

Útvar hodnoty za peniaze

Ministerstvo financií SR / www.finance.gov.sk/uhp



Najlepšia zahraničná prax pre reformu slovenského zdravotníctva

marec 2023

Autori

Materiál pod vedením Martina Haluša a Adama Mareka pripravili Slavomír Hidas, Jana Kmecová, Mária Nuhličková a Zuzana Čarnogurská.

Pod'akovanie

Za cenné rady a pripomienky ďakujeme kolegom z Útvaru hodnoty za peniaze, predovšetkým Silvii Hrinkovej, Patrikovi Jankovičovi a Danielovi Mušecovi. Za diskusiu a odborné pripomienky ďakujeme recenzentom Michalovi Staňákovi (Národný inštitút pre hodnotu a technológie v zdravotníctve) a Tomášovi Sivákovi (Rada pre rozpočtovú zodpovednosť).

Upozornenie

Materiál prezentuje názory autorov a Útvaru hodnoty za peniaze (ÚHP), ktoré nemusia nutne odzrkadľovať oficiálne názory Ministerstva financií SR. Cieľom publikovania analýz ÚHP je podnecovať a zlepšovať odbornú a verejnú diskusiu na aktuálne ekonomické témy. Citácie textu by preto mali odkazovať na ÚHP (a nie Ministerstvo financií SR) ako autora týchto názorov.

Obsah

Zhrnutie	4
1 Výdavky a výsledky zdravotníctva v medzinárodnom porovnaní.....	6
2 Hlavné zistenia analýzy vyspelých zdravotných systémov	8
2.1 Na univerzálnom prístupe k zdravotnej starostlivosti je všeobecná zhoda	8
2.2 Poisťovne sú v povinnom systéme zdravotníctva neziskové	9
2.3 Nemocnice sú z veľkej miery neziskové.....	9
2.4 Počet poisťovní sa nejaví ako faktor kvality zdravotníctva	10
2.5 Doplatky a pripoistenie majú vo vyspelých krajinách doplnkovú úlohu	12
3 Špecifické črty slovenského zdravotného systému	16
Príloha 1: Prehľad zahraničných zdravotných systémov	19
Príloha 2: Príklady kvázi-formálnych poplatkov na Slovensku	26
Príloha 3: Prepoisťovanie poistencov	30
Literatúra	32

Zhrnutie

Zdravotné systémy krajín západnej Európy patria k najlepším na svete. Ľudia sa dožívajú nielen vysokého veku, ale aj systém zdravotníctva má výrazný vplyv na nízku odvrátiteľnú úmrtnosť. Aj keď sa nedá povedať, ktorý zo zdravotných systémov je najlepší na svete, väčšina z nich je postavená na podobných princípoch. Výnimkou z vyspelých krajín sú len Spojené štáty americké (USA) s horšími výsledkami pri výrazne vyšších nákladoch. Cieľom štúdie je na základe analýzy systémov v Európe a USA identifikovať spoločné črty, ktoré možno považovať za najlepšiu prax. Aj napriek viacerým vyspelým zdravotným systémom s podobnými znakmi a výsledkami mimo Európy, podrobnejšie sú skúmané najmä západoeurópske zdravotné systémy, keďže sú geograficky a kultúrne najbližšie k Slovensku¹. Príklad USA je použitý pre špecifiká, ktorým sa venuje množstvo odbornej literatúry.

Najlepšie výsledky dosahujú systémy s univerzálnym prístupom k zdravotnej starostlivosti pre celú populáciu. Hlavnou črtou takýchto systémov je solidárnosť – na širokú zdravotnú starostlivosť majú nárok všetci obyvatelia bez ohľadu na príjem. Na financovaní sa podieľajú povinne obyvatelia so zárobkovou činnosťou. Na univerzálnom prístupe k zdravotnej starostlivosti je všeobecná zhoda a je považované za štandard z pohľadu verejných politík. Hlavným argumentom pre univerzálnosť a solidárnosť je, že zdravotná starostlivosť nie je bežnou službou a nie je možné jednoduché aplikovanie trhových princípov.

Možnosť vyplácania zisku akcionárom zdravotných poisťovní v povinnom systéme nenájdeme v žiadnej krajine EÚ okrem Slovenska a v USA. Prerozdelenie verejných zdrojov od populácie smerom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti nie je možné považovať za bežné trhové prostredie s ponukou a dopytom po službách. Súkromný sektor síce hrá v zdravotníctve dôležitú rolu, jeho miesto je však vo farmaceutickom priemysle, laboratóriách, ambulanciách, poliklinikách či doplnkovom poistení. Dôležitou časťou vyspelých zdravotných systémov je dobre nastavené regulačné prostredie pre aktérov v zdravotnom systéme.

Nemocnice sú v krajinách EÚ vo veľkej miere vlastnené štátom, samosprávami alebo neziskovým sektorom. Nemocnice poskytujúce komplexnú starostlivosť a univerzitné nemocnice sú obvykle vo vyspelých zdravotných systémoch verejné inštitúcie bez motivácie tvorby zisku. Súkromný sektor dopĺňa tento typ zdravotnej starostlivosti skôr v malých nemocniciach a v špecifických výkonoch zdravotnej starostlivosti.

Počet poisťovní sa v európskych systémoch zdravotníctva nejaví ako faktor ovplyvňujúci výsledky. Navyše, koncentrovanejšie zdravotné systémy s jednou centrálnou inštitúciou vykazujú nižšie administratívne výdavky v porovnaní s krajinami s viacerými poisťovňami. Napríklad americký systém s veľkým počtom poisťovní a verejných programov je s prehľadom nielen najdrahší na svete, ale aj najnákladnejší z pohľadu administratívy.

Poplatky sú bežnou súčasťou všetkých vyspelých zdravotných systémov, dôležitá pri nich je transparentnosť a vopred známe informácie pre pacientov. Vo vyspelých krajinách však plnia poplatky skôr doplnkovú úlohu. Okrem dodatočných zdrojov môžu pomáhať plniť ciele verejných politík, napríklad pri optimalizácii návštev špecializovanej ambulantnej starostlivosti ako v Holandsku. Vo vyspelých zdravotných systémoch je riešená aj sociálna ochrana zraniteľnej populácie pred negatívnym vplyvom poplatkov.

Nastavenie zdravotných systémov nie je možné jednoducho prenášať medzi krajinami – fungovanie zdravotného systému závisí aj od jeho histórie v danej krajine, nastavenia inštitúcií aj od očakávaní občanov. Pri nastavovaní pravidiel a reformách je nutné zohľadňovať východiskový stav. Aj preto by sa slovenské zdravotníctvo malo držať toho, čo funguje v iných európskych krajinách, ktoré sú nám kultúrne, politicky aj ekonomicky najbližšie.

Slovenský zdravotný systém sa zásadne odlišuje od najlepších zdravotných systémov. Slovensko je jedinou krajinou v EÚ, v ktorej poisťovne prerozdeľujúce verejné zdroje môžu vyplácať zisk akcionárom. Najnovšia novela zákona o zdravotných poisťovniach rieši práve reguláciu zisku a minimálnych nákladov na zdravotnú starostlivosť. V slovenskom zdravotníctve sú, výraznejšie ako v iných EÚ krajinách, zastúpené nemocnice orientované na zisk. Doplatky v zdravotníctve existujú podobne ako v iných vyspelých krajinách a sú v štandardnej výške. Sú však často pre pacientov netransparentné a veľmi slabo regulované. Zároveň môžu zhoršovať zdravotné výsledky limitovaním dostupnosti zdravotnej starostlivosti v prípade nízkopríjmovej populácie.

¹ Sú to napríklad zdravotné systémy v Austrálii, Kanade, Izraeli, Japonsku, Južnej Kórei alebo na Taiwane.

Tabuľka 1: Porovnanie zdravotných systémov (EÚ krajiny zoradené podľa % výdavkov na HDP)

	Viacero poisťovní/fondov	Poisťovne/fondy, ktoré vyplácajú zisk akcionárom vo verejnom zdravotníctve	Celkové výdavky na zdravotníctvo (2019, % HDP)**	HDP na obyvateľa (2019, USD, bežné ceny, parita kúpnej sily)	Odvratiteľné úmrtia (na 100 tis. obyvateľov, 2019 alebo posledný dostupný rok)***
Krajiny EÚ					
DE	✓		11,7	57 397	66
FR	✓		11,1	50 222	51
SE			10,8	56 404	53
BE	✓		10,7	55 801	57
AT	✓		10,5	59 719	59
NL	✓	*	10,1	60 208	50
DK			10,1	59 884	59
PT			9,5	37 299	69
FI			9,2	51 811	56
ES	✓		9,1	43 136	52
IT			8,7	45 800	55
GR			8,2	31 156	78
CZ	✓		7,6	44 223	97
BG			7,1	25 170	156
LT			7,0	39 951	149
SK	✓	✓	6,9	33 462	132
HR			6,8	31 573	104
EE			6,8	39 068	106
IE			6,7	89 846	63
LV			6,6	32 939	154
PL			6,4	34 593	110
HU			6,3	34 639	142
RO			5,7	32 910	174
Krajiny mimo EÚ					
US	✓	✓	16,7	64 690	92
CH	✓		11,3	72 668	40
JP	✓		11,0	42 465	51
CA			11,0	49 832	58
NO			10,5	69 264	51
UK			9,9	49 318	71

Poznámky:

* Do roku 2016 moratórium na vyplácanie dividend, najväčšia súkromná poisťovňa nevyplatila dividendy ani po roku 2016.

** Vrátane priamych platieb občanov (OOP) a dobrovoľných schém

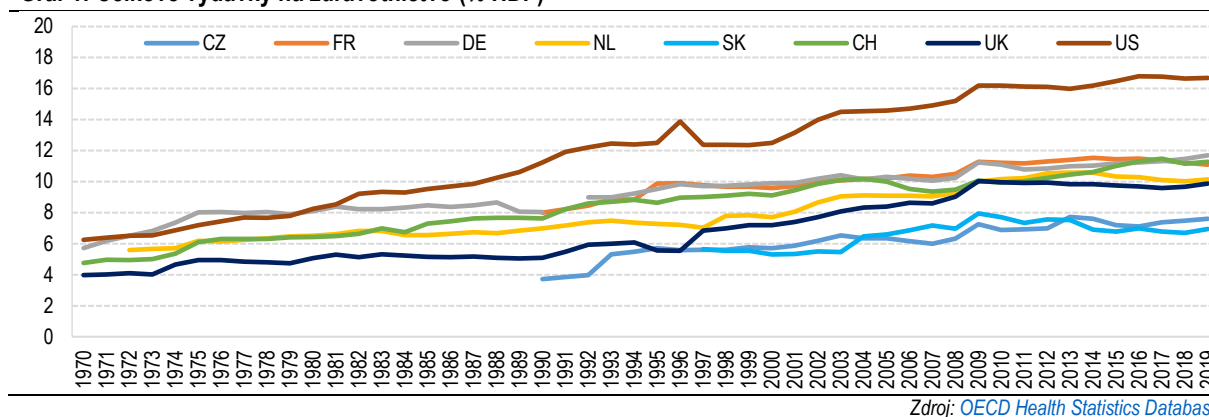
*** Miera úmrtnosti odvrátiteľnej zdravotnou starostlivosťou – úmrtia, ktoré je možné odvrátiť včasnou a efektívnou diagnostikou či adekvátnym zásahom zdravotnej starostlivosti a liečbou. Údaje v zelených poliach predstavujú najlepšie výsledky pre najlepších 25 % sledovaných krajín, údaje v červených poliach pre najhorších 25 % krajín.

Zdroj: [Commonwealth Fund International Health Care System Profiles](#), [Eurostat Health Database](#), [European Observatory Health Systems in Transition](#), [OECD Health Statistics Database](#), [OECD Gross Domestic Product \(GDP\)](#)

1 Výdavky a výsledky zdravotníctva v medzinárodnom porovnaní

Výdavky na zdravotníctvo rastú vo vyspelých krajinách rýchlejšie ako ekonomika. V sledovaných najbohatších krajinách OECD narástli celkové výdavky na zdravotníctvo merané ako podiel na HDP² oproti roku 1990 o 40 až 50 %. V prípade Spojeného kráľovstva (UK) a Česka sa výdavky v pomere k HDP za posledných takmer 30 rokov zdvojnásobili (Graf 1). Významnými faktormi rastu výdavkov sú technologický pokrok umožňujúci liečbu čoraz komplikovanejších diagnóz, starnutie populácie s väčšou spotrebou zdravotníckych služieb, ale aj inštitucionálne nastavenie systémov (OECD, 2009; OECD, 2015). Rast výdavkov vo vyspelých krajinách ovplyvňuje aj rast štandardov zdravotnej starostlivosti – príkladom je prechod z domácej rodinnej starostlivosti na inštitucionálnu v prípade dlhodobej starostlivosti (Gawande, 2014). Možno predpokladať, že chudobnejšie krajiny EÚ vrátane Slovenska budú konvergovať vo výdavkoch na zdravotníctvo v pomere k HDP k bohatším krajinám.

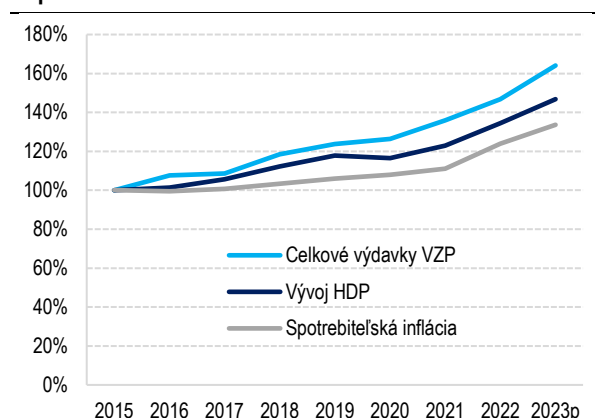
Graf 1: Celkové výdavky na zdravotníctvo (% HDP)



Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

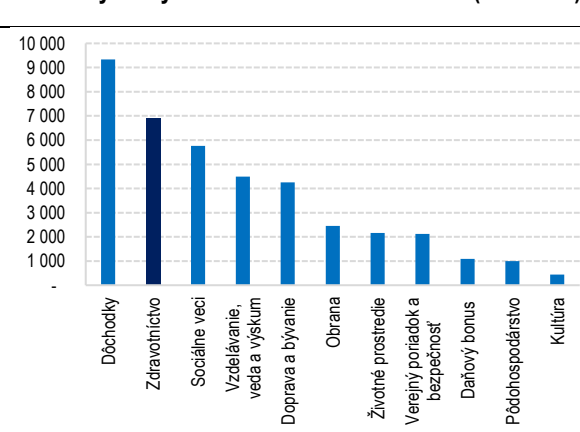
Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku sú druhá najväčšia výdavková oblasť verejných financií a rastú výraznejšie v porovnaní s inými oblasťami verejnej správy, podobne ako v iných vyspelých krajinách. Tempo rastu výdavkov na zdravotníctvo je na Slovensku rýchlejšie než rast HDP a rast spotrebiteľskej inflácie. Kým HDP narástol od roku 2015 o 34 %, celkové výdavky verejného zdravotného poistenia až o 50 % (Graf 2). Po výdavkoch na starobné a invalidné dôchodky ide o druhú najväčšiu výdavkovú položku verejných financií (Graf 3). Podľa návrhu rozpočtu na rok 2023 prekročia výdavky verejného zdravotného poistenia 7 miliárd eur³, čo predstavuje medziročný nárast vo výške 16 % pri očakávanej inflácii do 10 %⁴.

Graf 2: Vývoj výdavkov verejného zdravotníctva v porovnaní s rastom HDP a infláciou



Poznámka: Celkové výdavky verejného zdravotného poistenia predstavujú výdavky zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť vrátane administratívy a povinných príspevkov. Zdroj: ÚHP na základe údajov schváleného návrhu RVS na roky 2023-2025, MF SR

Graf 3: Výdavky na vecné oblasti na rok 2023 (v mil. eur)



Poznámka: Zdravotníctvo zahŕňa celkové výdavky VZP.

Zdroj: [Schválený návrh RVS na roky 2023-2025](#)

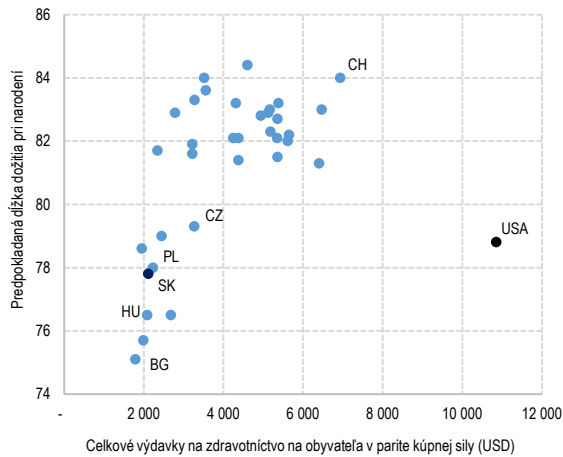
² Ako posledný údaj sú použité celkové výdavky na zdravotníctvo v roku 2019 kvôli neskresleniu z dôvodu pandémie COVID-19.

³ Vrátane dofinancovania ambulantného sektora (január 2023).

⁴ [Makroekonomická prognóza IFP \(február 2023\)](#).

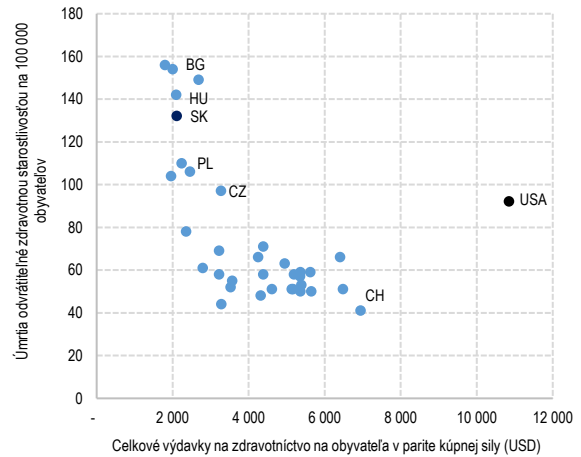
S rastom bohatstva krajiny sa vo všeobecnosti zlepšujú výsledkové indikátory zdravia populácie (Pritchett & Summers, 1996). Vyspelé krajiny s rastúcim výdavkami na zdravotníctvo v pomere k HDP dosahujú lepšie výsledky, merané ako dĺžka života pri narodení, odvrátiteľné úmrtia zdravotnou starostlivosťou a dojčenská úmrtnosť (Grafy 4 a 5; IFP, 2012; ÚHP, 2019). Výnimkou medzi vyspelými krajinami v tomto vzťahu sú USA so špecifickým hybridným modelom zdravotníctva. Napriek výrazne vyššiemu výdavkom na zdravotníctvo majú USA najhoršie zdravotné výsledky medzi bohatými krajinami⁵. V krajinách ako Slovensko možno s rastúcimi výdavkami očakávať postupné zlepšovanie a približovanie sa v indikátoroch k bohatším krajinám.

Graf 4: Očakávaná dĺžka života pri narodení v rokoch v závislosti od celkových výdavkov na zdravotníctvo v USD na obyvateľa (2019)



Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

Graf 5: Počet úmrtí odvrátiteľných zdravotnou starostlivosťou v závislosti od celkových výdavkov na zdravotníctvo v USD na obyvateľa (2019)



Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

⁵ [Anne Case a Angus Deaton](#) (ekónómia na Princeton University) označujú nákladovosť amerického zdravotného systému ako nadmernú daň vyrubenú na všetkých obyvateľov, s výraznejším vplyvom na menej bohatú populáciu.

2 Hlavné zistenia analýzy vyspelých zdravotných systémov

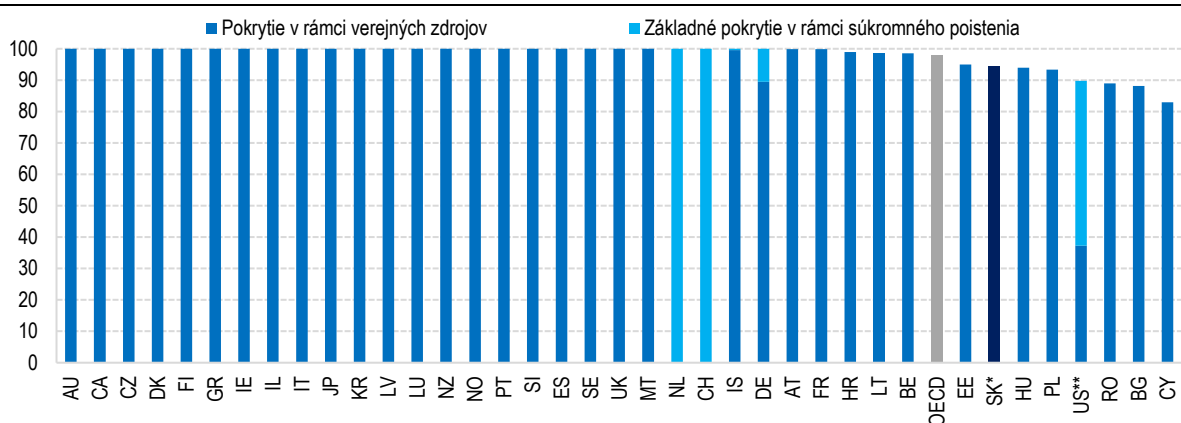
Aj keď sa nedá povedať, že jeden konkrétny zdravotný systém je objektívne najlepší na svete, zdravotné systémy v západnej Európe majú spoločné črty. Na základe dostupných informácií z prehľadových štúdií, databáz nadnárodných inštitúcií (napríklad WHO, OECD) a odborných publikácií o zdravotných systémoch sme analyzovali, ako fungujú zdravotné systémy vo vyspelých krajinách.

Spoločnými znakmi sú najmä univerzálnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti pre populáciu a neziskovosť inštitúcií, ktoré prerozdeľujú verejné zdroje zdravotného poistenia. Nemocnice sú vo veľkej miere v krajinách EÚ vlastnené štátom alebo neziskovým sektorom. Súkromný sektor plní úlohu v špecifických výkonoch v menších nemocniciach. Zdravotné výsledky vyspelých krajín neovplyvňuje, či zdroje prerozdeľuje jedna inštitúcia alebo konkurujúce si zdravotné poisťovne. Poplatky a pripoistenie sú bežnou súčasťou vyspelých zdravotných systémov, ale plnia skôr doplnkovú úlohu. Okrem dodatočných zdrojov môžu pomáhať plniť ciele verejných politík – napríklad pri znižovaní nadmerných návštev v špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Samotné nastavenie zdravotných systémov nie je možné jednoducho prenášať medzi krajinami, fungovanie zdravotného systému závisí aj od jeho histórie v danej krajine či nastavenia inštitúcií.

2.1 Na univerzálnom prístupe k zdravotnej starostlivosti je všeobecná zhoda

Typickým znakom vyspelých krajín je univerzálny systém zdravotníctva s prístupom pre všetkých obyvateľov. Podľa WHO by definícia univerzálného prístupu mala zahŕňať široký rozsah kvalitnej zdravotnej starostlivosti v základnom balíku v podstate bez obmedzení a výraznej finančnej záťaže na populáciu. V krajinách s vyspelými zdravotnými systémami je komplexná zdravotná starostlivosť zabezpečená pre všetkých obyvateľov bez ohľadu na príjem. Mimo povinnej zdravotnej starostlivosti sú obvykle len doplnkové výkony a služby – napríklad očná a zubná starostlivosť (Sagan & Thomson, 2016). Do zdravotníctva prispievajú všetci obyvatelia s príjmami a nevzniká paralelný systém, v ktorom si obyvatelia zabezpečujú zdravotnú starostlivosť z vlastných zdrojov – pracujúci obyvatelia s menšou spotrebou zdravotnej starostlivosti vs. obyvatelia bez pracovných príjmov na dôchodku alebo deti s vyššou spotrebou (solidárnosť systému). Na univerzálnom prístupe k zdravotnej starostlivosti je všeobecná zhoda a možno ho chápať z pohľadu verejných politík ako najlepšiu prax zdravotných systémov (WHO, OECD & Svetová Banka, 2018). Univerzálnym prístupom sa rieši fakt, že zdravotná starostlivosť nie je bežný tovar alebo služba v trhovom prostredí (Arrow, 1963).

Graf 6: Pokrytie zdravotnou starostlivosťou (% populácie, 2019 alebo posledný dostupný rok)



Poznámky:

* Podobne ako v iných nových členských krajinách EÚ je pokrytie populácie na Slovensku nižšie ako 100 % napríklad z dôvodu veľkého počtu obyvateľov žijúcich mimo krajiny či neregistrovanej marginalizovanej populácie.

** V USA sa do pokrytia populácie ráta aj súkromné zdravotné poistenie pracujúcich, ktoré je obvykle riešené zamestnávateľom. Nízku mieru pokrytia však majú nízko príjmoví zamestnanci, dohodári alebo zamestnanci malých zamestnávateľov.

Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#), [OECD Health at a Glance: Europe 2018](#), [European Observatory Health Systems in Transition](#)

Až na niektoré výnimky, univerzálna zdravotná starostlivosť pokrýva takmer celú populáciu v každej krajine EÚ a vo vyspelých krajinách mimo Európy. V krajinách OECD pokrýva verejné zdravotné poistenie priemerne 98 % populácie (Graf 6). Jedinou výnimkou zostávajú USA, kde verejné výdavky nepokrývajú ani polovicu populácie. Zároveň sú jedinou krajinou, kde vyše polovica populácie spadá pod súkromné zdravotné poistenie podobné komerčnému poisteniu. Technicky sa súkromným zdravotným poistením označujú aj zdravotné systémy v Holandsku a vo Švajčiarsku, pretože univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti je zabezpečený cez súkromných poisťovateľov. Ide však stále o povinnú a neziskovú formu verejného zdravotného poistenia.

Nízke pokrytie populácie s univerzálnym prístupom k zdravotnej starostlivosti v americkom zdravotníctve má výrazný negatívny finančný vplyv na domácnosti. Kým v USA sú hlavnou príčinou osobných bankrotov náklady na zdravotnú starostlivosť, v európskych systémoch s univerzálnym prístupom k zdravotnej starostlivosti tento problém v podstate neexistuje (Himmelstein, 2009; Reid, 2009). Ak by o americkom zdravotnom systéme mali rozhodovať ekonómovia, podporovali by reformy na zvýšenie pokrytia populácie zdravotným poistením (Príloha 1: Box 3, reforma amerického zdravotníctva 2010)⁶.

2.2 Poisťovne sú v povinnom systéme zdravotníctva neziskové

Kým v niektorých oblastiach verejnej správy má trhové prostredie a podnikateľská súťaž výrazné prínosy, neplatí to pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti (Case & Deaton, 2021). V porovnaní s bežnými tovarmi je dopyt po zdravotných službách z pohľadu jednotlivca nepredvídateľný a nepravidelný. Dôvodom je, že pacient a ani lekár nevedia predvídať výskyt choroby a úspešnosť zotavenia sa z nej. Zároveň má pacient v porovnaní s lekárom menej informácií a problematické je aj nastavenie ceny za zdravotnú starostlivosť (Arrow, 1963). Napriek tomu však súkromný sektor s motiváciou zisku môže mať opodstatnenie v mnohých sférach zdravotníctva. Viaceré krajiny OECD sa vyznačujú zmiešaným vlastníctvom na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Paris et al., 2010). Dôležitú úlohu má súkromný sektor najmä vo farmaceutickom priemysle, v ambulanciách, poliklinikách či laboratóriách, v menšej miere v nemocniciach.

Spoločným znakom zdravotníctva vyspelých krajín je neziskovosť⁷ poisťovní a fondov v povinnom systéme. Z pohľadu týchto inštitúcií prerozdelených zdrojov na zdravotnú starostlivosť totiž nejde o bežné trhové prostredie, kde sa predávajú tovary a služby. Ide len o presun verejných zdrojov od populácie k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ako sú ambulancie, nemocnice, laboratória a iné. Zásadne odlišné je americké zdravotníctvo s vyšším podielom súkromných poisťovní zameraných na zisk. V rámci európskych krajín len Holandsko a Slovensko umožňujú vyplácanie dividend akcionárom súkromných zdravotných poisťovní. V Holandsku to bolo na desaťročie až do roku 2016 legislatívne zakázané, pričom ani po tomto období najväčšia súkromná poisťovňa žiadne dividendy nevyplácala ([Zilveren Kruis](#)). Súkromné poistenie môže nahrádzať povinný systém za určitých podmienok pre vyššie príjmovú populáciu napríklad v Nemecku, kde ho využíva približne 11 % populácie. Nejde ale o súčasť verejného zdravotného poistenia a nie je možný nárok na zdravotnú starostlivosť z verejných zdrojov. Zároveň ľudia so súkromným zdravotným poistením nemajú v dôchodkovom veku možnosť návratu do verejného systému.

2.3 Nemocnice sú z veľkej miery neziskové

V krajinách OECD prevažuje neziskové vlastníctvo nemocníc (Graf 7). Na tomto princípe v Európe funguje väčšina komplexných pracovísk, ktoré plne pokrývajú akútnu zdravotnú starostlivosť či vzdelávanie. Za nemocničnú starostlivosť zväčša preberá zodpovednosť štát/centrálne vláda alebo regionálna samospráva (OECD, 2010). Existujú však aj výnimky, kde všetky nemocnice zriaďujú komunitné neziskové organizácie (Kanada), či krajiny, v ktorých sú vlastníctvo a zodpovednosť za poskytovanie a chod nemocníc rozdelené medzi štát, regióny,

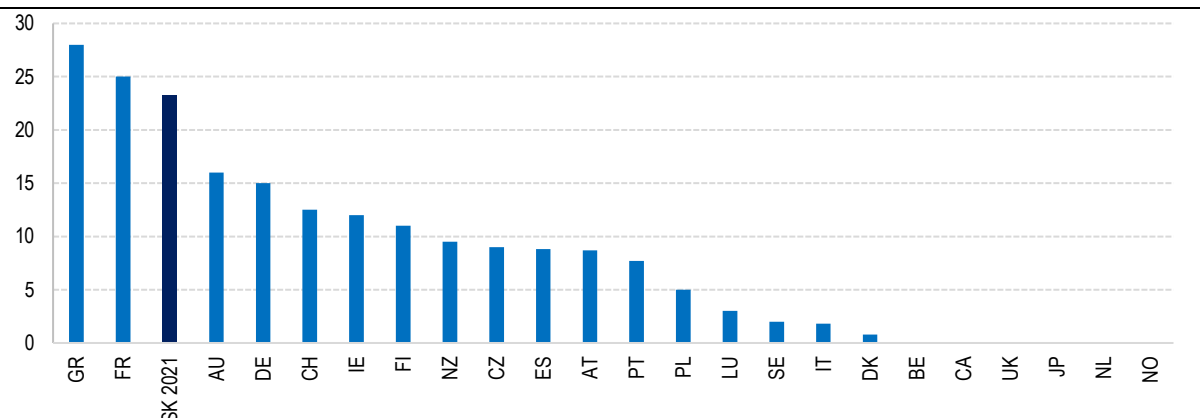
⁶ [Consensus among economists 2020 – A sharpening of the picture, American Society of Health Economists survey \(The New York Times\)](#).

⁷ Pod ziskovosťou a neziskovosťou vrátane podobných použitých pojmov sa v materiáli chápu motivácie, ktoré sledujú inštitúcie v zdravotnom systéme. Podľa ekonomickej teórie by malo byť cieľom každej inštitúcie dosahovanie vyšších výnosov ako náklady, rozdiel môže byť v následnom použití „prebytku“. V prípade súkromných poisťovní a nemocníc je to tvorba zisku, ktorá je vyplácaná akcionárom. V prípade verejných a neziskových inštitúcií sa prebytok obvykle použije ako rezerva a nevypláca sa mimo zdravotný systém.

obce, univerzity, neziskové organizácie či súkromný sektor (napr. Slovensko, Česko či Rakúsko). V prípade Holandska sú nemocnice výlučne vo vlastníctve neštátnych neziskových inštitúcií.

Súkromný sektor má v krajinách EÚ skôr zastúpenie v menších nemocniciach so špecifickejším zameraním. Nemecké súkromné nemocnice so zameraním na tvorbu zisku primárne pokrývajú preventívnu a rehabilitačnú liečbu (Blümel et al., 2020). Vo Francúzsku sa súkromné nemocnice zvyčajne špecializujú na zdravotnú starostlivosť s krátkymi hospitalizáciami, ako napríklad rutinné diagnostické postupy (napr. endoskopia) a jednoduchá chirurgia (Chevreul et al., 2015). V českom nemocničnom sektore sú súkromné nemocnice zamerané na zisk efektívnejšie, ak sú menšie. Veľké nemocnice fungujú lepšie, ak sú verejné (Šťastná & Votápková, 2014).

Graf 7: Podiel súkromného sektora so zameraním na tvorbu zisku v nemocničnej akútnej starostlivosti (v %, 2009, aktualizovaný odhad pre Slovensko za rok 2021)



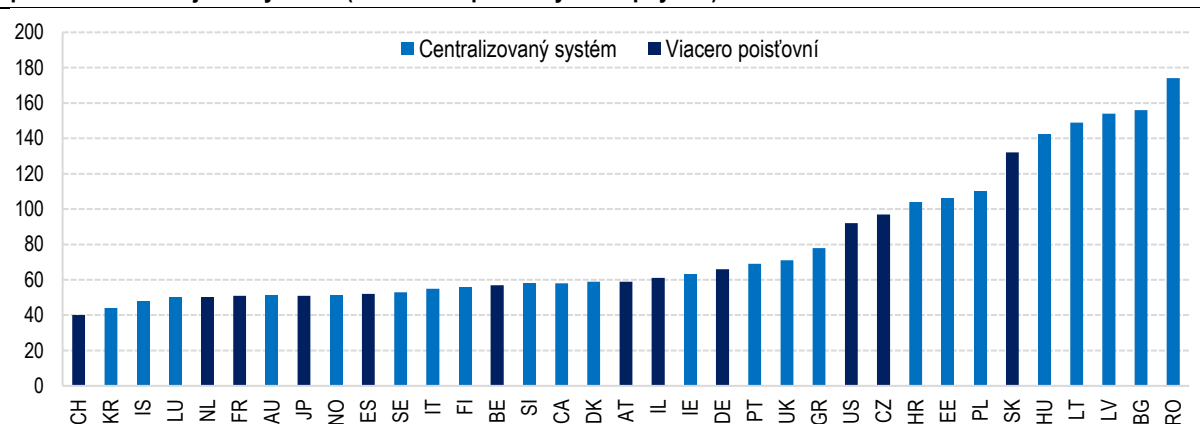
Poznámka: Pre Slovensko je uvedený aktualizovaný odhad na základe údajov NCZI. Podiel pre Slovensko z prieskum OECD 2009 predstavoval 40,4 %. Podiel je meraný podľa OECD prieskumu ako počet lôžok v akútnej zdravotnej starostlivosti, cez ktorý sa da lepšie porovnávať mieru zastúpenia súkromného alebo verejného sektora v nemocniciach. Počet nemocníc by skresloval porovnanie, keďže súkromný sektor je zastúpený vo vyspelých OECD krajinách najmä v menších nemocniciach.

Zdroj: OECD (2010): [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#), MZ SR, NCZI

2.4 Počet poisťovní sa nejví ako faktor kvality zdravotníctva

Vo všeobecnosti sa javí, že počet poisťovní neovplyvňuje výsledkové indikátory v zdravotníckych systémoch (Graf 8)⁸. Medzi krajinami s najlepšimi výsledkami sú krajiny ako napríklad Švajčiarsko a Holandsko s veľkým počtom poisťovní. Zároveň sa za najlepšie zdravotné systémy považujú aj škandinávské krajiny s typicky centralizovanejším systémom. V rámci krajín V4 sú obdobou holandského modelu len Česko a Slovensko.

Graf 8: Úmrtosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100 tis. obyvateľov) podľa počtu zdravotných poisťovní vo verejnom systéme (2019 alebo posledný dostupný rok)

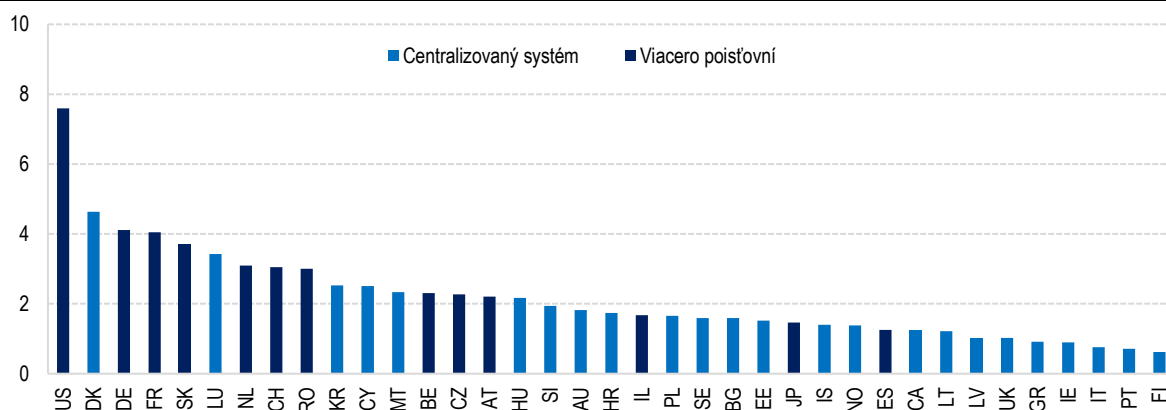


Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

⁸ Korelačný koeficient medzi binárnou premennou – počet poisťovní (viacero poisťovní = 1, jedna poisťovňa = 0) a počtom úmrtí odvrátiteľných zdravotnou starostlivosťou na 100 tis. obyvateľov nadobúda hodnotu -0,22 a je štatisticky nevýznamný (pbi, Stata).

V centralizovaných systémoch možno všeobecne očakávať nižšie administratívne výdavky ako v systémoch s viacerými poisťovňami alebo fondami (Graf 9). Nízke administratívne náklady vykazuje príklad najviac centralizovaného modelu v Spojenom kráľovstve. Administratívne náklady sú násobne vyššie v dobrovoľných poisťovacích schémach či v súkromnom poistení, ktoré sú súčasťou povinného systému (napríklad USA) alebo dopĺňajú povinný systém (Nemecko). Výdavky na túto oblasť môže zvyšovať aj komplexnosť systému – v podobe možnosti voľby poisťovní/fondov a poisťovacích produktov na strane financovania systému a komplexnosť poskytovania služieb v rámci poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V závislosti od typu financovania zdravotnej starostlivosti sa líši aj administratívna náročnosť pre zdravotníckych pracovníkov, s výraznejším vplyvom na samostatne zárobkovo činných pracovníkov (OECD, 2017).

Graf 9: Administratívne výdavky ako % celkových výdavkov na zdravotníctvo (2019 alebo posledný dostupný rok)



Poznámka: Ako administratívne výdavky sú definované tie, ktoré nesúvisia priamo s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ale s fungovaním zdravotného systému. Patria sem administratívne náklady na správu príspevkov do zdravotných poisťovní, prípadne na fungovanie fondov alebo správu odvodov na úrovni štátu. Do tejto kategórie sa neradia administratívne výdavky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (OECD, Eurostat & WHO, 2017).

Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

Administratívne náklady predstavujú v krajinách EÚ a OECD pomerne malú časť z celkových nákladov na zdravotníctvo. Medzi krajinami však existujú výrazné rozdiely. Napríklad americký systém – jediný bez univerzálneho prístupu k zdravotnej starostlivosti vo vyspelom svete – s veľkým počtom aktérov je nielen najdrahší na svete, ale je najnákladnejší aj z pohľadu administratívy. Kým v USA sa v zdravotníctve vynakladá na administratívu takmer 8 % celkových verejných výdavkov, napríklad vo Veľkej Británii je to približne 1 %. Slovensko patrí ku krajinám s najvyšším podielom administratívnych výdavkov na úrovni takmer 4 %. Priemerne sa v krajinách EÚ minie na administratívu zhruba 2 % výdavkov na zdravotníctvo.

Inštitucionálne nastavenie systémov s vplyvom na administratívnu nákladovosť často vychádza z historických skúseností, nie zo vstupu nových inštitúcií do systému (Tabuľka 2). Typickým príkladom sú historické korene fondov verejného zdravotného poistenia. V prípade nemeckého systému boli napríklad na začiatku nemocenského a zdravotného poistenia v 19. storočí zamestnávateľské fondy. Niekoľko stoviek nezávislých fondov združovalo zamestnávateľov v sektoroch (na začiatku najmä baníctvo) a plnili úlohu vyplácania benefitov v prípade úrazov alebo choroby. Rovnaký systém si osvojilo aj Rakúsko a Česko⁹. V Holandsku boli na začiatku fondy zakladané lekármi, lekárnikmi alebo odbormi. S rozširovaním pokrytia populácie a zavádzaním základnej zdravotnej starostlivosti sa znižoval aj počet fondov. Cieľom bolo zníženie fragmentácie systému a zvýšenie schopnosti fondov finančne kryť širší balík poistenia¹⁰.

V inej situácii sa nachádzali krajiny, kde vznikol konsenzus zaviesť univerzálnu zdravotnú starostlivosť financovanú jednou centrálnou inštitúciou. Príkladom je centrálna inštitúcia National Health Service (NHS) v UK alebo národná inštitúcia pre sociálne a zdravotné poistenie v Nórsku (Folketrygd), ktoré vznikli po druhej svetovej vojne s nárastom potreby zdravotnej starostlivosti.

⁹ S výnimkou obdobia socializmu v Česku, keď existovala jedna centrálna inštitúcia v období 1948 až 1989. Po roku 1989 sa Česko vrátilo k fondovému hospodáreniu viacerých inštitúcií – počet inštitúcií dosiahol v začiatkoch 27, do roku 2014 sa znížil na súčasných 7 poisťovní.

¹⁰ V roku 1924 bol napríklad v Česku počet fondov legislatívne obmedzený na 300.

Tabuľka 2: Porovnanie typov zdravotných systémov

Centralizovaný model	Centralizovaný model s obmedzeným pripoistením	Centralizovaný model s výraznou mierou pripoistenia	Verejné poistenie s viacerými súkromnými poisťovateľmi	Individuálne súkromné poistenie so štátnou podporou
UK, USA (program pre vojnových veteránov)	NO, HU, PL, USA (tradičný Medicare s poplatkami za zdravotnú starostlivosť; Medicaid pre niektoré štáty)	FR, USA (tradičný Medicare, Medigap)	DE, AT, SK, CZ, USA (Medicare s rozšíreným poistením ¹¹ ; Medicaid s manažovanou zdravotnou starostlivosťou ¹²)	CH, USA (zamestnaná populácia)

Poznámka: USA ako hybridný systém obsahuje viacero typov zdravotných systémov, ktoré sa dajú priradiť k typickým zástupcom v Európe
Zdroj: spracované podľa Emanuel (2020)

2.5 Doplatky a pripoistenie majú vo vyspelých krajinách doplnkovú úlohu

Poplatky sú bežnou súčasťou vyspelých zdravotných systémov, v ktorých slúžia ako dodatočné zdroje a pomáhajú dosahovať niektoré ciele zdravotnej politiky¹³. Pri nastavovaní poplatkov je dôležitá ich regulácia verejnou inštitúciou, transparentnosť a vopred známe informácie pre pacientov. Dobre nastavený systém poplatkov, ako má napríklad Francúzsko, môže prispieť k regulácii návštev v špecializovanej ambulantnej starostlivosti – tzv. gatekeeping (Reibling & Wendt, 2012). Niektoré krajiny ako napríklad Holandsko majú nastavenú paušálnu a relatívne nízku spoluúčasť pacienta v pomere k celkovým výdavkom v zdravotníctve (prvých 385 eur za rok). Pri nastavovaní poplatkov je však potrebné zvažovať aj ich možný negatívny vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre zraniteľnú časť populácie. Vo vyspelých krajinách je obvykle časť populácie od poplatkov oslobodená alebo má nárok na finančnú podporu.

Časť z celkových výdavkov na zdravotníctvo si hradia domácnosti z vlastného vrečka vo všetkých vyspelých krajinách, či už dobrovoľne alebo vynútené. Priame platby na zdravotníctvo od obyvateľov (out-of-pocket payments – OOP) zahŕňajú formálne a neformálne transakcie za tovary a služby zdravotnej starostlivosti z príjmu, prípadne úspor domácností (Graf 10; Box 1; Eurostat, 2022). Ide teda o platby pre nemocnice, lekáre, laboratória či konkrétnych lekárov od jednotlivcov, ktoré nie sú hradené zdravotnou poisťovňou. Poplatky sa vo väčšine krajín netýkajú preventívnych vyšetrení a taktiež vybraných skupín populácie – detí, tehotných či nízkopríjmových domácností (Health Systems in Transition). OOP by mali do istej miery zahŕňať aj odhady kvázi-formálnych a neformálnych platieb, ku ktorým sa v krajinách V4 priznalo od 2 % v Poľsku až po 9 % respondentov na Slovensku (EK, 2022).

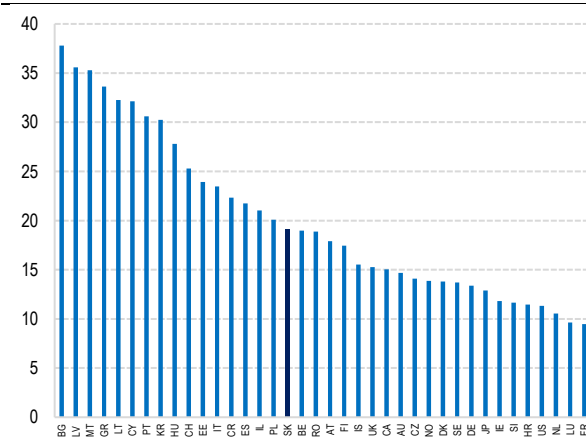
V prípade dobrovoľných platieb ide v zahraničí obvykle o možnosť priplatiť si pripoistenie za dodatočné služby nad rámec základného balíka zdravotnej starostlivosti (Graf 11). Patria sem napríklad možnosť využiť zdravotné služby v súkromných nemocniciach (lepší štandard ubytovania pri hospitalizácii, kratšie doby čakania pri niektorých zákrokoch, napr. Nemecko, Rakúsko, Španielsko). V niektorých krajinách takéto pripoistovacie balíky pokrývajú poplatky a spoluúčasť, ktorú by si pacient musel hradiť sám, preto sú teda aj pomerne často využívané (napr. Írsko, Slovinsko). Miera využitia služieb pripoistenia závisí vo väčšine krajín od výšky príjmu poistencov. Napríklad v Česku a na Slovensku zohráva doplnkové poistenie len marginálnu úlohu. Služi najmä ako pripoistenie napríklad v rámci životného poistenia pre prípad úrazov či choroby alebo ako poistenie pre ľudí zo zahraničia, ktorých nepokrýva verejné zdravotné poistenie.

¹¹ Medicare s poistením cez súkromných poisťovateľov a manažovanou zdravotnou starostlivosťou, obvykle aj s pokrytím liekov ([link](#)).

¹² Zdravotná starostlivosť v rámci predpísaných nárokov poistenca sa obvykle rieši v rámci dohodnutej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ([link](#)).

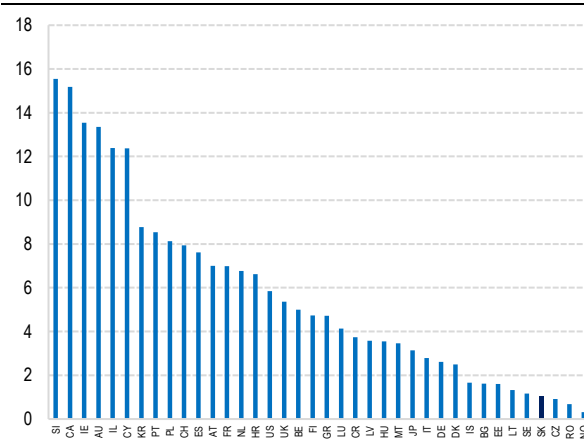
¹³ Napríklad pri regulácii návštev lekárov špecialistov.

Graf 10: Priame platby domácností (OOP) na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (v %, 2019)¹⁴



Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

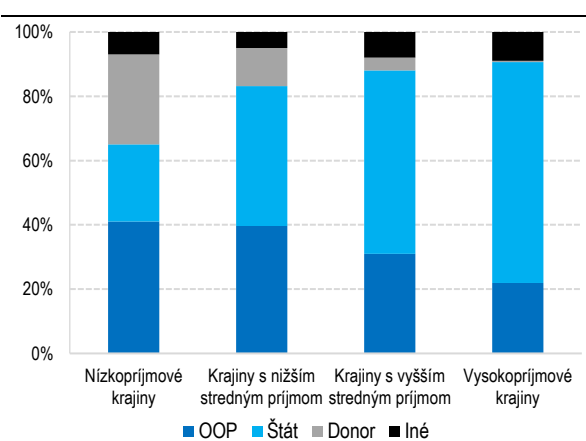
Graf 11: Podiel dobrovoľného poistenia na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (v %, 2019)



Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

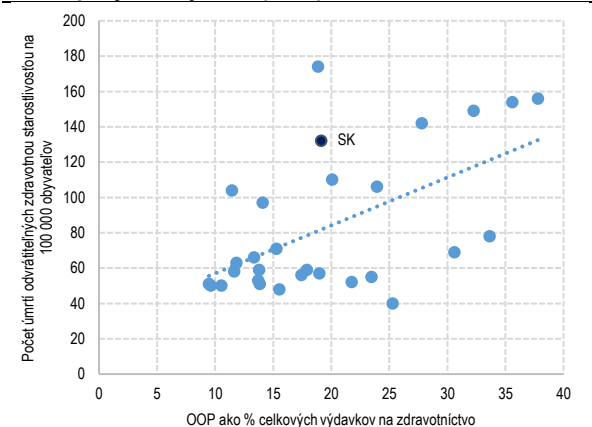
Miera doplácania sa vo všeobecnosti do veľkej miery líši v závislosti od ekonomických možností krajiny (Fan & Savedoff, 2014). Zdravotníctvo v chudobnejších krajinách závisí vo vyššej miere od priamych platieb obyvateľov, zatiaľ čo v bohatých krajinách štát pokrýva väčšinu výdavkov (Graf 12). Zatiaľ čo v nízkopríjmových krajinách dosahuje podiel OOP na celkových výdavkoch na zdravotníctvo 41 %, vo vysokopríjmových krajinách predstavuje tento podiel 22 % (WHO, 2019). Zároveň v priemere platí, že bohatšie krajiny mňajú viac verejných zdrojov na zdravotníctvo, čo vplýva na lepšie výsledky (Graf 13). Aj v niektorých systémoch v EÚ sú vyššie OOP výsledkom nižšieho podielu verejných výdavkov v zdravotníctve z dôvodu ekonomických možností štátu, napríklad Grécko a Cyprus (Grima et al., 2018). Vysoké OOP môžu byť aj znakom nedostatočnej podpory štátu nízkopríjmových domácností, kedy by takáto pomoc štandardne spadala do verejného zdravotníctva (na Slovensku je to napríklad platba za poistencov štátu).

Graf 12: Podiely na výdavkoch v zdravotníctve podľa zdroja financovania (v %, 2017)



Zdroj: [WHO](#)

Graf 13: Podiel OOP na celkových výdavkoch a úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou v európskych krajinách (2019)



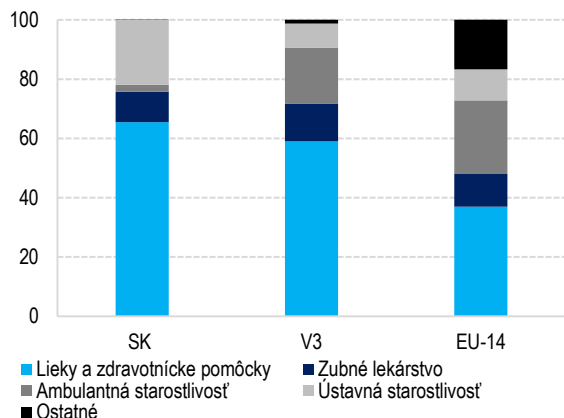
Zdroj: [OECD Health Statistics Database](#)

Najväčšiu časť OOP výdavkov predstavujú v krajinách OECD úhrady za lieky a zdravotnícke pomôcky. Kým na Slovensku je to až 65 %, v susedných krajinách V3 takmer 60 %, v krajinách EÚ je to len 37 %. Kým vo vyspelých zdravotníckych systémoch v EÚ tvoria poplatky za návštevu ambulancií až štvrtinu OOP výdavkov, na Slovensku je tento podiel oficiálne vo výške 2 % (Graf 14). Najčastejšiu podobu formálnych OOP v EÚ krajinách predstavujú fixné sumy poplatkov alebo podielové úhrady vo forme spoluúčasti. V niektorých krajinách existujú aj vo forme stropov pre spoluúčasť – v podobe definovanej sumy výdavkov, pričom po jej spotrebovaní začne poisťovňa kryť

¹⁴ Pre väčšinu krajín sú dostupné údaje aj za rok 2020, pre niektoré aj za rok 2021. Rok 2019 bol vybraný ako posledný rok bez COVID-19. Výdavky na pandémiu zásadne ovplyvňujú podiel sledovaných položiek na celkových výdavkoch krajín na zdravotníctvo (v tomto prípade OOP platby a dobrovoľné pripoistenie).

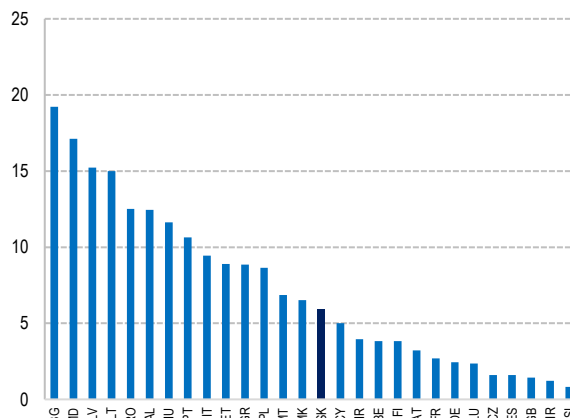
ďalšie výdavky (napr. Holandsko). Do formálnych platieb spadajú aj všetky výdavky na zdravotníctvo, ktoré nie sú uhrádzané z povinného systému (napríklad stomatológia).

Graf 14: Štruktúra OOP podľa typu zdravotnej starostlivosti (v %, 2019)



Poznámka: v niektorých krajinách EU-14 ambulantné služby zahŕňajú aj zubné lekárstvo
Zdroj: [OECD Health at a Glance 2021](#)

Graf 15: Katastrofické priame výdavky domácností na zdravotníctvo (% populácie, 2019 alebo posledný dostupný rok)



Poznámka: Katastrofické platby predstavujú výšku OOP prevyšujúcu 40 % rozpočtu domácnosti po odrátaní výdavkov na základné potreby.
Zdroj: [WHO](#)

Cieľom štátu je zavedením spoluúčasti zvýšiť informovanosť poistencov o nákladoch pri využívaní zdravotnej starostlivosti. Priame doplatky majú slúžiť ako prevencia pred plytvaním zdravotnou starostlivosťou a liekmi. Zároveň majú motivovať občanov nakupovať zdravotnú starostlivosť ako čokoľvek iné, tzn. vyvážiť cenu a želaný efekt, čo najlepšie ilustrujú vyššie doplatky za lieky, ak existuje lacnejší variant. Poplatky môžu zohrať dôležitú psychologickú úlohu – pomáhajú uvedomiť si dôležitosť zdravia, a teda môžu prispieť k zníženiu zdravotných problémov spôsobených vlastným pričinením (Feldstein, 2002).

Nadmerné poplatky môžu odrádzať od vyhľadania potrebnej starostlivosti a dodržiavania liečby, najmä v prípade nízkopríjmovej populácie (Graf 15). Aj relatívne malé zvýšenie doplatkov za lieky by mohlo viesť k výraznému zníženiu spotreby liekov a následne aj k zvýšeniu úmrtnosti (Chandra et al., 2021). Bežný človek totižto nevie nakupovať „racionálne“ v oblasti zdravia – obmedzuje spotrebu, ale bez rozdielu či ide o základnú starostlivosť nutnú pre jeho zdravie (napr. lieky na vysoký tlak) alebo takú, ktorá nemá zásadný účinok. Podľa mikroúdajov o spotrebe domácností (Rodinné účty, ŠÚ SR) zavedenie poplatkov na Slovensku v rámci reformy zdravotníctva 2004 zvýšilo výrazne výdavky v podobe OOP chudobnejších domácností. V Maďarsku spodná pätina domácností s najnižším príjmom platila v doplatkoch približne trikrát väčšiu časť zo svojich príjmov v porovnaní s 20 % domácností s najvyšším príjmom (Baji et al., 2012). V Nemecku bol rozdiel až osemnásobný (Bremer, 2014).

Box 1: Platby obyvateľstva za zdravotníctvo

Dodatočné platby obyvateľov na zdravotníctvo k povinnému systému zdravotníctva môžeme deliť na priame platby obyvateľov a dobrovoľné cez doplnkové poistenie.

Priame platby od obyvateľov (out-of-pocket payments – OOP)

- **Formálne platby** – sú uhrádzané:
 - v rámci základného balíka zdravotnej starostlivosti z verejného poistenia (napríklad v Holandsku je to zdravotná starostlivosť definovaná ako nevyhnutná, účinná a nedostupná pre jednotlivca) – ako spoluúčasť vo forme prvých X eur, ktoré hradia pacienti, nad túto hranicu je zdravotná starostlivosť bez poplatkov. Príkladom spoluúčasti na Slovensku sú doplatky za lieky na predpis alebo stomatologické ošetrenia. V niektorých krajinách však existuje aj oficiálna spoluúčasť pri návšteve lekára v ambulancii či spoluúčasť pri niektorých základných zdravotných výkonoch.
 - mimo základného balíka zdravotnej starostlivosti – vo väčšine krajín s univerzálnym systémom zdravotníctva môže ísť typicky o platby za výkony u zubárov, okuliare, fyzioterapiu mimo rehabilitácie po operáciách, voľnopredajné lieky či niektoré laboratórne testy.
- **Kvazi-formálne platby** – predstavujú poplatky za rôzne služby či „nadštandard“. Je veľmi ťažké odhadnúť ich význam na príjmoch v zdravotníctve. Na Slovensku sú najčastejšie v cenníkoch pomenované ako manipulačné poplatky, manažment pacienta, ročný poplatok, registračný poplatok, vstupné vyšetrenie či založenie karty. Tieto platby sa pohybujú od pár eur až po desiatky či dokonca stovky eur. Najčastejšie si tieto platby, ktoré sú častokrát oficiálnymi inštitúciami označované za nelegálne, účtujú napríklad [v Česku gynekológovia](#).
- **Neformálne platby** – tvoria neoficiálne zdroje prijaté poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Neformálne platby môžu mať formu hotovosti alebo vecnej odmeny (Tumlinson K. et al., 2021). Ide teda o rôzne dary, ale aj úplatky. Neformálne platby môžu predstavovať značnú časť financovania systému zdravotníctva, najmä ak z verejných zdrojov nevedia pokryť náklady s vybavením ordinácie či vyplácaním príjmu personálu (Ensor, 2004).

Dobrovoľné doplnkové poistenie (voluntary health insurance – VHI)

Dobrovoľné doplnkové poistenie predstavuje dobrovoľné platby nad rámec povinného poistenia vyžadovaného štátom. Ide o oficiálne pripoistenie v súkromných alebo verejných inštitúciách, ktoré môže plniť viaceré funkcie (Sagan & Thomson, 2016; Mathauer & Kutzin, 2018):

- **Substitučná funkcia** – pokrýva populáciu, ktorá je vylúčená z povinného systému poistenia (typicky to sú nerezidenti krajiny), alebo si môže vybrať možnosť platenia svojich povinných príspevkov mimo povinný systém poistenia (napríklad súkromné poistenie v Nemecku v prípade vyššie príjmovej populácie).
- **Komplementárna funkcia** – dobrovoľné poistenie môže v niektorých krajinách pokrývať náklady za spoluúčasť pacienta, alebo môže uhrádzať služby/výkony, ktoré nie sú súčasťou balíka v povinnom systéme zdravotníctva (obvykle napríklad zubná a očná starostlivosť, rehabilitácia a iné).
- **Doplnková funkcia** – v niektorých krajinách ponúka dobrovoľné poistenie možnosť lepšieho prístupu k zdravotnej starostlivosti (kratšie čakacie doby), lepšie lôžkové vybavenie alebo väčší výber poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (typický príklad je americký systém zdravotníctva).

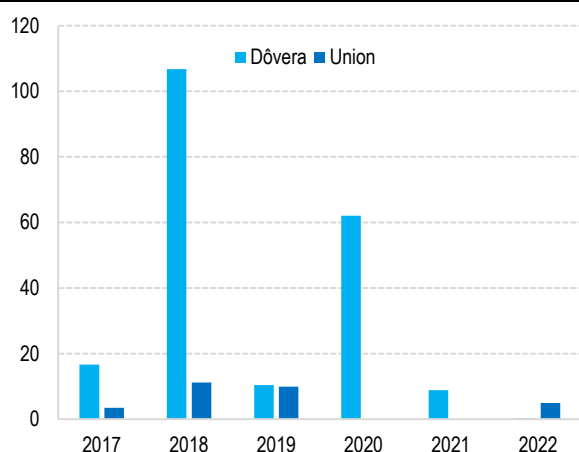
3 Špecifické črty slovenského zdravotného systému

Výsledky slovenského zdravotníctva do veľkej miery vysvetľuje úroveň výdavkov. Zároveň sa však slovenské zdravotníctvo zásadne odlišuje od najlepších zdravotných systémov, čo môže do istej miery vplyvať na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Slovensko je jedinou krajinou v EÚ, v ktorej zdravotné poisťovne prerozdeľujúce verejné zdroje vyplácajú zisk akcionárom. Zároveň sú výraznejšie ako v iných EÚ krajinách zastúpené nemocnice s motiváciou tvorby zisku. Doplatky v slovenskom zdravotníctve existujú podobne ako v iných vyspelých krajinách a v porovnateľnej výške. Sú však netransparentné, veľmi slabo regulované a môžu zhoršovať zdravotné výsledky limitovaním dostupnosti starostlivosti, najmä v prípade nízkoprijmovej populácie.

Slovenský systém verejného zdravotného poistenia so ziskovými poisťovňami je v EÚ anomáliou. Konkurenčný model, kde jednotlivé zdravotné poisťovne podnikajú a uzatvárajú zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, je bežný aj pre iné krajiny EÚ ako Holandsko, Švajčiarsko alebo aj Nemecko. Napriek tomu, že so zdravotnými odvodmi podnikajú súkromné spoločnosti, ich činnosť a hlavne tvorba zisku sú výrazne regulované štátom a akcionári poisťovní si nevyplácajú zisk z verejných zdrojov (Príloha 1). Slovensko je tak jedinou krajinou v EÚ, v ktorej poisťovne fungujú na ziskovom princípe (Graf 16). Možnosť vyberať zdroje z verejného zdravotného poistenia kvôli neexistencii dostatočnej regulácie však môže mať vplyv na motivácie poisťovní a fungovanie systému z pohľadu kvality zdravotnej starostlivosti (Colombo & Tapay, 2004). Maximálny povolený zisk a minimálne náklady na zdravotnú starostlivosť by preto od roku 2023 mala upravovať posledná zmena legislatívy zdravotných poisťovní¹⁵.

Nedostatočná regulácia pri spravovaní verejných zdrojov zdravotného poistenia vplyva negatívne aj na iné oblasti zdravotníctva. Len samotný objem zdrojov vyplatený akcionárom súkromných zdravotných poisťovní nevysvetľuje zaostávanie slovenského zdravotníctva oproti vyspelým krajinám. Možnosť vyplácania zisku akcionárom však môže meniť motivácie oproti neziskovým či verejným inštitúciám, napríklad pre udržiavanie nízkej transparentnosti, čo vytvára náklady pre celý systém. Jeden z príkladov je odmietanie poskytovania údajov zdravotných poisťovní k cenotvorbe nákupu zdravotnej starostlivosti. Zdôvodnenie bolo, že vzhľadom na konkurenčné prostredie ide o obchodné tajomstvo, pričom ale zdravotné poisťovne narábajú výlučne s verejnými zdrojmi (Najvyšší kontrolný úrad SR, 2018).

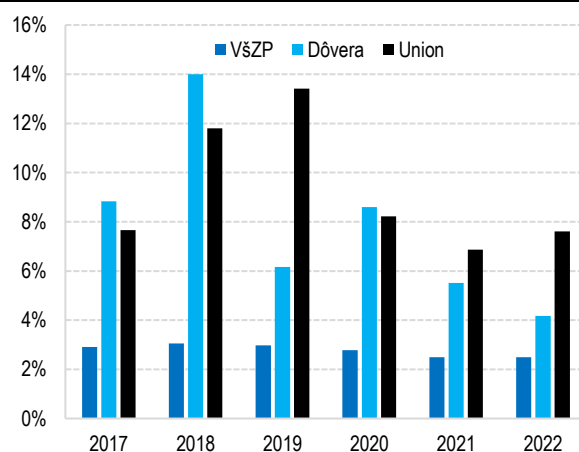
Graf 16: Zdroje z verejného zdravotného poistenia vyplatené akcionárom zdravotných poisťovní (v mil. eur)



Poznámka: Vyplatené zdroje z verejného zdravotného poistenia zahŕňajú výplatu dividend, výplatu rezervného fondu a úhradu záväzkov voči akcionárom.

Zdroj: ÚHP podľa údajov MZ SR, ZP a ÚDZS

Graf 17: Podiel prevádzkových výdavkov vrátane zdrojov vyplatených akcionárom na celkových výdavkoch VZP (v %)



Poznámka: Podiel prevádzkových výdavkov vrátane zdrojov vyplatených akcionárom zahŕňa celkové výdavky VZP minus výdavky na zdravotnú starostlivosť a povinné príspevky danej ZP.

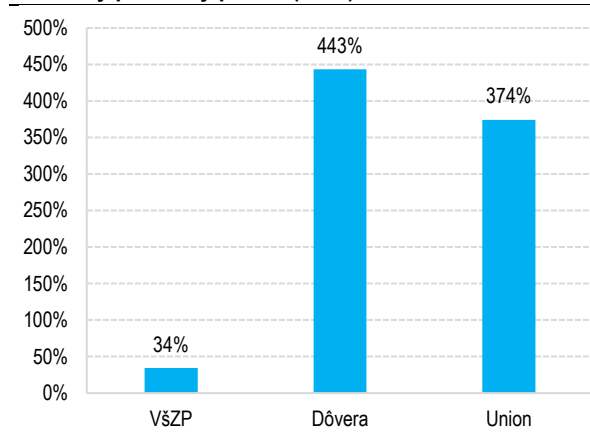
Zdroj: ÚHP podľa údajov MZ SR a ZP

¹⁵ Doterajšia slovenská legislatíva regulovala vzorcom podiel výdavkov, ktoré možno využiť na prevádzkové náklady a administratívu. Od roku 2023 je táto regulácia zúžená a zavádza maximálny povolený zisk a minimálne náklady zdravotnú starostlivosť pre zdravotné poisťovne ([Zákon 581/2004 o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou](#)).

Výdavky poisťovní na prevádzkové náklady a administratívu sú v porovnaní s vyspelými krajinami vysoké (Graf 9). Konkurenčný model so súkromnými poisťovňami na Slovensku neprináša v porovnaní so zahraničím efektívnejšiu administratívu pri prerozdeľovaní zdrojov. Navyše, pri porovnaní troch zdravotných poisťovní, majú súkromné poisťovne vyššie náklady mimo výdavkov na verejné zdravotné poistenie ako štátna poisťovňa (Graf 17). Medzi prevádzkové výdavky patrí podľa údajov poisťovní aj vyplácanie odmien za nábor nových poistencov.

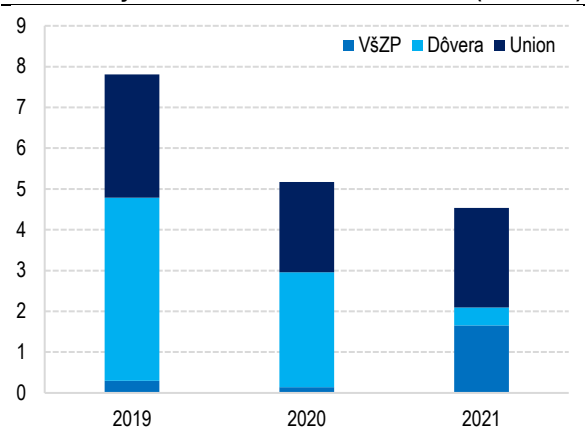
Prepoisťovanie, často aj bez vedomia poistencov, sa deje medzi zdravotnými poisťovňami bez preukázateľného vplyvu na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Príloha 3). Zdravotnú poisťovňu je možné zmeniť jedenkrát za rok. Ku koncu roka 2022 zmenilo na vlastnú žiadosť zdravotnú poisťovňu približne 180 tisíc ľudí. Väčšina ľudí túto možnosť nevyužíva, 80 % občanov za posledných 10 rokov takúto zmenu neurobilo ani raz. Existuje však 26 tisíc ľudí, ktorí zmenu vykonali viac ako šesťkrát. Ide najmä o obyvateľov chudobných vylúčených rómskych komunít na východe Slovenska. Pre zdravotné poisťovne sú títo poistenci ziskoví, pretože využívajú málo zdravotnej starostlivosti. Konkurenčný boj poisťovní do týchto komunít neprináša lepšie zdravotné výsledky, ale pochybné obchodné praktiky a problémy pre poistencov. Zdravotné poisťovne navyše vyplatili za posledné tri roky svojim zamestnancom na dohodu za nábor viac ako 5 miliónov eur ročne. Ide pritom o súčasť prevádzkových výdavkov poisťovne, a tým pádom boli mzdy a odmeny hradené z verejného zdravotného poistenia.

Graf 18: Zamestnanci na dohodu ako % zamestnancov na trvalý pracovný pomer (2021)



Zdroj: ÚHP podľa údajov Sociálnej poisťovne

Graf 19: Zdroje vyplatené zdravotnými poisťovňami na hrubé mzdy zamestnancov na dohodu za rok (v mil. eur)



Zdroj: ÚHP podľa údajov zo Sociálnej poisťovne

Nesystémové a nejednoznačné doplatky na zdravotnú starostlivosť sú problematickou črtou slovenského zdravotníctva. Celková výška poplatkov domácností za zdravotníctvo ako podiel na HDP je podobná krajinám s lepšie fungujúcim zdravotníctvom. Problém môže byť nesystémovosť poplatkov na Slovensku. Aj napriek neoprávnenosti a nelegálnosti poplatkov podľa výkladu legislatívy, časť populácie sa s nimi pravidelne stretáva v ambulanciách. Príkladom je jednorazový poplatok za „úsporu času“ vo výške 60 eur (Box 2, Príloha 2). Poplatky sú však v podstate len duplicitná úhrada od pacientov za to, čo by mali ambulanciám uhrádzať zdravotné poisťovne, vrátane administratívnych výkonov.

Systém poplatkov by mal byť nastavený jednoznačne a transparentne pre pacientov v každom kraji a meste. Táto suma by nemala pôsobiť ako bariéra v liečbe, ale mala by motivovať ľudí obmedziť neodôvodnenú zdravotnú starostlivosť. Úlohou štátu je však zabezpečiť väčšie kompetencie pre všeobecných lekárov a nevyhnutnú elektronizáciu služieb, ktorá zníži náklady spojené s častými návštevami ambulancií na Slovensku. Zároveň by sa mali definovať ohrozené skupiny populácie, ktoré by boli od poplatkov oslobodené (napríklad ľudia s nízkym príjmom a ďalšie zraniteľné skupiny).

Dobre nastavený systém poplatkov v zdravotníctve by mohol predstavovať dodatočné finančné zdroje pre zdravotný systém. Ak by všetci dospelí na Slovensku okrem nízkopříjmovej populácie platili prvých 80 eur ročne za zdravotnú starostlivosť¹⁶, prinieslo by to vyše 300 miliónov eur do zdravotníctva. Obdobný strop doplatkov pacienta na úrovni necelých 6 % z priemernej mzdy má Nórsko, trochu vyšší (14 % z priemernej mzdy) má

¹⁶ Pre nastavenie správnych motívácií by sa po vzore vyspelých krajín mohli z poplatkov vyňať preventívne vyšetrenia, pri ktorých existujú dôkazy, že pomáhajú pri včasnom odhaľovaní vážnych diagnóz a zvyšujú úspešnosť následnej liečby.

Holandsko. Po dosiahnutí stropu je zdravotná starostlivosť pre občana bez ďalších poplatkov. V Holandsku je suma nastavená na 385 eur a v Nórsku bola v roku 2022 nastavená táto suma na približne 280 eur, pričom sa každý rok táto suma prehodnocuje. Rovnako ako cenový strop sú v Nórsku plošne určené aj sumy v ambulanciách za poskytovanie služieb (Sperre Saunes et al., 2020). Poplatok za návštevu lekára je nastavený na 16 až 36 eur podľa odbornosti lekára, za röntgen zaplatia 26 eur a za laboratórne testy je poplatok 6 eur.

Box 2: Príklady kvázi-formálnych platieb v slovenských ambulanciách

Mnohé ambulancie, ale častokrát aj celé polikliniky, napriek uzavretým zmluvám so zdravotnými poisťovňami požadujú platby od pacientov v rozpore so zákonom. Pri prešetroaní týchto podnetov bývajú tieto platby častokrát prezentované ako dobrovoľné. Za príklad je možné uviesť polikliniku v Bratislave, ktorá poskytuje iba nadštandardné služby. Poplatok za vyšetrenie sa pohybuje v rozmedzí 20-80 eur s možnosťou úhrady aj celoročného poplatku (s podmienkou kapitácie) – 200 eur u gynekológov a všeobecných lekárov, 450 eur pre celú polikliniku. Na obdobnom princípe funguje aj sieť polikliník, kde sa cena za ročný balíček odvíja od konkrétneho pracoviska.

Podľa ministerstva zdravotníctva sú tieto kvázi-formálne poplatky¹⁷ neoprávnené:

- objednanie pacienta na vyšetrenie, vrátane objednania na konkrétny čas,
- vypísanie receptu alebo lekárskeho poukazu,
- vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu,
- potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka,
- výmenný lístok k špecialistovi,
- prednostné ošetrenie,
- ročný registračný poplatok,
- vstupná prehliadka/prvovyšetrenie,
- CRP indikované lekárom,
- pustená klimatizácia, hygienické návleky a pod.

Objednávanie, ktoré by nemalo byť spoplatnené, má tiež svoju šedú zónu. Existujú webové portály výhradne so službou na objednávanie sa na vyšetrenie¹⁸. Iba na portáli *topdoktor.sk* bolo koncom októbra v Bratislave približne 60 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (najčastejšie urológovia, otorinolaryngológovia, gynekológovia), ku ktorým sa objednáva prostredníctvom tohto portálu s poplatkom od 6,99 eur po 32,99 eur.

Na základe nami uskutočneného terénneho prieskumu sa javí, že platiaci pacienti sú uprednostňovaní pred neplatiacimi. Keď sme sa u vybraných lekárov snažili získať termín telefonicky alebo emailom, boli sme mnohokrát odmietnutí z dôvodov kapacitnej vyťaženia či poskytovania starostlivosti podľa zdravotných obvodov (ktoré sa ale podľa legislatívy nevzťahujú na špecializovanú ambulantnú starostlivosť okrem gynekológie a stomatológie¹⁹). Keď sme sa pokúsili objednať online cez spomínané rezervačné portály, nedostali sme žiadne upozornenie, že termíny si môžu zarezervovať iba registrovaní pacienti alebo pacienti s trvalým bydliskom v blízkosti ambulancie. Termín sa nám za poplatok podarilo bezproblémovo zarezervovať.

Niektorí poskytovatelia dokonca využili portál ako reklamný priestor bez oficiálnej ponuky termínov na objednanie. V popise ale uvádzajú, že sa je u nich možné objednať, avšak je nutné rátať s poplatkom 45-50 eur (poplatok za vstupné vyšetrenie či zabezpečenie termínu). Pre ilustráciu, pri priemernej výške poplatku za objednanie 14 eur a objednaní 20 pacientov denne cez systém by iba jedna ambulancia týmto spôsobom za mesiac (20 prac. dní) „zarobila“²⁰ do 5 600 eur. Podľa dostupných údajov o výške zisku a tržbách portálu²¹ však pravdepodobne väčšina pacientov túto službu nevyužíva a objednanie sa na termín je skôr využívané v zmysle garantovaného vyšetrenia v daný čas (ekvivalent zrušeného prednostného vyšetrenia).

¹⁷ Ministerstvo zdravotníctva SR: [Poplatky v zdravotníctve](#).

¹⁸ Napríklad [topdoktor.sk](#) či [navstevalekara.sk](#).

¹⁹ Zákon 576/2004 o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (§ 2 odseky 22 a 23): <https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/20160102.html>

²⁰ Z tohto poplatku si berie časť aj samotný portál – zisk z celkových tržieb tvorí 15 %. Podiel konkurenčného portálu [navstevalekara.sk](#) je až 44 %.

²¹ Finstat: [TopDoktor s.r.o.](#)

Príloha 1: Prehľad zahraničných zdravotných systémov

Spojené kráľovstvo (UK)

Národný zdravotný systém UK (NHS) je príklad vysoko centralizovaného modelu bez potreby veľkej miery pripoistenia. Je financovaný z daní z príjmu, ktoré sú v rámci jednej štátnej inštitúcie distribuované poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (single-payer model)²². Výhodou centralizácie systému sú nízke administratívne náklady, ktoré tvoria len 2 % výdavkov na zdravotníctvo (Anderson et al., 2022). Výdavky na obyvateľa naprieč regiónmi sú relatívne rovnomerne rozdelené (Tabuľka 3).

Tabuľka 3: Porovnanie výdavkov na obyvateľa z verejných zdrojov (2018/2019)

Krajina/Región	Výdavky na hlavu (v GBP)
Veľká Británia	2 291
Škótsko	2 396
Wales	2 402
Severné Írsko	2 436
Anglicko	2 269
Londýn	2 773

Zdroj: HM Treasury (2020): *Public Expenditure: Statistical Analyses*

Systém v UK je najbližším príkladom systému s univerzálnym prístupom k zdravotnej starostlivosti. Podobne ako to platí pre vyspelé zdravotné systémy v EÚ krajinách, prístup k zdravotnej starostlivosti majú všetci obyvatelia UK zvyčajne zadarmo. Rozdiely môžu byť skôr kozmetické. Špecifikom systému v UK však je, že len veľmi malú časť výdavkov si hradia domácnosti v podobe OOP alebo cez súkromné poistenie (len 3 % z celkových zdrojov na zdravotníctvo). Spolufinancovanie zo súkromných zdrojov je potrebné zvyčajne len na zubnú a očnú starostlivosť a spoluúčasť na liekoch.

Francúzsko

Francúzsko je príkladom centralizovaného systému jednej inštitúcie pre úhrady za starostlivosť (single-payer model), ale so silnou úlohou dobrovoľného pripoistenia. Zdroje z odvodov zamestnávateľov a zamestnancov sa centralizujú a prerozdeľujú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v troch schémach (všeobecnej, pre SZČO a poľnohospodárskej²³). Z definície štátnych inštitúcií ide o neziskový povinný systém zdravotného poistenia, ktorý pokrýva v podstate celú populáciu.

Špecifikom francúzskeho modelu sú priame platby pacientov v ambulantnej starostlivosti, ktoré sa spätne refundujú. Úhrady pacientov vo všeobecnosti pokrývajú 60 až 70 % nákladov v zdravotníctve, len 35 % úkonov je platených priamo medzi poskytovateľom a poisťovňou. Stále je to však iný mechanizmus verejného zdravotného poistenia, keďže platby pacientov sú na základe dokumentácie lekára z väčšej časti refundované zdravotnou poisťovňou z verejných zdrojov (obvykle do 70 %). Výnimkou sú nižšie príjmové skupiny a veľmi drahé úkony s pokrytím do 100 % z verejných zdrojov. Nastavenie úhrad plní aj úlohu gatekeepingu – regulácie návštev lekárov špecialistov (Reibling & Wendt, 2012), keďže bez konzultácie so všeobecným lekárom môže byť návšteva hradená len do 30 %.

Dobrovoľné poistenie umožňuje zníženie povinnej spoluúčasti pri návštevách ambulancií. Z tohto dôvodu je dobrovoľne zdravotne poistených vyše 90 % populácie a dobrovoľné poistenie tvorí 7 % celkových výdavkov na zdravotníctvo, pričom priemer EÚ za rok 2019 predstavoval 5 % (Chevreul et al., 2015). Platby z vlastného vrecka (OOP) vďaka vysokej miere pripoistenia a horným limitom na priame platby tvoria menej ako 10 % celkových výdavkov na zdravotníctvo, najmenej spomedzi krajín EÚ a OECD (priemer EÚ 21 % za rok 2019).

²² Dane a odvody sú odvádzané do štátnej pokladnice, kde sa rozdeľujú do DHSC (Department of Health and Social Care) a ďalej sa alokujú do NHS.

²³ Všeobecná schéma (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*) pokrýva 88 % populácie, schéma pre SZČO (*Régime social des indépendents*) cieľ 6 % populácie a poľnohospodárska schéma (*Mutualité Sociale Agricole*) približne 5 % populácie.

Nórsko

Nórsky zdravotný systém je podobne ako systém v UK príkladom centralizovaného modelu, kde má štát dominantnú rolu pri finančnom spravovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sociálne a zdravotné poistenie, ako hlavný zdroj príjmov, spravuje štátna schéma sociálneho poistenia (Norwegian Social Insurance Scheme, Folketrygd). Občania Nórska odvádzajú do schémy odvody z príjmu, ktoré sa používajú na financovanie zdravotného systému. Súčasťou schémy sú všetci rezidenti bez ohľadu na príjem, ktorým štát garantuje bezplatnú liečbu v nemocniciach a pokrýva všetky náklady spojené s hospitalizáciou vrátane liekov a potrebných vyšetrení.

Pri zdravotnej starostlivosti mimo nemocníc u obvodných lekárov a špecialistov a pri nákladoch na lieky platí pacient spoluúčasť, ktorej suma je limitovaná štátom²⁴. Výnimkou z podieľania sa na akýchkoľvek doplatkoch majú deti do 16 rokov a tehotné a dojčiacie ženy. Keďže štátny systém pokrýva takmer všetkých občanov krajiny, segment dobrovoľného zdravotného poistenia je pomerne malý. V roku 2019 tvoril iba necelú 1 % všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Hlavným dôvodom pre využívanie dobrovoľného zdravotného poistenia je možnosť skrátenia čakacej doby na neakútnu starostlivosť vo verejných zariadeniach a na ambulantné vyšetrenia v neštátnych zariadeniach. Dobrovoľné zdravotné poistenie je dominantne využívané firmami, ktoré ho nakupujú pre svojich zamestnancov ako benefit (až 90 % poistencov s dobrovoľným zdravotným poistením). Poistovne, ktoré poskytujú tieto služby, sú komerčné poisťovne orientované na zisk.

Holandsko

Zdravotný systém v Holandsku je založený na neziskových zdravotných fondoch, nezávislých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a menšej úlohe štátu. Systém vychádza z tradície samoregulácie a kvalitných inštitúcií, nie však zo štandardnej trhovej súťaže. Zásadná reforma z roku 2006 zjednotila povinný poistný systém, zmenila zásadne úlohy účastníkov systému – neštátne zdravotné poisťovne tvoria konkurenciu pre získavanie poistencov a relatívne nezávislé inštitúcie regulujú systém namiesto štátu. V súčasnosti pôsobí v systéme povinného poistenia síce 26 poisťovní, ale 4 najväčšie poisťovne pokrývajú až 90 % trhu v počte poistencov a iba jedna z nich je súkromná ziskovo orientovaná poisťovňa. Regulácia spočívala aj v zákaze vyplácania dividend (na základe 10-ročného moratória do roku 2016). To znamenalo, že systém povinného zdravotného poistenia bol v praxi neziskový. Aj po skončení moratória najväčšia súkromná poisťovňa vo svojich finančných údajoch za roky 2019 až 2021 zverejnila, že svoj prebytok využije na zníženie poistného pre klientov alebo pre tvorbu rezerv ([Zilveren Kruis – finančné výsledky](#)).

Holandsko je univerzálny systém s možnosťou doplnkového pripoistenia v súkromných poisťovniach. Povinné zdravotné poistenie pokrýva 100 % nákladov na zdravotnú starostlivosť v základnom balíku, ale pacienti od 18 rokov si z vlastného vrecka hradia prvých 385 eur ročne z týchto nákladov. Napriek viacerým poisťovniam základný balík ponúka rovnaký rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá je nevyhnutná, účinná a príliš nákladná pre jednotlivcov (Kroneman et al., 2016). Do spoluúčasti sa nerátajú návštevy všeobecných lekárov. Holandsko má relatívne vysoký počet návštev všeobecných lekárov na obyvateľa (takmer deväť návštev oproti priemerne siedmim v EÚ za rok 2019 podľa [údajov Eurostat](#)), ktorí však plnia silnú úlohu pri regulácii návštev lekárov špecialistov (tzv. gatekeeping). Okrem toho sa do spoluúčasti nerátajú zdravotná starostlivosť o deti, starostlivosť o matku a dieťa, domáca ošetrovateľská starostlivosť, integrovaná starostlivosť pri chronických ochoreniach (diabetes, astma, manažment kardiovaskulárnych rizík) a preventívna starostlivosť.

Domácnosti platia okrem spoluúčasti dohodnutú sumu poistného zdravotným poisťovniam, ktorú si sami vyberajú. Zdravotné poisťovne môžu cez nominálne poistné upravovať cenu pre poistenca. Ohrozené skupiny, ako domácnosti s nízkym príjmom, dostávajú od štátu príspevok na nominálne poistné. Navyše si väčšina obyvateľov (až 84 %) hradí doplnkové zdravotné poistenie (približne 350 eur za rok), ktoré kryje náklady na starostlivosť mimo základného balíka. Ide však len o doplnkovú neakútnu starostlivosť ako je napríklad dentálna starostlivosť pre dospelých, fyzioterapia, okuliare/šošovky či antikoncepcia. Až 43 % z položiek mimo základného balíka predstavuje dentálna starostlivosť.

²⁴ Pre rok 2022 je napríklad stanovená maximálna suma za jednu návštevu u všeobecného lekára v prepočte 15 Eur. Celková ročná suma spoluúčasti má tiež svoj horný limit, kde po jeho dosiahnutí je občanovi vydaná karta, ktorá ho oprávňuje využívať bezplatné zdravotné služby do konca kalendárneho roka. Na rok 2022 to bola napríklad suma v prepočte 258 eur.

Nemecko

Nemecko má podobný systém univerzálneho verejného zdravotného poistenia založenom na fondovom hospodárení viacerých poisťovní ako Holandsko. Špecifikom je duálny systém s malou časťou obyvateľov poistených čisto v súkromnom systéme. Takmer 90 % ľudí je poistených vo verejnom neziskovom systéme, len približne 11 % je poistených v súkromných poisťovniach. Verejné zdravotné poisťovne tvoria poisťovne na princípe neziskového sektora a s fondovým hospodárením. Prebytok zdravotnej poisťovne putuje do rezervných fondov. Existuje takmer 100 aktívnych verejných poisťovní, ktoré cieľia všetkých poistencov podľa regiónu, podľa zväzov a združení, firiem a sektora²⁵.

V súkromnom zdravotnom poistení fungujú štandardné komerčné poisťovne, ktoré môžu tvoriť zisk. Možnosť poistenia v súkromnom systéme je však obmedzená len na populáciu pri vyššom príjme (1,3-násobok priemernej mzdy). Návrat do verejného systému je možný len do 55. roku poistenca pri poklese príjmu pod príjmovú hranicu pre súkromné poistenie. Takéto pravidlo bráni návratu poistencov v dôchodkovom veku, ktorí by boli nákladnejší pre povinné zdravotné poistenie.

Súkromné poistenie nie je doplnkovým, ale substitučným systémom a plne nahrádza povinný systém. V rámci systému má poistenec rovnakú zdravotnú starostlivosť ako v základnom balíku v povinnom systéme. Rozdiely sú v doplnkových službách ako je zubná starostlivosť alebo súkromné izby v nemocnici.

Motiváciou pre výber súkromného poistenia môže byť najmä výška nákladov na poistenie:

- Možnosť súkromného poistenia majú aj štátni úradníci a SZČO bez ohľadu na príjem. Štátni úradníci nie sú automaticky v povinnom verejnom poistení. Minimálne polovica ich výdavkov na zdravotníctvo je ale krytá fondom štátnej služby, súkromné poistenie môže byť výhodnejšie oproti povinnému systému vďaka tejto „dotácii“.
- Vo všeobecnosti majú zdraví poistenci v mladom veku o niečo nižšiu výšku poistného, ktorá však rastie s vekom. Príspevok na poistné (insurance premium) je dohodnutý zmluvne podobne ako komerčné poistenie.
- Jedna z motivácií pre výber súkromného poistenia môže byť daňová uznateľnosť nákladov.

Česko a Rakúsko

Zdravotné systémy v Česku a v Rakúsku sú ďalšími zo zástupcov systému viacerých zdravotných poisťovní, ktoré distribuujú príjmy zdravotného poistenia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Systém je podobne ako v nemeckom povinnom systéme založený na fondovom hospodárení kvázi verejných zdravotných poisťovní. Vytváranie zisku teda nie je povolené a prípadné prebytky sa uchovávaajú v rezervných fondoch. Regulované sú aj náklady na prevádzku zdravotných poisťovní. Počet poisťovní je oproti Holandsku a Nemecku relatívne malý²⁶. Špeciálne postavenie má v Česku štátna *Všeobecná zdravotní poisťovňa*. Jej solventnosť garantovaná štátom slúži ako záchranná sieť pre ostatné zdravotné poisťovne a manažuje centrálny účet na prerozdelenie vyzbieraného poistného zo zdravotného poistenia.

Česko a Rakúsko sú univerzálne zdravotné systémy, všetky zdravotné poisťovne musia povinne poistiť každého, kto je poistencom podľa legislatívy. Za ľudí bez zamestnania a deti platí poistenie štát. Vďaka komplexnosti základného balíka z verejného zdravotného poistenia je dobrovoľné doplnkové poistenie zanedbateľné. Domácnosti si doplácajú v podobe OOP najmä z dôvodu spoluúčasti za lieky, zubnú a očných starostlivosť.

Švajčiarsko

Švajčiarsko má relatívne komplexný systém organizácie vďaka regionálnemu deleniu a výraznej časti povinného individuálneho poistenia. Federálna vláda, kantóny a okresy sa podieľajú decentralizovane na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V prípade povinného zdravotného poistenia fungujú poisťovne na fondovom hospodárení, čiže nesmú tvoriť zisk ani stratu. Poisťovne ale môžu ponúkať aj dobrovoľné pripoistenie ekvivalentné

²⁵ V súčasnosti existuje 1 poľnohospodárska poisťovňa.

²⁶ Sedem zdravotných poisťovní v Česku, deväť regionálnych a päť zamestnaneckých fondov v Rakúsku.

komerčnému poisteniu. Krajina má relatívne vysoký podiel OOP, až 26% v porovnaní s priemerom EÚ 16 %²⁷. Dôvodom je pomerne vysoká spoluúčasť pacienta oproti iným modelom v európskych krajinách. Tá sa dá v prípade zamestnanej populácie riešiť cez pripoistenie. Zároveň však existuje pomerne široká záchranná sieť pre ľudí do istej hranice príjmu.

Spojené štáty americké (USA)

Pokrytie populácie

Americký systém je výrazne odlišný od európskych zdravotných systémov. Podľa OECD je s prehľadom najdrahší na svete (Graf 1). Napriek objemu výdavkov sú však výsledky amerického zdravotníctva v porovnaní s najlepšimi krajinami s univerzálnym systémom výrazne horšie. Hlavným dôvodom je najnižšie pokrytie populácie verejným zdravotníctvom vo vyspelom svete. Silnú úlohu v pokrytí tvoria súkromné poisťovne (podľa OECD až 53 %, Graf 6), ktoré sú zamerané na tvorbu zisku. Americký systém nie je plne porovnateľný so žiadnym iným vyspelým zdravotníctvom. Ide o zmiešaný systém, ktorý obsahuje prvky centralizovaných systémov (v prípade verejných programov pre veteránov, nízko príjmovej populácie a dôchodcov) a aj konkurenčný trh v prípade súkromného poistenia pracujúcej populácie.

Zdroje pre pokrytie populácie zdravotnou starostlivosťou:

- **Medicare** – verejný program zdravotného poistenia, ktorý pokrýva populáciu vo veku 65 a viac a ľudí so zdravotným postihnutím (18 % populácie).
- **Medicaid** – verejný program zdravotného poistenia, ktorý sa zameriava na chudobnú populáciu vrátane seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím (27 % populácie)
- **Iné verejné zdroje** (Veterans Affairs, TriCare) – cieľovú skupinu predstavujú veteráni a aktívni príslušníci armády (3 % populácie).
- **Súkromné zdravotné poistenie** – vyše polovica populácie USA spadá pod súkromné poistenie s možnosťou príspevkov zamestnávateľov (88 % populácie so súkromným poistením).

Rozvinuté krajiny sa vyznačujú univerzálnym pokrytím populácie verejným zdravotníctvom. USA je však jediná krajina, ktorá nemá univerzálne pokrytie zdravotným poistením v miere ako ostatné vyspelé krajiny. Približne 10 % populácie nemá žiadne zdravotné poistenie a musí si platiť za zdravotnú starostlivosť z vlastného vrecka, alebo je odkázaná na charitu. Do istej miery pomohla zvýšiť pokrytie základnou zdravotnou starostlivosťou reforma z roku 2010 (tzv. [Affordable Care Act](#), Box 3). Po takmer dekáde sa podarilo pokryť takmer polovicu nepoistenej populácie a zvýšiť finančný blahobyt domácností (Hu et al., 2018). Do roku 2019 nastal pokles podielu nepoistenej populácie z 18 % na 10 %, čím sa zvýšilo celkové pokrytie populácie zdravotným poistením. Zvýšenie pokrytia bolo zabezpečené najmä rozšírením verejných programov zdravotného poistenia. Zároveň vďaka zavedeniu povinného zdravotného poistenia sa aj súkromné poistenie cez zamestnávateľov chápe formálne ako súčasť povinného systému zdravotného poistenia (Garrett & Gangopadhyaya, 2016; Graf 6).

Výdavky domácností na zdravotníctvo zaťažujú domácnosti v USA výrazne viac ako v ktorejkoľvek inej vyspelej krajine²⁸. Vysoké náklady na poistenie alebo samotnú zdravotnú starostlivosť (doplatky, spoluúčasť) sú zároveň hlavnou príčinou osobných bankrotov v USA (Himmelstein et al., 2009; Gross & Notowidigdo, 2011). Táto príčina bankrotov domácností sa v podstate vôbec neobjavuje vo vyspelých európskych krajinách.

Kvalita zdravotnej starostlivosti

Aj v prípade súkromného poistenia, ktoré evokuje možnosti vybrať si vyššiu kvalitu zdravotnej starostlivosti, má časť pracujúcej populácie obmedzené možnosti. Pre možnosť súkromného poistenia je potrebné byť zamestnaný alebo byť členom rodiny zamestnanca (75 až 80 % zamestnancov má pokrytie cez zamestnávateľa). Možnosť väčšieho výberu z ponuky súkromného zdravotného poistenia majú však len zamestnanci väčších zamestnávateľov. Individuálne poistenie totiž môže byť pre zamestnancov výrazne drahšie,

²⁷ Finančné toky: 35 % prostriedkov v zdravotníctve ide priamo z povinného poistenia, 10 % prostriedkov ide zo sociálneho poistenia (úrazové, pre veteránov, dôchodkové), 20,3 % priame investície štátu z daní, 33,2% tvoria súkromné zdroje (pripoistenie a OOP).

²⁸ V USA predstavujú výdavky spotrebiteľov za zdravotnú starostlivosť z ich typického spotrebného koša [8,1 %](#), v EÚ to je [4,6 %](#).

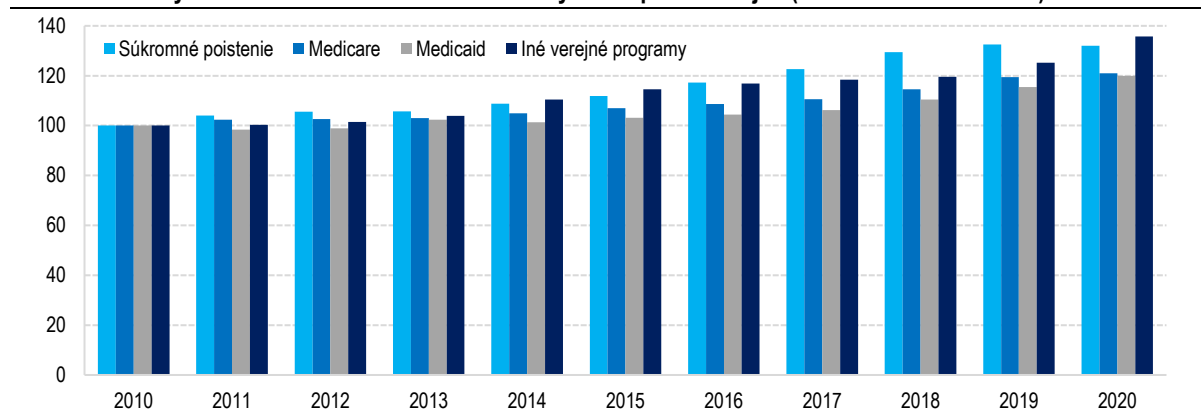
a tým pádom nedostupné. Často kvôli výške poistného nie sú poistení nízko príjmoví zamestnanci alebo zamestnanci na dohodu (Rice et al., 2020)²⁹.

Aj napriek možnosti navštíviť tzv. komunitné zdravotné služby je zdravotná starostlivosť často pri nepoistených pacientoch nepravidelná a nekompletná, čo má vplyv na výsledkové indikátory (Rice et al., 2020). Americké zdravotníctvo vykazuje výrazne horšiu očakávanú dĺžku života pri narodení, vyšší počet úmrtí odvrátiteľných zdravotnou starostlivosťou aj vyššiu novorodeneckú úmrtnosť ako ostatné vyspelé krajiny. Celkové výdavky na zdravotníctvo sú pritom najvyššie na svete v absolútnom aj relatívnom vyjadrení (OECD, 2021).

Náklady zdravotného systému

Súkromné poistenie sa nejaví ako efektívnejšie z pohľadu výdavkov v porovnaní s verejnými programami. Výdavky na zdravotníctvo v rámci súkromného poistenia na obyvateľa rástli rýchlejšie ako verejné programy zdravotníctva (Graf 18). Napriek tomu, že verejný program Medicare pokrýva ľudí nad 65 rokov s väčšou spotrebou zdravotníckych služieb, výdavky na poistenca v tomto programe rástli za poslednú dekádu pomalšie ako v súkromnom poistení. V priemere podobne rástli len verejné programy zahŕňajúce armádu a detský CHIP.

Graf 20: Rast výdavkov na zdravotníctvo USA na obyvateľa podľa zdrojov (rok 2010 ako index v %)



Zdroj: *US National Health Expenditure*, Centers for Medicare & Medicaid Services

Rast priemernej ceny súkromného poistenia v USA za posledných 20 rokov preyšoval každoročne rast inflácie aj rast príjmov zo zamestnania. Kým inflácia vzrástla medzi rokmi 2000 až 2019 o niečo vyše 40 % a pracovné príjmy o necelých 80 %, poistné zamestnancov vzrástlo o približne 120 % (Rice et al., 2020). Zároveň dohodnuté poistné plnenie neznamená, že poistenec nečelí rôznym doplatkom v zdravotníctve (napríklad za lieky). V posledných rokoch sa s rastom poistného stáva problémom podpoistenie, ktoré zvyšuje OOP domácností v prípade uzatvorenej poistnej zmluvy s nedostatočným krytím nákladov zdravotnej starostlivosti (Collins et al., 2019).

Faktory vysokých nákladov amerického zdravotníctva

V americkom zdravotnom systéme tvoria administratívne výdavky³⁰ výrazne väčšiu časť celkových verejných výdavkov na zdravotníctvo ako v iných vyspelých krajinách (Cutler, 2020; Graf 9). Výdavky na administratívu predstavujú výraznú časť neefektívnosti amerického zdravotníctva (Shrank et al., 2019). Dôvodom môže byť komplexnejší a zároveň rozdrobenejší systém zdravotníctva v porovnaní so zahraničím – veľký počet súkromných poisťovateľov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, viacero vládnych programov. Takmer polovica administratívnych výdavkov vzniká na strane súkromných poisťovateľov, len menej ako 10 % vo verejných programoch. Zvyšnú zhruba polovicu predstavuje administratíva na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Jiwani et al., 2014).

²⁹ Od malých zamestnávateľov sa nevyžaduje ponúkať zdravotné poistenie pre zamestnancov (poistenie ponúkalo iba 53 % zamestnávateľov s počtom zamestnancov 3 až 199 oproti 99 % zamestnávateľov s 200 a viac zamestnancami). Zamestnanci na čiastočný úväzok obvykle nemajú možnosť zdravotného poistenia u zamestnávateľa, závisí to ale od veľkosti zamestnávateľa (poistenie ponúkalo iba 12 % zamestnávateľov s menej ako 200 pracovníkmi).

³⁰ V zhrnutí špecifik zdravotného systému v USA sa myslia náklady spojené so zaúčtovaním nákladov za výkony, s kontrolou ich opodstatnenosti a vykazovaním (billing and insurance-related activities). V prípade OECD údajov môže ísť o širšiu skupinu administratívnych výdavkov, resp. v prípade USA by tam spadali aj administratívne výdavky mimo povinného systému.

Nadspotreba zdravotníckych služieb do istej miery vysvetľuje vyššie náklady na zdravotníctvo. Nadspotreba je vypuklejšia vo verejnej časti amerického systému v prípade programu Medicare pre ľudí v dôchodkovom veku (Gawande, 2009). Faktormi môže byť menší počet všeobecných lekárov, ktorí poskytujú lacnejšiu primárnu starostlivosť v porovnaní so špecializovanou starostlivosťou, a nemocnice so zameraním na zisk (investor-owned). Práve v prípade poskytovateľov orientovaných na zisk môže prevažovať zdravotná starostlivosť s nízkou pridanou hodnotou (Segal et al., 2022)³¹. Zároveň sa ale ukazuje, že ani poistenie v súkromnom sektore nedokáže výraznejšie limitovať regionálne systémové nadmerné využívanie zdravotnej starostlivosti (Oakes et al., 2019).

Ceny zdravotných výkonov a liekov sú v porovnaní s ostatnými vyspelými krajinami vyššie. Aj po zohľadnení spotreby môže vyššie ceny za zdravotnú starostlivosť do veľkej miery vysvetliť rozdrobenosť systému, v ktorom viacero poisťovateľov dohaduje ceny za výkony s pomerne silnými organizáciami zdravotníckych poskytovateľov (Anderson et al., 2003; Squires & Anderson, 2015). Špecifickým prípadom sú lieky, ktorých ceny sú v porovnaní s vyspelými krajinami OECD vyššie aj po zohľadnení štruktúry spotreby³². Vyššie ceny sa týkajú hlavne originálnych liekov (Mulcahy et al., 2021; Cicchiello & Gustafsson, 2021). Príčinou vyšších cien je absencia regulácie cien s možnosťou vyjednávania s výrobcami (Rice et al., 2020). Do ceny liekov si zároveň z toho dôvodu môžu výrobcovia výraznejšie premietnuť náklady na výskum nových liekov (Waldrop, 2021), najmä, ak ich cena je na veľkých európskych trhoch regulovaná. Niektoré analýzy však nepotvrdzujú zdôvodnenie farmaceutických spoločností pre ceny liekov vysokými nákladmi na výskum a vývoj (Angelis et al., 2023). Napríklad pri niektorých liekoch môže byť výskum a vývoj vo väčšej miere financovaný aj z verejných alebo filantropických zdrojov (Schmidt et al., 2022).

Dôvodom pre vyššie ceny výkonov sa javia aj platy lekárov, ktoré sú násobne vyššie aj oproti Nemecku. To patrí ku krajinám EÚ s najvyšším pomerom priemernej mzdy lekára oproti priemeru v hospodárstve (3,4 násobok oproti vyše 5-násobku v USA v prípade priemerného lekára špecialistu³³). Platy lekárov môžu byť ovplyvnené výškou nákladov za medicínske štúdium, výraznejšie však môžu vplývať na platy náklady na poistenie voči riziku súdnych procesov (Reid, 2009).

Plánovanie a koordinácia sú v americkom zdravotnom systéme obmedzené. Plánovanie rozpočtu a koordinácia v zdravotnom systéme je kvôli komplexnosti sektora problematické v každej vyspelej krajine. Dôvodom je rozdelenie zdravotníctva medzi rôzne stupne vládnutia a inštitúcie (centrálna vláda – samospráva, štát – zdravotné poisťovne – verejní a súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti). V americkom systéme je však nad rámec trojstupňového politického systému federácie komplikovanejšie to, že veľká časť zdravotnej starostlivosti spadá mimo verejný sektor. Zároveň je mimo kontroly štátu vyjednávanie platieb za zdravotnú starostlivosť súkromnými poisťovňami. Limitované možnosti plánovania a koordinácie sa nedotýkajú iba rozpočtu, ale aj personálnych potrieb a výziev v zdravotníctve.

³¹ Výsledky výskumu sú diskutované aj v článku: <https://revcycleintelligence.com/news/investor-owned-health-systems-linked-to-most-low-value-care>

³² V porovnaní s vyspelými krajinami OECD sú lieky v USA drahšie aj pri pacientoch s podobnými charakteristikami a pri rovnakých diagnózach.

³³ [OECD Health Care Resources: Remuneration of health professionals](#); [U.S. Bureau of Labor Statistics: Employment and Wages Data](#); Emanuel EJ (2020): [Which Country Has the World's Best Health Care?](#) PublicAffairs, New York.

Box 3: Reforma ACA 2010 („Obamacare“)

Reforma zdravotného systému [The Patient Protection and Affordable Care Act \(ACA\)](#) je najobsiahlejšia reforma zdravotníctva v USA od zavedenia verejných programov Medicare a Medicaid v roku 1965. Bola plánovaná vo viacerých krokoch a rieši najväčšie výzvy amerického zdravotníctva: pokrytie populácie zdravotným poistením, ochrana pred nadmernou finančnou záťažou pre domácnosti z dôvodu výdavkov na zdravotnú starostlivosť a udržateľnosť výdavkov na zdravotníctvo.

Hlavné ciele a opatrenia ACA 2010 (Gruber, 2011):

- Zvýšenie pokrytia populácie zdravotným poistením v rámci súkromného poistenia:
 - podporou cez daňové úľavy tak, aby poistenie nepresahovalo 3 % príjmu na úrovni 133 % hranice chudoby, resp. 9,5 % príjmu na úrovni 300 % hranice chudoby;
 - cez zrušenie cenovej diskriminácie na základe existujúceho zdravotného stavu či zavedenie minimálneho štandardu zdravotnej starostlivosti v poistnej zmluve, dotácie pre poistencov s nízkym príjmom.
- Rozšírenie pokrytia chudobnej populácie s nárokom na verejný program Medicaid:
 - program zväčšil cieľovú skupinu na všetkých dospelých s príjmom do 133 % hranice chudoby, ktorá je [v roku 2022](#) na úrovni 13 590 USD pre jednotlivca a 27 750 USD pre štvorčlennú rodinu. Pred rozšírením museli dospelí spadať okrem detí do kategórií telesne postihnutí, starší ako 65 rokov a tehotné ženy a zároveň museli spĺňať hranicu príjmu.
 - pre zvýšenie motivácie mali všetci novovstupujúci 100 % hradené náklady s odľazovaním až do roku 2020 s poklesom úhrad na 90 %.
- Zavedenie povinnosti individuálneho základného poistenia. Výnimku tvoria chudobné domácnosti s nárokom na verejný program Medicaid. Od roku 2014 do konca roku 2018 bolo porušenie povinnosti finančne penalizované (v poslednom roku vo výške 695 USD pre dospelého, 347,5 USD pre dieťa, maximálne 2 085 USD za celú rodinu alebo 2,5 % príjmu). V súčasnosti je povinnosť poistenia bez možnosti finančnej penalizácie a teda v realite ťažko vymáhateľná.
- Úpravy pre zvýšenie udržateľnosti výdavkov na zdravotníctvo:
 - špeciálna daň (tzv. Cadillac tax), ktorá má pomôcť limitovať zdravotné poistenie s veľmi štedrým poistným plnením;
 - burzy pre zdravotné poistenie pre malých a neskupinových poisťovateľov pre optimalizáciu cien poistenia;
 - vznik nezávislej inštitúcie, ktorá má právomoci upravovať úhrady poskytovateľov za zdravotnú starostlivosť (Independent Payment Advisory Board);
 - založenie nového výskumného inštitútu pre skúmanie nákladovej efektívnosti rôznych typov liečby;
 - zavedenie viacerých pilotných programov pre odskúšanie alternatívnych platobných mechanizmov pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ako náhrada „fee-for-service“ mechanizmu).
- Reforma zaviedla viaceré opatrenia v ďalších oblastiach:
 - nastavenie motivácií pre zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti;
 - zavedenie nového programu sociálneho poistenia pre financovanie dlhodobej starostlivosti;
 - zvýšenie motivácií pre využívanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti.
- Najmä kvôli lobingu výrobcov sa v reforme nepodarilo vyriešiť reguláciu cien liekov. Tá sa podarila v rámci vyjednávania cien v programe Medicare až [v roku 2022 \(Inflation Reduction Act\)](#).

Príloha 2: Príklady kvázi-formálnych poplatkov na Slovensku

Obrázok 1: Poplatky v zdravotníctve podľa MZ SR

The screenshot shows the website of the Ministry of Health of the Slovak Republic. The header includes the logo and name of the ministry, along with navigation links for 'Titulná stránka', 'FAQ', 'Mapa stránky', 'Kontakty', 'Textová verzia', 'Čierno-biela verzia', 'Kontrastná verzia', and 'English'. A search bar is also present. The main navigation menu has four items: 'O ministerstve', 'Zdravotná starostlivosť', 'Materiály a dokumenty', and 'Médiá'. The page content is titled 'Poplatky v zdravotníctve' and is part of a breadcrumb trail: 'Domov » Legislatíva a financovanie » Poplatky v zdravotníctve'. The main heading is 'Poplatky v zdravotníctve'. Below it, there is a section 'Lekári nemôžu požadovať úhradu za:' followed by a list of services: 'objednanie pacienta na vyšetrenie, vrátane objednaní na konkrétny čas', 'vypísanie receptu alebo lekárskeho poukazu', 'vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu', 'potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka', 'výmenný lístok k špecialistovi', and 'prednostné ošetrenie'. A note states: 'Pacienti neplatia ani za klimatizáciu v čakárni, či za hygienické návleky.' Another section is 'Lekári môžu požadovať úhradu za:' followed by 'výkony, ktoré nie sú hrazené z verejného zdravotného poistenia, napr. za potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla, či na zbrojný pas.'

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

Okrem uvedených poplatkov ministerstvo na stránke objasňuje v reakcii na otázky od občanov aj ďalšie problematické úhrady. Ich ukážky z reálnych cenníkov sú doplnené o usmernenie od ministerstva:

Registračný poplatok/vstupné vyšetrenie/prvovyšetrenie/založenie karty

- Otázka: Viete mi vysvetliť, čo znamená pojem „ročný registračný poplatok“, konkrétne vo výške 20 eur?

MZ SR: Ročný registračný poplatok nie je poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ani službou súvisiacou s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže požadovať úhradu takéhoto poplatku. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže takouto úhradou ani podmieňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

- Otázka: Dnes som bol na vyšetrení u spádového ortopéda, ktorý odo mňa na záver vyšetrenia pýtal za PRVOVYŠETRENIE sumu 5 €. Podotýkam, že v čakárni ani na dverách ambulancie žiadne takéto upozornenie nie je! Je možné, aby takúto sumu požadoval za PRVOVYŠETRENIE?

MZ SR: Ak ide o zmluvného lekára, vyšetrenie je hrazené z verejného zdravotného poistenia, to znamená, že poskytovateľ nemôže takouto úhradou ani podmieňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Obrázok 2: Poplatok u gynekológa (Ružinov, Bratislava)

ZOZNAM ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV A SLUŽIEB,

pri ktorých možno požadovať úhradu

v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, ktorými sa vymedzujú rozsahy výkonov, a podľa Obchodného zákonníka č. 513/1991 Z.z. a zákona č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov a nariadenia vlády SR č. 777/2004 Z.z.

Registračia, založenie karty, podpis zmluvy na žiadosť pacientky ● 100,- €

Zdroj: <https://gynesa.sk/cennik/>

Obrázok 3: Cenník polikliniky³⁴ (Staré mesto, Bratislava)

Názov služby	Poplatok za nadštandard pri jednorázovom vyšetrení	Celoročná starostlivosť (ROČNÁ KARTA)		
		BASIC	PLUS	MAX
Vstupné vyšetrenie - registračný poplatok*	59 €	v cene karty	v cene karty	v cene karty
Kontrolné vyšetrenie - administratívny poplatok*	29 €	4x	6x	12x
Rýchle garantované termíny **				
Rýchly termín PLUS do 10 pracovných dní (GYN amb do 5 dní)	49 €	29 €	v cene karty	v cene karty
Expresný termín MAX do 5 pracovných dní (GYN amb do 2 dní)	99 €	99 €	99 €	v cene karty
Prioritná starostlivosť recepcie				
Mobilné telefónne číslo + SMS + VIP email na recepciu	39 €	19 €	v cene karty	v cene karty
Veľký balík služieb a zliav pre Vaše zdravie				
Konzultácie na diaľku (telefonicky alebo videohovor)	19 €	19 €	v cene karty	v cene karty
Viac času na konzultácie s lekárom + 10 minút na každý termín	19 €	19 €	19 €	v cene karty
Výber lekára alebo garancia starostlivosti vedúcim lekárom centra ****	99 €	99 €	99 €	v cene karty
Objednanie na presný termín, garancia max čakania ***		60 minút	30 minút	15 minút
Zľava z administratívnych poplatkov			30%	50%
Zľava z doplatkov na recepty a voľnopredajný sortiment v Lekárni Bezručova		5%	7%	9%
Nadštandardné zdravotné výkony medicínskeho centra	Kompletný cenník dostupný na recepcii centra	Balík BASIC	Balík PLUS	Balík MAX
Cena ročnej karty pre jedno medicínske centrum		99 €	149 €	299 €
Cena ročnej karty pre celú polikliniku				
KARTA BEZRUČOVA MULTI (3 lekári + 1 lekár zadarmo)		299 €	449 €	999 €
KARTA BEZRUČOVA MULTI - 5. a každý ďalší lekár		69 €	99 €	199 €
Zľavnená cena *				
Zdravotne ťažko postihnutá osoba (ŤŽP) *****	50% na registračné a administratívne poplatky za vyšetrenia	50%	50%	-
Seniori nad 70 rokov		50%	50%	-
Študenti s platnou ISIC kartou		50%	-	-
Osoby v ťažkej sociálnej situácii - informujte sa na recepcii *****		individuálna zľava podľa situácie		

Zdroj: <https://gastro.notion.site/Cenn-k-slu-ieb-pecialistov-Polikliniky-Bezru-ova-d77fb9ee7a5942f384694d7a63a4f3e0>

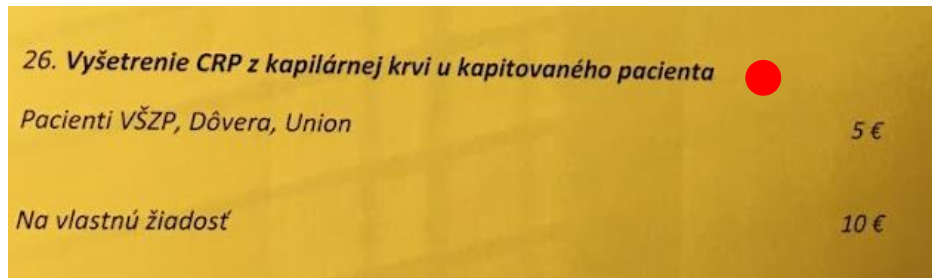
³⁴ Objednanie bez poplatku je možné priamo u lekára či zanechaním kontaktu na recepcii.

Poplatok za vyšetrenie CRP indikované lekárom

- Otázka: Ako to je s možnosťou dobrovoľnej platby pri vyšetrení CRP? Podľa zákona to vraj nie je možné a lekári sa obávajú, že to bude voči nim zneužívané.

MZ SR: **Ak je vyšetrenie CRP naordinované lekárom, je hrazené z verejného zdravotného poistenia na základe zmluvy medzi zdravotnou poisťovňou a lekárom – poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V prípade, ak je to na vlastnú žiadosť pacienta, ak nie je indikované lekárom, pacient sa dohodne na vykonaní vyšetrenia a prípadná platba v zmysle cenníka je považovaná za dobrovoľnú úhradu na základe dohody, napríklad písomného súhlasu pacienta.**

Obrázok 4: Poplatok u pediatra (Dúbravka, Bratislava)



26. Vyšetrenie CRP z kapilárnej krvi u kapítovaného pacienta	5 €
Pacienti VŠZP, Dôvera, Union	
Na vlastnú žiadosť	10 €

Poplatok za objednanie/manažment pacienta

- Otázka: Keď sme prišli na kontrolu neobjednaní, lekárka nás poslala domov, že ona ledva stíha pacientov objednaných - platiacich (za manažment pacienta), ktorých má objednaných na každý deň už 5-6 týždňov dopredu. Zmenilo sa iba to, že už nepíše na doklad o zaplatení „za prednostné objednanie“ ale „za profesionálny manažment pacienta“, čo nikto nevie vysvetliť, za čo že to vlastne je... Vysvetlí mi to MZ SR?

MZ SR: **„Profesionálny manažment pacienta“ nie je zdravotným výkonom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ani službou súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Za takýto úkon by poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemal vyberať úhradu. Za prednostné poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rámci vyznačených ordinačných hodín určených na prednostné poskytnutie zdravotnej starostlivosti nemôže poskytovateľ zdravotnej starostlivosti požadovať úhradu.**

Obrázok 5: Poplatok za úsporu času u imuno-alerológa (Dúbravka, Bratislava)

NADŠTANDARDNÉ SLUŽBY POSKYTOVATEĽA NEUHRÁDZANÉ NA ZÁKLADE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA*	
*účtované klientom, ktorým boli nižšie uvedené nadštandardné služby poskytnuté na základe ich vlastnej písomnej žiadosti	
Základné vyšetrenia	
Nadštandardné služby:	úhrada
Jednorazový poplatok „úspora času“	60,-eur
<ul style="list-style-type: none">• termín do 8 týždňov• všetky vyšetrenia v jeden deň, (ak nejde o špeciálne laboratórne vyšetrenia, ktoré sa musia objednať v laboratóriu)• komplexné vyšetrenie lekárom (preštudovanie zdravotnej dokumentácie, lekárskeho záznamu a výsledkov vyšetrení, nutné priniesť nálezy!)• zhodnotenie výsledkov osobne prípadne elektronicky, ďalší postup prípadne odporúčenie vhodnosti sledovania.	100,-eur (termín do 3 pracovných dní)

Zdroj: <https://imuno-alerqo.sk/ambulancia-imuno-alerqo/cennik-zdravotnych-vykonov-a-sluzieb/>

Obrázok 6: Poplatok u pediatra (Stupava)

Manažment pacienta	100€/rok
Nedostavenie sa na plánovanú preventívnu prehliadku	30€
Ročný poplatok za starostlivosť o dieťa mimo pridelených ulíc a obcí	50€/rok

Zdroj: <https://mojapediatria.sk/cennik>

Obrázok 7: Poplatky za „komplexný manažment pacienta“

The screenshot displays a website interface for ProCare services. At the top, there are icons for 'Komplexný manažment klienta', 'Služby privátneho call centra', and 'Klientska karta'. Below this, there are several service packages listed with their respective prices and features:

- Light:** Platnosť 7 dní, 90 €
- Junior/Smart:** Platnosť 12 mesiacov, 450 €. Program ProCare Junior je dostupný pre deti a mládež do 18 rokov. Zľava na vybrané potvrdenia (Neplatí pre zbrojný preukaz). Zvýhodnená cena vybraných komplexných prehliadok.
- Exclusive (TOP PRODUCT):** Platnosť 12 mesiacov, 750 €. Zľava na vybrané potvrdenia (Neplatí pre zbrojný preukaz). Zvýhodnená cena vybraných komplexných prehliadok. Osobná recepčná/osobný recepčný. 2x benefity balík podľa výberu. Priorita dovolateľnosti na privátne call centrum.
- Family Smart:** 1350 €. Program ProCare Family Smart zahŕňa 4 programy osobnej starostlivosti pre členov rodiny, pričom aspoň jedna osoba musí byť staršia ako 18 rokov.
- Family Exclusive:** 1800 €. Program ProCare Family Exclusive zahŕňa 2 programy Exclusive a programy Junior/Smart pre deti bez ohľadu na vek.

At the bottom, there is a QR code and the text 'MAJTE SVOJE ZDRAVIE POD KONTROLOU CEZ NOVÚ KLIENTSKÚ ZÓNU' along with the website URL 'kz.procare.sk' and 'Klientska zóna'.

Zdroj: <https://www.procare.sk/wp-content/uploads/2016/08/procare-sk-cennik-osobnej-starostlivosti-ba-062022.pdf>

- Lekári a lekárky patriace pod túto sieť polikliník sa počítajú do siete poskytovateľov, ktorí sú platení z verejného zdravotného poistenia. To znamená, že by mali byť dostupní aj bez poplatkov za manažment pacienta. Ako výber takých poplatkov limituje dostupnosť starostlivosti, na ktorú majú poistenci nárok ilustrujú [reportáže](#) či skúsenosti nespokojných pacientov, s ktorými sa podelili na sociálnych sieťach:

Bývame v bratislavskom Ružinove. Pediatričku máme v Starom meste ešte z čias, keď sme aj my boli "Staromešťania". Hoci je naša pani doktorka výborná, jej návšteva si vyžaduje cestu autom a pevné nervy pri hľadaní parkovacieho mesta (väčšinou zaparkujete na debila a každú chvíľu vykukavate z okna, či vám nedávajú papuču).

Povedala som si, že pri dvoch deťoch by bolo super mať pediatričku vo svojom obvode, ideálne na pešo do 20 minút.

A tak som googlila a zistila, že v Ružinove (v našej časti) neexistuje pediatrička, ktorá by brala nových pacientov. Riešením však je obvodný pediater ku ktorému spadáte podľa trvalého bydliska. Ten vás podľa zákona nemôže odmietnuť.

Naša obvodčička má výborné referencie, modernú ambulanciu, sídli asi 150 metrov od nášho vchodu a nájdem ju v poliklinike Procare.

Hmm, tu som začala šípiť, že to s tým "podľa zákona musí zobrať" nebude až také ružové.

Vyzbrojená argumentami som sa vybrala na recepciu. Tam mi slečna potvrdila, že pani doktorka nás naozaj musí vziať, ale oni na recepcii sú len pre členov Procare, ktorí si platia manažment klienta. Ak nemám záujem o platenú službu, mám ísť na prízemie, kde vedľa SBSkára nájdem pani, ktorá sa venuje citujem takýmto prípadom.

Pani som našla. Áno, podľa adresy naozaj spadáme k danej pani doktorky a nie je problém ku nej chodiť, akurát, že sa ku nej nebudem mať ako objednať pretože ak si neplatím Procare balík, čo je pre dieťa "pouhých" 360€ ročne, nebudem si mať kam zavolať.

ALE keď bude dieťa choré a budeme potrebovať prísť, mám prísť OSOBNĚ medzi 7:00-15:00 a ona nám dá termín.

Čiže na tej recepcii pre "lúzrov, ktorí si odmietajú platiť" je zamestnaný človek, pravdepodobne na plný úväzok, ktorého agenda zahŕňa aj objednávanie pacientov, ALE nenatiahli mu tam telefón. Ak sa chcem objednávať telefonicky alebo si zavolať o výsledky, VŽDY si môžem doplatiť tých 360 euríček (za 1 ks dieťaťa 😊) a hotovo!

Error error!!!

nerozumiem, prečo mám ja ako bežný občan trpieť tým, že moja obvodná sídli v pentáckom ProCare? Prečo suseda z vedľajšieho vchodu s párnym číslom vchodu má inú obvodčičku, ktorá rieši manažment klienta, ale oldschool dvíha telefón?

Je toto úplne normálny systém a len mne sa to zdá na hlavu?

PS: zaujímalo by ma priemerný čas za ktorý neplatiaci klient stratí nervy a daný balík si radšej kúpi. Mesiac? Dva? Fakt tleskam tejto vynucovacej praktike. Klobúk dole...

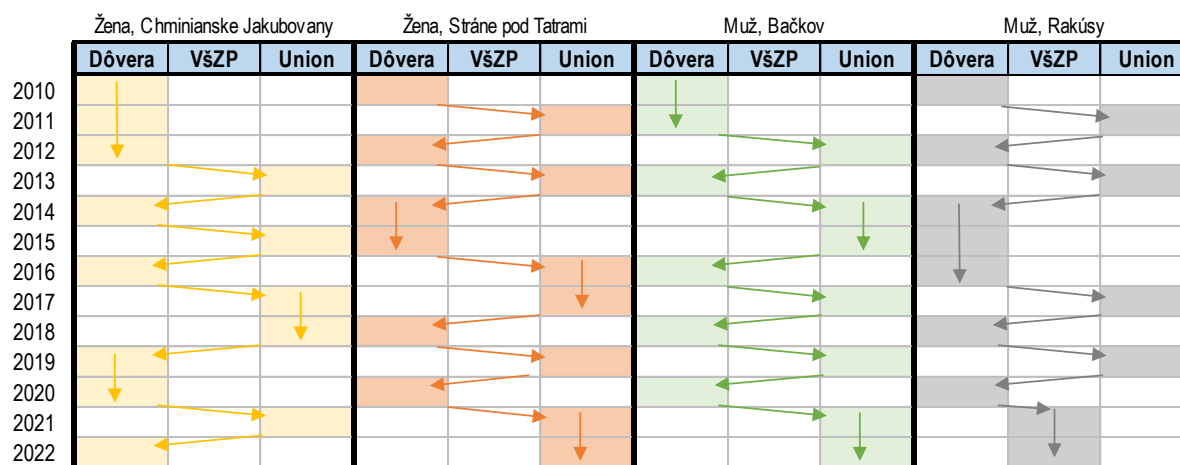
Príloha 3: Prepoisťovanie poistencov

Desiatky tisíc ľudí z najchudobnejších komunit každoročne menia zdravotnú poisťovňu. Pre zdravotné poisťovne sú ziskoví, pretože využívajú málo zdravotnej starostlivosti. Konkurenčný boj poisťovní do týchto komunit neprináša lepšie zdravotné výsledky, ale pochybné obchodné praktiky a problémy pre poistencov.

Zdravotnú poisťovňu je možné zmeniť raz ročne. Väčšina ľudí túto možnosť nevyužíva, niektorí prekvapivo často. 80% Slovákov nezmenilo zdravotnú poisťovňu za posledných 10 rokov ani raz. 26 tisíc ľudí ju zmenilo minimálne šesťkrát.

Žena z obce Stráne pod Tatrami bola v roku 2010 poistená v Dôvere, potom rok v Unione, znova rok v Dôvere, opäť v Unione a tak ďalej, až v roku 2021 prišla do Unionu po piatykrát. Spolu išlo o 9 zmien medzi dvoma poisťovňami za 12 rokov. Ľudí s podobnou históriou zdravotného poistenia sú na Slovensku desiatky tisíc.

Obrazok 8: Modelové príklady zmien zdravotných poisťovní



Zdroj: spracovanie ÚHP podľa údajov Centrálného registra poistencov

Väčšina poistencov, ktorí často menia zdravotnú poisťovňu, žije v najchudobnejších okresoch. Kým v polovici slovenských okresov je podiel často prepoistených³⁵ obyvateľov nižší ako 0,1 %, v 18 okresoch je tento podiel vyšší ako 2 %, rozdiel je teda viac ako 20-násobný. Zvyčajne ide o okresy s vysokou nezamestnanosťou.

Tabuľka 4: Päť okresov s najnižšou a päť s najvyššou nezamestnanosťou a podiel šesť a viackrát prepoistených

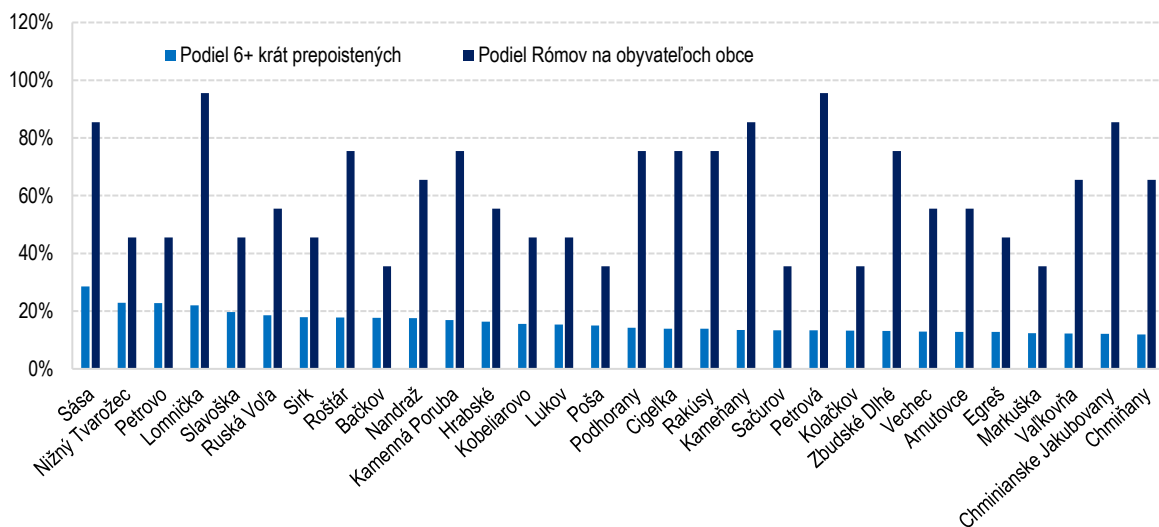
Okres	Miera nezamestnanosti	Podiel 6+ krát prepoistených
Bratislava V	2,5%	0,0%
Ilava	2,6%	0,0%
Trenčín	2,7%	0,0%
Nitra	2,8%	0,0%
Piešťany	3,1%	0,0%
Vranov nad Topľou	14,3%	3,3%
Sabinov	15,1%	2,0%
Revúca	16,2%	3,8%
Kežmarok	16,9%	2,8%
Rimavská Sobota	18,8%	1,0%

Zdroj: spracovanie ÚHP podľa údajov Centrálného registra poistencov a ÚPSVaR

³⁵ Ľudí so šesť a viac zmenami zdravotnej poisťovne za posledných 10 rokov definujeme ako „často prepoistených“. Výsledky analýzy sú veľmi podobné aj keby sme použili štyri alebo päť a viac zmien za posledných 10 rokov.

Pri detailnejšom pohľade na kritické obce, obzvlášť časté prepoisťovanie sa deje v obciach s vysokým podielom vylúčeného rómskeho obyvateľstva. V niektorých zmenil zdravotnú poisťovňu minimálne šesťkrát každý piaty obyvateľ obce.

Graf 21: Obce s najväčšou mierou prepoisťovania a najväčším podielom rómskych obyvateľov



Zdroj: spracovanie ÚHP podľa údajov Centrálného registra poisťencov a Atlasu rómskych komunít

Literatúra

- 1) Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A & Wittenbecher F (2015): [Czech Republic: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 17(1), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 2) Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS & Petrosyan V (2003): [It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries](#). *Health Affairs*, 22, no. 3: 89-105.
- 3) Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A & Mossialos E (2022): [The United Kingdom: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 24(1), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 4) Angelis A, Polyakov R, Wouters OJ, Torreele E & McKee M (2023): [High drug prices are not justified by industry's spending on research and development](#). *BMJ* 380: e071710.
- 5) Arrow KJ (1963): [Uncertainty and the welfare economics of medical care](#). *American economic review*, Volume 53, Issue 5.
- 6) Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt AE, Zuba M, Quentin W & Winkelmann J (2018): [Austria: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 20(3), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 7) Baji P, Pavlova M, Gulácsi L & Groot W (2012): [Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary](#). *International Journal for Equity in Health*.
- 8) Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A & Busse R (2020): [Germany: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 22(6), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 9) Bremer P (2014): [Forgone care and financial burden due to out-of-pocket payments within the German health care system](#). *Health Economics Review* 4-36.
- 10) Case A & Deaton A (2021): [Deaths of Despair and the Future of Capitalism](#). Princeton University Press.
- 11) Chandra A, Flack E & Obermeyer Z (2021): [The Health Costs of Cost-sharing](#). *NBER Working Paper* 28439.
- 12) Chevrel K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I & Hernández-Quevedo C (2015): [France: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 17(3), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 13) Cicchiello A & Gustafsson L (2021): [Brand-Name Drug Prices: The Key Driver of High Pharmaceutical Spending in the U.S. – An International Comparison of Prescription Drug Spending and Costs](#). Commonwealth Fund.
- 14) Collins SR, Bhupal HK & Doty MM (2019): [Health insurance coverage eight years after the ACA](#). Commonwealth Fund Issue Briefs.
- 15) Colombo F & Tapay N (2004): [The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges](#). *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris.
- 16) Cutler DM (2020): [Reducing Administrative Costs in U.S. Health Care](#). The Hamilton Project, Policy Proposal.
- 17) De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F & Quentin W (2015): [Switzerland: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 17(4), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 18) Emanuel EJ (2020): [Which Country Has the World's Best Health Care](#). PublicAffairs, New York.
- 19) Ensor T (2004): [Informal payments for health care in transition economies](#). *Social Science & Medicine*.
- 20) Európska komisia (2022): [Corruption. Special Eurobarometer 523](#).
- 21) Fan VY & Savedoff WD (2014): [The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence](#). *Soc. Sci. Med.*, 105: 112–121.
- 22) Feldstein PJ (2002): *Health care economics*. Clifton Park: Delmar; 2002. ISBN: 07-668-0699-5.

- 23) Garrett B. & Gangopadhyaya A (2016): [Who Gained Health Insurance Coverage Under the ACA, and Where Do They Live? ACA Implementation - Monitoring and Tracking](#). Urban Institute.
- 24) Gawande A (2009): [The Cost Conundrum – What a Texas town can teach us about health care](#). Annals of Medicine, June 1, 2009 Issue, The New Yorker.
- 25) Gawande A (2014): [Being mortal: Medicine and what matters in the end](#). Metropolitan Books/Henry Holt and Company.
- 26) Geide-Stevenson D & La Parra Perez A (2021): [Consensus among economists 2020 – A sharpening of the picture](#). Weber State University.
- 27) Grima S, Spiteri JV, Jakovljevic M, Camilleri C & Buttigieg SC (2018): [High Out-of-Pocket Health Spending in Countries With a Mediterranean Connection](#). *Front. Public Health* 6: 145.
- 28) Gross T & Notowidigdo MJ (2009): [Health Insurance and the Consumer Bankruptcy Decision: Evidence from Expansions of Medicaid](#). *Journal of Public Economics*, vol. 95(7), 767-778.
- 29) Gruber, J (2011): [The Impacts of the Affordable Care Act: How Reasonable are the Projections?](#) *NBER Working Paper* 17168, Cambridge, MA.
- 30) Himmelstein D, Warren E, Thorne D & Woolhandler S (2005): [MarketWatch: Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy](#). *Health affairs (Project Hope)*. Suppl Web Exclusives. W5-63.
- 31) Himmelstein DU, Thorne D, Warren E & Woolhandler S (2009): [Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study](#). *American Journal of Medicine* 122(8): 741-6.
- 32) HM Treasury (2020): [Public Expenditure: Statistical Analyses](#). United Kingdom.
- 33) Hu L, Kaestner R, Mazumder B, Miller S & Wong A (2018): [The Effect of the Affordable Care Act Medicaid Expansions on Financial Wellbeing](#). *J Public Econ*. 163: 99–112.
- 34) Inštitút finančnej politiky (2012): [Málo zdravia za veľa peňazí: Analýza efektívnosti slovenského zdravotníctva](#). *Ekonomická analýza* 28.
- 35) Jiwani A, Himmelstein D, Woolhandler S & Kahn JG (2014): [Billing and insurance-related administrative costs in United States' health care: synthesis of micro-costing evidence](#). *BMC Health Services Research* 14, 556.
- 36) Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J & van Ginneken E (2016). [The Netherlands: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 18(2), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 37) Mathauer I & Kutzin J (2018): [Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC](#). Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing. World Health Organization, Geneva.
- 38) Mulcahy AW, Whaley C, Tebeka MG, Schwam D, Edenfield N & Becerra-Ornelas AU (2021): [International Prescription Drug Price Comparisons: Current Empirical Estimates and Comparisons with Previous Studies](#). Research Report, RAND Publications.
- 39) Najvyšší kontrolný úrad SR (2018): [Vybrané aspekty realizácie zdravotnej politiky v praxi zdravotných poisťovní a Ministerstva zdravotníctva SR – Záverečná správa 2017](#).
- 40) Oakes AH, Chang HY & Segal JB (2019): [Systemic overuse of health care in a commercially insured US population, 2010–2015](#). *BMC Health Services Research* 19: 280.
- 41) OECD (2009): [Achieving Better Value for Money in Health Care](#). *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.
- 42) OECD (2010): [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#). *OECD Health Working Papers* No. 50, OECD Publishing, Paris.
- 43) OECD (2015): [Fiscal Sustainability of Health Systems – Bridging Health and Finance Perspectives](#). OECD Publishing.
- 44) OECD (2017): [Tackling Wasteful Spending on Health](#). OECD Publishing, Paris.

- 45) OECD (2021): [Health at a Glance 2021: OECD Indicators](#). OECD Publishing, Paris.
- 46) OECD, Eurostat & WHO (2017): [A System of Health Accounts 2011: Revised edition](#). OECD Publishing, Paris.
- 47) Paris V, Devaux M & Wei L (2010): [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#). *OECD Health Working Papers* No. 50.
- 48) Pritchett L & Summers LH (1996): [Wealthier is Healthier](#). *Journal of Human Resources* 31 (4): 841- 868.
- 49) Reibling, N & Wendt, C (2012): [Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems](#). *Current Sociology* 2012 60: 489.
- 50) Reid TR (2009): [The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care](#). Penguin Press, New York.
- 51) Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ & van Ginneken E (2020): [United States of America: Health system review](#). *Health Systems in Transition* 22(4), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 52) Sagan A & Thomson S (2016): [Voluntary health insurance in Europe: role and regulation](#). *Observatory Studies Series* 43, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 53) Schmidt L, Sehic O & Wild C (2022): [Counting the cost of public and philanthropic R&D funding: the case of olaparib](#). *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 15: 47.
- 54) Segal JB MD, Aditi PS, Glanzberg-Krainin E & Hutfless S (2022): [Factors Associated With Overuse of Health Care Within US Health Systems: A Cross-sectional Analysis of Medicare Beneficiaries From 2016 to 2018](#). *JAMA Health Forum* 3(1).
- 55) Shrank WH, Rogstad TL & Parekh N (2019): [Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings](#). *JAMA*, 322 (15), 1501-1509.
- 56) Squires D & Anderson C (2015): [U.S. Health Care From a Global Perspective: Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries](#). *Commonwealth Fund pub.* 1819 Vol. 15.
- 57) Sperre Saunes I, Karanikolos M & Sagan A (2020): [Norway: Health System Review](#). *Health Systems in Transition* 22(1), WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 58) Šťastná L & Votápková J (2014): [Efficiency of hospitals in the Czech Republic: Conditional efficiency approach](#). *IES Working Paper* No. 31/2014, Charles University in Prague, Institute of Economic Studies (IES), Prague.
- 59) Tumlinson K, Britton, LE, Williams, CR, Muthoki Wambua, D & Onyango Otieno D (2021): [Informal payments for family planning: prevalence and perspectives of women, providers, and health sector key informants in western Kenya](#). *Sexual and Reproductive Health Matters* Vol. 29, Issue 1.
- 60) Útvar hodnoty za peniaze (2019): [Revízia výdavkov na zdravotníctvo II](#).
- 61) Waldrop T (2021): [Value-Based Pricing of Prescription Drugs Benefits Patients and Promotes Innovation](#). Center for American Progress Report.
- 62) WHO (2019): [Global Spending on Health: A World in Transition](#). Geneva.
- 63) WHO, OECD & The World Bank Group (2018): [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage](#). Geneva.