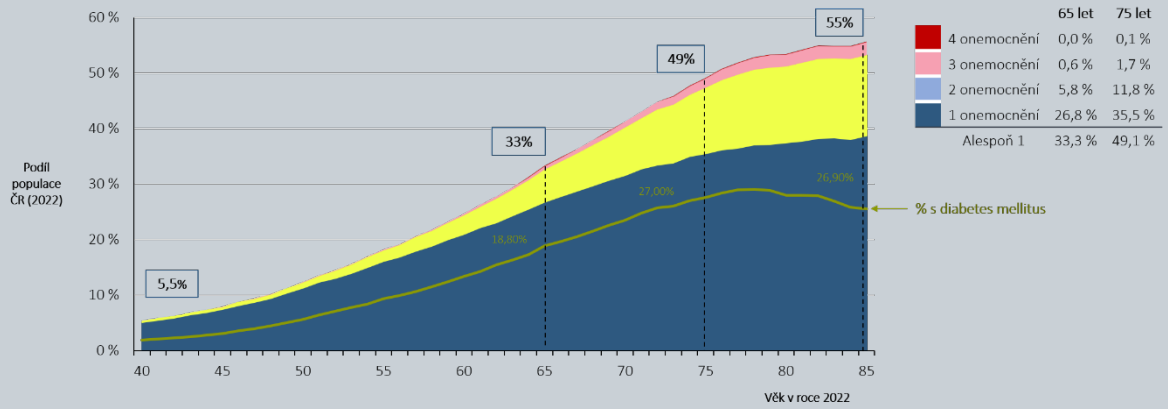
S rastúcim vekom výrazne rastie aj na Slovensku podiel populácie žijúcej s chronickými a závažnými ochoreniami. Kým vo vekových skupinách do 44 rokov zostáva podiel sledovaných diagnóz relatívne nízky, vo vyššom veku dochádza k výraznému nárastu napríklad pri diabete, poruchách srdcového rytmu a hypertenzii. Vo veku 85 rokov a viac dosahuje podiel osôb s poruchami srdcového rytmu 21,8 % a s hypertenziou 21 %, pričom diabetes sa týka 12,5 % populácie a srdcové zlyhanie 8,7 %. Zaujímavé je aj porovnanie podielu diabetikov medzi ČR (Box 1, zelená čiara) a SK (Graf 6). Vo veku 75 rokov tvoril podiel osôb s liečbou antidiabetiky v ČR 27% oproti 17% pacientov v kategórii 75-84 rokov. Na Slovensku má následne po 85. roku života podiel diabetikov klesajúcu tendenciu a to výraznejšiu v porovnaní s vývojom v ČR.

Graf 6: Podiel vybraných ochorení v jednotlivých vekových skupinách v roku 2025. Zdroj: NCZI [9]



[9] Kvôli chýbajúcim údajom k diabetu za rok 2025 sú použité údaje z roku 2024

Box 1: S rastúcim vekom rastie výskyt chronických a vážnych ochorení – porovnanie situácie v ČR (2022)



Diabetes mellitus

Definice: Podíl osob léčených antidiabetiky (ATC skupina A10) v daném nebo předcházejícím roce (2021 + 2022)

Onkologické onemocnění

Definice: Podíl osob se zhoubným novotvarem (dg. C00–C97, bez C44) diagnostikovaným v posledních 10 letech (2013–2022)

Závažná kardiovaskul. Onemocění

Definice: Podíl osob hospitalizovaných pro diagnózu I00–I99 (bez I60–I69) v posledních 10 letech (2013 2022)

Cévní nemoci mozgu

Definice: Podíl osob hospitalizovaných pro diagnózu I60–I69 v posledních 10 letech (2013–2022)

Dáta z Českej republiky umožňujú pohľad aj na nárast multimorbidity s rastúcim vekom, čo má významné dôsledky pre potrebu zdravotnej ale aj dlhodobej starostlivosti a ich koordináciu. Kým vo veku 40% malo 5,5% pacientov 1 zo sledovaných chronických alebo vážnych ochorení, vo veku 65 rokov malo **aspoň jedno zo sledovaných ochorení 27 % populácie a ďalších 6% malo už 2 a viac ochorení. Vo veku 75 rokov malo 1 ochorenie 35,5% a viac ako 1 už 13%**. Výrazný vekový vplyv je viditeľný aj pri jednotlivých diagnózach, napríklad podiel osôb liečených na diabetes mellitus dosahoval približne **18,8 % vo veku 65 rokov a 27 % vo veku 75 rokov**.

Zdroj: Ladislav Dušek, ÚZIS, (IHS konferencia 2026), Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS) 2010–2023, Národní onkologický registr (NOR) 1977–2022

Od akútnej liečby (CURE) ku kontinuálnej podpore a starostlivosti (CARE)

Starnutie populácie neznamená len viac pacientov, ale aj rastúci počet ľudí so súbežnými zdravotnými problémami, ktorých potreby nemožno riešiť iba jednorazovou akútnou liečbou. Pacienti s chronickými ochoreniami v kombinácii s krehkosťou, demenciou či stratou samostatnosti postupne potrebujú koordináciu zdravotnej a dlhodobej starostlivosti a pomoc pri každodennom fungovaní. Takéto osoby sú bez podpory náchylnejšie na nezvládnutie starostlivosti o svoju chronickú chorobu, či rekonvalescenciu po plánovanej operácii a tak následné komplikácie, hospitalizácie a skokovité zhoršenie zdravotného stavu. Zdravotný systém sa preto nebude musieť pripraviť len na viac pacientov, ale aj na pacientov s komplexnejšími potrebami a potrebou pomôcť pacientovi znovunadobudnúť čo najväčšiu mieru samostatnosti po akútnej liečbe či operačnom výkone. **Rastúci význam tak bude mať koordinácia a včasnosť dlhodobej a rehabilitačnej starostlivosti po akútnych**

výkonoch, neustála podpora starostlivosti o chronické ochorenia ale aj snaha o udržanie samostatnosti pacienta v domácom prostredí. A v poslednej fáze života aj paliatívna starostlivosť.

Potrebujeme postupne budovať systém, ktorý dokáže pacientom pomáhať žiť s ochorením, udržať ich čo najdlhšie samostatných a predchádzať zbytočným hospitalizáciám a návštevám pohotovosti, ktoré znižujú kvalitu života pacientom a zároveň vytvárajú zbytočne vysoké náklady pre zdravotníctvo. Práve tu sa začína meniť pohľad na starostlivosť, a to od modelu CURE, zameraného na liečbu choroby, k modelu CARE, ktorého cieľom je podporovať človeka v každodennom živote aj v situáciách, keď vyliečenie a zotavenie už nie je možné.



Viac odkázaných, viac podpory a dlhodobej starostlivosti (CARE)

Miera odkázanosti rastie s vekom. Za odkázaného sa považuje osoba, ktorá má výrazne obmedzenie pri bežných činnostiach každodenného života v trvaní aspoň 6 mesiacov spôsobené zdravotným stavom. Každých 10 rokov života sa pravdepodobnosť odkázanosti zjednodušene zdvojnásobí. Zatiaľ čo vo veku 65 rokov je odkázaných asi 10% tejto populácie, vo veku 80 rokov už je to viac ako 30%.

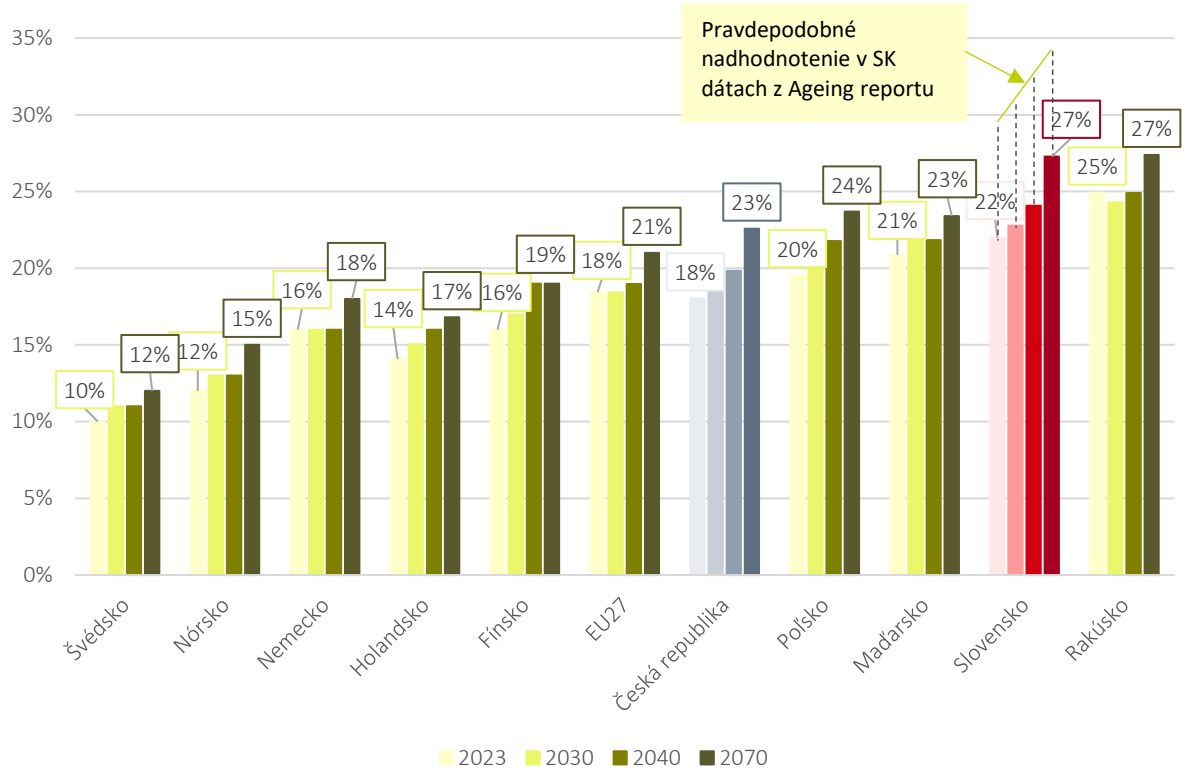
Podiel ľudí vo veku viac ako 65 rokov odkázaných na pomoc iných je na Slovensku v porovnaní s ostatnými krajinami podľa prieskumu EU-SILC vyšší a dosahuje zhruba 30% (priemer EU a ČR je 18%). Medzi krajinami je vidno veľkú variabilitu, ktorá bude súvisieť s kultúrnym nastavením (Graf 7). Okrem toho existuje niekoľko hypotéz pre veľmi vysoké čísla na Slovensku - nevhodne preložená otázka prieskumu[10] alebo nadmerná práca v pred-senioronom veku. Podľa Eurostatu[11] na Slovensku zostáva po priznaní starobného dôchodku ekonomicky aktívnych približne 24% dôchodcov, čo je výrazne nad priemerom EÚ (13 %). Zároveň ukazuje, že medzi hlavné dôvody pokračovania v práci patrí finančná nevyhnutnosť. Vzhľadom na predpokladané nadhodnotenie, na ktorom sa zhoduje viacero expertov,

[10] IFP, 2021: Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť. Otázka položená respondentom v rámci štatistického zisťovania znie: „Do akej miery ste boli v priebehu minimálne posledných 6 mesiacov obmedzovaný kvôli zdravotnému problému v činnostiach, ktoré ľudia bežne vykonávajú?“ Originálne znenie otázky pre respondentov je však nasledovné: „For at least the past six months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do?“.

[11] Eurostat. 13% continued working after receiving old-age pension. News article, 9 December 2024. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20241209-1

sme pre našu prognózu podielu odkázaných seniorov prispôsobili na čísla porovnateľné s okolitými krajinami[12] a ukazujeme tak optimistický scenár očakávaných výdavkov na dlhodobú starostlivosť.

Graf 7: Podiel odkázaných seniorov v krajinách EU, 2023-2070. Zdroj: Ageing report 2024, IFP: Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť, 2021

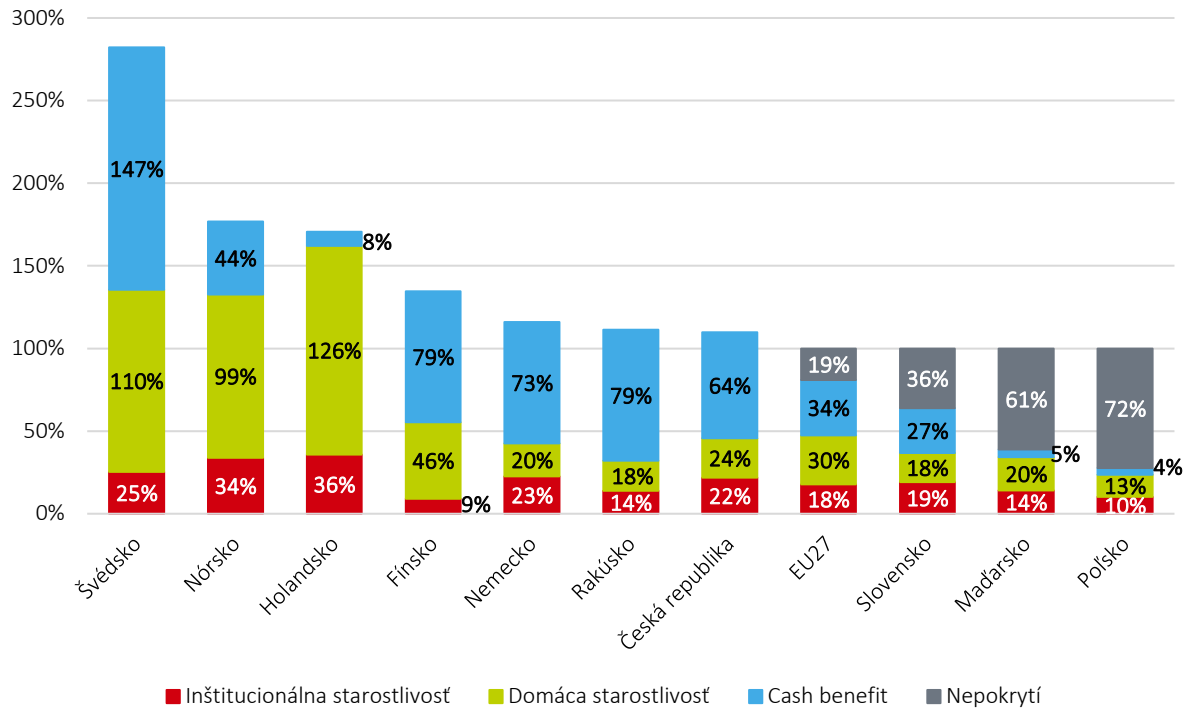


Veľká variabilita je medzi krajinami aj v spôsobe zaistenia podpory pre odkázaných seniorov. Graf 8 zobrazuje podiel osôb vo veku 65 rokov a viac, ktoré sú odkázané na pomoc iných a zároveň využívajú nejakú formu dlhodobej starostlivosti – inštitucionálnu starostlivosť, domácu starostlivosť alebo peňažné príspevky. Severské krajiny a Holandsko dosahujú vysokú mieru pokrytia odkázaných seniorov – ich hodnoty presahujú 100% odkázaných. Tieto krajiny pravdepodobne poskytujú podporu aj ľuďom, ktorí nie sú veľmi obmedzení, ale iba čiastočne obmedzení vo svojich aktivitách a zároveň môže existovať viacero duplicít = kombinácií podpory. Ďalšou zaujímavosťou je, že **dominantnú úlohu v nich zohráva domáca starostlivosť, v prirodzenom prostredí starnúceho človeka a poskytovanie peňažných príspevkov.** Domáca a komunitná starostlivosť umožňujú viac rešpektovať potreby ľudí a zotrvať dlhšie vo vlastnom prostredí a zároveň sú menej náročné na vstupné investície a menej nákladné na prevádzku.

[12] Východiskový odhad približne 211 tis. seniorov vo veku 65+ odkázaných na pomoc inej osoby vychádzal z predpokladu, že približne 15% populácie vo veku 65 rokov a viac je čiastočne odkázaných na pomoc inej osoby12. Následný vývoj počtu odkázaných do roku 2070 sme potom odhladli aplikovaním tempa rastu odkázanosti podľa projekcií Európskej komisie v Ageing Report.

Na opačnom konci spektra sa nachádzajú **krajiny strednej a východnej Európy, v ktorých existuje nemalá časť odkázaných osôb, ktoré nedostávajú žiadnu formálnu podporu**. Na Slovensku využíva domácu starostlivosť približne 18 % odkázaných seniorov, peňažné príspevky 27 % a inštitucionálnu starostlivosť 19 %. **Až 36 % odkázaných osôb však podľa odhadov nedostáva žiadnu z foriem formálnej podpory.** Ešte vyšší podiel nepokrytých osôb vykazujú Maďarsko (61 %) a Poľsko (72 %) (Graf 8).

Graf 8: Miera pokrytia odkázaných seniorov jednotlivými formami podpory v krajinách EU. Zdroj: Ageing report 2024



Už dnes nestíhame „betónovať“ nové pobytové zariadenia pre seniorov

Vysoká miera odkázaných, ktorí na Slovensku nedostávajú podporu, súvisí s viacerými problémami. Niektorí odkázaní a ich rodinní príslušníci sa k podpore nedostanú pre zložitosť systému, administratívne prekážky a nedostatočnú informovanosť o dostupných službách[13]. Viacerí odkázaní tiež narazia na limitované kapacity inštitucionálnej a domácej starostlivosti a problém s ich nedofinancovaním. Nedostatok zdrojov vedie k tomu, že pobytové zariadenia požadujú od pacientov pomerne vysokú spoluúčasť, ktorú sú niektoré rodiny nemôžu dovoliť.

Mesačné úhrady za pobyt v zariadeniach pre seniorov sa na Slovensku líšia podľa zriaďovateľa a rozsahu služieb. Vo verejných zariadeniach sa pohybujú približne od 400 do 600 € mesačne,

[13] OECD. OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2022. Paris: OECD Publishing, 2022. Kapitola Improving the quality and financing system of long-term care to cope with demand surges.

napríklad v zariadeniach Košického samosprávneho kraja bola priemerná úhrada klienta 420 € mesačne (pri ekonomicky oprávnených nákladoch 1 618 € na miesto mesačne)[14] a v Bratislave približne 430 až 550 € mesačne[15]. U súkromných poskytovateľov je podľa neoficiálnych informácií spoluúčasť ešte vyššia.

Kým v roku 2022 pripadalo na približne 40-tisíc seniorov odkázaných na inštitucionálnu starostlivosť necelých 37-tisíc miest v zariadeniach sociálnych služieb, do roku 2040 sa rozdiel medzi potrebou a kapacitami ešte prehĺbi. Do porovnania sme zahrnuli domovy sociálnych služieb, zariadenia opatrovateľskej služby, zariadenia pre seniorov a špecializované zariadenia poskytujúce starostlivosť najmä seniorom s Alzheimerovou chorobou, demenciou a sklerózou. Tieto typy zariadení predstavujú hlavné pobytové formy sociálnych služieb, v ktorých je sústredená najväčšia časť klientov vo veku 65 rokov a viac.

Projekcia Ageing Reportu[16] predpokladá, že do roku 2040 pribudne na Slovensku minimálne 25-tisíc odkázaných osôb vo veku nad 65 rokov (za predpokladu porovnateľnej miery odkázaných ako v iných krajinách EU). Ak by sme použili predpoklad projekcie Ageing Reportu o postupnom poklese počtu nepokrytých z 36% na 17% do r. 2070 (úroveň predpokladaná v priemer EU krajín) a ich súčasné rozdelenie medzi typy podpory, potom budeme podľa našich odhadov potrebovať ďalších:

- 15 400 osôb pomoc v pobytových zariadeniach,
- 20 000 osôb domácu starostlivosť a
- 27 000 poberateľov peňažných príspevkov.

Pri porovnaní prognózy počtu ľudí, ktorí budú potrebovať inštitucionálnu starostlivosť a počtu inštitucionálnych kapacít s rovnakým tempom rastu ako doteraz (v posledných rokoch rástli kapacity pobytových zariadení o 780 miest ročne[17]), bude podiel nepokrytých do budúcna narasť (Graf 9). Slovensko preto bude musieť výraznejšie budovať kapacity pobytovej starostlivosti, najmä pre ľudí s najvyššou mierou odkázanosti, ktorých potreby už nie je možné primerane zabezpečiť domácom prostredí alebo v komunite.

Samotné rozširovanie inštitucionálnej starostlivosti však nebude dlhodobo postačovať. **Skúsenosti krajín ako Holandsko či Fínsko ukazujú, že udržateľnejším riešením je súčasne rozvíjať komunitné a domáce formy starostlivosti.** Cieľom nie je nahradiť pobytové zariadenia domácou starostlivosťou, ale vytvoriť vyvážený systém, ktorý kombinuje dostatočné pobytové kapacity s dostupnou komunitnou a domácou starostlivosťou podľa miery odkázanosti a potrieb človeka.

[14] https://www.sspmk.sk/modules/file_storage/download.php?file=051b6b30%7C213&inline=1&utm

[15] https://bratislava.sk/socialne-sluzby-a-byvanie/socialne-sluzby-a-zariadenia/zariadenia-a-sluzby-pre-seniorov?utm

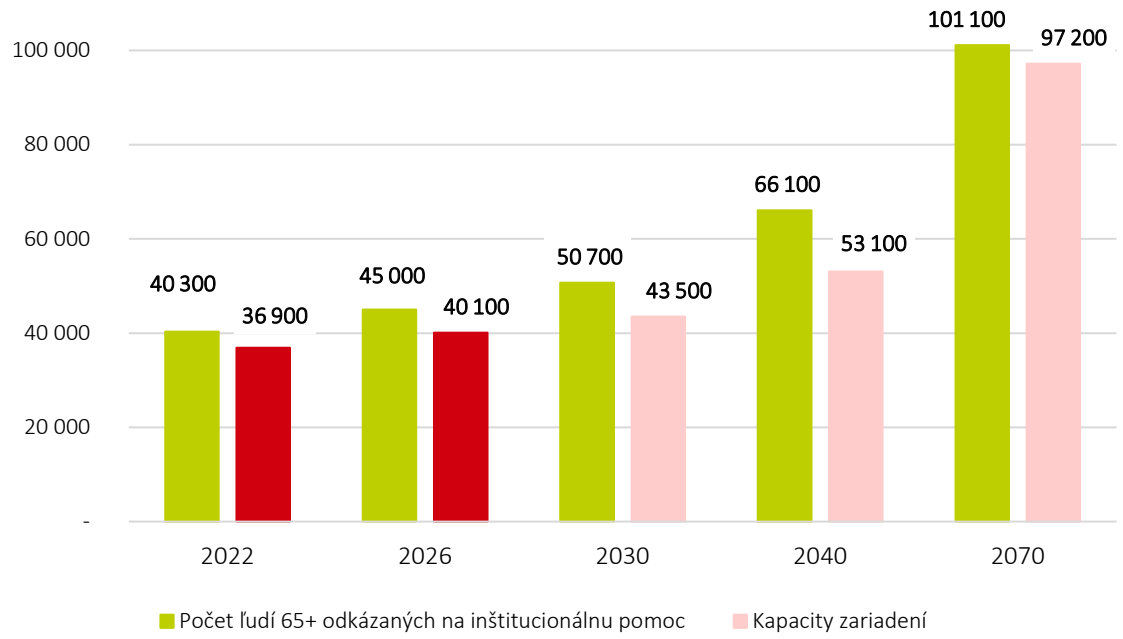
[16] https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en

[17] https://sos.mpsvr.gov.sk/pm/poskytovatel-sos (domov soc. služieb, zariadenie opatr. služby, zariadenie pre seniorov a špecializované (so zameraním na choroby seniorov)

Takýto prístup môže byť menej nákladný pre verejné financie a menej náročný na personálne kapacity, ktorých už dnes máme nedostatok a v budúcnosti bude tento problém ešte výraznejší. Zároveň umožňuje lepšie prispôsobiť formu starostlivosti potrebám a preferenciám jednotlivých seniorov a podporiť ich čo najdlhšiu samostatnosť.

Otázkou však nebude len koľko kapacít potrebujeme vybudovať, ale aj ako ich regulovať tak, aby regulácia podporovala dostupnosť a kvalitu starostlivosti. Slovenská legislatíva stanovuje, že v zariadení pre seniorov možno poskytovať sociálnu službu najviac pre 40 prijímateľov v jednej budove.[18] Vzhľadom na rastúci počet seniorov a očakávaný nárast dopytu po pobytovej starostlivosti je však namieste zvážiť, či je pevný limit 40 prijímateľov v jednej budove najvhodnejším nástrojom regulácie. Ak sa chceme inšpirovať zahraničím, neexistuje jednotný model ani všeobecne uplatňovaný limit na kapacity takýchto zariadení. Krajiny využívajú iné nástroje na garanciu kvality. Napríklad vo Fínsku sa regulácia zameriava na reguláciu personálneho zabezpečenia - zákon stanovuje minimálny počet pracovníkov na jedného klienta. Od roku 2025 je tam zákonné minimum stanovené na 0,6 pracovníka na klienta pri nepretržitej pobytovej starostlivosti. Takýto prístup môže byť relevantnou inšpiráciou aj pre Slovensko. Namiesto pevného obmedzovania počtu prijímateľov v jednej budove by sa regulácia mohla vo väčšej miere sústrediť na podmienky, ktoré priamo ovplyvňujú kvalitu a bezpečnosť starostlivosti.

Graf 9: Prognóza dopytu po pobytových zariadeniach pre seniorov a vývoj ich kapacít na Slovensku (2022 – 2070). Zdroj: Ageing report 2024, IS SoS



[18] https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448

Cesta k udržateľnej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti

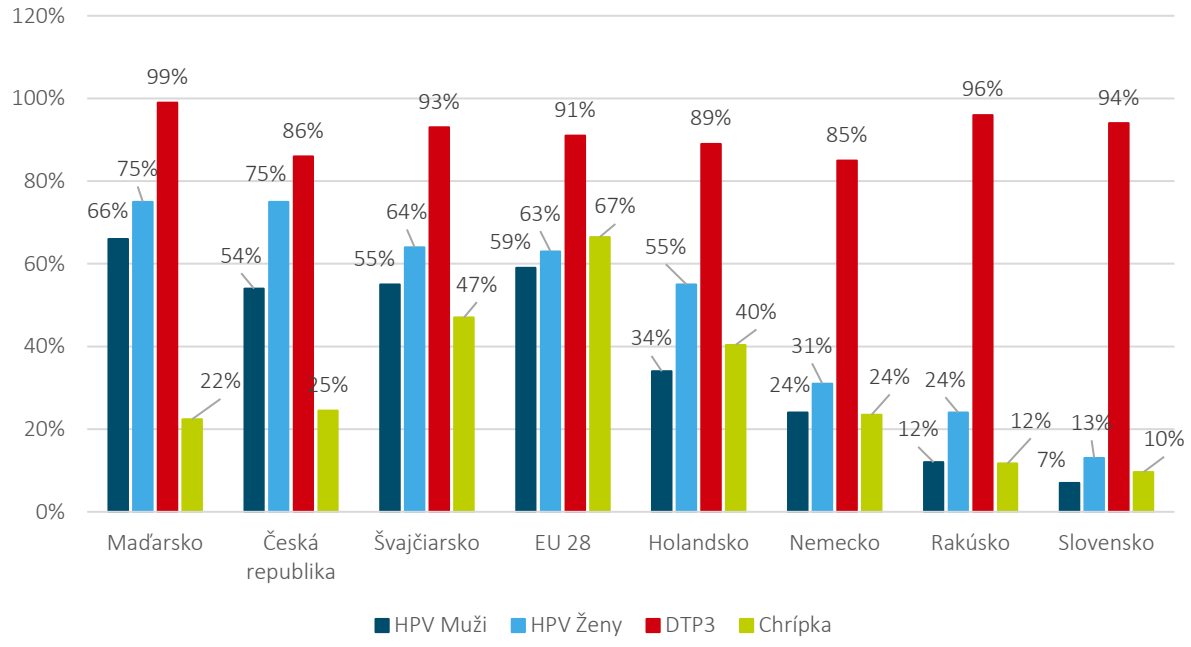
Demografické zmeny nie je možné zastaviť, je však možné pripraviť na ne zdravotný systém a systém dlhodobej starostlivosti. Ak má Slovensko zvládnuť rastúci počet chronicky chorých a odkázaných pacientov, bude potrebné zmeniť spôsob organizácie zdravotnej a dlhodobej starostlivosti tak, že sa bude zameriavať na pacienta a jeho potreby. Bude dôležité presúvať starostlivosť bližšie k pacientovi, venovať sa viac prevencii, posilniť ambulantný sektor, integrovať všeobecných lekárov, špecialistov a nemocnice, efektívnejšie využívať nemocničné kapacity a dotiahnuť optimalizáciu siete nemocníc. A zároveň zaistiť dostatok zdrojov a ich efektívne využitie.

Každý z nás by sa mal venovať prevencii a to aj vo vyššom veku

Ak chceme zvládnuť rastúci počet chronických pacientov je tiež dôležité znižovať počet ľudí, ktorí sa do systému dostanú so závažnými komplikáciami. Práve preto rastie význam prevencie. Investície do prevencie majú potenciál okrem predlžovania života zvýšiť aj počet rokov prežitých v dobrom zdraví. Slovensko však dlhodobo zaostáva v prevencii za viacerými európskymi krajinami. Miera preventabilných odvrátiteľných úmrtí pred 75.rokom života dosahuje na Slovensku približne 204 úmrtí na 100-tisíc obyvateľov, zatiaľ čo v susednom Rakúsku 150 úmrtí (o 26% menej) a Českej republike 173 (15% menej). **Priestor na zlepšenie dobre ilustruje účasť na skríningoch**. Na Slovensku absolvovalo v roku 2023 skríning kolorektálneho karcinómu približne 49% cieľovej populácie, v susednom Rakúsku dosahuje účasť približne 63%. Podobne, pri skríningu rakoviny krčka maternice dosahuje Slovensko približne 67%, pričom v Českej republike je to 75%.

Výzvou zostáva aj očkovanie dospelých. Zaočkovanosť (Graf 10) **proti chrípke na Slovensku dosahuje približne 12%, čo patrí medzi najnižšie hodnoty v okolitých krajinách EU** a je výrazne pod úrovňou Holandska (66%) alebo priemeru EU (47%). Nízka zostáva aj zaočkovanosť proti HPV, najmä u chlapcov, kde Slovensko dosahuje len približne 12%.

Graf 10: Miera zaočkovanosti, 2023. Zdroj: Eurostat, WHO



Prevencia je dôležitá aj vo vyšších vekových kategóriách. Rozsah podceňovania ilustrujú údaje o rastúcom výskyte sekundárnych nádorov u onkologických pacientov, ktorí vďaka zlepšujúcej sa diagnostike a liečbe prežijú svoje prvé nádorové ochorenie. Podľa dát ÚZIŠ ČR v rokoch 1983–1987 predstavovali pacienti, u ktorých bol kolorektálny karcinóm diagnostikovaný ako ďalší primárny nádor, len 4,5 % všetkých novodiagnostikovaných prípadov. **Avšak v období 2018–2022 ich podiel už vzrástol na 22,4 %. V absolútnych číslach to predstavuje približne 1 500 prípadov ročne v 80. rokoch oproti takmer 13 900 prípadom ročne v období 2018–2022**[19]**.** Pritom počet pacientov, u ktorých je kolorektálny karcinóm prvým primárnym nádorom, sa v priebehu sledovaného obdobia menil a v posledných rokoch mierne klesá. Naopak, počet pacientov, u ktorých je kolorektálny karcinóm ďalším primárnym nádorom, kontinuálne rastie. Tieto údaje zdôrazňujú význam dlhodobého sledovania a dôslednej sekundárnej prevencie aj u pacientov, ktorí už onkologické ochorenie prekonali.

Transformácia zdravotníctva na meniace sa potreby stále starších pacientov

Každé odvrátené ochorenie a každá včas zachytená diagnóza pomáhajú znižovať budúci tlak na zdravotný systém aj potrebu dlhodobej starostlivosti. Okrem prevencie potrebujeme zmeniť spôsob organizácie zdravotnej a dlhodobej starostlivosti. Dokončenie optimalizácie siete nemocníc by umožnilo, aby sa časť nemocníc alebo aspoň oddelení transformovala práve na oblasť dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Dobre dostupná a koordinovaná následná starostlivosť by pomohla pacientom napríklad po cievnych mozgových príhodách, infarktoch, onkologických ochoreniach či ortopedických výkonoch, ktoré patria medzi najčastejšie príčiny hospitalizácií a často i predčasných úmrtí v seniorskom veku. Jej cieľom by malo byť napomôcť rehabilitovať pacienta po akútnej hospitalizácii, znížiť riziko trvalej odkázanosti na pomoc a umožniť im návrat a samostatné fungovanie v domácom prostredí. Menej komplikácií a odkázanosti by mohlo finančne významne odľahčiť rozpočet zdravotníctva a sociálnych vecí. Dobre zorganizovaná dlhodobá starostlivosť, vrátane následnej taktiež umožní, aby rodinní príslušníci mohli byť naďalej ekonomicky aktívni a platili dane a odvody. Nedostatočná dostupnosť služieb dlhodobej starostlivosti nezaťažuje len rodiny, ale aj ekonomiku. Štúdia Barszczewski a kol. (2025)[20] ukázala, že **zhoršenie zdravotného stavu rodiča vedie k významnému nárastu neformálnej starostlivosti poskytovanej najmä ženami, čo sa premieta do poklesu ich účasti na trhu práce o 30 až 70 %. Odhadujú, že ekonomické straty tak dosahujú približne 0,45 % HDP v krajinách strednej a východnej Európy.**

Optimalizácia siete nemocníc by taktiež mohla napomôcť koncentrácii lôžok a personálu do menšieho počtu zariadení, zefektívňovaniu procesov a ku zvýšeniu produktivity práce zdravotníckeho personálu. Slovenské zdravotníctvo bude v najbližších desaťročiach čeliť výraznému nedostatku zdravotníckeho

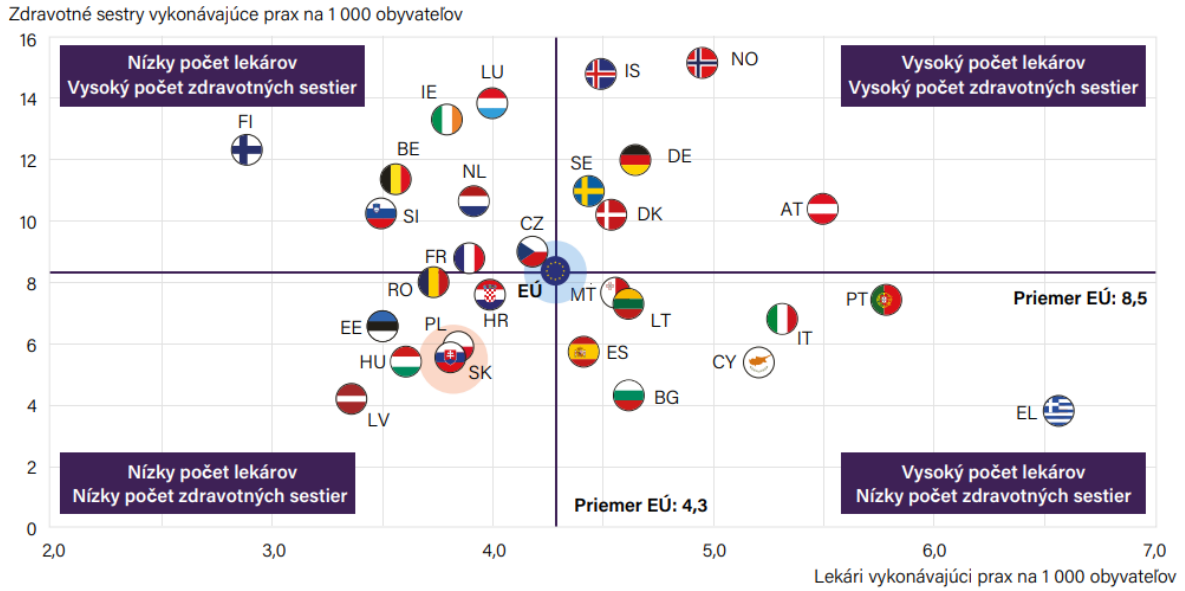
[19] Ladislav Dušek, ÚZIS, (IHS konferencia 2026)

[20] BARSZCZEWSKI, J., MILSTEIN, R., LEE, J. a LLENA-NOZAL, A. How do women respond to increased care needs of their parents? The economic costs of informal caregiving. The Journal of the Economics of Ageing, 2025, 32, 100589

personálu. **V medzinárodnom porovnaní patríme medzi krajiny s menším počtom lekárov aj sestier. U lekárov ten rozdiel oproti priemeru nie je tak veľký – 3,8 vs. priemeru EU - 4,3** (Graf 11)[21].

Podľa Rady pre rozpočtovú zodpovednosť[22], ak zostane zachovaný zvýšený počet prijímaných slovenských medikov (navýšenie o 94 študentov (2024/2025) oproti predchádzajúcemu päťročnému priemeru), po roku 2038 by mal byť počet lekárov schopný približne pokryť rastúci dopyt spôsobený starnutím populácie. Ak by však k tomuto navýšeniu počtu medikov nedošlo, deficit lekárov by po roku 2040 presiahol tisíc lekárov. **Zároveň RRZ zdôrazňuje, že hlavným problémom slovenského zdravotníctva do roku 2040 nebudú lekári, ale sestry**. V scenári bez ďalších zmien politík odhaduje deficit takmer 7 000 sestier v roku 2045, pričom problém sa začne výrazne prejavovať už po roku 2035. Významná časť zdravotníckych pracovníkov sa zároveň už dnes nachádza vo vyšších vekových kategóriách, čo zvyšuje riziko odchodov do dôchodku bez dostatočnej generačnej náhrady (Múčka, 2025). Problém s lekármi sa taktiež prejavuje v ich nevyhovujúcom rozmiestnení – máme väčší podiel lekárov v nemocniciach ako v ambulantnom sektore**. Zlepšiť dostupnosť ambulantnej starostlivosti by sme vedeli vyriešiť zapojením nemocničných lekárov do poskytovania terénnej ambulantnej starostlivosti, ako je bežné v iných krajinách.** Toto riešenie úzku súvisí aj s aktualizáciou zoznamu zdravotných výkonov a motivačným nastavením odmeňovani.

Graf 11: Porovnanie počtu lekárov a zdravotných sestier na 1 000 obyvateľov v krajinách EÚ. Zdroj: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Údaje sa vzťahujú na rok 2023 alebo najbližší rok.



[21] https://www.oecd.org/content/dam/oecd/sk/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/slovak-republic_a9b397e5/da54a084-sk.pdf

[22] https://www.rrz.sk/lekari-sestry-a-slovensko-2040-projekcia-vyvoja-poctu-lekarov-sestier-a-dopytu-po-tychto-profesiach-zo-strany-starnucej-populacie/

Hoci je v zdravotníckom systéme už dnes nedostatok personálu, stále je to viac, než aké kapacity sa očakávajú v nasledujúcich desaťročiach. Zároveň vieme, že rozvoj nových služieb si vyžaduje čas, hlavne prípravu odborníkov, aj v oblasti iného, nelekárskeho personálu, hľadanie inovatívnych riešení a vytvorenie funkčných spoluprác medzi zdravotnou a dlhodobou starostlivosťou. Ak sa tieto zmeny nezačnú realizovať už dnes, bude ich zavádzanie v období výrazného nedostatku personálu podstatne náročnejšie.

Menej betónu, viac komunitnej a domácej starostlivosti

Starnutie populácie nebude možné vyriešiť výstavbou stále nových zariadení sociálnych služieb alebo rozširovaním nemocničných kapacít. Takýto model by bol z dlhodobého hľadiska personálne aj finančne neudržateľný. Skúsenosti krajín, ktoré sa so starnutím populácie začali vyrovnávať skôr, ukazujú, že efektívny systém dlhodobej starostlivosti by mal byť stavaný pyramídovo. Na jej vrchole stojí inštitucionálna starostlivosť určená pre ľudí s najvyššou mierou odkázanosti. **Základ pyramídy tvorí silná ambulantná, komunitná a domáca starostlivosť, ktorá umožňuje väčšine ľudí zostať čo najdlhšie vo vlastnom prostredí.** Úlohou systému je organizovať služby tak, aby na seba plynulo nadväzovali a preto je koordinácia starostlivosti kľúčová. Pri starších pacientoch s viacerými chronickými ochoreniami už nestačí riešiť každú diagnózu separátne. Kľúčová je koordinácia starostlivosti, v rámci ktorej má každý človek určeného koordinátora zodpovedného za nadväznosť a plynulosť poskytovanej zdravotnej a dlhodobej starostlivosti vrátane jej sociálnej zložky. Ak takáto koordinácia chýba, pacienti častejšie vyhľadávajú urgentné príjmy, opakovane končia v nemocnici a obsadzujú akútne lôžka.

Význam dobre organizovanej následnej zdravotnej starostlivosti ilustruje príklad pacientov po cievnej mozgovej príhode. V akútnej fáze liečby Slovensko dosahuje porovnateľné výsledky s Českou republikou – 30-dňová mortalita pacientov hospitalizovaných s ischemickým infarktom dosahovala 7,6% v SK a 8,1% v ČR v r. 2023[23]. Pacienti na Slovensku sú včas transportovaní do nemocnice a dostávajú adekvátnu liečbu. Rozdiel však vzniká po prepustení. Kým v Českej republike pacienti po hospitalizácii dostávajú následnú starostlivosť v podobe rehabilitácie a fyzioterapie, na Slovensku tento článok starostlivosti chýba. Dôsledkom je vyššia odvrátiteľná úmrtnosť. Slovensko má takmer 2-násobne vyšší počet odvrátiteľných úmrtí do 75-teho roku života na mŕtvice (111 úmrtí na 100 tis. obyvateľov) ako ČR (61) a priemer OECD (58)[24].

Ďalším príkladom dôležitosti dlhodobej starostlivosti zameranej na potreby a preferencie pacienta je Holandsko. To patrí medzi krajiny, ktoré sa rozhodli reagovať na starnutie populácie budovaním komunít a domácej starostlivosti. Reformy dlhodobej starostlivosti boli zamerané na podporu „ageing in place“, teda umožniť ľuďom zostať čo najdlhšie vo vlastnom domácom prostredí. **Kľúčovú úlohu tam zohrávajú komunitné sestry (district nurses), ktoré neplnia len úlohu poskytovateľov ošetrovateľskej**

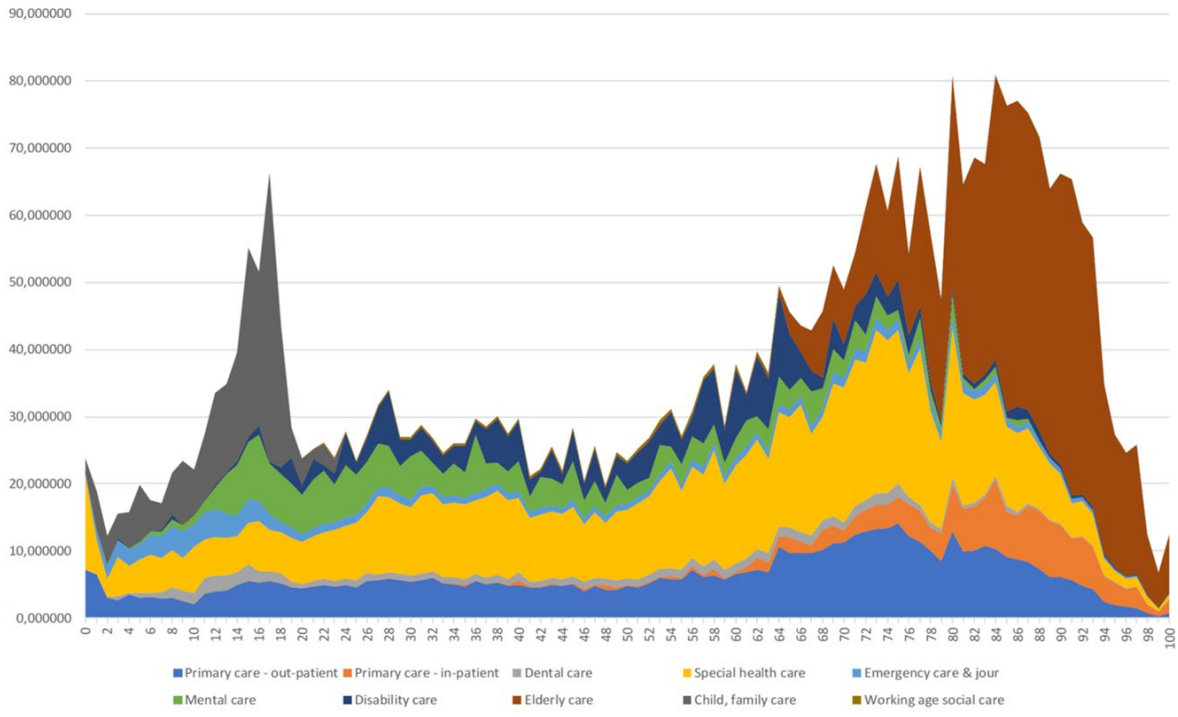
[23] Health at a glance 2025, OECD

[24] https://advanceinstitute.cz/uploads/1731533929_Dobehnime_Cechov.pdf

starostlivosti, ale zároveň koordinujú celý proces starostlivosti o seniora[25]. Po domácej návšteve komplexne posudzujú zdravotný aj sociálny stav pacienta, identifikujú jeho potreby a prepájajú praktického lekára, domácu ošetrovateľskú službu, fyzioterapeuta, sociálne služby či neformálnych opatrovateľov. Cieľom je predchádzať zhoršeniu zdravotného stavu, zbytočným hospitalizáciám a umožniť človeku zostať čo najdlhšie vo vlastnom domácom prostredí.

Fínsko ide ešte ďalej a buduje systém, v ktorom má byť inštitucionálna starostlivosť výnimočná. Pobytová starostlivosť sa poskytuje len ľuďom s najvyššou mierou odkázanosti a krajina postupne prestavuje pobytové zariadenia na 24-hodinové servisné bývanie, kde má klient vlastný byt alebo izbu a služby sa organizujú v tomto prostredí podľa jeho potrieb. Cieľom je, aby človek nemusel meniť miesto bývania vždy, keď sa jeho zdravotný stav zhorší[26]. Dôležité bude vyhodnotiť personálnu a finančnú udržateľnosť tohto modelu. Potrebu integrácie zdravotnej a dlhodobej starostlivosti vo vyššom veku ilustrujú aj spojené dáta o priemerných nákladoch podľa typov starostlivosti a veku z Fínska (Graf 12). Vo vyššom veku postupne rastie význam dlhodobej starostlivosti na úkor zdravotnej starostlivosti. Ide o posun od modelu zameraného predovšetkým na liečbu ochorení („cure“) k modelu zameranému na každodennú podporu človeka a zachovanie jeho samostatnosti („care“).

Graf 12: Zmena potrieb zdravotnej a dlhodobej starostlivosti v priebehu života vo Fínsku. Zdroj: Finnish Institute for Health and Welfare (THL)



[25] https://www.rivm.nl/publicaties/eindrapport-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging-ontwikkelingen-en-lessen-2021

[26] https://stm.fi/en/-/government-proposes-changes-to-home-care-and-housing-services-for-older-people

Paliatívna starostlivosť – viac ľudskosti a nižšie náklady

Viacero krajín, vrátane Českej republiky v posledných rokoch rozvíja paliatívnu starostlivosť s cieľom zaistiť pre stále väčší počet starších ľudí dôstojné zomieranie v kruhu svojich blízkych. Okrem mobilných hospicov, dochádza aj k rozvoju nemocničnej paliatívnej starostlivosti prostredníctvom konziliárnych paliatívnych tímov. Ide o multidisciplinárne tímy zložené zo špecialistu v paliatívnej medicíne, špecializovanej sestry, psychológa a sociálneho pracovníka, prípadne ďalších, ktoré spolupracujú s ošetrujúcimi lekármi pri identifikácii pacientov so závažným ochorením v terminálnom štádiu. Ich úlohou je napomôcť pri rozhodovaní o primeranosti ďalších medicínskych intervencií, komunikovať s pacientom a rodinou pri plánovaní ďalšej starostlivosti a pomáhať pacientovi pri zvládaní symptómov terminálneho ochorenia.

Skúsenosti z Českej republiky ukazujú, že včasné zapojenie tohto paliatívneho tímu prináša výhody pre pacientov aj pre zdravotný systém. Pacienti častejšie zomierajú v prostredí, ktoré si želajú, a to približne 35 % pacientov v starostlivosti paliatívneho tímu zomiera doma, zatiaľ čo bez podpory paliatívneho tímu je to len 23 %. Zároveň klesá podiel úmrtí v nemocnici (32 % oproti 51 % u pacientov bez paliatívnej intervencie). Podľa prieskumu neziskovej organizácie VIATICUS z roku 2025 realizovanom na Slovensku až 73% ľudí by preferovalo zomrieť v domácom prostredí[27]. **Včasná identifikácia paliatívnych pacientov zároveň znižuje počet zbytočných hospitalizácií, skracuje pobyt na jednotkách intenzívnej starostlivosti a vedie k celkovo efektívnejšiemu využívaniu nemocničných kapacít**. Analýzy v českých nemocniciach ukázali približne trojnásobne nižšie priemerné denné nemocničné náklady u pacientov, o ktorých sa staral paliatívny tím.

Aj po prepustení z nemocnice pacient nezostáva bez podpory, ale plynulo prechádza do starostlivosti v domácom prostredí. Česká skúsenosť tak ukazuje efektívnejší spôsob organizácie zdravotnej a dlhodobej starostlivosti, ktorý znižuje využívanie nákladnej akútnej nemocničnej starostlivosti a umožňuje väčšiemu počtu ľudí zostať doma podľa ich preferencií[28].

Zaujímavým príkladom je aj pilotný projekt pražskej záchrannej služby, ktorá vytvorila špecializovaný dotazník na identifikáciu pacientov s pokročilým nevyliečiteľným ochorením a potrebou paliatívnej starostlivosti už pri tiesňovom volaní. Namiesto rutinného transportu do nemocnice sú pacienti podľa potreby odovzdaní do starostlivosti mobilného hospicového tímu. Projekt priniesol menej terminálnych hospitalizácií, úmrtí v nemocnici a zníženie počtu opakovaných výjazdov záchrannej služby[29].

[27] https://www.aopp.sk/clanky/clanky/koniec-zivota-si-vacsina-udi-predstavuje-doma-prieskum-ukazuje-aj-obavy-rodin-a-potrebu-dostojnej-starostlivosti

[28] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9248342/

[29] Z. Křivánek, IHS 2024. Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby

Zdroje na dlhodobú starostlivosť

Vyššie uvedené zmeny zdravotného a sociálneho systému orientovaného na starnúcu populácie nie je možné realizovať bez stabilného, dostatočného ale aj efektívne využívaného financovania a spolupráce medzi sektorom zdravotníctva a sociálnych vecí. Preto sem pripravili sme projekciu vývoja výdavkov na dlhodobú starostlivosť v niekoľkých možných scenároch.

Vyšli sme zo správy Ageing report 2024 od Európskej komisie. Na Slovensku v roku 2023 (východzí rok pre našu predikciu) tvorili výdavky na dlhodobú starostlivosť 0,7% HDP (1% HDP je zhruba 1,3 miliardy eur), čo je menej ako polovica oproti Českej republike 1,5% a priemeru EU 1,7%.

Budúci vývoj bude závisieť od toho, ako sa Slovensko rozhodne riešiť viaceré problémy v dlhodobej starostlivosti a preto sme pripravili alternatívne scenáre k projekciám Ageing reportu, v snahe zohľadniť lepšie aktuálnu situáciu na Slovensku. Jednotlivé scenáre nepredstavujú presnú predpoveď budúcnosti. Ich cieľom je ukázať rozsah potrebného dofinancovania za predpokladu rôzneho vývoja v nákladových prediktoroch, napr. predpokladali sme iný vývoj podiel odkázaných ako sme už vyššie opísali.

Ako východiskový rok sme zvolili rok 2023 a ako základ pre výpočet budúcich výdavkov bol použitý hrubý domáci produkt (HDP) Slovenskej republiky vo výške 123,5 mld. eur v stálych cenách. Vo všetkých scenároch sme projektovali výdavky v % HDP v stálych cenách roka 2023, tj. bez dopadu inflácie. Následne sme na túto hodnotu aplikovali predikovanú mieru rastu HDP do roku 2070 uvedenú v *Ageing Report 2024*.

Výsledné odhady kombinujú projekcie počtu odkázaných osôb, spôsobu ich pokrytia rôznymi typmi služieb a tempa rastu výdavkov na jednotlivé typy služieb s makroekonomickými predpokladmi *Ageing Reportu 2024* o raste HDP a vývoji výdavkov na dlhodobú starostlivosť ako podielu na HDP (Graf 13).

Obrázok 3: Ilustrácia metodiky projekcie výdavkov na dlhodobú starostlivosť.

Zdroje dát	Eurostat	Ageing report, EU-SILC	Členské štáty	Členské štáty	Štatistický úrad, Eurostat	Ageing report, Eurostat
	KROK 1 **Demografia**	KROK 2 **Odkázanosť**	KROK 3 **Pokrytie**	KROK 4 **Forma podpory**	KROK 5 **Podiel HDP**	KROK 6 **Jednotkové náklady**
Vstupné dáta	Projekcia populácie seniorov 65+	Projekcia počtu odkázaných seniorov 65+	Projekcia podielu odkázaných pokrytých podporou	Inštitucionálna/ Domáca/ Peňažné príspevky	Projekcia % HDP na jednotlivé formy podpory	Projekcia vývoja nákladov na odkázanú osobu
Scenáre	**1. Baseline** Podiel Foriem, Jednotkové náklady a Pokrytie = pokles podielu nepokrytých (z 36% na 17%) podľa Ageing Report					
	2. Konvergencia nákladov k ČR Jednotkové náklady → úroveň ČR					
	3. Konvergencia pokrytia k EÚ podiel Pokrytia → úroveň EÚ (nepokrytí z 36% na 8%)					
	4. Konvergencia nákladov k ČR + pokrytia k EÚ kombinácia scenárov 2 + 3					
	5. Všetci pokrytí, zachovaný pomer Formy podpory 100% odkáz. pokrytých + dnešný pomer foriem podpory					

Pri tzv. „baseline“ (základnom) scenári z Ageing reportu, sú výdavky na dlhodobú starostlivosť do roku 2040 projektované na úrovni 1,3% HDP a 2% do roku 2070. Avšak tento scenár predpokladá, že pomerne veľká časť odkázaných zostane stále nepokrytá podporou, i keď je podiel poklesne z dnešných 36% na 17% (cieľová hodnota definovaná v Ageing report). Tento scenár taktiež predpokladá podobnú výšku výdavkov ako dnes, tj. konzervuje problém nedostatočného financovania a potrebu neoficiálnej spoluúčasti zo strany rodiny. Na Slovensku boli v 2023 priemerné ročné výdavky na odkázaného človeka nad 65 rokov 3 414 €, zatiaľ čo v Českej republike to bolo 6 350 €, pričom očakávania na nastavenie miezd personálu budú porovnateľné. Personálne náklady sú zároveň dominantnou položkou v inštitucionálnej forme podpory.

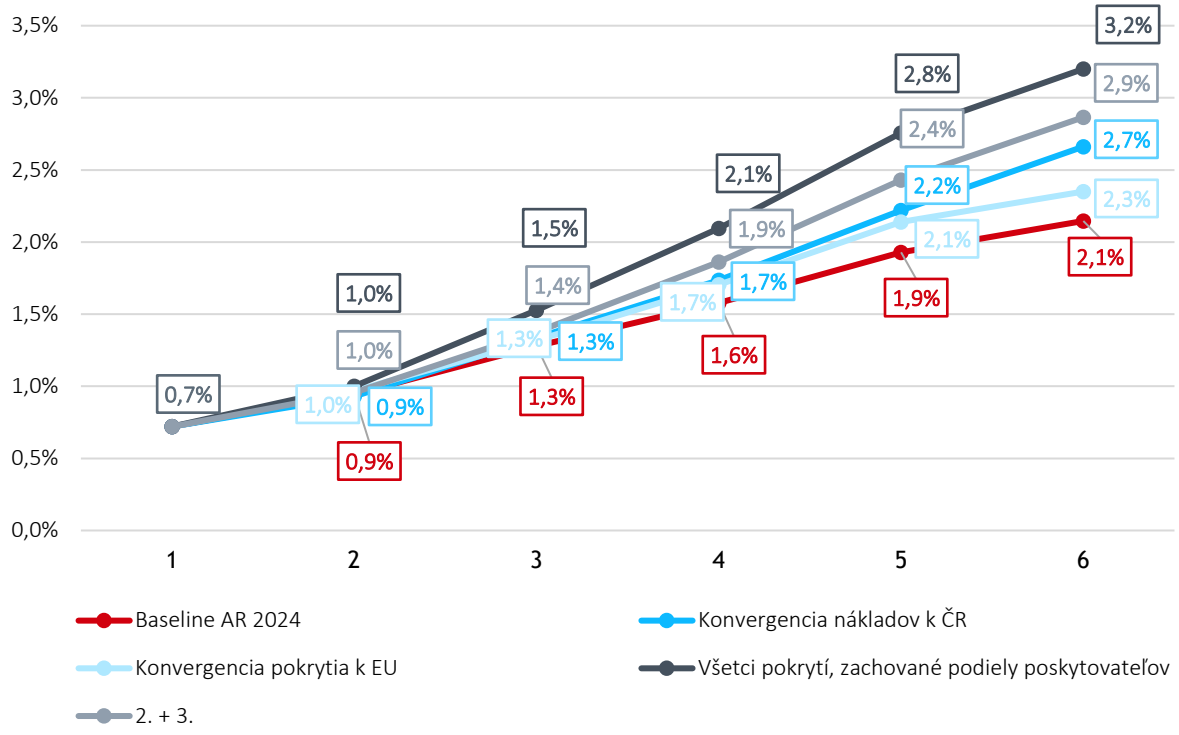
Druhý scenár **„Konvergencia nákladov k ČR“** modeluje situáciu, v ktorej by jednotkové výdavky Slovenska na dlhodobú starostlivosť postupne do r. 2070 narástli na výšku v Českej republike. Pri tomto scenári predpokladáme, že ak máme mať dostatok personálu na zaistenie tejto starostlivosti, tieto výdavky musia byť porovnateľné s ČR. Tento predpoklad vedie k projekcii výdavkov na úrovni 1,3% do roku 2040 a 2,7% HDP do roku 2070.

Tretí scenár **„Konvergencia pokrytia k EU“**, ktorý popisujeme sa sústreďuje na pokrytie väčšieho podielu novovzniknutých odkázaných ľudí. Predpokladá, že podiel nepokrytých klesne z 36% na 8% do r. 2070, tj. úroveň priemeru európskych krajín a ich pokrytie je zabezpečené „najmenej nákladnou formou“ – peňažnými príspevkami. Výdavky by do roku 2040 stúpli taktiež na 1,3% a do 2070 na 2,3% HDP, oproti 2,1% HDP v baseline scenári.

Štvrtý scenár je kombináciou „**Konvergencia nákladov k ČR a pokrytia k EU = druhého a tretieho scenára**“. Pri tomto scenári by do roku 2040 výdavky vzrástli na 1,4% a do 2070 na 2,9%.

Posledný scenár „**Všetci pokrytí, zachované podiely poskytovateľov**“ predikuje výdavky v prípade, že by na Slovensku všetci odkázaní ľudia dostali nejakú z troch foriem pomoci. Predpokladá zachovanie súčasného pomeru foriem pomoci - v inštitucionálnej starostlivosti by bolo 30% seniorov, v domácej 28% a peňažný benefit by dostávalo 43% seniorov. Výdavky na dlhodobú starostlivosť v danom scenári by sa dostali do roku 2040 na 1,5% a do 2070 až na 3,2% HDP.

Graf 13: Scenáre vývoja výdavkov na dlhodobú starostlivosť. Zdroj: Ageing report 2024



Do roku 2040 tak potrebujeme pri „základnom scenári“ získať dodatočných 0,6% HDP. Podľa predikcie by HDP Slovenska v roku 2040 malo dosahovať výšku približne 137,1 mld €, a teda na dlhodobú starostlivosť by sme ročne potrebovali o približne 0,82 mld € viac. V predošlej publikácii Zdroje pre budúce zdravie uvádzame celkový nárast výdavkov na zdravotníctvo v základnom scenári z 6,1 % HDP na 6,9 % HDP, čo predstavuje približne 1,9 mld € navyše. **Dodatočné potreby dlhodobej starostlivosti tak predstavujú minimálne polovicu dodatočných potrieb celého zdravotníctva.**

Možné riešenia financovania dlhodobej starostlivosti a inšpirácia v zahraničí

Jednou z najväčších výziev transformácie dlhodobej starostlivosti je **zabezpečiť dostatok zdrojov financovania sociálne únosným spôsobom**. Dlhodobú starostlivosť (CARE) však nemožno financovať rovnakým spôsobom ako akútnu zdravotnú starostlivosť (CURE). Akútna zdravotná starostlivosť je založená najmä na princípe solidarity a financovaná prevažne z verejných zdrojov. Pri dlhodobej starostlivosti však môže človek potrebovať pomoc počas mnohých rokov a v rôznom rozsahu.
S rastúcim počtom ľudí, ktorí ju budú potrebovať, preto **nebude možné pokryť všetky budúce potreby iba z verejných zdrojov.**

Rovnako dôležité ako získanie nových zdrojov je však efektívnejšie využívanie tých existujúcich. Lepšia koordinácia zdravotnej a dlhodobej starostlivosti, prevencia zbytočných hospitalizácií a poskytovanie starostlivosti v prostredí, ktoré najlepšie zodpovedá potrebám človeka, môžu znížiť tlak na najnákladnejšie formy starostlivosti a umožniť lepšie využitie verejných financií.

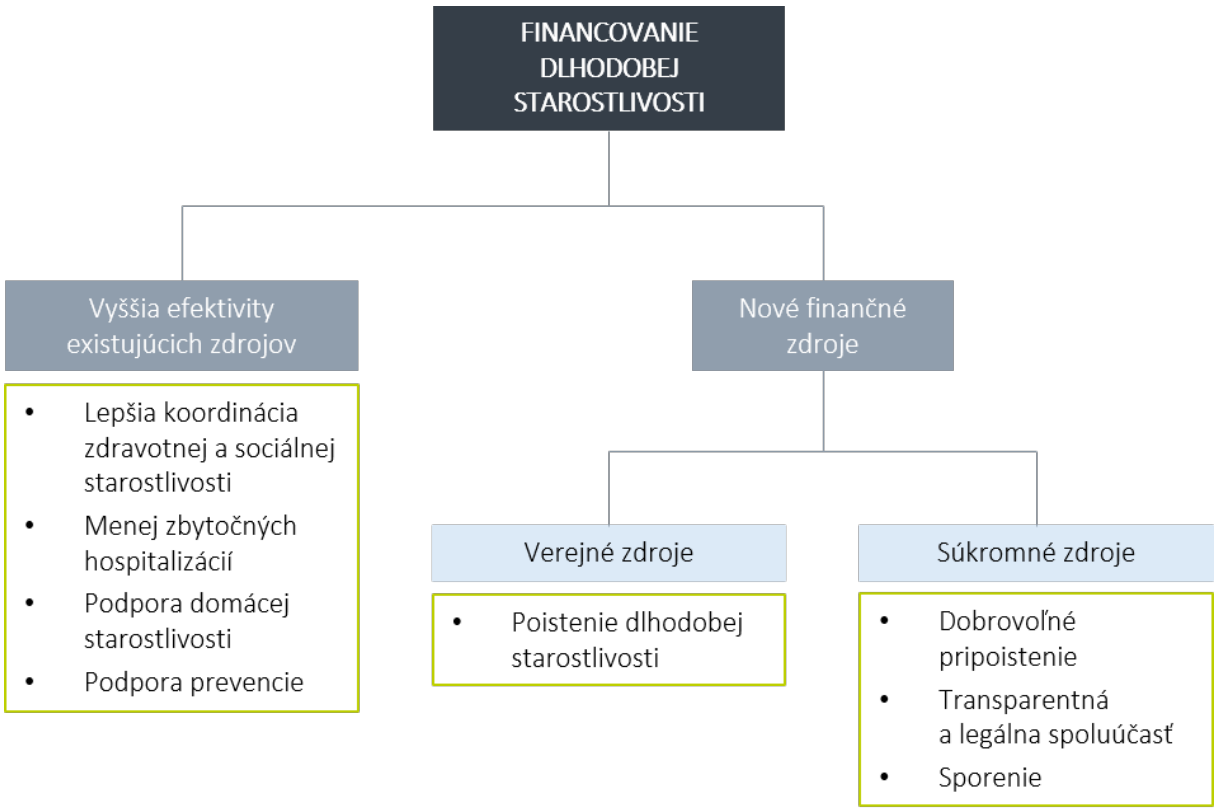
Ani vyššia efektivita však pravdepodobne nebude stačiť na pokrytie budúcich potrieb súvisiacich so starnutím populácie. Potrebujeme preto kombinovať stabilné verejné financovanie s ďalšími zdrojmi. Jednou z možností je vytvorenie **samostatného verejného financovania dlhodobej starostlivosti**

prostredníctvom povinného poistenia, podobne ako v Nemecku. Samostatný odvod vyhradený na dlhodobú starostlivosť zvyšuje transparentnosť financovania a umožňuje vytvoriť stabilný zdroj nezávislý od aktuálnych rozhodnutí o štátnom rozpočte. **Na Slovensku by bolo možné na toto využiť dočasné zvýšenie zdravotných odvodov zamestnávateľov a zamestnancov o 1+1 percentuálny bod, ktoré je podľa aktuálnej legislatívy platné do roku 2027.** Po tomto období by sa tieto zdroje mohli presmerovať na financovanie dlhodobej starostlivosti. Ich výber a správa by mohli zostať v rukách zdravotných poisťovní, ktoré by zároveň zabezpečovali koordináciu zdravotnej a dlhodobej starostlivosti. Takéto nastavenie by mohlo prispieť aj k postupnému prekonávaniu fragmentácie zdravotného a sociálneho systému.

Verejné financovanie by mala dopĺňať sociálne únosná a transparentná spoluúčasť prijímateľov. Jej cieľom nemá byť preniesť väčšinu nákladov na jednotlivca, ale spolufinancovať vybrané služby pri zachovaní dostupnosti. Výška spoluúčasti by mala zohľadňovať finančnú situáciu človeka, obsahovať jasný maximálny limit a chrániť ľudí s nízkymi príjmami.

Pre súčasnú preddôchodkovú generáciu by zároveň malo byť možné vytvoriť **produkty dobrovoľného pripoistenia a dlhodobého sporenia**, ktoré umožnia pripraviť sa na budúce náklady spojené s potrebou dlhodobej starostlivosti.

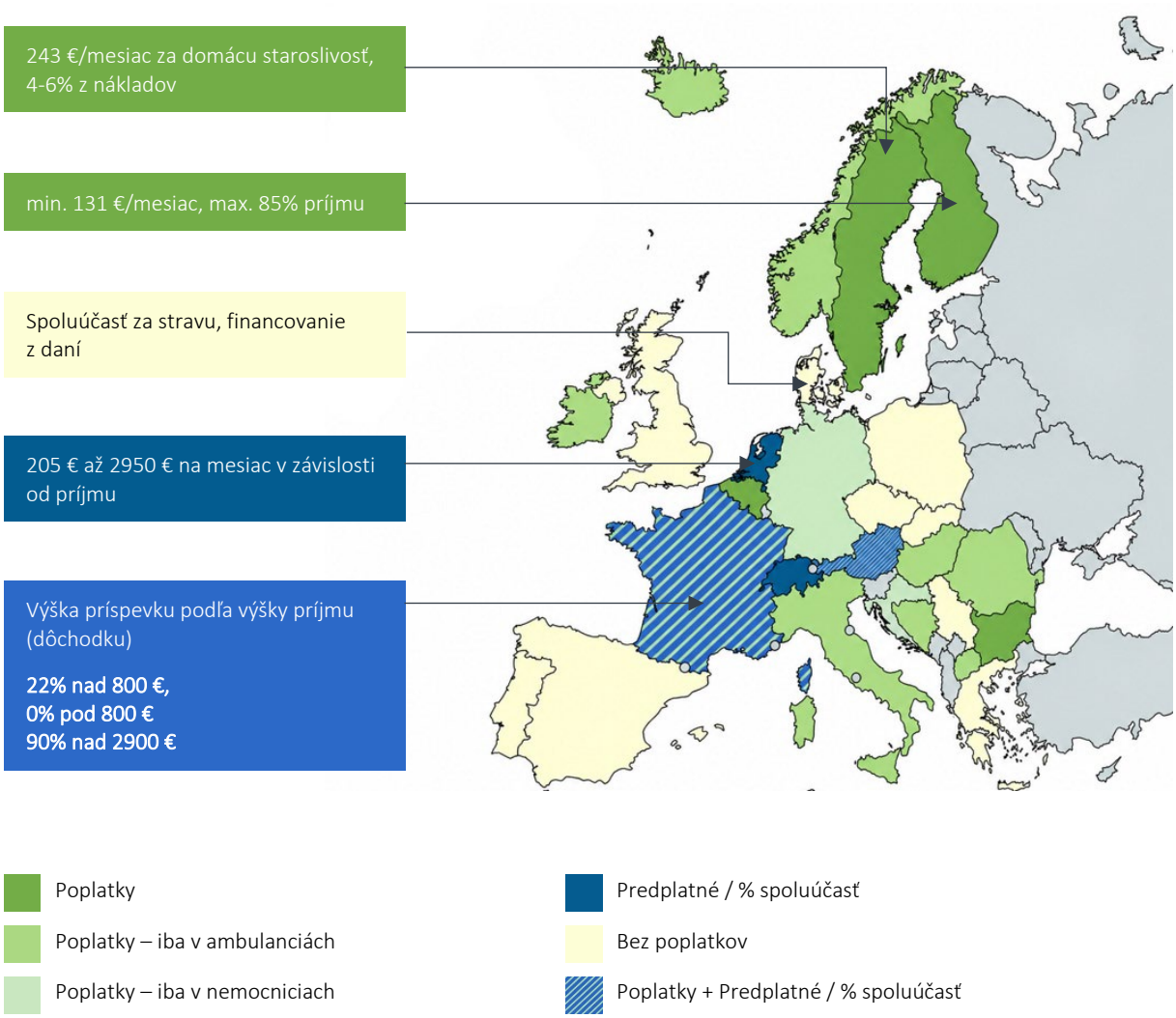
Obrázok 4: Možnosti financovania transformácie dlhodobej starostlivosti



Viaceré európske krajiny kombinujú verejné financovanie so **spoluúčasťou** prijímateľov starostlivosti a ich rodín, či dobrovoľného pripoistenia (Obrázok 5). Dôležité však je, že **spoluúčasť je jasne definovaná zákonom, viazaná na príjem alebo rozsah poskytovaných služieb, má stanovené maximálnu výšku za rok a obsahuje ochranné mechanizmy pre ľudí s nízkymi príjmami**.

Takýto model funguje napríklad v Holandsku aj vo Fínsku. Formálna spoluúčasť je transparentná, predvídateľná a predstavuje súčasť financovania systému. Zároveň pomáha obmedzovať neoficiálne platby alebo neprehľadné financovanie prostredníctvom rodín. Táto spoluúčasť obvykle existuje paralelne popri spoluúčasti v zdravotníctve.

Obrázok 5: Spoluúčasť pacientov na financovaní zdravotnej a dlhodobej starostlivosti v Európe.



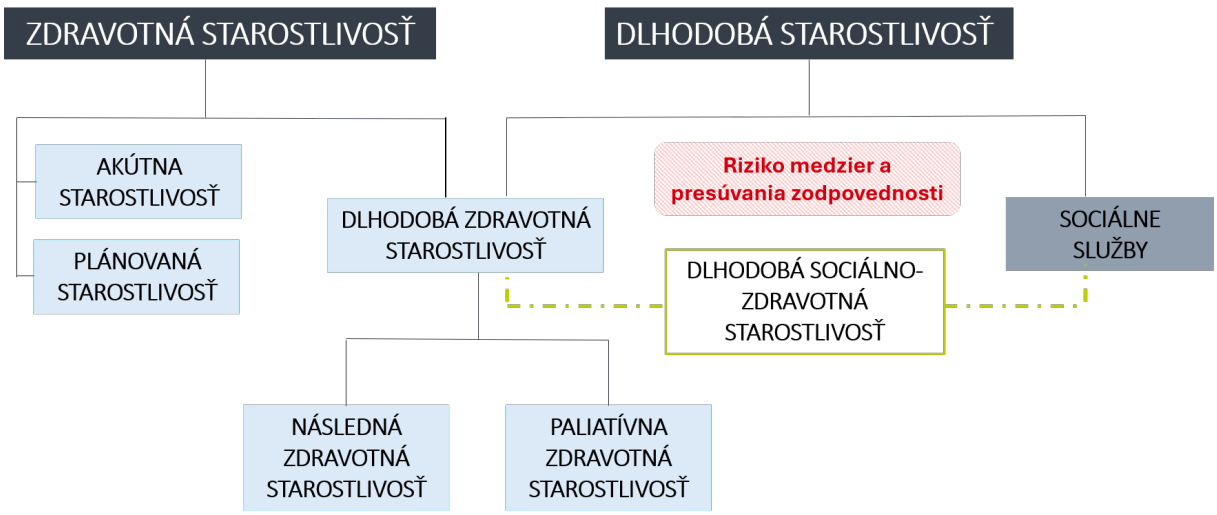
Zdroj: Zdroje pre budúce zdravie, vlastné spracovanie z www.hspm.org

V Českej republike časť budúcich potrieb možno pokrývať aj prostredníctvom **dobrovoľného pripoistenia**. Na rozdiel od základného systému zdravotnej starostlivosti si občania môžu na budúcu potrebu dlhodobej starostlivosti vytvárať vlastné finančné rezervy alebo uzatvoriť komerčné poistenie, Pripoistenie môže pomôcť financovať náklady spojené s dlhodobou starostlivosťou, napríklad domácu opatrovateľskú starostlivosť, kompenzačné pomôcky alebo ďalšie služby podľa individuálnych potrieb klienta. **Súčasťou produktu môže byť aj poradenstvo a pomoc pri vybavení administratívnych požiadaviek pre získanie potrebnej starostlivosti**.

Takýto nástroj síce nenahrádza verejný systém, môže však znížiť tlak na jeho financovanie a zároveň zvýšiť možnosti voľby pre občanov. Možným riešením by mohlo byť aj vytvorenie produktu sporenia na dlhodobú starostlivosť. Na rozdiel od akútnej zdravotnej starostlivosti, kde sú tieto výdavky priebežné a takmer neustále, výdavky na dlhodobú starostlivosť sa koncentrujú v posledných fázach života a je možné si na ne nasporiť. Náš odhad je pre človeka, ktorý pôjde do dôchodku v roku 2040 a bude 20 rokov poberať nejakú formu pomoci pre odkázaných, mesačne si bude musieť doplácať 1 202 € v prípade inštitucionálnej starostlivosti a 325 € v prípade domácej starostlivosti. To zjednodušene znamená mať zaistených cca 150 tis. € na 20 rokov starostlivosti, bez započítania dopadu inflácie.

Pre budúce fungovanie dlhodobej starostlivosti preto nebude rozhodujúce iba to, koľko nových zdrojov zaistíme, ale aj ako zaistíme ich efektívne využívanie tak, aby človek dostal správnu pomoc na správnom mieste a v správnom čase. Na Slovensku je dlhodobá starostlivosť v súčasnosti rozdelená medzi dva samostatné systémy – sociálny a zdravotný (Obrázok 6). Zdravotnú starostlivosť hradí verejné zdravotné poistenie prostredníctvom zdravotných poisťovní. Sociálne služby, domáce, komunitné aj pobytové, zabezpečujú obce a vyššie územné celky podľa zákona o sociálnych službách. Financujú sa z ich rozpočtov, z príspevku štátu a z úhrad klientov. Dlhodobá starostlivosť však potrebuje integrovať tieto dva typy podpory pre človeka a definovať subjekt zodpovedný za oba typy potrieb človeka v jednom čase. Na rozhraní týchto systémov dnes vznikajú medzery a dochádza k presúvaniu zodpovednosti aj nákladov, čo je potrebné zastaviť.

Obrázok 6: Súčasné nastavenie dlhodobej starostlivosti na Slovensku.



Riešením sa môžeme inšpirovať v Holandsku. Po reforme dlhodobej starostlivosti v roku 2015 prevzali zdravotné poisťovne zodpovednosť aj za zabezpečenie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti popri zdravotnej starostlivosti. **Vďaka tomu majú motiváciu investovať do kvalitnej domácej starostlivosti a prevencie zbytočných hospitalizácií.**

Intenzívna dlhodobá starostlivosť pre ľudí s najvyššou mierou odkázanosti zostala financovaná prostredníctvom samostatného verejného systému (Wlz), ktorý kombinuje poistné, príspevky ľudí a štátne zdroje. V roku 2025 predstavoval priamy príspevok štátu do tohto systému približne 11 miliárd eur, teda 29 % jeho financovania[30].

Sociálnu podporu zabezpečujú obce, financované najmä zo štátnych prostriedkov. Holandsko tak rozdeľuje zodpovednosť podľa typu potreby – zdravotné poisťovne zabezpečujú zdravotnú a komunitnú starostlivosť, samostatný verejný systém financuje intenzívnu dlhodobú starostlivosť a obce sociálnu podporu[31].

[30] https://www.staatvenz.nl/financiele-middelen/exploitatie-en-premiestelling-wlz

[31] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305980

Zoznam literatúry

- Tulejová H., Šebová D., Advance Institute: **Zdroje pre budúce zdravie**. [Online] 2025.
- AOPP (Asociácia na ochranu práv pacientov), prieskum VIATICUS: **Koniec života si väčšina ľudí predstavuje doma**. [Online]. 2026.
- Barszczewski, J., Milstein, R., Lee, J., Llena-Nozal, A.: **How do women respond to increased care needs of their parents? The economic costs of informal caregiving.**]. *The Journal of the Economics of Ageing*, 2025, 32, 100589. [Online].
- Čičváková, E.: **Ženy na trhu práce na Slovensku a vo verejnom živote v porovnaní s krajinymi európskej únie.** Slovenská štatistika a demografia. Štatistický úrad SR. [Online]. 2024
- Dušek, L. (ÚZIS ČR): **Jak vypadá české zdravotnictví vo světle stárnutí obyvatelstva**, konferencia IHS, 2026.
- European Commission: **Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070).** [Online]. 2024.
- Eurostat: **Population structure and ageing** – Statistics Explained. [Online].
- Eurostat: **Population on 1 January by age and sex** (demo_pjan) [Online].
- Eurostat: **Population projections (STP2025 / EUROPOP2025)**, projected live births, Slovakia.
- Eurostat: **13% continued working after receiving old-age pension**. News article, 9. december 2024. [Online].
- Tulejová, H., Gomola, D.: **Dobehnime Čechov v starostlivosti o mŕtvice a srdcové infarkty**. [Online]. 2023.
- Hlavné mesto SR Bratislava: **Zariadenia a služby pre seniorov.** [Online].
- IFP – Inštitút finančnej politiky, Ministerstvo financií SR: **Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť**. [Online]. máj 2021.
- Křivánek, Z.: **Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby**, konferencia IHS, 2024.
- Ministry of Social Affairs and Health (Fínsko): **Government proposes changes to home care and housing services for older people.** [Online]. 2021.
- MPSVR SR – Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR: **Informačný systém sociálnych služieb (IS SoS) – register poskytovateľov sociálnych služieb.** [Online].
- Múčka, Z. (RRZ – Rada pre rozpočtovú zodpovednosť): **Lekári, sestry a Slovensko 2040 (Projekcia vývoja počtu lekárov, sestier a dopytu po týchto profesiách zo strany starnúcej populácie)**. [Online]. 2025.
- NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií: **Výskyt zhubných nádorov na Slovensku: Pacienti žijú dlhšie, no pribúda prípadov rakoviny prsníka a prostaty.** [Online].
- OECD: **Health at a Glance 2025:** OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. [Online]. 2025.
- OECD / European Observatory on Health Systems and Policies: **Country Health Profile 2025: Slovak Republic** (State of Health in the EU). [Online].
- OECD: **OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2022**. Paris: OECD Publishing, 2022. Kapitola Improving the quality and financing system of long-term care to cope with demand surges.

- Kremenova, Z. et al.: **Does a Hospital Palliative Care Team Have the Potential to Reduce the Cost of a Terminal Hospitalization?** A Retrospective Case-Control Study in a Czech Tertiary University Hospital. Journal of Palliative Medicine. 2022. 25(7). 1088–1094. [Online].
- RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: **Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging. Ontwikkelingen en lessen 2021-2023**. [Online]. 2024.
- Alders, P., Schut, F.T.: **The 2015 long-term care reform in the Netherlands: getting the financial incentives right?** Health Policy. [Online]. 2018.
- Stredisko sociálnej pomoci mesta Košice / Košický samosprávny kraj: **Ekonomicky oprávnené náklady a úhrady v zariadeniach pre seniorov za rok 2025.** [Online].
- TREND.sk: **Slovensko zlepšilo svoje umiestnenie v krajinách OECD v postavení žien.** [Online]. 2023.
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, & Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. **Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike: Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť.** [Online]. 2021.

Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.

U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

office@advanceinstitute.cz
www.advanceinstitute.cz

www.advanceinstitute.cz